

# Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



<b>Konsortialführung:</b>	Technische Universität München (TUM)
<b>Förderkennzeichen:</b>	01VSF16046
<b>Akronym:</b>	ACD
<b>Projekttitel:</b>	Accountable Care in Deutschland Verbesserung der Patientenversorgung durch Vernetzung von Leistungserbringern und informierten Dialog
<b>Autoren:</b>	Das ACD-Konsortium
<b>Förderzeitraum:</b>	1. April 2017 – 31. März 2021

## Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	3
II.	Abbildungsverzeichnis.....	4
III.	Tabellenverzeichnis.....	4
1.	Zusammenfassung.....	5
2.	Beteiligte Projektpartner.....	6
3.	Projektziele.....	9
4.	Projektdurchführung.....	11
5.	Methodik.....	15
5.1	Studiensetting, Netzwerkkonstruktion und Studienpopulation.....	15
5.2	Evaluation.....	17
5.2.1	Wirksamkeitsstudie.....	17
5.2.2	Gesundheitsökonomische Analyse.....	18
5.2.3	Prozessevaluation.....	20
5.3	Schätzung des Stichprobenumfangs und Randomisierung.....	24
5.4	Datenmanagement und Ethik.....	24
5.5	Statistische Methoden.....	25
6.	Projektergebnisse.....	27
6.1	Wirksamkeitsstudie.....	29
6.2	Gesundheitsökonomische Analyse.....	39
6.3	Prozessevaluation.....	41
7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	46
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	48

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046

9.	Erfolgte oder geplante Veröffentlichungen .....	50
10.	Literaturverzeichnis.....	53
11.	Anhang .....	56
12.	Anlagen.....	56



## I. Abkürzungsverzeichnis

<b>ACD</b>	Accountable Care in Deutschland
<b>ASD</b>	Ambulant-sensitive Diagnosen
<b>ASK</b>	Ambulant-sensitive Krankenhaufälle
<b>BAS</b>	Bundesamt für Soziale Sicherung
<b>BVA</b>	Bundesversicherungsamt (neu: Bundesamt für Soziale Sicherung)
<b>COPD</b>	<i>chronic obstructive pulmonary disease</i> , chronisch obstruktive Lungenerkrankung
<b>DEGAM</b>	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
<b>HH</b>	Hamburg
<b>HHU</b>	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
<b>HSM</b>	Health Services Management
<b>ICC</b>	<i>intracluster correlation coefficient</i> , Intracluster-Korrelationskoeffizient
<b>ifam</b>	Institut für Allgemeinmedizin Düsseldorf
<b>KHK</b>	Koronare Herzkrankheit
<b>KP</b>	Konsortialpartner
<b>KV</b>	Kassenärztliche Vereinigung
<b>LMU</b>	Ludwig-Maximilians Universität in München
<b>MRC</b>	Medical Research Council
<b>NO</b>	Nordrhein
<b>NLV</b>	Nationale Versorgungsleitlinie
<b>NRW</b>	Nordrhein-Westfalen
<b>NWI</b>	Netzwerkinformation
<b>NWT</b>	Netzwerktreffen
<b>SH</b>	Schleswig-Holstein
<b>WL</b>	Westfalen-Lippe
<b>TUM</b>	Technische Universität München
<b>Zi</b>	Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland

## II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektpartner im ACD-Projekt.....	6
Abbildung 2: Intervention und Methoden der ACD-Studie .....	14
Abbildung 3: Ablauf des Versands und Inhalte der Netzwerkinformationen.....	15
Abbildung 4: Elemente der Prozessevaluation entlang der Intervention.....	20
Abbildung 5: Datenfluss und Pseudonymisierung in der ACD-Studie.....	25
Abbildung 6: Ablauf der Intervention im ACD-Projekt.....	28
Abbildung 7: Teilnehmendenübersicht für die vier Netzwerktreffen in den vier KV Regionen .....	29
Abbildung 8: Beispielhaftes ACD-Netzwerk und Zusammensetzung der Fachrichtungen .....	29
Abbildung 9: Rückmeldung zur Durchsicht der Netzwerkinformationen (Corona-Sonderbefragung).....	45

## III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Beteiligte Projektpartner, Verantwortlichkeiten im Projekt und Kontakte für Rückfragen.....	7
Tabelle 2 Patient:innenpopulation im ACD-Projekt, primäre Zielgröße und ICD-10-Diagnosen .....	17
Tabelle 3 Zusammensetzung der Stichprobe für die qualitative Befragung; Rolle der Teilnehmenden .....	22
Tabelle 4 Zusammensetzung der Stichprobe für die qualitative Befragung; Facharztgruppe	22
Tabelle 5 Zusammensetzung der Stichprobe für die qualitative Befragung; Gender .....	22
Tabelle 6 Zusammensetzung der Stichprobe für die qualitative Befragung; Urbanität .....	23
Tabelle 7 Zusammensetzung der Stichprobe für die qualitative Befragung; Teilnahme Netzwerktreffen .....	23
Tabelle 8 Übersicht der versendeten Netzwerkinformationen .....	28
Tabelle 9 Übersicht der Netzwerkcharakteristika.....	30
Tabelle 10 Übersicht der Patient:innencharakteristika für den Beobachtungszeitraum $y_0$ (Mittelwerte der Netzwerke) .....	31
Tabelle 11 Alters- und geschlechtsadjustierte Raten ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (Mittelwerte der Netze) .....	32
Tabelle 12 Übersicht der geschätzten Modelle im Rahmen der Sensitivitätsanalysen.....	33
Tabelle 13 Mittels Regression adjustierte Hospitalisierungsrate (Mittelwerte über Netzwerke) .....	34
Tabelle 14 Ergebnisse kombinierter Indikator Ischämische Herzkrankheiten .....	36
Tabelle 15 Ergebnisse kombinierter Indikator Diabetes mellitus Typ-1 und Typ-2.....	37
Tabelle 16 Kosten der Patient:innenversorgung in der Interventions- und Kontrollgruppe...	40

## 1. Zusammenfassung

### *Hintergrund:*

Grundsätzlich steht es Patient:innen in Deutschland frei, sich von jeder/m Ärzt:in behandeln zu lassen und sich jederzeit mehrere Meinungen zu einer Diagnose oder einer Behandlung einzuholen. Die freie Arztwahl der Patient:innen und die hohe Ärztedichte in Deutschland führen dazu, dass zu einer optimalen Versorgung der Patient:innen eine Koordinierung zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen erforderlich ist. Ziel der Studie Accountable Care in Deutschland (ACD) war es daher (1) informelle Netzwerke von Ärzt:innen zu ermitteln, die die gleiche Patient:innenpopulation behandeln, (2) diesen Ärzt:innen auf der Basis von Routinedaten ein Feedback zu ihrem Netzwerk und ihren Patient:innen zu geben und (3) den Ärzt:innen die Möglichkeit zu geben, sich in moderierten Netzwerktreffen auszutauschen.

### *Methodik:*

Die ACD-Studie ist eine prospektive, unverblindete, cluster-randomisierte Studie, die eine Wirksamkeits-, Prozess- und ökonomische Analyse informeller Netzwerke umfasst. Die informellen Netzwerke ambulanter Ärzt:innen wurden auf der Basis von vollständigen Routinedatensätzen von vier Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ermittelt. Analyseeinheit der Studie waren die informellen Netzwerke, die zufällig der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugeteilt wurden. Die Ärzt:innen der Netzwerke der Interventionsgruppe erhielten (a) ein Feedback zu ausgewählten Indikatoren zur Versorgung der Patient:innen in ihrem Netzwerk und wurden (b) von ihrer regionalen KVen zu freiwilligen, moderierten Netzwerktreffen eingeladen. Die primären Zielgrößen der Studie waren ambulant-sensitive Krankenhausfälle und die sekundären Zielgrößen bildeten die ausgewählten Indikatoren. Eine Prozessevaluation untersuchte abschließend mögliche Kausalfaktoren sowie förderliche Aspekte und Barrieren für die Akzeptanz der ACD-Interventionselemente. Der ACD-Intervention ging eine Pilotstudie voraus.

### *Ergebnisse:*

Die ACD-Intervention wurde von Juli 2018 bis Anfang 2021 durchgeführt. Die 200 randomisierten ACD-Netzwerke bestanden aus 12.525 Haus- und Fachärzt:innen und ihren 1,3 Millionen geteilten Patient:innen. Im Rahmen der Studie fanden 163 Netzwerktreffen mit 787 Teilnahmen statt. Insgesamt wurden 31.457 Netzwerkinformationen an die Netzwerkärzt:innen versendet. Basierend auf den Ergebnissen der ACD-Studie konnte kein signifikanter Effekt hinsichtlich der Wirksamkeit in der primären Zielgröße nachgewiesen werden. Die Mehrheit der sekundären Endpunkte wies keine statistisch signifikanten Ergebnisse auf. Nur einzelne Ergebnisse wiesen auf leichte Verbesserungen in der Medikation und Diagnostik hin. Die Ergebnisse der Prozessevaluation deuten darauf hin, dass Ärzt:innen den kollegialen Austausch als sinnvoll und nützlich für die eigene Arbeit erachteten, wengleich anfängliche Skepsis hinsichtlich Motivation und Ziel der ACD-Studie bestanden.

### *Diskussion:*

Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass in den Ergebnissen kein Effekt für die Patient:innen durch die ACD-Intervention nachgewiesen werden konnte, die Elemente der Intervention jedoch bei ambulanten Ärzt:innen häufig als positiv eingeschätzt werden. Die geringen Teilnahmezahlen an den Netzwerktreffen sind dabei als eine große Herausforderung zu nennen. Die Etablierung von Qualitätszirkeln in Deutschland erfolgte über mehrere Jahre bis sie sich zu einem regelmäßig genutzten und effektiven Instrument zur Verbesserung der Versorgung entwickelt hat. Insbesondere Zeit und Motivation sind daher die beiden Kernelemente, die für eine wirksame Umsetzung der ACD-Studie notwendig waren. Abschließend empfehlen wir Elemente der Intervention in der Arbeit von Qualitätszirkeln und Arztnetzen sowie in der Qualitätsmessung zu nutzen.

## 2. Beteiligte Projektpartner

Die wissenschaftliche Leitung des Projekts sowie die Konsortialführung hatte die Versorgungsforscherin Prof. Dr. Leonie Sundmacher inne, Leiterin des Lehrstuhls für Gesundheitsökonomie an der Technischen Universität München (TUM) (ehemals Fachbereich Health Services Management [HSM] an der betriebswirtschaftlichen Fakultät der Ludwig-Maximilians Universität in München [LMU]).

Als Konsortialpartner waren die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Hamburg (HH), Nordrhein (NO), Schleswig-Holstein (SH) und Westfalen-Lippe (WL), das Institut für Allgemeinmedizin (ifam) der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf (HHU), die Medizinische Hochschule Hannover (MHH), das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) sowie die Krankenkassen Techniker Krankenkasse (WINEG/TK), AOK Rheinland/Hamburg (AOK RH/HH) und AOK Nordwest (AOK NW) an der Studie beteiligt.



Abbildung 1: Projektpartner im ACD-Projekt

Die LMU (jetzt TUM) übernahm im Projekt die Identifikation der Netzwerke, die Berechnung der Ergebnis- und Prozessindikatoren, die Sequenzanalysen sowie die Evaluation. Das Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Prof. Stefan Wilm) war im Projekt für die Durchführung der Pilotstudie, das Coaching der Moderator:innen und die Akzeptanz- und Fokusgruppenstudien sowie für die Prozessevaluation verantwortlich. Die Arbeitsgruppe für Medizinische Statistik und IT-Infrastruktur im Institut für Allgemeinmedizin (Birgitt Wiese) verantwortete den Bereich der Biometrie im Projekt. Die Datenlieferungen der Routinedaten für die Netzwerkinformationen sowie die inhaltliche Unterstützung bei der Analyse der Krankenkassendaten übernahmen die beteiligten Krankenkassen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen waren für die Datenlieferung der Routinedaten für die Netzwerkidentifikation, die Rekrutierung der Moderator:innen und Durchführung der Intervention (Moderation und Betreuung der Netzwerke) zuständig. Weiterhin unterstützten diese bei der Entwicklung der Netzwerkinformationen. Das Zi führte parallel zur LMU die Netzwerkidentifikation durch, unterstützte bei den Datenlieferungen der KVen, erstellte die Netzwerkinformationen und verschickte sie.

Tabelle 1 Beteiligte Projektpartner, Verantwortlichkeiten im Projekt und Kontakte für Rückfragen

Institution	Verantwortlichkeit/Rolle	Kontakt für Rückfragen	
HSM, LMU (jetzt: TUM)	Konsortialführung/Gesundheitsökonomie, Koordination, Datenzusammenführung, Identifikation der Netzwerke, Berechnung der Ergebnis- und Prozessindikatoren, Sequenzanalysen, Evaluation	Leonie Sundmacher, Prof. Dr.	leonie.sundmacher@tum.de
ifam, HHU	Konsortialpartner (KP)/Allgemeinmedizin, Pilotstudie, Coaching der Moderator:innen, Akzeptanz- und Fokusgruppenstudien	Stefan Wilm, Prof. Dr.	stefan.wilm@med.uni-duesseldorf.de
MS&IT, MHH	KP/Biometrie	Birgitt Wiese	wiese.birgitt@mh-hannover.de
AOK RH/HH	KP/Datenlieferungen für Netzwerke und Netzwerkinformationen, inhaltliche Unterstützung bei der Analyse der Kassendaten	Matthias Mohrmann	matthias.mohrmann@rh.aok.de
AOK NW		Tom Ackermann	tom.ackermann@nw.aok.de
WINEG/TK		Udo Schneider, Dr.	dr.udo.schneider@tk.de
KVHH	KP/Datenbereitstellung, Rekrutierung, Moderation und Betreuung der Qualitätszirkel	Caroline Roos	caroline.roos@kvhh.de
KVSH		Monika Schliffke, Dr.	vorstand@kvsh.de
KVNO	innerhalb der explorativen Interventionsstudie sowie Unterstützung bei Entwicklung der Netzwerkinformationen	Frank Bergmann, Dr.	vorstandsbuero@kvno.de
KVWL		Thomas Müller	thomas.mueller@kvwl.de
Zi	KP/Identifikation der Netzwerke, Unterstützung bei Datenlieferungen, Erstellung und Versand der Netzwerkinformationen	Dominik von Stillfried, Dr.	dstillfried@zi.de

Die Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen wurde in verschiedenen Arbeitsgruppen je nach Expertise und Zuständigkeit initial zu Projektbeginn organisiert. Die Arbeitsgruppen (AGs) wurden von dem Konsortium je nach Bedarf im Verlauf des Projekts stetig um weitere AGs erweitert. Insgesamt wurden die folgenden sechs AGs gebildet:

- AG Presse
- AG Daten
- AG Methodik
- AG Indikatoren
- AG Intervention
- AG Factsheets.

### AG Presse

Die AG Presse bestand aus KV- und Krankenkassenvertreter:innen sowie Mitarbeiter:innen des Zis und der LMU/TUM. Ihr Ziel war es von Beginn der Intervention an das Projekt zu bewerben und die Teilnehmenden darüber zu informieren, um so eine möglichst hohe Beteiligung der Ärzt:innen an dem ACD-Projekt zu bewirken.

### AG Daten

Auch in der AG Daten waren Vertreter:innen aller KVen, Krankenkassen, des Zis und der LMU/TUM beteiligt. Diese AG war verantwortlich für das Konzipieren der Datenflüsse, dem Erstellen von Datenschutzkonzepten, dem Stellen der Datenanträge nach § 75 SGB X und das Erarbeiten von Variablenlisten für den Datenabzug. Die AOK Rheinland/Hamburg und die LMU haben zusätzlich im Rahmen der Pilotstudie intensiv zusammengearbeitet, um die Identifikation der Pilotnetzwerke zu gewährleisten.

### AG Methodik

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046

Die AG Methodik setzte sich aus Mitarbeiter:innen der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), dem Zi und der LMU/TUM zusammen. In dieser AG wurde unter anderem das Konzept zur Ermittlung der Netzwerke erarbeitet und anschließend von Zi und LMU in enger Zusammenarbeit umgesetzt.

Eine weitere wichtige Aufgabe war die Konzeption und Durchführung der Randomisierung der ermittelten Netzwerke zur Einteilung in Interventions- und Kontrollgruppe. Diese Aufgabe wurde von der MHH federführend durchgeführt.

### *AG Indikatoren*

Diese AG bildeten ärztliche Mitarbeiter:innen sowie Routinedatenexpert:innen der beteiligten Institutionen (KVen, Krankenkassen, ifam, Zi, LMU/TUM). Ziel dieser AG Indikatoren war es eine Liste von Indikatoren zu erstellen, die die Versorgung der Patient:innen in ACD-Netzwerken abbildet. Die Indikatoren stellten das Feedback an die Interventionsnetzwerke dar und wurden zudem als sekundäre Zielgrößen für die Evaluation der Studie herangezogen.

### *AG Intervention*

Die AG Intervention bestand aus Vertreter:innen des ifams, der KVen, des Zis, der Krankenkassen sowie der LMU/TUM. Diese AG war zunächst für die Vorbereitung der Intervention (beispielsweise Moderator:innenrekrutierung und -training) und nach Beginn der Intervention für die Durchführung zuständig. Zu den Aufgaben dieser AG zählte die gesamte Organisation der Intervention, die unter anderem die Terminierung und Einladung zu den Netzwerktreffen, Vorbereitung der Arbeitsmaterialien für die Netzwerktreffen sowie die Erstellung, das Design und den Versand der Netzwerkinformationen umfasste. Weiterhin wurden für die Moderator:innen der ACD-Studie Intervisionstreffen durch die AG vorbereitet und durchgeführt.

In der Vorbereitungsphase haben außerdem das ifam und die LMU eng kooperiert, um die Pilotstudie zu organisieren und durchzuführen.

Auch die Prozessevaluation wurde im Rahmen dieser AG zwischen ifam und LMU abgestimmt. Die Durchführung der Prozessevaluation erfolgte in Abstimmung mit den KV-Vertreter:innen, die die Dokumente und Kontakte zur Prozessevaluation stetig weitergaben.

### *AG Factsheets*

Diese AG wurde im Laufe des Projekts neu gegründet, um die erarbeitete Indikatorenliste mit evidenzbasierten Informationen zu den einzelnen dargestellten Versorgungsaspekten zu belegen. In dieser AG arbeiteten insbesondere ärztliche Mitarbeiter:innen des ifams, der KVen und der Krankenkassen zusammen, die von Mitarbeiter:innen des Zis und der LMU unterstützt wurden.

### 3. Projektziele

#### *Hintergrund*

Niedergelassene Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen<sup>1</sup> in Deutschland betreuen jährlich etwa 70 Millionen Patient:innen. Dabei kommt es zu insgesamt 553 Millionen Behandlungsfällen (KBV 2020a). Mehr als 85 Prozent aller Patient:innen werden von mehr als einem/r Ärzt:in behandelt. Insgesamt waren im Jahr 2020 55.012 Hausärzt:innen und 95.838 Fachärzt:innen zur Behandlung von gesetzlich versicherten Patient:innen zugelassen (KBV 2020b). Der Anteil der gesetzlich versicherten Bevölkerung beträgt in Deutschland knapp 90 Prozent. Fast alle Hausärzt:innen und etwa die Hälfte aller Fachärzt:innen in Deutschland arbeiten in niedergelassenen Praxen. Den Patient:innen steht es frei, Ärzt:innen ihrer Wahl aufzusuchen (freie Arztwahl). In Deutschland gibt es kein flächendeckendes Gatekeeping-System, das den Zugang zu niedergelassenen Fachärzt:innen regelt. In anderen Gesundheitssystemen fungieren Hausärzt:innen oft als Eintrittspforte ins Gesundheitssystem – nicht so in Deutschland. Die Patient:innen können jederzeit mehrere Meinungen zu einer Diagnose oder Behandlung sowohl bei Haus- als auch bei Fachärzt:innen einholen.

Als Folge der hohen Ärztedichte und der freien Arztwahl entstehen viele Arzt-Patienten-Kontakte im deutschen Gesundheitssystem, die wiederum einen hohen Koordinationsaufwand zwischen den behandelnden Ärzt:innen verlangen. Eine geregelte Koordination zwischen den behandelnden Ärzt:innen wird aktuell durch die verzögerte Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Patient:innen und eine daraus resultierende fehlende strukturierte Dokumentation der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen der Behandlung zusätzlich erschwert.

Als eine der größten Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem wird immer wieder die Sicherstellung einer kontinuierlichen Versorgung beschrieben. Dies gilt insbesondere für Patient:innen mit chronischen Erkrankungen. Wissenschaftliche Studien konnten zeigen, dass mangelndes Wissen über die Behandlungsverläufe von Patient:innen zu Polypharmazie, Doppeluntersuchungen und zu einer unzureichenden Nachsorge nach der Entlassung aus dem Krankenhaus führen kann (OECD 2019; Muth et al. 2019; Andrade et al. 2018). Lücken in der Versorgung nach einer Krankenhausentlassung und bei der ambulanten Nachsorge, wie etwa die Nichteinhaltung der im Krankenhaus verordneten pharmakologischen Behandlung, die fehlende rechtzeitige Überprüfung der Medikation sowie die fehlenden Anschlussbehandlungen an eine Entlassung erhöhen für Patient:innen das Risiko einer Krankenhauswiederaufnahme (Deimel et al. 2013; Rümenapf et al. 2013).

Es ist bekannt, dass eine kontinuierliche ambulante Versorgung chronisch erkrankter Patient:innen insbesondere bei ambulant-sensitiven Diagnosen (ASD) das Risiko einer Hospitalisierung reduzieren kann (Cheng et al. 2010; Gill, Mainous 1998; Hong et al. 2013). Krankenhauseinweisungen aufgrund von ASD können, so lautet eine zentrale Annahme, durch eine effektivere Behandlung von akuten Zuständen und durch ein effektiveres Management von chronischen Erkrankungen im ambulanten Sektor potenziell verringert werden (Weissman et al. 1992). Eine höhere Inanspruchnahme von Impfungen kann beispielsweise dabei helfen, Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, denen Infektionskrankheiten als Ursache zugrunde liegen. Gleichzeitig haben Cochrane-Reviews bestätigt, dass die Anregungen und Rückmeldungen zu bestimmten ausgewählten Indikatoren den medizinischen Alltag verbessern können, indem den Beteiligten bisher unbekannte oder

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird vorrangig der Begriff „Ärzt:in“ verwendet. Dieser schließt auch die Gruppe der Psychotherapeut:innen ein.



unentdeckte Zusammenhänge sichtbar gemacht werden (Ivers et al. 2012; Ivers et al. 2013; Ivers et al. 2014).

### *Ziele, Fragestellungen und Hypothese*

Die Studie „Accountable Care in Deutschland (ACD)“ untersuchte die Hypothese, ob niedergelassene Ärzt:innen die Behandlung gemeinsamer Patient:innen effektiver koordinieren und Behandlungsergebnisse verbessern können, wenn ihnen

- (1) regelmäßig umfassende Informationen über die Diagnosen und die Behandlungen ihrer Patient:innen zur Verfügung stehen, sowie
- (2) regelmäßige Treffen mit Kolleg:innen, die dieselben Patient:innen behandeln, ermöglicht werden.

In Deutschland erhalten Ärzt:innen nicht automatisch Kenntnis von den Behandlungen ihrer Patient:innen bei anderen Ärzt:innen. Dies gilt ebenfalls für Diagnosen, es sei denn, Patient:innen teilen ihren behandelnden Ärzt:innen diese Informationen mit oder bitten ausdrücklich um die Weitergabe dieser Informationen. Die Analyse umfangreicher, zusammengeführter Datensätze der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht es, Patient:innenpfade durch das Gesundheitssystem hindurch im Zeitverlauf zu verfolgen. Diese Patient:innenpfade umfassen Angaben zu Ärzt:innenbesuchen, Diagnosen, Behandlungen und verordneten Medikamenten.

Die Ziele der ACD-Studie bestanden darin aufzuzeigen, wie diese Informationen dafür genutzt werden können,

- (1) informelle Netzwerke von Ärzt:innen zu ermitteln, die die gleiche Patient:innenpopulation behandeln,
- (2) den Ärzt:innen ein Feedback über ihr Netzwerk und über ihre Patient:innen auf der Basis von Routinedaten zu geben und
- (3) den Ärzt:innen die Möglichkeit zu eröffnen, sich in moderierten Netzwerktreffen miteinander austauschen zu können.

Die Identifikation der informellen Netzwerke auf Grundlage von Routinedaten erlaubt es, Einheiten von ambulanten Versorgern zu erfassen, die gemeinsam Patient:innen versorgen und somit für diese „verantwortlich“ (accountable) sind. Niedergelassene Ärzt:innen, die gemeinsam eine signifikante Anzahl von (chronisch erkrankten) Patient:innen behandeln, wurden somit identifiziert und über ihre gemeinsam behandelten Patient:innen in Kenntnis gesetzt. Da Patient:innen maßgeblich die Inanspruchnahme von Vertragsärzt:innen steuern, haben niedergelassene Ärzt:innen oft keine Kenntnis darüber, welche Kolleg:innen ihre Patient:innen zusätzlich aufsuchen.

Im Rahmen der Intervention haben die niedergelassenen Ärzt:innen strukturierte Informationen durch Feedbacks über die Behandlung der Patient:innen (sogenannte Netzwerkinformationen) innerhalb des Netzwerks basierend auf Routinedaten erhalten, da in Routinedaten die Wege und Muster der Inanspruchnahme der Patient:innen nachverfolgt werden können. Das strukturierte Teilen dieser Informationen mit Vertragsärzt:innen sollte die Informationslage der Ärzt:innen verbessern und somit zu einer kontinuierlichen Versorgung beitragen.

Den niedergelassenen Ärzt:innen wurde ein Austausch mit Kolleg:innen aus ihrem Netzwerk angeboten. Diese Treffen konnten genutzt werden, um Kolleg:innen in den Netzwerken kennenzulernen und um die gemeinsame Versorgung chronisch erkrankter Patient:innen mithilfe der Netzwerkinformationen zu diskutieren.



Ein übergreifendes Ziel der Studie war es, niedergelassene Ärzt:innen der Regelversorgung fächerübergreifend zu erreichen. Die Netzwerkinformationen sollten dabei einen bisher nicht verfügbaren Überblick über die Behandlung eines Patient:innenstamms ermöglichen und die Netzwerktreffen eine Plattform für potentiellen Austausch bieten.

Die ACD-Studie ist eine unverblindete, cluster-randomisierte Studie von informellen Netzwerken aus Haus- und niedergelassenen Fachärzt:innen und deren Patient:innen. Die zu randomisierenden Einheiten sind die informellen Netzwerke, die mittels 1:1-Randomisierung in die Interventions- (das heißt Netzwerkinformationen und moderierte Netzwerktreffen) und Kontrollgruppe (Regelversorgung) randomisiert werden.

Die primären Zielgrößen der Studie waren ambulant-sensitive Krankenhausfälle (ASK), die auf Basis von Routinedaten erhoben wurden. Denen liegt die Annahme zugrunde, dass eine effektive Behandlung akuter Erkrankungen, ein gutes Management chronischer Erkrankungen und eine Immunisierung gegen Infektionskrankheiten das Risiko von Krankenhausaufenthalten reduzieren kann (Weissman et al. 1992). Die sekundären Zielgrößen bildeten die Raten von Patient:innen, die nach den klinisch relevanten Leitlinien behandelt wurden (vergleiche beispielsweise NVL Kreuzschmerz, DEGAM Schlaganfall, NVL Herzinsuffizienz, NVL Koronare Herzkrankheit, NVL Typ-2-Diabetes). In einer gesundheitsökonomischen Analyse sollte außerdem aus Sicht der Krankenkassen überprüft werden, ob die Intervention in Bezug auf die primäre Zielgröße kosteneffektiv war. Außerdem wurde im Rahmen der Prozessevaluation die Akzeptanz der ACD-Intervention bei den Ärzt:innen untersucht.

#### 4. Projektdurchführung

Das ACD-Projekt begann im April des Jahres 2017 mit einer Vorbereitungsphase. Diese Phase umfasste die folgenden Arbeitsschritte:

- Einholung eines Ethikvotums,
- Formulierung und Einreichung von Datenanträgen bei den zuständigen Aufsichtsbehörden,
- Konstruktion der Pilotnetzwerke und der Netzwerke für die Intervention,
- Erarbeitung von Indikatoren, Feedbackbögen (sogenannte Netzwerkinformationen inklusive eines beispielhaften Versorgungspfads, siehe dazu auch Anlage 3.4.1. *Anschreiben und Netzwerkinformationen* und Anlage 3.4.2. *Fact sheets*) und von weiteren Unterlagen für die Netzwerktreffen (siehe dazu Anlage 3.4. *Unterlagen Netzwerktreffen und Interventionstreffen*),
- erste Datenlieferungen von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen,
- Durchführung einer Pilotstudie sowie Akzeptanz- und Fokusgruppenstudien,
- Rekrutierung und Training von Moderator:innen für die Moderation der Netzwerktreffen (siehe dazu Anlagen 3.1. *Rekrutierung von Moderator:innen* und 3.2 *Moderatorentrainings*),
- Randomisierung der Netzwerke in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe.

Auf der Grundlage des Schemas des Medical Research Council (MRC-Schema) wurde eine ACD-Pilotstudie im Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW) vor dem Beginn der Intervention durchgeführt. Mithilfe dieser Pilotstudie sollten vorgesehene Studienprozesse, Interventionselemente, Instrumente, Indikatoren und Feedbacks zur Netzwerkarbeit von ambulanten Ärzt:innen erprobt und weiterentwickelt werden. Zudem wurde eine vorläufige Einschätzung der Akzeptanz der beteiligten Ärzt:innen eingeholt. Erkenntnisse der Pilotstudie

sowie der Fokusgruppenstudie mit niedergelassenen Ärzt:innen flossen in die Vorbereitungen der Intervention und der Wirksamkeitsstudie ein.

Die Intervention fand zwischen Juli 2018 und Anfang des Jahres 2021 statt. Abbildung 2 fasst sowohl das Studiendesign, die Intervention als auch die Methoden der ACD-Studie zusammen.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie zum Anfang des Jahres 2020 mussten zunächst alle geplanten Netzwerktreffen zwischen März und Mai 2020 abgesagt werden. Die Netzwerktreffen konnten teilweise im Juni des Jahres 2020 wiederaufgenommen werden. Sie fanden bis zum Januar des Jahres 2021 statt.

Alle Ärzt:innen in einem Netzwerk der Interventionsgruppe erhielten im Rahmen der Maßnahme die Feedbackbögen (sogenannte Netzwerkinformationen). Sie wurden von ihren jeweiligen regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen eingeladen, an einer Reihe von vier freiwilligen Netzwerktreffen teilzunehmen (siehe Abbildungen 2 und 3). Die Netzwerktreffen waren für die Monate 3, 9, 15 und 21 der Intervention geplant. Die Einladungen an die Netzwerkteilnehmenden wurden vor jedem Netzwerktreffen verschickt. Zusätzlich erfolgte bei Nichtantworten eine Erinnerung an die Teilnehmenden. Insgesamt wurden den Ärzt:innen acht Netzwerkinformationen zugesendet. Die Informationen wurden mindestens zwei Wochen vor jedem Netzwerktreffen verschickt. Zusätzlich wurden im Studienverlauf weitere geeignete Maßnahmen ergriffen, um die Teilnehmerate unter den Teilnehmenden zu erhöhen. Dies geschah in Form telefonischer Kontaktaufnahmen, netzwerkindividueller Einladungen oder durch Ansprachen der Moderator:innen.

Die Netzwerktreffen wurden von geschulten Moderator:innen geleitet. Das bedeutete, dass die Moderator:innen vor dem Beginn der Serie von den vier Netzwerktreffen, an Schulungen teilnahmen, die vom Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf organisiert wurden. Während des Studienzeitraums konnten die Moderator:innen an weiteren Super- oder Intervisionstreffen teilnehmen. Jede/r Moderator:in erhielt ein eigenes Handbuch, in dem sowohl die Ziele als auch die Schritte der Intervention beschrieben wurden (Moderatorenhandbuch, siehe dazu die Anlage 3.2. *Moderatorentrainings*).

Die Netzwerkinformationen enthielten für die Teilnehmenden Informationen zu den Merkmalen der Netzwerke und Indikatoren zur Qualität der Patient:innenversorgung. Insgesamt wurden für das ACD-Projekt über 200 Indikatoren für die Netzwerkinformationen berechnet. Der größte Anteil der Indikatoren entfiel dabei auf Prozessindikatoren. Um die Diskussionen bei den Netzwerktreffen zu erleichtern und übersichtlich zu gestalten, enthielt jede Netzwerkinformation nur Informationen zu zwei der 14 Krankheitsgruppen (siehe dazu das Kapitel 5.1). Die benutzten Indikatoren wurden in Relation zu den Statistiken regionaler Durchschnittswerte dargestellt.

Die Indikatoren der Patient:innenversorgung wurden auf Basis von Daten der regionalen Krankenkassen, der AOK Rheinland/Hamburg, der AOK Nordwest und der Techniker Krankenkasse berechnet.<sup>2</sup>

Bei jedem Netzwerktreffen wurde den teilnehmenden Ärzt:innen die Möglichkeit gegeben, die Ergebnisse der Netzwerkinformationen gemeinsam zu diskutieren. Die Diskussion wurde dabei mit dem Ziel moderiert, die Kontinuität der Versorgung am besten erreichen zu können. Zusätzlich erhielten die Teilnehmenden die Möglichkeit, einen Patient:innenpfad für eine von zwei Krankheiten zu entwickeln, die während eines jeden Netzwerktreffens diskutiert wurden. Am Ende jedes Treffens entschieden die Ärzt:innen auch darüber, welche zwei Krankheitsgruppen sie in der nächsten Netzwerkinformation zu sehen wünschten und welche

---

<sup>2</sup> Diese gesetzlichen Krankenkassen decken zusammen ca. 41,49 Prozent der Bevölkerung in den Regionen ab, in denen die Intervention stattfand.

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046

Krankheiten im nächsten Netzwerktreffen besprochen werden sollten. In einem der Netzwerktreffen erhielten die Ärzt:innen zusätzlich detaillierte Informationen über typische Behandlungspfade, die Patient:innen innerhalb einer Krankheitsgruppe im Netzwerk durchlaufen hatten (siehe Abbildung 3).

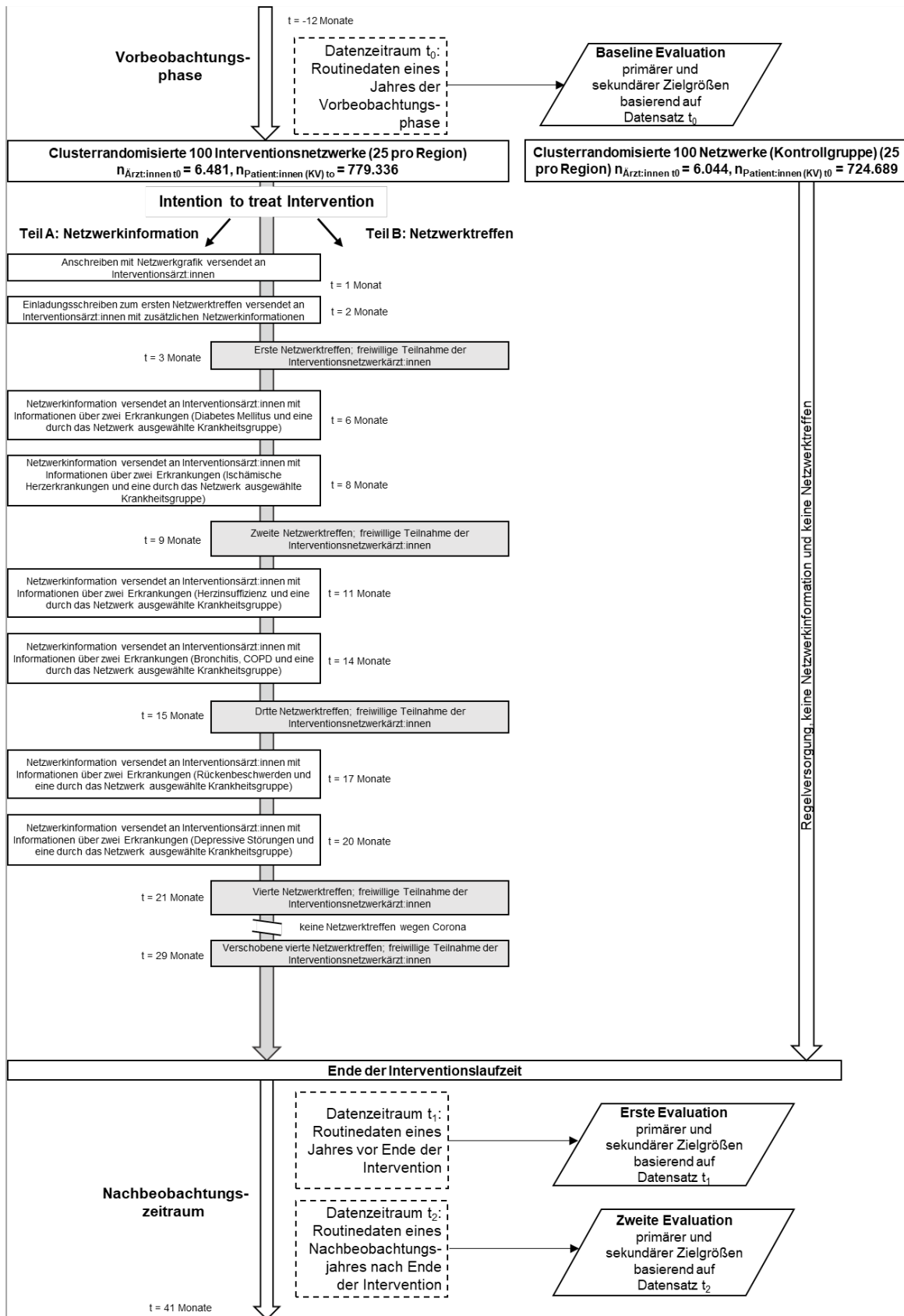


Abbildung 2: Intervention und Methoden der ACD-Studie

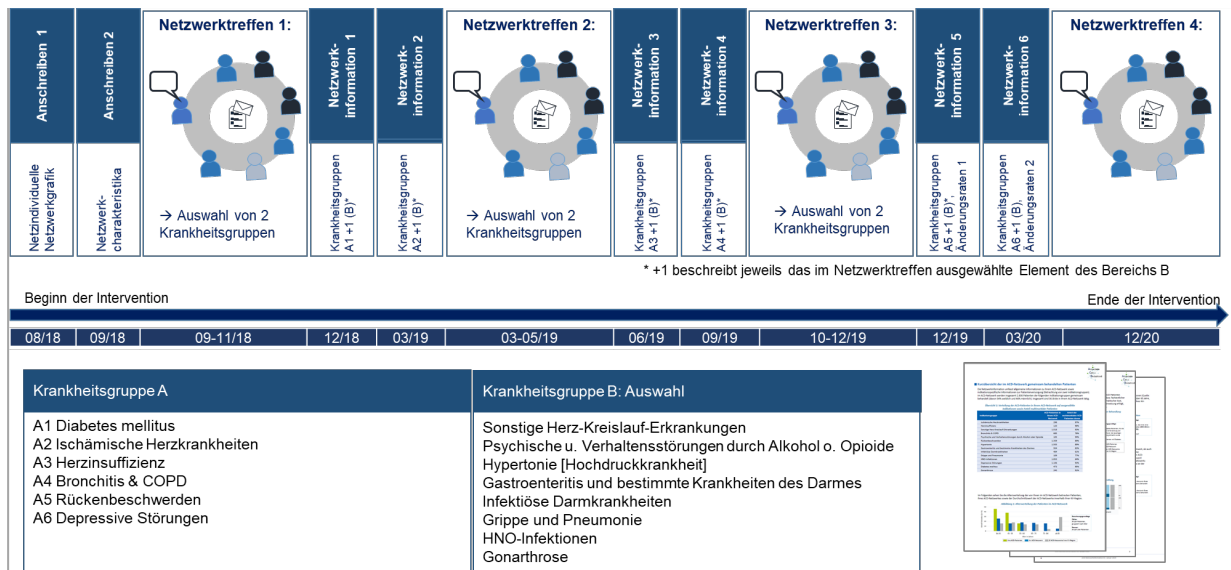


Abbildung 3: Ablauf des Versands und Inhalte der Netzwerkinformationen

## 5. Methodik

### 5.1 Studiensetting, Netzwerkkonstruktion und Studienpopulation

#### Studiensetting

Die für die ACD-Studie notwendigen informellen Netzwerke wurden durch die Bestimmung der Verbindungen zwischen niedergelassenen Ärzt:innen anhand vollständiger Routedatensätze der Kassenärztlichen Vereinigungen in Hamburg, Schleswig-Holstein, Nordrhein und Westfalen-Lippe ermittelt.<sup>3</sup> Im deutschen Gesundheitssystem sind die Patient:innen nicht dazu verpflichtet, Ärzt:innen in ihrem eigenen Bundesland aufzusuchen. Daher wurden jeweils zwei KVen aufgrund ihrer geografischen Nähe zu zwei größeren Interventionsregionen zusammengefasst. Hamburg und Schleswig-Holstein (HH/SH) sowie Nordrhein und Westfalen-Lippe (NO/WL) bildeten diese zwei Interventionsregionen für die Studie.

#### Netzwerkkonstruktion

Für die Ermittlung der ACD-Netzwerke bestehend aus niedergelassenen Ärzt:innen wurden Routedaten der Kassenärztlichen Vereinigungen in Hamburg, Schleswig-Holstein, Nordrhein und Westfalen-Lippe für den Abrechnungszeitraum 3. Quartal 2016 bis 2. Quartal 2017 verwendet. Der Datensatz umfasste entsprechend der Beschreibung in *Studienpopulation* Patient:innen, die der „Population at risk“ zugeordnet werden konnten (siehe dazu Tabelle 2).. Die Methodik zur Netzwerkkonstruktion wurde in Flemming et al. (2022) umfassend beschrieben.

<sup>3</sup> Die Methodik der Studie wurde in einem Studienprotokoll veröffentlicht (siehe dazu die Anlage 1 *Studienregistrierung und Studienprotokoll*). Die Studie wurde am 25. März 2020 im Deutschen Register für klinische Studien registriert (DRKS00020884) und auch in das Studienregister der WHO aufgenommen (siehe dazu Anlage 1 *Studienregistrierung und Studienprotokoll*).

Niedergelassene Fachärzt:innen, die nicht regelmäßig und aktiv an der Versorgung von Patient:innen mit den in der ACD-Studie berücksichtigten Erkrankungen beteiligt sind (siehe unten) oder keinen direkten Patient:innenkontakt haben, wurden von der Analyse ausgeschlossen. Dieses Ausschlusskriterium traf beispielsweise auf die Patholog:innen und Mikrobiolog:innen zu. Eine vollständige Liste der berücksichtigten Arztgruppen befindet im Anhang 1.1. *Netzwerkstruktur*.

Für die Berechnung der informellen Netzwerke wurden weiterhin nur solche Abrechnungsdaten der betrachteten Patient:innenpopulation berücksichtigt, die Patient:innenkontakte umfassten, bei denen davon ausgegangen werden konnte, dass sie die gesundheitlichen Ergebnisse beeinflussen oder verbessern können. Faktoren, die zu einer Verbesserung führen können, sind:

- (1) die Kontinuität der Versorgung im ambulanten Sektor,
- (2) die effektive Koordination zwischen den niedergelassenen Ärzt:innen,
- (3) die effektive Akutbehandlung bei vulnerablen Patient:innen oder
- (4) jede Kombination der vorgenannten Faktoren (siehe dazu den Anhang 1.1.).

Eine Netzwerkverbindung zwischen zwei Ärzt:innen wurde als die gemeinsame Behandlung von mindestens 20 Patient:innen definiert. Für diese 20 Patient:innen musste zusätzlich die Bedingung erfüllt sein, dass sie für mindestens einen der zwei Ärzt:innen einen Anteil von fünf Prozent oder mehr der insgesamt im Beobachtungszeitraum behandelten Patient:innen ausmachten. Die Wahl dieses Schwellenwertes sollte sicherstellen, dass die Anzahl der gemeinsamen Patient:innen einen signifikanten Anteil der in der Praxis behandelten Patient:innen darstellte.

Die sich daraus ergebende Netzstruktur wurde mithilfe eines Algorithmus zur Optimierung der sogenannten Modularität in die ACD-Netzwerke unterteilt. Modularität signalisiert eine Struktur, die dadurch gekennzeichnet ist, dass es innerhalb einer untersuchten Gemeinschaft mehr Verbindungen oder Beziehungen gibt als erwartet. Die Netzwerke sollten mindestens 20 und maximal 120 Ärzt:innen umfassen (siehe auch Kapitel 5.5. Statistische Methoden).

Die Netzwerke wurden vom Lehrstuhl für Health Services Management der LMU München und dem Zi konstruiert (siehe dazu den Anhang 1.1.).

### *Studienpopulation*

Eine Arbeitsgruppe bestehend aus Ärzt:innen der Medizinischen Hochschule Düsseldorf, der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg ermittelte Diagnosen von ambulant-sensitiven Erkrankungen, die häufig im Krankenhaus behandelt werden (Sundmacher et al. 2015a). Die Konzentration fiel auf insgesamt 14 Krankheitsgruppen, die eine hohe Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) haben und die in der Regel fächerübergreifend behandelt werden. Zusätzlich wurde die Liste an Diagnosen hinsichtlich der Risikopopulationen (population at risk) der zum Teil fortgeschrittenen Diagnosen für ambulant-sensitive Krankheitsfälle (ASK) erweitert.

Für die ACD-Studie wurde die Annahme getroffen, dass Patient:innen unter einer dieser Krankheiten litten, wenn die gleiche Krankheitsgruppe in mindestens zwei verschiedenen Quartalen eines Jahres in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen enthalten war. Ausnahmen von dieser Annahme waren die folgenden Diagnosen: Bronchitis, Gastroenteritis, intestinale Infektionskrankheiten, Influenza und Pneumonie sowie Infektionen des Hals-Nasen-Ohren-Bereichs. Für diese Krankheiten galt eine gesicherte Diagnose in einem beliebigen Quartal eines Jahres als ausreichend. Dialysepatient:innen und Patient:innen im Alter von 17 Jahren oder jünger wurden von der Analyse ausgeschlossen.

Tabelle 2 Patient:innenpopulation im ACD-Projekt, primäre Zielgröße und ICD-10-Diagnosen

Nr.	Krankheitsgruppe	ICD-10 Population at risk	ICD-10 Definition der ASK
1	Ischämische Herzkrankheiten	I20, I21, I22, I23, I24, I25	I20, I25.0, I25.1, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9
2	Herzinsuffizienz	I50	I50
3	Sonstige Erkrankungen des Kreislaufsystems	I05, I06, I07, I09, I08, I49, I48, I67, I70, I73, I78, I80, I83, I86, I87, I95, R00, I42, I74	I05, I06, I08.0, I49.8, I49.9, I67.2, I67.4, I70, I73, I78, I80.0, I80.80, I83, I86, I87, I95, R00.0, R00.2, R47.0
4a	Bronchitis	J20, J21, J22, J40, J41, J42, J43	J20, J21, J40-J44, J47
4b	COPD	J44, J47	
5	Psychische und Verhaltensstörungen aufgrund von Alkohol oder Opioiden	F10, F11	F10, F11
6	Rückenbeschwerden (Dorsopathien)	M42, M47, M53, M54, M50, M51	M42, M47, M53, M54
7	Hypertonie	I10 bis I15	I10 bis I15
8	Gastroenteritis und andere Erkrankungen des Darms	K52, K57, K58, K59	K52.2, K52.8, K52.9, K57, K58, K59.0
9	Infektionskrankheiten des Darms	A00 bis A09	A01, A02, A04, A05, A07 bis A09
10	Grippe und Pneumonie	J10, J11, J13, J14, J15, J16, J18, J12	J10, J11, J13, J14, J15.3, J15.4, J15.7, J15.8, J15.9, J16.8, J18.0, J18.1, J18.8, J18.9
11	Hals-Nasen-Ohren-Infektionen	H66, J01 bis J03, J06, J31, J32, J35, H65, H73, J04, R07.0	H66, J01 bis J03, J06, J31, J32, J35
12	Depressive Störungen	F32, F33	F32, F33
13	Diabetes mellitus	E10, E11, E13, E14, E16	E10.2 bis E10.6, E10.8, E10.9, E11, E13.6, E13.7, E13.9, E14, E16.2
14	Gonarthrose (Arthrose des Knies)	M17	M17.0, M17.1, M17.4, M17.5, M17.9

## 5.2 Evaluation

Die Intervention wurde mit den folgenden drei Ansätzen ausgewertet: (1) Wirksamkeitsstudie, (2) gesundheitsökonomische Analyse und (3) Prozessevaluation. Die Wirksamkeitsstudie und die gesundheitsökonomische Analyse beziehen sich auf eine Vorbeobachtungszeit ( $y_0$ , Quartale 3 und 4 2017 und Quartale 1 und 2 2018), eine Verlaufsbeobachtung im Jahr 2019 ( $y_1$ ) und auf eine Beobachtung im einjährigen Follow-up Zeitraum im Jahr 2021 ( $y_2$ ).

### 5.2.1 Wirksamkeitsstudie

Die primäre Zielgröße für die Messung potenzieller Verbesserungen der Kontinuität und der Koordination in der Versorgung wird durch die ambulant-sensitiven Krankenhausfälle bestimmt. Dies gilt für die Interventionsnetzwerke im Vergleich zu den Kontrollnetzwerken. Dabei liegt die Annahme zugrunde, dass eine effektive Behandlung akuter Erkrankungen, ein gutes Management chronischer Erkrankungen und eine Immunisierung gegen Infektionskrankheiten das Risiko von Krankenhausaufenthalten infolge von ambulant-sensitiven Diagnosen (ASD) verringern kann (Weissman et al. 1992).

Für die Studie wurden nur solche Patient:innen berücksichtigt, bei denen eine Erkrankung diagnostiziert wurde, die potenziell zu einer Krankenhauseinweisung mit ASD führen könnte (siehe dazu das Kapitel 5.1). Der Fokus fiel hierbei auf die 14 in der Tabelle 2 aufgeführten Krankheitsgruppen. Ein Krankenhausfall wurde nur dann als ASK identifiziert, wenn eine der ASD die Hauptdiagnose eines Krankenhausaufenthalts war. Nebendiagnosen wurden für die Studie nicht berücksichtigt.

Die sekundären Zielgrößen bildeten die Raten von Patient:innen, die nach den klinisch relevanten Leitlinien behandelt wurden (vergleiche beispielsweise NVL Kreuzschmerz, DEGAM



Schlaganfall, NVL Herzinsuffizienz, NVL Koronare Herzkrankheit, NVL Typ-2-Diabetes). Die relevanten Behandlungen wurden in diesem Zusammenhang definiert:

- über die Art und Menge der von den Ärzt:innen in den Netzwerken verordneten Medikamente,
- über die regelmäßigen (Nachsorge-)Untersuchungen und
- über empfohlene diagnostische Verfahren.

Die hierbei berücksichtigten Indikatoren wurden auf der Basis von einer umfassenden Literaturrecherche sowie in einem mehrstufigen Konsensprozess entwickelt (Schüttig et al. 2022). Innerhalb dieses Konsensprozesses wurden Evidenz und Expert:innenmeinungen kombiniert, um eine Liste relevanter Indikatoren zu erstellen. Die Indikatoren wurden im Rahmen der Pilotstudie hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit in den Pilotnetzwerken überprüft. Der Prozess orientierte sich an dem Rahmenwerk und den Forschungsmethoden zur Entwicklung und Anwendung von Qualitätsindikatoren in der Primärversorgung von Campbell et al. (2000, 2003). In dem Konsensprozess wurde die interdisziplinäre Expertise von Ärzt:innen, Vertreter:innen von Krankenkassen, KVen und Versorgungsforscher:innen einbezogen, sodass bei der Entwicklung des Indikatorensets medizinische Expertise und Fachwissen über Datenstrukturen und -beschränkungen berücksichtigt werden konnten.

Sowohl die primären als auch die sekundären Zielgrößen wurden auf der Basis der oben beschriebenen Routinedaten berechnet (siehe Kapitel 5.1). Die Ergebnisse wurden mithilfe eines Intention-to-treat-Ansatzes ausgewertet.

## 5.2.2 Gesundheitsökonomische Analyse

Ziel der gesundheitsökonomischen Evaluation war es, Kosten und Nutzen der ACD-Intervention vergleichend gegenüberzustellen und so eine Aussage über die Kosten-Effektivität der Intervention treffen zu können. Die Betrachtung der Ergebnisse erfolgt dabei primär aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen (Kostenträgerperspektive). Untersucht wird somit, ob (a) die Kosten der ACD Interventionsgruppe niedriger sind als in der Interventionsgruppe und (b) ob die inkrementelle Kosteneffektivität (IKER) zeigt, dass Elemente der ACD-Intervention sowohl effektiver als auch mit geringeren Kosten aus Perspektive der GKV verbunden sind. Diese Informationen werden genutzt, um das Potenzial für eine Übertragung der Intervention auf andere Kontexte in Deutschland diskutieren zu können (Moore et al. 2015).

### *Datenerhebung*

Datengrundlage für die gesundheitsökonomische Evaluation bildeten die Routinedaten der Techniker Krankenkasse, AOK Rheinland Hamburg und AOK Nordwest. Die untersuchte Studienpopulation wird in Kapitel 5.1 beschrieben. Zusätzlich zu den genannten Ein- und Ausschlusskriterien wurden in den gesundheitsökonomischen Analysen in Sensitivitätsanalysen Hochkostenfälle ausgeschlossen, um studiengruppenspezifischen Verzerrungen der Durchschnittskosten entgegenzuwirken. Als Obergrenze für Hochkostenfälle wurde eine jährliche Gesamtkostensumme von mehr als 200.000 Euro pro Patient:in gewählt.

### *Studiendesign*

Das Studiendesign der gesundheitsökonomischen Evaluation entspricht einer prospektiv vergleichenden Interventionsstudie. Analog zur Wirksamkeitsanalyse wurden drei Beobachtungsjahre untersucht: der Vorbeobachtungszeitraum  $y_0$  vor Interventionsbeginn, eine Verlaufsbeobachtung während der Intervention ( $y_1$ ) und der Follow-up Zeitraum des



einjährigen Nachbeobachtungszeitraum ( $y_2$ ). Hierbei wurden systematische Unterschiede zwischen den Kosten der Interventions- und Kontrollgruppe untersucht. Da für die Auswertung ein intention-to-treat Ansatz gewählt wurde und alle Ärzt:innen der Interventionsgruppe einen Teil der Intervention erhielten (Versand der Netzwerkinformationen), erfolgte der Vergleich unabhängig von der Teilnahme an der Intervention in der Interventionsgruppe. Ob Ärzt:innen an den Netzwerktreffen teilnahmen, wurde somit beispielsweise nicht berücksichtigt, um ein möglichst realitätsgetreues und robustes Ergebnis der Intervention zu erhalten.

### *Auswertungsstrategie*

Mit dem Ziel zu untersuchen, ob (a) die Kosten der ACD Interventionsgruppe niedriger waren als in der Kontrollgruppe und (b) ob die inkrementelle Kosteneffektivität (IKER) zeigte, dass Elemente der ACD-Intervention sowohl effektiver als auch mit geringeren Kosten aus Perspektive der GKV verbunden waren, wird die gesundheitsökonomische Analyse in eine Kostenanalyse und eine Kosten-Effektivitätsanalyse unterteilt.

#### (a) Kostenanalyse

Die Kostenanalyse erfolgte aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen. Es wurden Mengen- und Kostengerüste sowohl für die GKV Versorgungskosten als auch für die Implementierung angefallenen Investitionskosten aufgestellt und analysiert. Die dargestellten GKV Gesamtkosten stellen die Summe der verfügbaren Kostenkomponenten auf Basis der Routinedaten der beteiligten Krankenkassen dar. Diese Kostenkomponenten setzen sich aus stationären und ambulanten Krankenhauskosten, ambulanten Versorgungskosten und Verordnungen zusammen. Stationäre Kosten wurden dabei über die von den Einrichtungen abgerechneten DRGs ermittelt. Ambulante Kosten beinhalten sowohl die über die Gebührenordnungsnummer abgerechneten Beträge als auch separat ausgewiesene Sachkosten. Kosten für ärztliche Verordnungen stellen die von der jeweiligen Krankenkasse gezahlten Preise dar.

Die Investitionskosten wurden über die im Zuge des Innovationsfonds-Projektes abgerechneten Kostenpositionen für die Administration der Intervention sowie Aufwands- und Reisekostenentschädigungen für Ärzt:innen und Moderator:innen dargestellt. Die Interventionskosten wurden in Vorbereitungskosten und Kosten der Durchführung der Intervention unterteilt. In diesem Zuge wurden die Kosten der Intervention pro Netzwerk approximiert.

Für die Analyse der Routinedaten wurden zunächst Mengen- und Kostengerüste differenziert nach Studiengruppe und Beobachtungsjahr deskriptiv ausgewertet. Um signifikante Unterschiede in den durchschnittlichen Kosten zwischen den zwei Studiengruppen im  $y_0/y_2$ -Vergleich zu ermitteln, wurden generalisierte lineare Modelle (GLM) der Gamma-Familie mit robusten Standardfehlern herangezogen. Hierfür wurden die Kosten als Gesamtkosten, aggregiert über den jeweiligen einjährigen Nachbeobachtungszeitraum analysiert.

### *Kosten-Effektivitätsanalyse*

In der geplanten Kosten-Effektivitäts-Analyse sollten die Ergebnisse der Effektivitätsanalyse und der Kostenanalyse vergleichend gegenübergestellt und als inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Relation (IKER) dargestellt werden. Aufgrund der nicht signifikanten Effekte der Intervention wurde jedoch auf eine vollständige Kosten-Effektivitäts-Analyse verzichtet und stattdessen, unter der hypothetischen Annahme vergleichbarer Effekte zwischen der ACD-Intervention und Routineversorgung, eine Kostenminimierungsanalyse durchgeführt.

### 5.2.3 Prozessevaluation

#### Übersicht

Die Prozessevaluation kombinierte qualitative und quantitative Ansätze, um mögliche Kausalfaktoren und förderliche Aspekte sowie Barrieren für die Akzeptanz von Feedback (im ACD-Projekt die Netzwerkinformationen) und für die Durchführung von moderierten Netzwerktreffen ermitteln zu können.

Die Prozessevaluation umfasste die folgenden Elemente:

- eine schriftliche Befragung der Moderator:innen im Rahmen der Moderatorentrainings (siehe dazu die Anlage 4.1. *Fragebögen Prozessevaluation*),
- eine schriftliche Befragung der Moderator:innen im Auffrischungstraining (Refresher) für Moderator:innen (siehe dazu die Anlage 4.1. *Fragebögen Prozessevaluation*),
- schriftliche Befragungen der Moderator:innen nach den Netzwerktreffen (siehe dazu die Anlage 4.1. *Fragebögen Prozessevaluation*),
- schriftliche Befragungen der Teilnehmenden nach den Netzwerktreffen (siehe dazu die Anlage 4.1. *Fragebögen Prozessevaluation*),
- leitfadengestützte Telefoninterviews mit Moderator:innen und Teilnehmenden (siehe dazu die Anlage 4.2. *Leitfäden Interviews*),
- eine Online-Umfrage zum Einholen von Feedback der Netzwerkärzt:innen zu den Netzwerkinformationen (siehe dazu die Anlage 4.1. *Fragebögen Prozessevaluation*),
- eine schriftliche Befragung aller Netzwerkärzt:innen infolge der besonderen Situation um die Corona-Pandemie und dem Ausfallen von Netzwerktreffen (siehe dazu die Anlage 4.1. *Fragebögen Prozessevaluation*),
- eine schriftliche Befragung der Koordinator:innen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die die Netzwerktreffen organisierten (siehe dazu die Anlage 4.1. *Fragebögen Prozessevaluation*).

Die Elemente der Prozessevaluation entlang der Studienintervention sind in Abbildung 4 dargestellt.

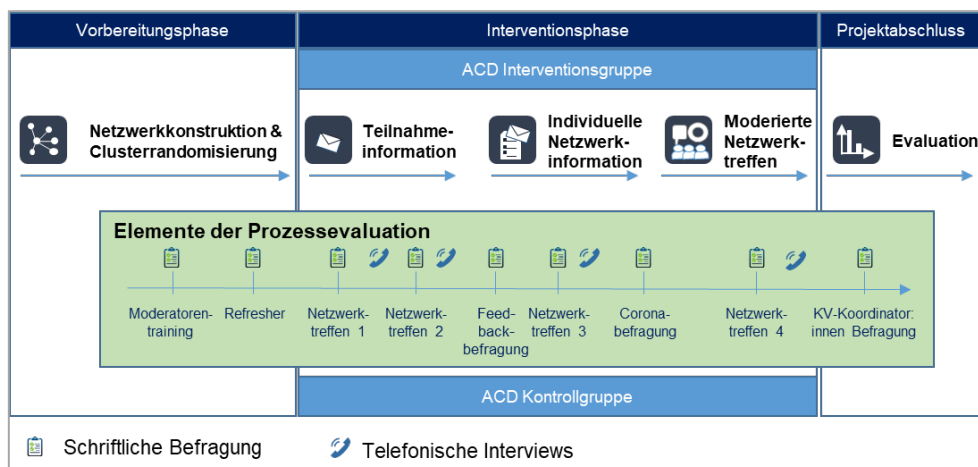


Abbildung 4: Elemente der Prozessevaluation entlang der Intervention

#### Rekrutierung und Sampling

Die Rekrutierung für die schriftlichen Befragungen der Moderator:innen erfolgte im Rahmen der durchgeführten Treffen (a. Trainings, b. Refresher, c. Netzwerktreffen) und alle anwesenden Moderator:innen wurden schriftlich befragt.

Die schriftliche Befragung der Teilnehmenden (d.) erfolgte im Rahmen der stattgefundenen Netzwerktreffen und schloss somit alle Ärzt:innen ein, die an dem jeweiligen Netzwerktreffen teilnahmen.

Die Rekrutierung der Ärzt:innen für die qualitativen Interviews (e.) folgte dem Ansatz des „purposive sampling“ mit dem Ziel hoher Varianz in den Merkmalen Facharztgruppe, Gender, Region (KV - Urbanität) und Teilnahmehäufigkeit (Schreier et al. 2008; Moser, Korstjens 2018). Bei der Stichprobenplanung wurden die Kriterien mit folgender Zielsetzung berücksichtigt:

- *Rolle der Teilnehmenden in ACD:*  
In die Prozessevaluation wurden sowohl Moderator:innen als auch Netzwerkärzt:innen eingebunden. Um die Ergebnisse aus den Fragebogenerhebungen zu vertiefen, wurden bei der Stichprobenplanung für die qualitative Befragung ebenfalls beide Gruppen von Teilnehmenden befragt.
- *Facharztgruppe:*  
Vor dem Hintergrund interdisziplinärer Netzwerke in der Versorgung sollten möglichst viele, unterschiedliche Facharztgruppen in die Prozessevaluation einbezogen werden, um evtl. abweichende Einschätzungen zur Netzwerkarbeit zu ermitteln. Bei der Auswahl der Facharztgruppen wurden die in den datenbasierten Netzwerken berücksichtigt. Auch bei den Moderator:innen wurden für die Interviewauswahl entsprechend unterschiedliche Facharztgruppen rekrutiert.
- *Gender:*  
Um mögliche geschlechterspezifische Unterschiede in der Beantwortung zu berücksichtigen, wurde im Rahmen der Rekrutierung ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis angestrebt.
- *Region (KV/Urbanität):*  
Aufgrund der unterschiedlichen strukturellen Vorgaben wurden zunächst Interviewpartner:innen aus allen vier beteiligten KV-Regionen rekrutiert. Da die Infrastruktur in städtischen und ländlichen Regionen höchst unterschiedlich ausgeprägt ist (Fahrzeiten, Facharztichte etc.), wurden - wo möglich - Teilnehmende aus Netzwerken einbezogen, die entweder eher städtischen oder eher ländlichen Regionen zugeordnet werden konnten. Lediglich für die Teilnehmenden der KV Hamburg konnte hier innerhalb der Netzwerke keine weiterführende Unterteilung in städtisch/ländlich vorgenommen werden.
- *Häufigkeit Teilnahme Netzwerktreffen zum Zeitpunkt des Interviews*  
Als abschließendes Kriterium wurde die Häufigkeit der Teilnahme an Netzwerktreffen zum Zeitpunkt des Interviews herangezogen. Die Voraussetzung für die Rekrutierung an einem qualitativen Interview war die Teilnahme an mindestens einem Netzwerktreffen. Das Kriterium dient dazu, für die Prozessevaluation Perspektiven sowohl der Netzwerkärzt:innen zu ermitteln, die nur zu Beginn oder im späteren Projektverlauf erst zu Netzwerktreffen erschienen (seltenerer Teilnahme), als auch der Netzwerkärzt:innen, die kontinuierlich den Prozess im Netzwerk begleitet haben (häufigere Teilnahme) zu erfassen.

Teilnehmende von Netzwerktreffen, die ihr Einverständnis für weitere Befragungen erklärt haben, wurden zwischen den Netzwerktreffen telefonisch rekrutiert. Interviewpartner:innen wurden so lange eingeschlossen, bis alle Netzwerktreffen in den KV Regionen stattfanden (sofern die vierten Netzwerktreffen stattfanden), die im Rekrutierungsplan vorgegebenen

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046

Kriterien erfüllt wurden und keine neuen Inhalte und Erkenntnisse generiert werden konnten (Helfferich 2009).

Im Folgenden wird die Zusammensetzung der Stichprobe für die qualitative Befragung nach einzelnen Kriterien dargestellt.<sup>4</sup>

*Tabelle 3 Zusammensetzung der Stichprobe für die qualitative Befragung; Rolle der Teilnehmenden*

Kriterium Rolle der Teilnehmenden	Anzahl
Netzwerkärzt:innen	20
Moderator:innen	11
<b>Gesamt</b>	<b>31</b>

*Tabelle 4 Zusammensetzung der Stichprobe für die qualitative Befragung; Facharztgruppe*

Kriterium Facharztgruppe	Anzahl
Gynäkologie	2
Orthopädie	3
Psychologische Psychotherapie	3
Haut- und Geschlechtskrankheiten	2
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	2
Hausärzt:innen/Allgemeinmedizin/Innere Medizin	19
<b>Gesamt</b>	<b>31</b>

Es konnten nicht alle Facharztgruppen, die an ACD-Netzwerktreffen teilnahmen, für ein Interview gewonnen werden. Die Hauptgruppen konnten jedoch erreicht werden. Erwartungsgemäß sind Hausärzt:innen die größte Gruppe innerhalb der ermittelten Netzwerke und wurden daher auch in der qualitativen Befragung entsprechend berücksichtigt.

*Tabelle 5 Zusammensetzung der Stichprobe für die qualitative Befragung; Gender*

Kriterium Gender	Anzahl
Weiblich	16
Männlich	15
<b>Gesamt</b>	<b>31</b>

<sup>4</sup> Auf die Darstellung von Kriterien-Kombinationen muss an dieser Stelle aus Datenschutzgründen verzichtet werden. Aufgrund der Stichprobengröße wären die Interview-Teilnehmenden durch Merkmalskombinationen unter Umständen eindeutig identifizierbar.

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046

*Tabelle 6 Zusammensetzung der Stichprobe für die qualitative Befragung; Urbanität*

Kriterium KV Region (städtisch/ländlich)	Anzahl
KV WL	9 (6/3)
KV SH	6 (2/4)
KV NO	10 (6/4)
KV HH	6 (6/0)
<b>Gesamt</b>	<b>31</b>

*Tabelle 7 Zusammensetzung der Stichprobe für die qualitative Befragung; Teilnahme Netzwerktreffen*

Kriterium Teilnahme Netzwerktreffen (nur Netzwerkärzt:innen)	Anzahl
1 Netzwerktreffen	9
2 Netzwerktreffen	4
3 Netzwerktreffen	7
4 Netzwerktreffen	0
<b>Gesamt</b>	<b>20</b>

Die Umsetzung der qualitativen Interviews erfolgte telefonisch und wurde wechselweise von vier Mitarbeiterinnen (International Health and Social Management, Soziale Gerontologie, Public Health, Pharmazie) telefonisch durchgeführt und digital aufgezeichnet. Die wörtliche Transkription erfolgte durch ein Transkriptionsbüro.

Die Online-Umfrage (f.) und auch die schriftliche Corona-Befragung (g.) wurden an alle Ärzt:innen versendet, die Teil eines ACD-Netzwerks waren.

Schließlich wurden die Koordinator:innen aller vier teilnehmenden KVen zur ACD-Studie per Email befragt (h.).

### *Auswertungsstrategie*

Für die quantitativen Auswertungen der Prozessevaluation (a. bis d. und f. bis h.) wurden Häufigkeitsanalysen durchgeführt.

Im Rahmen der qualitativen Auswertung wurde eine Inhaltsanalyse im multiprofessionellen Team durchgeführt (Soziale Gerontologie, Medizin, Gesundheitsökonomie). Zur Systematisierung der Interview-Inhalte wurde im multiprofessionellen Team ein Kategoriensystem erstellt. Für die inhaltsanalytische Auswertung wurden dabei induktive und deduktive Verfahren zur Kategorienbildung kombiniert (Hsieh, Shannon 2008; Elo, Knygäs 2008). Hierzu wurden zunächst anhand der Forschungsfragen für die Prozessevaluation unter Berücksichtigung des aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstandes sowie der Ergebnisse der Pilotstudie Kernthemen für die Analyse identifiziert. Diese wurden in einer multiprofessionellen Auswertungsgruppe (Soziale Gerontologie, Medizin) durch weitere am Datenmaterial ermittelte Kategorien ergänzt. Insgesamt konnten 16 Kernkategorien ermittelt werden. Das finalisierte Kategoriensystem wurde dann auf das gesamte Material angewendet (Line-by-Line-Codierung). Die Datenverarbeitung und -analyse erfolgte computergestützt (MAXQDA). Ergebnisse der Analyse wurden im multiprofessionellen Forschungsteam (Allgemeinmedizin, Soziologie/Gerontologie, Gesundheitsökonomie) über den gesamten Prozess diskutiert und Interpretationsprozesse reflektiert.

Im Rahmen der Datenauswertung wurden die quantitativen und qualitativen Ergebnisse entsprechend den untersuchten Komponenten der Intervention angeordnet. Analysen zur Verknüpfung der quantitativen und qualitativen Ergebnisse fanden nicht statt.

### 5.3 Schätzung des Stichprobenumfangs und Randomisierung

Die Schätzung der Stichprobengröße stützte sich auf die Annahme einer 20-prozentigen Hospitalisierungsrate und einer 15-prozentigen Verringerung der ASK durch die Intervention. Damit wurde eine 17-prozentige ASK-Rate in der Interventionsgruppe nach Ende der Studie erwartet. Die Annahmen erfolgten auf der Grundlage vergleichbarer Studien und der Analyse von Routinedaten (Sundmacher et al. 2015a; Baier et al. 2014; Peikes et al. 2009). Bei einem Fünf-Prozent-Signifikanzniveau und einer Power von 80 Prozent waren 2.629 Patient:innen pro Studienarm notwendig, um diesen Effekt nachweisen zu können (zweiseitiger Chi-Quadrat-Test). Bei cluster-randomisierten Studien muss die geschätzte Stichprobengröße um den Designeffekt bereinigt werden. Dieser Effekt ist eine Funktion der Clustergröße und des Intracluster-Korrelationskoeffizienten (ICC). Wenn man der Annahme eines ICC von 0,015 (Adams et al. 2004) und einer durchschnittlichen Anzahl von 300 Patient:innen pro Netzwerk folgt, ergibt sich daraus ein Designeffekt in Höhe von 5,485. Für die Vorgehensweise bedeutet dies, dass die geschätzte Fallzahl einer individuell-randomisierten Studie mit 5,485 multipliziert werden muss. Mit diesem Designeffekt wurden insgesamt 28.840 Patient:innen und damit 96 Netzwerke (je Studienarm) nötig.

Aus den berechneten Netzwerken wurde eine Zufallsstichprobe von 100 Interventions- und 100 Kontrollnetzwerken gezogen. Diese Netzwerke wurden in Schichten (Strata) eingeteilt:

- nach den vier Regionen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen abgedeckt werden,
- nach der Netzwerkgröße und danach,
- ob sich die Netzwerke in einem städtischen oder ländlichen Gebiet befanden.

Die Entscheidung für diese Vorgehensweise basierte auf der Annahme, dass sich die Struktur der Netzwerke je nach Standort unterscheidet, was wiederum einen Einfluss auf die Behandlungsergebnisse haben kann (v. Stillfried, Czihal 2014). Im Rahmen dieser Schichtung wurden die Netzwerke zu gleicher Anzahl nach dem Zufallsprinzip in die Interventions- und Kontrollgruppe eingeteilt (MRC 2002). Die dafür notwendige Randomisierung wurde von der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführt.

Der für die Analyse gewählte Intention-to-treat-Ansatz stellt besondere Anforderungen an die Daten. Hierbei wurden in der Auswertung alle niedergelassenen Ärzt:innen berücksichtigt, die Netzwerkinformationen erhalten haben, unabhängig davon, ob sie an den freiwilligen Netzwerktreffen teilgenommen hatten. Die informellen Netzwerke wurden leicht überrepräsentiert. Sie wurden „oversampelt“. Das bedeutet, es wurden 100 statt 96 Netzwerke je Studienarm verwendet. Der für diese Entscheidung maßgebliche Grund sicherte den Fall ab, dass alle Ärzt:innen eines informellen Netzwerks die Intervention formal ablehnen.

### 5.4 Datenmanagement und Ethik

Der Antrag auf Nutzung von Routinedaten für die ACD-Studie wurde von den zuständigen Aufsichtsbehörden der beteiligten regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen bewilligt. Nach den Anträgen bei den zuständigen Landesaufsichtsbehörden gemäß § 75 SGB X wurden die Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der gesetzlichen Krankenkassen in einer Vertrauensstelle verknüpft. Die Datenverknüpfung und die Pseudonymisierung sind in Abbildung 5 dargestellt. Eine Verknüpfung der Krankenkassen- und KV-Daten erfolgte auf Basis der einheitlich pseudonymisierten Arzt-IDs innerhalb der

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046

Vertrauensstelle der LMU / TUM, sodass der analysierenden Stelle die KV Daten sowie die der drei beteiligten Krankenkassen vorlagen.

Am 22. Januar 2018 erhielt die Studiengruppe ein positives Votum der Ethikkommission an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

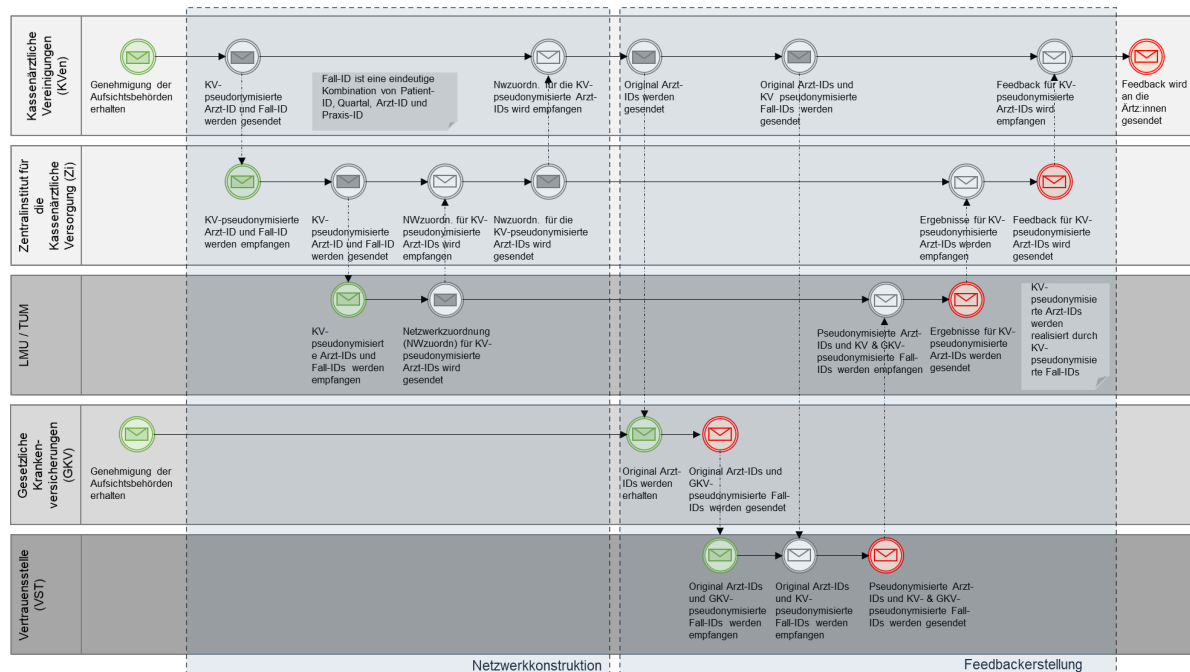


Abbildung 5: Datenfluss und Pseudonymisierung in der ACD-Studie

## 5.5 Statistische Methoden

### Netzwerkkonstruktion

Die Netzwerke wurden iterativ ermittelt. Hierfür wurden zunächst die Patient:innenpopulationen von jeder möglichen Kombination bestehend aus zwei niedergelassenen Ärzt:innen identifiziert, die die Ärzt:innen gemeinsam behandelten. Die Anzahl dieser (geteilten) Patient:innen wurde dazu verwendet, die Stärke der Verbindung zwischen den zwei Ärzt:innen zu approximieren, basierend auf der Annahme, dass Ärzt:innen mehr Patient:innen teilen, wenn sie enger miteinander kooperieren (Barnett et al. 2011). Die ermittelte Netzwerkstruktur wurde im Anschluss daran mit dem modularitätsoptimierenden Multilevel-Algorithmus des igraph-Tools in der Programmiersprache R in informelle Netzwerke unterteilt. Dieses Verfahren wurde iterativ solange auf die Netzstruktur angewendet, bis die entstandenen Netzwerke der zuvor festgelegten Größe entsprachen (mindestens 20 und maximal 120 Ärzt:innen). Bestanden Netzwerke aus weniger als 20 Ärzt:innen wurden diese von der Analyse ausgeschlossen; Netzwerke mit mehr als 120 Ärzt:innen wurden abermals durch den Algorithmus in kleinere Netzwerke unterteilt.

Das Verfahren zur Netzwerkstruktur führte zu einer eindeutigen Ärzt:innenzuordnung, wobei jede/r Ärzt:in zu einem Netzwerk gehörte. Im Gegensatz dazu konnten Patient:innen Teil von Verbindungen innerhalb einer Vielzahl von Netzwerken sein. Daher musste über die Patient:innenzugehörigkeit entschieden werden: Patient:innen konnten entweder Teil vieler



Netzwerke sein oder auf Grundlage vordefinierter Kriterien einem bestimmten Netzwerk zugeordnet werden.

Das Ziel der ACD-Studie war es, Netzwerke von Ärzt:innen zu identifizieren, die für die Behandlung einer gemeinsamen Patient:innenpopulation verantwortlich waren, und eine informierte Diskussion über deren Zusammenarbeit zu ermöglichen. Die Patient:innen wurden daher jeweils einem Netzwerk mit der größten Anzahl an Arztbesuchen (in Behandlungstagen) zugeordnet. Das Netzwerk wurde nur dann als sogenanntes „Usual provider“ Netzwerk betrachtet, wenn diese Anzahl der Arztkontakte mit einem Netzwerk mehr als 50 Prozent aller Arztbesuche einer/s Patient:in entsprach. Alle Patient:innen mit demselben Usual provider Netzwerk bildeten die Patientenpopulation des Netzwerks in dem jeweiligen Betrachtungszeitraum.

### *Indikatoren für die Netzwerkinformationen*

Die Indikatoren in den Netzwerkinformationen umfassten Merkmale der Netzwerke und der zugrundeliegenden Patient:innenpopulation, die mittels deskriptiver Statistik dargestellt wurden. Die Indikatoren der Patient:innenversorgung wurden als kombinierte Indikatoren berechnet. Sie umfassten die Medikation, die Behandlungen sowie die relevanten Facharztbesuche.

### *Evaluation*

Für die Evaluation wurden die Unterschiede bei den primären und sekundären Zielgrößen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe anhand des Intention-to-treat-Ansatzes analysiert (zum Intention-to-treat-Ansatz siehe das Kapitel 5.3). Als Analyseeinheit wurden die Netzwerke herangezogen, da diese die Zielpopulation für die Intervention bildeten und über die gesamte Interventionszeit bestehen blieben. Im Unterschied dazu waren die Patient:innen, die durch die Netzwerkärzt:innen behandelt wurden, nicht immer im gesamten Beobachtungszeitraum in den verschiedenen Netzwerken kontinuierlich in Behandlung. Dieser Umstand hätte zu möglichen Verzerrungen der Ergebnisse führen können. Trotz einer Randomisierung wäre es denkbar, dass die Ergebnisse durch externe Faktoren beeinflusst sein könnten. Dies könnte sich aufgrund des individuellen Krankheitsrisikos der Patient:innen ergeben, welches sich durch Unterschiede in der Demografie (Walker et al. 2014), der Compliance (Freund et al. 2013), der sozio-ökonomischen Faktoren (Trachtenberg et al. 2014) oder der Organisation des Krankensektors (Sundmacher, Kopetsch 2015) ergeben. Diese Einflüsse wurden mithilfe der gewählten Regressionsmodelle bei den Analysen berücksichtigt. Zusätzlich wurden umfangreiche Sensitivitätsanalysen der Evaluationsergebnisse durchgeführt. Dazu wurden konkurrierende Modelle der Risikoadjustierung und verschiedene statistische Signifikanzniveaus angewandt und systematisch miteinander verglichen (Sharabiani et al. 2012).

Für die Analyse wurde zunächst eine direkte Standardisierung der Hospitalisierungsrate nach Alter und Geschlecht der Patient:innen je Netzwerk durchgeführt. Im Anschluss daran wurden auf Patient:innenebene verschiedene logistische Modelle mit binärer abhängiger Variable für die Hospitalisierung aufgrund einer ASD berechnet. Für die Rechenmodelle wurden verschiedene Variablen berücksichtigt, die für den Einfluss der Merkmale Alter, Geschlecht und Komorbiditäten der Patient:innen kontrollierten. In einem weiteren Schritt wurden die geschätzten Rechenmodelle dazu verwendet, die adjustierten Hospitalisierungsraten auf Netzwerkebene zu bestimmen. Die Differenz aus den adjustierten Hospitalisierungsraten beider Beobachtungszeiträume wurde anschließend anhand von statistischen Tests hinsichtlich signifikanter Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe



untersucht. Im Rahmen von Varianzanalysen wurden weitere Faktoren wie etwa die Netzwerkgröße oder die Urbanität analysiert.

Für die gewählte gesundheitsökonomische Analyse wurden die Kostenangaben aus den Routinedaten der drei beteiligten gesetzlichen Krankenkassen verwendet (Techniker Krankenkasse, AOK Rheinland/Hamburg, AOK Nordwest). Diese beinhalteten Angaben über die Kosten ambulanter Behandlungen, Arzneimittelverordnungen, ambulanter Operationen und stationärer Kosten. Hierfür kam das deutsche Standardkostenmodell zur Anwendung. Die Interventionskosten wurden aus dem umgesetzten Finanzierungsplan des Projekts entnommen. Um Informationen für Erstattungsentscheidungen ableiten zu können, wurde die Perspektive der gesetzlichen Krankenkassen (Kostenträgerperspektive) eingenommen.

## 6. Projektergebnisse

Im Rahmen der ACD-Studie wurde eine Intervention zur Verbesserung der Zusammenarbeit der Akteure in der ambulanten Versorgung entwickelt, pilotiert und mit Blick auf ihre Wirksamkeit überprüft. Abbildung 6 stellt sowohl die Vorbereitungsphase als auch die Interventionsphase im zeitlichen Ablauf dar.

Während der Vorbereitungsphase wurden die Interventionselemente ausführlich ausgearbeitet und erprobt. Dazu wurde in einem mehrstufigen Konsensverfahren das Indikatorenset der insgesamt 248 Indikatoren zu ambulanten Behandlungen, Facharztbesuchen, verordneten Medikamenten und intersektoralen Ereignissen entwickelt, welches in den ACD-Netzwerkinformationen verwendet wurde (siehe Tabelle 1 im Anhang 2. *Weitere Ergebnisse*).

Es wurde sowohl eine Pilotstudie als auch eine Fokusgruppenstudie im Bundesland Nordrhein-Westfalen durchgeführt, um alle Elemente der ACD-Studie erproben zu können und diese entsprechend der Ergebnisse gegebenenfalls anpassen zu können. Die Beschreibung und Auswertung der Pilotstudie wurde in einem gesonderten Bericht zusammengefasst (siehe dazu die Anlage 2. *Pilotbericht*).

Für den weiteren Verlauf wurden insgesamt 60 Moderator:innen rekrutiert und geschult, um im Rahmen der ACD-Intervention organisierte Netzwerktreffen leiten zu können. Schließlich wurden insgesamt 312 informelle ACD-Netzwerke auf Basis einer Mindestanzahl von 20 geteilten Patient:innen für die Interventionsregionen HH/SH, NO/WL gebildet. Anhand der Schichtung wurden insgesamt 200 Netzwerke zufällig ausgewählt, die sich gleichmäßig auf die vier KV-Regionen sowie Interventions- und Kontrollgruppe verteilten. Die Netzwerke bestanden aus insgesamt 12.525 Ärzt:innen, welche insgesamt 1.305.373 Patient:innen (mit mindestens einer der 14 Krankheiten) gemeinsam behandelten. Der höchste Fachgruppenanteil bei den Ärzt:innen in den Netzwerken entfiel auf die Gruppe der Hausärzt:innen, gefolgt von den Gynäkolog:innen, Orthopäd:innen und Augenärzt:innen (Detailergebnisse zu den konstruierten Netzwerken und der Randomisierung sind in Anhang 4 aufgeführt).

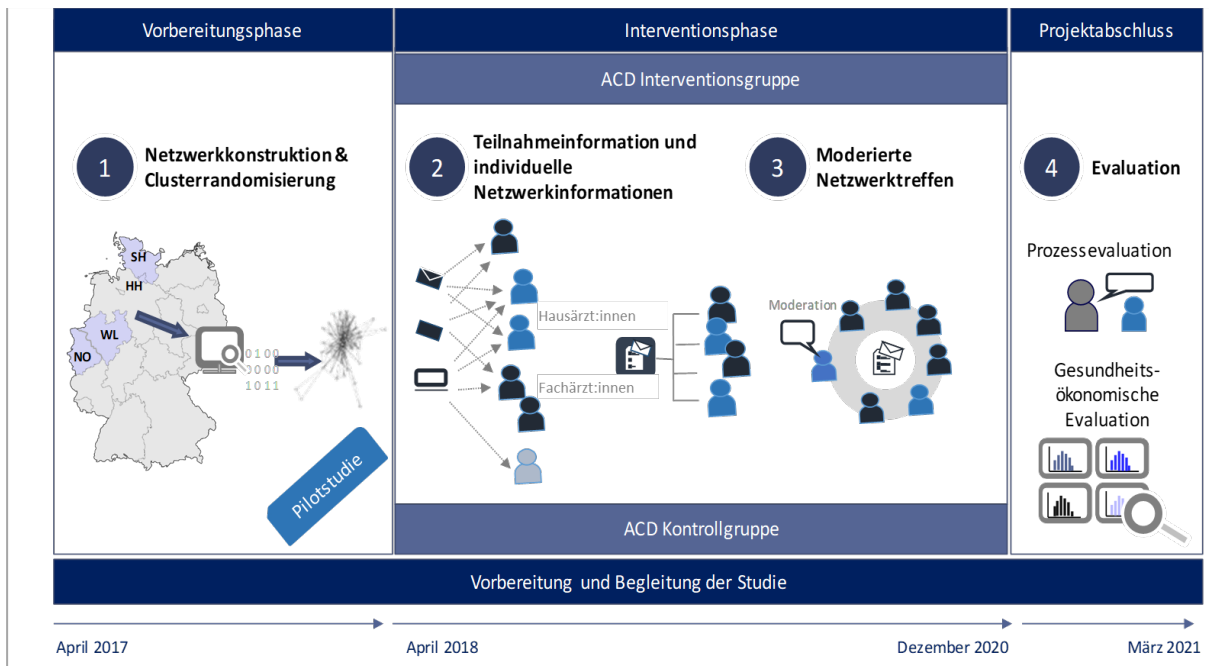


Abbildung 6: Ablauf der Intervention im ACD-Projekt

Im Rahmen der Intervention wurden die Teilnehmenden in den Netzwerken der Interventionsgruppe halbjährlich angeschrieben und zur Teilnahme an den entsprechenden Treffen eingeladen. Quartalsweise erhielten diese Netzwerkärzt:innen insgesamt 31.457 Netzwerkinformationen über die Ergebnisse der Behandlungen bei Patient:innen mit mindestens einer der berücksichtigten 14 Krankheiten (siehe dazu die Tabelle 8). Basierend auf den Ergebnissen der Pilotstudie erhielten die Ärzt:innen neben den Indikatorenwerten der gemeinsam behandelten Patient:innen und den regionalen Vergleichswerten auch Informationen zu den arztindividuell behandelten Patient:innen. Halbjährlich fanden insgesamt bis zu vier Netzwerktreffen der 98 Interventionsnetzwerke statt.<sup>5</sup> Dabei nahmen bis zu 15 Ärzt:innen an einem der insgesamt 163 realisierten Netzwerktreffen teil (siehe dazu die Abbildung 7). Aufgrund der Corona-Pandemie wurden die vierten Netzwerktreffen vor dem Hintergrund des Infektionsgeschehens und der gesetzlichen Bestimmungen teilweise abgesagt oder verschoben.

Tabelle 8 Übersicht der versendeten Netzwerkinformationen

Zeitraum des Versands	Anzahl an versendeten Netzwerkinformationen						Summe
	Feb 2019	März/Apr 2019	Jun/Jul 2019	Sep 2019	Jan/Feb 2020	März/Apr 2020	
KV-Region	Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6	
Hamburg	1.167	1.101	1.101	1.027	1.010	1.010	6.416
Nordrhein	1.681	1.667	1.638	1.595	1.562	1.561	9.704
Schleswig-Holstein	1.365	1.298	1.298	1.235	1.186	1.134	7.516
Westfalen-Lippe	1.389	1.389	1.284	1.284	1.241	1.234	7.821
<b>Summe</b>	<b>5.602</b>	<b>5.455</b>	<b>5.321</b>	<b>5.141</b>	<b>4.999</b>	<b>4.939</b>	<b>31.457</b>

<sup>5</sup> Im Studienverlauf wurden zwei Netzwerke (jeweils im KV-Gebiet Westfalen-Lippe) aus den Analysen ausgeschlossen: Die Netzwerke wurden gemäß dem Wunsch des/r Moderator:in und/oder der Mitglieder im Netzwerk im Laufe der Intervention nicht mehr angeschrieben.

<p><b>1. Netzwerktreffen: 273 Teilnehmende</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hamburg: 40</li> <li>• Nordrhein: 66</li> <li>• Westfalen-Lippe: 61</li> <li>• Schleswig-Holstein: 106</li> </ul>	<p><b>2. Netzwerktreffen: 277 Teilnehmende</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hamburg: 58</li> <li>• Nordrhein: 100</li> <li>• Westfalen-Lippe: 72</li> <li>• Schleswig-Holstein: 47</li> </ul>
<p><b>3. Netzwerktreffen: 208 Teilnehmende</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hamburg: 31</li> <li>• Nordrhein: 87</li> <li>• Westfalen-Lippe: 53</li> <li>• Schleswig-Holstein: 37</li> </ul>	<p><b>4. Netzwerktreffen*: 29 Teilnehmende</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hamburg: 12</li> <li>• Nordrhein: 0</li> <li>• Westfalen-Lippe: 15</li> <li>• Schleswig-Holstein: 2</li> </ul>
* Teilweise Corona-bedingte Absagen von Netzwerktreffen	

Abbildung 7: Teilnehmendenübersicht für die vier Netzwerktreffen in den vier KV Regionen

## 6.1 Wirksamkeitsstudie

### Studienpopulation

Insgesamt umfassten die Netzwerke anfänglich 12.525 Ärzt:innen. 528 Ärzt:innen gehörten der Gruppe, der aus der Intervention ausgeschlossenen Netzwerke an oder sie behandelten nach Auswertung der Routinedaten in der letzten Beobachtungsperiode keine Patient:innen mehr. Die Anzahl der für die statistischen Analysen erforderlichen, auswertbaren Netzwerke mit tatsächlich  $N = 98$  (Soll = 96) konnte um zwei Netzwerke übertroffen werden. In der Kontrollgruppe wurden bei den Auswertungen 100 Netzwerke berücksichtigt.

Ein durchschnittliches ACD-Netzwerk verbindet Ärzt:innen von etwa 14 verschiedenen Fachrichtungen. In 85 Prozent aller Netzwerke sind Ärzt:innen von zehn oder mehr verschiedenen Fachrichtungen vertreten. In der Darstellung der Netzwerke gibt die Länge der Strecken zwischen zwei Ärzt:innen (siehe Abbildung 8) einen Hinweis über die Anzahl der geteilten Patient:innen. Je näher zwei Ärzt:innen angeordnet sind, desto mehr Patient:innen teilen sie.

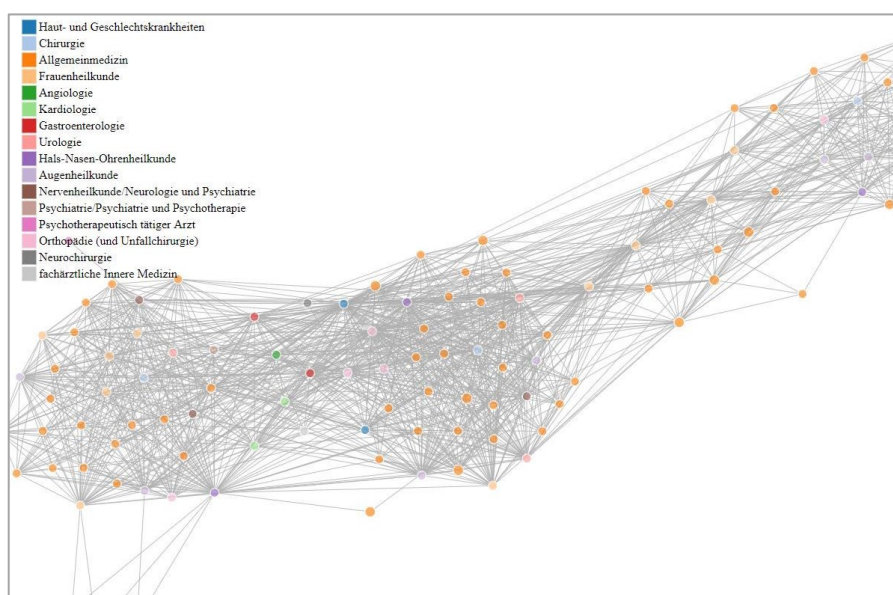


Abbildung 8: Beispielhaftes ACD-Netzwerk und Zusammensetzung der Fachrichtungen

Tabelle 9 fasst die Merkmale der Netzwerke der Interventions- und die Kontrollgruppe zusammen. Die Verteilung zwischen städtischen und ländlichen Regionen, in denen die

Netzwerkärzt:innen tätig waren, wurde bei der Randomisierung durch eine Schichtung berücksichtigt. Daraus ergab sich eine ähnliche Verteilung zwischen städtischen und ländlichen Netzwerken der Interventions- und der Kontrollgruppe (etwa 80 Prozent der Netzwerke sind städtische Netzwerke). Als Indikator für die Zusammensetzung der Fachgruppen innerhalb der Netzwerke wird in der Tabelle 9 der Anteil der Fachgruppe der Allgemeinmediziner:innen in den Netzwerken dargestellt. Diese Fachgruppe war in den Netzwerken die zahlenmäßig stärkste vertretene Fachgruppe. Sie nimmt in der Interventions- und in der Kontrollgruppe jeweils einen Anteil von etwa 45 Prozent ein. Die Auswertungen zeigen, dass sich die Merkmale der Netzwerke statistisch nicht signifikant zwischen Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden.

Tabelle 9 Übersicht der Netzwerkcharakteristika

	Intervention	Kontrolle	p-Werte
Anzahl Netze	98	100	
Anzahl der Patient:innen in den Netzwerken	642.551	663.022	
Mittelwert der Patient:innen je Netzwerk	6.766	6.426	0,6383 <sup>+</sup>
Spanne des Mittelwerts [Minimum - Maximum]	[349 - 16.983]	[145 - 18.817]	
Durchschnittliche Anzahl der Ärzt:innen im Netzwerk	64,88	60,44	0,3914 <sup>+</sup>
Spanne der durchschnittlichen Anzahl [Minimum - Maximum]	[21 - 119]	[21 - 112]	
Anteil städtischer Netzwerke	82,70 %	80 %	1 <sup>*</sup>
Anteil Allgemeinmediziner:innen	44,20 %	46,20 %	0,4888 <sup>*</sup>

**Anmerkungen:** \* Chi<sup>2</sup>-Test, <sup>+</sup>Mann-Whitney-U-Test

Insgesamt wurden in den Interventions- und Kontrollnetzwerken jeweils etwa 650.000 Patient:innen behandelt. Tabelle 10 fasst die wichtigsten Patient:innenmerkmale für die Interventions- und die Kontrollgruppe für den Beobachtungszeitraum  $y_0$  zusammen. Dabei zeigt sich, dass die Alters- und Geschlechtsverteilung zwischen den beiden Gruppen ähnlich ist. Die Patient:innencharakteristika für die Beobachtungszeiträume  $y_1$  und  $y_2$  zeigen ähnliche Zusammensetzungen in den Netzwerken. Diese sind analog in Anhang 2 Tabelle 2 und Tabelle 3 zu finden. Der größte Anteil der behandelten Patient:innen in den Netzwerken stellt die Gruppe der 18- bis 44-Jährigen dar. Diese Gruppe macht etwa ein Viertel der insgesamt versorgten Patient:innen aus (rund 28 Prozent). Tabelle 10 verdeutlicht außerdem, wie groß der Anteil der Patient:innen pro Krankheitsgruppe war. Dabei zeigt sich, dass fast die Hälfte (knapp 50 Prozent) der Patient:innen in der Beobachtungszeit an Hypertonie litt. Weitere häufige Krankheiten finden sich in der Gruppe der Rückenbeschwerden (etwa 35 Prozent) und bei den HNO-Infektionen (etwa 38 Prozent).

Die in der Tabelle berichteten p-Werte der durchgeführten statistischen Tests im Gruppenvergleich verdeutlichen, dass sich die Zusammensetzung der Patient:innen zwischen Interventions- und Kontrollnetzwerken teilweise marginal unterscheidet. Aus diesem Grund wurde die Analyse der primären Zielgröße auf alters- und geschlechtsadjustierten Werten aufgebaut.

Tabelle 10 Übersicht der Patient:innencharakteristika für den Beobachtungszeitraum  $y_0$  (Mittelwerte der Netzwerke)

	Kontrolle		Intervention		p-Werte*	
	Anzahl Patient:innen	relativer Anteil [Min; Max] in %	Anzahl Patient:innen	relativer Anteil [Min; Max] in %		
männlich	18 - 44 Jahre	880	14,1 [6,7; 27,0]	910	14,0 [7,6; 29,4]	0,347
	45 - 54 Jahre	558	8,7 [3,7; 17,2]	589	8,9 [6,7; 25,9]	0,735
	55 - 64 Jahre	613	9,4 [3,7; 15,0]	646	9,3 [3,2; 13,6]	0,983
	65 - 74 Jahre	455	7,1 [0,7; 12,2]	488	7,1 [1,4; 12,2]	0,963
	75 - 84 Jahre	423	6,6 [0,0; 11,0]	446	6,5 [0,0; 12,1]	0,604
	≥ 85 Jahre	103	1,6 [0,0; 3,1]	106	1,6 [0,1; 3,2]	0,415
weiblich	18 - 44 Jahre	893	14,4 [6,9; 49,4]	948	15,0 [6,6; 51,7]	0,691
	45 - 54 Jahre	585	8,9 [5,7; 10,6]	612	8,9 [5,0; 14,4]	0,997
	55 - 64 Jahre	618	9,3 [5,2; 11,7]	650	9,2 [4,4; 12,1]	0,938
	65 - 74 Jahre	492	7,5 [0,0; 9,6]	525	7,4 [0,3; 10,2]	0,914
	75 - 84 Jahre	563	8,6 [0,0; 12,3]	595	8,5 [0,9; 14,5]	0,799
	≥ 85 Jahre	244	3,8 [0,0; 6,0]	250	3,6 [0,3; 6,8]	0,245
Verstorbene	96	1,5 [0,0; 5,8]	102	1,5 [0,3; 2,7]	0,561	
Ischämische Herzkrankheiten	813	12,3 [0,7; 18,0]	825	11,7 [1,1; 17,5]	0,149	
Herzinsuffizienz	350	5,3 [0,7; 10,3]	374	5,2 [0,3; 10,3]	0,836	
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1.804	27,2 [9,0; 34,7]	1.890	26,7 [8,6; 35,7]	0,635	
Bronchitis und COPD	1.639	24,2 [8,3; 37,1]	1.730	24,4 [10,9; 39,0]	0,846	
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opioide	179	2,9 [1,1; 11,6]	194	3,4 [1,2; 54,4]	0,628	
Rückenbeschwerden	2.365	34,3 [12,4; 49,5]	2.493	34,7 [16,6; 49,4]	0,767	
Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	3.159	48,0 [13,8; 58,2]	3.328	47,2 [10,6; 60,5]	0,952	
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	976	14,9 [7,7; 20,7]	1.040	15,1 [9,5; 21,0]	0,863	
Infektiöse Darmkrankheiten	696	10,7 [6,0; 15,4]	718	10,4 [5,3; 18,2]	0,321	
Grippe und Pneumonie	242	3,8 [1,1; 10,3]	260	3,8 [1,5; 7,9]	0,840	
HNO-Infektionen	2.453	38,6 [28,5; 56,6]	2.570	38,7 [25,6; 60,0]	0,940	
Depressive Störungen	1.058	17,3 [10,5; 89,7]	1.160	17,0 [9,9; 32,2]	0,622	
Diabetes mellitus Typ-1	139	2,0 [0,0; 7,6]	165	2,3 [0,2; 10,9]	0,112	
Diabetes mellitus Typ-2	1.058	15,9 [2,1; 32,0]	1.120	16,0 [3,4; 50,6]	0,513	
Gonarthrose	654	9,4 [1,4; 14,6]	689	9,5 [2,5; 15,4]	0,707	
Patient:innen mit Multimorbidität	4.726	71,9 [49,4; 80,1]	4.966	71,5 [45,6; 79,5]	0,985	

Anmerkung: \* Mann-Whitney-U-Test

### Primäre Zielgröße

Die alters- und geschlechtsadjustierte Rate ambulant-sensitiver Krankenhausfälle lag im Zeitraum  $y_0$  (vor Interventionsbeginn) bei einem Anteil von 6,9 Prozent in der Interventionsgruppe und bei 6,7 Prozent in der Kontrollgruppe (siehe dazu Tabelle 11). In Tabelle 11 sind die Krankenhausfallraten pro Beobachtungszeitraum und die Differenz zwischen den beiden Beobachtungszeiträumen in der Farbe Rot für Steigerungen und in der Farbe Grün für Senkungen der Raten dargestellt. Verglichen mit der angenommenen Rate im Rahmen der Fallzahlkalkulation (20 Prozent) ist die Hospitalisierungsrate geringer, da im Rahmen des Projekts die relevante Population at risk identifiziert wurde. Diese beinhaltete nicht nur fortgeschrittene Stadien einer Erkrankung, sondern auch Patient:innen, die Grunderkrankungen aufwiesen, die durch das Fortschreiten der Erkrankung zu einem Krankenhausfall führen könnten (vergleiche dazu auch Kapitel 5.1). Dadurch wurde die Anzahl an Patient:innen erweitert und führte zu geringeren ASK-Raten für die Gesamtpatientengruppen in der Ausgangssituation.

Die primäre Zielgröße der Interventionsgruppe betrug im Zeitraum  $y_1$  (sechs Monate nach Beginn der Intervention) alters- und geschlechtsadjustiert 6,4 Prozent und in der Kontrollgruppe 6,3 Prozent. Im Zeitraum  $y_2$  (12 Monate nach der Interventionslaufzeit) reduzierte sich die Rate der Hospitalisierungen auf 5,4 Prozent in der Interventions- und 5,3 Prozent in der Kontrollgruppe. Die Hospitalisierungsrate beider Gruppen ist somit in beiden

Beobachtungszeiträumen gesunken. Ein signifikanter Unterschied der zeitlichen Entwicklung zwischen den beiden Studiengruppen lässt sich jedoch nicht ermitteln.

Die ermittelten p-Werte für die Beobachtungszeiträume ( $y_0$  und  $y_1$ ,  $y_0$  und  $y_2$ ) zeigen, dass sich die Hospitalisierungsraten der Netzwerke zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nicht statistisch signifikant unterscheiden.

Bei Betrachtung der Hospitalisierungsraten je Krankheitsgruppe zeigt sich, dass auch für diese Zielgrößen die Werte zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ähnlich sind. Weiterhin lässt sich für die erste Verlaufsbeobachtung (Delta  $y_1 - y_0$ ) keine eindeutige Tendenz feststellen. In der Krankheitsgruppe „Ischämische Herzkrankheiten“ sank die Rate der Hospitalisierungen innerhalb der Interventionsgruppe marginal (0,01 Prozentpunkte), wobei die Rate der Kontrollgruppe leicht stieg (0,35 Prozentpunkte). Diese gegensätzliche Entwicklung ist jedoch statistisch nicht signifikant. Ein gegensätzliches Bild ergibt sich beispielsweise für die Krankheitsgruppe der „Rückenbeschwerden“. Insgesamt wird ersichtlich, dass im Rahmen der Wirksamkeitsanalysen in den betrachteten Zeiträumen keine signifikante Änderung der primären Zielgröße zu beobachten ist.

In der Nachbeobachtung des Jahres 2021 im Vergleich zur Vorbeobachtungszeit (Delta  $y_2 - y_0$ ) sind ausgenommen von „Diabetes mellitus Typ 1“ reduzierte Raten an Hospitalisierungen in allen Krankheitsgruppen zu beobachten. Statistisch signifikant ist der Unterschied zwischen den Gruppen in den Änderungsraten lediglich in der Gruppe der Patient:innen mit „Depressiven Störungen“. Hier ließen sich marginal geringere Hospitalisierungsraten in der Interventionsgruppe beobachten.

In weiteren Sensitivitätsanalysen wurden logistische Modelle eingesetzt, um die primäre Zielgröße für weitere mögliche Einflussfaktoren auf Patient:innenebene zu adjustieren. Für die Hospitalisierungsraten mit mindestens einer ASD wurden dafür drei konkurrierende Modelle berechnet. Diese Modelle berücksichtigten neben den Merkmalen Alter und Geschlecht zusätzlich noch, ob Patient:innen multimorbide waren (Modelle 1a und 1b) sowie weiterhin das Vorliegen von einer der 14 Krankheiten (Modell 1c). In der internationalen Literatur wird immer dann von Multimorbidität gesprochen, wenn für Patient:innen mindestens zwei bis drei Diagnosen vorliegen (Barnett et al. 2012). Die für die Analysen verwendete Definition der Multimorbidität wurde auf Basis der 14 Krankheitsgruppen ermittelt und stellt Patient:innen mit zwei oder mehr (Modell 1a) beziehungsweise drei oder mehr (Modell 1b) der 14 Krankheiten als multimorbide dar.

Tabelle 11 Alters- und geschlechtsadjustierte Raten ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (Mittelwerte der Netze)

Krankheitsgruppe	Y <sub>0</sub>			Y <sub>1</sub>			Y <sub>2</sub>			Delta y <sub>1</sub> - y <sub>0</sub>			Delta y <sub>2</sub> - y <sub>0</sub>		
	Int. in %	Kont. in %	p-Werte*	Int. in %	Kont. in %	p-Werte*	Int. in %	Kont. in %	p-Werte*	Int.	Kont.	p-Werte*	Int.	Kont.	p-Werte*
<b>Gesamt</b>	<b>6,9</b>	<b>6,7</b>	<b>0,301</b>	<b>6,4</b>	<b>6,3</b>	<b>0,412</b>	<b>5,4</b>	<b>5,3</b>	<b>0,406</b>	<b>-0,004</b>	<b>-0,004</b>	<b>0,301</b>	<b>-0,015</b>	<b>-0,014</b>	<b>0,582</b>
Ischämische Herzkrankheiten	5,7	5,2	0,156	5,7	5,5	0,963	4,8	4,7	0,717	-0,000	0,003	0,160	-0,009	-0,005	0,176
Herzinsuffizienz	9,7	8,9	0,230	10,3	9,7	0,358	9,4	8,9	0,151	0,005	0,008	0,521	-0,003	-0,001	0,780
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2,3	2,2	0,107	2,3	2,2	0,465	1,8	1,8	0,516	-0,000	0,000	0,107	-0,005	-0,004	0,225
Bronchitis und COPD	2,4	2,3	0,352	2,3	2,4	0,727	2,2	2,2	0,518	-0,001	0,001	0,352	-0,003	-0,001	0,176
Psychische und Verhaltensstörungen	9,3	9,1	0,598	10,0	9,9	0,864	8,3	8,3	0,986	0,007	0,008	0,597	-0,010	-0,008	0,714



Krankheitsgruppe	y <sub>0</sub>			y <sub>1</sub>			y <sub>2</sub>			Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>			Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
	Int. in %	Kont. in %	p-Werte*	Int. in %	Kont. in %	p-Werte*	Int. in %	Kont. in %	p-Werte*	Int.	Kont.	p-Werte*	Int.	Kont.	p-Werte*
durch Alkohol oder Opioide															
Rückenbeschwerden	1,3	1,2	0,637	1,3	1,1	0,105	0,9	0,9	0,373	0,000	-0,001	0,637	-0,003	-0,004	0,796
Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	1,1	1,1	0,948	1,1	1,1	0,876	0,8	0,8	0,582	0,000	0,000	0,948	-0,002	-0,003	0,391
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms	1,8	1,9	0,456	2,0	2,0	0,614	1,8	1,8	0,725	0,002	0,000	0,456	-0,001	-0,001	0,638
Infektiöse Darmkrankheiten	1,4	1,3	0,366	1,1	1,1	0,813	1,0	1,0	0,389	-0,002	-0,002	0,365	-0,003	-0,004	0,877
Grippe und Pneumonie	7,9	8,0	0,913	8,6	8,2	0,613	6,8	6,9	0,857	0,007	0,001	0,913	-0,011	-0,011	0,948
HNO-Infektionen	0,5	0,7	0,114	0,6	0,7	0,915	0,4	0,5	0,233	0,001	0,000	0,114	-0,001	-0,001	0,856
Depressive Störungen	3,0	3,0	0,951	2,9	3,0	0,954	2,5	2,8	0,036	-0,000	-0,000	0,951	-0,005	-0,002	0,045
Diabetes mellitus Typ-1	1,5	1,2	0,509	1,5	1,7	0,519	1,2	1,2	0,968	0,000	0,005	0,051	-0,003	0,000	0,291
Diabetes mellitus Typ-2	1,8	1,7	0,522	1,7	1,6	0,435	1,5	1,2	0,009	-0,001	-0,001	0,522	-0,003	-0,004	0,132
Gonarthrose	3,4	3,1	0,675	3,3	3,1	0,595	3,0	2,8	0,409	-0,001	-0,000	0,675	-0,004	-0,003	0,658

**Anmerkung:** \* T-Test, Interpretationshinweis: Die Differenz zwischen den beiden Beobachtungszeiträumen ist in Rot markiert im Falle einer Steigerung, in Grün im Falle einer Senkung der Rate, Int. = Intervention, Kon. = Kontrolle

Beispielhaft für die einzelnen Krankheitsgruppen wurden Patient:innen aus der Gruppe „Ischämische Herzkrankheiten“ und „Diabetes mellitus Typ-1 und Typ-2“ detaillierter dargestellt, da Informationen zur Versorgung dieser Patient:innen in den ersten zwei Netzwerkinformationen an die Netzwerke versendet wurden. Für die Hospitalisierungsrate der Patient:innen mit „Ischämischer Herzkrankheit“ oder „Diabetes mellitus Typ-1 oder Typ-2“ wurden ebenfalls Regressionen berechnet, bei denen jeweils zusätzlich zu den Merkmalen Alter und Geschlecht noch für das Vorliegen der 13 anderen Krankheiten kontrolliert wurde. Eine Übersicht über die Modelle ist in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12 Übersicht der geschätzten Modelle im Rahmen der Sensitivitätsanalysen

Modell	Abhängige Variable	Erklärende Variablen		
1a	Hospitalisierung	Alter und Geschlecht	Multimorbidität bei ≥ 2 Krankheiten	
1b	Hospitalisierung	Alter und Geschlecht	Multimorbidität bei ≥ 3 Krankheiten	
1c	Hospitalisierung	Alter und Geschlecht		14 Krankheitsgruppen
2	Hospitalisierung, Ischämische Herzkrankheiten	Alter und Geschlecht		13 Krankheitsgruppen
3_1	Hospitalisierung, Diabetes Typ-1	Alter und Geschlecht		13 Krankheitsgruppen
3_2	Hospitalisierung, Diabetes Typ-2	Alter und Geschlecht		13 Krankheitsgruppen

Analog zu den alters- und geschlechtsadjustierten Raten wurde die primäre Zielgröße für die drei Beobachtungszeiträume y<sub>0</sub>, y<sub>1</sub> und y<sub>2</sub> je Netzwerk mittels Regression ermittelt. Die Differenz zwischen den jeweiligen Zeiträumen (Delta y<sub>1</sub> – y<sub>0</sub>, Delta y<sub>2</sub> – y<sub>0</sub>) wurde für jedes

Netzwerk erhoben. Abschließend wurde diese Entwicklung zwischen Interventions- und Kontrollgruppe mittels eines statistischen Tests (t-Test) verglichen, um einen möglichen Effekt durch die Intervention nachweisen zu können.

Tabelle 13 stellt die Ergebnisse der verschiedenen Regressionsmodelle dar. Es zeigt sich, dass die ermittelten adjustierten Raten im Durchschnitt denen der alters- und geschlechtsadjustierten Raten ähneln. Auch für diese Regressionsmodelle ergeben sich zwischen den beiden Beobachtungszeiträumen bei den Hospitalisierungsraten nur marginale Unterschiede, die für Interventions- und Kontrollgruppe zudem vergleichbar sind. Eine Ausnahme davon stellt die Gruppe der Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-1 dar. Hier zeigt Tabelle 13, Modell 3\_1, dass die Hospitalisierungsrate in der Interventionsgruppe durchschnittlich um 0,4 Prozentpunkte gesunken ist und in der Kontrollgruppe durchschnittlich um 0,6 Prozentpunkte stieg. Diese unterschiedliche Entwicklung ist bei einem fünf-prozentigen Signifikanzniveau statistisch bedeutsam.

Tabelle 13 Mittels Regression adjustierte Hospitalisierungsrate (Mittelwerte über Netzwerke)

	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					Modellgüte			p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
	y <sub>0</sub> in %	y <sub>1</sub> in %	y <sub>2</sub> in %	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub> (1)	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub> (2)	y <sub>0</sub> in %	y <sub>1</sub> in %	y <sub>2</sub> in %	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	Pseudo R <sup>2</sup> y <sub>0</sub>	Pseudo R <sup>2</sup> y <sub>1</sub>	Pseudo R <sup>2</sup> y <sub>2</sub>		
Modell 1a	6,8	6,2	5,3	-0,006	-0,015	6,7	6,2	5,2	-0,005	-0,015	0,053	0,058	0,054	0,728	0,774
Modell 1b	6,8	6,2	5,3	-0,005	-0,015	6,8	6,3	5,2	-0,005	-0,015	0,065	0,068	0,064	0,767	0,772
Modell 1c	6,7	6,2	5,2	-0,005	-0,015	6,7	6,2	5,2	-0,005	-0,015	0,102	0,105	0,098	0,679	0,930
Modell 2	5,3	5,4	4,5	0,001	-0,008	5,0	5,3	4,4	0,003	-0,006	0,02	0,016	0,019	0,292	0,321
Modell 3_1	1,9	1,4	1,2	-0,004	-0,007	1,3	1,9	1,0	0,006	-0,003	0,096	0,105	0,076	0,018	0,291
Modell 3_2	1,6	1,6	1,3	-0,001	-0,003	1,5	1,5	1,1	0,000	0,000	0,026	0,022	0,020	0,818	0,381

**Anmerkung:** \* t-Test, Interpretationshinweis: Die Differenz zwischen den beiden Beobachtungszeiträumen ist in Rot markiert im Falle einer Steigerung, in Grün im Falle einer Senkung der Rate.

Weitere Sensitivitätsanalysen erfolgten, um für mögliche Effekte kontrollieren zu können, die sich aufgrund unterschiedlicher Merkmale der Netzwerke ergeben haben könnten. Dafür wurden die Netzwerke hinsichtlich ihrer Größe und ihrer Lage in städtischen oder ländlichen Regionen kategorisiert. Anschließend wurde eine einfaktorische Varianzanalyse durchgeführt, um gezielt untersuchen zu können, ob sich die ermittelten Hospitalisierungsraten zwischen den gebildeten Kategorien wie angenommen systematisch unterscheiden. Für alle sechs untersuchten Modelle ergaben sich dabei p-Werte > 0,1. Damit konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

### Sekundäre Zielgrößen

Im ACD-Projekt wurden für alle Krankheitsgruppen zahlreiche Indikatoren berechnet und an die Netzwerke als Netzwerkinformationen berichtet. Diese wurden ebenfalls als Prozessindikatoren für die Evaluation berücksichtigt. Detailliert werden im Folgenden insbesondere die Krankheitsgruppen „Ischämische Herzkrankheiten“ und „Diabetes mellitus Typ-1 und Typ-2“ dargestellt, da diese an alle Ärzt:innen in der ersten und zweiten Netzwerkinformation berichtet wurden und somit Änderungen der Raten von Beobachtungszeitraum y<sub>0</sub> zu Beobachtungszeitraum y<sub>2</sub> zu erwarten waren. Alle weiteren Ergebnisse sind im Anhang 2 Tabelle 4 zusätzlich berichtet.



Für die Krankheitsgruppe „Ischämische Herzkrankheiten“ wurden Indikatoren berechnet, die Informationen zu Patient:innencharakteristika, Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen, verordneten Medikationen und sektorenübergreifenden Ereignissen beinhaltet. In Tabelle 4 im Anhang 2 *Weitere Ergebnisse* sind die Ergebnisse als Mittelwerte der Netzwerke für die beiden Beobachtungszeiträume bei der Interventions- und bei der Kontrollgruppe dargestellt. Es zeigt sich beispielsweise, dass ein sehr großer Anteil der Patient:innen mit „Ischämischer Herzkrankheit“ zusätzlich mindestens eine weitere der 14 Krankheiten hatte (etwa 98 Prozent). Es wird ebenfalls deutlich, dass sich die Rate der multimorbiden Patient:innen je Netzwerk marginal um nur 0,1 beziehungsweise 0,2 Prozentpunkte im Verlauf der Intervention verändert hat.

Hinsichtlich der Versorgung der Patient:innen im Netzwerk zeigt sich weiterhin, dass durchschnittlich etwa 43 Prozent der Patient:innen eine/n Fachärzt:in für Kardiologie innerhalb eines Jahres aufsuchten. Dieser Wert stieg im Zeitverlauf für die Patient:innen der Interventions- und Kontrollnetzwerke leicht an. Die Änderung der Raten zwischen den Gruppen war jedoch statistisch nicht signifikant ( $p$ -Wert  $> 0,1$ ).

Auch bei den ambulanten Prozessen, wie zum Beispiel die ermittelte Rate an Patient:innen, bei denen mindestens einmal der LDL- und HDL-Wert im Verlauf eines Jahres kontrolliert wurde, ergaben sich keine deutlichen Änderungen im Zeitverlauf und zwischen Interventions- und Kontrollnetzwerken. In beiden Gruppen sank der Anteil an Patient:innen, die die empfohlenen Behandlungen erhielten, im Jahr 2021 im Vergleich zu den Vorjahren.

Eine leicht positive Entwicklung war bei dem Indikator zur Verordnung von Lipidsenkern ersichtlich, die an Patient:innen mit „Ischämischer Herzkrankheit“ und Diabetes mellitus Typ-2 ausgestellt wurden. Hier stieg die Rate der Interventionsnetzwerke durchschnittlich vom Vorbeobachtungszeitraum bis zum Follow-up um 4,4 Prozentpunkte und in der Kontrollgruppe um 4,6 Prozentpunkte. Es konnte jedoch kein Effekt der Intervention nachgewiesen werden ( $p$ -Wert  $> 0,1$ ).

Für Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-1 und Typ-2 wurden ebenfalls Indikatoren der fünf Kategorien errechnet und die Werte der beiden Gruppen und Beobachtungszeiträume verglichen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 im Anhang 2 aufgeführt. Auch für diese sekundären Zielgrößen zeigten sich nur geringe Veränderungen ( $< 10$  Prozentpunkte) über den Zeitverlauf, wobei auch diese nicht systematisch durch die Intervention beeinflusst wurden. Verbesserungen für Interventions- und Kontrollnetzwerke konnten bei der Inanspruchnahme von Fachärzt:innen beobachtet werden. Hier stieg zum Beispiel die Rate der Patient:innen der Interventionsnetzwerke mit Diabetes mellitus Typ-1, die mindestens einen Abrechnungskontakt mit eine/r Nephrolog:in hatten, von 24,7 Prozent in  $y_0$  zu 33,9 Prozent in  $y_1$  und 35,9 Prozent in  $y_2$ . Eine fast vergleichbare Entwicklung ergab sich für die Kontrollnetzwerke. Somit sind die Änderungen in Kontroll- und Interventionsgruppe vergleichbar.

Um ein möglichst umfassendes Bild der Versorgung abbilden zu können, wurden zusätzlich jeweils kombinierte Indikatoren für die beiden Krankheitsgruppen „Ischämische Herzkrankheiten“ und „Diabetes mellitus Typ-1 und Typ-2“ auf Ebene der Patient:innen erhoben. Die kombinierten Indikatoren wurden aus Empfehlungen der Leitlinien (vergleiche beispielsweise NVL Kreuzschmerz, DEGAM Schlaganfall, NVL Herzinsuffizienz, NVL Koronare Herzkrankheit, NVL Typ-2-Diabetes) abgeleitet und kontrollierten für die jeweiligen Patient:innen, wie viele der identifizierten Prozesse, Facharztbesuche, Medikationen erfüllt wurden. Daraus wurden abermals Raten je Netzwerk für beide Beobachtungszeiträume ermittelt. Deren Entwicklung wurde anschließend zwischen Interventions- und Kontrollgruppe verglichen.

Für die Krankheitsgruppe „Ischämische Herzkrankheiten“ umfasste der kombinierte Indikator, die in Tabelle 14 dargestellten Informationen. Es zeigt sich, dass Patient:innen sowohl in

Interventions- als auch in Kontrollnetzwerken durchschnittlich die Hälfte der fünf empfohlenen Indikatoren erfüllten und sich dieser Wert im Zeitverlauf nur marginal änderte. Diese Veränderung zwischen den beiden Studiengruppen war nicht systematisch verschieden (p-Wert > 0,1).

Tabelle 14 Ergebnisse kombinierter Indikator Ischämische Herzkrankheiten

	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
	y <sub>0</sub> in %	y <sub>1</sub> in %	y <sub>2</sub> in %	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub> in %	y <sub>1</sub> in %	y <sub>2</sub> in %	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr im KHK-DMP eingeschrieben waren	39,5	40,7	43,5	0,013	0,040	40,3	41,3	44,0	0,010	0,043	0,617	0,750
Rate der KHK Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Kardiolog:in innerhalb des Beobachtungsjahrs	43,5	43,6	45,3	0,000	0,017	43,8	44,3	45,2	0,004	0,019	0,494	0,829
Rate der KHK Patient:innen mit Grippeimpfung im Beobachtungsjahr	38,6	37,4	44,8	-0,012	0,062	38,4	39,1	45,9	0,007	0,071	0,125	0,347
Rate der KHK Patient:innen, deren LDL- und HDL Werte mindestens einmal im Beobachtungsjahr ambulant untersucht wurden	63,5	57,4	53,8	-0,061	-0,097	65,2	59,6	56,1	-0,056	-0,087	0,517	0,294
Rate der KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal Statine verschrieben bekamen	69,2	71,7	73,6	0,026	0,044	69,0	71,0	73,4	0,020	0,046	0,394	0,663
Kombinierter Indikator KHK	50,9	50,2	52,2	-0,007	0,013	51,4	51,1	52,9	-0,003	0,018	0,350	0,331

**Anmerkung:** \* t-Test, Interpretationshinweis: Die Differenz zwischen den beiden Beobachtungszeiträumen ist in Rot markiert im Falle einer Steigerung, in Grün im Falle einer Senkung der Rate.

Für Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-1 und Typ-2 wurden jeweils sieben Indikatoren identifiziert, die die Versorgung gemäß Empfehlungen der Leitlinie abbilden (vergleiche dazu Tabelle 15). Hier zeigt sich, dass durchschnittlich rund 55 Prozent der ausgewählten Empfehlungen bei den Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-1 umgesetzt wurden. Die Rate bei den Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-2 liegt bei rund 54 Prozent, wobei für diese Krankheitsgruppe insbesondere der Abrechnungskontakt zu einer diabetologischen Schwerpunktpraxis geringer ausfällt. Die zeitlichen Änderungsraten sind auch für diese Werte sehr gering und weisen kaum statistisch signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe auf (p-Wert > 0,1). Lediglich die Rate der Diabetes mellitus Typ-1 Patient:innen mit HDL bzw. LDL Untersuchungen im Beobachtungsjahr unterscheidet sich zwischen den Beobachtungszeiträumen y<sub>0</sub> und y<sub>2</sub> und den Gruppen (p=0,06, p=0,05) signifikant, wobei für beide Gruppen ein Rückgang der durchgeführten Untersuchungen zu verzeichnen ist.

Tabelle 15 Ergebnisse kombinierter Indikator Diabetes mellitus Typ-1 und Typ-2

	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
	y <sub>0</sub> in %	y <sub>1</sub> in %	y <sub>2</sub> in %	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub> in %	y <sub>1</sub> in %	y <sub>2</sub> in %	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Diabetes Patient:innen (Diabetes mellitus Typ-1), die im Beobachtungsjahr im DM1-DMP eingeschrieben waren	19,8	24,1	29,3	0,043	0,092	18,3	22,5	28,2	0,043	0,099	0,953	0,611
Rate der Diabetes Patient:innen (Diabetes mellitus Typ-2), die im Beobachtungsjahr im DM2-DMP eingeschrieben waren	60,9	63,9	69,3	0,030	0,084	60,4	62,8	69,1	0,024	0,087	0,343	0,725
Rate der Diabetes Patient:innen Typ-1, die mindestens einen Abrechnungskontakt zu einer diabetologischen Schwerpunktpraxis hatten	63,4	68,4	68,9	0,050	0,052	64,6	69,9	69,9	0,054	0,053	0,855	0,938
Rate der Diabetes Patient:innen Typ-2, die mindestens einen Abrechnungskontakt zu einer diabetologischen Schwerpunktpraxis hatten	46,5	53,4	52,1	0,070	0,056	47,1	53,5	53,4	0,064	0,064	0,761	0,727
Rate der Patient:innen mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ-1, die eine Grippeimpfung im Beobachtungsjahr erhielten	34,8	33,6	40,9	-0,011	0,062	36,2	35,5	41,9	-0,011	0,053	0,994	0,654
Rate der Patient:innen mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ-2, die eine Grippeimpfung im Beobachtungsjahr erhielten	34,9	33,5	41,4	-0,014	0,065	35,7	34,9	41,5	-0,008	0,058	0,430	0,446
Rate der Diabetes Patient:innen Typ -1, bei denen im Beobachtungsjahr eine Augenhintergrunduntersuchung durchgeführt wurde	57,5	56,6	54,7	-0,009	-0,031	56,8	56,9	54,4	0,001	-0,024	0,491	0,739
Rate der Diabetes Patient:innen Typ-2, bei denen im Beobachtungsjahr eine Augenhintergrunduntersuchung durchgeführt wurde	41,6	40,7	38,7	-0,009	-0,029	40,6	39,9	39,2	-0,007	-0,015	0,761	0,093
Rate der Diabetes Typ-1 Patient:innen mit mindestens einem HDL Test im Beobachtungsjahr	64,5	59,5	57,0	-0,050	-0,075	63,9	59,2	59,9	-0,047	-0,040	0,824	0,052
Rate der Diabetes Typ-2 Patient:innen mit mindestens einem HDL Test im Beobachtungsjahr	59,0	51,5	49,2	-0,075	-0,098	59,3	52,3	51,2	-0,070	-0,081	0,594	0,170
Rate der Diabetes mellitus Typ-1 Patient:innen mit einer Hba1c Bestimmung ambulant im Beobachtungsjahr	88,9	89,2	88,2	0,003	-0,009	90,0	89,3	89,7	-0,007	-0,003	0,171	0,625
Rate der Diabetes mellitus Typ-2 Patient:innen mit einer Hba1c Bestimmung ambulant im Beobachtungsjahr	84,8	83,4	81,9	-0,013	-0,028	86,5	85,2	83,6	-0,014	-0,029	0,919	0,960
Rate der Diabetes mellitus Typ-1 Patient:innen mit mindestens	56,9	52,7	51,7 %	-0,042	-0,051	57,8	55,7	56,5	-0,026	-0,013	0,073	0,055

	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
	y <sub>0</sub> in %	y <sub>1</sub> in %	y <sub>2</sub> in %	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub> in %	y <sub>1</sub> in %	y <sub>2</sub> in %	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
einem LDL Test ambulant im Beobachtungsjahr												
Rate der Diabetes mellitus Typ-2 Patient:innen mit mindestens einem LDL Test ambulant im Beobachtungsjahr	51,3	46,4	45,5	-0,049	-0,058	53,4	49,6	50,4	-0,038	-0,030	0,331	0,023
Kombinierter Indikator Diabetes mellitus Typ-1	55,1	54,9	55,8	-0,002	0,006	55,4	55,6	57,2	0,002	0,018	0,440	0,152
Kombinierter Indikator Diabetes mellitus Typ-2	54,1	53,3	54,0	-0,009	-0,001	54,7	54,0	55,5	-0,007	0,008	0,708	0,120

**Anmerkung:** \* t-Test, Interpretationshinweis: Die Differenz zwischen den beiden Beobachtungszeiträumen ist in Rot markiert im Falle einer Steigerung, in Grün im Falle einer Senkung der Rate.

Insbesondere in der Gruppe der Patient:innen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Opioide konnte für einige Indikatoren eine leicht positive Entwicklung festgestellt werden. Hier stieg zum Beispiel die Rate der Patient:innen mit einem Abrechnungskontakt zu einer relevanten Facharztgruppe (z.B. Neurologie, Psychiatrie u. Psychotherapie und Neurologie u. Nervenheilkunde) zwischen y<sub>0</sub> und y<sub>2</sub> in der Interventionsgruppe (um 0,019; 0,006 bzw. 0,023 Prozentpunkte) wohingegen die Raten der Kontrollgruppe im gleichen Zeitraum sanken. Diese Unterschiede waren statistisch signifikant (p-Wert < 0,1). In der Kontrollgruppe wurde außerdem ein Rückgang der Rate der Patient:innen mit einem psychosomatischen Gespräch zwischen y<sub>0</sub> und y<sub>2</sub> um 0,024 Prozentpunkte festgestellt. Ein solcher Rückgang konnte für die Interventionsgruppe nicht beobachtet werden, sodass auch hier ein signifikantes Ergebnis zugunsten der Interventionsgruppe vorliegt.

Patient:innen mit Hypertonie erhielten in der Interventionsgruppe zu Beginn der Intervention (y<sub>0</sub>) seltener die empfohlene Medikation mit Antihypertensivum verordnet als Patient:innen der Kontrollgruppe (51,9 vs. 53,0 Prozent). Diese Rate stieg für die Interventionsgruppe um 0,006 Prozentpunkte in dem Nachbeobachtungszeitraum (y<sub>2</sub>), wohingegen sie in der Kontrollgruppe um 0,001 Prozentpunkte sank. Dieser Unterschied war ebenfalls statistisch signifikant (p-Wert < 0,1). Zuletzt konnte eine positive Entwicklung für die Verordnungspraxis von Antibiotika in der Krankheitsgruppe der HNO-Patient:innen abgebildet werden. Hier gab es einen deutlichen Rückgang der Verordnungen nicht empfohlener Antibiotika im Zeitverlauf in beiden Gruppen, wobei der Rückgang für die Interventionsgruppe (Delta y<sub>1</sub>, y<sub>0</sub>) signifikant stärker war (0,059 vs. 0,048 Prozentpunkte).

### Schlussfolgerungen

Im Rahmen der durchgeführten Wirksamkeitsanalysen kann weder bei den primären noch bei den sekundären Zielgrößen ein eindeutiger statistisch signifikanter Effekt der Intervention festgestellt werden. Die primäre Zielgröße der Interventionsgruppe betrug im Zeitraum y<sub>1</sub> (sechs Monate nach Beginn der Intervention) alters- und geschlechtsadjustiert 6,4 Prozent und in der Kontrollgruppe 6,3 Prozent, im Follow-up Jahr 2021 des Zeitraums y<sub>2</sub> 5,4 Prozent in der Interventions- und 5,3 Prozent in der Kontrollgruppe. Die Hospitalisierungsrate beider Gruppen ist somit in beiden Beobachtungszeiträumen marginal gesunken. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Studiengruppen lässt sich dabei nicht feststellen. Die Mehrheit der sekundären Endpunkte wies keine statistisch signifikanten

Ergebnisse auf. Nur einzelne Ergebnisse wiesen auf leichte Verbesserungen in der Medikation und Diagnostik hin.

Die Intervention begann mit der Einladung zu den Netzwerktreffen im August des Jahres 2018. Es war zu erwarten, dass Effekte der Intervention erst mit einem Zeitverzug zu einem späteren Zeitpunkt zu beobachten wären. Die Interventionslaufzeit und die Follow-up Beobachtungszeit kollidierten mit den Folgen der Covid-19 Pandemie. Änderungen der Hospitalisierungsraten im Zeitverlauf lassen sich somit teilweise auf das Pandemiegeschehen und den allgemeinen Rückgang an Hospitalisierungen zurückführen. Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe lassen sich in allen Beobachtungszeiträumen jedoch nicht feststellen.

Zusätzlich kann davon ausgegangen werden, dass Krankenhausaufenthalte nicht immer durch ambulante Ärzt:innen veranlasst werden, sondern dass insbesondere auch Patient:innencharakteristika und -verhalten und die regionale Verfügbarkeit von Fachärzt:innen einen Einfluss auf die Ereignisse haben können. Zu diesem Zweck wurden in der Wirksamkeitsstudie diverse sekundäre Zielgrößen betrachtet, die die Versorgungssituation innerhalb der Netzwerke in Form von Indikatoren abbildeten. Auch für diese Zielgrößen konnte in der Analyse kein eindeutiger statistisch bedeutsamer Effekt durch die Intervention nachgewiesen werden.

## 6.2 Gesundheitsökonomische Analyse

### *Studienpopulation*

Die Studienpopulation der gesundheitsökonomischen Evaluation entspricht der Population der Wirksamkeitsstudie (vgl. Kapitel 6.1). Basierend auf der deskriptiven Analyse der soziodemografischen und klinischen Charakteristika differenziert nach Beobachtungszeitraum konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Studiengruppen festgestellt werden. Nach Ausschluss von Hochkostenfällen umfasst die betrachtete Studienpopulation insgesamt rund 97% der Patient:innen der jeweiligen Beobachtungszeiträume.

### *Ergebnisse der Kostenanalyse*

Zunächst wurden die von den beteiligten Krankenkassen bereitgestellten Abrechnungsdaten aus den Routinedaten analysiert. Zu diesem Zwecke wurden basierend auf den ausgewählten Kostenkomponenten ein Mengen- und Kostengerüst aufgestellt und differenziert nach Studiengruppe ausgewertet.

In der Interventionsgruppe beliefen sich die Gesamtkosten pro geteiltem Patienten in  $y_0$  ( $y_1$ ;  $y_2$ ) auf insgesamt 4.726,96 (5.852,05; 5.525,37) Euro, in der Kontrollgruppe auf 5.706,96 (7.762,50; 6.034,66) Euro. Es lassen sich geringfügige Differenzen zwischen den Beobachtungszeiträumen und in den Kostenbereichen feststellen, allerdings sind diese nicht signifikant unterschiedlich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (p-Wert > 0,1, t-Test), auch nicht bei Ausschluss der Hochkostenfälle (vgl. Anhang 2 Tabelle 5).

Tabelle 16 Kosten der Patient:innenversorgung in der Interventions- und Kontrollgruppe

	Y <sub>0</sub>		Y <sub>1</sub>		Y <sub>2</sub>		Delta Y <sub>1</sub> -Y <sub>0</sub>			Delta Y <sub>2</sub> -Y <sub>0</sub>		
	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	p-Wert*	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	p-Wert*
Gesamtkosten	4.727	5.707	5.852	7.763	5.525	6.035	1.125	2.055	0,64	799	328	0,29
Ambulante Kosten	721	720	734	722	743	734	13	2	0,33	23	14	0,71
Kosten für Arzneimittel aus Verordnungen	2.897	3.889	3.552	5.458	3069	3632	655	1.570	0,64	172	-256	0,31
Ambulante Krankenhauskosten	45	49	48	51	55	60	3	3	0,94	10	11	0,70
Stationäre Krankenhauskosten	1.064	1050	1.518	1.531	1.658	1.608	454	482	0,67	594	559	0,61

**Anmerkung:** Durchschnittliche Kosten p. P. in Euro, Mittelwerte über die Netzwerke. \* t-Test,

Zusätzlich wurden die Kosten für Alter, Geschlecht und Komorbidität analog zu den Wirksamkeitsanalysen adjustiert und analysiert. Ebenso hier ergaben sich in den Modellen 1a bis 1c keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen den Gruppen.

Tabelle 17 Mittels Regression adjustierte Kosten (Mittelwerte über Netzwerke)

	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					Modellgüte			p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
	Y <sub>0</sub> in Euro	Y <sub>1</sub> in Euro	Y <sub>2</sub> in Euro	Delta Y <sub>1</sub> - Y <sub>0</sub> (1)	Delta Y <sub>2</sub> - Y <sub>0</sub> (2)	Y <sub>0</sub> in Euro	Y <sub>1</sub> in Euro	Y <sub>2</sub> in Euro	Delta Y <sub>1</sub> - Y <sub>0</sub>	Delta Y <sub>2</sub> - Y <sub>0</sub>	AIC Y <sub>0</sub>	AIC Y <sub>1</sub>	AIC Y <sub>2</sub>		
Modell 1a	5720	6826	6846	1105,75	1125,75	6963	9620	7385	2657,16	421,77	19	19	29	0,500	0,272
Modell 1b	5699	6837	6890	1138,52	1191,42	6960	9643	7291	2682,91	331,10	19	19	19	0,501	0,226
Modell 1c	4685	5560	5427	875,08	741,36	6496	8714	6886	2217,48	389,75	18	18	18	0,417	0,425

**Anmerkung:** \* t-Test, Interpretationshinweis: Die Differenz zwischen den beiden Beobachtungszeiträumen ist in Rot markiert im Falle einer Steigerung, in Grün im Falle einer Senkung der Rate.

Die Interventionskosten lassen sich in Vorbereitungskosten der Intervention und Kosten der Durchführung der Intervention unterteilen.

Die Vorbereitung der Intervention war pro Netzwerk mit durchschnittlich etwa 8.700 Euro verbunden, die Durchführung der Intervention (Versand der Netzwerkinformationen und Durchführung der Netzwerktreffen inkl. Aufwands- und Reisekostenentschädigungen) mit etwa 18.100 Euro. Die Kosten der Durchführung der Intervention unterschieden sich teilweise stark in Abhängigkeit von den Rahmenbedingungen vor Ort (Moderator:innensituation, regionale Verteilung der Netzwerke und Nutzung von Räumlichkeiten).



### *Ergebnisse der Kosten-Effektivitätsanalyse*

Im Rahmen der Wirksamkeitsstudie konnte basierend auf den verfügbaren Daten kein signifikanter Effekt der ACD-Intervention hinsichtlich des primären Outcomes, der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle, gezeigt werden. Ebenso konnte kein eindeutiger Effekt hinsichtlich der weiteren sekundären Outcomes festgestellt werden, sodass von einem vergleichbaren Effekt zwischen ACD und der Regelversorgung ausgegangen wird.

Die auf dieser Annahme basierende Kostenminimierungsanalyse zeigt, dass Interventionspatient:innen der ACD-Studie aus Sicht der GKV durchschnittlich nicht geringere Gesamtkosten im einjährigen Nachbeobachtungszeitraum verursachen als Patient:innen der Kontrollgruppe.

### **6.3 Prozessevaluation**

Im Folgenden werden die Elemente der Prozessevaluation entlang der Interventionselemente der Moderationstrainings, Netzwerktreffen und Netzwerkinformationen ausgewertet. Als Erhebungsinstrumente wurden hierbei die unterschiedlichen Fragebögen sowie die leitfadengestützten Interviews genutzt (vergleiche auch Methodik, Kapitel 5.2.3). Detaillierte Auswertungen zu den einzelnen Erhebungsinstrumenten finden sich im Anhang 3 *Ergebnisse der Prozessevaluation*. Die folgenden Angaben geben eine Übersicht über die der Prozessevaluation zugrundeliegenden Rücklaufquoten und Erhebungszeitpunkte.

An dem Moderator:innen-Training nahmen insgesamt 60 Ärzt:innen teil, es lagen 60 ausgefüllte Fragebögen vor. Die höchste Teilnehmenden-Rate wurde mit 25 Teilnehmenden in der KV Region Nordrhein verzeichnet (KV NO: 25, KV SH: 15, KV WL: 12, KV HH: 7, „keine Angabe“: 1). Dies ist darauf zurückzuführen, dass hier die größte Anzahl an Moderator:innen tätig war.

Die Rücklaufquote der Fragebögen der acht Teilnehmenden am Refresher-Training lag bei 100 Prozent. Die höchste Rücklaufquote bei den Moderator:innen-Fragebögen wurde nach dem ersten Netzwerktreffen mit 85,1 Prozent erzielt, von den teilnehmenden Ärzt:innen nach dem zweiten Netzwerktreffen mit 181 Fragebögen. Beim dritten Netzwerktreffen wurden 144 Fragebögen von den teilnehmenden Ärzt:innen ausgefüllt und beim vierten Treffen lag die Anzahl bei 30.

Im Studienverlauf nahm die Rücklaufquote der ausgefüllten Fragebögen der Teilnehmenden sowie Moderator:innen eher ab. Dies lässt sich auf verschiedene Faktoren zurückführen wie beispielsweise die abnehmenden Teilnahmeraten an den angebotenen Netzwerktreffen und die Arbeitsbelastungen der eingeladenen Ärzt:innen aufgrund der COVID-19 Pandemie. Es ist zu vermuten, dass dies auch eine Ursache die Abnahme der stattgefundenen Netzwerktreffen über den Studienverlauf ist. Auch konnte ein Großteil der vierten Netzwerktreffen aufgrund der Kontaktbeschränkungen in Folge des Ausbruchs der COVID-19-Pandemie nicht stattfinden.

Es ist anzunehmen, dass die Teilnehmer:innen und Moderator:innen der Netzwerktreffen, die die Fragebögen ausfüllten, grundsätzlich eine positivere Einstellung gegenüber dem Projekt und den Interventionselementen aufzeigten als jene Ärzt:innen, die den Treffen fernblieben. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse der Feedbackbefragung und der Corona-Befragung von besonderer Bedeutung: Hier antworteten sowohl Ärzt:innen, die bereits an Treffen teilgenommen hatten als auch Personen, die an keinem Netzwerktreffen teilgenommen hatten. Die Befragungen geben somit zusätzlichen Aufschluss über Personen, die nicht an Netzwerktreffen teilnahmen und wie diese die beiden Interventionselemente bewerteten. Die Befragungsergebnisse schließen Ärzt:innen nicht ein, die die Netzwerkinformationen und Einladungen zu den Netzwerktreffen nicht lasen.



An der Feedback-Befragung zu den Netzwerkinformationen nahmen 59 der rund 5.400 angeschriebenen Ärzt:innen teil. Durch die Corona-Sonderbefragung konnten 323 Fragebögen erhoben werden. Die meisten Fragebögen wurden dabei von Ärzt:innen der KV Nordrhein eingesendet. Hier lagen 99 ausgefüllte Fragebögen vor, für Westfalen-Lippe waren es 85, für Hamburg 59 und für Schleswig-Holstein 70 Antworten. Zehn ausgefüllte Fragebögen konnten keiner KV Region zugeordnet werden.

Die Rekrutierung der Ärzt:innen für die 31 qualitativen Interviews folgte dem Ansatz des „purposive sampling“ mit dem Ziel hoher Varianz in den Merkmalen Facharztgruppe, Gender, Region (KV und Urbanität) und Teilnahmehäufigkeit (Schreier et al 2008; Moser, Korstjens 2017).

### *Moderations-Trainings*

Die Befragung der Moderator:innen im Anschluss an die Moderator:innen-Trainings ergab, dass die Moderator:innen überwiegend den Eindruck hatten, die Aufgaben bei der ACD-Intervention sowie die der Projektpartner zu kennen. Auch gaben die Moderator:innen an, dass ihnen der potenzielle Nutzen der Intervention für die Regelversorgung verständlich war. Als Schwierigkeiten und Hürden für eine erfolgreiche Durchführung der Netzwerktreffen antizipierten die Moderator:innen in den Moderations-Trainings die

- potenziell geringen Teilnehmerszahlen,
- fachfremde Themen bei heterogenen Gruppen,
- nachlassende Motivation der Teilnehmenden und
- gegebenenfalls Schwierigkeiten bei der Interpretation der Netzwerkinformationen.

### *Netzwerktreffen*

Im Rahmen der schriftlichen Befragung im weiteren Interventionsverlauf beurteilten die Moderator:innen die Netzwerktreffen als förderliche Maßnahme, um die Koordination zwischen den Teilnehmenden zu stärken (Ergebnis der Moderator:innen Fragebögen nach den Netzwerktreffen). Jedoch stimmten die Moderator:innen der Aussage nur teilweise zu, dass sich die Netzwerktreffen für die jeweils besprochene Krankheitsgruppe oder auf die Patient:innenversorgung im Allgemeinen positiv auswirke.

Die Teilnehmenden der Netzwerktreffen bewerteten in den Interviews insbesondere die Möglichkeit, sich persönlich kennenzulernen und den kollegialen Austausch im Rahmen der ACD-Netzwerktreffen positiv. Die Besonderheit der ACD-Netzwerke bestand aus Sicht der befragten Netzwerkmitglieder und Moderator:innen im interdisziplinären Austausch. Um diesen gut gestalten zu können und um gemeinsam über die Netzwerktreffen hinaus aktiv werden zu können, bedarf es der Kontinuität innerhalb der Gruppe. So wurde es insgesamt als positiv bewertet, wenn im Netzwerk über den Projektverlauf weitere Teilnehmende für die Netzwerktreffen gewonnen werden konnten. Insbesondere von Moderator:innen wurde es allerdings als problematisch empfunden, wenn bei Folgetreffen die Gruppe überwiegend aus neuen Mitgliedern bestand.

In Bezug auf die Zusammensetzung gaben die Teilnehmenden an, dass der Austausch mit Kolleg:innen aus der eigenen Region und der direkte Bezug der anwesenden Fachdisziplinen verglichen mit dem eigenen Berufsalltag als gewinnbringend erlebt wurde. Der Austausch mit Netzwerkärzt:innen, die nicht in der eigenen Region, sondern in angrenzenden Regionen und beispielsweise als Spezialist:innen an Knotenpunkten im informellen Netzwerk verortet waren, wurde nicht als hilfreich für den eigenen Arbeitsalltag bewertet. Begründet wurde dies mit der fehlenden Kenntnis dieser Netzwerkärzt:innen über die regionalen Besonderheiten

wie etwa Anfahrtswege oder konkrete Versorgungsstrukturen (beispielsweise Art oder Anzahl der vertretenen Facharzt Disziplinen).

Über die Netzwerke hinweg konnten folgende wiederkehrende Themen ermittelt werden, die im Rahmen der Netzwerktreffen besprochen wurden:

- Verbesserung der Alltagskommunikation durch direkte Zugangswege (Faxzugänge, Listen mit Telefondurchwahl etc.),
- Verbesserung des Arbeitsalltags durch Vernetzung und durch optimierten Austausch, um die Versorgung verbessern zu können oder es sich „leichter machen zu können“,
- Lösungsansätze zu Problemen bei mangelndem Zugang zu bestimmten Disziplinen (Variationen nach regionalen Gegebenheiten),
- gegenseitige Unterstützung beziehungsweise Hilfslosigkeit bei mangelnden spezialisierten Versorgungsangeboten - insbesondere im ländlichen Raum,
- Mehrwert des ACD-Netzwerkes sowohl zu bereits bestehenden individuellen als auch formelleren Netzwerken. Hier zeigte sich beispielsweise, dass teilweise auch bei Bestehen eines selbstorganisierten aktiven Netzwerkes vor Ort und im Zuge des Austausches im ACD-Treffen die bereits erreichten Verbesserungen in der Versorgung reflektiert wurden.

Den Teilnehmenden war bei der Bearbeitung der Themen bei den Netzwerktreffen wichtig, konkrete Probleme in der eigenen Region zu identifizieren und Lösungsansätze zu finden, die im Praxisalltag umsetzbar sind. Aus Sicht der Befragten braucht es Zeit, im Netzwerk einen vertrauensvollen Austausch für eine Annäherung der Netzwerkmitglieder zu ermöglichen. Grundsätzlich war es den Teilnehmenden wichtig, dass die Beteiligung am ACD-Netzwerk einen Mehrwert für die eigene Arbeit bot und dass eine Entlastung spürbar würde. Teilnehmenden, die im Rahmen des Netzwerktreffens keinen Bezug zum eigenen Arbeitsalltag entdecken konnten, erlebten die Teilnahme am Netzwerktreffen mitunter als schlechte Investition.

Das Interesse und die Neugier auf das Netzwerk wurde beispielsweise durch die Anschreiben und Netzwerkinformationen im ACD-Projekt, die vorab in die Praxis geschickt wurden, geweckt. Insbesondere bei der ersten Teilnahme habe die Motivation darin bestanden, mehr über das Projekt zu erfahren und sehen zu können, was in der eigenen Region passiert. Die persönliche telefonische Ansprache durch Kolleg:innen hat auch bei Ärzt:innen noch motivierend wirken können, die sich nach Erhalt der Einladung zum Netzwerktreffen und Netzwerkinformationen zunächst gegen eine Beteiligung am Netzwerktreffen entschieden hatten. Die persönliche Einladung von Kolleg:innen als Vertreter:in einer ärztlichen Fachgruppe mit den spezifischen Kompetenzen und die Bitte danach, sich in den Austausch einzubringen, wurde als wertschätzend wahrgenommen und steigerte eine persönliche Motivation. Vor allem Moderator:innen hätten sich direkte Zugänge gewünscht, um, wenn zeitlich möglich, Netzwerkmitglieder direkt persönlich einladen zu können. Positiv auf die Teilnahme an den Netzwerktreffen wirkten aus Sicht der Befragten auch die Rahmenbedingungen, wie etwa die Erreichbarkeit, der Zeitpunkt und das Catering.

Ein großer Teil der befragten Moderator:innen und Netzwerkärzt:innen äußerte den Wunsch, etwas bewegen zu wollen und im Netzwerk mehr Kooperation, Zusammenarbeit und Austausch mit Kolleg:innen zu erleben. Förderlich für eine Teilnahme am ersten und an weiteren Netzwerktreffen war es, wenn die eigenen „Herzenthemen“ im Netzwerk Raum fanden und behandelt werden konnten. Auch der informelle Austausch sollte noch stärker gefördert werden.

Als Strategien zur Motivationssteigerung weiterer/anderer Netzwerkmitglieder wurden von Befragten folgende Aspekte genannt:

- finanzielle Anreize zur Teilnahme wären sinnvoll,

- Fortbildungspunkte seien eine Grundvoraussetzung, würden aber nicht ausreichen, die Motivation zu steigern,
- frühzeitigere Bekanntgabe der Termine von Netzwerktreffen wären sinnvoll, um die Teilnahme mit ausreichendem Vorlauf in der Praxis organisieren zu können,
- regelmäßige Erinnerungen von Netzwerkärzt:innen mit Blick auf die anstehenden Termine und Netzwerktreffen wären sinnvoll,
- zentral gelegene und gut erreichbare Veranstaltungsräume hätten positive Auswirkungen,
- regionale Auftaktveranstaltungen zur Information über das Forschungsvorhaben würden potenzielle Netzwerkärzt:innen sensibilisieren.

Die Ergebnisse der Prozessevaluation zeigten, dass insbesondere die geringen Teilnehmeraten das Gelingen der aktiven Vernetzung erschwerten. Bei Netzwerkmitgliedern, die hoch motiviert waren und ihre Erwartungen beim ersten Netzwerktreffen nicht erfüllt sahen, wirkte dies demotivierend und führte zu einer verringerten Teilnahmebereitschaft an weiteren Netzwerktreffen (Ergebnis der qualitativen Interviews). Als demotivierend wurde empfunden, wenn die als relevant eingeschätzten Disziplinen beim Netzwerktreffen nicht vertreten waren, der Mehrwert des ACD-Projektes nicht ersichtlich wurde und Strukturen und rechtliche Vorgaben, wie beispielsweise die Datenschutzgrundvorgaben, als einengend wahrgenommen wurden.

Weitere Gründe für den Abbruch der Teilnahme an den Netzwerktreffen bestanden, wenn sich zu den anwesenden Ärzt:innen keine direkten Anknüpfungspunkte ermitteln ließen, da diese beispielsweise als Fachgruppe inhaltlich nicht relevant erschienen oder räumlich zu weit entfernt von der eigenen Praxis lagen.

Als weitere Barriere zur Teilnahme an einem Netzwerktreffen wurde von einigen Teilnehmenden genannt, dass die Vernetzung im Rahmen eines Forschungsprojektes datenbasiert und nicht aus der Versorgung selbst initiiert wurde. Von dieser Gruppe wurde die Zusammensetzung des Konsortiums eher kritisch bewertet – so wurden beispielweise Universitäten als praxisfern eingestuft und über die Projektziele hinausgehende Interessen von Kostenträgern und Standesvertretungen antizipiert. Konnten diese Vorannahmen nicht bei dem Netzwerktreffen oder mithilfe der Projektmaterialien widerlegt werden, führte dies zu einer ablehnenden Haltung gegenüber dem ACD-Projekt. Kritisch wurde auch bewertet, wenn das ACD-Netzwerk starke Überschneidungen mit einem bereits bestehenden, gut etablierten Netzwerk aufwies. Hier konnten die Netzwerkmitglieder für sich keinen Mehrwert in der Beteiligung am ACD-Projekt erschließen.

Zusätzlich wurde das Fernbleiben von den Netzwerktreffen durch die Netzwerkärzt:innen damit begründet, dass weitere Vernetzungsaktivitäten und die Teilnahme an Forschungsaktivitäten neben dem Praxisalltag eher als belastend erlebt wurden. Weiterhin ließen individuelle Überlastung, beispielsweise durch Vertretungen oder Ärzt:innen-Mangel, eine Teilnahme nicht zu. Im späteren Projektverlauf wurde schließlich die Teilnahme durch eine Überlastung aufgrund von pandemiebedingter Mehrarbeit verhindert.

### *Netzwerkinformationen*

Die Mehrheit der Ärzt:innen der Corona-Sonderbefragung hatten die versendeten ACD-Netzwerkinformationen gelesen (siehe Abbildung 9). Die Befragten waren der Ansicht, dass unter den Kolleg:innen ein Bedarf bestand, Informationen über die eigenen Versorgungsdaten im Vergleich zum Durchschnitt der Region in Form von Netzwerkinformationen zu erhalten.

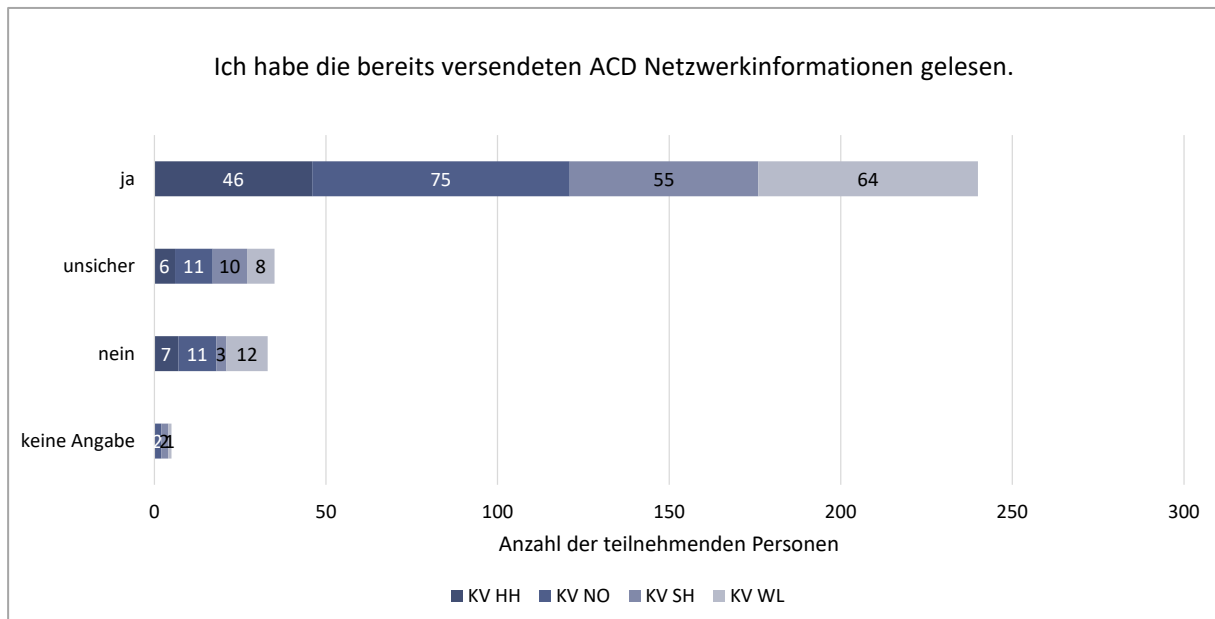


Abbildung 9: Rückmeldung zur Durchsicht der Netzwerkinformationen (Corona-Sonderbefragung)

Die Moderator:innen und Teilnehmenden an den Netzwerktreffen der ACD-Studie beurteilten die bereitgestellten Netzwerkinformationen insgesamt als positiv (Ergebnis der *Moderator:innen-Fragebögen*, Ergebnisse der *Teilnehmenden-Befragung*). Die Netzwerkinformationen enthielten für die überwiegende Mehrheit der Befragten relevante Informationen und erschienen den Moderator:innen und Teilnehmenden als eine sinnvolle Grundlage für die Diskussion in den Netzwerken. Insgesamt wurden die vom ACD-Studienteam bereitgestellten Materialien positiv bewertet. Der Aussage, dass die Netzwerkinformationen Entscheidungen im Arbeitsalltag beeinflussen können, stimmten die Teilnehmenden jedoch nur teilweise zu. Die Inhalte der ACD-Netzwerkinformation und deren Relevanz wurden von den Teilnehmenden der Corona-Sonderbefragung als teilweise verständlich beurteilt. Es wurden unterschiedliche Bedürfnisse der Netzwerkärzt:innen hinsichtlich des Detailgrads an gebotenen Informationen deutlich. In der Feedback-Befragung der Teilnehmenden wurden folgende Faktoren als mögliche Verbesserungsmöglichkeiten für die Netzwerkinformationen genannt:

- weniger Statistik-Darstellungen und einfachere, reduziertere Informationsdarstellung,
- Angabe der Relevanz der einzelnen Auswertungen,
- Mitsprache bei Auswahl der Indikatoren,
- erneutes Verdeutlichen von Erkenntnisinteresse und Nutzen der Intervention,
- Generierung der Daten transparent gestalten sowie Bezug zu den einzelnen Patient:innen deutlicher darstellen.

Grundsätzlich ließen sich im Rahmen der qualitativen Interviews drei unterschiedliche Gruppen für die Einschätzung der Netzwerkinformationen identifizieren: Die Gruppe der *Interessierten* bewertete die Netzwerkinformationen zur Zusammensetzung des Netzwerks sowie die indikationsspezifischen Versorgungsdaten als sinnvoll für die Reflexion der eigenen Arbeit und die Arbeit im Netzwerk. Die Gruppe der *Kritiker:innen* bewertete die Netzwerkinformationen eher als negativ und stufte sie als nicht relevant für den Praxisalltag ein. Die *Kritiker:innen* gingen davon aus, dass die Daten eher für Struktur- und Systemregulation bedeutsam seien und hatten Vorbehalte in Bezug auf die Zielsetzung des Projektes. Die Gruppe der *Unentschiedenen* hatte ebenso wie die Gruppe der *Kritiker:innen* eher eine ablehnende Haltung gegenüber den Netzwerkinformationen. Die *Unentschiedenen*

konnten gegebenenfalls im Netzwerktreffen durch den Austausch mit den Moderator:innen und/oder den Netzwerkärzt:innen angeregt werden, die Netzwerkinformationen zukünftig zu nutzen.

Die interviewten Teilnehmenden berichteten, dass die Netzwerkinformationen für den gemeinsamen Austausch im Rahmen der ACD-Netzwerktreffen eher selten genutzt wurden, da zumindest ein Teil der Anwesenden, häufig aber auch eine ganze Gruppe, den Austausch hierzu abgelehnt hat. Die Freiheit, die Daten für den Austausch zu nutzen oder eigene Themen zu erarbeiten, war den Teilnehmenden der Netzwerktreffen sehr wichtig. Moderator:innen beschrieben, dass die aufbereiteten Daten trotz anfänglicher Skepsis in einigen Gruppen dennoch in Teilaspekten zur Anregung von Diskussionen genutzt werden konnten. Wenn die Informationen genutzt wurden, wirkten sie auch bei der Anwesenheit von „Kritiker:innen“ anregend, um mindestens den Sinn der Daten zu diskutieren.

## 7. Diskussion der Projektergebnisse

Die ACD-Studie hat untersucht, ob die Vernetzung von Ärzt:innen und der informierte Dialog einen positiven Einfluss auf die Patient:innenversorgung nehmen. Die ACD-Studie verfolgte dabei den innovativen Ansatz die umfassenden Informationen über Patient:innenpfade in Routinedaten zu nutzen, um Netzwerke von Ärzt:innen zu ermitteln, die gemeinsam Patient:innen behandeln.

Als primäre Zielgröße der ACD-Studie wurden die Hospitalisierungen infolge ambulant-sensitiver Diagnosen herangezogen, da bei jenen Krankenhausfällen angenommen wird, dass sie durch Koordination und gutes Management im ambulanten Sektor potenziell vermeidbar sind. Die Hypothese der ACD-Studie war damit, dass sich die Hospitalisierungsraten der Interventionsnetzwerke durch die ACD-Intervention reduzieren würden. Die Hospitalisierungsraten wurden dabei auf Basis von Routinedaten erhoben. Hierfür lagen umfassende und vollständige Informationen zu den Patient:innen vor, die grundsätzlich unabhängig von den ambulanten Ärzt:innen der Intervention eine objektive Zielgröße darstellen. Die Ergebnisse zeigen keine statistisch signifikante Reduktion von ASK bei den Interventionsnetzwerken.

Es ist anzunehmen, dass sich eine Reduktion der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle erst mit einem deutlichen Zeitverzug einstellt, da zunächst die ambulanten Ärzt:innen innerhalb der Netzwerke Behandlungspfade etablieren müssen, bevor sich diese auf die Behandlungsergebnisse bei Patient:innen auswirken können. Auch in dem einjährigen Follow-up Zeitraum konnte noch kein Effekt der Intervention auf die ASK festgestellt werden.

Die Interventionslaufzeit und die Follow-up Beobachtungszeit kollidierten mit den Folgen der Covid-19 Pandemie. Änderungen der Hospitalisierungsraten im Zeitverlauf lassen sich somit teilweise auf das Pandemiegeschehen und den allgemeinen Rückgang an Hospitalisierungen zurückführen. Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe lassen sich in allen Beobachtungszeiträumen jedoch nicht feststellen. Es ist allerdings denkbar, dass die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen nicht immer durch ambulante Ärzt:innen veranlasst wird. So ist möglich, dass insbesondere auch Patient:innencharakteristika und -verhalten oder auch die regionale Verfügbarkeit, etwa von Fachärzt:innen, die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen beeinflussen. Zu diesem Zweck wurden in der Wirksamkeitsstudie diverse sekundäre Zielgrößen betrachtet, die die Versorgungssituation innerhalb der Netzwerke in Form von Indikatoren abbildeten. Für diese Zielgrößen konnten in der Analyse vereinzelt leichte Verbesserungen in der Medikation und Diagnostik durch die Intervention nachgewiesen werden.

Die Intervention bestand aus zwei Elementen. Zum einen umfasste sie das Erstellen und Versenden der Netzwerkinformationen, zum anderen beinhaltete sie die Organisation und Durchführung der moderierten Netzwerktreffen. Es wurde ein Intention-to-treat-Ansatz zur Analyse der Intervention gewählt, da zu erwarten war, dass nicht alle Netzwerkmitglieder durch beide Elemente der Intervention erreicht werden würden. Diese Annahme entspricht der Versorgungsrealität.

Anhand der Teilnehmeraten an den Netzwerktreffen ließ sich beobachten, dass einige Netzwerke die Netzwerktreffen positiv aufnahmen und hier die Teilnehmeraten kontinuierlich auf einem hohen Niveau lagen. In anderen Netzwerken waren die Teilnehmeraten teilweise gering oder eine Teilnahme kam gar nicht zustande. Nicht zuletzt wurde die Teilnahme an den Netzwerktreffen aufgrund der Corona-Pandemie erschwert oder unmöglich gemacht. Ein möglicher (positiver) Effekt der Netzwerktreffen, der sich aus der Nutzung gegenseitigen ärztlichen Feedbacks und eines informierten Dialogs hätte ergeben können, war somit nur eingeschränkt möglich. Die Prozessevaluation bestätigte, dass insbesondere die geringen Teilnehmeraten das Gelingen der aktiven Vernetzung erschwerte.

Innerhalb der Wirksamkeitsanalyse auf Basis der Routinedaten ließ sich darüber hinaus nicht ermitteln, welche Netzwerkmitglieder die Netzwerkinformation gelesen und an den Netzwerktreffen teilgenommen hatten. Eine Verknüpfung der Routinedaten mit den Teilnahmeinformationen aus den Netzwerktreffen war aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich. Subgruppenanalysen hätten hier weitergehende Informationen liefern können. Aus den Befragungen zur Prozessevaluation kann vermutet werden, dass ein Großteil der Netzwerkärzt:innen (76 Prozent derjenigen, die an der Befragung teilnahmen) die Information auch gelesen hatte.

Die Gründe für die geringen Teilnehmeraten an den Netzwerktreffen wurden im Rahmen der Prozessevaluation umfassend analysiert. Neben einer anfänglichen Skepsis gegenüber der Motivation und dem Ziel des Projekts wurden terminliche Restriktionen unter den Teilnehmenden thematisiert. Weiterhin war die Teilnahme an einem Netzwerktreffen häufig an Erwartungen an eine Mindestanzahl teilnehmender Kolleg:innen sowie einem direkten Nutzen aus der Zusammenarbeit im Netzwerk geknüpft.

Der Fokus auf die 14 ambulant-sensitiven Erkrankungen im Projekt wurde durch die Prävalenz der Erkrankungen, eine hohe erwartete Vermeidbarkeit von Hospitalisierungen sowie durch eine interdisziplinäre Behandelbarkeit von Erkrankungen motiviert. Es wurde angenommen, dass viele Fachdisziplinen von den Diskussionen innerhalb des Netzwerks hätten profitieren können. Dennoch ergaben sich Konstellationen, in denen sich der Nutzen von Diskussionen über eine Krankheitsgruppe nicht für alle Mitglieder eines Netzwerks ergab und dieser erst im Rahmen der weiteren Zusammenarbeit deutlich wurde.

Die gewählte Form der interdisziplinären Zusammenarbeit benötigt somit Motivation, Vertrauen, Anleitung und Zeit, die über eine längere Laufzeit und kontinuierliche Treffen noch hätte gesteigert werden können. Insgesamt deuten die Ergebnisse der Prozessevaluation daraufhin, dass Ärzt:innen den kollegialen Austausch als sinnvoll und nützlich für die eigene Arbeit erachteten (Ergebnis der Corona-Sonderbefragung). Ein großer Teil der Befragten aus der Interventionsgruppe (ein Anteil von rund 50 Prozent) gab an, dass ein Bedarf dafür bestand, interdisziplinäre Treffen zur Vernetzung verschiedener Arztgruppen als Teil der Regelversorgung zu etablieren.

Das Interventionselement der Netzwerkinformationen wurde in der Projektlaufzeit stetig und gemäß der Kommentare der Netzwerkärzt:innen überarbeitet. Insgesamt erhielten die Netzwerkärzt:innen im Laufe der Intervention zwei Anschreiben zu Charakteristika der Netzwerke und sechs Netzwerkinformationen zu zwölf der 14 Krankheitsgruppen im ACD-Projekt. Die insgesamt 31.457 versendeten Netzwerkinformationen umfassten jeweils etwa 15 Seiten. In ähnlicher Form waren vielen Ärzt:innen die Feedbackberichte aus den Disease



Management-Programmen bereits bekannt. Besonders an den Netzwerkinformationen im ACD-Projekt war die Aggregation der Indikatoren auf Ebene der gemeinsam behandelten Patient:innen im Sinne einer gemeinsamen Verantwortung für Patient:innen. Diese Sichtweise war für Ärzt:innen ungewohnt. Durch die freie Arztwahl entstand der lose Bezug der Patient:innen zu einem Netzwerk durch die Ärzt:innenkontakte. Er war nicht durch eine feste Einschreibung bei einem/r bestimmten Ärzt:in oder ähnliches fixiert. Eine Verantwortlichkeit für jene gemeinsamen Patient:innen war somit nicht formalisiert. Bereits in der Pilotstudie wurde um eine Ergänzung der Netzwerkinformationen um arztindividuelle Werte gebeten, was in der Hauptintervention auch Berücksichtigung fand und einen Vergleich von Indikatorwerten ermöglichte.

Ergebnisse der Prozessevaluation ergaben weiterhin, dass 64 Prozent der Ärzt:innen die Netzwerkinformationen als sinnvoll für die eigenen Arbeit erachteten. Es zeigten sich deutliche Unterschiede im Wunsch nach Details zu statistischen Informationen und Umfang der dargestellten Informationen. Teilweise wurde im Rahmen der Evaluation der Netzwerkinformationen erkennbar, dass nicht allen teilnehmenden Ärzt:innen die Relevanz einzelner Krankheitsgruppen deutlich wurde. Dieser Aspekt wurde in den Netzwerktreffen adressiert und ebenso wurden im späteren Verlauf facharztgruppenspezifische Erläuterungen ergänzt, die die Relevanz der Zusammenarbeit im Netzwerk für jede Krankheit erläuterten.

Ebenso zeigte sich im Umgang mit den Netzwerkinformationen, dass sich der Mehrwert der gebotenen Transparenz über die Routinedaten nicht immer sofort ergab und Anleitung, Motivation sowie Zeit bedurfte.

Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass in den Ergebnissen der Effektivitätsanalyse kein Effekt auf die Versorgung der Patient:innen durch die ACD-Intervention nachgewiesen werden konnte, der Ansatz der ACD-Studie jedoch bei ambulanten Ärzt:innen häufig als positiv eingeschätzt wird. Die geringen Teilnahmezahlen an den Netzwerktreffen sind dabei als größte Herausforderung zu nennen. Die Etablierung der Qualitätszirkel in Deutschland erfolgte über mehrere Jahre bis sie sich zu einem regelmäßig genutzten und effektiven Instrument zur Verbesserung der Versorgung entwickelt hat. Insbesondere Zeit und Motivation sind daher die beiden Kernelemente, die für eine wirksame Umsetzung der ACD-Studie notwendig waren.

Die ACD-Studie und ihre Evaluation unterliegen verschiedenen Limitationen. Diese beinhalten die bekannten Limitationen hinsichtlich der Verwendung von Routinedaten. Hierzu zählt beispielsweise die zeitliche Verzögerung in der Verfügbarkeit von Routinedaten sowie hinsichtlich des Umfangs an Informationen. Alle erhobenen Indikatoren wurden lediglich für Patient:innen der beteiligten Krankenkassen berechnet. Patient:innen weiterer Krankenkassen, Privatpatient:innen und OTC-Medikation sowie mögliche IGeL-Leistungen konnten nicht bei den Untersuchungen berücksichtigt werden. Ebenso ergaben sich Grenzen bei den qualitativ erhobenen Daten und ihrer Interpretation. Hierzu zählte beispielsweise der Selektions-Effekt der jeweils Befragten (Teilnehmende an den Netzwerktreffen und Leser:innen der Netzwerkinformationen) sowie die Vollständigkeit der Angaben aus den Fragebögen.

## 8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die ACD-Studie hatte zum Ziel, die Versorgungssituation von Patient:innen mit verschiedenen chronischen und akuten Krankheiten zu verbessern, indem Kontinuität und Koordination der Versorgung im ambulanten Sektor gestärkt werden. Zu diesem Zweck wurde eine komplexe Intervention erarbeitet, umgesetzt und evaluiert. Die (Teil-)Ergebnisse der ACD-Studie können nach Ende der Förderung in Qualitätszirkeln, Ärztenetzen und in der Qualitätssicherung



genutzt werden. Diese umfassen insbesondere die erarbeiteten Interventions- und Evaluationselemente.

Zur Identifikation der informellen Netzwerke wurde im ersten Schritt der Studie ein Konzept zur Netzwerkkonstruktion erstellt, das mithilfe von Abrechnungsdaten Ärzt:innen im ambulanten Sektor identifiziert, die durch die gemeinsame Behandlung von Patient:innen verbunden werden. Dieses Konzept umfasst die relevanten Fragestellungen und Entscheidungen, die bei einer Anwendung auf Routinedaten adressiert und getroffen werden müssen und zeigt auf, welche Herausforderungen entstehen können, wie zum Beispiel hinsichtlich der Zusammensetzung oder Größe der Netzwerke. Die Erkenntnisse, die dabei aus der ACD-Studie gezogen werden konnten, wurden in Form einer Publikation veröffentlicht, sodass sie auch in anderen Kontexten angewendet werden können (Flemming et al. 2022).

Die Intervention der ACD-Studie bestand aus zwei Komponenten: Den Netzwerkinformationen, die allen Interventionsärzt:innen zugeschickt wurden und die durch das Studienteam organisierten moderierten Netzwerktreffen. Die Netzwerkinformationen bestanden aus Indikatoren, die die Versorgung der Patient:innen im Netzwerk abbildeten. Diese umfassten Daten über Patient:innencharakteristika, Facharztbesuche, ambulante Prozesse, Medikationen und sektorenübergreifende Informationen. Diese Indikatoren wurden in einem mehrstufigen Konsensprozess für die 14 betrachteten Krankheitsgruppen erarbeitet (Schüttig et al. 2022).

Das Konzept zur Durchführung von moderierten Netzwerktreffen wurde im Verlauf der ACD-Studie regelmäßig angepasst, um es so permanent zu verbessern. Das Konzept zur Organisation von moderierten Netzwerktreffen (einschließlich Rekrutierung und Training der Moderator:innen, Teilnehmendenrekrutierung etc.) sowie die Erkenntnisse aus der Prozessevaluation für beispielsweise geeignete Maßnahmen zur Steigerung von Teilnehmendenzahlen sind wichtige Ergebnisse, die auch bei der Umsetzung anderer Interventionen hilfreich sein können und daher auch zukünftig genutzt werden können.

Der Erfolg der Netzwerktreffen ist abhängig von der Anzahl der Teilnehmenden. Eine hohe Teilnehmerzahl der am Patientenpfad beteiligten Ärzt:innen ist Bedingung für eine erfolgreiche Abstimmung und Kooperation in der Versorgung. Die Prozessevaluation der ACD-Studie hat allerdings gezeigt, dass die niedrigen Teilnehmerzahlen die größte Hürde bei Umsetzung der ACD-Studie darstellten. Aus der Prozessevaluation der ACD-Studie ist auch eindeutig abzuleiten, dass die befragten Ärzt:innen einen Bedarf an zusätzlicher Vernetzung und Kooperation im ambulanten Sektor wahrgenommen haben. Auch die Netzwerkinformation wurde allgemein positiv bewertet und als ein gutes Beispiel für mehr strukturiertes, komparatives Feedback für niedergelassene Ärzt:innen auf Grundlage von Routinedaten bewertet.

Wir empfehlen daher die für die Netzwerkinformation konsentierten Indikatoren und die Netzdarstellung in der Arbeit von Qualitätszirkeln und Ärztenetzen zu berücksichtigen. In den vergangenen Jahrzehnten haben sich Qualitätszirkel zu einem regelmäßig genutzten und effektiven Instrument zur Verbesserung der Versorgung entwickelt. Ärztenetze haben entweder Qualitätszirkel in ihre Arbeit integriert oder ziehen andere Plattformen heran, um strukturiert Wissen zu Patientenpfaden auszutauschen. Sowohl das Instrument der Qualitätszirkel als auch die Organisationsform der Ärztenetze weisen die stabil hohen Teilnehmerzahlen auf, um den in der ACD-Studie erwünschten Netzwerkeffekt zu erzielen. In diesen Zusammenhängen können die 248 konsentierten Indikatoren zu 14 Krankheitsbildern der ACD-Studie effektiv für die Vernetzung und Verbesserung der Versorgung genutzt werden. Hierbei sind insbesondere diejenigen Indikatoren interessant, welche die Koordination und kontinuierliche Behandlung entlang des Patientenpfads abbilden und/oder eine leitliniengerechte Versorgung approximieren. Das gesamte Set der 248 Indikatoren kann auf Grundlage von Routinedaten und somit ohne Erhebungsaufwand berechnet werden. Auch die Berechnung und Darstellung der Netze ist für die Koordination zwischen Ärzt:innen hilfreich.

Zum einen zeigt die Darstellung den Ärzt:innen ihre Verortung in den empirischen Netzwerken und zum anderen wird die Rolle weiterer Ärzt:innen, die an der Patientenversorgung beteiligt aber nicht Teil des Qualitätszirkels oder Arztnetzes sind, deutlich. Die komparative Darstellung der Ergebnis- und Prozessindikatoren, welche einen Vergleich der eigenen Patienten mit dem empirischen Netzwerk und dem KV-Durchschnitt erlaubt, wurde in der Prozessevaluation ebenfalls positiv wahrgenommen. Der direkte Vergleich fördert die Akzeptanz der Indikatoren, da eine räumliche Nähe und praktischer Bezug zu einer geteilten Patientenpopulation bestehen.

Zuletzt adressiert die ACD-Studie die Problematik der Zuschreibbarkeit von Indikatorenergebnissen. Voraussetzung für die Zuschreibbarkeit von Indikatorenergebnissen ist, dass diese innerhalb der Gestaltungsmöglichkeiten und der Pflicht der Ärzt:innen liegen. In der ambulanten Qualitätssicherung wird oft kritisiert, dass die Ergebnisse von Indikatoren und die Erbringung kontinuierlicher Versorgung nicht einzelnen Ärzt:innen zugeschrieben werden können, da mehrere Leistungserbringer an der Versorgung der Patienten beteiligt sind. Die Methodik der Netzwerkdarstellung bietet einen in der ACD-Studie erprobten Ansatz, um Qualitätsmessung auf Ebene einer Gruppe von Ärzt:innen für eine gemeinsame Verantwortungszuschreibung (Accountability) zu ermitteln. Der Kern des Gedankens ist, dass insbesondere im ambulanten Sektor Behandlungsergebnisse nicht von einzelnen Ärzt:innen abhängen, sondern von mehreren an der Behandlung entlang des Patientenpfades beteiligten Leistungserbringern erbracht werden. Das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) könnte diese Methodik im Bereich der ambulanten Qualitätssicherung oder im Bereich der sektorenübergreifenden Qualitätsmessung heranziehen. Auch eine Analyse der räumlichen Ausdehnung der ermittelten empirischen Netzwerke ist sinnvoll um die Möglichkeit vorzubereiten, dass die Berechnung und Zuschreibung der Indikatorenergebnisse – mit geringerem administrativen Aufwand - auf kleinräumiger Ebene erfolgen. Eine entsprechende Anschlussanalyse wird derzeit vom Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie vorbereitet.

Abschließend kann zusammengefasst werden, dass Elemente der Intervention eine sinnvolle Ergänzung der Regelversorgung darstellen. Es wird empfohlen, die Interventionselemente der ACD-Studie wie beschrieben zu erproben.

## 9. Erfolgte oder geplante Veröffentlichungen

### *Erfolgte Vorträge und Veröffentlichungen zum Projekt*

- KVHH (2017): Postervorstellung bei der HAM-Net in Hamburg (Mai 2017)
- LMU (2017): Vorstellung des Projekts beim MSD Workshop am 06.09.2017: Schlüsselfaktor Konsortiumsbildung - Erfahrung von Kooperationen im Innovationsfonds
- LMU (2017): Vorstellung des Projekts beim Bundesministerium für Gesundheit am 20.07.2017
- LMU / KVHH (2017): Postervorstellung auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung 4.10.-6.10.2017
- LMU (2017): Vorstellung des ACD-Projekts auf dem DGIV Bundeskongress in Berlin, 07.12.2017
- Ermakova, T., Fabian, B., Erhart, M., Czihal, T., von Stillfried, D. (2018). Medical Specialist Group Referral Networks: A Germany-Wide Perspective. In Submission to Health Service Research.

- KVWL (2018): Vorstellung des Projekts ACD bei der Veranstaltung „Ausgezeichnete Gesundheit“ des Tagesspiegels in Berlin am 28.02.2018
- LMU (2018): Vortrag bei dem Wennberg International Collaborative Spring Policy Meeting. Accountable Care in Germany - Using Ambulatory Networks to Reduce Avoidable Hospitalizations in 4 German Regions. 13.04.2018 [Zürich].
- ifam (2018): Vortrag zu den Ergebnissen der Pilotstudie (Versorgung im interdisziplinären Netzwerk- Accountable Care in Deutschland. 17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung; Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung; 2018 Okt 10.-12.; Berlin. DOI: 10.3205/18dkvf051.)
- LMU (2018): Vortrag zur Vorstellung des Projekts (Accountable Care in Germany), Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung; 2018 Okt 10.-12.2018.
- LMU (2018): Poster zur Netzbildung in der Pilotstudie, Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung; 2018 Okt 10.-12.2018
- ACD (2018): Poster beim GBA Symposium im April 2018
- KVHH (2018): Vortrag Vertreterversammlung zu ACD (7/2018) in Hamburg
- ifam (2018): Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Versorgung- Accountable Care in Deutschland. 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 2018 Sep 13.-15.; Innsbruck. DOI: 10.3205/18degam200.
- ifam (2019): Prozessevaluation einer Interventionsstudie zur Verbesserung der Patient\_innenversorgung durch Vernetzung und informierten Dialog – Accountable Care in Deutschland. Poster bei dem 18. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, 11.10.2019 [Berlin].
- LMU (2019): Accountable Care in Deutschland – erste Erkenntnisse aus einer Interventionsstudie zur Vernetzung und moderiertem Feedback in der ambulanten Versorgung. Poster bei dem 18. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, 11.10.2019 [Berlin].
- LMU / KVHH (2019): Vortrag beim HAM-NET Symposium Accountable Care in Deutschland, 06.05.2019 [Hamburg].
- LMU (2019): Accountable Care in Deutschland – erste Erkenntnisse aus einer Interventionsstudie zur Vernetzung und moderiertem Feedback in der ambulanten Versorgung. Vortrag bei der 11. dggö Jahrestagung, 18.03.2019 [Augsburg].
- ifam (2019): Vortrag beim Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: Verbesserung der Patient\_innenversorgung durch Vernetzung und informierten Dialog (Accountable Care in Deutschland) – Erste Ergebnisse der Prozessevaluation.
- Sundmacher et al. (2021): Improving the continuity and coordination of ambulatory care through feedback and facilitated dialogue—a study protocol for a cluster-randomised trial to evaluate the ACD study (Accountable Care in Germany). *Trials* 22, 624 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05584-z>.
- Flemming, R, Schüttig, W, Ng, F, Leve, V, Sundmacher, L (2022): Using social network analysis methods to identify networks of physicians responsible for the care of specific

patient populations. BMC Health Services Research; 2022(1). doi:10.1186/s12913-022-07807-8 .

- Schüttig, W, Flemming, R, Höhling-Mosler, C, Leve, V, Reddemann, O, Schultz, A, Brua, E, Brittner, M, Meyer, F, Pollmanns, J, Martin, J, Czihal, T, von Stillfried, D, Wilm, S, Sundmacher, L (2022): Development of indicators to assess quality and patient pathways in interdisciplinary care for patients with 14 ambulatory-care-sensitive conditions in Germany. BMC Health Services Research. 2022; 22(1); doi:10.1186/s12913-022-08327-1.

#### *Geplante Veröffentlichungen zum Projekt:*

- Pilotstudie zum ACD-Projekt
- Evaluation der ACD-Studie

#### *Liste der Artikel zur Studie:*

- von Stillfried D, Ermakova T, Ng F & Czihal T (2017): Virtuelle Behandlernetzwerke -Neue Ansätze zur Analyse und Veränderung räumlicher Versorgungsunterschiede, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz Volume 60, Seiten 1356–1371 (2017)
- ACD (2017): Gemeinsame Pressemitteilung über den Start des Projekts durch alle Konsortialpartner
- Nordlicht aktuell (2017)
- Beitrag in Ärzteblatt (8/2018)
- Beiträge in KV Journal Hamburg (7 und 8/2018)
- Beitrag im Newsletter der Psychotherapeutenkammer Hamburg (8/2018)
- Beitrag im Newsletter des Ärztenetz Hamburg (8/2018)
- Beitrag in KV Journal (11/2018)
- Beitrag Hamburger Ärzteblatt (12/2018)
- Beitrag Hamburger Ärzteblatt (01/2019)
- Beiträge zu ACD im KVWL kompakt in den Ausgaben 08 bis 10/2018
- Pressemitteilungen in den regionalen KV-Medien der KV NO und im Rheinischen Ärzteblatt (2018)
- Ärztezeitung (2018): Information zum Interventionsbeginn: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96966/Innovationsprojekt-Niedergelassene-Aerzte-erhalten-Einladungen-zu-Netzwerktreffen>
- OECD (2019): Health in the 21st Century, Putting Data to Work for Stronger Health Systems, 9789264355514
- Munich School of Management Magazin (LMU): [https://www.hsm.bwl.uni-muenchen.de/aktuelles/presse/fakultaetszeitungsbeitraege/acd\\_beitrag.png](https://www.hsm.bwl.uni-muenchen.de/aktuelles/presse/fakultaetszeitungsbeitraege/acd_beitrag.png)
- Hamburger Ärzteblatt (01/2019) „Netzwerke identifizieren – Austausch fördern“, S. 18

## 10. Literaturverzeichnis

- Adams G, Gilliford M, Ukoumunne O, Eldridge S, Chinn S, Campbell M. Patterns of intra-cluster correlation from primary care research to inform study design and analysis. *J Clin Epidemiol.* 2004;57(8):785–94. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2003.12.013>.
- Andrade LF, Rapp T, Sevilla-Dedieu C. Quality of diabetes follow-up care and hospital admissions. *Int J Heal Econ Manag.* 2018 Jun;18(2):153–67. doi: [10.1007/s10754-017-9230-z](https://doi.org/10.1007/s10754-017-9230-z).
- Baier RR, Limpahan LA, Butterfield K, Marsella M, Gravenstein S, Gardner RL. Is audit and feedback associated with increased hospital adherence to standards for communication during Patient in care transitions? *J Hosp Adm.* 2014;3(6):1–7. doi: <http://dx.doi.org/10.5430/jha.v3n6p1>.
- Barnett ML, Landon BE, O'Malley AJ, Keating NL, Christakis NA. Mapping physician networks with self-reported and administrative data. *Health Serv Res.* 2011 Oct;46(5):1592-609. doi: [10.1111/j.1475-6773.2011.01262](https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01262).
- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet.* 2012;380(9836), 37-43. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2).
- Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000;51:1611–25. doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5).
- Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care* 2003;11:358–64. doi: <https://doi.org/10.1136/QHC.11.4.358>.
- Cheng S, Chen C, Hou Y. A Longitudinal Examination of Continuity of Care and Avoidable Hospitalization: Evidence from a Universal Coverage Health Care System. *Arch Intern Med.* 2010;170(18):1671–7. doi: [10.1001/archinternmed.2010.340](https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.340).
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). DEGAM-Leitlinie Nr. 8: Schlaganfall. Frankfurt a.M.: DEGAM. 2012.
- Deimel D, Müller M-L. Entlassmanagement - Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination. Stuttgart: Thieme Verlag KG; 2013.
- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing.* 2008; 62(1): 107–115.
- Flemming, R, Schüttig, W, Ng, F, Leve, V, Sundmacher, L (2022): Using social network analysis methods to identify networks of physicians responsible for the care of specific patient populations. *BMC Health Services Research*; 2022(1). doi:10.1186/s12913-022-07807-8 .
- Freund T, Campbell SM, Geissler S, Kunz CU, Mahler C, Peters-Klimm F, et al. Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care-Sensitive Conditions. *Ann Fam Med.* 2013;11(4):363–70. doi: <https://doi.org/10.1370/afm.1498>.
- Gill J, Mainous A. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med.* 1998;7(4):352–7.
- Helfferich C. (2009): Interviewplanung und Intervieworganisation. In: *Die Qualität qualitativer Daten.* VS Verlag für Sozialwissenschaften. 3. überarbeitete Auflage 2009. doi: [https://doi.org/10.1007/978-3-531-91858-7\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-531-91858-7_6).
- Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health research.* 2005; 15 (9): 1277-1288.

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046

Hong J, Kang H. Continuity of ambulatory care and health outcomes in adult patients with type 2 diabetes in Korea. *Health Policy (New York)*. 2013;109:158–65. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.09.009.

Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young J, French S, O'Brien M, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(6):1–227. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>.

Ivers NM, Tu K, Young J, Francis JJ, Barnsley J, Shah BR, et al. Feedback GAP: pragmatic, cluster-randomized trial of goal setting and action plans to increase the effectiveness of audit and feedback interventions in primary care. *Implement Sci*. 2013;8(1):142. doi: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-142>.

Ivers NM, Grimshaw JM, Jamtvedt G, Flottorp S, O'Brien MA, French SD, et al. Growing Literature, Stagnant Science? Systematic Review, Meta-Regression and Cumulative Analysis of Audit and Feedback Interventions in Health Care. *J Gen Intern Med*. 2014;29(11):1534–41. doi: 10.1007/s11606-014-2913-y.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2020a): Zahlen [online] <https://www.kbv.de/html/zahlen.php> [abgerufen am 01.01.2020].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2020b): Gesundheitsdaten [online] <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php> [abgerufen am 27.09.2021].

Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2015;350:1–12. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>.

Medical Research Council (MRC) (2002): *Cluster randomised trials: Methodological and ethical considerations*. Medical Research Council (MRC). London: Medical Research Council; 2002.

Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, datacollection and analysis. *Eur J Gen Pract*, 2018;24(1):9–18. doi: <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>.

Muth C, Blom JW, Smith SM, Johnell K, Gonzalez-Gonzalez AI, Nguyen TS, et al. Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus. *J Intern Med*. 2019 Mar;285(3):272–288. doi: 10.1111/joim.12842.

Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung (NVL Herzinsuffizienz). Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. 2017;2. Auflage: zuletzt geändert: April 2018.

Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK – Langfassung (NVL KHK). Bundesärztekammer Kassenärztliche Bundesvereinigung Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. 2016;4. Auflage.

Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz – Langfassung (NVL Kreuzschmerz). Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. 2017;2. Auflage.

Nationale VersorgungsLeitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes – Langfassung (NVL Typ 2 Diabetes). Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. 2013;1. Auflage: zuletzt verändert: November 2014.



OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Germany: Country Health Profile 2019. OECD; 2019 Nov. (State of Health in the EU).

Peikes D, Chen A, Schore J, Brown R. Effects of Care Coordination on Hospitalization, Quality of Care, and Health Care Expenditures Among Medicare Beneficiaries: 15 Randomized Trials. *Jama*. 2009;301(6):603–18. doi: 10.1001/jama.2009.126.

Rümenapf G, Geiger S, Schneider B, Amendt K, Wilhelm N, Morbach S, et al. Readmissions of patients with diabetes mellitus and foot ulcers after infra-popliteal bypass surgery: attacking the problem by an integrated case management model. *Eur J Vasc Med*. 2013;42(1):56–67. doi: 10.1024/0301-1526/a000235.

Schreier M, Schmitz-Justen F, Diederich, A, Lietz P, Winkelhage J, et al. (2008): *Sampling in qualitativen Untersuchungen: Entwicklung eines Stichprobenplanes zur Erfassung von Präferenzen unterschiedlicher Stakeholdergruppen zu Fragen der Priorisierung medizinischer Leistungen*. Jacobs Univ., FOR 655 Nr. 12, S. 2–21.

Schüttig, W, Flemming, R, Höhling-Mosler, C, Leve, V, Reddemann, O, Schultz, A, Brua, E, Brittner, M, Meyer, F, Pollmanns, J, Martin, J, Czihal, T, von Stillfried, D, Wilm, S, Sundmacher, L (2022): Development of indicators to assess quality and patient pathways in interdisciplinary care for patients with 14 ambulatory-care-sensitive conditions in Germany. *BMC Health Services Research*. 2022; 22(1); doi:10.1186/s12913-022-08327-1.

Sharabiani MTA, Aylin P, Bottle A. Systematic Review of Comorbidity Indices for Administrative Data. *Med Care*. 2012;50(12):1109–18. doi: 10.1097/MLR.0b013e31825f64d0.

Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Naumann C, Augustin U, Faisst C. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study with German providers. *Health Policy (New York)*. 2015;119(11):1415–23. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.08.007.

Sundmacher L, Kopetsch T. The impact of office-based care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Heal Econ*. 2015;16(4):365–75. doi: 10.1007/s10198-014-0578-4.

Trachtenberg AJ, Dik N, Chateau D, Katz A. Inequities in ambulatory care and the relationship between socioeconomic status and respiratory hospitalizations: a population-based study of a canadian city. *Ann Fam Med*. 2014;12(5):402–7. doi: 10.1370/afm.1683.

von Stillfried D, Czihal T. Welchen Beitrag liefern funktional definierte Populationen zur Erklärung regionaler Unterschiede in der medizinischen Versorgung? *Bundesgesundheitsblatt*. 2014;57(2):197–206.

Walker RL, Chen G, McAlister FA, Campbell NRC, Hemmelgarn BR, Dixon E, et al. Relationship between primary care physician visits and hospital/emergency use for uncomplicated hypertension, an ambulatory care-sensitive condition. *Can J Cardiol*. 2014 Dec;30(12):1640–8. doi: 10.1016/j.cjca.2014.09.035.

Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA*. 1992 Nov;268(17):2388–94. doi:10.1001/jama.1992.03490170060026.



## **11. Anhang**

- Anhang 1.1. Netzwerkkonstruktion
- Anhang 2 Weitere Ergebnisse
- Anhang 3 Ergebnisse der Prozessevaluation
- Anhang 4 Detailergebnisse zu den konstruierten Netzwerken und der Randomisierung

## **12. Anlagen**

- Anlage 1. Studienregistrierung und Studienprotokoll
- Anlage 2 Pilotbericht
- Anlage 3.1. Rekrutierung von Moderator:innen
- Anlage 3.2. Moderatorentrainings
- Anlage 3.3. Unterlagen Netzwerktreffen und Interventionstreffen
- Anlage 3.4.1. Anschreiben und Netzwerkinformationen
- Anlage 3.4.2. Factsheets
- Anlage 4.1. Fragebögen Prozessevaluation
- Anlage 4.2. Leitfäden Interviews



## ACD Accountable Care in Deutschland

Verbesserung der Patientenversorgung durch mehr Vernetzung und informierten Dialog

# Netzwerkbildung im ACD Projekt

*Health Services Management,  
LMU München*

[www.acd-projekt.de](http://www.acd-projekt.de)



## Ausgewählte Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	ICD-10	M2Q**	M1Q*	Diagnosesicherheit
Ischämische Herzkrankheiten	I20, I25	x		Zustand nach UND / ODER Gesichert
Ischämische Herzkrankheiten	I21, I22, I23, I24	x		Zustand nach
Herzinsuffizienz	I50	x		Zustand nach UND / ODER Gesichert
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	I05, I06, I07, I09, I08, I49, I48, I67, I70, I73, I78, I80, I83, I86, I87, I95, R00, I42, I74	x		Zustand nach UND / ODER Gesichert
Bronchitis	J20, J21, J22, J40, J41, J42, J43		x	Gesichert
COPD	J44, J47	x		Zustand nach UND / ODER Gesichert
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioid	F10, F11	x		Zustand nach UND / ODER Gesichert
Rückenbeschwerden	M42, M47, M53, M54, M50, M51	x		Zustand nach UND / ODER Gesichert
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	I10-I15	x		Zustand nach UND / ODER Gesichert
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms	K52, K57, K58, K59		x	Gesichert
Infektiöse Darmkrankheiten	A00 - A09		x	Gesichert
Grippe und Pneumonie	J10, J11, J13, J14, J15, J16, J18, J12		x	Gesichert
HNO-Infektionen	H66, J01-J03, J06, J31, J32, J35, H65, H73, J04, R07.0		x	Gesichert
Depressive Störungen	F32, F33	x		Zustand nach UND / ODER Gesichert
Diabetes mellitus	E10, E11, E13, E14, E16	x		Zustand nach UND / ODER Gesichert
Gonarthrose	M17	x		Zustand nach UND / ODER Gesichert

\*M1Q: Mindestens eine Diagnose im ambulanten Bereich mit der genannten Diagnosesicherheit (s. Tabelle oben)

\*\*M2Q: zwei Diagnosen ambulant in 2 verschiedenen Quartalen mit den genannten Diagnosesicherheiten

Ausschluss von Dialysepatienten mit mindestens einer gesicherten oder Zustand nach Diagnose im Beobachtungszeitraum: Z49., Z99.2

### Konsortialpartner in Accountable Care in Deutschland



## Ausgewählte Facharzt- und Scheinuntergruppen

Arztgruppe	Arztgruppe	Arztgruppe	Scheinuntergruppe
Allgemeinmediziner (Hausarzt)	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie	Ambulante Behandlung
Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt)	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Neurochirurgie	Selbstaussstellung
Internist (Hausarzt)	Phoniatrie	Neurologie	Auftragsleistungen
Anästhesiologie	Geschlechtskrankheiten und Dermatologie	Nuklearmedizin	Konsiliaruntersuchung
Augenheilkunde	Humangenetik	Neuropathologie	Mit- /Weiterbehandlung
Chirurgie	Internist	Physikalische und Rehabilitative Medizin	Stationäre Mitbehandlung, Vergütung nach ambulanten Grundsätzen
Gefäßchirurgie	Angiologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Belegärztliche Behandlung
Viszeralchirurgie	Endokrinologie und Diabetologie	Forensische Psychiatrie	Belegärztliche Mitbehandlung
Orthopädie	Gastroenterologie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung bei belegärztlicher Behandlung
Unfallchirurgie	Hämatologie und Onkologie	Psychotherapeutisch tätiger Arzt	
Chirurgie/Rheumatologie	Kardiologie	Urologie	
Plastische Chirurgie	Nephrologie	Psychologischer Psychotherapeut	
Thoraxchirurgie	Pneumologie	zur freien Verfügung der Kassenärztlichen Vereinigungen	
Frauenheilkunde	Innere Medizin/Rheumatologie	sonstige Fachgruppen	
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Geriatric		
Gynäkologische Onkologie	Infektologie		

### Konsortialpartner in Accountable Care in Deutschland



## Anhang 2: Weitere Ergebnisse

Tabelle 1: Indikatorenliste im Projekt Accountable Care in Deutschland .....	2
Tabelle 2: Übersicht der Patient:innencharakteristika für den Beobachtungszeitraum $y_1$ (Mittelwerte der Netzwerke).....	24
Tabelle 3: Übersicht der Patient:innencharakteristika für den Beobachtungszeitraum $y_2$ (Mittelwerte der Netzwerke).....	25
Tabelle 4: Indikatoren der 14 Krankheitsgruppen (Mittelwerte der Netze) .....	26
Tabelle 5 Kosten der Patient:innenversorgung in der Interventions- und Kontrollgruppe ohne Hochkostenfälle.....	118

Tabelle 1: Indikatorenliste im Projekt Accountable Care in Deutschland

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
<b>Indikationsübergreifende Netzwerkinformationen</b>		
Anzahl unterschiedlicher Patient:innen pro Netzwerk	Anzahl gemeinsam behandelter Patient:innen mit mindestens einer Krankheitsgruppe im Netzwerk	
Anzahl durchschnittlich geteilter Patient:innen pro Netzwerk	Anzahl durchschnittlich geteilter Patient:innen pro Netzwerk	
Größe des Netzwerks: Anzahl an Ärzt:innen im Netz	Anzahl an Ärzt:innen im Netzwerk	
Netzwerktreue - Wie viele Ärzt:innen werden von den Netzwerkpatient:innen innerhalb des Netzes in Relation zu denen außerhalb des Netzes aufgesucht	Netzwerkpatient:innen, die durch Ärzt:innen innerhalb des Netzwerks behandelt wurden	Netzwerkpatient:innen, die durch Ärzt:innen außerhalb des Netzwerks behandelt wurden
Anteil männlicher / weiblicher Netzwerkpatient:innen	Anzahl männliche / weibliche Netzwerkpatient:innen	Anzahl Netzwerkpatient:innen
Anzahl der Patient:innen in Altersgruppen	Anzahl der Patient:innen in der jeweiligen Altersgruppe	
Rate der Patient:innen älter als 65 Jahre, die im Beobachtungsjahr eine Grippeimpfung erhielten	Patient:innen älter als 65 Jahre mit den ACD Krankheitsgruppen, die im Beobachtungsjahr mindestens eine Grippeimpfung (EBM 89111 / 89112 oder ATC J07BB) erhielten	Patient:innen über 65 Jahr mit den ACD Krankheitsgruppen
<b>01 Ischämische Herzkrankheiten</b>		
Patient:innen mit Ischämischen Herzkrankheiten: Anteil der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	KHK-Patient:innen	Netzwerkpatient:innen
Ischämische Herzkrankheiten: Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der behandelten Patient:innen mit mindestens einer der relevanten Diagnosen	
Anteil der multimorbiden Patient:innen: Ischämische Herzkrankheiten	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	KHK Patient:innen
Rate der KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr im KHK-DMP eingeschrieben waren	KHK Patient:innen, die am KHK-DMP teilnehmen (Einschreibung über den gesamten Beobachtungszeitraum)	KHK Patient:innen
Mortalitätsrate der KHK Patient:innen innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	KHK Patient:innen
Rate der KHK Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische/r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	KHK Patient:innen
Rate der KHK Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Internistin / fachärztliche Innere Medizin mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs	KHK Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Internistin:in / fachärztliche Innere Medizin mit Überweisung abgerechnet wurde	KHK Patient:innen
Anteil der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der KHK Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	KHK Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	KHK Patient:innen

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
Rate der KHK Patient:innen mit Grippeimpfung im Beobachtungsjahr	KHK Patient:innen, für die mindestens einmal ambulant eine Grippeimpfung abgerechnet wurde (EBM 89111 / 89112) oder die mindestens einmal ATC J07BB verordnet bekamen	KHK Patient:innen
Rate der KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr an einer DMP Schulung teilnahmen	KHK Patient:innen, für die eine Schulung abgerechnet wurde (EBM 90283 (KV WL) / 90285 (KV WL) / 90287 (KV WL) / 90513 (KV NO) / 90514 (KV NO) / 90515 (KV NO) / 90517 (KV NO) / 99436 (KV HH) / 99786H/J/L (KV SH) / 99786N (KV SH) / 997860 (KV SH))	KHK Patient:innen mit DMP Einschreibung im Beobachtungsjahr
Rate der KHK Patient:innen, deren LDL und HDL Werte mindestens einmal im Beobachtungsjahr ambulant untersucht wurden	KHK Patient:innen, für die mindestens einmal im Beobachtungsjahr ambulant EBM 32060 Gesamtcholesterin oder 32061 und 32062 abgerechnet wurde	KHK Patient:innen
Rate der KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal pro Quartal Statine verordnet bekamen	KHK Patient:innen, die mindestens einmal in jedem Quartal (Verordnungsdatum) während des Beobachtungsjahres ATC C10AA, C10BA oder C10BX verordnet bekamen	KHK Patient:innen
Rate der KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal Statine verschrieben bekamen	KHK Patient:innen mit mindestens einer Verschreibung ATC C10AA, C10BA oder C10BX im Beobachtungsjahr (Verordnungsdatum)	KHK Patient:innen
Rate an KHK Patient:innen, die mindestens einmal Statine, Betablocker und ACE Hemmer/AT1 Blocker im Beobachtungsjahr verordnet bekamen	KHK Patient:innen mit mindestens einer Verordnung Statine (ATC C10AA / C10BA / C10BX), Betablocker (C07A) und ACE-Hemmer/AT1 Blocker (C09A / C09B / C09C / C09D) innerhalb des Beobachtungsjahres	KHK Patient:innen
Rate der KHK Patient:innen mit Myokardinfarkt im Beobachtungsjahr, die im gleichen und / oder folgenden Quartal Betablocker verschrieben bekamen	KHK Patient:innen mit Myokardinfarkt (ICD I21*, I22*, I23* als Haupt- oder Nebendiagnose stationär), die im gleichen oder folgenden Quartal (Verordnungsdatum) Betablocker (ATC C07*) verschrieben bekamen. Bei Patient:innen mit mehreren Myokardinfarkten wird nur der erste betrachtet. Patient:innen mit Indexevent im 4. Quartal nicht beachtet.	KHK Patient:innen, mit Myokardinfarkt (ICD I21, I22, I23 als Haupt- oder Nebendiagnose stationär) im Beobachtungsjahr
Rate der KHK Patient:innen mit Myokardinfarkt im Beobachtungsjahr und anschließender Verschreibung von ACE Hemmern oder ARB Therapie	KHK Patient:innen, die einen Myokardinfarkt (stationär als Hauptdiagnose oder Nebendiagnose ICD I21*, I22*, I23*) diagnostiziert bekamen und im gleichen oder Folgequartal ACE Hemmer/ARB Therapie (ATC C09A / C09B / C09C / C09D) verschrieben bekamen. Bei Patient:innen mit mehreren Myokardinfarkten wird nur der erste betrachtet. Patient:innen mit Myokardinfarkt im 4. Quartal nicht beachtet.	KHK Patient:innen mit Myokardinfarkt (ICD I21*, I22*, I23* als Hauptdiagnose oder Nebendiagnose stationär im Krankenhaus) im Beobachtungsjahr
Anteil der KHK Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-2, die im Beobachtungsjahr Lipidsenker verordnet bekamen	KHK Patient:innen, die auch Diabetes Typ-2 Patient:innen sind und mindestens einmal im Beobachtungsjahr Lipidsenker (ATC C10A / C10B) verordnet bekamen	KHK Patient:innen mit mindestens 2 ambulanten gesicherten oder einer stationären E11.* Diagnose/n
Rate der KHK Patient:innen mit Hypertonie, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal Antihypertensiva verschrieben bekamen	KHK Patient:innen mit Hypertonie mit mindestens einer Verschreibung ATC C02 / C03 / C07 / C08 / C09 im Beobachtungsjahr	Patient:innen mit KHK und Hypertonie



Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
Anteil der KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr eine PCI erhielten und den Folgemonat überlebten	KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal eine PCI erhielten (OPS 8-837) mindestens 30 Tage überlebten	KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal eine PCI erhielten (OPS 8-837). Patient:innen mit PCI im letzten Beobachtungsmontat ausgeschlossen.
Anteil der KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr eine PCI erhielten und im selben halben Jahr nicht verstarben	KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal eine PCI erhielten (OPS 8-837*, 8-83d*) und im selben halben Jahr nicht verstarben	KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal eine PCI erhielten (OPS 8-837*, 8-83d*)
Anteil der KHK Patient:innen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	KHK Patient:innen
Anteil der Patient:innen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	KHK Patient:innen
<b>02 Herzinsuffizienz</b>		
Patient:innen mit Herzinsuffizienz: Anteil der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	Herzinsuffizienz Patient:innen	Netzwerkpatient:innen
Herzinsuffizienz: Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der Patient:innen in der Krankheitsgruppe	
Anteil der multimorbiden Patient:innen: Herzinsuffizienz	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Herzinsuffizienz Patient:innen
Mortalitätsrate Herzinsuffizienz Patient:innen im Beobachtungsjahr	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Herzinsuffizienz Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische/r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Herzinsuffizienz Patient:innen
Rate der KHK Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Herzinsuffizienz Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Herzinsuffizienz Patient:innen
Rate der Herzinsuffizienz Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Internist:in / fachärztliche Innere Medizin mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs	Herzinsuffizienz Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Internist:in / fachärztliche Innere Medizin mit Überweisung abgerechnet wurde	Herzinsuffizienz Patient:innen
Anteil der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Herzinsuffizienz Patient:innen mit stationärem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Herzinsuffizienz und Weiterbehandlung bei einem/r ambulanten Ärzt:in im gleichen oder Folgequartal	Herzinsuffizienz Patient:innen, die einen stationären Krankenhausaufenthalt mit Hauptdiagnose ICD 150* hatten und im gleichen Quartal oder im Folgequartal bei einem/r ambulanten Ärzt:in die	Herzinsuffizienz Patient:innen, die einen stationären Krankenhausaufenthalt im ersten, zweiten oder dritten Quartal des

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
	Diagnose I50* kodiert bekamen. Patient:innen eingeschränkt auf Indexevent spätestens im vorletzten Beobachtungsquartal.	Beobachtungszeitraums mit Hauptdiagnose I50* hatten
Rate der Herzinsuffizienz Patient:innen mit mindestens einer Laborleistung (Kalium / Natrium / Kreatinin) im Beobachtungsjahr	Herzinsuffizienz Patient:innen mit mindestens einer abgerechneten Laborleistung (EBM 32066 / 32067 / 32081 oder 32083)	Herzinsuffizienz Patient:innen
Rate der Herzinsuffizienz Patient:innen, die mindestens eine Echokardiografie im Beobachtungsjahr ambulant bei einem/r Kardiolog:in erhielten	Herzinsuffizienz Patient:innen, die innerhalb des Beobachtungsjahres mindestens EBM Abrechnungsposition EBM 13545 oder 13550 (Echokardiografie) bei einem/r Fachärzt:in der Kardiologie abgerechnet bekamen	Herzinsuffizienz Patient:innen
Rate der Herzinsuffizienz Patient:innen mit mindestens einem Hausbesuch mit der Diagnose Herzinsuffizienz im Beobachtungsjahr	Anzahl der Hausbesuche (EBM 01410 / 01411 / 01413 / 01415 / 01418 / 38100 / 38105 / 03062 / 03063) mit der Diagnose Herzinsuffizienz bei Herzinsuffizienz Patient:innen	Herzinsuffizienz Patient:innen
Rate der Herzinsuffizienz Patient:innen, die mindestens einmal im Beobachtungsjahr sowohl Betablocker, als auch ACE Hemmer / AT1-Blocker und Diuretikum verschrieben bekamen	Herzinsuffizienz Patient:innen mit mindestens einer Verschreibung Beta-Blocker (ATC C07) und ACE-Hemmer/AT1 Blocker (C09A / C09B / C09C oder C09D) und Diuretikum, Aldosteronantagonist (C03) im Beobachtungsjahr	Herzinsuffizienz Patient:innen
Rate der Herzinsuffizienz Patient:innen, die Betablocker im Beobachtungsjahr verordnet bekamen	Herzinsuffizienz Patient:innen mit mindestens einer Verschreibung ATC C07 im Beobachtungsjahr	Herzinsuffizienz Patient:innen
Rate der Herzinsuffizienz Patient:innen, die ACE Hemmer oder AT1 Blocker im Beobachtungsjahr verordnet bekamen	Herzinsuffizienz Patient:innen mit mindestens einer Verschreibung ATC C09A / C09B / C09C oder C09D im Beobachtungsjahr	Herzinsuffizienz Patient:innen
Rate der Herzinsuffizienz Patient:innen, die im Beobachtungsjahr NSAID verordnet bekamen	Herzinsuffizienz Patient:innen, die mindestens einmal im Beobachtungsjahr ATC M01A oder M01B verordnet bekamen	Herzinsuffizienz Patient:innen
Rate der Herzinsuffizienz Patient:innen, die im Beobachtungsjahr Glitazone oder Thiazolidindione verordnet bekamen	Herzinsuffizienz Patient:innen die mindestens einmal im Beobachtungsjahr eine der folgenden ATC verordnet bekamen: A10BG / A10BD03 / A10BD04 / A10BD05 / A10BD06 / A10BD09 oder A10BD12	Herzinsuffizienz Patient:innen
Rate der Herzinsuffizienz Patient:innen, die im Beobachtungsjahr Diltiazem oder Verapamil verordnet bekamen	Herzinsuffizienz Patient:innen, die mindestens einmal im Beobachtungsjahr ATC C08D verordnet bekamen	Herzinsuffizienz Patient:innen
Rate der Herzinsuffizienz Patient:innen mit Vorhofflimmern, denen im Beobachtungsjahr orale Antikoagulantien verordnet wurden	Herzinsuffizienz Patient:innen und Vorhofflimmern (Diagnose ambulant gesichert I48*) mit mindestens einer Verschreibung Vitamin K Antagonisten (ATC B01AA), Faktor-Xa-Hemmer (B01AF) oder Thrombinhemmer (B01AE) im Beobachtungsjahr	Patient:innen mit Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern (ambulant gesichert I48)

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
Anzahl der Patient:innen mit mind. Einem ambulanten Fall in der Notaufnahme von Krankenhäusern im Beobachtungsjahr bei Patient:innen mit Herzinsuffizienz	Anzahl der Herzinsuffizienz Patient:innen, bei denen ambulant von einem Krankenhaus ein Notfall abgerechnet wurde (EBM 01205 / 01207 / 01210 / 01212 / 01214 / 01216 / 01218)	Herzinsuffizienz Patient:innen
Anteil der Herzinsuffizienz Patient:innen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Herzinsuffizienz innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Herzinsuffizienz Patient:innen
Anteil der Herzinsuffizienz Patient:innen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Herzinsuffizienz innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Herzinsuffizienz Patient:innen
<b>03 Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b>		
Patient:innen mit sonstigen Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Anteil der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der Patient:innen im Netzwerk
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der Patienten in der Krankheitsgruppe im Netzwerk	
Anteil der multimorbiden Patient:innen: Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Mortalitätsrate Patient:innen mit sonstigen Herz-Kreislaufferkrankungen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/ r Internist:in / fachärztliche Innere Medizin mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Internist:in / fachärztliche Innere Medizin mit Überweisung abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Anteil der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Anteil der Patient:innen mit sonstigen Herz-Kreislauf Erkrankungen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von sonstigen Herz-Kreislauf Erkrankungen innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Patient:innen mit sonstigen Herz-Kreislauf Erkrankungen

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
Anteil der Patient:innen mit sonstigen Herz-Kreislauf Erkrankungen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von sonstigen Herz-Kreislauf Erkrankungen innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Patient:innen mit sonstigen Herz-Kreislauf Erkrankungen
<b>04 Bronchitis &amp; COPD</b>		
Bronchitis & COPD: Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	
Patient:innen mit Bronchitis & COPD: Anteil der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der Patient:innen im Netzwerk
Anteil der multimorbiden Patient:innen: Bronchitis & COPD	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der COPD Patient:innen, die im Beobachtungsjahr im COPD-DMP eingeschrieben waren	COPD Patient:innen, die im Beobachtungszeitraum im COPD-DMP Programm eingeschrieben waren	COPD Patient:innen der Gruppe Bronchitis / COPD und mindestens einer Diagnose (stationär oder ambulant) J43*, J44* oder J47*
Mortalitätsrate Patient:innen mit Bronchitis / COPD	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische/r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/ Fachärzt:in für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Fachärzt:in für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Überweisung abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der COPD Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt eines/r Pneumolog:in	Anzahl an COPD Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Fachärzt:in der Pneumologie abgerechnet wurde	COPD Patient:innen der Gruppe Bronchitis / COPD und mindestens einer Diagnose (stationär oder ambulant) J43*, J44*, J47*
Anteil der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
Rate der COPD Patient:innen, die im Beobachtungsjahr an einer DMP Schulung teilnahmen	COPD Patient:innen, für die im Beobachtungszeitraum eine DMP Schulung abgerechnet wurde (EBM 91232 (KVWL) / 91232E (KVWL) / 91232W (KVWL) / 91234E/N/W (KVWL) / 91235E/N/W (KVWL) / 90240 (KV NO) / 90241 (KV NO) / 90242 (KV NO) / 99435 (KV HH) / 99436 (KV HH) / 99798J (KV SH) / oder 99798Q (KV SH) / 99798S (KVSH) / 99798K (KVSH))	COPD Patient:innen mit DMP Einschreibung im Beobachtungsjahr
Rate der Bronchitis / COPD Patient:innen, die im Beobachtungsjahr eine Grippeimpfung erhielten	Patient:innen mit Bronchitis/COPD als Hauptdiagnose im Krankenhaus oder gesichert ambulant, die im Beobachtungsjahr mindestens eine Grippeimpfung (EBM 89111 / 89112 oder ATC J07BB) erhielten	Bronchitis / COPD Patient:innen
Rate der COPD Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr mindestens eine Lungenfunktionsprüfung (ambulant) durchgeführt wurde	Anzahl an COPD Patient:innen, für die mindestens einmal im Beobachtungsjahr eine Lungenfunktionsprüfung (EBM 13650 / 03330 (KVNO)) abgerechnet wurde	COPD Patient:innen der Gruppe Bronchitis / COPD und der Diagnose (stationär oder ambulant) J43*, J44*, J47*
Rate der COPD Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ambulant ein Thorax Röntgen erstellt wurde	COPD Patient:innen, bei denen ein:e Ärzt:in (ambulant) mindestens einmal im Beobachtungsjahr ein Thorax Röntgen (EBM 34220) abgerechnet hat	COPD Patient:innen definiert über Gruppe der Bronchitis / COPD Patient:innen und der Diagnose (stationär oder ambulant) J43*, J44*, J47*
Rate der COPD Patient:innen mit mindestens einem Hausbesuch mit der Diagnose COPD im Beobachtungsjahr	Hausbesuche mit der Diagnose ICD J43*, J44*, J47* bei COPD Patient:innen (EBM 01410 / 01411 / 01413 / 01415 / 01418 / 38100 / 38105 / 03062 oder 03063)	COPD Patient:innen der Gruppe Bronchitis / COPD und mindestens einer Diagnose (stationär oder ambulant) J43*, J44*, J47*
Rate der Patient:innen mit akuter Bronchitis/Bronchiolitis, die im Quartal der Diagnosestellung Antibiotika verordnet bekamen	Patient:innen mit akuter Bronchitis/Bronchiolitis, die im Quartal der Diagnosestellung Antibiotika (ATC J01*) verordnet bekamen	Patient:innen mit akuter Bronchitis/Bronchiolitis Patient:innen der Gruppe Bronchitis / COPD mit mindestens einer der folgenden Diagnosen ambulant oder stationär: J20* oder J21*
Rate der Patient:innen mit akuter Bronchitis/Bronchiolitis, die im Quartal der Diagnosestellung leitliniengerechte Antibiotika verordnet bekamen	Patient:innen mit akuter Bronchitis/Bronchiolitis, die im Quartal der Diagnosestellung leitliniengerechte Antibiotika (ATC J01CA / J01CR / J01FA / J01DB / J01DC / J01DD / J01DE / J01AA oder J01MA) verordnet bekamen	Patient:innen mit akuter Bronchitis/Bronchiolitis Patient:innen, der Gruppe Bronchitis / COPD, die mindestens eine Diagnose J20* oder J21* ambulant oder stationär kodiert bekamen
Rate der COPD Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal Beta2Mimetika oder Anticholinergika verordnet bekamen	COPD Patient:innen, die im Beobachtungsjahr Medikation der ATC R03A oder R03BB verordnet bekamen	COPD Patient:innen der Gruppe Bronchitis / COPD und der Diagnose (stationär oder ambulant) J43*, J44*, J47*
Rate der COPD Patient:innen, die mindestens einmal pro Quartal im Beobachtungsjahr inhalative Medikation (Beta2Mimetika, Anticholinergika oder Inhalative Glucocorticoide) verordnet bekamen	COPD Patient:innen, die (basierend auf dem Verordnungsdatum) mindestens einmal in jedem Quartal im Beobachtungsjahr inhalative Medikation (ATC R03A, R03B) verordnet bekamen	COPD Patient:innen aus der Gruppe der COPD / Bronchitis mit der ambulanten oder stationären Diagnose J43*, J44*, J47*
Anzahl der ambulanten Notfälle im Krankenhaus mit einer COPD Diagnose J44* bei COPD Patient:innen	Anzahl der Patient:innen, bei denen akute Exazerbationen (ICD J44*) als gesicherte ambulante Diagnose kodiert wurde und bei gleicher Fallnummer ein Notfall abgerechnet wurde (EBM 01205 / 01207 / 01210 / 01212 / 01214 / 01216 oder 01218)	COPD Patient:innen definiert als Patient:innen mit der Diagnose (stationär oder ambulant) J43* / J44* / J47*

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
Anzahl der ambulanten Notfälle im Krankenhaus bei COPD Patient:innen	Anzahl der COPD Patient:innen, bei denen ambulant im Krankenhaus ein Notfall abgerechnet wurde (EBM 01205 / 01207 / 01210 / 01212 / 01214 / 01216 / 01218)	COPD Patient:innen aus der Gruppe Bronchitis / COPD und der Diagnose (stationär oder ambulant) J43* / J44* / J47*
Anteil der COPD und Bronchitis Patient:innen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Bronchitis / COPD innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen ohne einen stationären Krankenhausfall im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Patient:innen der Gruppe Bronchitis und COPD
Anteil der COPD und Bronchitis Patient:innen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Bronchitis / COPD innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Gruppe Bronchitis und COPD
Anteil der Patient:innen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von COPD innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen mit mehreren Fällen mit Hauptdiagnose COPD J43* / J44* / J47*	COPD Patient:innen aus der Gruppe Bronchitis / COPD und der Diagnose (stationär oder ambulant) J43* / J44* / J47*
<b>05 Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol u. Opiode</b>		
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opiode: Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	
Patient:innen mit psychischen u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opiode: Anteil der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der Patient:innen im Netzwerk
Anteil der multimorbiden Patient:innen: Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opiode	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Mortalitätsrate Patient:innen mit Psychischen u. Verhaltensstörungen durch Alkohol u. Opiode	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische/r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Fachärzt:in für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Fachärzt:in für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Überweisung abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Anteil der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe



Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
Rate der Patient:innen mit Psychischen u. Verhaltensstörungen durch Alkohol u. Opioide mit psychosomatischen Gespräch im Beobachtungsjahr	Patient:innen mit Psychischen u. Verhaltensstörungen durch Alkohol u. Opioide, für die ambulant im Beobachtungsjahr mindestens einmal eine der folgenden EBM Abrechnungspositionen abgerechnet wurde: 35100, 35110, 22221, 22222	Patient:innen mit Psychischen u. Verhaltensstörungen durch Alkohol u. Opioide
Anteil der Patient:innen mit Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Opioide ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Opioide innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol u. Opioide Patient:innen
Anteil der Patient:innen mit Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Opioide mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Opioide innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol u. Opioide Patient:innen
<b>06 Rückenbeschwerden</b>		
Rückenbeschwerden: Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	
Patient:innen mit Rückenbeschwerden: Anteil der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der Patient:innen im Netzwerk
Anteil der multimorbiden Patient:innen: Rückenbeschwerden	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Mortalitätsrate Rückenbeschwerden Patient:innen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische/r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Fachärzt:in für Anästhesiologie mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Fachärzt:in für Anästhesiologie mit Überweisung abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Anteil der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
Rate der Rückenbeschwerden Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr mindestens einmal eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule ambulant erstellt wurde	Rückenbeschwerden Patient:innen, für die im Beobachtungsjahr mindestens einmal ambulant EBM 34221 oder 34222 abgerechnet wurde	Rückenbeschwerden Patient:innen
Rate der Rückenbeschwerden Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr mindestens einmal ambulant ein MRT der Wirbelsäule erstellt wurde	Rückenbeschwerden Patient:innen, für die im Beobachtungsjahr mindestens einmal ambulant EBM 34411 abgerechnet wurde	Rückenbeschwerden Patient:innen
Rate der Rückenbeschwerden Patient:innen, die im Beobachtungsjahr keine Opiode verordnet bekamen	Rückenbeschwerden Patient:innen, die nicht mindestens einmal im Beobachtungsjahr ATC N02A verordnet bekamen	Rückenbeschwerden Patient:innen
Anteil der Rückenbeschwerden Patient:innen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Rückenbeschwerden innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Rückenbeschwerden Patient:innen
Anteil der Rückenbeschwerden Patient:innen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Rückenbeschwerden innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Rückenbeschwerden Patient:innen
<b>07 Hypertonie (Hochdruckkrankheit)</b>		
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]: Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	
Patient:innen mit Hypertonie [Hochdruckkrankheit]: Anteil der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der Patient:innen im Netzwerk
Multimorbiditätsrate Hypertonie Patient:innen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Mortalitätsrate Hypertonie Patient:innen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Fachärzt:in für Anästhesiologie mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Fachärzt:in für Anästhesiologie mit Überweisung abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
Anteil der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Hypertonie Patient:innen, die mindestens einmal pro Quartal im Beobachtungsjahr ein Antihypertensivum verordnet bekamen	Patient:innen mit Hypertonie, die mindestens einmal in jedem Quartal ein Antihypertensivum (ATC C02 / C03 / C07 / C08 / C09) verordnet bekamen	Hypertonie Patient:innen
Rate der Hypertonie Patient:innen mit Nierenerkrankung, die im Beobachtungsjahr ACE-Hemmer oder ARB-Therapie verordnet bekamen	Hypertonie Patient:innen mit Nierenerkrankung (ICD N18*) stationär (Haupt- oder Nebendiagnose) oder ambulant gesichert), die C09A, C09B, C09C oder C09D verordnet bekamen	Hypertonie Patient:innen mit Nierenerkrankung (ICD Code N18*)
Subgruppe: Rate der Hypertonie Patient:innen mit fortgeschrittener Nierenerkrankung, die im Beobachtungsjahr ACE-Hemmer oder ARB-Therapie erhielten	Hypertonie Patient:innen mit fortgeschrittener Nierenerkrankung (ICD N18.4 oder N18.5) stationär (Hauptdiagnose oder Nebendiagnose) oder ambulant gesichert), die ATC C09A / C09B / C09C / C09D verordnet bekamen	Hypertonie Patient:innen mit fortgeschrittener Nierenerkrankung (ICD Codes N18.4, N18.5)
Rate der KHK Patient:innen mit Hypertonie, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal Antihypertensiva verschrieben bekamen	KHK Patient:innen mit Hypertonie mit mindestens einer Verschreibung ATC C02 / C03 / C07 / C08 / C09 im Beobachtungsjahr	Patient:innen mit KHK und Hypertonie
Anteil der Hypertonie Patient:innen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Hypertonie innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Hypertonie Patient:innen
Anteil der Hypertonie Patient:innen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Hypertonie innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Hypertonie Patient:innen
<b>08 Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms</b>		
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes: Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	
Patient:innen mit Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes: Anteil der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der Patient:innen im Netzwerk
Multimorbiditätsrate der Patient:innen mit Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Mortalitätsrate Patient:innen mit Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische/r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in	Patient:innen der Krankheitsgruppe

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
	(Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Fachärzt:in für Gastroenterologie mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Fachärzt:in für Gastroenterologie mit Überweisung abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Anteil der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen mit Gastroenteritis und bestimmten Krankheiten des Darms, die Opiode und gleichzeitig Mittel zur Behandlung der dadurch möglicherweise verursachten Obstipation verordnet bekamen	Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms Patient:innen, die im Beobachtungsjahr ATC N02A und A06A verordnet bekamen	Patient:innen mit Gastroenteritis und bestimmten Krankheiten des Darms, die N02A verordnet bekamen
Rate der Patient:innen mit Divertikulose / Divertikulitis, die ein Antibiotikum verordnet bekamen	Rate der Patient:innen mit Divertikulose / Divertikulitis, die ein Antibiotikum (ATC J01*) verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit der Diagnose Divertikulose / Divertikulitis
Anteil der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit stationären Krankenhausaufenthalt mit der Diagnose Divertikulose / Divertikulitis im Beobachtungsjahr	Stationäre Krankenhausaufenthalte im Beobachtungsjahr mit der Haupt- oder Nebendiagnose ICD K57*	Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms Patient:innen
Anteil der Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms Patient:innen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Gastroenteritis und bestimmten Krankheiten des Darms innerhalb des Beobachtungsjahrs (risikoadjustiert)	Patient:innen ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms Patient:innen
Anteil der Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms Patient:innen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Gastroenteritis und bestimmten Krankheiten des Darms innerhalb des Beobachtungsjahrs (risikoadjustiert)	Patient:innen mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms Patient:innen
<b>09 Infektiöse Darmkrankheiten</b>		
Infektiöse Darmkrankheiten: Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	
Patient:innen mit infektiösen Darmkrankheiten: Anteil der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der Patient:innen im Netzwerk
Multimorbiditätsrate Patient:innen mit infektiösen Darmkrankheiten	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Mortalitätsrate Patient:innen Infektiöse Darmkrankheiten	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische/r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei	Patient:innen der Krankheitsgruppe

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
/ Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Fachärzt:in für Laboratoriumsmedizin mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Fachärzt:in für Laboratoriumsmedizin mit Überweisung abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Anteil der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Anteil der Patient:innen mit infektiösen Darmkrankheiten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von infektiösen Darmkrankheiten innerhalb des Beobachtungsjahrs (risikoadjustiert)	Patient:innen ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Patient:innen mit Infektiösen Darmkrankheiten
Anteil der Patient:innen mit infektiösen Darmkrankheiten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von infektiösen Darmkrankheiten innerhalb des Beobachtungsjahrs (risikoadjustiert)	Patient:innen mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Patient:innen mit Infektiösen Darmkrankheiten
<b>10 Grippe und Pneumonie</b>		
Grippe und Pneumonie: Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	
Patient:innen mit Grippe und Pneumonie: Anteil der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der Patient:innen im Netzwerk
Multimorbiditätsrate Patient:innen mit Grippe und Pneumonie	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Mortalitätsrate Grippe und Pneumonie Patient:innen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Fachärzt:in für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Fachärzt:in für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Überweisung abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
Anteil der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Grippe und Pneumonie Patient:innen, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund von Pneumonie im selben oder folgenden Quartal eine:n Hausärzt:in konsultierten	Patient:innen, die als Hauptdiagnose stationär ICD J12* / J13* / J14* / J15* kodiert bekamen und für die im selben oder im folgenden Quartal eine beliebige EBM Abrechnungsposition von einem/ Hausärzt:in (Allgemeinmediziner (Hausärzt:in), Ärzt:in /Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in), Internist:in (Hausärzt:in)) abgerechnet wurde	Grippe und Pneumonie Patient:innen, die als Hauptdiagnose stationär ICD J12* / J13* / J14* / J15* kodiert bekamen. Nur Patient:innen mit Indexevent im 1. bis 3. Quartal berücksichtigt.
Rate der Grippe / Pneumonie Patient:innen mit mindestens einem Hausbesuch mit der Diagnose Grippe / Pneumonie im Beobachtungsjahr	Anzahl der Grippe / Pneumonie Patient:innen mit mindestens einem Hausbesuch mit der Diagnose Grippe und Pneumonie Patient:innen (EBM 01410 / 01411 / 01413 / 01415 / 01418 / 38100 / 38105 / 03062 / 03063)	Grippe und Pneumonie Patient:innen
Rate der Patient:innen mit (viraler oder bakterieller) Pneumonie, die im Beobachtungsjahr ein Antibiotikum verordnet bekamen	Pneumonie Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal ein Antibiotikum (ATC J01) verordnet bekamen	Patient:innen mit viraler oder bakterieller Pneumonie definiert als Patient:innen der Gruppe Grippe und Pneumonie und mindestens eine der folgenden Diagnosen ambulant (gesichert) oder stationär (Hauptdiagnose): J12*, J13*, J14*, J15*
Rate der Patient:innen mit (viraler oder bakterieller) Pneumonie, die im Beobachtungsjahr eines der zur Anwendung bei Pneumonie empfohlenen Antibiotika verordnet bekamen	Pneumonie Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal eines der zur Anwendung bei Pneumonie empfohlenen Antibiotika (ATC J01CR / J01FA / J01DB / J01DC / J01DD / J01DE / J01DH / J01AA / J01MA oder J01G) verordnet bekamen	Patient:innen mit viraler oder bakterieller Pneumonie. Patient ist Teil der Grippe und Pneumonie Patient:innen und hat mindestens eine der folgenden Diagnosen ambulant (gesichert) oder stationär (Hauptdiagnose) erhalten: J12*, J13*, J14*, J15*
Anteil der Grippe und Pneumonie Patient:innen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Grippe oder Pneumonie innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Grippe und Pneumonie Patient:innen
Anteil der Grippe und Pneumonie Patient:innen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Grippe oder Pneumonie innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Grippe und Pneumonie Patient:innen
<b>11 HNO-Infektionen</b>		
HNO-Infektionen: Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	
Patient:innen mit HNO-Infektionen: Anteil der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der Patient:innen im Netzwerk
Multimorbiditätsrate Patient:innen mit HNO-Infektionen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Mortalitätsrate Patient:innen mit HNO Infektionen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe



Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/ Fachärzt:in für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/ Fachärzt:in für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Überweisung abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Anteil der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Sinusitispatient:innen, die im Beobachtungsjahr ein Antibiotikum verschrieben bekamen	Sinusitispatient:innen, die im Beobachtungsjahr ein Antibiotikum (ATC J01) verschrieben bekamen	Sinusitispatient:innen definiert als Patient der Gruppe mit HNO Infektionen und mindestens eine der folgenden Diagnosen ambulant (gesichert) oder stationär (Hauptdiagnose) J32 oder J01
Rate der HNO-Infektionen Patient:innen mit Otitis media oder Myringitis, die im Beobachtungsjahr ein Antibiotikum verordnet bekamen	Rate der Grippe und Pneumonie Patient:innen mit Otitis media oder Myringitis, die im Beobachtungsjahr ein Antibiotikum (ATC J01) verordnet bekamen	Patient:innen der Gruppe Grippe und Pneumonie mit Otitis media oder Myringitis mit mindestens einer Diagnose stationär (Hauptdiagnose) oder ambulant (gesichert) H65*/ H66*/ H73*/ H73*/ H67* / H68* / H69* / H70*
Rate der HNO-Infektionen Patient:innen mit Otitis media oder Myringitis, die im Beobachtungsjahr empfohlene Antibiotika (Amoxicillin (Penicilline), Sulfonamide/Trimethoprim oder Phenoxyethylpenicilline) verordnet bekamen	Rate der Grippe und Pneumonie Patient:innen mit Otitis media oder Myringitis, die im Beobachtungsjahr Amoxicillin (Penicilline) (ATC J01CA / J01E / J01CE) verordnet bekamen. Hierzu zählen Chinolone (ATC J01M) nicht.	Grippe und Pneumonie Patient:innen mit Otitis media oder Myringitis mit mindestens einer Diagnose stationär (Hauptdiagnose) oder ambulant (gesichert) H65*/ H66*/ H73*/ H73*/ H67* / H68* / H69* / H70*
Rate der Pharyngitispatient:innen, die empfohlene Antibiotika (Phenoxyethylpenicillin oder Erythromycin) verordnet bekamen	Pharyngitispatient:innen, die Phenoxyethylpenicillin oder Erythromycin (ATC J01CE02 oder J01FA01) verschrieben bekamen	Pharyngitispatient:innen, definiert als Patient:innen der Gruppe mit HNO Infektionen und mindestens einer der folgenden Diagnosen ambulant (gesichert) oder stationär (Hauptdiagnose) R07.0, J03, J02, J06.0, J35
Rate der Pharyngitispatient:innen, die Antibiotika verordnet bekamen, welche nicht den empfohlenen Phenoxyethylpenicillin oder Erythromycin entsprechen	Pharyngitis Patient:innen, die ATC J01A / J01D / J01E / J01F / J01M / J01X, aber nicht J01CE02 / J01FA01 verordnet bekamen	Pharyngitispatient:innen definiert als Patient mit mindestens eine der folgenden Diagnosen ambulant (gesichert) oder stationär (Hauptdiagnose) R07.0, J03, J02, J06.0, J35

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
Anteil der Patient:innen mit HNO Infektionen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von HNO Infektionen innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Patient:innen mit HNO Infektionen
Anteil der Patient:innen mit HNO Infektionen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von HNO Infektionen innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Patient:innen mit HNO Infektionen
<b>12 Depressive Störungen</b>		
Patient:innen mit depressive Störungen: Anteil der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	
Patient:innen mit depressive Störungen: Anteil der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der Patient:innen im Netzwerk
Multimorbiditätsrate Patient:innen mit Depressiven Störungen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Mortalitätsrate Patient:innen mit Depressiven Störungen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische/r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/ Fachärzt:in für Frauenheilkunde mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/ Fachärzt:in für Frauenheilkunde abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Anteil der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen mit Depressiven Störungen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal ein psychosomatisches Gespräch in Anspruch nahmen	Patient:innen mit Depressiven Störungen, für die ambulant im Beobachtungsjahr mindestens einmal eine der folgenden Abrechnungspositionen verrechnet wurde: EBM 35100 / 35110 / 22221 / 22222	Patient:innen mit Depressiven Störungen
Rate der Patient:innen mit Depressiven Störungen, die Anxiolytika, Hypnotika oder Sedativa im Beobachtungsjahr verordnet bekamen	Patient:innen mit Depressiven Störungen die Anxiolytika, Hypnotika oder Sedativa (ATC N05B oder N05C) mindestens einmal im Beobachtungsjahr verordnet bekamen	Patient:innen mit Depressiven Störungen

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
Rate der Patient:innen mit Depressiven Störungen, die im Beobachtungsjahr Antidepressiva und zugleich Anxiolytika, Hypnotika oder Sedativa verordnet bekamen	Patient:innen mit Depressiven Störungen, die im Beobachtungsjahr Antidepressiva (ATC N06A) und zugleich mindestens einmal Anxiolytika, Hypnotika oder Sedativa (ATC N05B oder N05C) verordnet bekamen	Patient:innen mit Depressiven Störungen, die Antidepressiva (ATC Code N06A) verschrieben bekamen
Rate der Patient:innen mit Depressiven Störungen mit mindestens mittelschwerer Episode, die im Beobachtungsjahr ein Antidepressivum verordnet bekamen	Patient:innen mit Depressiven Störungen mit mindestens mittelschwerer Depression, die ein Antidepressivum (ATC N06a) verordnet bekamen	Patient:innen mit Depressiven Störungen mit mindestens mittelschwerer Depression definiert aus der Gruppe der Patient:innen mit Depressiven Störungen und ambulant (gesichert) oder stationär (Hauptdiagnose) mindestens eine der folgenden Diagnosen: ICD F32.1 / F32.2 / F32.3 / F33.1 / F33.2 / F33.3 / F33.4
Rate der Patient:innen mit Depressiven Störungen mit mindestens mittelschwerer Episode, die im Beobachtungsjahr nachdem sie ein Antidepressivum erhielten innerhalb desselben oder des Folgequartals eine weitere Verschreibung für ein Antidepressivum erhielten	Patient:innen mit Depressiven Störungen mit mindestens mittelschwerer Episode, die nachdem sie zum ersten Mal ein Antidepressivum (ATC N06A) erhielten, innerhalb desselben oder des Folgequartals eine weitere Verschreibung für ein Antidepressivum erhielten	Patient:innen mit Depressiven Störungen mit mindestens mittelschwerer Depression definiert als entweder ambulant gesichert oder stationär (Hauptdiagnose) mindestens eine der folgenden Diagnosen: F32.1 / F32.2 / F32.3 / F33.1 / F33.2 / F33.3 / F33.4. Hier ist der Nenner eingegrenzt auf Patient:innen, die im ersten, zweiten oder dritten Quartal eine Verschreibung bekamen.
Anteil der Patient:innen mit Depressiven Störungen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Depressiven Störungen innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Patient:innen mit Depressiven Störungen
Anteil der Patient:innen mit Depressiven Störungen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Depressiven Störungen innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Patient:innen mit Depressiven Störungen
<b>13 Diabetes mellitus</b>		
Diabetes mellitus Typ-1: Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Diabetes Patient:innen, im Netzwerk definiert als Diabetes Patient:innen, mit stationärer Hauptdiagnose oder ambulant gesicherter E10.* Diagnose	
Diabetes mellitus Typ-2: Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Diabetes Patient:innen, definiert als Diabetes Patient:innen, mit stationärer Hauptdiagnose oder ambulant gesicherter E11.* Diagnose	
Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-1: Anteil der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	Diabetes Patient:innen, definiert als Diabetes Patient:innen, mit stationärer Hauptdiagnose oder ambulant gesicherter E10* Diagnose	Patient:innen im Netzwerk
Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-2: Anteil der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	Diabetes Patient:innen, definiert als Diabetes Patient:innen, mit stationärer Hauptdiagnose oder ambulant gesicherter E11.* Diagnose	Patient:innen im Netzwerk
Multimorbiditätsrate Diabetes mellitus Typ-2 Patient:innen	Patient:innen der Krankheitsgruppe und Diabetes mellitus Typ-2 Patient:innen, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Diabetes Patient:innen Typ-2

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
Multimorbiditätsrate Diabetes mellitus Typ-1 Patient:innen	Patient:innen der Krankheitsgruppe und Diabetes mellitus Typ-1 Patient:innen, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Diabetes Patient:innen Typ-1
Rate der Diabetes Patient:innen (Diabetes mellitus Typ-1), die im Beobachtungsjahr im DM1-DMP eingeschrieben waren	Diabetes Patient:innen Typ-1, die im Beobachtungszeitraum im DM1-DMP Programm eingeschrieben waren	Diabetes Patient:innen Typ-1
Rate der Diabetes Patient:innen (Diabetes mellitus Typ-2), die im Beobachtungsjahr im DM2-DMP eingeschrieben waren	Diabetes Patient:innen Typ-2, die im Beobachtungszeitraum im DM2-DMP Programm eingeschrieben waren	Diabetes Patient:innen Typ-2
Mortalitätsrate Diabetes mellitus Typ-1 Patient:innen	Diabetes Patient:innen Typ-1, die im Beobachtungsjahr verstarben	Diabetes Patient:innen Typ-1
Mortalitätsrate Diabetes mellitus Typ-2 Patient:innen	Diabetes Patient:innen Typ-2, die im Beobachtungsjahr verstarben	Diabetes Patient:innen Typ-2
Rate der Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-1 mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische/r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Patient:innen Typ-1, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ-1
Rate der Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-2 mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische/r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Patient:innen Typ-2, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ-2
Rate der Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-1 mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Patient:innen Typ-1, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ-1
Rate der Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-2 mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Patient:innen Typ-2, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ-2
Rate der Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-1, die mindestens zweimal im Beobachtungsjahr ambulanten Kontakt zu einem/einer Hausärzt:in oder Internist:in hatte	Diabetes Patient:innen Typ-1, bei denen mindestens zweimal eine Abrechnung von einem/einer Fachärzt:in der folgenden Facharztgruppen erfolgte: Allgemeinmediziner:in (Hausärzt:in), Ärzt:in / Praktische/r Ärzt:in (Hausärzt:in), Internist:in (Hausärzt:in), Internist:in	Diabetes Patient:innen Typ-1
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ-2, die mindestens zweimal im Beobachtungsjahr ambulanten Kontakt zu einem/einer Hausärzt:in oder Internist:in hatte	Diabetes Patient:innen Typ-2, bei denen mindestens zweimal eine Abrechnung von einem/einer Fachärzt:in der folgenden Facharztgruppen erfolgte: Allgemeinmediziner:in (Hausärzt:in), Ärzt:in / Praktische/r Ärzt:in (Hausärzt:in), Internist:in (Hausärzt:in), Internist:in	Diabetes Patient:innen Typ-2

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
Rate der Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-1 mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärzt:in für Nephrologie mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes mellitus Typ-1 Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/einer Fachärzt:in für Nephrologie mit Überweisung abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ-1
Rate der Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-2 mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärzt:in für Nephrologie mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Typ-2 Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/einer Fachärzt:in für Nephrologie mit Überweisung abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ-2
Anteil der Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-1 mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Diabetes Typ-1 Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Diabetes Patient:innen Typ-1
Anteil der Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-2 mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Diabetes Typ-2 Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Diabetes Patient:innen Typ-2
Rate der Diabetes mellitus Typ-1 Patient:innen, die im Beobachtungsjahr an einer DMP Schulung teilnahmen	Diabetes Patient:innen Typ-1, für die eine Schulung abgerechnet wurde (EBM 91114E/N/W (KV WL) / 91118E/N/W (KVWL) / 91120 E/N/W (KVWL) / 91122(W) (KVWL) / 91124(E/N/W) (KVWL) / 91126 (KVWL) / 91128(N/W) (KVWL) / 90307A (KVNO) / 98009A (KVNO) / 98016A (KVNO) / 98017A (KVNO) / 98018A (KVNO) / 99435 (KVHH) / 99436 (KVHH) 97006 (KVHH) / 97008 (KVHH) / 97011 (KVHH) / 97014 (KVHH) / 97016 (KVHH) / 97018 (KVHH) / 97023 (KVHH) / 97025 (KVHH) / 97027 (KVHH) / 99746A (KVSH) / 99746B (KVSH) / 99746C (KVSH) / 99746D (KVSH) / 99746F (KVSH) / 99746G (KVSH) / 99747A (KVSH) / 99748B (KVSH) / 99749A (KVSH) / 99749B (KVSH) / 99749C (KVSH) / 99749D (KVSH) / 99737A (KVSH) / 99737B (KVSH) / 99749F (KVSH) / 99749G (KVSH))	Diabetes Typ-1 Patient:innen mit DMP Einschreibung im Beobachtungsjahr
Rate der Diabetes Typ-2 Patient:innen, die im Beobachtungsjahr an einer DMP Schulung teilnahmen	Diabetes Patient:innen Typ-2, für die eine Schulung abgerechnet wurde (90244 (E, N, W) (KVWL) / 90246 (E, N, W) (KVWL) / 90247 (T, E, N, W) (KVWL) / 90249 (E, N, W) (KVWL) / 90251 (E, N, W) (KVWL) / 90252 (E, N, W) (KVWL) / 90254 (E, N, W) (KVWL) / 90255 (E, N, W) (KVWL) / 90256 (E, N, W) (KVWL) / 90258 (W) (KVWL) / 90260 (N, W) (KVWL) / 90265 (E, N, W) (KVWL) / 90267 (E, N, W) (KVWL) / 90269 (E, N, W) (KVWL) / 90272 (E, N, W) (KVWL) / 90274 (E, N, W) (KVWL) / 90276 (E, N, W) (KVWL) / 90278 (E, N, W) (KVWL) / 98013 (KV NO) / 98014 (KV NO) / 98016 (KV NO) / 98017 (KV NO) / 98018 (KV NO) / 98022 (KV NO) / 98023 (KV NO) / 98024 (KV NO) / 99436 (KV HH)/ 99195 (KVHH) / 99196 (KVHH) / 99197 (KVHH) / 99198 (KVHH) / 99199 (KVHH) / 99200 (KVHH) / 99215 (KVHH) / 99216 (KVHH) / 99217 (KVHH) / 99218 (KVHH) / 99219 (KVHH) / 99220 (KVHH) / 99221 (KVHH) / 99222 (KVHH) / 99762(A,B) (KVSH) /	Diabetes Typ-2 Patient:innen mit DMP Einschreibung im Beobachtungsjahr

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
	99791(D,E,F,G,H,I,J,K,L,M,N,O) (KVSH) / 99759 (KVSH) / 99761 (KVSH) / 99762 (KVSH) / 99762(C,D) (KVSH) / 99765 (KVSH) / 99768 (KVSH) / 99771 (KVSH) / 99773 (KVSH) / 99774 (KVSH) / 99775 (KVSH) / 99776 (KVSH) / 99777 (KVSH) / 99778 (KVSH) / 99783 (KVSH)	
Rate der Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-1, die eine Grippeimpfung im Beobachtungsjahr erhielten	Diabetes Patient:innen Typ-1, die im Beobachtungsjahr mindestens eine Grippeimpfung (EBM 89111 / 89112 oder ATC J07BB) erhielten	Diabetes Patient:innen Typ-1
Rate der Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-2, die eine Grippeimpfung im Beobachtungsjahr erhielten	Diabetes Patient:innen Typ-2, die im Beobachtungsjahr mindestens eine Grippeimpfung (EBM 89111 / 89112 oder ATC J07BB) erhielten	Diabetes Patient:innen Typ-2
Rate der Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-1, bei denen im Beobachtungsjahr eine Augenhintergrunduntersuchung durchgeführt wurde	Diabetes Patient:innen Typ-1, für die im Beobachtungsjahr mindestens einmal ambulant eine Augenhintergrunduntersuchung 06333 (90770 (KVWL) / 90311 (KVNO) / 97022 (KVHH) / 99750 (KVSH)) abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ-1
Rate der Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-2, bei denen im Beobachtungsjahr eine Augenhintergrunduntersuchung durchgeführt wurde	Diabetes Patient:innen Typ-2, für die im Beobachtungsjahr mindestens einmal ambulant eine Augenhintergrunduntersuchung 06333 (90770 (KVWL) / 90311 (KVNO) / 97022 (KVHH) / 99750 (KVSH)) abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ-2
Rate der Diabetes mellitus Typ-1 Patient:innen mit mindestens einem HDL Test im Beobachtungsjahr	Diabetes Patient:innen Typ-1, die mindestens einen HDL (EBM 32061) im Beobachtungsjahr abgerechnet bekamen	Diabetes Patient:innen Typ-1
Rate der Diabetes mellitus Typ-2 Patient:innen mit mindestens einem HDL Test im Beobachtungsjahr	Diabetes Patient:innen Typ-2, die im Beobachtungsjahr mindestens einen HDL (EBM 32061) abgerechnet bekamen	Diabetes Patient:innen Typ-2
Rate der Diabetes mellitus Typ-1 Patient:innen mit einer Hba1c Bestimmung ambulant im Beobachtungsjahr	Diabetes Patient:innen Typ-1, für die mindestens einmal ambulant eine Hba1c Bestimmung abgerechnet wurde (EBM 32094 / 90310 (KVNO) / 90321 (KVNO))	Diabetes Patient:innen Typ-1
Rate der Diabetes mellitus Typ-2 Patient:innen mit einer Hba1c Bestimmung ambulant im Beobachtungsjahr	Diabetes Patient:innen Typ-2, für die mindestens einmal ambulant eine Hba1c Bestimmung abgerechnet wurde (EBM 32094 / 90310 (KVNO) / 90321 (KVNO))	Diabetes Patient:innen Typ-2
Rate der Diabetes mellitus Typ-1 Patient:innen mit mindestens zwei HbA1c Bestimmungen und mindestens einem LDL Test im Beobachtungsjahr	Diabetes Typ-1 Patient:innen, die mindestens zweimal einen HbA1c Test (EBM 32094 / 90310 (KVNO) / 90321 (KVNO)) und mindestens einen LDL Test (EBM 32062) im Beobachtungsjahr abgerechnet bekamen	Diabetes Patient:innen Typ-1
Rate der Diabetes Typ-2 Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens zwei HbA1c Bestimmungen und mindestens einen LDL Test erhielten	Diabetes Typ-2 Patient:innen, die mindestens zweimal einen HbA1c Test (EBM 32094 / 90310 (KVNO) / 90321 (KVNO)) und mindestens einen LDL Test (EBM 32062) im Beobachtungsjahr abgerechnet bekamen	Diabetes Patient:innen Typ-2
Rate der Diabetes mellitus Typ-1 Patient:innen mit Verschreibung von oralen Antidiabetika im Beobachtungsjahr	Diabetes Patient:innen Typ-1 mit Verschreibung von oralen Antidiabetika (ATC A10B) im Beobachtungszeitraum	Diabetes Patient:innen Typ-1



Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
Anteil der KHK Patient:innen mit Diabetes Typ II, die im Beobachtungsjahr Lipidsenker verordnet bekamen	KHK Patient:innen, die auch Diabetes Typ 2 Patient:innen sind und mindestens einmal im Beobachtungsjahr Lipidsenker (ATC C10A / C10B) verordnet bekamen	KHK Patient:innen mit mindestens 2 ambulanten gesicherten oder einer stationären E11.* Diagnose/n
Rate der Diabetes Typ-2 Patient:innen mit Verschreibung von oralen Antidiabetika im Beobachtungsjahr	Diabetes Patient:innen Typ-2 mit Verschreibung von oralen Antidiabetika (ATC A10B) im Beobachtungszeitraum	Diabetes Patient:innen Typ-2
Rate der Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-2 mit Metformin Verschreibung im Beobachtungsjahr	Diabetes Typ-2 Patient:innen mit Verschreibung von Metformin (ATC A10BA02 oder A10BD*) im Beobachtungsjahr	Diabetes Patient:innen Typ-2
Rate der Diabetes mellitus Typ-1 Patient:innen mit Verschreibung von Insulin oder Analoga im Beobachtungsjahr	Patient:innen Typ-1 mit Verschreibung von Insulin oder Analoga (ATC A10A* und / oder A10B*) im Beobachtungszeitraum	Diabetes Patient:innen Typ-1
Rate der Diabetes Typ-2 Patient:innen mit Verschreibung von Insulin oder Analoga im Beobachtungsjahr	Patient:innen Typ-2 mit Verschreibung von Insulin oder Analoga (ATC A10A* und / oder A10B*) im Beobachtungszeitraum	Diabetes Patient:innen Typ-2
Rate der Diabetes mellitus Typ-1 Patient:innen mit mindestens einem Myokardinfarkt innerhalb des Beobachtungsjahres	Diabetes Patient:innen Typ-1, die einen Myokardinfarkt (stationäre Haupt- oder Nebendiagnose ICD I21*, I22*, I23*) im Beobachtungsjahr diagnostiziert bekamen	Diabetes Typ-1 Patient:innen
Rate der Diabetes mellitus Typ-2 Patient:innen mit mindestens einem Myokardinfarkt innerhalb des Beobachtungsjahres	Diabetes Patient:innen Typ-2, die einen Myokardinfarkt (stationäre Haupt- oder Nebendiagnose ICD I21*, I22*, I23*) im Beobachtungsjahr diagnostiziert bekamen	Diabetes Typ-2 Patient:innen
Anteil der Diabetes mellitus Typ-1 Patient:innen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Diabetes innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Diabetes Patient:innen Typ-1 ohne stationären Krankenhausfall im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Diagnoseuntergruppe Diabetes Typ-1	Diabetes Typ-1 Patient:innen
Anteil der Diabetes mellitus Typ-2 Patient:innen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Diabetes innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Diabetes Patient:innen Typ-2 mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Diagnoseuntergruppe Diabetes Typ-2	Diabetes Typ-2 Patient:innen
Anteil der Diabetes mellitus Typ-1 Patient:innen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Diabetes innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Diabetes Patient:innen Typ-1 mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Diagnoseuntergruppe Diabetes Typ-1	Diabetes Typ-1 Patient:innen
Anteil der Diabetes mellitus Typ-2 Patient:innen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Diabetes innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Diabetes Patient:innen Typ-2 ohne stationären Krankenhausfall im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Diagnoseuntergruppe Typ-2	Diabetes Typ-2 Patient:innen
<b>14 Gonarthrose</b>		
Gonarthrose: Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	
Patient:innen mit Gonarthrose: Anteil der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	Anzahl der gemeinsam behandelten Patient:innen mit mindestens einer der Diagnosen im Netzwerk	Anzahl der Patient:innen im Netzwerk

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner
Multimorbiditätsrate Gonarthrose Patient:innen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Mortalitätsrate Gonarthrose Patient:innen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische/r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärzt:in für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin / Praktische:r Ärzt:in (Hausärzt:in) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" im Beobachtungsjahr abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/ Fachärzt:in für Anästhesiologie mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/ Fachärzt:in für Anästhesiologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Anteil der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe
Rate der Gonarthrose Patient:innen, die innerhalb des Beobachtungsjahrs keine Opiode verordnet bekamen	Gonarthrose Patient:innen, die nicht mindestens einmal im Beobachtungsjahr ATC N02A verordnet bekamen	Gonarthrose Patient:innen
Anteil der Gonarthrose Patient:innen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Gonarthrose innerhalb des Beobachtungsjahrs (risikoadjustiert)	Patient:innen ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Gonarthrose Patient:innen
Anzahl der Patient:innen mit Gonarthrose, die im Beobachtungszeitraum eine Knieendoprothese eingesetzt bekamen	Gonarthrose Patient:innen mit stationärem Aufenthalt und der Prozedur OPS 5-822 oder 5-823	Gonarthrose Patient:innen
Rate der Gonarthrose Patient:innen mit Einsatz einer Knieendoprothese, die innerhalb von 6 Monaten keine Thrombose oder Lungenembolie hatten	Gonarthrose Patient:innen, die im selben oder in einem der zwei folgenden Quartale nach einer Knieendoprothese (OPS 5-822) keine Thrombose hatten (ambulant G oder Z, Krankenhaus stationär und Krankenhaus ambulant Hauptdiagnose: ICD I80.1 / I80.2 / I80.3 / 182.2 / I26*)	Gonarthrose Patient:innen mit Einsatz einer Knieendoprothese (OPS 5-822). Berücksichtigt sind nur Patient:innen mit Indexevent in Quartal 1 und 2.
Anteil der Gonarthrose Patient:innen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Gonarthrose innerhalb des Beobachtungsjahrs (risikoadjustiert)	Patient:innen mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Gonarthrose Patient:innen

Tabelle 2: Übersicht der Patient:innencharakteristika für den Beobachtungszeitraum  $y_1$  (Mittelwerte der Netzwerke)

	Kontrolle		Intervention		p-Werte*	
	Anzahl Patient:innen	relativer Anteil [Min; Max] in %	Anzahl Patient:innen	relativer Anteil [Min; Max] in %		
männlich	18 - 44 Jahre	1121	15,9 [7,8; 27,4]	1163	15,8 [8,4; 38,4]	0,365
	45 - 54 Jahre	575	7,9 [3,2; 14,3]	605	8,1 [5,0; 22,5]	0,602
	55 - 64 Jahre	713	9,6 [3,7; 12,5]	754	9,6 [3,4; 15,0]	0,808
	65 - 74 Jahre	495	6,7 [1,0; 10,3]	533	6,8 [1,1; 11,6]	0,659
	75 - 84 Jahre	441	6,1 [0,0; 10,7]	470	6,1 [0,5; 12,0]	0,880
	≥ 85 Jahre	130	1,8 [0,0; 3,2]	132	1,7 [0,0; 4,2]	0,296
weiblich	18 - 44 Jahre	1085	15,4 [8,5; 53,2]	1158	15,9 [6,0; 57,4]	0,732
	45 - 54 Jahre	615	8,3 [5,4; 13,3]	643	8,2 [5,4; 13,0]	0,831
	55 - 64 Jahre	719	9,6 [6,6; 11,9]	762	9,6 [5,4; 13,2]	0,637
	65 - 74 Jahre	535	7,2 [1,5; 9,3]	570	7,2 [1,6; 9,7]	0,876
	75 - 84 Jahre	571	7,7 [0,0; 11,1]	604	7,6 [0,7; 12,3]	0,584
	≥ 85 Jahre	276	3,8 [0,0; 6,1]	280	3,6 [0,5; 7,2]	0,163
Verstorbene	111	1,5 [0,0; 3,3]	113	1,4 [0,0; 2,9]	0,382	
Ischämische Herzkrankheiten	842	11,1 [0,5; 16,3]	859	10,7 [1,4; 17,3]	0,286	
Herzinsuffizienz	352	4,7 [0,5; 9,2]	379	4,7 [1,0; 9,5]	0,925	
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1931	25,8 [8,2; 33,3]	2023	25,2 [7,3; 33,7]	0,594	
Bronchitis und COPD	1615	21,1 [4,1; 34,5]	1711	21,2 [9,2; 33,9]	0,827	
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opioide	191	2,7 [1,1; 7,5]	207	3,1 [0,9; 46,3]	0,637	
Rückenbeschwerden	2620	33,5 [14,9; 47,8]	2776	34,2 [16,4; 58,1]	0,699	
Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	3323	44,4 [9,2; 54,7]	3503	43,7 [7,6; 61,5]	0,860	
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms	1057	14,2 [7,7; 20,4]	1148	14,5 [6,6; 21,8]	0,480	
Infektiöse Darmkrankheiten	861	11,8 [6,9; 18,7]	897	11,5 [6,2; 16,8]	0,259	
Grippe und Pneumonie	202	2,8 [0,8; 11,1]	225	2,9 [0,9; 8,6]	0,980	
HNO-Infektionen	2708	37,9 [27,7; 56,7]	2852	37,8 [25,4; 58,9]	0,943	
Depressive Störungen	1187	17,0 [9,9; 89,2]	1301	16,6 [5,3; 33,6]	0,435	
Diabetes mellitus Typ-1	145	1,9 [0,0; 7,3]	175	2,2 [0,3; 12,5]	0,098	
Diabetes mellitus Typ-2	1124	14,8 [1,5; 25,9]	1198	15,0 [2,4; 52,9]	0,534	
Gonarthrose	707	9,0 [1,0; 18,7]	745	9,1 [1,7; 15,3]	0,664	
Patient:innen mit Multimorbidität	5003	67,1 [43,7; 75,6]	5281	66,5 [39,1; 77,2]	0,609	

Anmerkung: \* Mann-Whitney-U-Test

Tabelle 3: Übersicht der Patient:innencharakteristika für den Beobachtungszeitraum  $y_2$  (Mittelwerte der Netzwerke)

	Kontrolle		Intervention		p-Werte*	
	Anzahl Patient:innen	relativer Anteil [Min; Max] in %	Anzahl Patient:innen	relativer Anteil [Min; Max] in %		
männlich	18 - 44 Jahre	958	14,7 [7,6; 29,9]	996	14,7 [8,6; 37,8]	0,484
	45 - 54 Jahre	489	7,3 [2,5; 12,9]	512	7,4 [5,3; 19,5]	0,616
	55 - 64 Jahre	715	10,5 [4,3; 16,9]	753	10,5 [3,4; 15,9]	0,659
	65 - 74 Jahre	514	7,5 [1,6; 11,1]	551	7,6 [1,7; 12,4]	0,376
	75 - 84 Jahre	391	5,8 [0,0; 10,6]	419	5,9 [0,3; 11,3]	0,882
	≥ 85 Jahre	147	2,2 [0,0; 4,1]	149	2,1 [0,0; 4,9]	0,185
weiblich	18 - 44 Jahre	904	13,9 [7,6; 50,5]	965	14,5 [6,6; 48,5]	0,570
	45 - 54 Jahre	531	7,9 [5,0; 13,4]	555	7,7 [4,2; 10,7]	0,655
	55 - 64 Jahre	727	10,5 [7,7; 13,0]	767	10,5 [4,5; 14,0]	0,608
	65 - 74 Jahre	559	8,1 [0,8; 10,5]	592	7,9 [0,0; 10,8]	0,695
	75 - 84 Jahre	502	7,4 [0,0; 10,9]	534	7,3 [1,0; 11,4]	0,825
	≥ 85 Jahre	288	4,3 [0,0; 6,9]	293	4,0 [0,3; 7,4]	0,146
Verstorbene	111	1,7 [0,0; 3,3]	115	1,6 [0,0; 2,6]	0,241	
Ischämische Herzkrankheiten	806	11,6 [0,0; 17,6]	827	11,1 [0,3; 18,0]	0,395	
Herzinsuffizienz	334	4,8 [0,0; 10,3]	357	4,8 [0,3; 10,4]	0,897	
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1888	27,3 [3,9; 38,1]	1977	26,7 [5,8; 36,5]	0,505	
Bronchitis und COPD	1042	14,7 [4,7; 25,1]	1121	15,0 [3,8; 24,6]	0,352	
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opioide	186	2,9 [0,8; 7,0]	203	3,3 [0,3; 45,2]	0,407	
Rückenbeschwerden	2562	35,5 [12,6; 51,2]	2720	36,4 [19,7; 49,7]	0,538	
Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	3248	47,0 [8,7; 59,0]	3421	46,3 [6,5; 59,6]	0,852	
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	960	14,1 [4,7; 18,7]	1037	14,3 [6,9; 20,5]	0,743	
Infektiöse Darmkrankheiten	582	8,5 [3,9; 12,9]	601	8,3 [4,6; 15,3]	0,385	
Grippe und Pneumonie	107	1,7 [0,6; 10,7]	129	1,7 [0,6; 5,3]	0,560	
HNO-Infektionen	2205	33,5 [23,4; 64,5]	2295	32,8 [20,8; 52,1]	0,639	
Depressive Störungen	1186	18,6 [12,1; 91,3]	1288	18,1 [8,2; 35,4]	0,492	
Diabetes mellitus Typ-1	134	1,9 [0,0; 7,9]	158	2,1 [0,0; 12,3]	0,087	
Diabetes mellitus Typ-2	1112	16,0 [1,6; 28,7]	1183	16,0 [0,7; 51,6]	0,825	
Gonarthrose	686	9,4 [0,8; 21,0]	730	9,6 [2,4; 14,9]	0,416	
Patient:innen mit Multimorbidität	4494	65,1 [41,7; 74,6]	4737	64,5 [26,1; 75,7]	0,710	

Anmerkung: \* Mann-Whitney-U-Test

Tabelle 4: Indikatoren der 14 Krankheitsgruppen (Mittelwerte der Netze)

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
01 Ischämische Herzkrankheiten														
Multimorbiditätsrate KHK Patient:innen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Diagnosen (s. Multimorbidität) im Beobachtungsjahr mindestens zweifach ambulant gesichert oder stationär als Hauptdiagnose kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	97,8%	97,7%	97,6%	0,001	-0,002	98,0%	97,8%	97,6%	0,002	-0,004	0,911	0,644
Rate der multimorbiden Patient:innen: Ischämische Herzkrankheiten	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	97,8%	97,7%	97,6%	0,001	-0,002	98,0%	97,8%	97,6%	0,002	-0,004	0,911	0,644
Rate der KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr im KHK-DMP eingeschrieben waren	KHK Patient:innen, die am KHK-DMP teilnehmen (Einschreibung über den gesamten Beobachtungszeitraum)	Patient:innen der Krankheitsgruppe	39,5%	40,7%	43,5%	0,013	0,040	40,3%	41,3%	44,0%	0,010	0,043	0,617	0,750
Mortalitätsrate der KHK Patient:innen innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe	3,6%	3,8%	4,0%	0,003	0,004	3,7%	3,8%	3,9%	0,001	0,002	0,514	0,384
Rate der KHK Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärztin für Kardiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärztin für Kardiologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	43,5%	43,6%	45,3%	0,000	0,017	43,8%	44,3%	45,2%	0,004	0,019	0,494	0,829

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der KHK Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,1%	98,9%	99,0%	- 0,001	-0,001	98,8%	98,7%	98,7%	- 0,001	-0,001	0,694	0,873
Rate der KHK Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Internistin / fachärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	KHK Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Internistin / fachärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	7,1%	7,4%	6,9%	0,003	-0,002	8,5%	8,6%	7,8%	0,001	-0,007	0,590	0,399
Rate der KHK Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Nuklearmedizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	KHK Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Nuklearmedizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	5,2%	5,4%	5,3%	0,001	0,001	5,0%	5,4%	5,3%	0,004	0,003	0,320	0,432
Rate der KHK Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	KHK Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,1%	0,1%	0,2%	0,000	0,000	1,1%	0,1%	0,2%	- 0,010	0,000	0,320	0,996
Rate der KHK Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	KHK Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,4%	2,5%	2,4%	0,001	0,000	3,0%	2,1%	1,9%	- 0,009	0,000	0,310	0,812

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der KHK Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Kardiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	KHK Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei Fachärztinnen für Kardiologie mit unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,3%	0,4%	0,5%	0,001	0,001	0,3%	0,5%	0,4%	0,002	0,001	0,655	0,772
Rate der KHK Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	KHK Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	20,4%	21,2%	24,4%	0,008	0,040	19,8%	22,0%	24,5%	0,022	0,045	0,036	0,569
Rate der KHK Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Internist:innen / fachärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	KHK Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei Internist:innen / Fachärzten/-ärztinnen für Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,1%	0,000	0,001	0,2%	0,1%	0,3%	0,001	0,001	0,371	0,648
Rate der KHK Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Nuklearmedizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	KHK Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei Fachärzten/-ärztinnen für Nuklearmedizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,181	0,220



Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der KHK Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	KHK Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei Fachärzten/-ärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,724	0,515
Rate der KHK Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Physikalische und Rehabilitative Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	KHK Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei Fachärzten/-ärztinnen für Physikalische und Rehabilitative Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,1%	0,1%	0,1%	0,000	0,000	0,1%	0,1%	0,1%	0,000	0,000	0,774	0,753
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,8%	99,8%	99,8%	0,000	0,000	99,8%	99,8%	99,8%	0,000	0,000	0,929	0,877
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,6%	99,5%	99,4%	0,001	-0,002	99,6%	99,5%	99,5%	0,001	-0,001	0,925	0,813
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	96,7%	94,8%	94,8%	0,019	-0,019	96,9%	95,4%	96,0%	0,015	-0,009	0,270	0,327
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	87,5%	72,9%	86,3%	0,146	-0,012	87,5%	74,3%	87,6%	0,132	0,002	0,693	0,214

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der KHK Patient:innen mit Grippeimpfung im Beobachtungsjahr	KHK Patient:innen, für die mindestens einmal ambulant eine Grippeimpfung abgerechnet wurde (EBM 89111 / 89112) oder die mindestens einmal ATC J07BB verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	38,6%	37,4%	44,8%	0,012	0,062	38,4%	39,1%	45,9%	0,007	0,071	0,125	0,347
Rate der KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr an einer DMP Schulung teilnahmen	KHK Patient:innen, für die eine Schulung abgerechnet wurde (EBM 90283 (KV WL) / 90285 (KV WL) / 90287 (KV WL) / 90513 (KV NO) / 90514 (KV NO) / 90515 (KV NO) / 90517 (KV NO) / 99436 (KV HH) / 99786H/J/L (KV SH) / 99786N (KV SH) / 997860 (KV SH))	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit DMP Einschreibung im Beobachtungsjahr	0,8%	0,5%	0,3%	0,003	-0,005	0,5%	0,3%	0,1%	0,001	-0,004	0,257	0,428
Rate der KHK Patient:innen, deren LDL und HDL Werte mindestens einmal im Beobachtungsjahr ambulant untersucht wurden	KHK Patient:innen, für die mindestens einmal im Beobachtungsjahr ambulant EBM 32060 Gesamtcholesterin oder 32061 und 32062 abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	63,5%	57,4%	53,8%	0,061	-0,097	65,2%	59,6%	56,1%	0,056	-0,087	0,517	0,294
Rate der KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal pro Quartal Statine verordnet bekamen	KHK Patient:innen, die mindestens einmal in jedem Quartal (Verordnungsdatum) während des Beobachtungsjahres ATC C10AA, C10BA oder C10BX verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	19,8%	21,8%	24,4%	0,020	0,046	19,2%	22,1%	24,3%	0,029	0,049	0,430	0,453
Rate der KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal Statine verschrieben bekamen	KHK Patient:innen mit mindestens einer Verschreibung ATC C10AA, C10BA oder C10BX im Beobachtungsjahr (Verordnungsdatum)	Patient:innen der Krankheitsgruppe	69,2%	71,7%	73,6%	0,026	0,044	69,0%	71,0%	73,4%	0,020	0,046	0,394	0,663

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate an KHK Patient:innen, die mindestens einmal Statine, Betablocker und ACE Hemmer/AT1 Blocker im Beobachtungsjahr verordnet bekamen	KHK Patient:innen mit mindestens einer Verordnung Statine (ATC C10AA / C10BA / C10BX), Betablocker (C07A) und ACE-Hemmer/AT1 Blocker (C09A / C09B / C09C / C09D) innerhalb des Beobachtungsjahres	Patient:innen der Krankheitsgruppe	45,2%	46,0%	46,5%	0,008	0,013	44,4%	44,4%	45,8%	0,001	0,020	0,508	0,206
Rate der KHK Patient:innen mit Myokardinfarkt im Beobachtungsjahr, die im gleichen und / oder folgenden Quartal Betablocker verschrieben bekamen	KHK Patient:innen mit Myokardinfarkt (ICD I21*, I22*, I23* als Haupt- oder Nebendiagnose stationär), die im gleichen oder folgenden Quartal (Verordnungsdatum) Betablocker (ATC C07*) verschrieben bekamen. Bei Patient:innen mit mehreren Myokardinfarkten wird nur der erste betrachtet. Patient:innen mit Indexevent im 4. Quartal nicht beachtet.	Patient:innen der Krankheitsgruppe, mit Myokardinfarkt (ICD I21, I22, I23 als Haupt- oder Nebendiagnose stationär) im Beobachtungsjahr	87,5%	83,3%	83,9%	- 0,041	-0,036	86,3%	86,4%	83,9%	0,003	-0,026	0,083	0,697
Rate der KHK Patient:innen mit Myokardinfarkt im Beobachtungsjahr und anschließender Verschreibung von ACE Hemmern oder ARB Therapie	KHK Patient:innen, die einen Myokardinfarkt (stationär als Hauptdiagnose oder Nebendiagnose ICD I21*, I22*, I23*) diagnostiziert bekamen und im gleichen oder Folgequartal ACE Hemmer/ARB Therapie (ATC C09A / C09B / C09C / C09D) verschrieben bekamen. Bei Patient:innen mit mehreren Myokardinfarkten wird nur der erste betrachtet. Patient:innen mit Myokardinfarkt im 4. Quartal nicht beachtet.	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Myokardinfarkt (ICD I21*, I22*, I23* als Hauptdiagnose oder Nebendiagnose stationär im Krankenhaus) im Beobachtungsjahr	85,2%	85,8%	87,6%	- 0,003	0,024	88,1%	85,8%	88,3%	- 0,022	0,001	0,391	0,367

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der KHK Patient:innen mit Diabetes Typ II, die im Beobachtungsjahr Lipidsenker verordnet bekamen	KHK Patient:innen, die auch Diabetes Typ II Patient:innen sind und mindestens einmal im Beobachtungsjahr Lipidsenker (ATC C10A / C10B) verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens 2 ambulanten gesicherten oder einer stationären E11.* Diagnose/n	75,5%	78,0%	80,0%	0,026	0,038	74,4%	76,2%	79,2%	0,018	0,048	0,532	0,250
Rate der KHK Patient:innen mit Hypertonie, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal Antihypertensiva verschrieben bekamen	KHK Patient:innen mit Hypertonie mit mindestens einer Verschreibung ATC C02 / C03 / C07 / C08 / C09 im Beobachtungsjahr	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Hypertonie	97,0%	96,8%	96,9%	-	-0,001	97,2%	96,8%	96,7%	-	-0,005	0,662	0,084
Rate der KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr eine PCI erhielten und den Folgemonat überlebten	KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal eine PCI erhielten (OPS 8-837) mindestens 30 Tage überlebten	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal eine PCI erhielten (OPS 8-837). Patient:innen mit PCI im letzten Beobachtungsmonat ausgeschlossen.	97,1%	97,9%	97,4%	0,007	0,003	97,7%	97,8%	97,9%	0,001	0,002	0,510	0,839
Rate der KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr eine PCI erhielten und im selben halben Jahr nicht verstarben	KHK Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal eine PCI erhielten (OPS 8-837*, 8-83d*) und im selben halben Jahr nicht verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal eine PCI erhielten (OPS 8-837*, 8-83d*)	97,3%	97,3%	95,8%	0,000	-0,014	97,1%	97,3%	96,8%	0,001	-0,003	0,925	0,346
Rate der KHK Patient:innen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	94,3%	94,3%	95,2%	0,000	0,009	94,8%	94,5%	95,3%	-	0,005	0,149	0,177
Rate der Patient:innen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,0%	98,9%	99,1%	-	0,001	99,0%	99,1%	99,2%	0,000	0,002	0,233	0,565

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
<b>02 Herzinsuffizienz</b>														
Rate der multimorbiden Patient:innen: Herzinsuffizienz	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,4%	99,2%	99,0%	-	-0,002	99,5%	99,4%	99,2%	-	-0,003	0,705	0,799
Mortalitätsrate Patient:innen der Krankheitsgruppe im Beobachtungsjahr	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe	7,3%	7,3%	7,2%	0,000	0,000	7,0%	7,2%	7,1%	0,003	0,001	0,599	0,843
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,3%	99,3%	99,0%	-	-0,003	99,0%	98,9%	98,7%	-	-0,003	0,999	0,936
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem:r Internist:in / fachärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Internist / fachärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	6,7%	7,7%	6,5%	0,010	-0,002	8,2%	8,8%	8,1%	0,006	-0,002	0,373	0,962
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Kardiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Kardiologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	36,1%	36,5%	40,3%	0,004	0,042	36,3%	37,5%	40,9%	0,013	0,043	0,396	0,972

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Nephrologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Nephrologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	24,5%	32,1%	33,3%	0,076	0,087	26,7%	32,1%	33,2%	0,055	0,073	0,355	0,521
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,1%	0,1%	0,2%	-	0,001	0,1%	1,1%	0,1%	0,010	0,000	0,293	0,716
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Radiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Radiologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	22,1%	23,4%	23,1%	0,013	0,009	22,0%	22,9%	22,4%	0,009	0,001	0,657	0,294
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,4%	2,2%	2,3%	-	-0,001	1,9%	2,0%	1,8%	0,001	-0,001	0,295	0,850
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	21,6%	22,7%	27,2%	0,011	0,056	22,1%	23,6%	26,6%	0,015	0,043	0,592	0,367

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
	Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde													
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Internist:innen / fachärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei Fachärzten/-ärztinnen für Internist / fachärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,1%	0,000	0,000	0,2%	0,2%	0,4%	0,000	0,002	0,791	0,362
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Kardiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei Fachärzten/-ärztinnen für Kardiologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,3%	0,3%	0,5%	0,000	0,002	0,4%	0,7%	0,5%	0,003	0,001	0,064	0,566
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Nephrologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei Fachärzten/-ärztinnen für Nephrologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,1%	0,1%	0,001	0,000	0,0%	0,1%	0,1%	0,000	0,000	0,555	0,798



Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei Fachärzten/-ärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,950	0,506
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Radiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei Fachärzten/-ärztinnen für Radiologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,9%	1,1%	1,2%	0,002	0,003	0,8%	1,1%	1,2%	0,003	0,004	0,657	0,757
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Physikalische und Rehabilitative Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei Fachärzten/-ärztinnen für Physikalische und Rehabilitative Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,1%	0,1%	0,1%	0,000	0,000	0,1%	0,1%	0,1%	0,000	0,000	0,441	0,339
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,9%	99,8%	99,8%	0,000	-0,001	99,9%	99,9%	99,9%	0,000	0,000	0,900	0,321
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,7%	99,4%	99,5%	0,003	-0,002	99,8%	99,7%	99,7%	0,001	-0,001	0,350	0,555

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	96,7%	94,5%	95,6%	- 0,021	-0,010	97,1%	95,1%	96,0%	- 0,020	-0,011	0,816	0,865
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	87,5%	72,7%	88,0%	- 0,148	0,006	88,5%	74,2%	88,4%	- 0,144	0,000	0,916	0,415
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit stationärem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Herzinsuffizienz und Weiterbehandlung bei einem/r ambulanten ärztin im gleichen oder Folgequartal	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die einen stationären Krankenhausaufenthalt mit Hauptdiagnose ICD 150* hatten und im gleichen Quartal oder im Folgequartal bei einem/r ambulanten ärztin die Diagnose I50* kodiert bekamen. Patient:innen eingeschränkt auf Indexevent spätestens im vorletzten Beobachtungsquartal.	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die einen stationären Krankenhausaufenthalt im ersten, zweiten oder dritten Quartal des Beobachtungszeitraums mit Hauptdiagnose I50* hatten	92,4%	91,0%	91,4%	- 0,014	-0,010	91,9%	90,8%	91,9%	- 0,012	0,000	0,918	0,508
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einer Laborleistung (Kalium / Natrium / Kreatinin) im Beobachtungsjahr	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einer abgerechneten Laborleistung (EBM 32066 / 32067 / 32081 oder 32083)	Patient:innen der Krankheitsgruppe	76,2%	75,5%	75,8%	- 0,007	-0,003	80,0%	78,1%	76,6%	- 0,018	-0,031	0,173	0,045
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens eine Echokardiografie im Beobachtungsjahr ambulant bei einem/r Kardiolog:in erhielten	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die innerhalb des Beobachtungsjahres mindestens EBM Abrechnungsposition EBM 13545 oder 13550 (Echokardiografie) bei einem/r Fachärztin der Kardiologie abgerechnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	28,4%	29,0%	33,0%	0,006	0,046	28,9%	30,2%	34,4%	0,013	0,052	0,527	0,645

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Hausbesuch mit der Diagnose Herzinsuffizienz im Beobachtungsjahr	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mind. einem Hausbesuch (EBM 01410 / 01411 / 01413 / 01415 / 01418 / 38100 / 38105 / 03062 / 03063) mit der Diagnose Herzinsuffizienz	Patient:innen der Krankheitsgruppe	27,8%	25,1%	23,9%	0,027	-0,039	27,3%	24,6%	23,4%	0,027	-0,042	0,952	0,712
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens einmal im Beobachtungsjahr sowohl Betablocker, als auch ACE Hemmer / AT1-Blocker und Diuretikum verschrieben bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einer Verschreibung Beta-Blocker (ATC C07) und ACE-Hemmer/AT1 Blocker (C09A / C09B / C09C oder C09D) und Diuretikum, Aldosteronantagonist (C03) im Beobachtungsjahr	Patient:innen der Krankheitsgruppe	44,4%	45,2%	46,9%	0,008	0,025	42,5%	43,6%	45,7%	0,011	0,027	0,769	0,855
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe, die Betablocker im Beobachtungsjahr verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einer Verschreibung ATC C07 im Beobachtungsjahr	Patient:innen der Krankheitsgruppe	71,4%	71,7%	73,6%	0,003	0,022	70,5%	71,2%	72,4%	0,007	0,022	0,605	0,989
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe, die ACE Hemmer oder AT1 Blocker im Beobachtungsjahr verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einer Verschreibung ATC C09A / C09B / C09C oder C09D im Beobachtungsjahr	Patient:innen der Krankheitsgruppe	76,4%	76,7%	77,9%	0,003	0,014	76,6%	76,5%	78,1%	0,001	0,018	0,672	0,604
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr NSAID verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens einmal im Beobachtungsjahr ATC M01A oder M01B verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	25,8%	24,4%	22,9%	0,015	-0,030	26,1%	24,7%	23,0%	0,014	-0,033	0,965	0,772
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr Glitazone oder Thiazolidindione verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe die mindestens einmal im Beobachtungsjahr eine der folgenden ATC verordnet bekamen: A10BG / A10BD03 /	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,632	0,482

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
	A10BD04 / A10BD05 / A10BD06 / A10BD09 oder A10BD12													
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr Diltiazem oder Verapamil verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens einmal im Beobachtungsjahr ATC C08D verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	1,9%	1,8%	1,5%	-	-0,005	1,8%	1,6%	1,4%	-	-0,005	0,685	0,817
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Vorhofflimmern, denen im Beobachtungsjahr orale Antikoagulantien verordnet wurden	Patient:innen der Krankheitsgruppe und Vorhofflimmern (Diagnose ambulant gesichert I48*) mit mindestens einer Verschreibung Vitamin K Antagonisten (ATC B01AA), Faktor-Xa-Hemmer (B01AF) oder Thrombinhemmer (B01AE) im Beobachtungsjahr	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Vorhofflimmern (ambulant gesichert I48)	84,0%	86,9%	89,1%	0,029	0,053	83,3%	87,3%	89,1%	0,041	0,058	0,370	0,631
Anzahl der Patient:innen mit mind. Einem ambulanten Fall in der Notaufnahme von Krankenhäusern im Beobachtungsjahr bei Patient:innen mit Herzinsuffizienz	Patient:innen der Krankheitsgruppe, bei denen ambulant von einem Krankenhaus ein Notfall abgerechnet wurde (EBM 01205 / 01207 / 01210 / 01212 / 01214 / 01216 / 01218)	Patient:innen der Krankheitsgruppe	21,9%	22,2%	19,9%	0,002	-0,021	21,9%	22,1%	19,0%	0,001	-0,022	0,949	0,885
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Herzinsuffizienz innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe ohne einen stationären Krankenhausfall im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	90,3%	89,7%	90,6%	-	0,005	91,1%	90,3%	91,1%	-	0,001	0,624	0,780

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Herzinsuffizienz innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	97,5%	97,1%	97,4%	- 0,004	-0,001	97,8%	97,5%	97,7%	- 0,003	-0,001	0,675	0,856
<b>03 Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b>														
Rate der multimorbiden Patient:innen der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	94,8%	93,3%	92,3%	- 0,015	-0,025	94,9%	93,6%	92,6%	- 0,013	-0,023	0,252	0,415
Mortalitätsrate Patient:innen der Krankheitsgruppe im Beobachtungsjahr	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,7%	2,8%	2,9%	0,001	0,002	2,8%	3,0%	3,0%	0,002	0,002	0,627	0,843
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	98,7%	98,3%	98,4%	- 0,003	-0,002	98,5%	98,2%	98,5%	- 0,003	0,000	0,869	0,119
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem:r Internist:in / fachärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem:r Internist:in / fachärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	6,6%	7,0%	6,4%	0,004	-0,002	7,9%	8,1%	7,2%	0,002	-0,007	0,621	0,312

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> - y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> - y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> - y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> - y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Kardiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Kardiologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	25,3%	25,6%	26,5%	0,003	0,012	26,3%	26,1%	26,6%	0,001	0,004	0,223	0,115
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,2%	0,2%	0,2%	0,000	0,000	0,3%	0,7%	0,2%	0,003	-0,001	0,269	0,415
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Radiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Radiologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	30,2%	30,7%	30,7%	0,005	0,005	29,2%	30,0%	29,6%	0,008	0,004	0,467	0,970
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,9%	3,0%	3,0%	0,002	0,001	2,4%	2,4%	2,3%	0,000	-0,002	0,226	0,248
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	20,8%	21,6%	25,4%	0,008	0,046	20,5%	22,1%	24,7%	0,016	0,042	0,229	0,553

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
	Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde													
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Internist:innen / fachärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Internist:innen / fachärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,1%	0,000	0,000	0,1%	0,1%	0,3%	0,000	0,001	0,685	0,447
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Kardiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Kardiologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,2%	0,3%	0,3%	0,001	0,001	0,2%	0,3%	0,3%	0,001	0,000	0,928	0,219



Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,256	0,790
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Radiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Radiologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	3,0%	3,0%	3,5%	0,000	0,005	2,7%	2,9%	3,4%	0,002	0,007	0,501	0,724
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Physikalische und Rehabilitative Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Physikalische und Rehabilitative Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,1%	0,1%	0,1%	0,000	0,000	0,1%	0,1%	0,1%	0,000	0,000	0,831	0,360
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,6%	99,4%	99,4%	0,002	-0,001	99,6%	99,5%	99,5%	0,001	-0,001	0,396	0,416

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	98,6%	98,2%	98,6%	- 0,004	-0,001	98,9%	98,5%	98,8%	- 0,004	-0,001	0,833	0,450
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	93,0%	90,2%	92,0%	- 0,028	-0,010	93,8%	91,1%	92,2%	- 0,028	-0,016	0,902	0,135
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	79,2%	65,3%	78,8%	- 0,139	-0,004	80,2%	67,0%	79,3%	- 0,132	-0,009	0,828	0,231
Rate der Patient:innen mit sonstigen Herz-Kreislauf Erkrankungen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von sonstigen Herz-Kreislauf Erkrankungen innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	97,7%	97,7%	98,2%	0,000	0,005	97,8%	97,8%	98,2%	0,000	0,004	0,926	0,225
Rate der Patient:innen mit sonstigen Herz-Kreislauf Erkrankungen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von sonstigen Herz-Kreislauf Erkrankungen innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,6%	99,6%	99,7%	0,000	0,001	99,7%	99,6%	99,7%	0,000	0,001	0,720	0,342
<b>04 Bronchitis &amp; COPD</b>														
Rate der multimorbiden Patient:innen: Bronchitis & COPD	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	90,4%	88,8%	89,5%	- 0,016	-0,009	91,0%	89,4%	90,3%	- 0,016	-0,007	0,954	0,722

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*	
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>			
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr im COPD-DMP eingeschrieben waren	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungszeitraum im COPD-DMP Programm eingeschrieben waren	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einer Diagnose (stationär oder ambulant) J43*, J44* oder J47*	21,4%	22,2%	24,7%	0,008	0,033	22,2%	22,0%	24,9%	-	0,002	0,034	0,341	0,770
Mortalitätsrate Patient:innen der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,1%	2,2%	3,0%	0,000	0,008	2,2%	2,3%	3,0%	0,001	0,008	0,562	0,840	
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	98,8%	98,8%	98,5%	-	-0,003	98,9%	98,5%	98,5%	-	-0,003	0,117	0,789	
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	26,0%	26,1%	26,1%	0,001	0,001	26,0%	26,3%	26,9%	0,003	0,009	0,581	0,083	
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem:r Internist:in / fachärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem:r Internist:in / fachärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	5,4%	5,6%	5,4%	0,002	0,000	6,2%	6,0%	6,0%	-	-0,002	0,090	0,575	
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Kardiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Kardiologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	14,0%	13,9%	16,7%	-	0,027	14,5%	14,5%	17,4%	0,000	0,029	0,607	0,714	

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Pneumologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Pneumologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	16,4%	17,9%	23,5%	0,015	0,071	15,8%	17,1%	22,4%	0,013	0,066	0,525	0,370
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	25,2%	25,1%	28,8%	0,001	0,036	25,3%	25,7%	28,4%	0,003	0,031	0,540	0,522
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Radiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Radiologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	30,6%	30,9%	31,8%	0,003	0,012	30,1%	30,5%	31,2%	0,004	0,011	0,794	0,864
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,6%	2,6%	2,6%	0,000	0,000	2,0%	2,1%	1,8%	0,001	-0,002	0,928	0,252

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	1,4%	1,5%	1,5%	0,001	0,001	1,5%	1,4%	1,4%	- 0,001	0,000	0,234	0,221
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Internist:innen / Fachärzten/-ärztinnen für Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Internist:innen / fachärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,1%	0,1%	0,2%	0,000	0,001	0,322	0,330
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Kardiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Kardiologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,1%	0,1%	0,2%	0,001	0,001	0,1%	0,1%	0,2%	0,000	0,000	0,670	0,231
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Pneumologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Pneumologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,4%	0,3%	0,7%	- 0,001	0,003	0,5%	0,4%	0,5%	- 0,001	0,000	0,487	0,191

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
	Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde													
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Radiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Radiologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,8%	2,9%	3,1%	0,002	0,003	2,8%	2,8%	3,0%	0,000	0,002	0,677	0,881
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Physikalische und Rehabilitative Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Physikalische und Rehabilitative Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,1%	0,1%	0,1%	0,000	0,000	0,0%	0,1%	0,1%	0,000	0,000	0,494	0,531
Rate der COPD Patient:innen mit mindestens einem Abrechnungskontakt eines/r Pneumolog:in	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Fachärztin der Pneumologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einer Diagnose (stationär oder ambulant) J43*, J44*, J47*	30,1%	31,7%	33,3%	0,016	0,031	30,1%	31,4%	30,8%	0,013	0,014	0,589	0,146

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Pneumologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Pneumologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,9%	0,6%	1,1%	- 0,004	0,001	0,7%	1,0%	0,7%	0,003	0,000	0,210	0,735
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,8%	99,8%	99,8%	0,000	0,000	99,9%	99,9%	99,9%	0,000	0,000	0,980	0,734
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	95,8%	95,1%	96,4%	- 0,008	0,005	96,2%	95,4%	96,3%	- 0,008	0,001	0,904	0,141
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	85,9%	82,9%	87,3%	- 0,030	0,014	86,7%	83,6%	88,1%	- 0,031	0,014	0,928	0,968
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	67,8%	56,2%	72,0%	- 0,116	0,042	68,3%	56,7%	72,9%	- 0,115	0,046	0,991	0,374



Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der COPD Patient:innen, die im Beobachtungsjahr an einer DMP Schulung teilnahmen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die im Beobachtungszeitraum eine DMP Schulung abgerechnet wurde (EBM 91232 (KVWL) / 91232E (KVWL) / 91232W (KVWL) / 91234E/N/W (KVWL) / 91235E/N/W (KVWL) / 90240 (KV NO) / 90241 (KV NO) / 90242 (KV NO) / 99435 (KV HH) / 99436 (KV HH) / 99798J (KV SH) / oder 99798Q (KV SH) / 99798S (KVSH)/ 99798K (KVSH))	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit DMP Einschreibung im Beobachtungsjahr	5,6%	5,8%	3,9%	0,001	-0,018	5,6%	6,9%	4,5%	0,003	-0,011	0,800	0,486
Rate der Bronchitis / COPD Patient:innen, die im Beobachtungsjahr eine Grippeimpfung erhielten	Patient:innen mit Bronchitis/COPD als Hauptdiagnose im Krankenhaus oder gesichert ambulant, die im Beobachtungsjahr mindestens eine Grippeimpfung (EBM 89111 / 89112 oder ATC J07BB) erhielten	Bronchitis / COPD Patient:innen	23,2%	23,8%	33,5%	0,006	0,103	24,1%	24,3%	34,2%	0,002	0,102	0,482	0,825
Rate der COPD Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr mindestens eine Lungenfunktionsprüfung (ambulant) durchgeführt wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens einmal im Beobachtungsjahr eine Lungenfunktionsprüfung (EBM 13650 / 03330 (KVNO)) abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit der Diagnose (stationär oder ambulant) J43*, J44*, J47*	32,6%	33,5%	33,7%	0,009	0,011	33,0%	34,1%	31,2%	0,011	-0,011	0,708	0,112
Rate der COPD Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ambulant ein Thorax Röntgen erstellt wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe, bei denen ein:e Ärztin (ambulant) mindestens einmal im Beobachtungsjahr ein Thorax Röntgen (EBM 34220) abgerechnet hat	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit der Diagnose (stationär oder ambulant) J43*, J44*, J47*	1,3%	1,3%	1,1%	0,000	-0,002	1,3%	1,4%	1,3%	0,001	-0,001	0,660	0,522

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der COPD Patient:innen mit mindestens einem Hausbesuch mit der Diagnose COPD im Beobachtungsjahr	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mind. einem Hausbesuche mit der Diagnose ICD J43*, J44*, J47* (EBM 01410 / 01411 / 01413 / 01415 / 01418 / 38100 / 38105 / 03062 oder 03063)	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einer Diagnose (stationär oder ambulant) J43*, J44*, J47*	13,8%	12,1%	12,0%	0,017	-0,018	13,8%	12,6%	12,2%	0,012	-0,017	0,204	0,856
Rate der Patient:innen mit akuter Bronchitis/Bronchiolitis, die im Quartal der Diagnosestellung Antibiotika verordnet bekamen	Patient:innen mit akuter Bronchitis/Bronchiolitis, die im Quartal der Diagnosestellung Antibiotika (ATC J01*) verordnet bekamen	Patient:innen mit akuter Bronchitis/Bronchiolitis Patient:innen der Gruppe Bronchitis / COPD mit mindestens einer der folgenden Diagnosen ambulant oder stationär: J20* oder J21*	58,3%	54,0%	47,4%	0,044	-0,109	58,6%	53,6%	47,0%	0,050	-0,117	0,406	0,614
Rate der Patient:innen mit akuter Bronchitis/Bronchiolitis, die im Quartal der Diagnosestellung leitliniengerechte Antibiotika verordnet bekamen	Patient:innen mit akuter Bronchitis/Bronchiolitis, die im Quartal der Diagnosestellung leitliniengerechte Antibiotika (ATC J01CA / J01CR / J01FA / J01DB / J01DC / J01DD / J01DE / J01AA oder J01MA) verordnet bekamen	Patient:innen mit akuter Bronchitis/Bronchiolitis Patient:innen, der Gruppe Bronchitis / COPD, die mindestens eine Diagnose J20* oder J21* ambulant oder stationär kodiert bekamen	56,3%	51,9%	45,0%	0,044	-0,113	56,7%	51,6%	45,0%	0,051	-0,117	0,359	0,814
Rate der COPD Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal Beta2Mimetika oder Anticholinergika verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr Medikation der ATC R03A oder R03BB verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit der Diagnose (stationär oder ambulant) J43*, J44*, J47*	61,7%	62,0%	62,0%	0,002	0,003	62,8%	62,0%	61,5%	0,008	-0,010	0,342	0,287
Rate der COPD Patient:innen, die mindestens einmal pro Quartal im Beobachtungsjahr inhalative Medikation (Beta2Mimetika, Anticholinergika oder Inhalative Glucocorticoide) verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die (basierend auf dem Verordnungsdatum) mindestens einmal in jedem Quartal im Beobachtungsjahr inhalative Medikation (ATC R03A, R03B) verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit der ambulanten oder stationären Diagnose J43*, J44*, J47*	23,6%	23,9%	24,5%	0,003	0,009	24,7%	23,5%	24,6%	0,012	0,007	0,184	0,670

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Anzahl der ambulanten Notfälle im Krankenhaus mit einer COPD Diagnose J44* bei COPD Patient:innen	Anzahl der ambulanten Notfälle von Patient:innen der Krankheitsgruppe, bei denen akute Exazerbationen (ICD J44*) als gesicherte ambulante Diagnose kodiert wurde und bei gleicher Fallnummer ein Notfall abgerechnet wurde (EBM 01205 / 01207 / 01210 / 01212 / 01214 / 01216 oder 01218)	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit der Diagnose (stationär oder ambulant) J43* / J44* / J47*	15,11	14,10	8,83	-	-6,286	13,67	13,54	7,40	-	-6,270	0,327	0,989
Anzahl der ambulanten Notfälle im Krankenhaus bei COPD Patient:innen	Anzahl der Patient:innen, bei denen ambulant im Krankenhaus ein Notfall abgerechnet wurde (EBM 01205 / 01207 / 01210 / 01212 / 01214 / 01216 / 01218)	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit der Diagnose (stationär oder ambulant) J43* / J44* / J47*	195,79	202,80	154,12	7,010	41,663	184,87	186,34	138,21	1,470	46,660	0,350	0,563
Rate der COPD und Bronchitis Patient:innen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Bronchitis / COPD innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe, ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	97,6%	97,7%	97,8%	0,001	0,003	97,7%	97,6%	97,8%	-	0,001	0,107	0,176
Rate der COPD und Bronchitis Patient:innen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Bronchitis / COPD innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,4%	99,4%	99,4%	0,000	0,000	99,4%	99,4%	99,4%	-	0,001	0,511	0,603
Rate der Patient:innen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von COPD innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mehreren Fällen mit Hauptdiagnose COPD J43* / J44* / J47*	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit der Diagnose (stationär oder ambulant) J43* / J44* / J47*	98,5%	98,5%	98,9%	0,000	0,005	98,5%	98,5%	98,9%	0,000	0,004	0,800	0,688
<b>05 Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol u. Opiode</b>														

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der multimorbiden Patient:innen der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	91,5%	90,9%	91,2%	- 0,005	-0,003	92,5%	91,7%	91,2%	- 0,009	-0,013	0,594	0,208
Mortalitätsrate Patient:innen mit Psychischen u. Verhaltensstörungen durch Alkohol u. Opiode	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,9%	3,0%	3,1%	0,001	0,002	3,3%	3,1%	3,0%	- 0,002	-0,003	0,658	0,341
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	98,0%	97,5%	98,0%	- 0,005	0,000	98,3%	98,0%	98,6%	- 0,004	0,002	0,733	0,509
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Neurologie / Neurochirurgie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Neurologie / Neurochirurgie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	22,8%	22,8%	24,8%	0,000	0,019	21,6%	21,7%	21,1%	0,002	-0,005	0,851	0,081
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	23,7%	23,7%	24,3%	0,000	0,006	24,4%	24,4%	22,4%	0,000	-0,020	0,999	0,097

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Nervenheilkunde oder Facharzt/-ärztin für Neurologie und Psychiatrie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Nervenheilkunde oder Facharzt/-ärztin für Neurologie und Psychiatrie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	30,9%	31,5%	33,1%	0,006	0,023	31,5%	31,6%	31,2%	0,001	-0,003	0,499	0,086
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,4%	0,4%	0,3%	0,000	-0,001	0,8%	0,7%	0,7%	-	-0,001	0,539	0,868
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Psychotherapeutisch tätigen Arzt/Ärztin / Psychologischen Psychotherapeut innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Psychotherapeutisch tätigen Arzt/Ärztin / Psychologischen Psychotherapeut abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,5%	3,6%	3,7%	0,011	0,012	3,2%	4,1%	3,9%	0,009	0,007	0,683	0,289
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	26,1%	26,1%	29,2%	0,000	0,032	24,4%	24,8%	27,5%	0,003	0,031	0,740	0,969

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Neurologie / Neurochirurgie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Neurologie / Neurochirurgie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	1,5%	1,1%	1,2%	0,004	-0,002	1,0%	1,3%	1,3%	0,003	0,003	0,080	0,114
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	1,4%	1,1%	1,0%	0,002	-0,003	0,9%	1,1%	0,8%	0,002	-0,001	0,104	0,500
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Nervenheilkunde oder Facharzt/-ärztin für Neurologie und Psychiatrie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Nervenheilkunde oder Facharzt/-ärztin für Neurologie und Psychiatrie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,5%	2,4%	2,6%	0,000	0,001	1,9%	2,9%	2,3%	0,010	0,004	0,077	0,455

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,160	0,748
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Psychotherapeutisch tätigen Ärzten / Psychologischen Psychotherapeuten innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Psychotherapeutisch tätigen Ärzten / Psychologischen Psychotherapeuten unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,1%	0,2%	0,3%	0,001	0,001	0,1%	0,2%	0,3%	0,001	0,001	0,772	0,921
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,5%	99,4%	99,5%	- 0,001	0,000	99,7%	99,3%	99,7%	- 0,004	0,000	0,343	0,883
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	98,9%	98,1%	98,6%	- 0,007	-0,003	99,2%	98,5%	99,1%	- 0,008	-0,001	0,957	0,503
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	92,6%	88,8%	90,8%	- 0,038	-0,018	93,3%	89,3%	91,2%	- 0,041	-0,022	0,752	0,570



Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	77,1%	63,1%	75,8%	- 0,141	-0,014	77,7%	63,2%	77,3%	- 0,144	-0,004	0,916	0,412
Rate der Patient:innen mit Psychischen u. Verhaltensstörungen durch Alkohol u. Opioiden mit psychosomatischen Gespräch im Beobachtungsjahr	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die ambulant im Beobachtungsjahr mindestens einmal eine der folgenden EBM Abrechnungspositionen abgerechnet wurde: 35100, 35110, 22221, 22222	Patient:innen der Krankheitsgruppe	26,7%	27,4%	26,7%	0,006	0,000	27,8%	26,1%	25,5%	- 0,017	-0,024	0,050	0,080
Rate der Patient:innen mit Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Opioiden ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Opioiden innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen ohne einen stationären Krankenhausfall im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	90,7%	90,0%	91,7%	- 0,007	0,010	90,9%	90,1%	91,7%	- 0,008	0,008	0,932	0,714
Rate der Patient:innen mit Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Opioiden mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Opioiden innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	96,2%	96,1%	96,6%	- 0,001	0,005	96,5%	96,0%	96,7%	- 0,004	0,002	0,313	0,541
<b>06 Rückenbeschwerden</b>														

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der multimorbiden Patient:innen: Rückenbeschwerden	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	91,8%	88,4%	85,8%	-0,034	-0,061	92,1%	89,4%	87,2%	0,027	-0,050	0,064	0,035
Mortalitätsrate Rückenbeschwerden Patient:innen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe	1,2%	1,3%	1,3%	0,000	0,001	1,3%	1,3%	1,4%	0,001	0,002	0,559	0,218
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	97,8%	97,1%	97,1%	-0,006	-0,006	98,2%	97,6%	98,0%	0,006	-0,002	0,938	0,090
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Anästhesiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Anästhesiologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	6,2%	6,4%	6,2%	0,002	0,000	5,4%	5,7%	5,5%	0,003	0,001	0,687	0,805
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Chirurgie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Chirurgie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	18,4%	18,0%	17,1%	0,004	-0,014	19,2%	18,3%	16,7%	0,009	-0,025	0,247	0,032
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Rheumatologie (der Inneren Medizin) innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Rheumatologie (der Inneren Medizin) abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	1,8%	1,9%	1,9%	0,001	0,001	2,0%	2,1%	2,2%	0,001	0,003	0,716	0,185

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Neurologie / Neurochirurgie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Neurologie / Neurochirurgie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	11,5%	12,4%	13,6%	0,009	0,021	11,9%	12,7%	14,0%	0,009	0,021	0,765	0,971
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Orthopädie oder Unfallchirurgie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Orthopädie oder Unfallchirurgie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	44,9%	46,4%	46,2%	0,015	0,013	43,6%	45,1%	44,5%	0,015	0,009	0,857	0,555
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	4,4%	4,7%	4,8%	0,003	0,004	5,8%	5,9%	6,1%	0,001	0,003	0,432	0,699
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Nervenheilkunde oder Facharzt/-ärztin für Neurologie und Psychiatrie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Nervenheilkunde oder Facharzt/-ärztin für Neurologie und Psychiatrie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	8,5%	7,9%	7,3%	0,006	-0,012	8,5%	7,9%	7,0%	0,006	-0,015	0,775	0,496
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,3%	0,3%	0,3%	0,000	0,000	0,6%	0,6%	0,9%	0,001	0,003	0,745	0,279

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Psychotherapeutisch tätigen Arzt/Ärztin / Psychologischen Psychotherapeut innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Psychotherapeutisch tätigen Arzt/Ärztin / Psychologischen Psychotherapeut abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,3%	2,9%	3,2%	0,006	0,010	3,1%	3,6%	3,4%	0,005	0,004	0,424	0,170
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Radiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Radiologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	38,4%	39,3%	39,4%	0,010	0,010	37,1%	38,3%	38,3%	0,012	0,012	0,662	0,862
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	5,1%	5,1%	5,0%	0,000	-0,002	4,0%	4,0%	3,8%	0,001	-0,002	0,518	0,942
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	23,0%	23,2%	27,0%	0,002	0,041	22,8%	23,9%	26,7%	0,012	0,039	0,072	0,830

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Anästhesiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Anästhesiologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,878	0,438
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Chirurgie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Chirurgie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	1,1%	1,1%	1,1%	0,000	0,000	1,1%	1,0%	0,9%	0,001	-0,002	0,318	0,029
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Rheumatologie (der Inneren Medizin) innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Rheumatologie (der Inneren Medizin) unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,1%	0,000	0,000	0,0%	0,0%	0,1%	0,000	0,000	0,225	0,934
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Neurologie / Neurochirurgie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Neurologie / Neurochirurgie unterschiedlicher BSNR und mit	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,4%	0,5%	0,7%	0,001	0,003	0,5%	0,5%	0,7%	0,001	0,002	0,749	0,122

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> - y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> - y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> - y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> - y <sub>0</sub>		
	der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde													
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Orthopädie oder Unfallchirurgie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Orthopädie oder Unfallchirurgie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	5,1%	5,5%	6,0%	0,004	0,009	5,0%	5,4%	6,3%	0,005	0,013	0,771	0,183
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,1%	0,1%	0,1%	0,000	0,001	0,1%	0,1%	0,1%	0,000	0,000	0,298	0,268

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Nervenheilkunde oder Facharzt/-ärztin für Neurologie und Psychiatrie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Nervenheilkunde oder Facharzt/-ärztin für Neurologie und Psychiatrie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,3%	0,1%	0,1%	- 0,002	-0,002	0,2%	0,1%	0,1%	- 0,001	-0,001	0,355	0,548
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,347	0,995
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Psychotherapeutisch tätigen Ärzten / Psychologischen Psychotherapeuten innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Psychotherapeutisch tätigen Ärzten / Psychologischen Psychotherapeuten unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,1%	0,2%	0,2%	0,001	0,001	0,2%	0,3%	0,2%	0,001	0,000	0,461	0,273

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Radiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Radiologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	3,7%	4,0%	4,4%	0,002	0,007	3,5%	3,9%	4,5%	0,003	0,009	0,790	0,653
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Physikalische und Rehabilitative Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Physikalische und Rehabilitative Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,2%	0,2%	0,2%	0,000	0,000	0,1%	0,1%	0,1%	0,000	0,000	0,817	0,574
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,9%	99,9%	99,9%	0,000	0,000	99,8%	99,8%	99,8%	0,000	0,000	0,575	0,415
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,6%	99,5%	99,6%	0,000	0,000	99,5%	99,5%	99,6%	-	0,000	0,527	0,433
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	94,0%	91,0%	92,1%	0,030	-0,019	94,3%	91,5%	92,7%	0,028	-0,015	0,534	0,218
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	77,7%	64,4%	76,2%	0,133	-0,016	78,3%	65,9%	77,1%	0,124	-0,012	0,735	0,402



Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe, bei denen im Beobachtungsjahr mindestens einmal eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule ambulant erstellt wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die im Beobachtungsjahr mindestens einmal ambulant EBM 34221 oder 34222 abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	13,9%	13,6%	13,0%	0,003	-0,009	14,0%	13,5%	12,6%	0,005	-0,014	0,647	0,166
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe, bei denen im Beobachtungsjahr mindestens einmal ambulant ein MRT der Wirbelsäule erstellt wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die im Beobachtungsjahr mindestens einmal ambulant EBM 34411 abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	11,1%	12,2%	13,3%	0,012	0,022	10,8%	11,6%	12,6%	0,008	0,017	0,218	0,157
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr keine Opioiden verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die nicht mindestens einmal im Beobachtungsjahr ATC N02A verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	85,0%	85,5%	85,7%	0,005	0,006	84,9%	85,5%	85,6%	0,005	0,007	0,890	0,825
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Rückenbeschwerden innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	98,7%	98,7%	99,1%	0,000	0,003	98,8%	98,9%	99,1%	0,001	0,004	0,356	0,796
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Rückenbeschwerden innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,9%	99,9%	99,9%	0,000	0,000	99,9%	99,9%	99,9%	0,000	0,000	0,625	0,744
<b>07 Hypertonie (Hochdruckkrankheit)</b>														
Multimorbiditätsrate Hypertonie Patient:innen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	88,4%	87,2%	85,4%	0,012	-0,030	88,3%	87,2%	85,6%	0,011	-0,027	0,526	0,311

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Mortalitätsrate der Patient:innen der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,0%	2,2%	2,2%	0,002	0,002	2,1%	2,3%	2,3%	0,002	0,002	0,885	0,992
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	19,4%	19,9%	24,1%	0,005	0,046	18,8%	20,2%	23,6%	0,014	0,048	0,093	0,820
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Anästhesiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Anästhesiologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,748	1,000
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Augenheilkunde innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Augenheilkunde unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,4%	2,4%	2,3%	0,001	-0,002	2,4%	2,5%	2,2%	0,002	-0,001	0,323	0,786

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Internist:innen / fachärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Internist:innen / fachärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,1%	0,000	0,001	0,1%	0,1%	0,2%	0,000	0,001	0,386	0,488
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Kardiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Nervenheilkunde und Fachärzte für Kardiologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,1%	0,2%	0,2%	0,001	0,001	0,1%	0,2%	0,2%	0,001	0,000	0,928	0,261
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Nephrologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Nephrologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,944	0,499
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) /	Patient:innen der Krankheitsgruppe	98,7%	98,4%	98,4%	0,003	-0,002	98,6%	98,3%	98,6%	0,002	0,000	0,821	0,057

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
	hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde													
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Anästhesiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Anästhesiologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	5,0%	5,1%	5,0%	0,001	0,000	4,2%	4,7%	4,5%	0,005	0,002	0,120	0,367
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Augenheilkunde innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Augenheilkunde abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	38,7%	38,7%	37,1%	0,000	-0,016	38,1%	37,9%	36,3%	-	-0,018	0,490	0,420
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem:r Internist:in / fachärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem:r Internist:in / fachärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	5,9%	6,2%	5,6%	0,003	-0,003	7,0%	6,9%	6,4%	0,000	-0,006	0,092	0,417
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Kardiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Nervenheilkunde und Fachärzte für Kardiologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	19,3%	19,5%	20,6%	0,002	0,013	19,8%	20,0%	20,8%	0,002	0,010	0,876	0,363

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Nephrologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Nephrologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	19,1%	25,3%	26,4%	0,062	0,073	20,0%	25,8%	27,1%	0,058	0,071	0,798	0,953
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,7%	99,6%	99,6%	-	-0,001	99,8%	99,7%	99,8%	-	0,000	0,785	0,487
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,2%	99,0%	99,1%	-	-0,001	99,4%	99,1%	99,3%	-	-0,001	0,425	0,954
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	94,9%	92,4%	93,8%	-	-0,011	95,4%	93,1%	94,3%	-	-0,011	0,416	0,936
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	80,8%	67,3%	80,4%	-	-0,004	81,3%	68,7%	81,1%	-	-0,002	0,803	0,790
Rate der Hypertonie Patient:innen, die mindestens einmal pro Quartal im Beobachtungsjahr ein Antihypertensivum verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens einmal in jedem Quartal ein Antihypertensivum (ATC C02 / C03 / C07 / C08 / C09) verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	51,9%	52,6%	52,5%	0,006	0,006	53,0%	53,0%	52,8%	0,001	-0,001	0,046	0,041
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Nierenerkrankung, die im Beobachtungsjahr ACE-Hemmer oder ARB-Therapie verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Nierenerkrankung (ICD N18*) stationär (Haupt- oder Nebendiagnose) oder ambulant gesichert), die C09A, C09B,	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Nierenerkrankung (ICD Code N18*)	81,5%	81,7%	82,6%	0,002	0,011	81,1%	81,1%	81,4%	0,000	0,004	0,707	0,349



Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> - y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> - y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> - y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> - y <sub>0</sub>		
Multimorbiditätsrate der Patient:innen der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	90,8%	87,5%	86,9%	- 0,033	-0,039	91,6%	88,3%	87,7%	- 0,033	-0,038	0,989	0,867
Mortalitätsrate der Patient:innen der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,8%	2,3%	2,7%	- 0,005	-0,001	2,8%	2,4%	2,8%	- 0,004	0,000	0,425	0,671
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	98,7%	98,4%	98,4%	- 0,002	-0,003	98,9%	98,6%	98,5%	- 0,002	-0,004	0,932	0,674
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem:r Internist:in / fachärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Internist / fachärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	7,8%	8,0%	7,5%	0,002	-0,003	8,9%	8,7%	8,5%	- 0,002	-0,004	0,176	0,867
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Gastroenterologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Gastroenterologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	14,6%	14,7%	16,2%	0,002	0,016	14,9%	15,5%	16,5%	0,006	0,017	0,284	0,916

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe, die 60 Tage vor einem stationären Aufenthalt aufgrund einer Diagnose der Krankheitsgruppe mindestens einen Abrechnungskontakt bei einem/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin hatten	Patient:innen der Krankheitsgruppe, mit mindestens einem Abrechnungskontakt bei einem/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche innerhalb von 60 Tagen vor einem stationären Aufenthalt	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit stationären Aufhalten aufgrund von Diagnosen der Krankheitsgruppe	83,3%	78,2%	82,4%	0,035	-0,011	87,9%	81,5%	84,6%	0,066	-0,038	0,257	0,304
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	27,1%	27,2%	29,6%	0,000	0,024	26,6%	27,7%	29,4%	0,011	0,029	0,140	0,564
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Internist:innen / fachärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Internist / fachärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,1%	0,000	0,000	0,1%	0,1%	0,2%	0,000	0,001	0,307	0,721



Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*	
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>			
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Gastroenterologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Gastroenterologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,1%	0,1%	0,1%	0,000	0,000	0,2%	0,1%	0,2%	-	0,001	0,000	0,482	0,125
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,4%	99,2%	99,2%	-	-0,002	99,6%	99,4%	99,4%	-	0,002	-0,002	0,747	0,967
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	94,6%	92,4%	93,3%	-	-0,013	95,6%	93,6%	94,5%	-	0,020	-0,011	0,592	0,584
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	84,6%	80,2%	83,5%	-	-0,011	85,6%	82,1%	84,9%	-	0,035	-0,007	0,065	0,497
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	66,6%	54,5%	67,2%	-	0,006	67,8%	56,7%	68,3%	-	0,111	0,004	0,651	0,770
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Gastroenteritis und bestimmten Krankheiten des Darms, die Opiode und gleichzeitig Mittel zur Behandlung der dadurch möglicherweise verursachten Obstipation verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr ATC N02A und A06A verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die N02A verordnet bekamen	29,9%	30,0%	31,9%	0,005	0,024	28,9%	29,4%	32,0%	0,008	0,031	0,751	0,513	

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Divertikulose / Divertikulitis, die ein Antibiotikum verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Divertikulose / Divertikulitis, die ein Antibiotikum (ATC J01*) verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit der Diagnose Divertikulose / Divertikulitis	41,0%	38,4%	30,8%	-	-0,101	40,7%	37,6%	31,3%	-	-0,094	0,329	0,366
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit stationären Krankenhausaufenthalt mit der Diagnose Divertikulose / Divertikulitis im Beobachtungsjahr	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit stationären Krankenhaufällen im Beobachtungsjahr mit der Haupt- oder Nebendiagnose ICD K57*	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,6%	2,6%	2,5%	0,000	-0,001	2,7%	2,6%	2,5%	-	-0,002	0,362	0,439
Rate Patient:innen der Krankheitsgruppe ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Gastroenteritis und bestimmten Krankheiten des Darms innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe ohne einen stationären Krankenhaufall im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	98,2%	98,0%	98,2%	-	0,001	98,1%	98,0%	98,2%	0,000	0,001	0,345	0,638
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Gastroenteritis und bestimmten Krankheiten des Darms innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,8%	99,8%	99,8%	0,000	0,001	99,7%	99,7%	99,8%	0,000	0,001	0,632	0,801
<b>09 Infektiöse Darmkrankheiten</b>														
Multimorbiditätsrate der Patient:innen der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	86,7%	79,2%	77,8%	-	-0,089	86,8%	80,4%	78,2%	-	-0,086	0,019	0,591
Mortalitätsrate der Patient:innen der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe	1,2%	0,9%	1,1%	-	-0,001	1,2%	0,9%	1,0%	-	-0,002	0,858	0,381

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,5%	99,2%	99,2%	- 0,003	-0,003	99,6%	99,5%	99,5%	- 0,001	-0,001	0,242	0,106
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Laboratoriumsmedizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Laboratoriumsmedizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	51,8%	50,2%	62,2%	- 0,016	0,105	51,5%	48,6%	61,2%	- 0,029	0,098	0,019	0,432
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem:r Internist:in / fachärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem:r Internist:in / fachärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	5,0%	4,8%	4,7%	- 0,003	-0,003	5,3%	4,8%	5,0%	- 0,005	-0,003	0,336	0,965
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Gastroenterologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Gastroenterologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	6,9%	6,3%	7,6%	- 0,007	0,006	7,3%	6,7%	7,9%	- 0,006	0,006	0,889	0,963

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	33,4%	32,3%	35,9%	0,011	0,025	32,9%	32,2%	34,3%	0,007	0,014	0,537	0,165
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Laboratoriumsmedizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärztinnen für Laboratoriumsmedizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,1%	0,1%	0,2%	0,000	0,001	0,2%	0,2%	0,2%	0,000	0,000	0,689	0,666
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Internist:innen / fachärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärztinnen Internist / fachärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,0%	0,1%	0,1%	0,000	0,001	0,850	0,221

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Gastroenterologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärztinnen für Gastroenterologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,1%	0,0%	0,1%	0,000	0,000	0,1%	0,0%	0,1%	0,000	0,000	0,660	0,372
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,9%	99,8%	99,8%	0,002	-0,001	99,9%	99,8%	99,9%	0,001	0,000	0,124	0,025
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	94,8%	92,3%	93,1%	0,026	-0,018	95,4%	92,8%	93,4%	0,026	-0,020	0,854	0,404
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	80,7%	74,4%	78,0%	0,064	-0,028	81,3%	75,6%	78,4%	0,057	-0,029	0,234	0,773
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	55,7%	44,6%	53,9%	0,111	-0,018	55,5%	45,2%	53,6%	0,103	-0,019	0,636	0,894
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von infektiösen Darmkrankheiten innerhalb des Beobachtungsjahrs (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	98,6%	98,9%	99,0%	0,002	0,003	98,7%	98,9%	99,0%	0,002	0,004	0,609	0,877

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von infektiösen Darmkrankheiten innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,9%	99,9%	100,0%	0,000	0,000	99,9%	99,9%	99,9%	0,000	0,000	0,535	0,707
<b>10 Grippe und Pneumonie</b>														
Multimorbiditätsrate der Patient:innen der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	89,7%	89,3%	89,7%	0,004	0,000	90,7%	89,9%	91,3%	0,008	0,006	0,578	0,503
Mortalitätsrate der Patient:innen der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe	4,7%	4,9%	7,3%	0,002	0,026	5,1%	5,2%	7,4%	0,000	0,022	0,688	0,504
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,0%	98,8%	98,5%	0,002	-0,005	98,9%	98,4%	98,5%	0,004	-0,004	0,491	0,852
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	26,9%	27,5%	28,9%	0,005	0,020	26,9%	28,1%	29,6%	0,012	0,027	0,414	0,637

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*	
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>			
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem:r Internist:in / fachärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem:r Internist:in / fachärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	4,8%	5,2%	5,2%	0,004	0,003	6,1%	6,0%	6,7%	-	0,001	0,006	0,386	0,736
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Pneumologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Pneumologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	13,7%	15,1%	19,1%	0,015	0,054	13,1%	15,4%	18,4%	0,023	0,053	0,219	0,905	
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Radiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Radiologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	33,3%	34,4%	34,9%	0,011	0,016	33,1%	34,3%	34,9%	0,011	0,018	0,942	0,880	
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	27,5%	28,6%	33,8%	0,011	0,064	28,7%	30,0%	33,8%	0,013	0,051	0,888	0,345	

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	1,6%	1,7%	2,0%	0,001	0,003	1,8%	2,0%	1,7%	0,002	-0,001	0,648	0,198
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Internist:innen / fachärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Internist:innen / fachärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,1%	0,000	0,001	0,1%	0,1%	0,3%	0,000	0,002	0,455	0,438
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Pneumologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Pneumologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,3%	0,3%	0,5%	0,000	0,002	0,4%	0,4%	0,5%	0,000	0,002	0,914	0,958
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Radiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Radiologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,7%	2,3%	2,6%	0,004	-0,001	2,4%	2,8%	2,4%	0,004	0,000	0,117	0,903



Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> - y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> - y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> - y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> - y <sub>0</sub>		
	Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde													
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,8%	99,7%	99,6%	- 0,001	-0,002	99,9%	99,8%	99,7%	- 0,001	-0,001	0,351	0,561
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	94,3%	93,1%	93,7%	- 0,013	-0,006	94,6%	94,0%	94,0%	- 0,006	-0,006	0,269	0,927
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	81,8%	80,3%	82,1%	- 0,016	0,003	82,5%	80,7%	84,9%	- 0,018	0,023	0,793	0,043
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	61,8%	53,7%	65,8%	- 0,081	0,040	61,7%	54,0%	67,9%	- 0,077	0,062	0,867	0,083

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund von Pneumonie im selben oder folgenden Quartal eine:n Hausarzt/-ärztin konsultierten	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die als Hauptdiagnose stationär ICD J12* / J13* / J14* / J15* kodiert bekamen und für die im selben oder im folgenden Quartal eine beliebige EBM Abrechnungsposition von einem/ Hausarzt/-ärztin (Allgemeinmediziner (Hausarzt/-ärztin), Ärztin /Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin), Internist:in (Hausarzt/-ärztin)) abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die als Hauptdiagnose stationär ICD J12* / J13* / J14* / J15* kodiert bekamen. Nur Patient:innen mit Indexevent im 1. bis 3. Quartal berücksichtigt.	99,6%	98,2%	97,9%	0,007	-0,007	99,0%	98,3%	97,8%	0,009	-0,013	0,864	0,736
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Hausbesuch mit der Diagnose Grippe / Pneumonie im Beobachtungsjahr	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Hausbesuch mit der Diagnose Grippe und Pneumonie Patient:innen (EBM 01410 / 01411 / 01413 / 01415 / 01418 / 38100 / 38105 / 03062 / 03063)	Grippe und Pneumonie Patient:innen	13,8%	14,4%	16,9%	0,006	0,032	13,6%	14,2%	17,9%	0,007	0,043	0,927	0,307
Rate der Patient:innen mit (viraler oder bakterieller) Pneumonie, die im Beobachtungsjahr ein Antibiotikum verordnet bekamen	Pneumonie Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal ein Antibiotikum (ATC J01) verordnet bekamen	Patient:innen mit viraler oder bakterieller Pneumonie definiert als Patient:innen der Gruppe Grippe und Pneumonie und mindestens eine der folgenden Diagnosen ambulant (gesichert) oder stationär (Hauptdiagnose): J12*, J13*, J14*, J15*	78,3%	68,5%	54,2%	0,083	-0,241	76,3%	69,0%	50,3%	0,068	-0,258	0,679	0,662

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen mit (viraler oder bakterieller) Pneumonie, die im Beobachtungsjahr eines der zur Anwendung bei Pneumonie empfohlenen Antibiotika verordnet bekamen	Pneumonie Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal eines der zur Anwendung bei Pneumonie empfohlenen Antibiotika (ATC J01CR / J01FA / J01DB / J01DC / J01DD / J01DE / J01DH / J01AA / J01MA oder J01G) verordnet bekamen	Patient:innen mit viraler oder bakterieller Pneumonie. Patient ist Teil der Grippe und Pneumonie Patient:innen und hat mindestens eine der folgenden Diagnosen ambulant (gesichert) oder stationär (Hauptdiagnose) erhalten: J12*, J13*, J14*, J15*	68,8%	56,1%	43,3%	0,113	-0,259	64,4%	58,2%	39,2%	0,055	-0,251	0,144	0,844
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Grippe oder Pneumonie innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe ohne einen stationären Krankenhausfall im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	92,1%	91,4%	93,2%	0,007	0,011	92,0%	91,8%	93,1%	0,001	0,011	0,371	0,948
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Grippe oder Pneumonie innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,3%	99,3%	99,3%	0,000	0,000	99,4%	99,2%	99,3%	0,002	-0,001	0,229	0,625
<b>11 HNO-Infektionen</b>														
Multimorbiditätsrate der Patient:innen der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	73,8%	68,5%	64,2%	0,053	-0,095	74,3%	68,8%	64,7%	0,054	-0,096	0,689	0,922

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*	
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>			
Mortalitätsrate der Patient:innen der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,5%	0,4%	0,5%	0,000	0,001	0,5%	0,4%	0,6%	-	0,001	0,001	0,354	0,178
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	97,9%	97,3%	97,4%	-	-0,005	98,0%	97,3%	97,7%	-	-0,003	0,643	0,309	
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mind. einem Abrechnungskontakt zu einem FA für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	34,4%	34,8%	34,0%	0,004	-0,004	34,0%	34,7%	33,6%	0,006	-0,004	0,471	0,910	
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Pneumologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mind. einem Abrechnungskontakt zu einem FA für Pneumologie	Patient:innen der Krankheitsgruppe	6,6%	6,5%	7,4%	-	0,008	6,2%	6,5%	7,1%	0,002	0,008	0,016	0,947	
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Radiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mind. einem Abrechnungskontakt zu einem FA für Radiologie	Patient:innen der Krankheitsgruppe	25,9%	25,4%	26,1%	-	0,001	25,1%	24,5%	25,1%	-	0,000	0,894	0,775	

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	26,3%	25,9%	30,4%	0,004	0,041	25,9%	26,1%	29,4%	0,002	0,035	0,253	0,376
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,4%	2,5%	2,6%	0,002	0,002	2,4%	2,5%	2,4%	0,001	0,000	0,487	0,100
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Pneumologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Pneumologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,2%	0,1%	0,2%	0,000	0,000	0,1%	0,1%	0,1%	0,000	0,000	0,947	0,291

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Radiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Radiologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,8%	2,6%	2,8%	0,001	0,000	2,6%	2,5%	2,8%	0,001	0,002	0,990	0,693
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,7%	99,6%	99,6%	0,001	-0,001	99,7%	99,7%	99,6%	0,000	-0,001	0,154	0,502
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Anteil der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	92,0%	89,9%	89,5%	0,021	-0,025	92,6%	90,4%	90,2%	0,022	-0,024	0,475	0,828
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Anteil der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	75,9%	71,2%	73,2%	0,048	-0,027	76,9%	72,1%	74,3%	0,048	-0,026	0,879	0,838
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Anteil der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	52,3%	42,9%	50,3%	0,094	-0,020	52,9%	43,9%	51,1%	0,090	-0,019	0,818	0,832
Rate der Sinusitispatient:innen, die im Beobachtungsjahr ein Antibiotikum verschrieben bekamen	Sinusitispatient:innen, die im Beobachtungsjahr ein Antibiotikum (ATC J01) verschrieben bekamen	Sinusitispatient:innen definiert als Patient der Gruppe mit HNO Infektionen und mindestens eine der folgenden Diagnosen ambulant (gesichert) oder stationär (Hauptdiagnose) J32 oder J01	65,5%	61,1%	51,2%	0,045	-0,143	66,4%	61,0%	51,2%	0,054	-0,152	0,138	0,296

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Otitis media oder Myringitis, die im Beobachtungsjahr ein Antibiotikum verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Otitis media oder Myringitis, die im Beobachtungsjahr ein Antibiotikum (ATC J01) verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Otitis media oder Myringitis mit mindestens einer Diagnose stationär (Hauptdiagnose) oder ambulant (gesichert) H65* / H66* / H73* / H73* / H67* / H68* / H69* / H70*	61,7%	57,4%	44,5%	- 0,044	-0,173	61,2%	57,2%	45,4%	- 0,039	-0,157	0,703	0,161
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Otitis media oder Myringitis, die im Beobachtungsjahr empfohlene Antibiotika (Amoxicillin (Penicilline), Sulfonamide/Trimethoprim oder Phenoxymethyl-Penicilline) verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Otitis media oder Myringitis, die im Beobachtungsjahr Amoxicillin (Penicilline) (ATC J01CA / J01E / J01CE) verordnet bekamen. Hierzu zählen Chinolone (ATC J01M) nicht.	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Otitis media oder Myringitis mit mindestens einer Diagnose stationär (Hauptdiagnose) oder ambulant (gesichert) H65* / H66* / H73* / H73* / H67* / H68* / H69* / H70*	27,7%	27,6%	20,9%	- 0,001	-0,068	27,6%	27,4%	20,8%	- 0,002	-0,067	0,923	0,934
Rate der Pharyngitispatient:innen, die empfohlene Antibiotika (Phenoxymethylpenicillin oder Erythromycin) verordnet bekamen	Pharyngitispatient:innen, die Phenoxymethylpenicillin oder Erythromycin (ATC J01CE02 oder J01FA01) verschrieben bekamen	Pharyngitispatient:innen, definiert als Patient:innen der Gruppe mit HNO Infektionen und mindestens einer der folgenden Diagnosen ambulant (gesichert) oder stationär (Hauptdiagnose) R07.0, J03, J02, J06.0, J35	12,9%	13,0%	8,4%	0,001	-0,045	12,4%	12,4%	8,6%	- 0,001	-0,038	0,674	0,207
Rate der Pharyngitispatient:innen, die Antibiotika verordnet bekamen, welche nicht den empfohlenen Phenoxymethylpenicillin oder Erythromycin entsprechen	Pharyngitis Patient:innen, die ATC J01A / J01D / J01E / J01F / J01M / J01X, aber nicht J01CE02 / J01FA01 verordnet bekamen	Pharyngitispatient:innen definiert als Patient mit mindestens eine der folgenden Diagnosen ambulant (gesichert) oder stationär	45,5%	39,5%	33,6%	- 0,059	-0,119	45,5%	40,7%	34,2%	- 0,048	-0,113	0,072	0,438

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*	
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> - y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> - y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> - y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> - y <sub>0</sub>			
		(Hauptdiagnose) R07.0, J03, J02, J06.0, J35													
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe Infektionen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von HNO Infektionen innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe ohne einen stationären Krankenhausfall im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,5%	99,4%	99,6%	0,001	0,001	99,3%	99,3%	99,5%	0,000	0,001	0,011	0,855	
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von HNO Infektionen innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	100,0%	100,0%	100,0%	0,000	0,000	100,0%	100,0%	100,0%	0,000	0,000	0,353	0,749	
<b>12 Depressive Störungen</b>															
Multimorbiditätsrate der Patient:innen der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	91,2%	89,2%	87,5%	0,020	-0,037	91,1%	89,3%	87,5%	0,018	-0,037	0,545	0,988	
Mortalitätsrate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Depressiven Störungen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe	1,9%	1,8%	1,7%	0,001	-0,002	1,9%	1,9%	2,0%	0,000	0,000	0,338	0,068	



Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> - y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> - y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> - y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> - y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	97,4%	97,1%	97,2%	0,003	-0,002	97,7%	97,3%	97,6%	0,003	0,000	0,932	0,379
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Frauenheilkunde innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Frauenheilkunde abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	30,3%	31,4%	31,5%	0,011	0,013	30,2%	31,1%	30,9%	0,009	0,008	0,570	0,221
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Neurologie / Neurochirurgie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Neurologie / Neurochirurgie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	13,9%	14,9%	16,8%	0,010	0,029	14,0%	14,8%	16,7%	0,008	0,027	0,666	0,813
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	14,0%	15,0%	15,5%	0,010	0,015	15,8%	16,6%	17,1%	0,008	0,012	0,713	0,702
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Nervenheilkunde oder Facharzt/-ärztin für Neurologie und Psychiatrie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Nervenheilkunde oder Facharzt/-ärztin für Neurologie und Psychiatrie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	17,4%	16,4%	14,7%	0,010	-0,027	16,5%	15,5%	13,8%	0,010	-0,027	0,988	0,950

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,9%	1,0%	0,9%	0,001	0,000	1,0%	1,3%	1,2%	0,002	0,002	0,189	0,137
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Psychotherapeutisch tätigen Arzt/Ärztin / Psychologischen Psychotherapeut innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Psychotherapeutisch tätigen Arzt/Ärztin / Psychologischen Psychotherapeut abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	7,6%	10,0%	10,5%	0,024	0,029	8,1%	9,9%	10,5%	0,018	0,024	0,070	0,289
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	25,2%	25,1%	29,2%	0,001	0,040	24,6%	25,4%	28,0%	0,007	0,034	0,201	0,401
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Frauenheilkunde innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Frauenheilkunde unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	3,0%	3,1%	3,5%	0,001	0,005	2,9%	3,0%	3,4%	0,001	0,005	0,895	0,949

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
	Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde													
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Neurologie / Neurochirurgie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Neurologie / Neurochirurgie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,5%	0,5%	0,8%	0,000	0,003	0,5%	0,6%	0,8%	0,001	0,003	0,755	0,728
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,3%	0,4%	0,4%	0,001	0,001	0,3%	0,4%	0,4%	0,001	0,001	0,916	0,697

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> - y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> - y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> - y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> - y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Nervenheilkunde oder Facharzt/-ärztin für Neurologie und Psychiatrie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Nervenheilkunde oder Facharzt/-ärztin für Neurologie und Psychiatrie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,8%	0,3%	0,2%	0,005	-0,006	0,6%	0,3%	0,2%	0,003	-0,004	0,349	0,500
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,644	0,350
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Psychotherapeutisch tätigen Ärzten / Psychologischen Psychotherapeuten innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Psychotherapeutisch tätigen Ärzten / Psychologischen Psychotherapeuten unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,5%	0,8%	1,0%	0,003	0,005	0,5%	0,8%	1,0%	0,003	0,004	0,995	0,471

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens mittelschwerer Episode und mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Psychiatrie / Psychotherapie hatten	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens mittelschwerer Episode und mit mind. einem Abrechnungskontakt zu einem FA für Psychiatrie / Psychotherapie hatten	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens mittelschwerer Episode	21,3%	23,5%	25,9%	0,022	0,046	23,4%	25,1%	27,0%	0,017	0,036	0,450	0,297
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe, die innerhalb des Folgequartals nach Diagnosestellung ambulanten Kontakt mit einem/r Ärzt:in hatten	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit schwerer Depression, die nach der Diagnose von schwerer Depression im Folgequartal bei einem/r ambulanten Ärzt:in wieder eine Diagnose Depression (ICD F32, F33) kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit schwerer Depression (Diagnose im Krankenhaus (stationäre Hauptdiagnose) oder Diagnose ambulant (gesichert) schwere Depression (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3)) in den ersten drei Quartalen	82,5%	69,1%	82,4%	- 0,135	0,001	83,2%	69,9%	81,7%	- 0,133	-0,016	0,968	0,021
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,6%	99,6%	99,6%	0,000	0,000	99,7%	99,6%	99,6%	0,000	-0,001	0,137	0,605
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,1%	99,0%	99,0%	- 0,001	-0,001	99,3%	99,1%	99,1%	- 0,002	-0,002	0,144	0,230
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	95,0%	92,4%	93,6%	- 0,026	-0,014	95,3%	93,0%	93,9%	- 0,024	-0,015	0,455	0,681

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	81,5%	68,7%	80,8%	-	-0,007	82,0%	69,6%	81,0%	-	-0,010	0,907	0,390
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr mindestens einmal ein psychosomatisches Gespräch in Anspruch nahmen	Patient:innen der Krankheitsgruppen, für die ambulant im Beobachtungsjahr mindestens einmal eine der folgenden Abrechnungspositionen verrechnet wurde: EBM 35100 / 35110 / 22221 / 22222	Patient:innen der Krankheitsgruppe	37,3%	36,7%	36,0%	-	-0,012	38,4%	36,9%	36,1%	-	-0,022	0,192	0,185
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe, die Anxiolytika, Hypnotika oder Sedativa im Beobachtungsjahr verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die Anxiolytika, Hypnotika oder Sedativa (ATC N05B oder N05C) mindestens einmal im Beobachtungsjahr verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	15,6%	14,7%	14,4%	-	-0,013	15,4%	14,5%	14,5%	-	-0,009	0,975	0,209
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr Antidepressiva und zugleich Anxiolytika, Hypnotika oder Sedativa verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr Antidepressiva (ATC N06A) und zugleich mindestens einmal Anxiolytika, Hypnotika oder Sedativa (ATC N05B oder N05C) verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die Antidepressiva (ATC Code N06A) verschrieben bekamen	21,4%	20,9%	20,5%	-	-0,009	21,1%	20,2%	20,7%	-	-0,004	0,314	0,283
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens mittelschwerer Episode, die im Beobachtungsjahr ein Antidepressivum verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens mittelschwerer Depression, die ein Antidepressivum (ATC N06a) verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens mittelschwerer Depression definiert aus der Gruppe der Patient:innen mit Depressiven Störungen und ambulant (gesichert) oder stationär (Hauptdiagnose)	59,0%	58,4%	57,8%	-	-0,012	58,6%	57,5%	57,1%	-	-0,016	0,338	0,654

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*	
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>			
		mindestens eine der folgenden Diagnosen: ICD F32.1 / F32.2 / F32.3 / F33.1 / F33.2 / F33.3 / F33.4													
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens mittelschwerer Episode, die im Beobachtungsjahr nachdem sie ein Antidepressivum erhielten innerhalb desselben oder des Folgequartals eine weitere Verschreibung für ein Antidepressivum erhielten	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens mittelschwerer Episode, die nachdem sie zum ersten Mal ein Antidepressivum (ATC N06A) erhielten, innerhalb desselben oder des Folgequartals eine weitere Verschreibung für ein Antidepressivum erhielten	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens mittelschwerer Depression definiert als entweder ambulant gesichert oder stationär (Hauptdiagnose) mindestens eine der folgenden Diagnosen: F32.1 / F32.2 / F32.3 / F33.1 / F33.2 / F33.3 / F33.4. Hier ist der Nenner eingegrenzt auf Patient:innen, die im ersten, zweiten oder dritten Quartal eine Verschreibung bekamen.	75,5%	75,1%	74,6%	0,004	-0,009	76,3%	75,1%	75,0%	0,011	-0,013	0,479	0,658	
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Depressiven Störungen innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe ohne einen stationären Krankenhausfall im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	97,0%	97,1%	97,5%	0,000	0,005	97,0%	97,0%	97,2%	0,000	0,002	0,963	0,045	

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Depressiven Störungen innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,4%	99,5%	99,5%	0,001	0,001	99,4%	99,5%	99,5%	0,001	0,001	0,702	0,882
<b>13 Diabetes mellitus</b>														
Patient:innen mit Diabetes Typ I: Rate der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	Diabetes Patient:innen, definiert als Diabetes Patient:innen, mit stationärer Hauptdiagnose oder ambulant gesicherter E10* Diagnose	Patient:innen im Netzwerk	2,3%	2,2%	2,1%	0,001	-0,002	2,0%	1,9%	1,9%	0,001	-0,001	0,873	0,431
Patient:innen mit Diabetes Typ II: Rate der Patient:innen im Verhältnis zu den Netzwerkpatient:innen	Diabetes Patient:innen, definiert als Diabetes Patient:innen, mit stationärer Hauptdiagnose oder ambulant gesicherter E11.* Diagnose	Patient:innen im Netzwerk	16,0%	15,0%	16,0%	0,010	0,000	15,9%	14,8%	15,9%	0,011	0,000	0,395	0,829
Multimorbiditätsrate Diabetes Typ II Patient:innen	Patient:innen der Krankheitsgruppe und Diabetes Typ II Patient:innen, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Diabetes Patient:innen Typ II	91,7%	91,5%	89,4%	0,002	-0,022	92,4%	91,8%	90,0%	0,006	-0,023	0,595	0,873
Multimorbiditätsrate Diabetes Typ I Patient:innen	Patient:innen der Krankheitsgruppe und Diabetes Typ I Patient:innen, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Diabetes Patient:innen Typ I	96,1%	95,7%	94,5%	0,004	-0,016	96,3%	95,8%	95,2%	0,004	-0,011	0,982	0,120



Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Diabetes Typ I Patient:innen, die im Beobachtungsjahr im DM1-DMP eingeschrieben waren	Diabetes Typ I Patient:innen Patient:innen, die am DM1- DMP teilnehmen (Einschreibung über den gesamten Beobachtungszeitraum)	Diabetes Patient:innen Typ I	19,8%	24,1%	29,3%	0,043	0,092	18,3%	22,5%	28,2%	0,043	0,099	0,953	0,611
Rate der Diabetes Typ II Patient:innen, die im Beobachtungsjahr im DM2-DMP eingeschrieben waren	Diabetes Typ II Patient:innen, die am DM2-DMP teilnehmen (Einschreibung über den gesamten Beobachtungszeitraum)	Diabetes Patient:innen Typ II	60,9%	63,9%	69,3%	0,030	0,084	60,4%	62,8%	69,1%	0,024	0,087	0,343	0,725
Rate der Diabetes Typ I Patient:innen, die im Beobachtungsjahr im DM1-DMP eingeschrieben waren	Diabetes Patient:innen Typ I, die im Beobachtungszeitraum im DM1-DMP Programm eingeschrieben waren	Diabetes Patient:innen Typ I	2,3%	2,2%	2,1%	- 0,001	-0,002	2,0%	1,9%	1,9%	- 0,001	-0,001	0,873	0,431
Rate der Diabetes Typ II Patient:innen, die im Beobachtungsjahr im DM2-DMP eingeschrieben waren	Diabetes Patient:innen Typ II, die im Beobachtungszeitraum im DM2-DMP Programm eingeschrieben waren	Diabetes Patient:innen Typ II	16,0%	15,0%	16,0%	- 0,010	0,000	15,9%	14,8%	15,9%	- 0,011	0,000	0,395	0,829
Mortalitätsrate Diabetes Typ I Patient:innen	Diabetes Patient:innen Typ I, die im Beobachtungsjahr verstarben	Diabetes Patient:innen Typ I	2,5%	2,1%	2,4%	- 0,004	-0,002	2,5%	2,8%	2,5%	0,003	0,000	0,201	0,671
Mortalitätsrate Diabetes Typ II Patient:innen	Diabetes Patient:innen Typ II, die im Beobachtungsjahr verstarben	Diabetes Patient:innen Typ II	2,7%	2,9%	3,0%	0,002	0,004	2,9%	3,1%	3,0%	0,002	0,001	0,990	0,159
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ I mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Patient:innen Typ I, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ I	99,1%	99,2%	98,8%	0,001	-0,003	98,7%	99,1%	99,1%	0,003	0,003	0,508	0,078

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ II mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Patient:innen Typ II, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ II	99,3%	99,3%	99,3%	- 0,001	0,000	99,3%	99,2%	99,3%	- 0,001	0,000	0,693	0,700
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ I mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Patient:innen Typ I, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ I	35,4%	37,4%	43,0%	0,020	0,079	34,5%	36,8%	43,3%	0,028	0,087	0,533	0,570
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ II mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Patient:innen Typ II, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ II	23,7%	24,4%	28,3%	0,007	0,046	22,2%	24,4%	28,1%	0,022	0,059	0,034	0,261

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ I, die mindestens zweimal im Beobachtungsjahr ambulanten Kontakt zu einem/einer Hausarzt/-ärztin oder Internist:in hatte	Diabetes Patient:innen Typ I, bei denen mindestens zweimal eine Abrechnung von einem/einer Fachärztin der folgenden Facharzt/-ärztengruppen erfolgte: Allgemeinmediziner:in (Hausarzt/-ärztin), Ärztin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin), Internist:in (Hausarzt/-ärztin), Internist:in	Diabetes Patient:innen Typ I	98,6%	98,7%	98,3%	0,000	-0,004	98,3%	98,3%	98,5%	0,000	0,002	0,931	0,219
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ II, die mindestens zweimal im Beobachtungsjahr ambulanten Kontakt zu einem/einer Hausarzt/-ärztin oder Internist:in hatte	Diabetes Patient:innen Typ II, bei denen mindestens zweimal eine Abrechnung von einem/einer Fachärztin der folgenden Facharzt/-ärztengruppen erfolgte: Allgemeinmediziner:in (Hausarzt/-ärztin), Ärztin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin), Internist:in (Hausarzt/-ärztin), Internist:in	Diabetes Patient:innen Typ II	98,9%	98,7%	98,8%	-	-0,001	98,9%	98,8%	99,0%	-	0,000	0,696	0,293
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ I, die mindestens dreimal im Beobachtungsjahr ambulanten Kontakt zu einem/einer Hausarzt/-ärztin oder Internist:in hatte	Diabetes Patient:innen Typ I, bei denen mindestens dreimal eine Abrechnung von einem/einer Fachärztin der folgenden Facharzt/-ärztengruppen erfolgte: Allgemeinmediziner:in (Hausarzt/-ärztin), Ärztin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin), Internist:in (Hausarzt/-ärztin), Internist:in	Diabetes Patient:innen Typ I	98,3%	97,8%	97,3%	-	-0,010	97,8%	97,5%	97,9%	-	0,001	0,610	0,078

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ II, die mindestens dreimal im Beobachtungsjahr ambulanten Kontakt zu einem/einer Hausarzt/-ärztin oder Internist:in hatte	Diabetes Patient:innen Typ II, bei denen mindestens dreimal eine Abrechnung von einem/einer Fachärztin der folgenden Facharzt/-ärztengruppen erfolgte: Allgemeinmediziner:in (Hausarzt/-ärztin), Ärztin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin), Internist:in (Hausarzt/-ärztin), Internist:in	Diabetes Patient:innen Typ II	98,4%	97,7%	96,9%	- 0,007	-0,014	98,4%	98,1%	98,1%	- 0,003	-0,002	0,100	0,210
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ I, die mindestens viermal im Beobachtungsjahr ambulanten Kontakt zu einem/einer Hausarzt/-ärztin oder Internist:in hatte	Diabetes Patient:innen Typ I, bei denen mindestens viermal eine Abrechnung von einem/einer Fachärztin der folgenden Facharzt/-ärztengruppen erfolgte: Allgemeinmediziner:in (Hausarzt/-ärztin), Ärztin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin), Internist:in (Hausarzt/-ärztin), Internist:in	Diabetes Patient:innen Typ I	96,8%	97,0%	96,6%	0,001	-0,002	97,1%	96,7%	97,1%	- 0,004	0,000	0,403	0,744
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ II, die mindestens viermal im Beobachtungsjahr ambulanten Kontakt zu einem/einer Hausarzt/-ärztin oder Internist:in hatte	Diabetes Patient:innen Typ II, bei denen mindestens viermal eine Abrechnung von einem/einer Fachärztin der folgenden Facharzt/-ärztengruppen erfolgte: Allgemeinmediziner:in (Hausarzt/-ärztin), Ärztin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin), Internist:in (Hausarzt/-ärztin), Internist:in	Diabetes Patient:innen Typ II	97,1%	96,1%	95,4%	- 0,010	-0,017	97,3%	96,7%	96,9%	- 0,006	-0,004	0,324	0,196
Rate der Diabetes Patient:innen Typ I mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einer diabetologischen Schwerpunktpraxis innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Patient:innen Typ I, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einer diabetologischen Schwerpunktpraxis abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ I	63,4%	68,4%	68,9%	0,050	0,052	64,6%	69,9%	69,9%	0,054	0,053	0,855	0,938

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Diabetes Patient:innen Typ II mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einer diabetologischen Schwerpunktpraxis innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Patient:innen Typ II, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einer diabetologischen Schwerpunktpraxis abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ II	46,5%	53,4%	52,1%	0,070	0,056	47,1%	53,5%	53,4%	0,064	0,064	0,761	0,727
Rate der Diabetes Patient:innen Typ I mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Augenheilkunde innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Patient:innen Typ I, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Augenheilkunde abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ I	66,5%	65,1%	63,8%	-0,014	-0,024	65,3%	65,7%	62,5%	0,004	-0,028	0,294	0,780
Rate der Diabetes Patient:innen Typ II mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Augenheilkunde innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Patient:innen Typ II, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Augenheilkunde abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ II	52,5%	51,7%	49,6%	-0,009	-0,029	51,4%	50,8%	48,7%	0,005	-0,026	0,616	0,768
Rate der Diabetes Patient:innen Typ I mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen diabetologischen Schwerpunktpraxen innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Typ I Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen diabetologischen Schwerpunktpraxen unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ I	4,4%	4,7%	5,1%	0,002	0,006	5,4%	4,9%	4,9%	0,006	-0,006	0,217	0,076
Rate der Diabetes Patient:innen Typ II mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen diabetologischen Schwerpunktpraxen innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Typ II Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen diabetologischen Schwerpunktpraxen unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ II	2,5%	2,2%	2,2%	0,003	-0,003	2,7%	2,3%	2,2%	0,004	-0,005	0,683	0,557

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Diabetes Patient:innen Typ I mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Augenheilkunde innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Typ I Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Augenheilkunde unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ I	4,6%	3,9%	3,6%	- 0,007	-0,010	4,0%	4,1%	4,1%	0,002	0,001	0,227	0,151
Rate der Diabetes Patient:innen Typ II mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Augenheilkunde innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Typ II Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Augenheilkunde unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ II	2,9%	2,7%	2,6%	- 0,002	-0,004	2,7%	2,9%	2,5%	0,002	-0,002	0,290	0,554
Rate der Diabetes Patient:innen Typ I mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Nephrologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Nephrologie abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ I	24,7%	33,9%	35,5%	0,092	0,105	26,3%	35,5%	35,2%	0,093	0,089	0,955	0,641
Rate der Diabetes Patient:innen Typ II mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Nephrologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Nephrologie abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ II	21,9%	31,5%	31,6%	0,097	0,098	22,7%	31,8%	32,7%	0,091	0,100	0,843	0,919
Rate der Diabetes Patient:innen Typ I mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Nephrologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Typ I Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Nephrologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen	Diabetes Patient:innen Typ I	0,0%	0,1%	0,0%	0,001	0,000	0,0%	0,1%	0,0%	0,001	0,000	0,849	0,786

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
	Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde													
Rate der Diabetes Patient:innen Typ II mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Nephrologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Diabetes Typ II Patient:innen, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Nephrologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ II	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,843	0,721
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ I mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Diabetes Typ I Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Diabetes Patient:innen Typ I	85,1%	86,5%	86,5%	0,014	0,016	85,2%	87,2%	86,7%	0,020	0,014	0,672	0,910
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ II mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Diabetes Typ II Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen	Diabetes Patient:innen Typ II	70,5%	73,4%	72,4%	0,029	0,019	69,9%	73,1%	73,0%	0,032	0,031	0,773	0,442
Rate der Diabetes Patient:innen Typ I mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Diabetes Typ I Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen	Diabetes Patient:innen Typ I	67,8%	72,0%	70,2%	0,043	0,021	68,6%	70,5%	72,3%	0,019	0,037	0,146	0,393
Rate der Diabetes Patient:innen Typ II mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Diabetes Typ II Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen	Diabetes Patient:innen Typ II	49,0%	53,0%	52,7%	0,041	0,038	48,9%	52,7%	53,6%	0,038	0,047	0,847	0,594
Rate der Diabetes Patient:innen Typ I mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Diabetes Typ I Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen	Diabetes Patient:innen Typ I	54,9%	56,7%	57,8%	0,019	0,027	54,3%	56,5%	60,1%	0,022	0,058	0,799	0,105

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Diabetes Patient:innen Typ II mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Diabetes Typ II Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen	Diabetes Patient:innen Typ II	35,2%	36,4%	38,8%	0,013	0,037	35,7%	36,8%	40,1%	0,011	0,044	0,823	0,685
Rate der Diabetes Patient:innen Typ I mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Diabetes Typ I Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen	Diabetes Patient:innen Typ I	42,2%	38,5%	45,3%	- 0,037	0,030	41,0%	36,6%	47,6%	- 0,039	0,067	0,925	0,057
Rate der Diabetes Patient:innen Typ II mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Diabetes Typ II Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen	Diabetes Patient:innen Typ II	24,8%	21,5%	27,9%	- 0,033	0,031	25,3%	21,6%	29,1%	- 0,037	0,037	0,767	0,673
Rate der Diabetes Typ I Patient:innen, die im Beobachtungsjahr an einer DMP Schulung teilnahmen	Diabetes Patient:innen Typ I, für die eine Schulung abgerechnet wurde (EBM 91114E/N/W (KV WL) / 91118E/N/W (KVWL) / 91120 E/N/W (KVWL) / 91122(W) (KVWL) / 91124(E/N/W) (KVWL) / 91126 (KVWL) / 91128(N/W) (KVWL) / 90307A (KVNO) / 98009A (KVNO) / 98016A (KVNO) / 98017A (KVNO) / 98018A (KVNO) / 99435 (KVHH) / 99436 (KVHH) 97006 (KVHH) / 97008 (KVHH) / 97011 (KVHH) / 97014 (KVHH) / 97016 (KVHH) / 97018 (KVHH) / 97023 (KVHH) / 97025 (KVHH) / 97027 (KVHH) / 99746A (KVSH) / 99746B (KVSH) / 99746C (KVSH) / 99746D (KVSH) / 99746F (KVSH) / 99746G (KVSH) / 99747A (KVSH) / 99748B (KVSH) / 99749A (KVSH) / 99749B (KVSH) / 99749C (KVSH) / 99749D (KVSH) / 99737A (KVSH) /	Diabetes Typ I Patient:innen mit DMP Einschreibung im Beobachtungsjahr	34,9%	36,6%	34,3%	0,031	-0,012	37,2%	39,6%	30,7%	0,014	-0,061	0,624	0,151





Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Diabetes Typ II Patient:innen, die im Beobachtungsjahr an einer DMP Schulung teilnahmen	Diabetes Patient:innen Typ II, für die eine Schulung abgerechnet wurde (90244 (E, N, W) (KVWL) / 90246 (E, N, W) (KVWL) / 90247 (T, E, N, W) (KVWL) / 90249 (E, N, W) (KVWL) / 90251 (E, N, W) (KVWL) / 90252 (E, N, W) (KVWL) / 90254 (E, N, W) (KVWL) / 90255 (E, N, W) (KVWL) / 90256 (E, N, W) (KVWL) / 90258 (W) (KVWL) / 90260 (N, W) (KVWL) / 90265 (E, N, W) (KVWL) / 90267 (E, N, W) (KVWL) / 90269 (E, N, W) (KVWL) / 90272 (E, N, W) (KVWL) / 90274 (E, N, W) (KVWL) / 90276 (E, N, W) (KVWL) / 90278 (E, N, W) (KVWL) / 98013 (KV NO) / 98014 (KV NO) / 98016 (KV NO) / 98017 (KV NO) / 98018 (KV NO) / 98022 (KV NO) / 98023 (KV NO) / 98024 (KV NO) / 99436 (KV HH) / 99195 (KVHH) / 99196 (KVHH) / 99197 (KVHH) / 99198 (KVHH) / 99199 (KVHH) / 99200 (KVHH) / 99215 (KVHH) / 99216 (KVHH) / 99217 (KVHH) / 99218 (KVHH) / 99219 (KVHH) / 99220 (KVHH) / 99221 (KVHH) / 99222 (KVHH) / 99762(A,B) (KVSH) / 99791(D,E,F,G,H,I,J,K,L,M,N,O) (KVSH) / 99759 (KVSH) / 99761 (KVSH) / 99762 (KVSH) / 99762(C,D) (KVSH) / 99765 (KVSH) / 99768 (KVSH) / 99771 (KVSH) / 99773 (KVSH) / 99774 (KVSH) / 99775 (KVSH) / 99776	Diabetes Typ II Patient:innen mit DMP Einschreibung im Beobachtungsjahr												
			5,6%	5,8%	4,8%	0,002	-0,007	5,4%	5,4%	4,5%	0,000	-0,009	0,669	0,855

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
	(KVSH) / 99777 (KVSH) / 99778 (KVSH) / 99783 (KVSH)													
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ I, die eine Grippeimpfung im Beobachtungsjahr erhielten	Diabetes Patient:innen Typ II, die im Beobachtungsjahr mindestens eine Grippeimpfung (EBM 89111 / 89112 oder ATC J07BB) erhielten	Diabetes Patient:innen Typ II	34,8%	33,6%	40,9%	- 0,011	0,062	36,6%	35,5%	41,9%	- 0,011	0,053	0,994	0,654
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ II, die eine Grippeimpfung im Beobachtungsjahr erhielten	Diabetes Patient:innen Typ II, die im Beobachtungsjahr mindestens eine Grippeimpfung (EBM 89111 / 89112 oder ATC J07BB) erhielten	Diabetes Patient:innen Typ II	34,9%	33,5%	41,4%	- 0,014	0,065	35,7%	34,9%	41,5%	- 0,008	0,058	0,430	0,446

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ I, bei denen im Beobachtungsjahr eine Augenhintergrunduntersuchung durchgeführt wurde	Diabetes Patient:innen Typ I, für die im Beobachtungsjahr mindestens einmal ambulant eine Augenhintergrunduntersuchung 06333 (90770 (KVWL) / 90311 (KVNO) / 97022 (KVHH) / 99750 (KVSH)) abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ I	57,5%	56,6%	54,7%	-	-0,031	56,8%	56,9%	54,4%	0,001	-0,024	0,491	0,739
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ II, bei denen im Beobachtungsjahr eine Augenhintergrunduntersuchung durchgeführt wurde	Diabetes Patient:innen Typ II, für die im Beobachtungsjahr mindestens einmal ambulant eine Augenhintergrunduntersuchung 06333 (90770 (KVWL) / 90311 (KVNO) / 97022 (KVHH) / 99750 (KVSH)) abgerechnet wurde	Diabetes Patient:innen Typ II	41,6%	40,7%	38,7%	-	-0,029	40,6%	39,9%	39,2%	0,007	-0,015	0,761	0,093
Rate der Diabetes Typ I Patient:innen mit mindestens einem HDL Test im Beobachtungsjahr	Diabetes Patient:innen Typ I, die mindestens einen HDL (EBM 32061) im Beobachtungsjahr abgerechnet bekamen	Diabetes Patient:innen Typ I	64,5%	59,5%	57,0%	-	-0,075	63,9%	59,2%	59,9%	0,047	-0,040	0,824	0,052
Rate der Diabetes Typ II Patient:innen mit mindestens einem HDL Test im Beobachtungsjahr	Diabetes Patient:innen Typ II, die im Beobachtungsjahr mindestens einen HDL (EBM 32061) abgerechnet bekamen	Diabetes Patient:innen Typ II	59,0%	51,5%	49,2%	-	-0,098	59,3%	52,3%	51,2%	0,070	-0,081	0,594	0,170
Rate der Diabetes Typ I Patient:innen mit einer Hba1c Bestimmung ambulant im Beobachtungsjahr	Diabetes Patient:innen Typ I, für die mindestens einmal ambulant eine Hba1c Bestimmung abgerechnet wurde (EBM 32094 / 90310 (KVNO) / 90321 (KVNO))	Diabetes Patient:innen Typ I	88,9%	89,2%	88,2%	0,003	-0,009	90,0%	89,3%	89,7%	0,007	-0,003	0,171	0,625
Rate der Diabetes Typ II Patient:innen mit einer Hba1c Bestimmung ambulant im Beobachtungsjahr	Diabetes Patient:innen Typ II, für die mindestens einmal ambulant eine Hba1c Bestimmung abgerechnet wurde (EBM 32094 / 90310 (KVNO) / 90321 (KVNO))	Diabetes Patient:innen Typ II	84,8%	83,4%	81,9%	-	-0,028	86,5%	85,2%	83,6%	0,014	-0,029	0,919	0,960

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Diabetes Typ I Patient:innen mit mindestens zwei HbA1c Bestimmungen und mindestens einem LDL Test im Beobachtungsjahr	Diabetes Typ I Patient:innen, die mindestens zweimal einen HbA1c Test (EBM 32094 / 90310 (KVNO) / 90321 (KVNO)) und mindestens einen LDL Test (EBM 32062) im Beobachtungsjahr abgerechnet bekamen	Diabetes Patient:innen Typ I	52,5%	49,2%	48,5%	-0,033	-0,039	53,5%	51,9%	52,4%	0,011	-0,011	0,100	0,102
Rate der Diabetes Typ II Patient:innen, die im Beobachtungsjahr mindestens zwei HbA1c Bestimmungen und mindestens einen LDL Test erhielten	Diabetes Typ II Patient:innen, die mindestens zweimal einen HbA1c Test (EBM 32094 / 90310 (KVNO) / 90321 (KVNO)) und mindestens einen LDL Test (EBM 32062) im Beobachtungsjahr abgerechnet bekamen	Diabetes Patient:innen Typ II	45,1%	41,3%	40,4%	-0,038	-0,047	46,6%	43,8%	44,5%	0,028	-0,021	0,222	0,023
Rate der Diabetes Typ I Patient:innen mit Verschreibung von oralen Antidiabetika im Beobachtungsjahr	Diabetes Patient:innen Typ I mit Verschreibung von oralen Antidiabetika (ATC A10B) im Beobachtungszeitraum	Diabetes Patient:innen Typ I	47,5%	48,0%	48,8%	0,005	0,015	48,0%	48,5%	49,9%	0,001	0,018	0,666	0,827
Rate der KHK Patient:innen mit Diabetes Typ II, die im Beobachtungsjahr Lipidsenker verordnet bekamen	KHK Patient:innen, die auch Diabetes Typ 2 Patient:innen sind und mindestens einmal im Beobachtungsjahr Lipidsenker (ATC C10A / C10B) verordnet bekamen	KHK Patient:innen mit mindestens 2 ambulanten gesicherten oder einer stationären E11.* Diagnose/n	75,5%	78,0%	80,0%	0,026	0,038	74,4%	76,2%	79,2%	0,018	0,048	0,532	0,250
Rate der Diabetes Typ II Patient:innen mit Verschreibung von oralen Antidiabetika im Beobachtungsjahr	Diabetes Patient:innen Typ II mit Verschreibung von oralen Antidiabetika (ATC A10B) im Beobachtungszeitraum	Diabetes Patient:innen Typ II	58,5%	60,0%	61,8%	0,014	0,033	58,6%	60,1%	62,8%	0,015	0,042	0,802	0,094
Rate der Patient:innen mit Diabetes Typ II mit Metformin Verschreibung im Beobachtungsjahr	Diabetes Typ II Patient:innen mit Verschreibung von Metformin (ATC A10BA02 oder A10BD*) im Beobachtungsjahr	Diabetes Patient:innen Typ II	51,6%	53,0%	54,0%	0,015	0,025	51,9%	53,4%	55,4%	0,016	0,035	0,802	0,089
Rate der Diabetes Typ I Patient:innen mit Verschreibung von Insulin oder Analoga im Beobachtungsjahr	Patient:innen Typ I mit Verschreibung von Insulin oder Analoga (ATC A10A* und / oder	Diabetes Patient:innen Typ I	90,0%	90,1%	91,5%	0,001	0,016	88,9%	88,5%	89,7%	0,004	0,008	0,621	0,368

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
	A10B*) im Beobachtungszeitraum													
Rate der Diabetes Typ II Patient:innen mit Verschreibung von Insulin oder Analoga im Beobachtungsjahr	Patient:innen Typ II mit Verschreibung von Insulin oder Analoga (ATC A10A* und / oder A10B*) im Beobachtungszeitraum	Diabetes Patient:innen Typ II	68,5%	69,0%	69,4%	0,005	0,009	68,0%	68,5%	69,6%	0,006	0,016	0,831	0,108
Rate der Diabetes Typ I Patient:innen mit mindestens einem Myokardinfarkt innerhalb des Beobachtungsjahres	Diabetes Patient:innen Typ I, die einen Myokardinfarkt (stationäre Haupt- oder Nebendiagnose ICD I21*, I22*, I23*) im Beobachtungsjahr diagnostiziert bekamen	Diabetes Typ I Patient:innen	1,3%	1,0%	0,9%	0,003	-0,004	1,1%	1,4%	1,1%	0,003	0,000	0,026	0,115
Rate der Diabetes Typ II Patient:innen mit mindestens einem Myokardinfarkt innerhalb des Beobachtungsjahres	Diabetes Patient:innen Typ II, die einen Myokardinfarkt (stationäre Haupt- oder Nebendiagnose ICD I21*, I22*, I23*) im Beobachtungsjahr diagnostiziert bekamen	Diabetes Typ II Patient:innen	1,1%	1,1%	1,0%	0,000	-0,001	1,2%	1,2%	1,0%	0,000	-0,002	0,648	0,321
Rate der Diabetes Typ I Patient:innen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Diabetes innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Diabetes Patient:innen Typ I ohne stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Diagnoseuntergruppe Diabetes Typ I	Diabetes Typ I Patient:innen	98,5%	98,5%	98,8%	0,000	0,003	98,8%	98,3%	98,8%	0,005	0,000	0,068	0,293
Rate der Diabetes Typ II Patient:innen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Diabetes innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Diabetes Patient:innen Typ II mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Diagnoseuntergruppe Diabetes Typ II	Diabetes Typ II Patient:innen	99,7%	99,8%	99,8%	0,001	0,001	99,7%	99,8%	99,8%	0,001	0,001	0,587	0,702

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*	
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>			
Rate der Diabetes Typ I Patient:innen mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Diabetes innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Diabetes Patient:innen Typ I mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Diagnoseuntergruppe Diabetes Typ I	Diabetes Typ I Patient:innen	99,8%	99,8%	99,9%	0,001	0,001	99,9%	99,8%	99,8%	-	0,001	0,000	0,220	0,142
Rate der Diabetes Typ II Patient:innen ohne stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund von Diabetes innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Diabetes Patient:innen Typ II ohne stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Diagnoseuntergruppe Typ II	Diabetes Typ II Patient:innen	98,2%	98,3%	98,5%	0,001	0,003	98,3%	98,4%	98,8%	0,001	0,005	0,888	0,134	
<b>14 Gonarthrose</b>															
Multimorbiditätsrate der Patient:innen der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die mindestens zwei verschiedene Krankheitsgruppen im Beobachtungsjahr kodiert bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	96,8%	96,3%	95,0%	-	-0,018	97,5%	96,8%	96,5%	-	-0,010	0,467	0,039	
Mortalitätsrate der Patient:innen der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben	Patient:innen der Krankheitsgruppe	1,9%	2,0%	2,0%	0,002	0,001	2,1%	2,2%	2,3%	0,000	0,002	0,605	0,758	
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahres	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	98,1%	97,4%	97,5%	-	-0,007	98,5%	98,1%	97,3%	-	-0,012	0,105	0,635	

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> - y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> - y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> - y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> - y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Anästhesiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Anästhesiologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	7,5%	8,1%	7,7%	0,006	0,002	6,9%	6,6%	6,3%	- 0,002	-0,006	0,256	0,312
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Chirurgie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Chirurgie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	20,3%	19,8%	18,5%	- 0,004	-0,017	21,1%	20,5%	17,9%	- 0,005	-0,031	0,860	0,132
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Rheumatologie (der Inneren Medizin) innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Rheumatologie (der Inneren Medizin) abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	2,2%	2,4%	2,6%	0,002	0,003	2,5%	2,7%	2,8%	0,002	0,002	0,940	0,592
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Orthopädie oder Unfallchirurgie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Orthopädie oder Unfallchirurgie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	49,1%	51,3%	51,0%	0,022	0,020	49,2%	51,4%	50,4%	0,021	0,012	0,930	0,373
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,2%	0,2%	0,2%	0,000	0,000	0,2%	0,7%	0,3%	0,005	0,001	0,318	0,442



Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Radiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Radiologie abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	38,4%	39,5%	39,7%	0,011	0,013	37,2%	38,6%	38,5%	0,013	0,013	0,675	0,989
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem/r Facharzt/-ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem/r Facharzt/-ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	5,5%	5,7%	5,5%	0,003	0,000	3,9%	4,1%	3,8%	0,003	0,000	0,992	0,920
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Praktische/r Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin) / hausärztliche Innere Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" im Beobachtungsjahr abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	20,7%	20,7%	24,5%	0,000	0,038	20,1%	22,2%	23,8%	0,021	0,037	0,089	0,952
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Anästhesiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Anästhesiologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" im Beobachtungsjahr abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,1%	0,0%	0,000	0,000	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,329	0,231

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Chirurgie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Chirurgie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" im Beobachtungsjahr abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	1,3%	1,2%	1,3%	0,000	0,000	1,2%	1,1%	1,1%	0,000	-0,001	0,997	0,716
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Rheumatologie (der Inneren Medizin) innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Rheumatologie (der Inneren Medizin) unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" im Beobachtungsjahr abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,1%	0,000	0,001	0,0%	0,0%	0,1%	0,000	0,000	0,450	0,583
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt mit zwei verschiedenen Orthopäden oder Unfallchirurgen im Beobachtungsjahr	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Orthopäden oder Unfallchirurgen unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" im Beobachtungsjahr abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	5,9%	6,3%	6,8%	0,004	0,008	6,6%	6,6%	7,2%	0,000	0,006	0,570	0,807

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" im Beobachtungsjahr abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,0%	0,0%	0,0%	0,000	0,000	0,166	0,140
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Radiologie innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Radiologie unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" im Beobachtungsjahr abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	3,6%	4,0%	4,6%	0,004	0,010	3,3%	3,8%	4,4%	0,005	0,011	0,869	0,969
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Physikalische und Rehabilitative Medizin innerhalb des Beobachtungsjahrs	Patient:innen der Krankheitsgruppe, für die mindestens eine Abrechnungsposition von zwei verschiedenen Fachärzten/-ärztinnen für Physikalische und Rehabilitative Medizin unterschiedlicher BSNR und mit der Art der ärztlichen Inanspruchnahme "O" im Beobachtungsjahr abgerechnet wurde	Patient:innen der Krankheitsgruppe	0,2%	0,3%	0,2%	0,001	0,000	0,1%	0,2%	0,2%	0,001	0,001	0,758	0,309
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,9%	99,9%	99,9%	0,000	0,000	99,9%	99,9%	99,8%	0,000	0,000	0,847	0,785

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
	mindestens einem von vier Quartalen													
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens zwei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,7%	99,7%	99,7%	0,000	0,000	99,7%	99,6%	99,6%	-	-0,001	0,225	0,208
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens drei von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	96,2%	93,8%	95,1%	-	-0,010	96,3%	94,4%	95,5%	-	-0,008	0,267	0,475
Rate der Patient:innen mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Abrechnungskontakt in mindestens vier von vier Quartalen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	84,1%	69,7%	83,6%	-	-0,005	84,8%	71,3%	83,6%	-	-0,012	0,823	0,479
Rate der Gonarthrose Patient:innen, die innerhalb des Beobachtungsjahrs keine Opiode verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die nicht mindestens einmal im Beobachtungsjahr ATC N02A verordnet bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe	81,2%	81,5%	82,0%	0,003	0,008	81,7%	81,9%	81,9%	0,002	0,002	0,782	0,247
Rate der Gonarthrose Patient:innen ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Gonarthrose innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe ohne einen stationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der entsprechenden Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	96,6%	96,7%	97,0%	0,001	0,004	96,9%	96,9%	97,2%	0,001	0,003	0,758	0,659
Anzahl der Patient:innen mit Gonarthrose, die im Beobachtungszeitraum eine Knieendoprothese eingesetzt bekamen	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit stationärem Aufenthalt und der Prozedur OPS 5-822 oder 5-823	Patient:innen der Krankheitsgruppe	3,6%	3,3%	3,2%	-	-0,004	3,2%	3,1%	2,8%	-	-0,004	0,661	0,966

Indikatorbeschreibung	Zähler	Nenner	Interventionsgruppe					Kontrollgruppe					p-Werte Delta 1*	p-Werte Delta 2*
			y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>	y <sub>0</sub>	y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	Delta y <sub>1</sub> – y <sub>0</sub>	Delta y <sub>2</sub> – y <sub>0</sub>		
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Einsatz einer Knieendoprothese, die innerhalb von 6 Monaten keine Thrombose oder Lungenembolie hatten	Patient:innen der Krankheitsgruppe, die im selben oder in einem der zwei folgenden Quartale nach einer Knieendoprothese (OPS 5-822) keine Thrombose hatten (ambulant G oder Z, Krankenhaus stationär und Krankenhaus ambulant Hauptdiagnose: ICD I80.1 / I80.2 / I80.3 / I82.2 / I26*)	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit Einsatz einer Knieendoprothese (OPS 5-822). Berücksichtigt sind nur Patient:innen mit Indexevent in Quartal 1 und 2.	93,0%	94,7%	92,9%	0,020	0,000	95,6%	91,6%	93,9%	0,039	-0,015	0,005	0,488
Rate der Patient:innen der Krankheitsgruppe mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Gonarthrose innerhalb des Beobachtungsjahres (risikoadjustiert)	Patient:innen der Krankheitsgruppe mit weniger als zwei stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund von ICDs (Hauptdiagnose) der Krankheitsgruppe	Patient:innen der Krankheitsgruppe	99,8%	99,8%	99,9%	0,000	0,001	99,9%	99,8%	99,9%	0,000	0,000	0,567	0,443

Anmerkung: \* t-Test

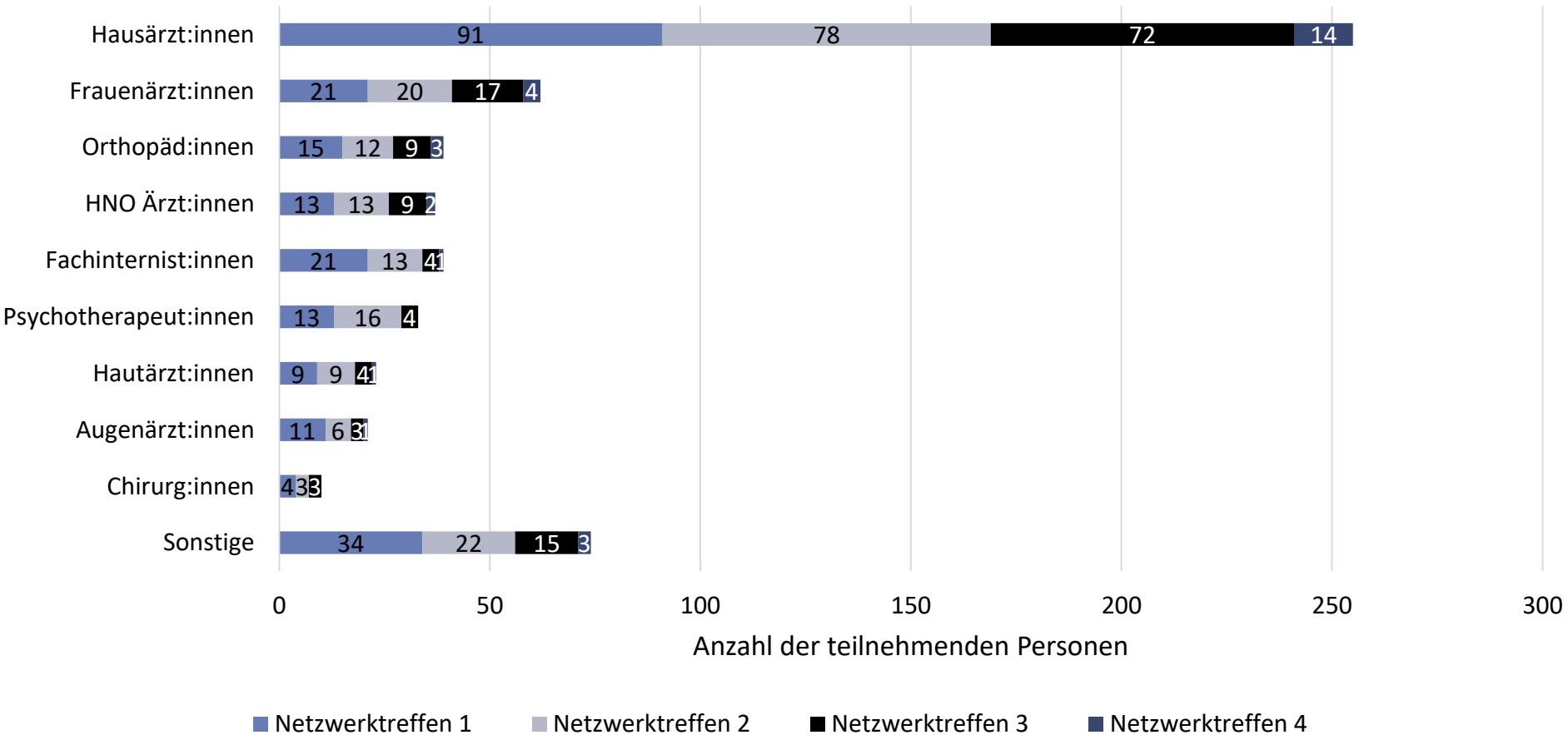
Tabelle 5 Kosten der Patient:innenversorgung in der Interventions- und Kontrollgruppe ohne Hochkostenfälle

Durchschnittliche Kosten p. P. in Euro	Int.	Kont.	Int.	Kont.	Int.	Kont.	Int.	Kont.	p- Wert *	Int.	Kont.	p- Wert *
Mittelwerte über die Netzwerke	Y <sub>0</sub>	Y <sub>0</sub>	Y <sub>1</sub>	Y <sub>1</sub>	Y <sub>2</sub>	Y <sub>2</sub>	Delta Y <sub>1</sub> -Y <sub>0</sub>	Delta Y <sub>1</sub> -Y <sub>0</sub>		Delta Y <sub>2</sub> -Y <sub>0</sub>	Delta Y <sub>2</sub> -Y <sub>0</sub>	
Gesamtkosten	2.113,3 4	2.064,8 8	2.289,7 2	2.176,1 3	2.322,1 0	2.263,6 0	176,3 8	111,2 5	0,406	208,7 5	198,7 2	0,736
Ambulante Kosten	691,80	686,40	679,34	674,91	677,61	665,83	- 12,45	- 11,49	0,880	- 14,18	- 20,57	0,692
Kosten für Arzneimittel aus Verordnungen	745,00	710,30	691,33	587,48	724,51	680,22	- 53,67	- 122,8 2	0,329	- 20,48	- 30,07	0,659
Ambulante Krankenhauskost en	39,00	41,10	40,44	43,22	45,63	50,26	1,44	2,12	0,559	6,63	9,16	0,477
Stationäre Krankenhauskost en	637,55	627,09	878,61	870,52	874,35	867,30	241,0 6	243,4 3	0,948	236,8 0	240,2 1	0,930



## Allgemeine Kennzahlen zu den Netzwerktreffen basierend auf den Erhebungen aus dem Moderator:innen-Feedback

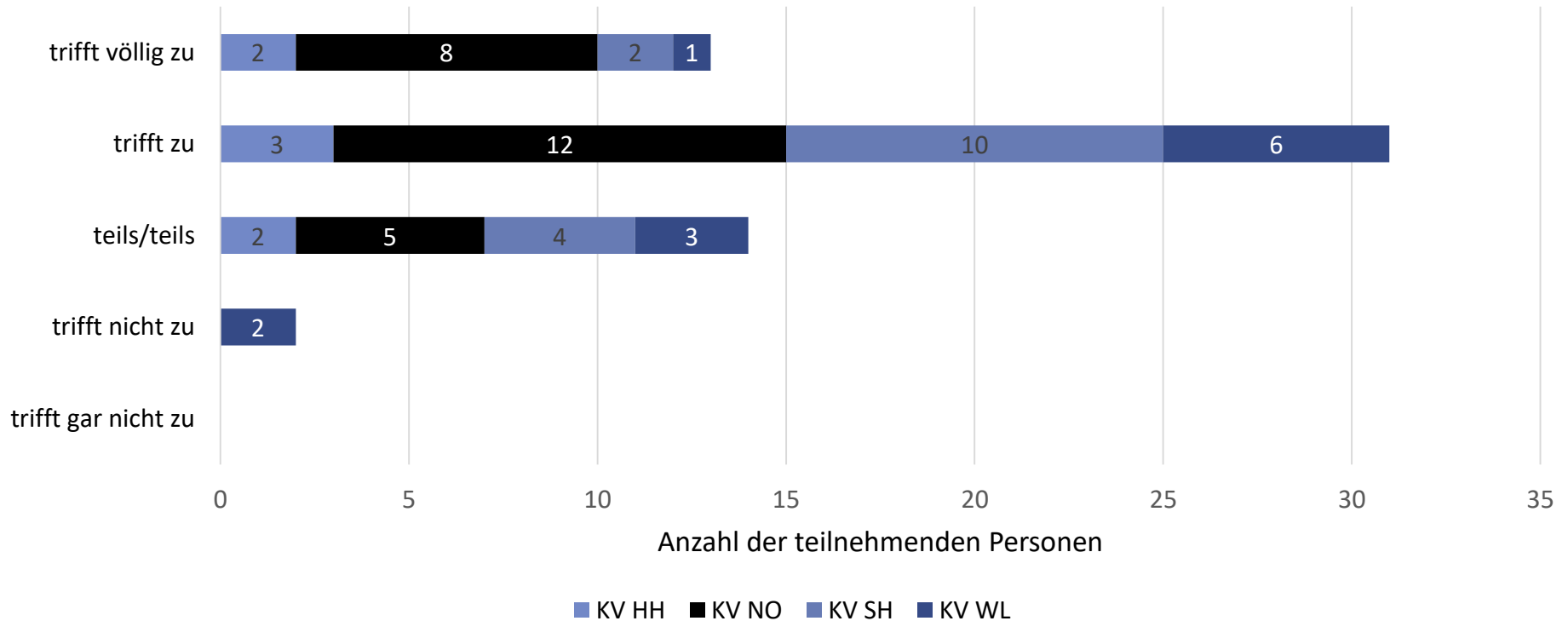
## Anzahl der Teilnehmenden nach Fachgruppe



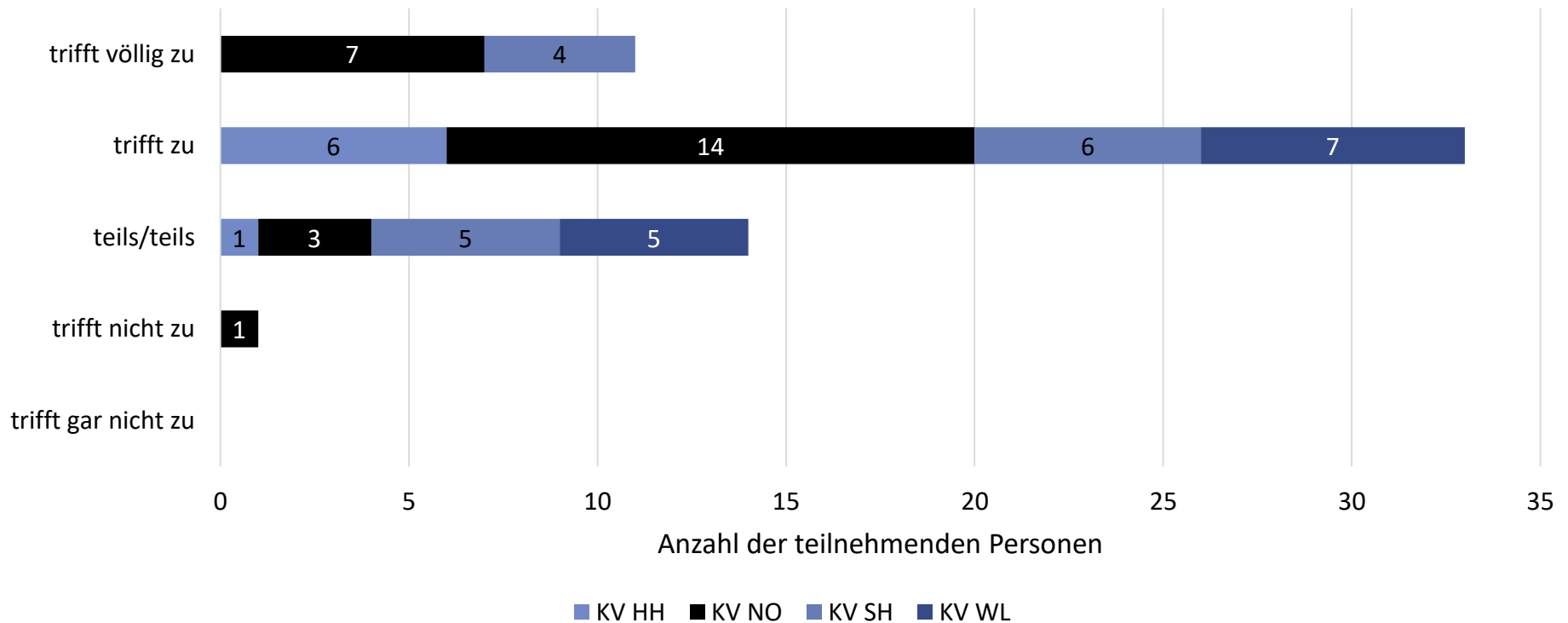


## Ergebnisse basierend auf den Erhebungen aus den Moderator:innentrainings

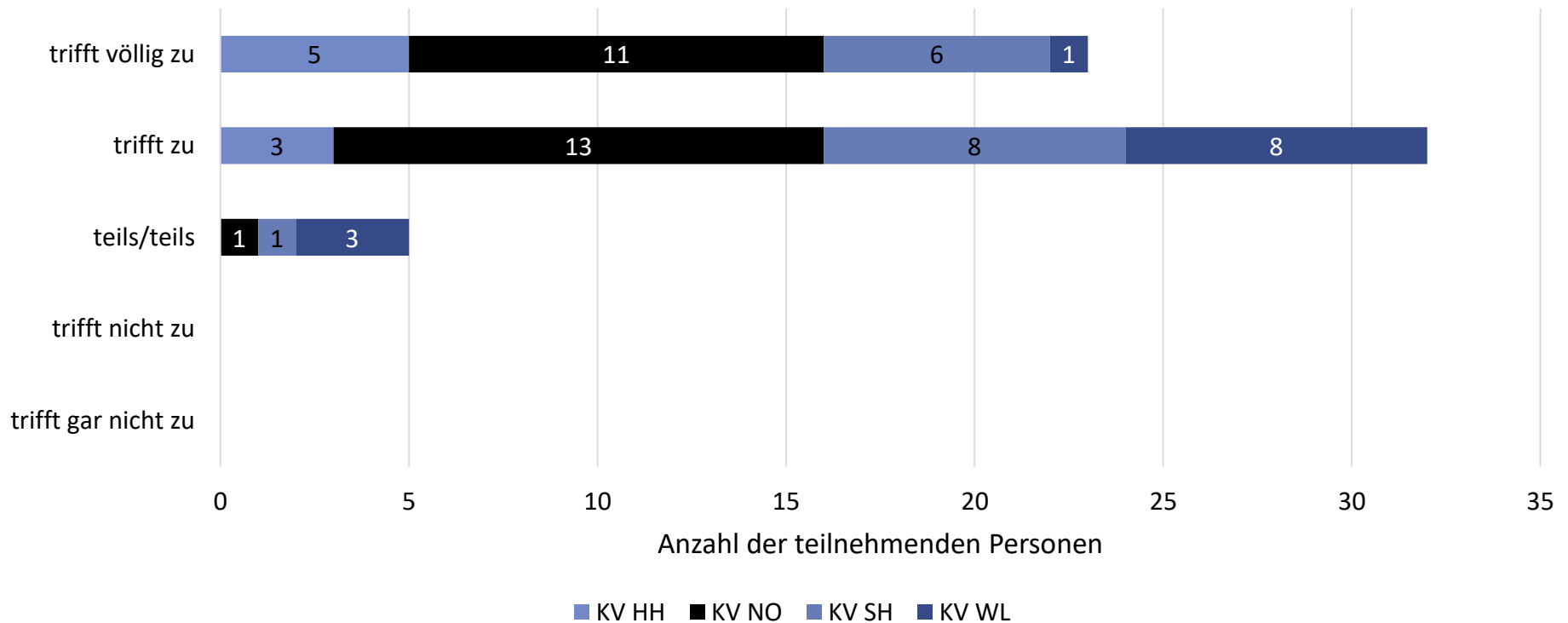
Es stehen aus meiner Sicht genügend Ressourcen (Materialien, Personen etc.) zur Verfügung, um die ACD Intervention ohne Probleme durchführen zu können.



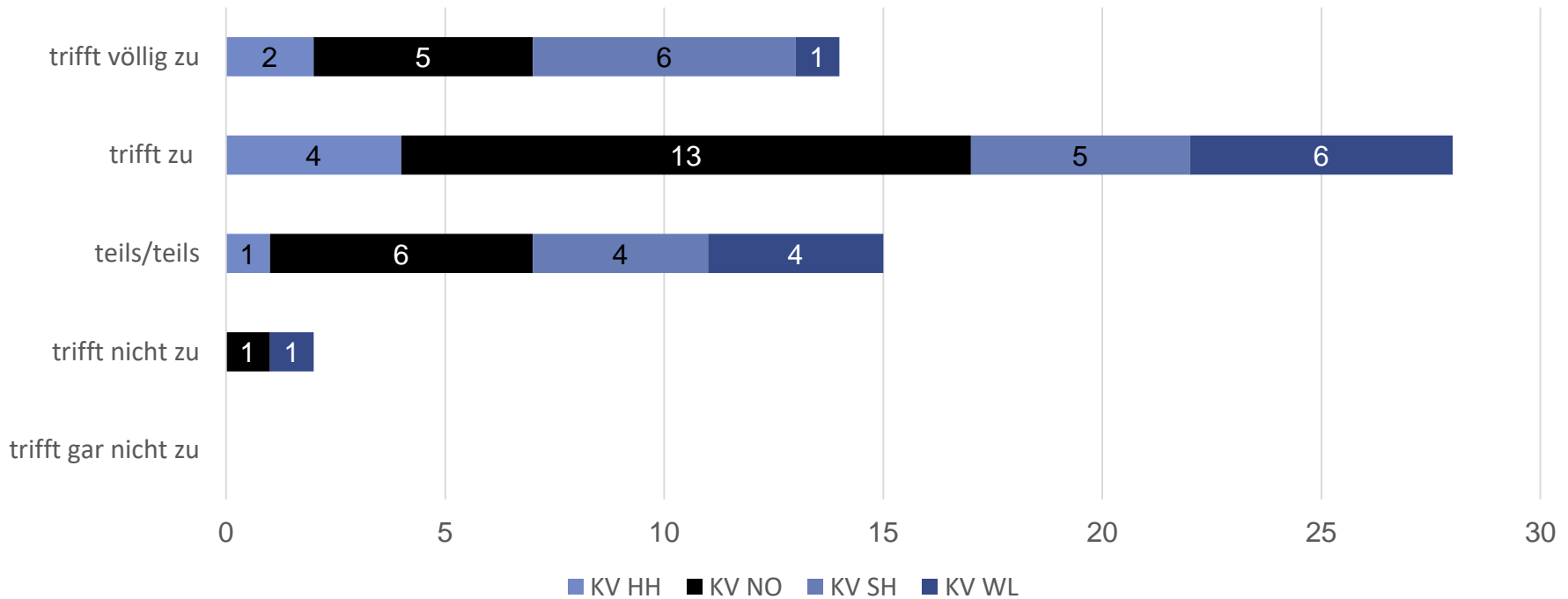
Die Qualität und der Inhalt des zur Verfügung stehenden Materials sind ausreichend, um die Netzwerktreffen gemäß dem Projektziel abzuhalten.



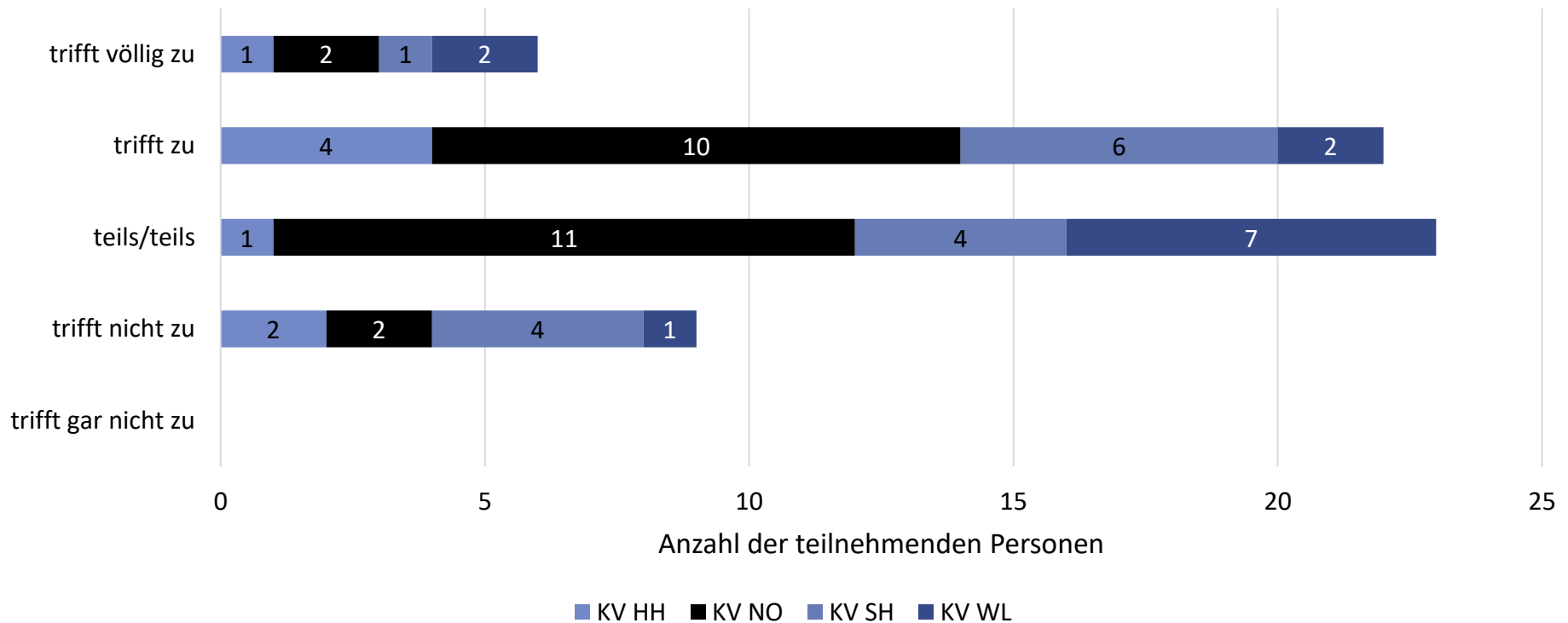
Ich kenne meine Aufgaben im ACD Projekt und die der Projektpartner.



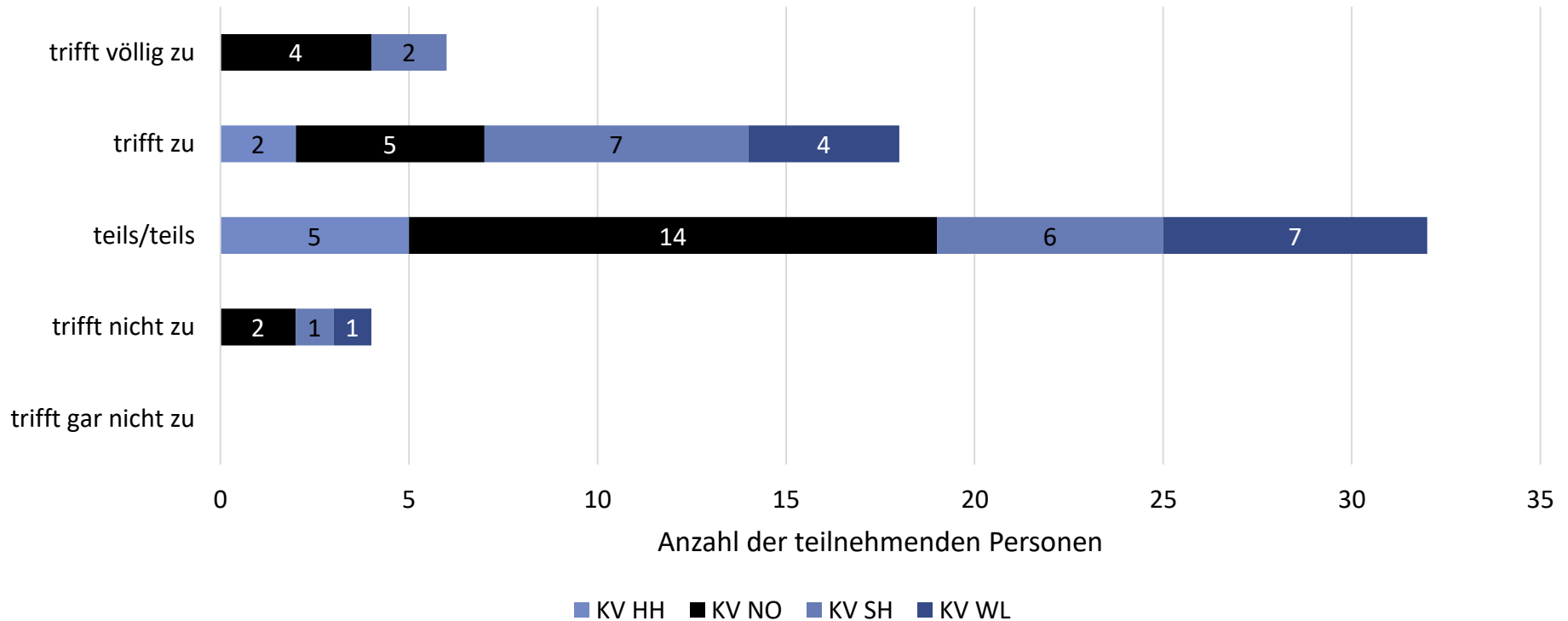
Ich kann den potenziellen Nutzen und den Wert der ACD Intervention nachvollziehen.



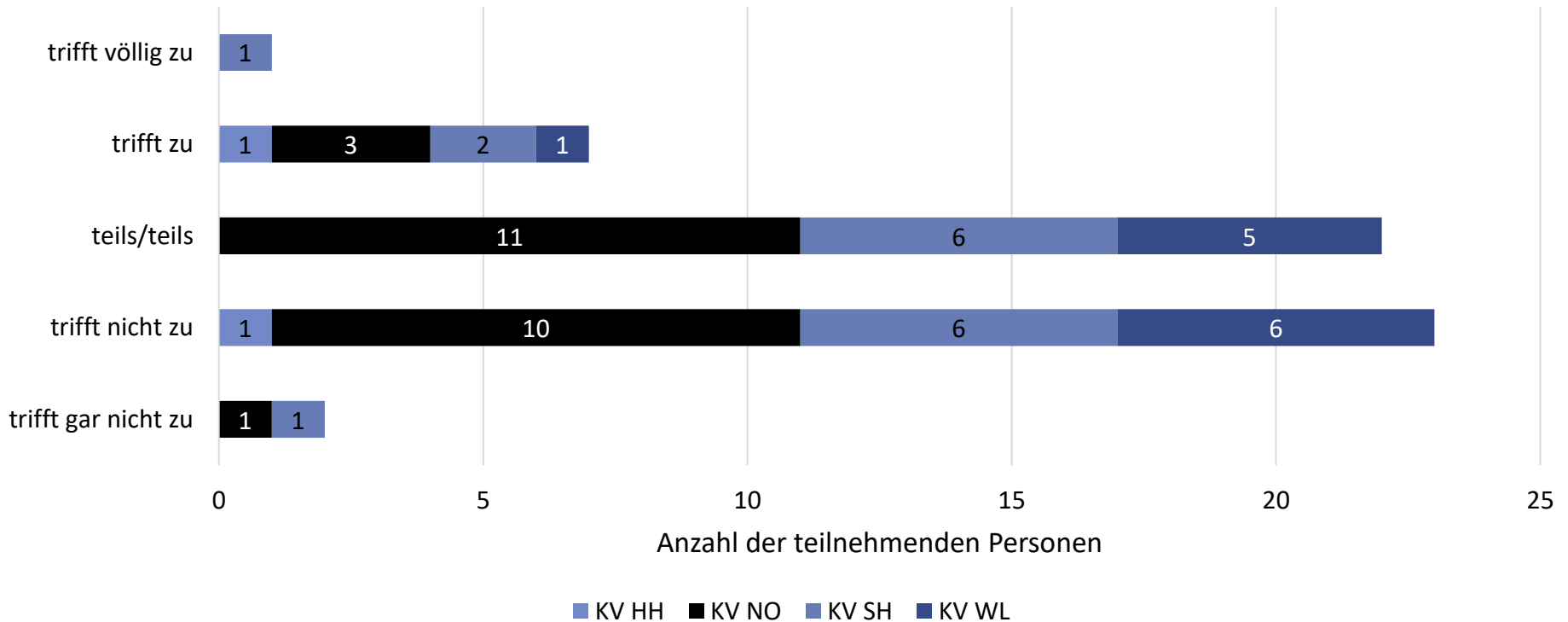
Die ACD Intervention sieht für jedes Netzwerk vier moderierte Netzwerktreffen vor. Ich glaube, dass diese Anzahl an Netzwerktreffen ausreichend ist, um den gewünschten Effekt der Intervention zu erreichen.



Ich glaube, dass die ACD Intervention in ihrer jetzigen Form gut von den Ärzt:innen in den Netzwerken angenommen wird.



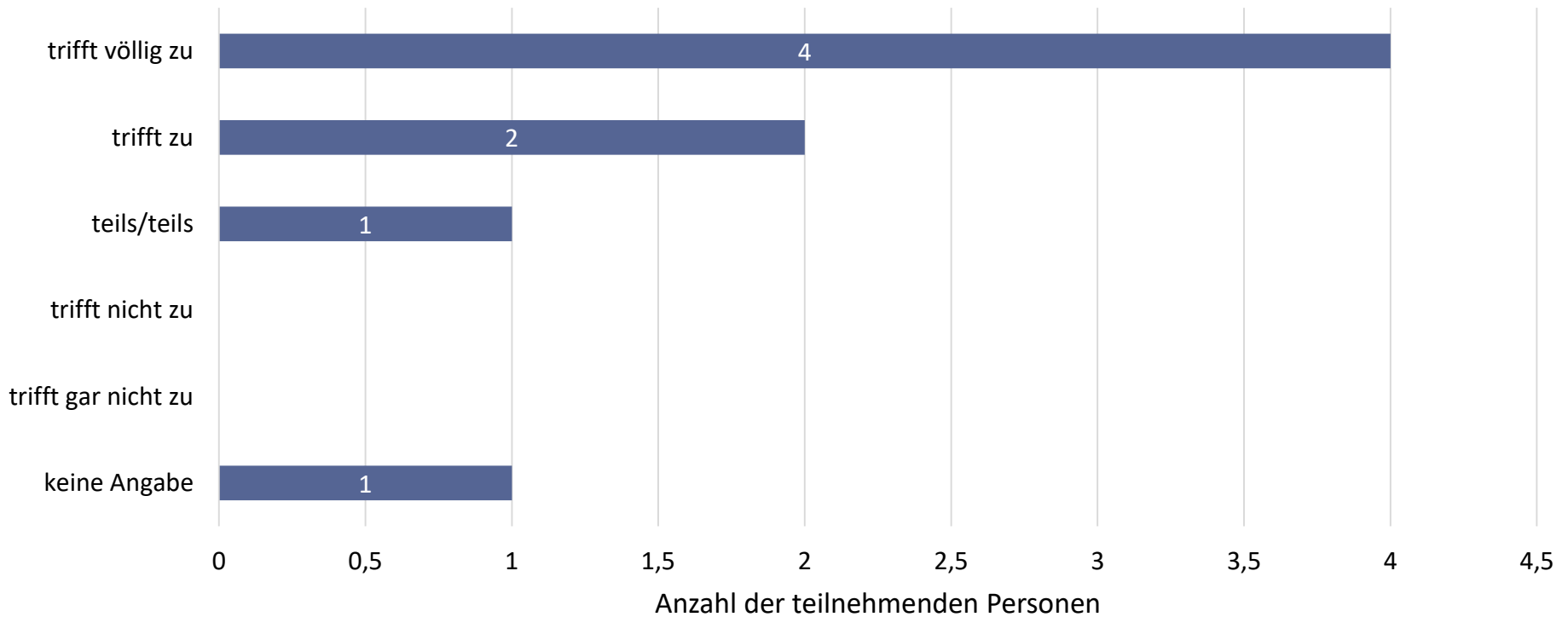
Ich glaube die Netzwerktreffen sind schwer mit den Arbeitszeiten der Ärzt:innen in den Netzwerken zu vereinbaren.



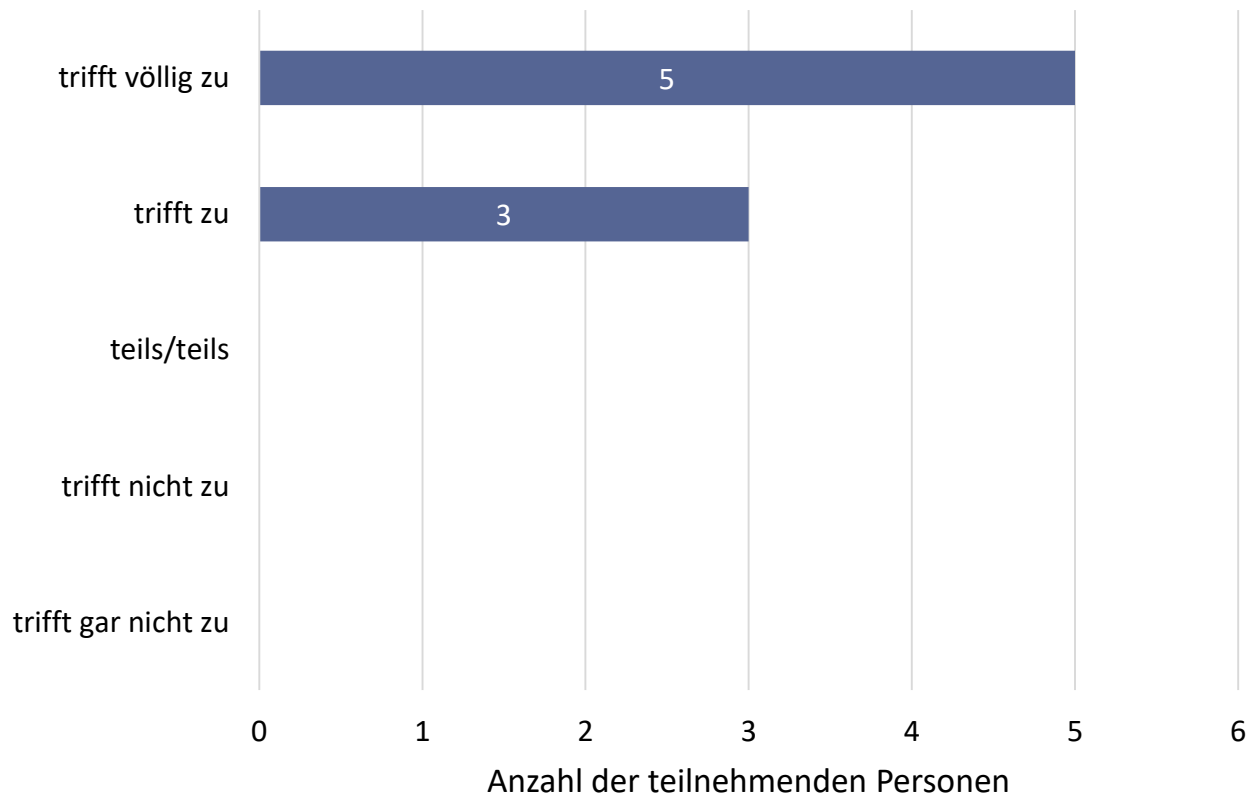


## Ergebnisse basierend auf den Erhebungen aus den Refresher-Trainings

Der Refresher hat mir geholfen bestehende Unsicherheiten zu beseitigen und offene Fragen zu den Netzwerktreffen und den Netzwerkinformationen zu klären.



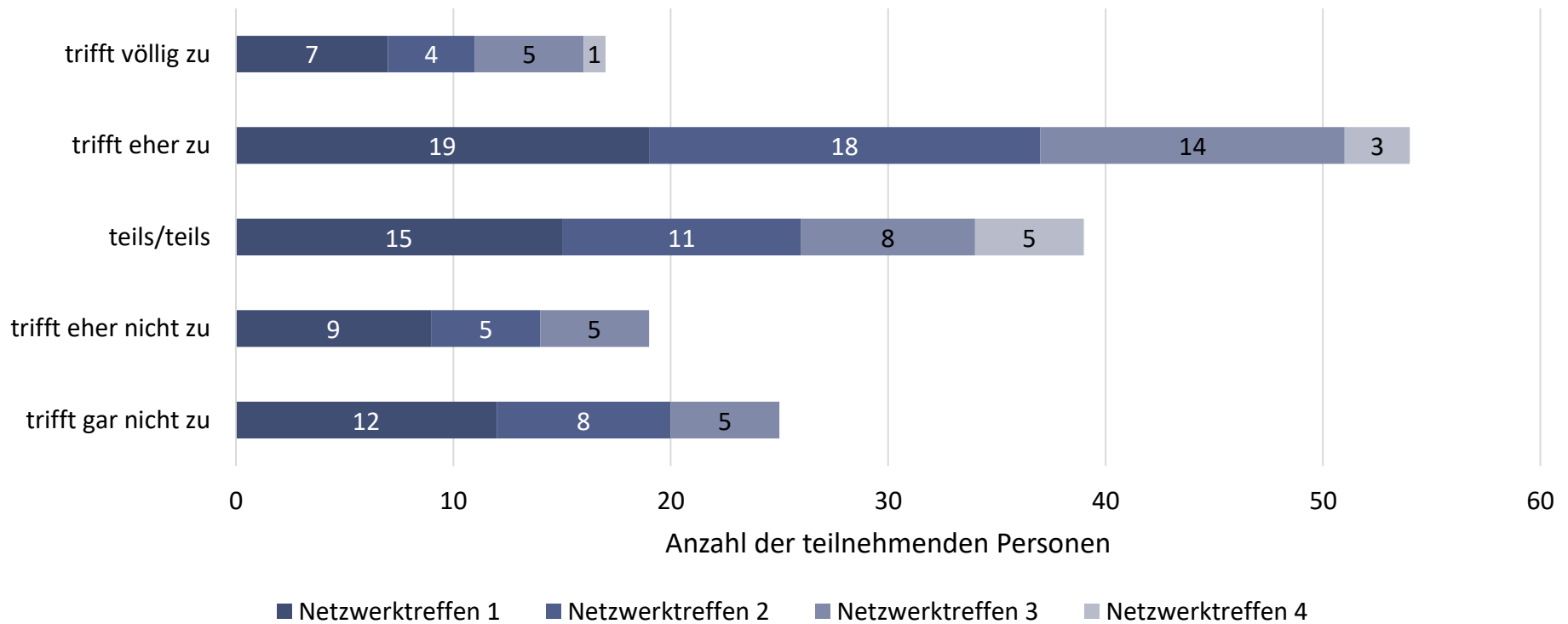
Ich kann den potenziellen Nutzen und den Wert der ACD Intervention durch das extra Training besser nachvollziehen.



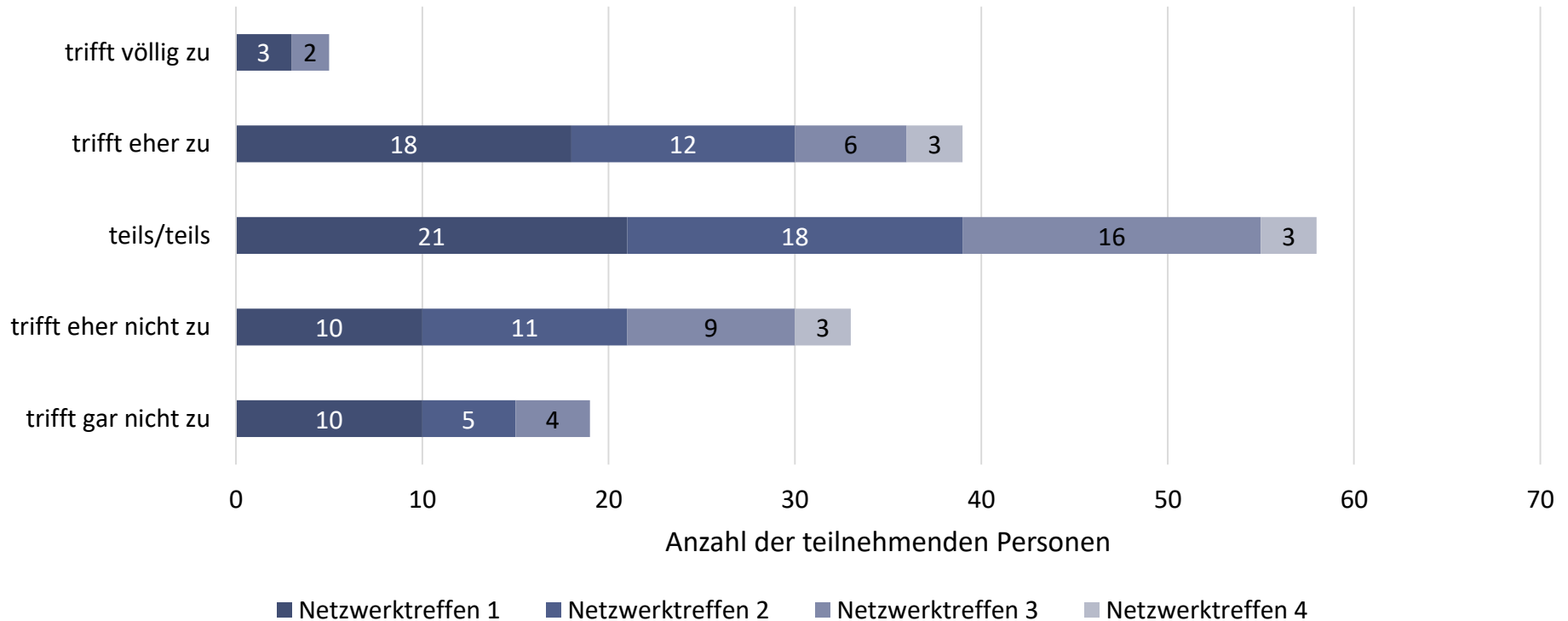
## **Netzwerktreffen**

Ergebnisse basierend auf den Erhebungen aus dem Moderator:innen-Feedback

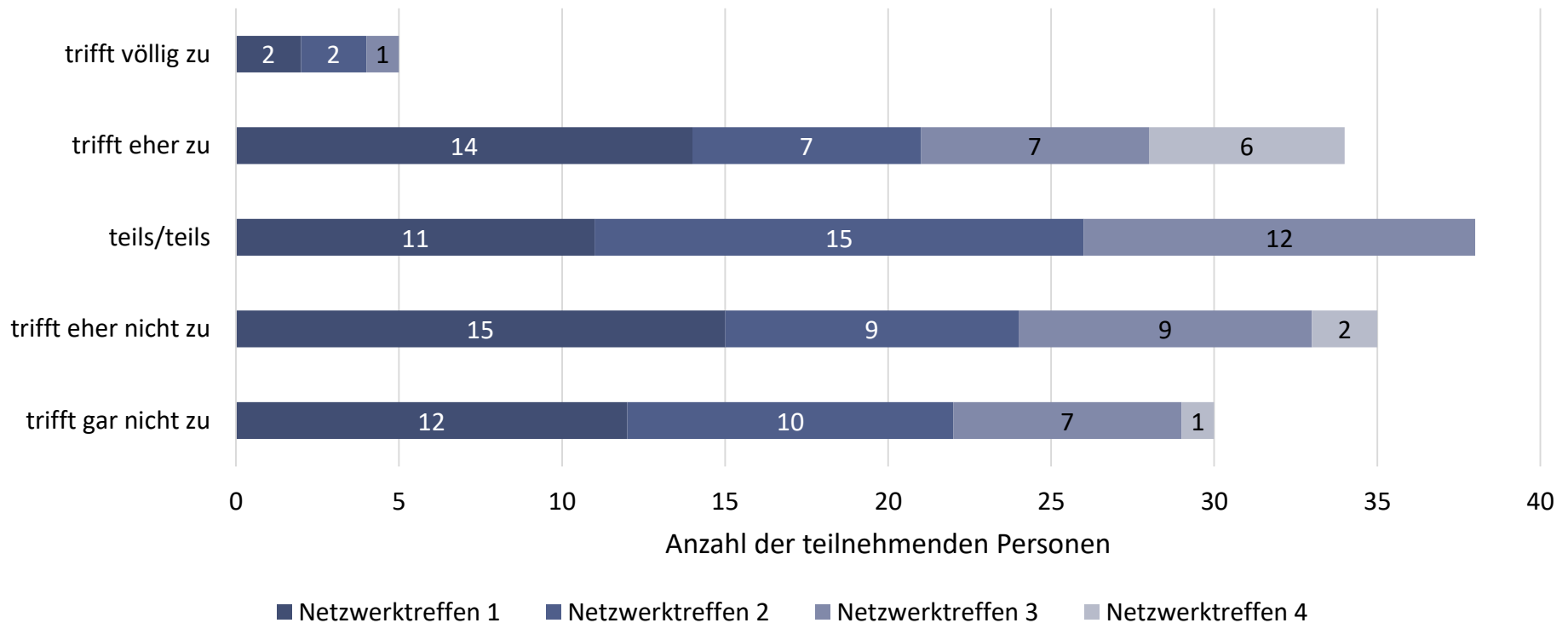
Die Netzwerktreffen wirken positiv auf die Koordination zwischen den Teilnehmenden.



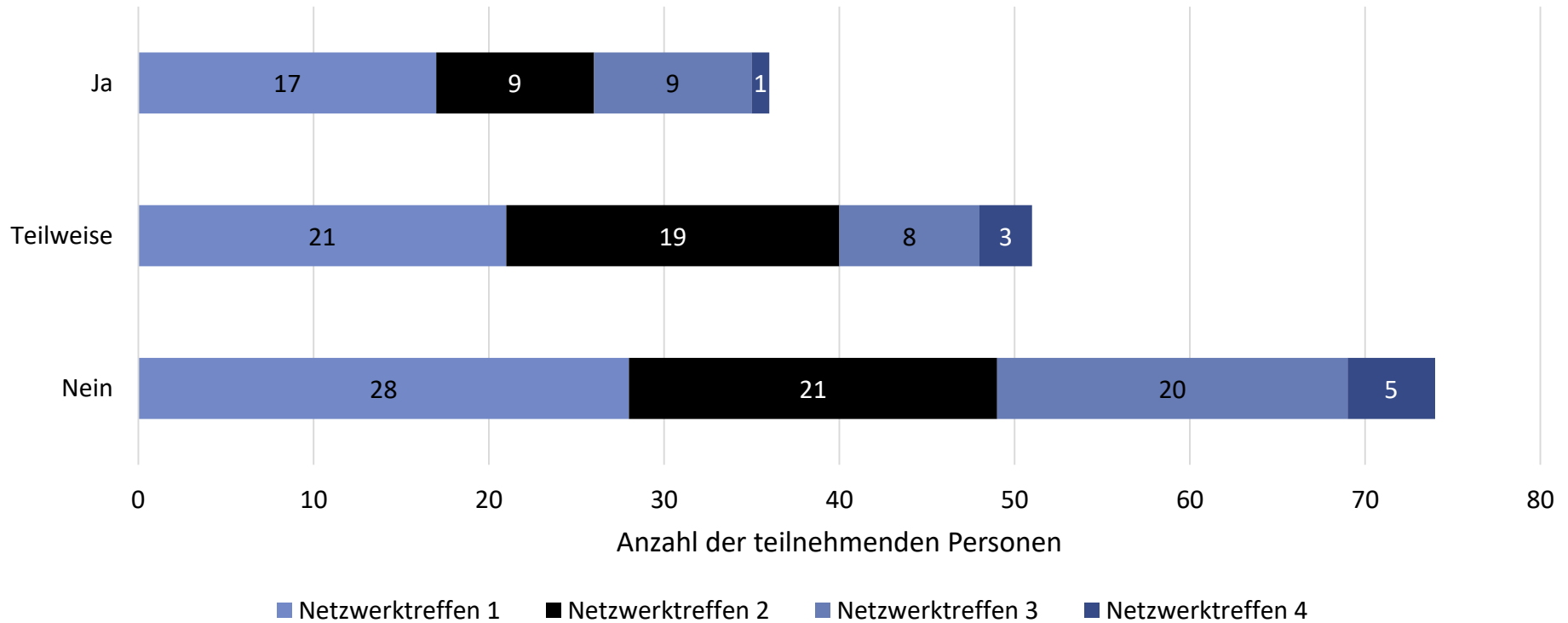
## Die Netzwerktreffen wirken positiv auf die die Patientenversorgung im Allgemeinen.



## Die Netzwerktreffen wirken positiv die Patientenversorgung für die im heutigen Netzwerktreffen besprochene Indikationsgruppe.

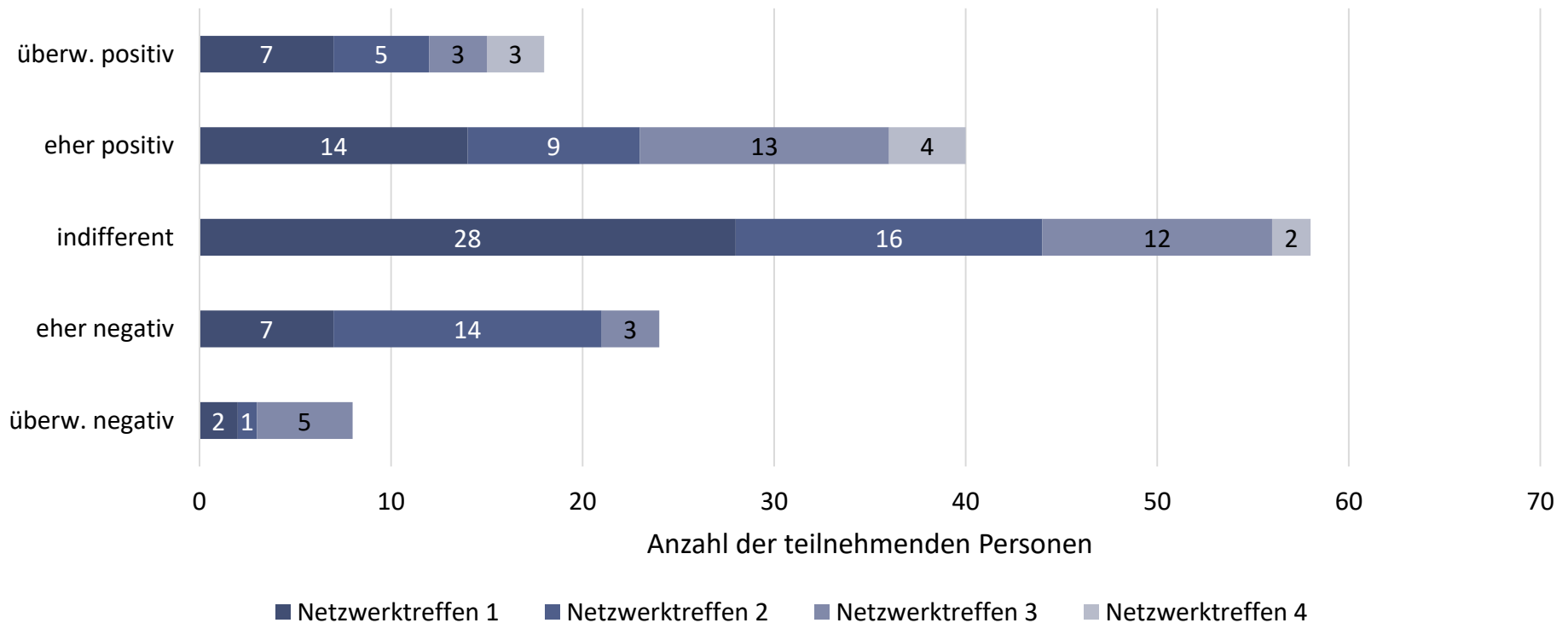


## Wurde ein Versorgungspfad oder ein Konsens hinsichtlich zukünftiger Behandlungs- und Arbeitsweisen erarbeitet?





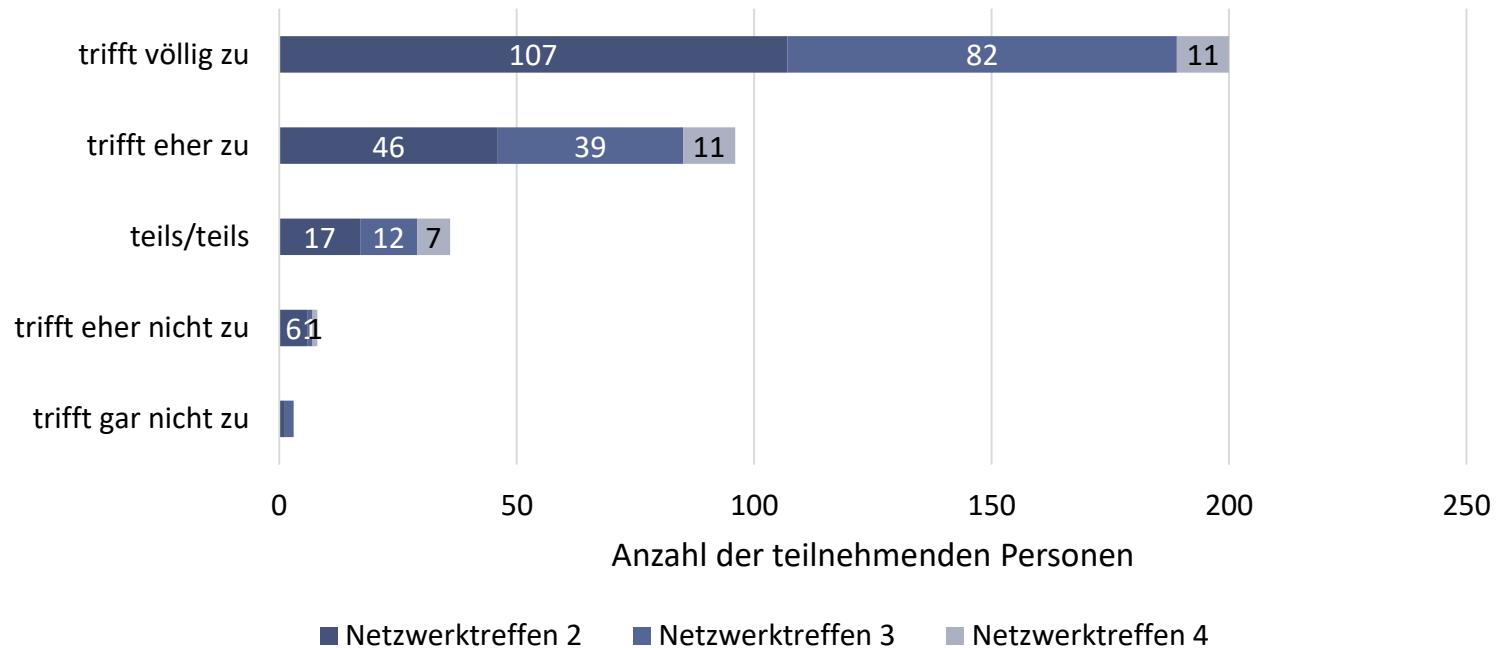
## Aus Ihrer Sicht wie bewerten Sie die Netzwerktreffen hinsichtlich Ihres zeitlichen Aufwands in Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung?



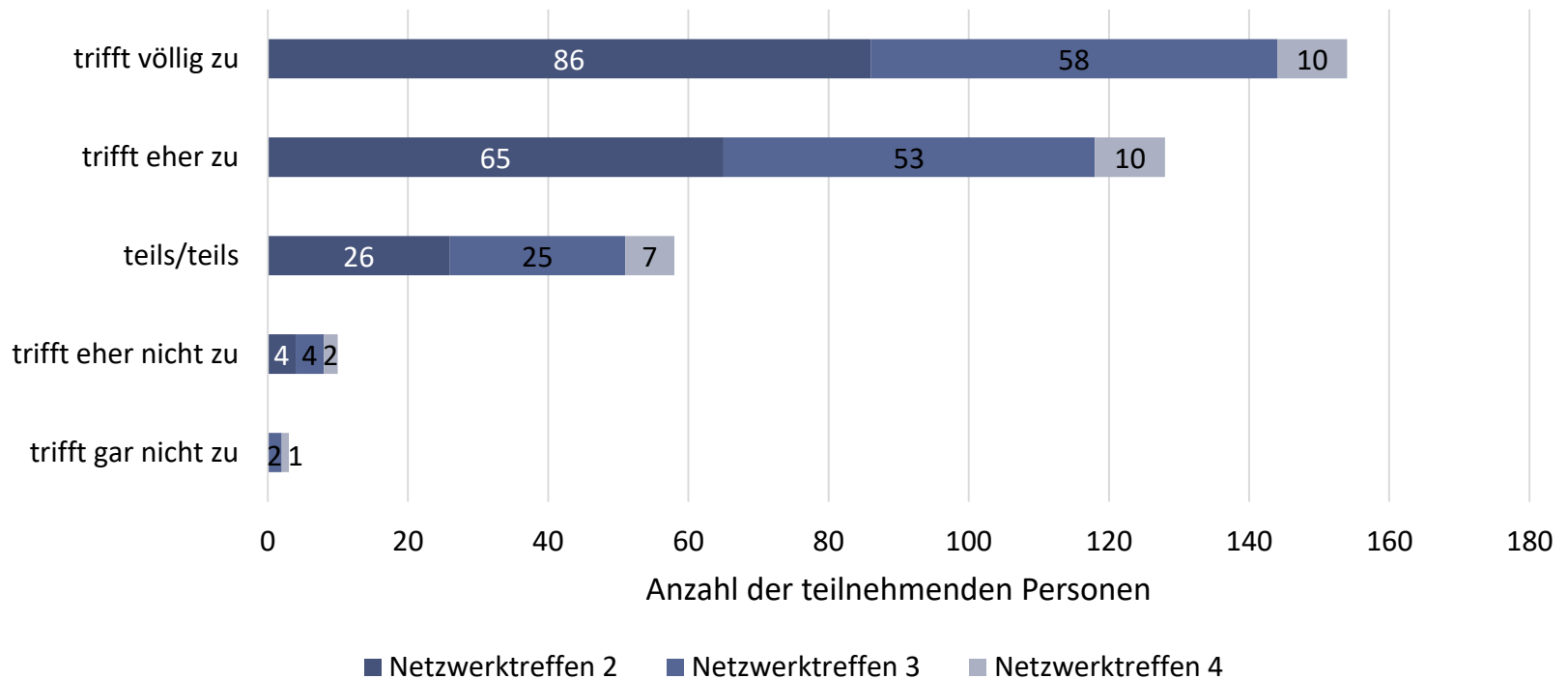
## **Netzwerktreffen**

**Ergebnisse basierend auf den Erhebungen aus dem Teilnehmenden-Feedback**

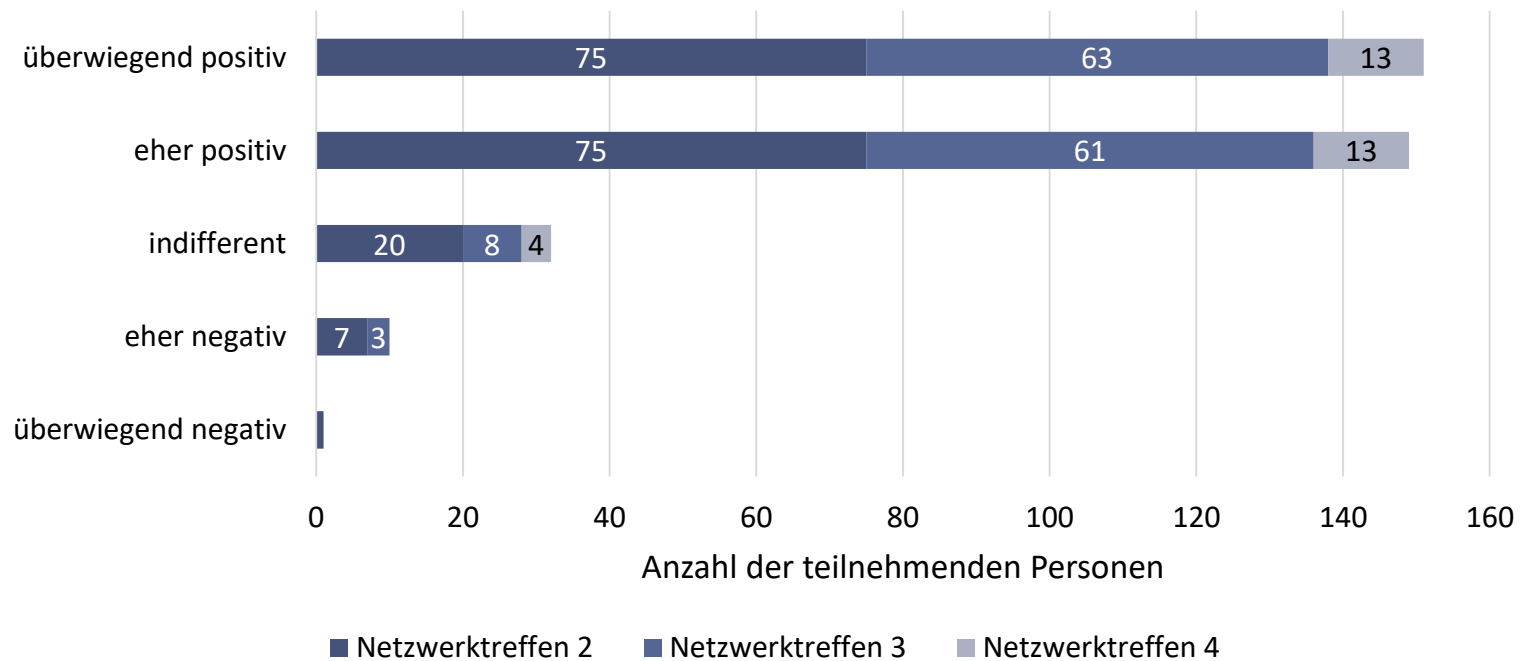
## Die Netzwerktreffen fördern den direkten Austausch mit meinen Kolleg:innen.



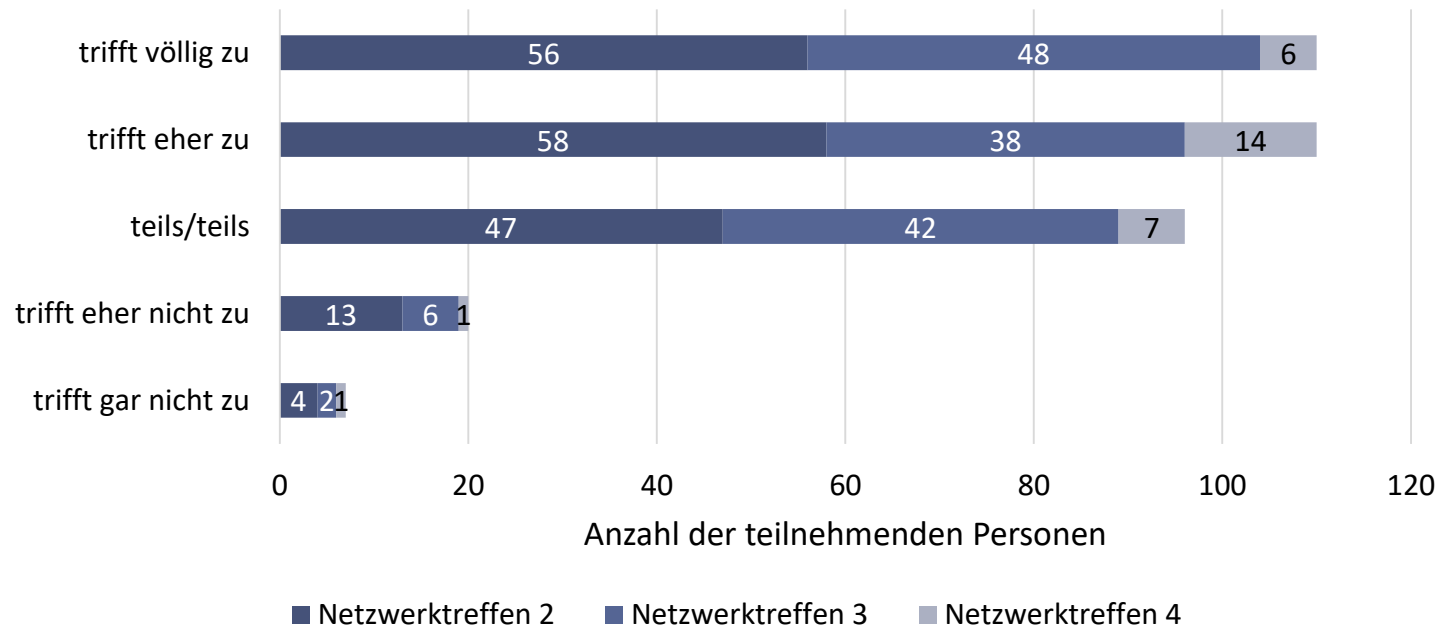
Die Netzwerktreffen können sich positiv auf die Koordination zwischen mir und den anderen Teilnehmenden auswirken.



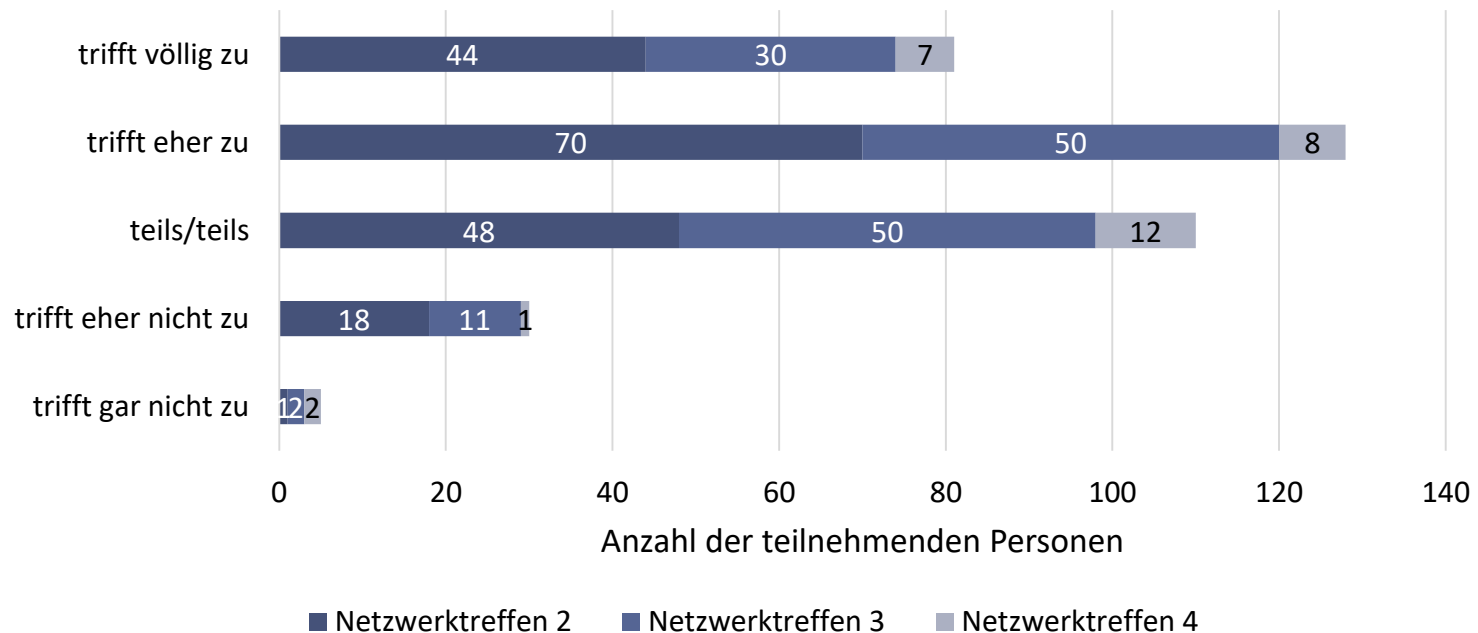
## Wie bewerten Sie die Netzwerktreffen hinsichtlich ihrer inhaltlichen Planung und Durchführung?



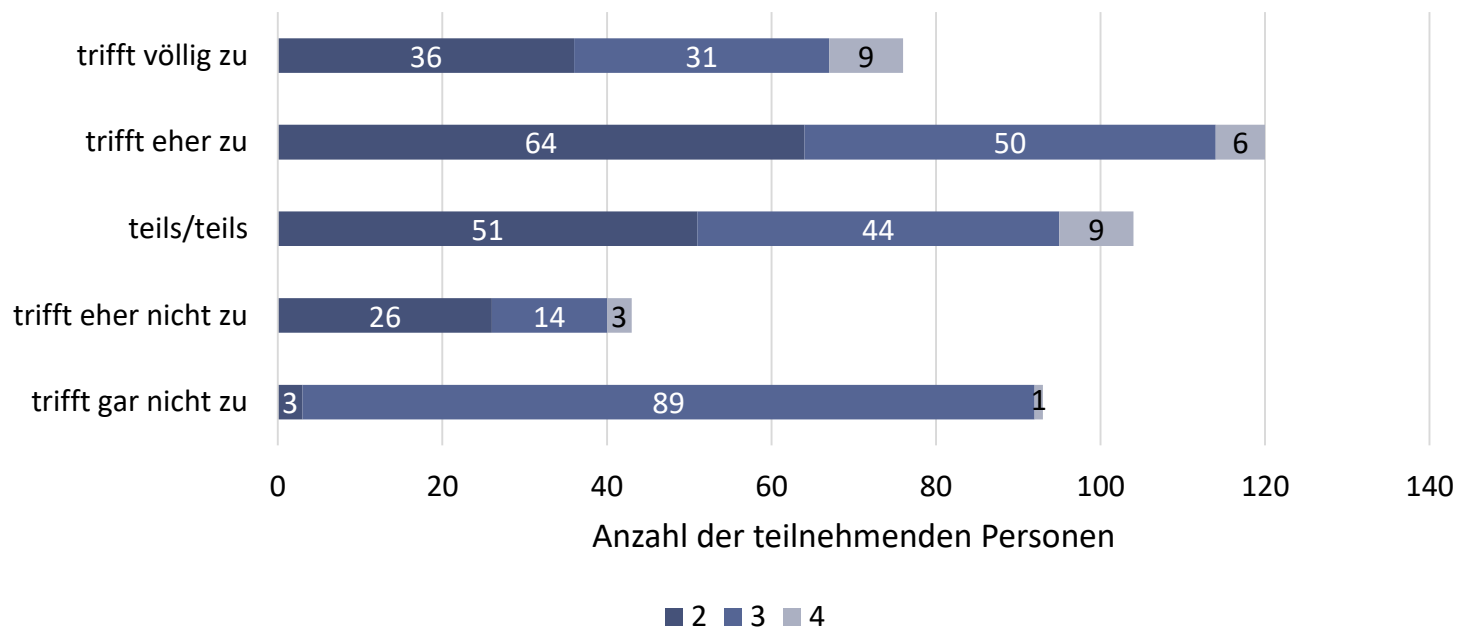
Die Teilnahme an den Netzwerktreffen ist sinnvoll und nützlich für meine Arbeit.



## Die Netzwerktreffen können sich positiv auf die Patientenversorgung im Allgemeinen auswirken.

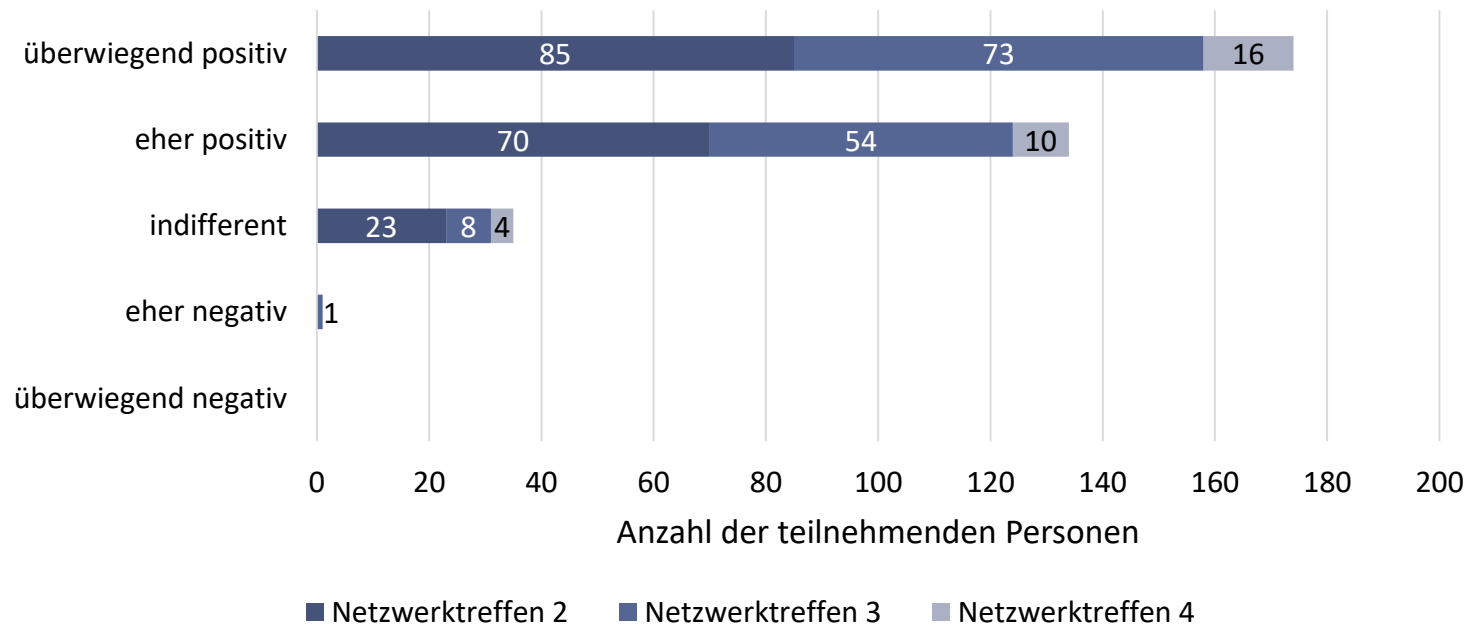


Die Netzwerktreffen können sich positiv auswirken auf die Patientenversorgung für die im heutigen Netzwerktreffen besprochene Indikationsgruppe.

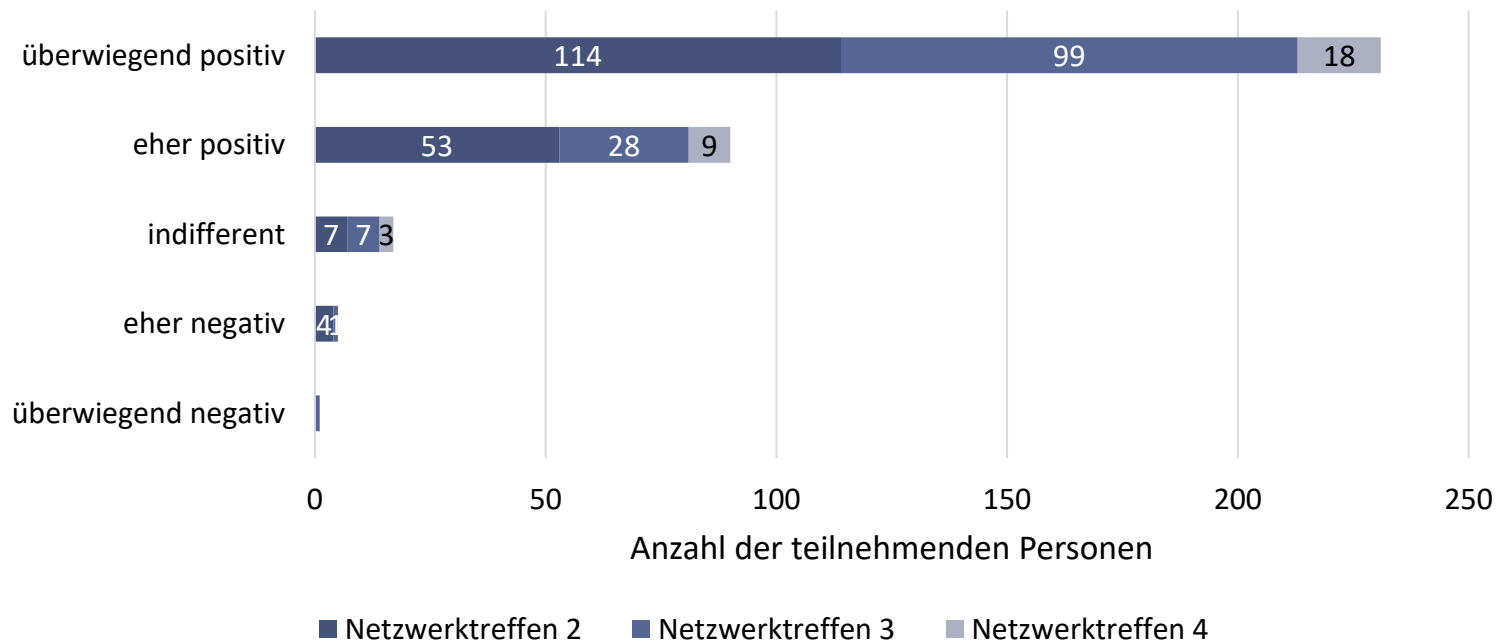




## Wie bewerten Sie die Netzwerktreffen hinsichtlich der Einladung und Terminierung des Treffens?



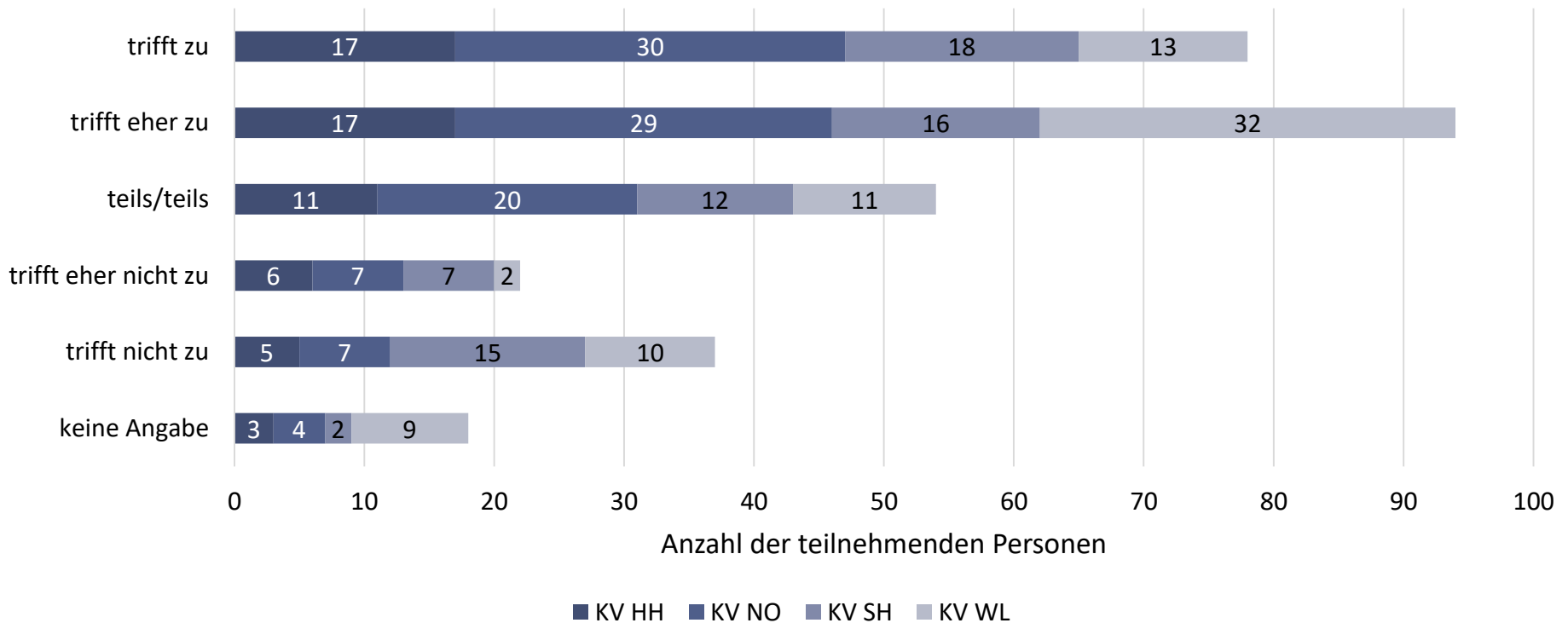
## Wie bewerten Sie die Netzwerktreffen hinsichtlich der Erreichbarkeit des Veranstaltungsorts?



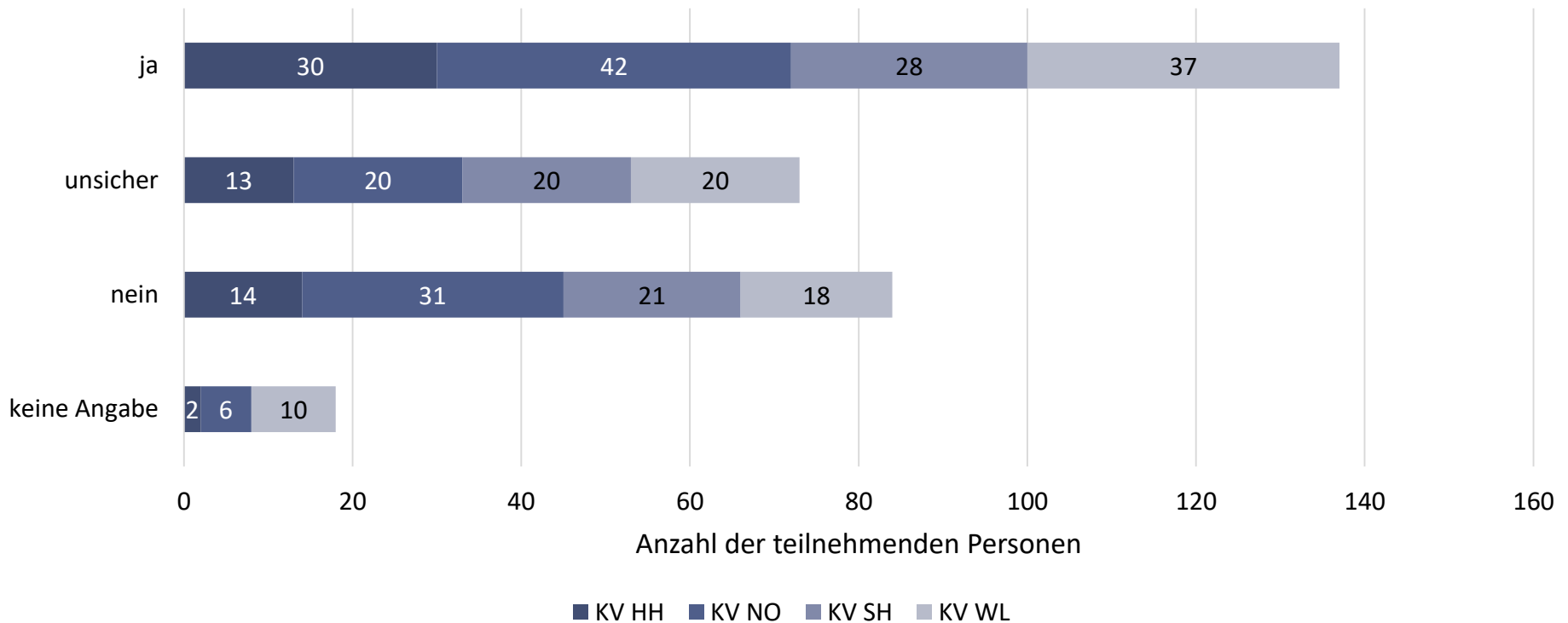
## **Netzwerktreffen**

Ergebnisse basierend auf den Erhebungen aus der Corona  
Sonderbefragung

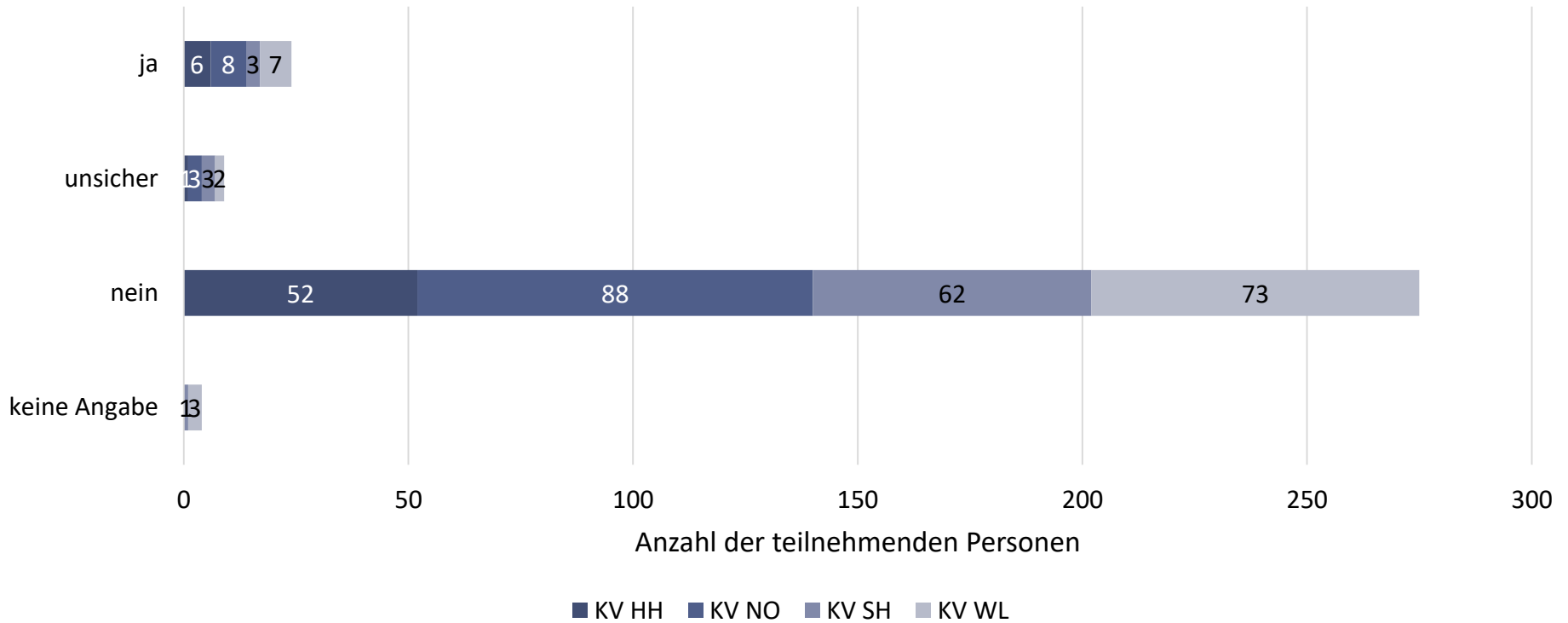
## Die Teilnahme an interdisziplinären Netzwerktreffen finde ich generell sinnvoll und nützlich für meine Arbeit.



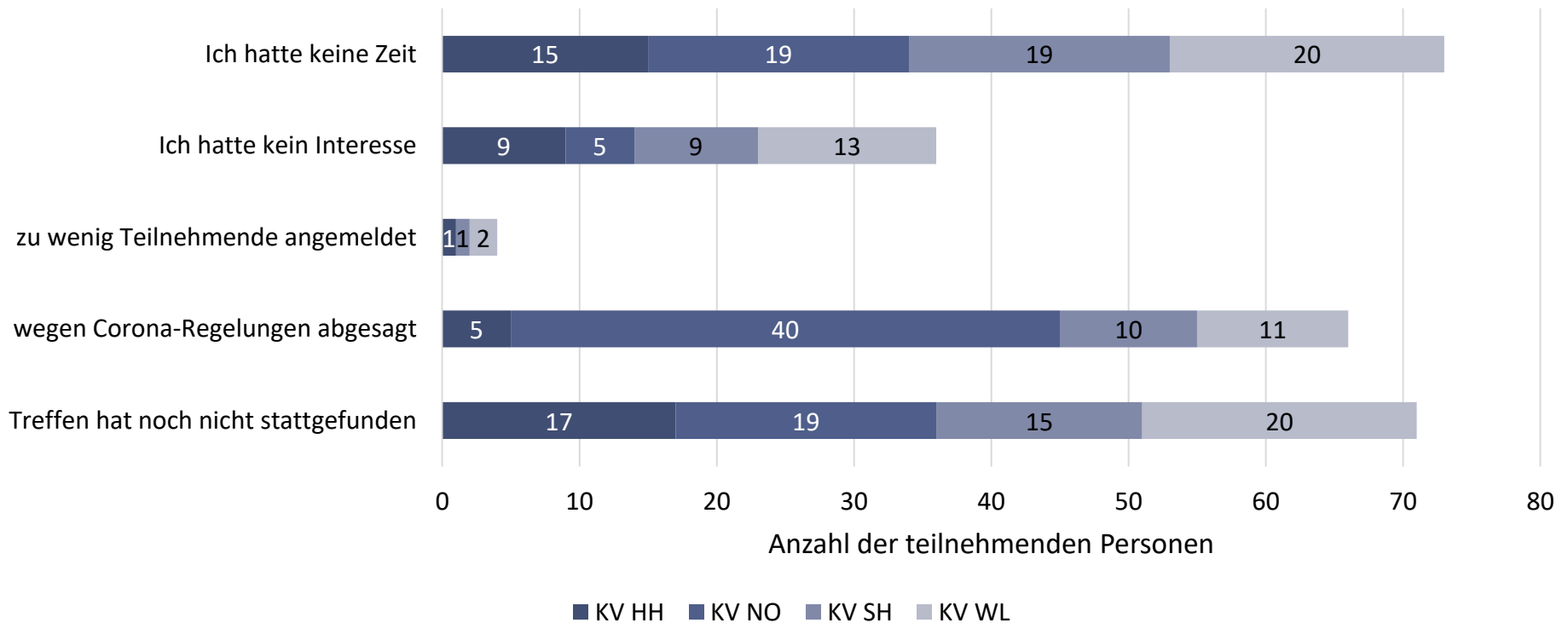
Gibt es aus Ihrer Sicht derzeit Bedarf, interdisziplinäre Treffen zur besseren Vernetzung verschiedener Arztgruppen als Teil der Regelversorgung zu etablieren?



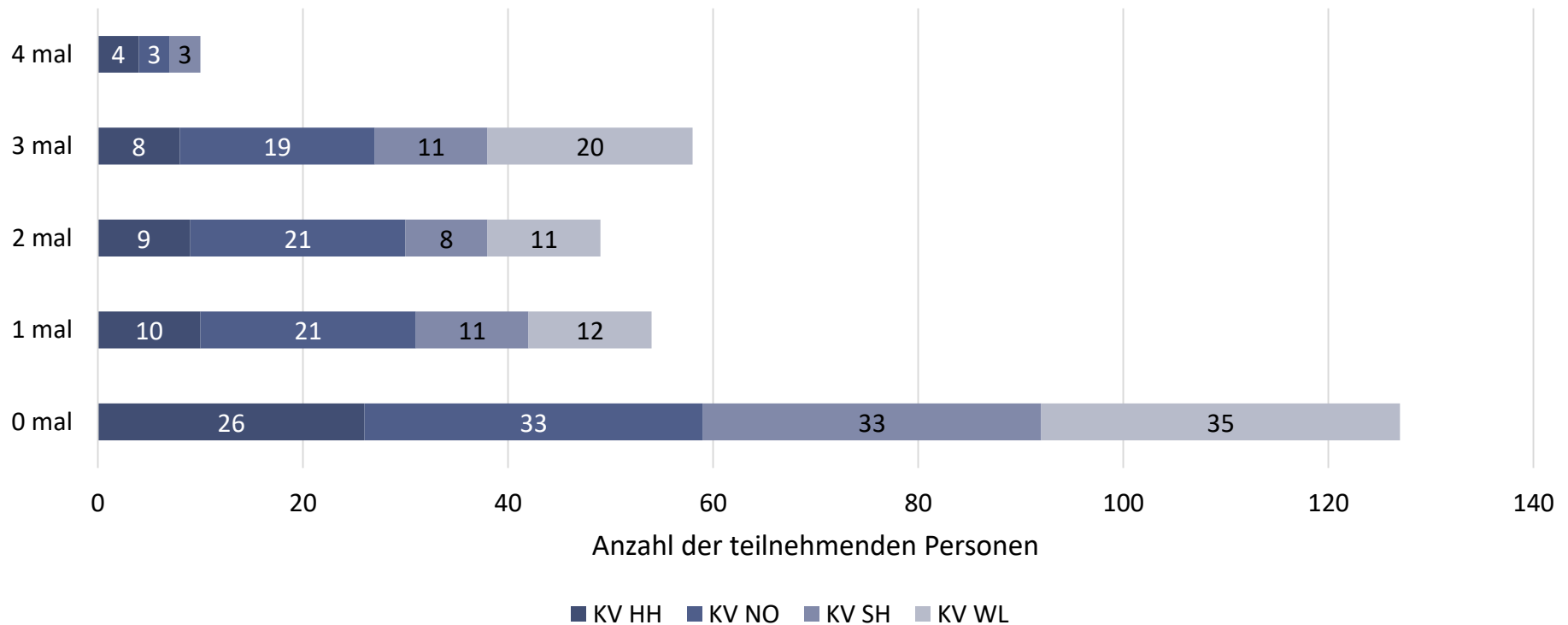
## Ich habe am vierten ACD Netzwerktreffen teilgenommen



## Was sind Ihre Gründe, warum Sie nicht am vierten ACD Netzwerktreffen teilgenommen haben?



## Wie viele Netzwerktreffen haben Sie bisher besucht?

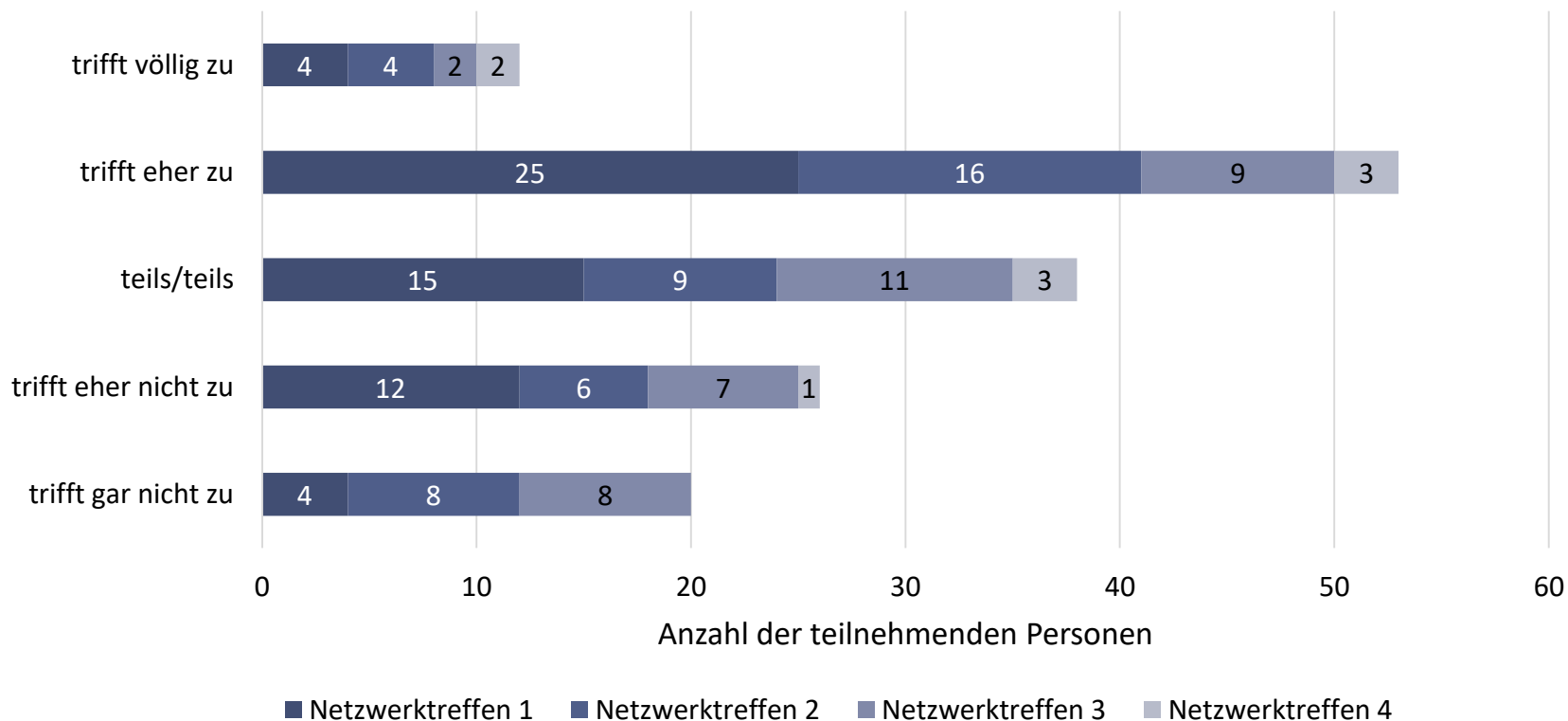




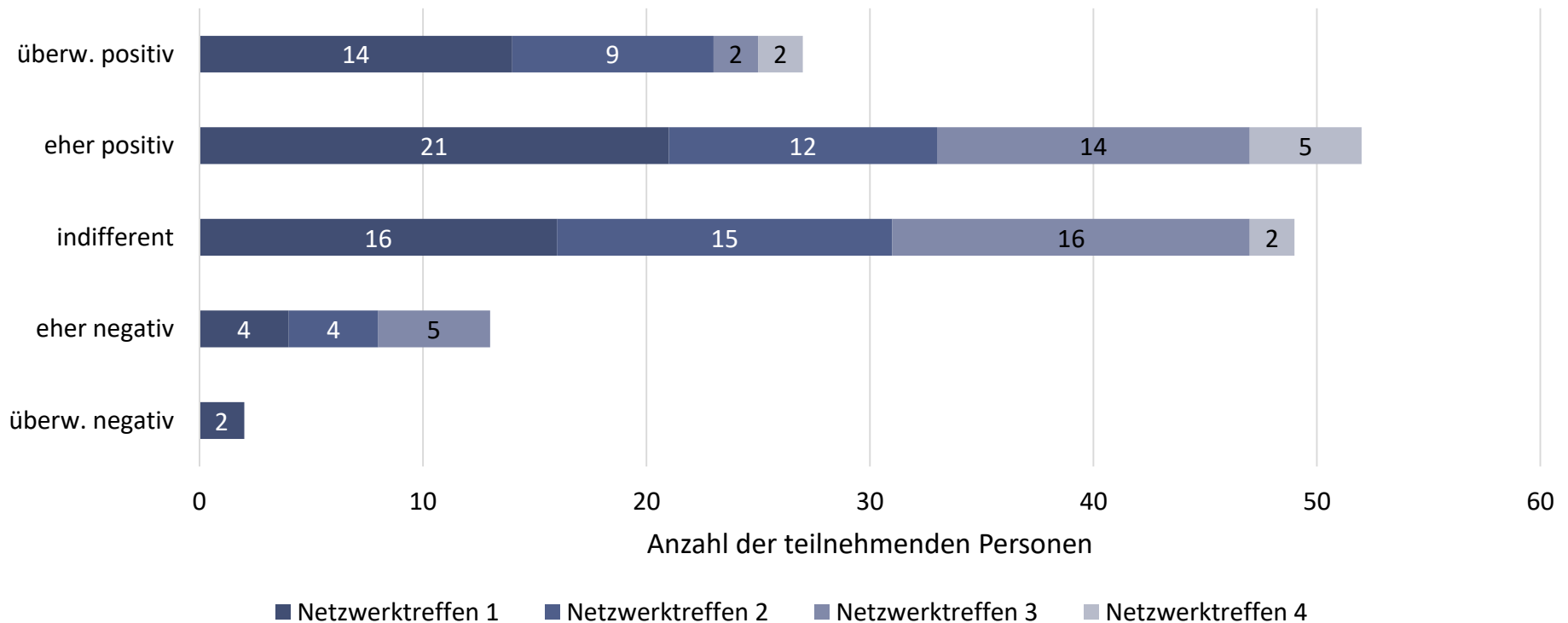
## **Netzwerkinformationen**

Ergebnisse basierend auf den Erhebungen aus dem Moderator:innen-Feedback

Die Netzwerkinformation bietet eine Diskussionsgrundlage für die Arbeit im Netzwerk und enthält relevante Informationen.



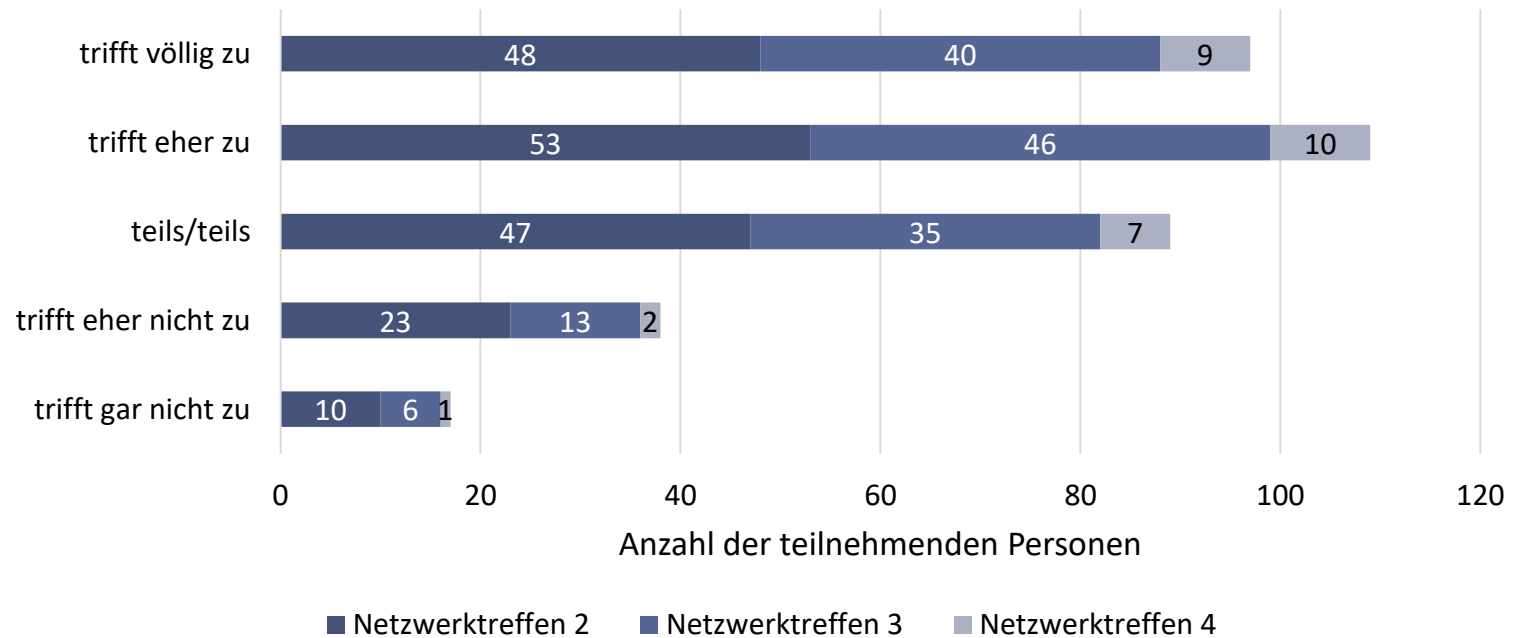
Aus Ihrer Sicht wie bewerten Sie die Netzwerktreffen hinsichtlich den vom ACD Studienteam zur Verfügung gestellten Materialien?



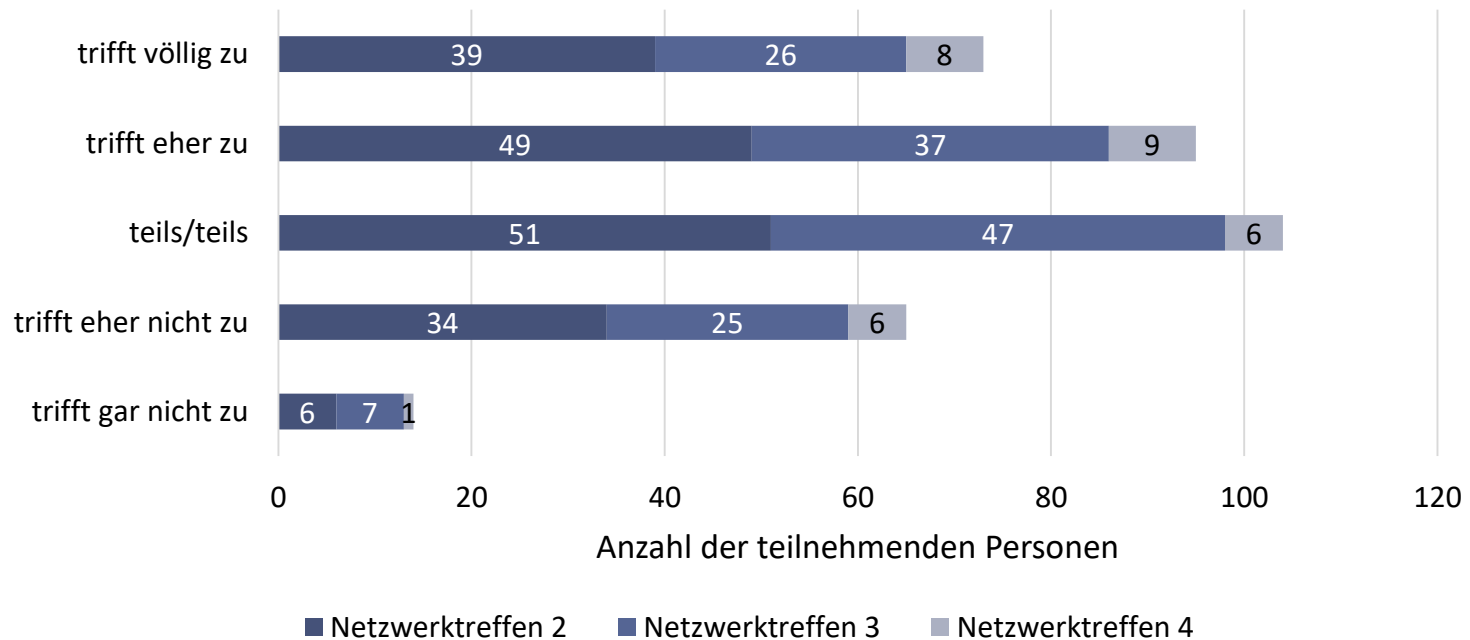
## **Netzwerkinformationen**

Ergebnisse basierend auf den Erhebungen aus dem Teilnehmenden-Feedback

## Die vorab versandten Netzwerkinformationen bieten eine gute Diskussionsgrundlage für die Arbeit im Netzwerktreffen.



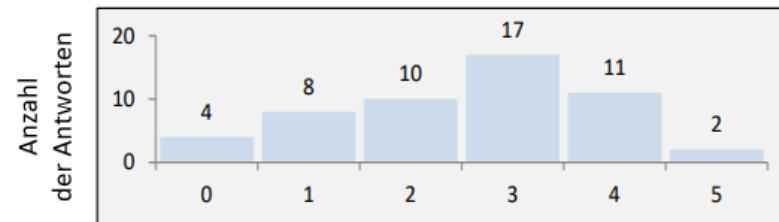
## Die Inhalte der Netzwerkinformationen können Entscheidungen in meinem Arbeitsalltag zu beeinflussen.



## **Netzwerkinformationen**

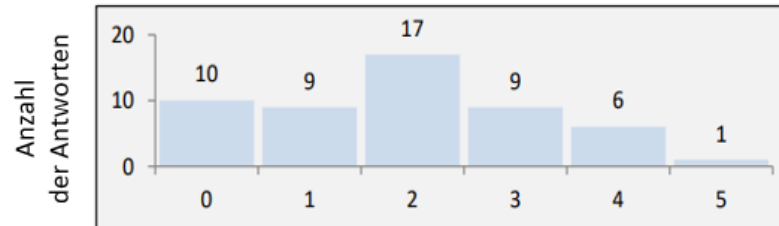
Ergebnisse basierend auf den Erhebungen aus der Feedback-zum-Feedback Befragung

Die gewählten Indikatoren sind interessant



0 – stimme gar nicht zu bis 5 – stimme voll zu

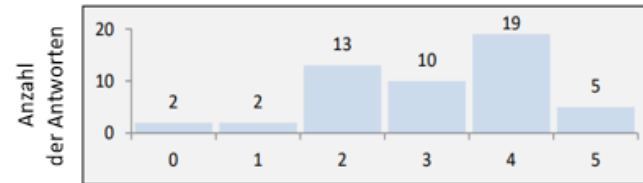
Die gewählten Indikatoren haben eine hohe Relevanz für mich



0 – stimme gar nicht zu bis 5 – stimme voll zu

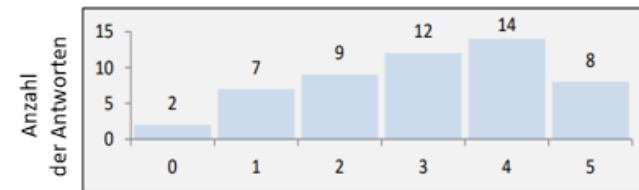


Die Darstellungsformen sind verständlich gewählt.



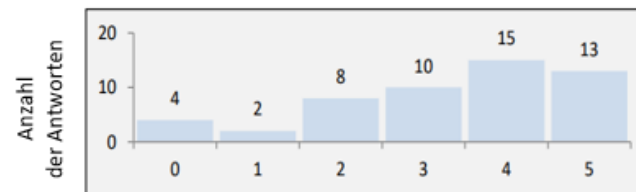
0 – stimme gar nicht zu bis 5 – stimme voll zu

Die Auswertungen der Netzwerkinformationen sind verständlich beschrieben.



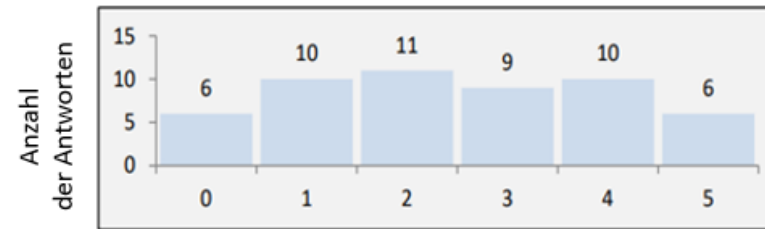
0 – stimme gar nicht zu bis 5 – stimme voll zu

Die Unterteilung in eigene ACD-Patienten, ACD-Patienten des ACD-Netzwerks und regionale Durchschnittswerte ist verständlich.



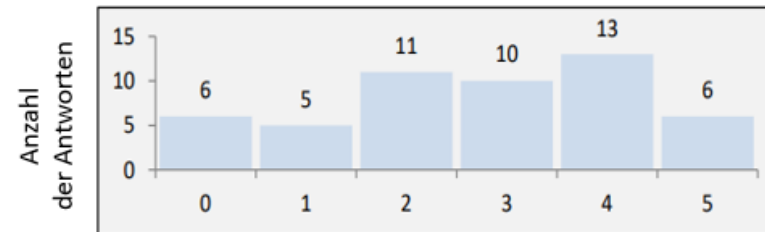
0 – stimme gar nicht zu bis 5 – stimme voll zu

## Die Auswertungen sind fachlich interessant



0 – stimme gar nicht zu bis 5 – stimme voll zu

## Die Auswertungen zeigen mir Inhalte, welche mir vorher nicht bekannt waren

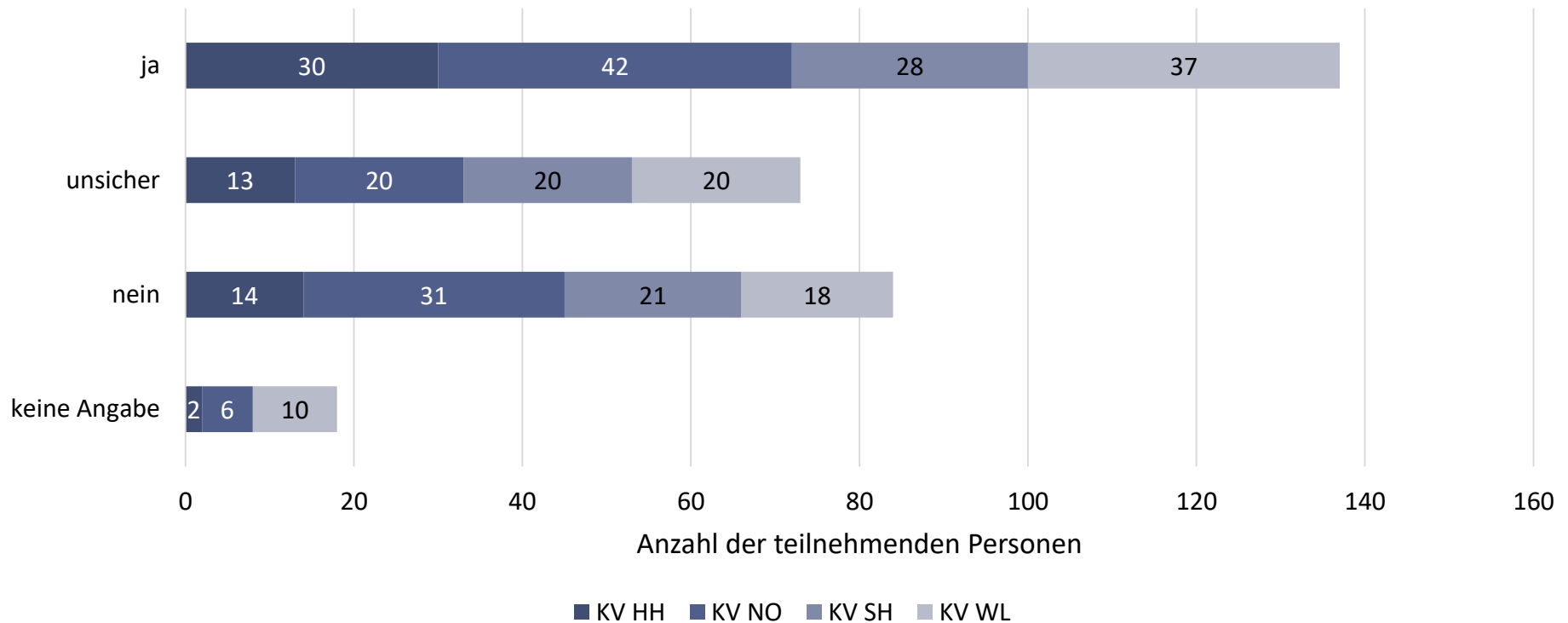


0 – stimme gar nicht zu bis 5 – stimme voll zu

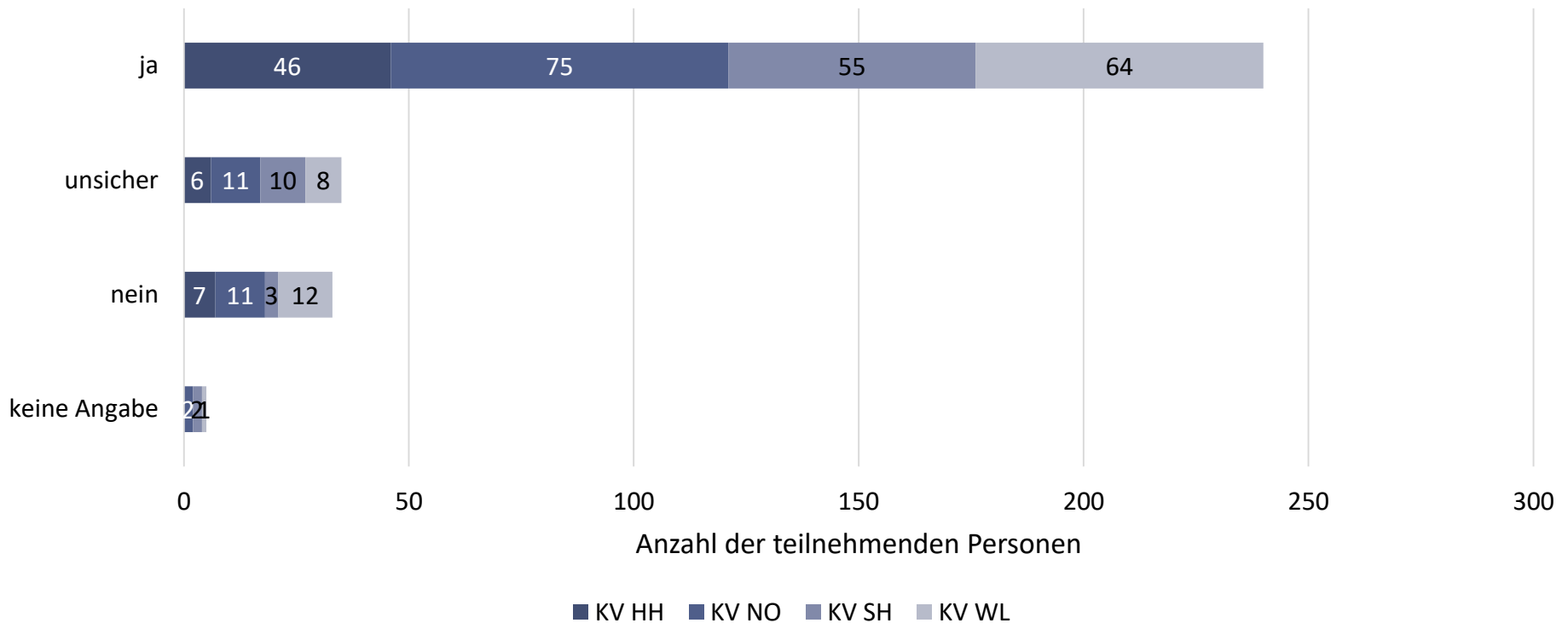
## **Netzwerkinformationen**

Ergebnisse basierend auf den Erhebungen aus der Corona  
Sonderbefragung

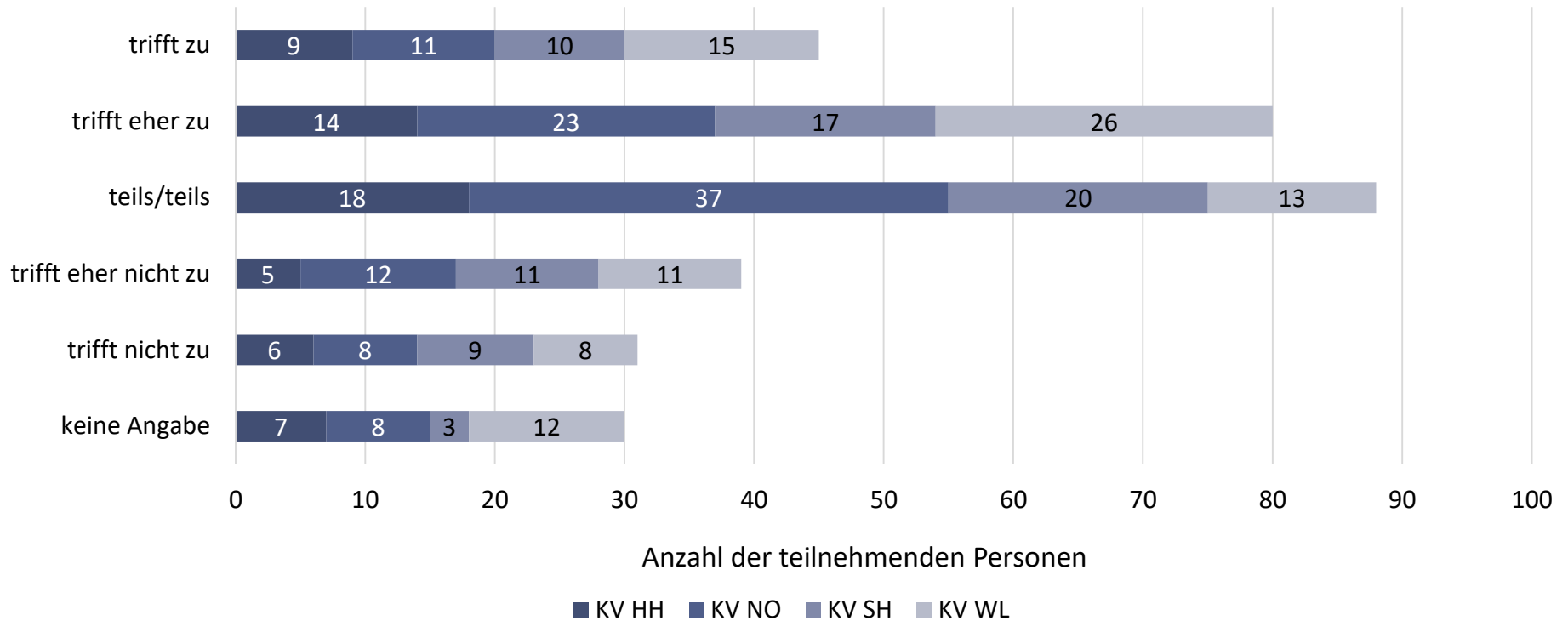
Gibt es aus Ihrer Sicht derzeit den Bedarf die Information über die eigenen Versorgungsdaten im Vergleich zum Durchschnitt der Region in Form von Netzwerkinformationen zu erhalten?



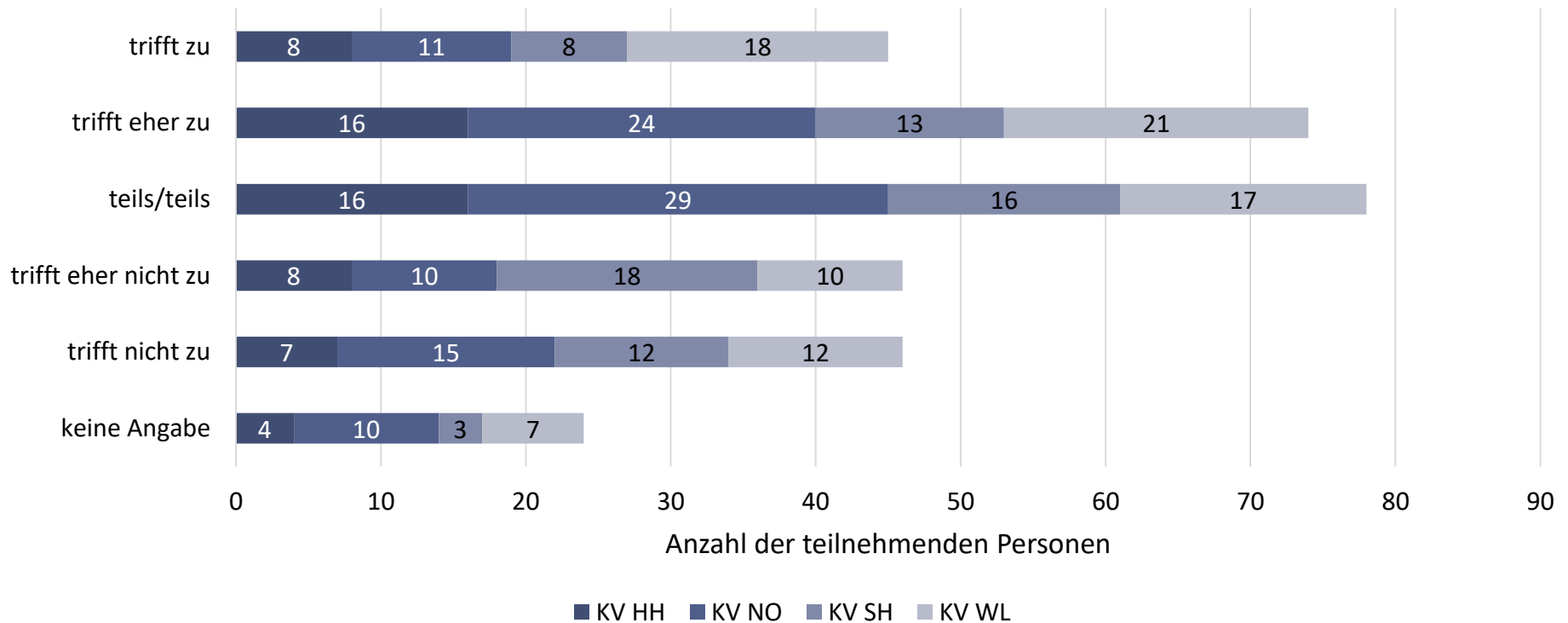
Ich habe die bereits versendeten ACD Netzwerkinformationen gelesen.



Die Inhalte der ACD Netzwerkinformationen und deren Relevanz waren für mich klar verständlich.



Ich finde es wichtig/sinnvoll die Inhalte der ACD Netzwerkinformationen mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zu besprechen.



#### *Anhang 4.*

##### *Detailergebnisse zu den konstruierten Netzwerken und der Randomisierung*

Die Netzwerkidentifikation ergab insgesamt 1.377 Netzwerke, von denen sich 379 in der Interventionsregion HH/SH befanden. Von diesen Netzwerken hatten 119 aus HH/SH und 391 aus NO/WL eine angemessene Größe (20 – 120 Ärzt:innen) für die ACD-Intervention. Die übrigen Netzwerke wurden ausgeschlossen, weil sie aus weniger als 20 Ärzt:innen bestanden. Die endgültigen 510 ACD-Netzwerke umfassten im Durchschnitt 52 Ärzt:innen, mit einer etwas geringeren Anzahl von Ärzt:innen pro Netzwerk in der Interventionsregion in HH/SH, wo die Netzwerke im Durchschnitt 50 Ärzt:innen einschlossen.

##### *Randomisierung*

Entsprechend der zuvor definierten Randomisierungskriterien wurden die Netzwerke für die vier KVen zufällig in Interventions- und Kontrollgruppe eingeteilt. Für die KV Hamburg konnten 56 Netzwerke ermittelt werden, von denen die sechs kleinsten Netzwerke ausgeschlossen wurden. Es erfolgte eine Stratifizierung nach Größe, gemessen an dem Median der Anzahl an Ärzt:innen in den Netzwerken in Hamburg und Schleswig-Holstein. Daraus ergaben sich 20 große und 30 kleine Netzwerke. Aus diesen beiden Gruppen wurden jeweils zehn bzw. 15 Netzwerke zufällig der Interventions- und Kontrollgruppe zugeordnet. In Schleswig-Holstein wurden insgesamt 63 Netzwerke ermittelt, von denen die 50 größten nach Größe und dem Kriterium städtisch und ländlich stratifiziert und anschließend randomisiert wurden. Für die Region NO/WL erfolgte zunächst eine Selektion nach Größe und Zusammensetzung der Netzwerke, sodass insgesamt 193 Netzwerke für die Randomisierung berücksichtigt werden konnten. Für die Region Westfalen-Lippe sind hierbei 86 Netzwerke ermittelt worden. Die Selektion der Netzwerke über die Größe war nicht günstig, da hierbei überproportional viele Netzwerke aus den Regionen Detmold und Arnsberg herausgefallen wären; außerdem gab es nur wenige Netzwerke mit weniger als 30 Ärzt:innen. Daher wurde die Selektion zufällig vorgenommen und aus den 86 Netzwerken wurden zufällig 50 Netzwerke ausgewählt. Da bei den großen Netzen überwiegend lose Netzwerke vorhanden waren, wurde bei der Randomisierung nur nach der Größe stratifiziert. Zur Randomisierung wurden die selektierten 50 Netzwerke anhand der Größe (groß/klein) und der Netz-ID sortiert und dann zufällig den Gruppen Intervention oder Kontrolle zugeteilt.

Auch bei Netzwerken in der KV-Region Nordrhein wurden 50 Netzwerke zufällig aus den 107 identifizierten Netzwerken selektiert. Da bei den großen Netzen überwiegend lose Netzwerke vorhanden waren, wurde bei der Randomisierung nur nach der Größe stratifiziert. Zur Durchführung der Randomisierung wurden die selektierten 50 Netzwerke anhand der Größe (groß/klein) und der Netz-ID sortiert.

Die Interventions- und Kontrollgruppe bestand somit aus jeweils 100 Netzwerken, die sich gleichmäßig auf die vier KV-Regionen verteilten (25 pro KV). Tabelle 1 gibt eine Übersicht über Charakter und Größe der insgesamt 200 Interventions- und Kontrollnetze je KV.



Table 1 Überblick über randomisierte Netzwerke

	Hamburg		Schleswig-Holstein		Nordrhein		Westfalen-Lippe	
	Intervention	Kontrolle	Intervention	Kontrolle	Intervention	Kontrolle	Intervention	Kontrolle
Anzahl Netze	25	25	25	25	25	25	25	25
Durchschnittliche Anzahl der Ärzt:innen im Netzwerk [min-max]	52 [21-119]	41 [23-86]	62 [29-119]	61 [32-112]	74 [47-115]	71 [49-110]	70 [38-108]	68 [21-108]
Anteil städtischer Netzwerke	100%	100%	40%	40%	100%	100%	92%	88%

### Merkmale der konstruierten und randomisierten Netzwerke

Die 200 randomisierten Netzwerke reflektieren die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzt:innen im ambulanten Sektor. Bei der Konzeption der Netzwerke wurde entschieden, sich auf ausgewählte, besonders relevante Fachrichtungen zu konzentrieren.

Die Patient:innenpopulation, die die Grundlage für die Netzwerkkonstruktion bildete, war zu einem großen Teil multimorbid und hatte mehr als eine der 14 ambulant-sensitiven Krankheiten.

Im Folgenden fassen wir die Ergebnisse der Netzwerkkonstruktion im ACD-Projekt zusammen, wobei der Fokus auf den Merkmalen der Netzwerke, den eingeschlossenen Ärzt:innen und den zugeordneten Patient:innen der 200 randomisierten Netzwerke liegt.

Abbildung 1 visualisiert, wie die Ärzt:innen (Knoten) innerhalb der Netzwerke miteinander verbunden sind und wie der Multilevel Algorithmus daraus Netzwerke von Ärzt:innen identifiziert, die besonders eng miteinander verbunden sind. Die vier identifizierten Netzwerke von Ärzt:innen werden in der beispielhaften Abbildung durch verschiedenfarbige Knoten visualisiert.

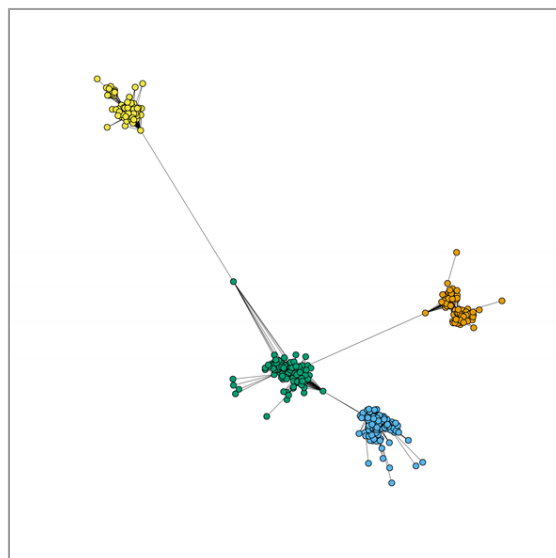


Abbildung 1: Beispielhafte Darstellung einer Netzwerkstruktur mit vier Netzwerken

Auch wenn die meisten der resultierenden Netzwerke einen interdisziplinären Mix von Ärzt:innen aufwiesen (85 Prozent der Netzwerke enthielten zehn oder mehr verschiedene

Fachrichtungen), gab es unterschiedliche Zusammensetzungen der in den Netzwerken enthaltenen Fachrichtungen.

Ein Auszug aus den zehn größten sowie zehn kleinsten Netzwerken und deren Fachgebietszusammensetzung ist in Abbildung 2 dargestellt. Insbesondere die großen Netzwerke bestanden aus Ärzt:innen mit zahlreichen unterschiedlichen Spezialisierungen (mehr als 14), während die kleineren Netzwerke maximal elf umfassten. Außerdem waren in den meisten der eingeschlossenen Netzwerke die meisten Ärzt:innen Hausärzt:innen. Dieses Ergebnis traf auf 92 Prozent aller 200 ACD-Netzwerke zu.

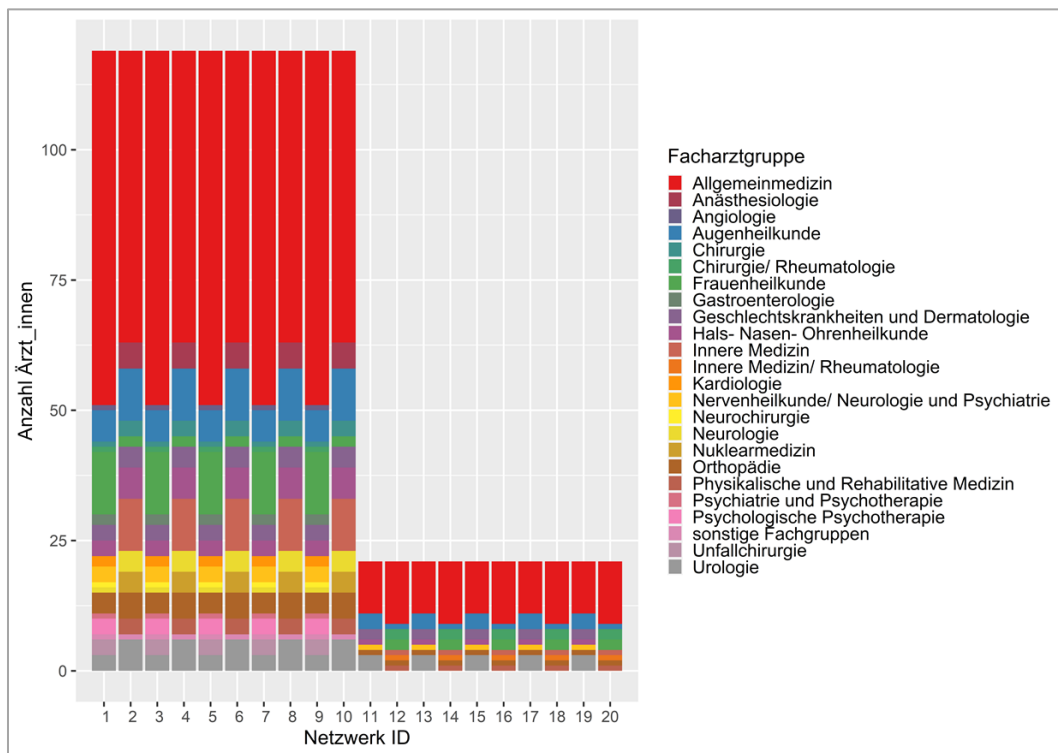


Abbildung 2: Fachgebietszusammensetzung in den zehn größten und kleinsten ACD-Netzwerken

Bei der Netzwerkkonstruktion haben wir die Netzwerkidentifikation auf einzelne Ärzt:innen und nicht auf Praxen bezogen, um die Ärzt:innen individuell ansprechen und ihnen individuelle Informationen über ihrer behandelten Patient:innen bereitstellen zu können. Dadurch sollte die Motivation zur Teilnahme an der Studie erhöht werden. Folglich wurden einige Ärzt:innen aus denselben Praxen denselben Netzwerken zugeordnet und in anderen Fällen wurden Ärzt:innen aus derselben Praxis verschiedenen Netzwerken zugeordnet. Im Durchschnitt umfassten die ACD-Netzwerke Ärzt:innen aus etwa 41 verschiedenen Praxen (28 in Hamburg, 38 in Schleswig-Holstein, 47 in Nordrhein und 49 in Westfalen-Lippe).

Die Vernetzung zwischen den Ärzt:innen innerhalb der Netzwerke wurde untersucht, indem die durchschnittliche Anzahl der gemeinsamen Patient:innen zwischen zwei Ärzt:innen und die durchschnittliche Anzahl der direkt verbundenen Ärzt:innen pro Netzwerkarzt ermittelt wurden. Im Durchschnitt teilten sich die Netzwerkarzt:innen, zwischen denen eine Verbindung bestand, 161 Patient:innen (167 in Hamburg, 152 in Schleswig-Holstein, 159 in Nordrhein und 166 in Westfalen-Lippe). Ein/e Netzwerkarzt:in war im Durchschnitt mit 17,0 anderen Ärzt:innen aus seinem oder ihrem eigenen Netzwerk verbunden (10,9 in Hamburg, 19 in Schleswig-Holstein, 15,5 in Nordrhein und 20,1 in Westfalen-Lippe). Die zentralsten Ärzt:innen in jedem Netzwerk, definiert durch die größte Anzahl verbundener Ärzt:innen,

waren in der Regel Ärzt:innen für spezialisierte Versorgung, wie beispielsweise HNO-Ärzt:innen, Ärzt:innen für Geschlechtskrankheiten (beide wurden in etwa 33 Prozent der 200 Netzwerke als zentralste Ärzt:innen identifiziert) oder Augenärzt:innen in etwa 17 Prozent der Netzwerke.

Die Definition der Ärzt:innenpopulation ergab eine anfängliche Ärzt:innenpopulation von 38.837 Ärzt:innen. Etwa 24 Prozent der Ärzt:innen stammten aus der Interventionsregion HH/SH. Die Reduktion der Anzahl an Ärzt:innen auf diejenigen, die sich mindestens 20 Patient:innen mit einer/m anderer/n Ärzt:in teilten, ergab eine Datenbasis von 32.000 Ärzt:innen. In diesem Schritt wurden insbesondere Ärzt:innen mit einem eher kleinen Pool an behandelten Patient:innen pro Jahr, beispielsweise psychologische Psychotherapeuten, ausgeschlossen.

Die anschließende Netzwerkidentifikation reduzierte die Menge der Ärzt:innen auf eine Anzahl von 26.581 Ärzt:innen, indem Netzwerke außerhalb des definierten Größenbereichs ausgeschlossen wurden. Bei diesem Schritt erfolgte kein systematischer Ausschluss einzelner Facharztgruppen. Die Verteilung der medizinischen Fachrichtungen in den 200 ACD-Netzwerken ist in Abbildung 3 dargestellt. Die häufigsten Ärzt:innen in den Netzwerken waren Hausärzt:innen, die 45 Prozent der gesamten Ärztepopulation ausmachten. Etwa neun Prozent der Ärzt:innen waren Gynäkolog:innen, während Orthopäd:innen und Augenärzt:innen jeweils etwa fünf Prozent ausmachten.

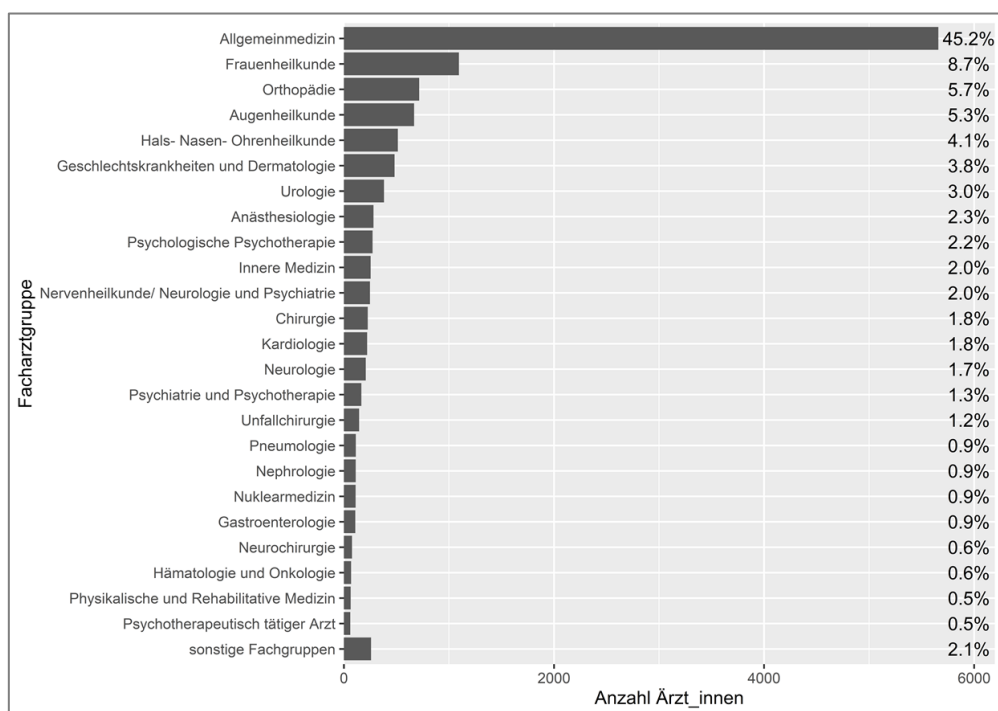


Abbildung 3: Relative und absolute Anzahl von Ärzt:innen pro Fachrichtung, die in den 200 ACD-Netzwerken eingeschlossen waren

Die folgenden vier Abbildungen (Abbildung 4) stellen exemplarisch dar, wie die identifizierten Netzwerke aussahen. Diese Abbildungen waren auch Teil der Netzwerkinformationen und wurden individuell für jede Ärzt:in erstellt. Die eigene Position der/s jeweiligen Ärztin/Arztes ist durch den roten Knotenpunkt gekennzeichnet.

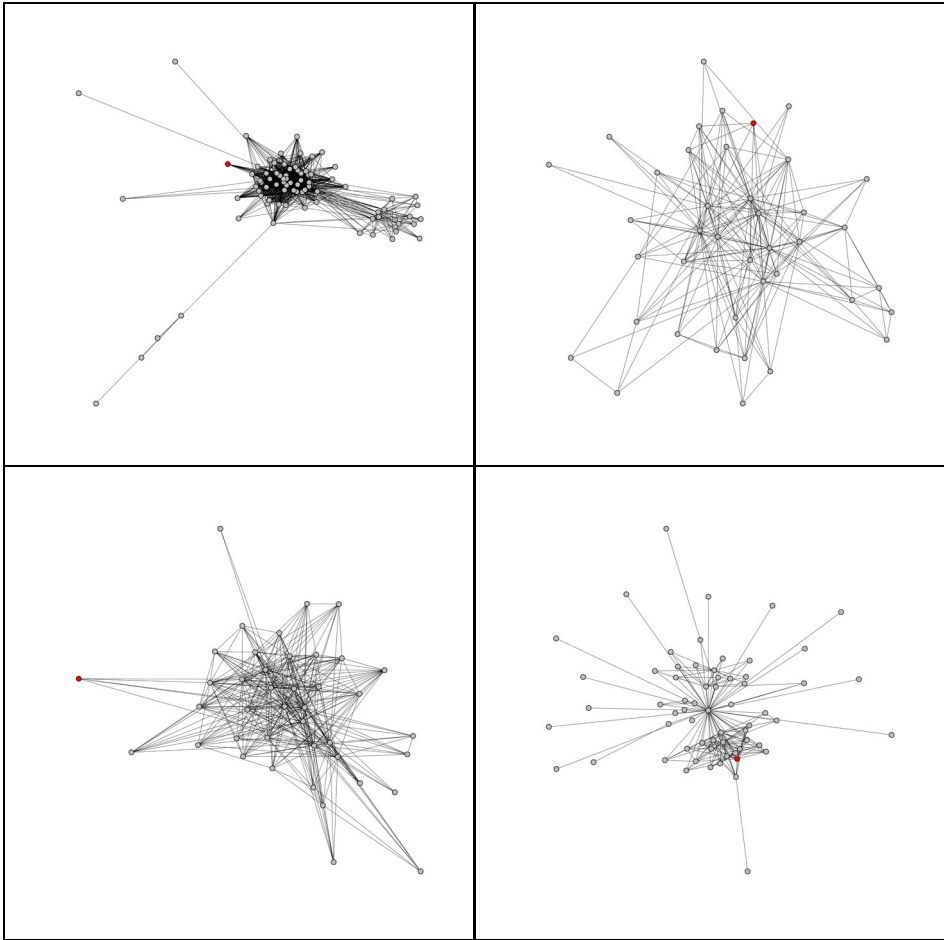


Abbildung 4 Vier beispielhafte ACD-Netzwerke

**Anlage 1.** Studienregistrierung und Studienprotokoll

Sundmacher, L., Flemming, R., Leve, V. et al. Improving the continuity and coordination of ambulatory care through feedback and facilitated dialogue—a study protocol for a cluster-randomised trial to evaluate the ACD study (Accountable Care in Germany). *Trials* 22, 624 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05584-z>

Vorschau der Studiendaten gedruckt am 25. February 2020 16:16:32

drksid header

DRKS-ID der Studie: DRKS00020884

## Studienbeschreibung

start of 1:1-Block title

### Titel der Studie

Accountable Care in Deutschland

end of 1:1-Block title

start of 1:1-Block acronym

### Studienakronym

ACD

end of 1:1-Block acronym

start of 1:1-Block url

### Internetseite der Studie

<http://www.acd-projekt.de>

end of 1:1-Block url

start of 1:1-Block public summary

### Allgemeinverständliche Kurzbeschreibung

Die Koordination der Versorgung von Patienten sowohl innerhalb der ambulanten Versorgung als auch zwischen ambulantem und stationärem Bereich ist verbesserungswürdig. Wenn beispielsweise nach der Entlassung aus dem Krankenhaus die ambulante Weiterbehandlung nicht reibungslos funktioniert, z.B. im Hinblick auf nahtlose Kommunikation, alltagsangemessene Vorbereitung der Versorgung, eine zeitnahe adäquate Medikation und Verlaufskonsultationen, steigt das Risiko einer erneuten Einlieferung.

Das Projekt zielt darauf ab, vermeidbare Krankenhausaufnahmen zu reduzieren. Studien aus Kanada und den USA belegen, dass ein regelmäßiger, informeller Austausch zwischen den an der Versorgung Beteiligten und abgestimmte Behandlungspfade erneute Krankenhausaufnahmen effektiv reduzieren können. Im Projekt sollen daher in der Versorgung zusammenarbeitende Vertragsärzte identifiziert und miteinander vernetzt werden. Gründe für Defizite in der Versorgung sollen erforscht und die kontinuierliche Behandlung der Patienten verbessert werden. Zu diesem Zweck wird eine cluster-randomisierte Studie auf Ebene der identifizierten Netzwerke in Hamburg, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen durchgeführt.

Auf der Grundlage von Routinedaten sollen Einheiten von ambulanten niedergelassenen Ärzten erfasst werden, die Patienten gemeinsam versorgen und somit für diese „verantwortlich“ (accountable) sind. Eine Vernetzung dieser Vertragsärzte, strukturiertes Feedback und moderierte Qualitätszirkel sollen potentiell vermeidbare Hospitalisierungen reduzieren und die Zusammenarbeit der Vertragsärzte verbessern. Es werden lokal spezifische Behandlungspfade für ausgewählte Krankheitsbilder entwickelt, die eine kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten optimieren sollen.

end of 1:1-Block public summary

start of 1:1-Block scientific synopsis

## Wissenschaftliche Kurzbeschreibung

Projektziel ist die Durchführung einer Interventionsstudie zur Reduktion potenziell vermeidbarer Hospitalisierungen. Zu diesem Zweck sollen faktisch zusammenarbeitende Vertragsärzte identifiziert, miteinander vernetzt, Informationen zur Güte ihrer Zusammenarbeit bereitgestellt sowie Defizite in Versorgungsabläufen erforscht werden. Auf Grundlage dieser Informationen werden anschließend Feedbackberichte an die als Netzwerk identifizierten Leistungserbringer versandt und diese zu moderierter Qualitätszirkelarbeit eingeladen, um Maßnahmen zur Vermeidung von Hospitalisierungen insbesondere für ausgewählte Krankheiten zu erreichen. Zugrundeliegende Hypothese ist, dass eine aktive Vernetzung von Leistungserbringern und vierteljährliches Feedback zu Qualitätsindikatoren, welche das Ergebnis gemeinsamer Arbeit abbilden, die kontinuierliche Behandlung und somit die Versorgung verbessern.

end of 1:1-Block scientific synopsis

start of 1:1-Block keywords

## Selbst vergebene Schlagwörter

accountable; ambulante Versorgung; ambulanter Sektor; Vernetzung; Qualitätsindikatoren; Feedback; Audit and Feedback; Netzwerke; strukturierter Dialog; kontinuierliche Versorgung; Routinedaten; Qualitätszirkel; Zusammenarbeit

end of 1:1-Block keywords

start of 1:1-Block forwarded Data

## Planen Sie, die teilnehmerbezogene Daten anderen Forschern anonymisiert zur Verfügung zu stellen?

Nein

end of 1:1-Block forwarded Data

start of 1:1-Block forwarded Data Content

## Beschreibung IPD sharing Plan:

Routinedaten werden lediglich innerhalb des Projektkonsortiums ausgewertet und in aggregierter Form veröffentlicht; Daten zu den Studienteilnehmern und Patientendaten werden aus Datenschutzgründen nicht veröffentlicht.

end of 1:1-Block forwarded Data Content

start of 1:1-Block organizational data

## Organisatorische Daten

- DRKS-ID der Studie: DRKS00020884
- Registrierungsdatum im DRKS: [---]\*
- Registrierungsdatum im Partnerregister oder anderem Primärregister: [---]\*
- Wissenschaftsinitiierte Studie (IST/IIT): ja
- Antragsdatum bei der (federführenden) Ethikkommission: 22.09.2017
- Datum des positiven Votums/der zustimmenden Bewertung der (federführenden) Ethikkommission: 22.01.2018
- Votum der Ethikkommission: Positives Votum/Zustimmende Bewertung
- (federführende) Ethikkommissions Vorlage-Nr.: 2017-05-4290 / 6096R, Ethik-Kommission an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

end of 1:1-Block organizational data

start of 1:n-Block secondary IDs

## Sekundäre IDs

- [---]\*

end of 1:n-Block secondary IDs  
start of 1:N-Block indications

## Untersuchte Krankheit/Gesundheitsproblem

- Freitext: Ambulant-sensitive Diagnosen mit hoher Prävalenz und interdisziplinärer Behandlung:  
I20, I25  
I21, I22, I23, I24  
I50  
I05, I06, I07, I09, I08, I49, I48, I67, I70, I73, I78, I80, I83, I86, I87, I95, R00, I42, I74  
J20, J21, J22, J40, J41, J42, J43  
J44, J47  
F10, F11  
M42, M47, M53, M54, M50, M51  
I10-I15  
K52, K57, K58, K59  
A00 - A09  
J10, J11, J13, J14, J15, J16, J18, J12  
H66, J01-J03, J06, J31, J32, J35, H65, H73, J04, R07.0  
F32, F33  
E10, E11, E13, E14, E16  
M17

end of 1:N-Block indications  
start of 1:N-Block interventions

## Interventionsgruppen/Beobachtungsgruppen

- Arm 1: Erhalt von Feedback zu Indikatoren der o.g. Krankheitsgruppen, Einladung zu modierten Netzwerktreffen
- Arm 2: Regelversorgung

end of 1:N-Block interventions  
start of 1:1-Block design

## Charakteristika

- Studientyp: Interventionell
- Studientyp nicht-interventionell: [---]\*
- Studiendesign Zuteilung: Kontrollierte, randomisierte Studie
- Verblindung: Offen
- Wer ist verblindet: [---]\*
- Kontrolle: Kontrollgruppe erhält keine Therapie
- Studienzweck: Gesundheitsökonomie
- Gruppenzuteilung: Parallelverteilung
- Studienphase: IV
- Off-label use (Zulassungsüberschreitende Anwendung eines Arzneimittels): Nein

end of 1:1-Block design  
start of 1:1-Block primary endpoint

## Primärer Endpunkt

Ambulant-sensitive Krankenhausfälle der o.g. Diagnosen. Dem Konzept der ambulant-sensitiven Diagnosen liegt die Annahme zugrunde, dass ein Großteil der



Krankenhausfälle bestimmter Diagnosen durch effektives Management chronischer Erkrankungen, effektive Akutbehandlungen im ambulanten Sektor oder Immunisierungen vermieden werden können. Gemäß diesen Annahmen weist eine erhöhte Rate auf Defizite im Zugang zum oder der Koordination im ambulanten Sektor hin.

end of 1:1-Block primary endpoint  
start of 1:1-Block secondary endpoint

## Sekundärer Endpunkt

Die sekundären Zielgrößenvariablen sind Indikatoren zum Anteil leitliniengerechter Behandlungen und Akzeptanz bei den Leistungserbringern.

end of 1:1-Block secondary endpoint  
start of 1:n-Block recruitment countries

## Länder in denen Studienteilnehmer rekrutiert werden

- DE: Deutschland

end of 1:n-Block recruitment countries  
start of 1:n-Block recruitment locations

## Rekrutierungsstandorte

- andere Kassenärztliche Vereinigung, Hamburg
- andere Kassenärztliche Vereinigung, Schleswig-Holstein
- andere Kassenärztliche Vereinigung, Nordrhein
- andere Kassenärztliche Vereinigung, Westfalen-Lippe

end of 1:n-Block recruitment locations  
start of 1:1-Block recruitment

## Rekrutierung

- Geplant/Tatsächlich: Tatsächlich
- (geplantes/tatsächliches Datum) Einschluss des ersten Studienteilnehmers: 20.08.2018
- Geplante Studienteilnehmeranzahl gesamt: 6481
- Monozentrisch/Multizentrisch: Multizentrisch
- National/International: National

end of 1:1-Block recruitment  
start of 1:1-Block inclusion criteria

## Einschlusskriterien

- Geschlecht: Beide, männlich und weiblich
- Mindestalter: 18 Jahre
- Höchstalter: kein Höchstalter

end of 1:1-Block inclusion criteria  
start of 1:1-Block inclusion criteria add

## Weitere Einschlusskriterien

Rekrutiert werden insgesamt 6.481 Ärzte und Psychotherapeuten, welche Teil eines der 100 Interventionsnetzwerke sind. Die Ärzte-Netzwerke wurden auf Basis der Arzt-Patientenkontakte aus Routinedaten mit Patienten aus den o.g. Diagnosegruppen ermittelt und anschließend randomisiert.

Netzwerke: bestehend aus 20-120 Ärzten, die in einer der 4 KV-Regionen tätig sind, insgesamt 100 Interventionsnetzwerke, 100 Kontrollnetzwerke mit durchschnittlich 64 Ärzten pro Netzwerk. Eine Randomisierung erfolgte auf Netzwerkebene. Randomisierungskriterien waren die Region, städtisch / ländlich und die Größe der Netzwerke

Ärzte: Identifizierung innerhalb eines Interventions-/ Kontrollnetzwerks, tätig innerhalb einer der 4 KV-Regionen

Patientenpopulation: Versicherte der beteiligten Krankenkassen (AOK Rheinland-Hamburg, AOK Nordwest, TK), Wohnort im Interventionsgebiet, mind. 1 der o.g. Diagnosen (je nach Diagnosegruppe M1Q oder M2Q)

end of 1:1-Block inclusion criteria add  
start of 1:1-Block exclusion criteria

## Ausschlusskriterien

Ärzte: Kinderärzte inkl. pädiatrischer Fachdisziplinen, Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, MKG-Chirurgen, Pathologie, Radiologie, Neuroradiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin, Kinder- und Jugendpsychotherapeut

Teilnehmer: Dialysepatienten

end of 1:1-Block exclusion criteria  
start of 1:n-Block addresses

## Adressen

- Primärer Sponsor
  - start of 1:1-Block address primary-sponsor
    - Fachbereich Health Services Management - Ludwig-Maximilians-Universität München
    - Frau Prof. Dr. Leonie Sundmacher
    - Schackstraße 4
    - 80539 München
    - Deutschland
  - end of 1:1-Block address primary-sponsor
  - start of 1:1-Block address contact primary-sponsor
    - Telefon: 089 2180 3110
    - Fax: 089 2180 99 3110
    - E-Mail: [sundmacher@bwl.lmu.de](mailto:sundmacher@bwl.lmu.de)
    - URL der Einrichtung: <http://www.hsm.bwl.uni-muenchen.de>
  - end of 1:1-Block address contact primary-sponsor
- Kontakt für wissenschaftliche Anfragen
  - start of 1:1-Block address scientific-contact
    - Medizinische Hochschule Hannover
    - Frau Dipl.-Mathematikerin Birgitt Wiese
    - Carl-Neuberg-Str. 1
    - 30625 Hannover
    - Deutschland
  - end of 1:1-Block address scientific-contact
  - start of 1:1-Block address contact scientific-contact
    - Telefon: +49 (511) 532-4414
    - Fax: +49 (511) 69688873
    - E-Mail: [wiese.birgitt@mh-hannover.de](mailto:wiese.birgitt@mh-hannover.de)

- URL der Einrichtung: <https://www.mhh.de/allgmed>
- end of 1:1-Block address contact scientific-contact
- Kontakt für Studienteilnehmer
- start of 1:1-Block address public-contact
  - Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin (ifam)
  - Herr Prof. Stefan Wilm
  - Moorenstr. 5
  - 40225 Düsseldorf
  - Deutschland
- end of 1:1-Block address public-contact
- start of 1:1-Block address contact public-contact
  - Telefon: 0211/81-17771
  - Fax: 0211/81-18755
  - E-Mail: [stefan.wilm@med.uni-duesseldorf.de](mailto:stefan.wilm@med.uni-duesseldorf.de)
  - URL der Einrichtung: <http://www.uniklinik-duesseldorf.de/allgemeinmedizin>
- end of 1:1-Block address contact public-contact

end of 1:n-Block addresses

start of 1:n-Block material support

## Finanzierungsquellen

- Öffentliche Förderinstitutionen, aus Steuermitteln getragene Institutionen (wie DFG, BMBF u. a.)
- start of 1:1-Block address materialSupport
  - DLR Projektträger - Bereich Gesundheit - als Projektträger für den Innovationsausschuss beimG-BA
  - Heinrich-Konen-Str. 1
  - 53227 Bonn
  - Deutschland
- end of 1:1-Block address materialSupport
- start of 1:1-Block address contact materialSupport
  - Telefon: [---]\*
  - Fax: [---]\*
  - E-Mail: [---]\*
  - URL der Einrichtung: [---]\*
- end of 1:1-Block address contact materialSupport

end of 1:n-Block material support

start of 1:1-Block state

## Status

- Status der Rekrutierung: Rekrutierung läuft
- Grund, falls "Status der Rekrutierung" "permanent eingestellt" oder "zurückgezogen": [---]\*
- Grund, falls Grund des Rekrutierungsstopps "Anderer": [---]\*
- Tatsächliches Datum des Studienabschlusses (LPLV): [---]\*
- Tatsächliche Gesamtzahl Studienteilnehmer in Deutschland nach abgeschlossener Rekrutierung: [---]\*
- Tatsächliche Gesamtzahl Studienteilnehmer aller Zentren nach abgeschlossener Rekrutierung: [---]\*

end of 1:1-Block state

start of 1:n-Block publications

## Publikationen, Studienergebnisse und weitere Studiendokumente

- [---]\*

end of 1:n-Block publications

Alle grau hinterlegten Felder werden in der öffentlichen Ansicht nicht angezeigt.

\* Dieser Eintrag bedeutet, dass der Parameter entweder nicht zutrifft oder dass er nicht eingetragen wurde.

Vorschau der Studiendaten gedruckt am 25. February 2020 16:16:32

drksid header

DRKS-ID: DRKS00020884

## Trial Description

start of 1:1-Block title

### Title

Accountable Care in Germany

end of 1:1-Block title

start of 1:1-Block acronym

### Trial Acronym

ACD

end of 1:1-Block acronym

start of 1:1-Block url

### URL of the Trial

<http://www.acd-projekt.de>

end of 1:1-Block url

start of 1:1-Block public summary

### Brief Summary in Lay Language

In international comparison, Germany's health care system is efficient and provides a high standard of care covering nearly the entire population. The overall numbers of physicians as well as hospital beds (per population) in Germany are significantly above EU average. Due to absence of gatekeeping, patients generally have free choice of GPs, medical specialists and hospitals for their care. However, the system has been traditionally fragmented within and across levels of care. Vertical integration is complicated by a multiplicity of structural factors, such as the differing provider remuneration schemes between primary health care (PHC) and secondary health care (SHC), which can give rise to competition instead of cooperation across the care trajectory.

This fragmented nature of the system specifically affects optimal management of multi-morbid patients with chronic diseases like the selected ACSCs, for whom optimal care would require well-coordinated, integrated health services delivery structures encompassing providers across the care trajectory.

The project "Accountable Care in Germany" aims to improve coordination and communication among providers within the ambulatory care sector and across the sectors. Using routine data for 150 000 patients with ambulatory care sensitive diagnoses in Germany, providers who treat the same patient population will be identified and be grouped into physician networks. The networks will be randomised in two groups, one of which will receive exhaustive information on processes (hospitalisations following ambulatory care sensitive diagnoses as the primary outcome) and characteristics of their networks generated using routine data. Following the feedback the networks will be invited to so called "quality circles" to discuss the indicators and potential measures to improve coordination among their network.

end of 1:1-Block public summary  
start of 1:1-Block scientific synopsis

## Brief Summary in Scientific Language

In international comparison, Germany's health care system is efficient and provides a high standard of care covering nearly the entire population. The overall numbers of physicians as well as hospital beds (per population) in Germany are significantly above EU average. Due to absence of gatekeeping, patients generally have free choice of GPs, medical specialists and hospitals for their care. However, the system has been traditionally fragmented within and across levels of care. Vertical integration is complicated by a multiplicity of structural factors, such as the differing provider remuneration schemes between primary health care (PHC) and secondary health care (SHC), which can give rise to competition instead of cooperation across the care trajectory.

This fragmented nature of the system specifically affects optimal management of multi-morbid patients with chronic diseases like the selected ACSCs, for whom optimal care would require well-coordinated, integrated health services delivery structures encompassing providers across the care trajectory.

The project "Accountable Care in Germany" aims to improve coordination and communication among providers within the ambulatory care sector and across the sectors. Using routine data for 150 000 patients with ambulatory care sensitive diagnoses in Germany, providers who treat the same patient population will be identified and be grouped into physician networks. The networks will be randomised in two groups, one of which will receive exhaustive information on processes (hospitalisations following ambulatory care sensitive diagnoses as the primary outcome) and characteristics of their networks generated using routine data. Following the feedback the networks will be invited to so called "quality circles" to discuss the indicators and potential measures to improve coordination among their network.

end of 1:1-Block scientific synopsis  
start of 1:1-Block keywords

## Keywords

accountable; audit and feedback; physicians; networks; continuity of care; ambulatory care; quality indicators; routine data

end of 1:1-Block keywords  
start of 1:1-Block forwarded Data

## Do you plan to share individual participant data with other researchers?

No

end of 1:1-Block forwarded Data  
start of 1:1-Block forwarded Data Content

## Description IPD sharing plan:

Routine data will only be analysed by the project team. Data of patients and participants of the study will not be shared with the public due to data protection issues.

end of 1:1-Block forwarded Data Content  
start of 1:1-Block organizational data

## Organizational Data

- DRKS-ID: DRKS00020884
- Date of Registration in DRKS: [---]\*

- Date of Registration in Partner Registry or other Primary Registry: [---]\*
- Investigator Sponsored/Initiated Trial (IST/IIT): yes
- Date of (leading) Ethics Committee Application: 2017/09/22
- Date of (leading) Ethics Committee Approval: 2018/01/22
- Ethics Approval/Approval of the Ethics Committee: Approved
- (leading) Ethics Committee No.: 2017-05-4290 / 6096R, Ethik-Kommission an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

end of 1:1-Block organizational data

start of 1:n-Block secondary IDs

## Secondary IDs

- [---]\*

end of 1:n-Block secondary IDs

start of 1:N-Block indications

## Health Condition or Problem studied

- Free text: Ambulatory care sensitive conditions with high prevalence and interdisciplinary treatment  
I20, I25  
I21, I22, I23, I24  
I50  
I05, I06, I07, I09, I08, I49, I48, I67, I70, I73, I78, I80, I83, I86, I87, I95, R00, I42, I74  
J20, J21, J22, J40, J41, J42, J43  
J44, J47  
F10, F11  
M42, M47, M53, M54, M50, M51  
I10-I15  
K52, K57, K58, K59  
A00 - A09  
J10, J11, J13, J14, J15, J16, J18, J12  
H66, J01-J03, J06, J31, J32, J35, H65, H73, J04, R07.0  
F32, F33  
E10, E11, E13, E14, E16  
M17

end of 1:N-Block indications

start of 1:N-Block interventions

## Interventions/Observational Groups

- Arm 1: Receipt of feedback to indicators for the treatment of the above mentioned diseases, invitation to network meetings
- Arm 2: Treatment as usual

end of 1:N-Block interventions

start of 1:1-Block design

## Characteristics

- Study Type: Interventional
- Study Type Non-Interventional: [---]\*
- Allocation: Randomized controlled trial

- Blinding: Open (masking not used)
- Who is blinded: [---]\*
- Control: Control group receives no treatment
- Purpose: Health economics
- Assignment: Parallel
- Phase: IV
- Off-label Drug use: No

end of 1:1-Block design

start of 1:1-Block primary endpoint

## Primary Outcome

Ambulatory care sensitive hospitalizations due to the above mentioned conditions

end of 1:1-Block primary endpoint

start of 1:1-Block secondary endpoint

## Secondary Outcome

The secondary outcomes are indicators of the proportion of guideline-based treatments and acceptance among service providers.

end of 1:1-Block secondary endpoint

start of 1:n-Block recruitment countries

## Countries of Recruitment

- DE: Germany

end of 1:n-Block recruitment countries

start of 1:n-Block recruitment locations

## Locations of Recruitment

- other Kassenärztliche Vereinigung, Hamburg
- other Kassenärztliche Vereinigung, Schleswig-Holstein
- other Kassenärztliche Vereinigung, Nordrhein
- other Kassenärztliche Vereinigung, Westfalen-Lippe

end of 1:n-Block recruitment locations

start of 1:1-Block recruitment

## Recruitment

- Planned/Actual: Actual
- (Anticipated or Actual) Date of First Enrollment: 2018/08/20
- Target Sample Size: 6481
- Monocenter/Multicenter trial: Multicenter trial
- National/International: National

end of 1:1-Block recruitment

start of 1:1-Block inclusion criteria

## Inclusion Criteria

- Gender: Both, male and female
- Minimum Age: 18 Years
- Maximum Age: no maximum age

end of 1:1-Block inclusion criteria

start of 1:1-Block inclusion criteria add

## Additional Inclusion Criteria

A total of 6.481 physicians which are part of one of the 100 intervention networks are recruited. The physician networks were constructed based on physician-patient visits based on routine data of patients with the above mentioned diseases. Networks were cluster-randomized based on region, rural/urban area, size of the network.

Networks: consisting of 20-120 physicians, working in one of the 4 physician association regions. 100 intervention, 100 control networks

Physicians: Identified in an intervention / control network, practicing in one of the 4 defined regions

Patients: Insurees in one of the participating insurances (AOK Rheinland-Hamburg / AOK Nordwest / TK), living in the intervention region, at least one diagnosis of the above mentioned ambulatory care sensitive conditions

end of 1:1-Block inclusion criteria add

start of 1:1-Block exclusion criteria

## Exclusion Criteria

Participants: patients in a dialysis treatment

Physicians: Pediatricians incl. Pediatric disciplines, laboratory medicine, microbiology, virology and infection epidemiology, maxillofacial surgeons, pathology, radiology, neuroradiology, radiation therapy, transfusion medicine, child and adolescent psychotherapist

end of 1:1-Block exclusion criteria

start of 1:n-Block addresses

## Addresses

- Primary Sponsor
  - start of 1:1-Block address primary-sponsor
    - Fachbereich Health Services Management - Ludwig-Maximilians-Universität München
    - Ms. Prof. Dr. Leonie Sundmacher
    - Schackstraße 4
    - 80539 München
    - Germany
  - end of 1:1-Block address primary-sponsor
  - start of 1:1-Block address contact primary-sponsor
    - Telephone: 089 2180 3110
    - Fax: 089 2180 99 3110
    - E-mail: [sundmacher@bwl.lmu.de](mailto:sundmacher@bwl.lmu.de)
    - URL: <http://www.hsm.bwl.uni-muenchen.de>
  - end of 1:1-Block address contact primary-sponsor
- Contact for Scientific Queries
  - start of 1:1-Block address scientific-contact
    - Medizinische Hochschule Hannover
    - Ms. Dipl.-Mathematikerin Birgitt Wiese
    - Carl-Neuberg-Str. 1



- 30625 Hannover
- Germany
- end of 1:1-Block address scientific-contact
- start of 1:1-Block address contact scientific-contact
- Telephone: +49 (511) 532-4414
- Fax: +49 (511) 69688873
- E-mail: [wiese.birgitt@mh-hannover.de](mailto:wiese.birgitt@mh-hannover.de)
- URL: <https://www.mhh.de/allgmed>
- end of 1:1-Block address contact scientific-contact
- Contact for Public Queries
- start of 1:1-Block address public-contact
- Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin (ifam)
- Mr. Prof. Stefan Wilm
- Moorenstr. 5
- 40225 Düsseldorf
- Germany
- end of 1:1-Block address public-contact
- start of 1:1-Block address contact public-contact
- Telephone: 0211/81-17771
- Fax: 0211/81-18755
- E-mail: [stefan.wilm@med.uni-duesseldorf.de](mailto:stefan.wilm@med.uni-duesseldorf.de)
- URL: <http://www.uniklinik-duesseldorf.de/allgemeinmedizin>
- end of 1:1-Block address contact public-contact

end of 1:n-Block addresses

start of 1:n-Block material support

## Sources of Monetary or Material Support

- Public funding institutions financed by tax money/Government funding body (German Research Foundation (DFG), Federal Ministry of Education and Research (BMBF), etc.)
- start of 1:1-Block address materialSupport
- DLR Projektträger - Bereich Gesundheit - als Projektträger für den Innovationsausschuss beimG-BA
- Heinrich-Konen-Str. 1
- 53227 Bonn
- Germany
- end of 1:1-Block address materialSupport
- start of 1:1-Block address contact materialSupport
- Telephone: [---]\*
- Fax: [---]\*
- E-mail: [---]\*
- URL: [---]\*
- end of 1:1-Block address contact materialSupport

end of 1:n-Block material support

start of 1:1-Block state

## Status

- Recruitment Status: Recruiting ongoing
- Reason, if "Recruitment stopped after recruiting started" or "Recruiting withdrawn before recruiting started": [---]\*
- Reason, if Reason for Recruiting Stop "Other": [---]\*
- Study Closing (LPLV): [---]\*
- Number of Participants in Germany after Recruiting complete: [---]\*
- Total Number of Participants (all Sites worldwide) after Recruiting complete: [---]\*

end of 1:1-Block state

start of 1:n-Block publications

# Trial Publications, Results and other Documents

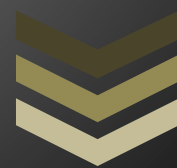
- [---]\*

end of 1:n-Block publications

All grey highlighted fields will not be displayed on the public web site.

\* This entry means the parameter is not applicable or has not been set.

# Accountable Care in Deutschland – Abschlussbericht der Pilotstudie



Verena Leve,  
Olaf Reddemann, Stefan Wilm

Nur zur internen Verwendung

Gefördert durch den Gemeinsamen Bundesausschuss,  
Innovationsausschuss (Innovationsfonds);  
Förderkennzeichen: 01VSF16046

Institut für Allgemeinmedizin  
(ifam)

Medizinische Fakultät der  
Heinrich-Heine-Universität  
Düsseldorf

Werdener Str. 4, 40227  
Düsseldorf

verena.leve@med.uni-  
duesseldorf.de

21.10.2018

## Inhalt

1.	Einleitung / Zielsetzung.....	1
2.	Methoden .....	3
2.1.	Fokusgruppen .....	3
2.1.1.	Fragestellungen .....	4
2.1.2.	Stichprobenplanung .....	5
2.1.3.	Rekrutierung .....	6
2.2.	Pilot-Netzwerke.....	7
2.2.1.	Fragestellungen .....	7
2.2.2.	Rekrutierung .....	8
2.3.	Einzelinterviews .....	9
2.4.	Auswertung.....	10
2.5.	Stichprobenbeschreibung.....	11
3.	Ergebnisse.....	13
3.1.	Netzwerkkonstruktion.....	13
3.1.1.	Relevanz des persönlichen Netzwerkes für die Versorgung .....	15
3.1.2.	Übereinstimmung mit formalisierten Netzwerken .....	16
3.2.	Kritische Anlässe und diesbezügliche Verantwortlichkeiten im Netzwerk.....	17
3.3.	Kooperation / Zusammenarbeit im Netzwerk .....	20
3.3.1.	Barrieren / Hinderliche Faktoren für die Zusammenarbeit .....	20
3.3.1.1.	Parallelwelten .....	20
3.3.1.2.	Fehlende Verbindlichkeit .....	21
3.3.1.3.	Unterschiedliche Haltungen .....	21
3.3.1.4.	Mangelnde Kommunikation .....	23
3.3.1.5.	Lange Wartezeiten .....	25
3.3.1.6.	Konkurrenz .....	25
3.3.1.7.	Strukturelle Herausforderungen .....	26
3.3.2.	Förderliche Faktoren für die Zusammenarbeit.....	26
3.3.2.1.	Zuverlässige Ansprechpartner_innen im Netzwerk.....	26
3.3.2.2.	Gemeinsam geteilte Haltungen .....	27
3.3.2.3.	Gelingende Kommunikation .....	28
3.3.2.4.	Zusammenarbeit.....	29
3.4.	Intersektorale Zusammenarbeit / Kliniken .....	31

3.5.	Berufszufriedenheit .....	33
3.6.	Strukturelle Rahmenbedingungen .....	33
3.6.1.	Regionale Unterschiede .....	33
3.6.2.	Systembezug.....	34
3.7.	Wünsche für die Netzwerkarbeit .....	36
3.7.1.	Zugänge zum Netzwerk.....	36
3.7.2.	Themen für die Zusammenarbeit.....	37
3.7.3.	Netzwerkgestaltung und intersektorale Zusammenarbeit .....	38
3.8.	Bedeutung der Netzwerkinformationen.....	40
3.9.	Steigerung der Studienbeteiligung.....	41
3.9.1.	Gründe für Nichtteilnahme an Netzwerk-Treffen .....	41
3.9.2.	Ansprache von Netzwerk-Mitgliedern.....	41
3.9.3.	Netzwerktreffen.....	43
4.	Diskussion .....	45
4.1.	Netzwerkkonstruktion und Netzwerkinformationen .....	45
4.2.	Gewinnung von Netzwerktreffen-Teilnehmer_innen.....	46
4.3.	Durchführung von Netzwerktreffen .....	49
4.4.	Training von Moderator_innen.....	49
4.4.1.	Lehrziele des Moderator_innen Trainings .....	51
4.4.2.	Umsetzung des Moderator_innen-Trainings .....	51
4.4.3.	Inhalte des Trainings.....	51
4.5.	Studienbezogene Ergebnisse.....	54
5.	Fazit .....	57
6.	Literatur .....	59
7.	Anhang .....	61
7.1.	Ablaufplan Fokusgruppen .....	61
7.2.	Einladung Pilot-Netzwerke .....	67
7.3.	Projektinformation.....	68
7.4.	Fax-Anmeldung.....	69
7.5.	Ablaufplan erstes Pilot-Netzwerktreffen.....	70
7.6.	Ablaufplan Folge-Pilot-Netzwerktreffen .....	72
7.7.	Kategoriensystem.....	74
7.8.	Moderator_innen-Handbuch .....	79

## 1. Einleitung / Zielsetzung

Internationale Studien belegen, dass durch die Stärkung des informellen Austausches zwischen Akteur\_innen im Gesundheitswesen und durch Feedback zur gemeinsamen Arbeit die Versorgung von Patient\_innen verbessert werden kann (Baier et al 2014; Glasziou et al 2005; Ivers et al 2012, 2014; Sundmacher et al 2015). Auch ist davon auszugehen, dass durch Modifikationen der Alltagsroutinen im interdisziplinären Austausch die Berufszufriedenheit von Ärzt\_innen gesteigert werden kann. Vor diesem Hintergrund hat sich die Studie „ACD – Accountable Care in Deutschland – Verbesserung der Patientenversorgung durch Vernetzung von Leistungserbringern und informierten Dialog“ (ACD) zum Ziel gesetzt, mit einem breit aufgestellten Konsortium (siehe <https://acd-projekt.de/>) die Zusammenarbeit zwischen Akteuren in der ambulanten Versorgung im Gesundheitswesen in Deutschland zu optimieren. Gefördert wird die ACD-Studie in den Jahren 2017 – 2020 durch den Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von Versorgungsforschung (§ 92a Abs. 2 SGB V) (Förderkennzeichen: 01VSF16046).

Im Rahmen der ACD-Studie wird eine Intervention zur Verbesserung der Zusammenarbeit der Akteure in der ambulanten Versorgung entwickelt, pilotiert und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Gemäß den MRC-Richtlinien zur Entwicklung komplexer Interventionen (Craig et al 2008) werden basierend auf dem internationalen Forschungsstand zunächst einzelne Interventionselemente zur Optimierung der Zusammenarbeit identifiziert. Netzwerke von Versorger\_innen werden ermittelt, die tatsächlich gemeinsam Patient\_innen versorgen. Hierzu werden anhand von Patientenpfaden in Routinedaten von drei gesetzlichen Krankenversicherungen ärztliche Netzwerke errechnet. In der explorativen cluster-randomisierten Interventionsstudie werden Interventionspraxen dann über Art und Struktur ihres Netzwerkes informiert und erhalten die Gelegenheit, sich auf Basis regelmäßiger Netzwerkinformationen zur gemeinsamen Versorgung in moderierten Netzwerktreffen auszutauschen.

Im Sinne des MRC-Schemas wurde eine ACD-Pilotstudie in Nordrhein-Westfalen (NRW) durchgeführt, um vorgesehene Studienprozesse, Interventionselemente, Instrumente, Indikatoren und Feedbacks zur Netzwerkarbeit von ambulanten Ärzt\_innen zu erproben und weiterzuentwickeln sowie die Akzeptanz bei den Beteiligten zu prüfen. Ergebnisse dieser

Pilotstudie sowie von Fokusgruppen mit niedergelassenen Ärzt\_innen fließen in die Vorbereitungen der Intervention und der Wirksamkeitsstudie ein.

Der vorliegende Bericht stellt die Methoden und Ergebnisse der ACD-Pilotstudie vor. Im zweiten Teil werden Implikationen für die Durchführung der ACD-Interventionsstudie diskutiert.

## 2. Methoden

In der Pilotphase wurde entsprechend der Guideline des Medical Research Council (MRC) zur Entwicklung komplexer Interventionen (Craig et al 2008) eine qualitative Studie zur Entwicklung und Modifizierung der ACD-Intervention unter Federführung des Instituts für Allgemeinmedizin (ifam) der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf durchgeführt. Zur Prüfung und Schärfung der Netzwerkkonstruktion wurden Fokusgruppen und ergänzend (unter Modifikation des Studiendesigns) Einzelinterviews mit ambulant tätigen Ärzt\_innen genutzt. Parallel wurde eine Pilotierung in zwei Netzwerken vorgenommen, im Rahmen derer einzelne Interventionselemente, die basierend auf dem aktuellen Forschungsstand entwickelt wurden, erprobt und modifiziert wurden. Sowohl die Fokusgruppen als auch die Netzwerk-Pilotierung wurden exemplarisch in NRW angesiedelt (auf engem Raum sowohl großstädtische als auch ländliche Regionen, hohe Arztdichte, gut verfügbare Infrastruktur, Sitz des federführenden Forschungsinstituts).

### 2.1. Fokusgruppen

Fokusgruppen sind besonders geeignet, um Einstellungen Einzelner sowie der gesamten Gruppe im Interaktionsprozess zu erfassen (Lamnek 2010). Zentral für die Fokusgruppen ist die Interaktion in Gruppendiskussionen, die Einstellungen offengelegt, die im Alltag das Denken, Fühlen und Handeln determinieren (Lamnek 2010, Przyborski, Riegler 2010). In der Interaktion mit anderen Gruppenmitgliedern werden ausgehend vom Stimulus-Thema konkrete Alltagserfahrungen und Positionen benannt, die von der Gruppe aufgegriffen, bestätigt oder hinterfragt werden. Im moderierten Austausch mit den Gruppenmitgliedern werden Begründungen für die eigene Positionierung benannt, die den Forschenden einen Blick auf Einstellungen und Motivationen der Beteiligten ermöglicht. (Misoeh 2014)

Für den Einstieg der ACD-Fokusgruppen wurde eine offene Frage als Gesprächsstimulus gesetzt, die auf das Erleben der Zusammenarbeit im ambulanten Versorger-Netzwerk rekurriert (s. Anlage 7.1). Im weiteren Verlauf wurden dann Äußerungen der Teilnehmenden durch die Moderator\_innen aufgegriffen und auf der Basis der Fragestellungen (vgl. Kapitel 2.1.1.) einzelne Diskussionsaspekte vertiefend behandelt. Eine definitorische Differenzierung von „Netzwerken“ wurde im Rahmen der Fokusgruppendiskussion nicht vorgenommen, um



die literaturbasierte Netzwerkkonstruktion anhand der Einschätzungen der Teilnehmenden zu überprüfen.

Die Fokusgruppen wurden wechselweise von drei mit der Methode langjährig vertrauten Wissenschaftler\_innen (Psychologie, Humanmedizin, Gerontologie) des ifam unter wechselseitiger Supervision moderiert. Fokusgruppen, die nicht im Rahmen bereits bestehender Fortbildungen und/oder Qualitätszirkel stattfanden, wurden über die Ärztekammer Nordrhein zertifiziert. Für die Teilnahme an den Gruppen erhielten die Teilnehmenden CME-Punkte; finanzielle Incentives gab es nicht. Die Treffen fanden entsprechend dem jeweiligen Rekrutierungsweg (vgl. Kapitel 2.1.3.) in verschiedenen Orten/Räumen statt. Die Diskussionen dauerten zwischen 37 und 88 Minuten (im Mittel ca. 67 Minuten) und wurden mit Einverständnis der Teilnehmenden digital aufgezeichnet und zusätzlich protokolliert. Im Anschluss erfolgte eine wörtliche Transkription, die die Basis der Datenauswertung bildet. Die Moderator\_innen erstellten nach jeder Fokusgruppe ein Memo zu Gesprächssituation, -atmosphäre und -verlauf.

### **2.1.1. Fragestellungen**

Zielsetzung der ACD-Fokusgruppen ist es, die Zusammensetzung der als relevant erlebten Netzwerke im Praxisalltag zu prüfen. Darüber hinaus soll die Bedeutung von Verantwortlichkeit im Netzwerk und hinderlichen und förderlichen Faktoren in der Zusammenarbeit ermittelt werden. Leitende Fragestellungen für die Auswertung waren:

- Wie wird das eigene Netzwerk wahrgenommen (Konstruktion)? Welche Facharztgruppen gehören zum eigenen Netzwerk? Wie viele Patient-innen werden gemeinsam versorgt?
- Wie sind Behandlungspfade im Netzwerk organisiert und Verantwortlichkeiten im Netzwerk geregelt? Wer fühlt sich in welchen Situationen / Zusammenhängen verantwortlich für den\_die Patient\_in? Wo liegen die größten Probleme in der Zusammenarbeit?
- Lassen sich wiederkehrende „kritische Momente“ und „schwierige Anlässe in der Zusammenarbeit“ identifizieren?

- Welche Unterstützungsbedarfe haben Netzwerke für die Verbesserung der kontinuierlichen Versorgung? Welche Inhalte sind für die teilnehmenden Ärzt\_innen besonders wichtig zur Verbesserung der Zusammenarbeit?
- Wie und über welche Kontaktwege lassen sich Ärzte\_innen konkret für die Teilnahme an der ACD-Studie gewinnen? Wie lassen sich die Bereitschaft und das Interesse von Ärzt\_innen in der ambulanten Versorgung erhöhen, sich an einem Netzwerk aktiv zu beteiligen?
- Bestehen regionale Unterschiede in der Zusammenarbeit von Netzwerken, und woran lassen diese sich festmachen?

### 2.1.2. Stichprobenplanung

Die Rekrutierung der Ärzt\_innen für die Fokusgruppen folgte dem Ansatz des „purposive sampling“, mit dem Ziel hoher Varianz in den Merkmalen Facharztgruppe, Niederlassungsdauer, Gender und Region (städtisch/ländlich) (Schreier et al 2008). Bei der Stichprobenplanung wurden die Kriterien mit folgender Zielsetzung berücksichtigt:

- *Facharztgruppe*: Vor dem Hintergrund interdisziplinärer Netzwerke in der Versorgung sollten möglichst viele, unterschiedliche Facharztgruppen in die Fokusgruppen einbezogen werden, um evtl. abweichende Konstruktionen von Netzwerken und Erwartungen an die Arbeit im Netzwerk zu ermitteln.
- *Niederlassungsdauer*: Mit zunehmender Niederlassungsdauer entwickeln und verändern sich die Routinen in der ambulanten Zusammenarbeit; die Haltung zu und die Kultur von Kooperation kann durch unterschiedliche Sozialisationsprozesse bei jüngeren und älteren Ärzt\_innen unterschiedlich sein.
- *Gender*: Um mögliche geschlechterspezifische Unterschiede in der Netzwerkbildung oder in Bedarfen zur Kooperation im Netzwerk ermitteln zu können, wurde im Rahmen der Rekrutierung ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis angestrebt.
- *Region (Stadt/Land)*: Die Infrastruktur ist in städtischen und ländlichen Regionen höchst unterschiedlich gestaltet (Fahrzeiten, Facharztichte etc.). Da für die ACD-Interventionsstudie der Einbezug sowohl von ländlichen als auch von städtischen Netzwerken geplant ist, sollten möglichst breit Perspektiven und Erfahrungen von ambulant Tätigen aus unterschiedlichen regionalen Settings ermittelt werden.

### 2.1.3. Rekrutierung

Zur Rekrutierung der Teilnehmenden für Fokusgruppen wurde ein Anschreiben mit Studieninformationen von der Projektgruppe erstellt. Dieses wurde postalisch, per Fax oder E-Mail über unterschiedliche Wege verbreitet.

- **Rekrutierung über bestehende interdisziplinäre Qualitätszirkel und formalisierte Netzwerke in NRW**

Basierend auf dem Verzeichnis zertifizierter Qualitätszirkel im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KV NO) wurden gezielt Moderator\_innen interdisziplinärer Qualitätszirkel (QZ) telefonisch angesprochen, über die Studie informiert und gebeten, die Studieninformationen an Mitglieder weiterzuleiten. Ebenso wurde mit bestehenden Netzwerken verfahren. Hier wurden entsprechend Schlüsselpersonen aus den bestehenden Netzwerken identifiziert und als Multiplikator\_innen angesprochen. Bei Interesse der QZ- bzw. Netzwerkmitglieder, sich an der Studie zu beteiligen, wurde im Rahmen eines bereits terminierten Treffens der jeweiligen Gruppe ein Zusatzblock für die Projektvorstellung und Fokusgruppe eingeplant.

- **Rekrutierung von Praxen des Instituts für Allgemeinmedizin (ifam), Düsseldorf**

Ärzt\_innen des Lehr- und Forschungspraxennetzes des ifam wurden für die Fokusgruppen rekrutiert. Hierbei handelt es sich überwiegend um hausärztlich tätige Ärzt\_innen. Über die bestehenden Kontakte der Institutsleitung und der Forschungspraxen in die Versorgung konnten darüber hinaus über diesen Weg zusätzlich Spezialist\_innen für die Teilnahme an Fokusgruppen gewonnen werden.

- **Rekrutierung über Pilot-Netzwerke**

Für die Durchführung der Pilotstudie wurden vier Pilot-Netzwerke in NRW rechnerisch ermittelt (vgl. Kapitel 2.2). In die Pilotstudie wurden dann zwei der vier Pilot-Netzwerke einbezogen. Über die anderen beiden Netzwerke wurden Teilnehmende unterschiedlicher Facharztgruppen für die Fokusgruppen rekrutiert.

## 2.2. Pilot-Netzwerke

Für die Arbeit mit Pilot-Netzwerken wurden zunächst in Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg Netzwerke von Versorger\_innen identifiziert. Die ACD-Netzwerke werden anhand von Patientenverläufen in der Versorgung errechnet. Hierzu werden Routinedaten zunächst pseudonymisiert und aggregiert und dann mittels verschiedener Algorithmen Netzwerke von behandelnden Ärzt\_innen ermittelt. Die Ärzt\_innen eines Pilot-Netzwerkes stehen über mindestens 20 Patient\_innen untereinander in Verbindung. Die Identifikation der Pilot-Netzwerke erfolgte über die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des Fachbereichs Health Services Management (HSM) der Ludwig-Maximilians Universität München (LMU). (Vgl. ACD-Handbuch für Moderator\_innen 2018: 2)

Von den vier errechneten Pilot-Netzwerken in NRW wurden zwei ausgewählt und zur Teilnahme an der Pilotstudie eingeladen. Bei der Auswahl wurde sowohl eine städtische als auch eine ländliche Region berücksichtigt. Mit einem Netzwerk konnten insgesamt vier Treffen durchgeführt werden, mit dem zweiten Netzwerk zwei.

Die Treffen wurden als zeitlich begrenzte, anlassbezogene Qualitätszirkel (QZ) zur Stärkung der Zusammenarbeit im Netzwerk bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zertifiziert. Für die Teilnahme erhielten die Teilnehmenden CME-Punkte; finanzielle Incentives gab es nicht. Moderiert wurden die Treffen der Pilot-Netzwerke durch einen langjährig erfahrenen ärztlichen QZ-Moderator. Die Netzwerktreffen fanden in zentral gelegenen Veranstaltungsräumen in der jeweiligen Region statt, die durch die Netzwerkmitglieder gut erreichbar waren. Die Netzwerktreffen dauerten 2,5 Stunden.

In den Pilot-Netzwerken wurden Daten zur gemeinsamen Arbeit über Beobachtungsverfahren (Lamnek 2010, Wall 2015), handschriftliche Protokolle sowie Fotodokumentation der Arbeitsergebnisse erhoben. Eine wissenschaftliche Mitarbeiterin des ifam (Soziologie/ Gerontologie) nahm zur Datenerhebung und Datensicherung sowie zur Supervision des Moderators an allen Pilot-Netzwerktreffen teil.

### 2.2.1. Fragestellungen

Die Fragestellungen für die Pilot-Netzwerktreffen folgten in der ersten Sitzung denen der Fokusgruppen (vgl. Kapitel 2.1.1). Ziel der Folgetreffen war es, einzelne Interventionselemente, wie bspw. Struktur und Ablauf der Treffen, Umgang mit

Netzwerkinformationen etc. auf ihre Praxisrelevanz zu testen und mit den Teilnehmenden weiterzuentwickeln. Auch dienten die Treffen der Pilot-Netzwerke dazu, Hinweise auf weitere Informationsbedarfe der Teilnehmenden, kritische Anlässe in der Gruppendiskussion und zusätzliche Unterstützungsmaterialien für Moderator\_innen zu erarbeiten. Die Teilnehmenden wurden darüber hinaus zu studienbezogenen Aspekten befragt. Diese beinhalteten Rückmeldungen zu Rekrutierungswegen, Anschreiben und Informationsmaterialien, Rahmenbedingungen für Treffen (Zeit, Ort, Dauer etc.) sowie Hintergründe zur Motivation an der ACD-Studie teilzunehmen.

### 2.2.2. Rekrutierung

Für die Ansprache der Mitglieder der zwei ausgewählten Pilot-Netzwerke (vgl. Kapitel 2.2) wurde ein mehrstufiges Verfahren eingesetzt. Zunächst wurden die Pilotnetze auf die Übereinstimmung mit formalisierten Netzwerken in der Region überprüft, um weitere potenzielle Wege zur Ansprache zu ermitteln. So ermittelte Schlüsselakteure wurden vorab über das Projekt informiert und gebeten, ihre Netzwerkmitglieder auf die Pilotstudie hinzuweisen.

Alle Personen in den beiden Pilot-Netzwerken wurden dann vor dem ersten Treffen in mehreren aufeinanderfolgenden Schritten kontaktiert:

#### 1. Postalisch:

Die erste postalische Ansprache enthielt ein Anschreiben mit der Bitte um Unterstützung bei der Studie sowie eine allgemeine ACD-Projektinformation mit prognostiziertem Zeitaufwand und eine Fax-Anmeldung für den ersten konkreten Termin des Pilot-Netzwerktreffens.

Erfolgte über die Fax-Antwort eine Anmeldung zur Teilnahme an der Studie oder Bitte um weitere Informationen, erhielten die Teilnehmenden eine Bestätigung zur Anmeldung per Fax oder E-Mail.

#### 2. Telefonisch:

Im nächsten Schritt wurden alle Ärzte\_innen der Pilot-Netzwerke, die sich nicht zurückgemeldet hatten, telefonisch kontaktiert, um auf das Anschreiben und den anstehenden Termin aufmerksam zu machen. Konnten Ärzt\_innen nicht direkt telefonisch erreicht werden, wurden über die Medizinischen Fachangestellten eine Rückrufbitte sowie

die Mobilfunknummer der wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen hinterlassen. Erfolgte innerhalb von drei Tagen kein Rückruf aus der Praxis, wurden die Ärzt\_innen wieder telefonisch kontaktiert. Häufig wurde in den Telefonaten darum gebeten, die Unterlagen zur Studie erneut zu senden.

### 3. Erneute Ansprache per Fax / E-Mail

Wenn Praxen nicht telefonisch erreichbar waren, bspw. aufgrund von Urlaub, wurden erneut das Anschreiben, die Projektinformation sowie die Fax-Anmeldung per Fax oder – falls bekannt – per E-Mail geschickt.

### 4. Terminerinnerung per Fax / E-Mail:

5-7 Tage vor dem Netzwerktreffen wurden Kurzinformationen mit dem Terminhinweis und der Erinnerung erneut per Fax oder – falls bekannt – per E-Mail an alle Netzwerkärzt\_innen geschickt. Netzwerkmitglieder, die sich bereits angemeldet hatten, erhielten eine leicht modifizierte Form des Anschreibens.

### 5. Einladung per Fax / E-Mail zu dem Folgetreffen

Im Anschluss an das erste Netzwerktreffen wurden per Fax oder per E-Mail Projektinformationen sowie die Einladung mit allen anstehenden Terminen erneut an alle Ärzte\_innen der Pilot-Netzwerke gesendet (Vgl. Schritt 1). In der Folge wurden dann die Schritte 2 - 5 bis zum Ende der Netzwerktreffen wiederholt.

## 2.3. Einzelinterviews

Da an den Fokusgruppen und den Pilot-Netzwerken verschiedene Facharztgruppen nicht teilgenommen hatten, wurden zur Verbreiterung der Datenbasis zur Erfüllung der Stichprobenplanung (vgl. Kapitel 2.1.2.) in Modifikation des geplanten Studiendesigns zusätzlich zwei Einzelinterviews mit Ärzt\_innen relevanter Facharztgruppen durchgeführt. Es handelte sich um leitfadengestützte qualitative Interviews (Misoich 2014, Helfferich 2011, Nohl 2006; Lamnek 2010). Der Leitfaden beginnt analog zu den Fokusgruppen mit einer offenen Erzählaufforderung und berücksichtigt im weiteren Verlauf die Kernfragestellungen, die auch für die Fokusgruppenstudie und die ersten Pilot-Netzwerktreffen leitend waren (vgl. Kapitel 2.1.1.). Im Rahmen der Interviews wurden auch Fragen zu folgenden Themenbereichen gestellt, sofern diese nicht von den Befragten selbst aufgebracht wurden:

- Netzwerkkonstruktion
- Organisation von Behandlungspfaden
- Förderliche / hinderliche Faktoren für die Zusammenarbeit im Netzwerk
- Unterstützungsbedarfe für die Zusammenarbeit
- Steigerung der Teilnahmebereitschaft an Interventionsstudie.

Die Datenerhebung erfolgte mittels persönlicher Befragungen in Räumlichkeiten der Interviewpartner\_innen oder in nahegelegenen, gut erreichbaren Räumlichkeiten, die extra für die Interviews angemietet wurden und einen geschützten Rahmen boten. Finanzielle Incentives wurden nicht angeboten. Die Datenerhebung erfolgte durch eine mit der Methode langjährig vertraute wissenschaftliche Mitarbeiterin des ifam (Soziologie / Gerontologie). Die Gespräche dauerten zwischen 49 und 56 Minuten (im Mittel ca. 52 Minuten) und wurden mit Einverständnis der Teilnehmenden digital aufgezeichnet. Im Anschluss erfolgte eine wörtliche Transkription, die die Basis der Datenauswertung bildet.

## 2.4. Auswertung

Die Auswertung des Datenmaterials aus Fokusgruppen, Pilot-Netzwerken und Einzelinterviews (Transkripte, Memos, Notizen aus der Beobachtung und den telefonischen Kontaktaufnahmen, Protokolle, Fotodokumentationen) erfolgte, wie in der qualitativen Forschung üblich, parallel zur Datenerhebung. Hierdurch kann im Studienverlauf auf neue inhaltliche Aspekte reagiert werden. So konnten bspw. durch eine Modifikation des Studiendesigns (Einzelinterviews) weitere Vertreter\_innen der Spezialisten in die Untersuchung einbezogen werden, für die aus zeitlichen Gründen eine Teilnahme an den Fokusgruppen und/oder Pilot-Netzwerktreffen nicht möglich war. Die Rekrutierung für Fokusgruppen und Einzelinterviews wurde beendet, nachdem für das erhobene Datenmaterial eine inhaltliche Sättigung festgestellt werden konnte. Die Stichprobenplanung konnte dabei weitestgehend erfüllt werden (vgl. Kapitel 2.1.2 und 2.5).

Für die inhaltsanalytische Auswertung des Datenmaterials wurden induktive und deduktive Verfahren zur Kategorienbildung kombiniert (Hsieh, Shannon 2008; Elo, Knygäs 2008). Hierzu wurden zunächst mithilfe des offenen Codierens am Textmaterial (induktiv) in einer multiprofessionellen Auswertungsgruppe an Auszügen aus dem Datenmaterial Kernthemen ermittelt. Die Auswertungsgruppe bestand aus Mitgliedern des ACD-Konsortiums (AOK

Nordrhein/Hamburg, KV HH, KV SH, KV NO, KV WL, LMU, Zi), die nicht an der Datenerhebung beteiligt waren. Die Auswertungsgruppe wurde geleitet und dokumentiert von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin des ifam. Die induktiv gebildeten Kategorien wurden dann an weiterem Textmaterial überprüft und entsprechend erweitert. Anschließend wurde das bestehende Kategoriensystem mit dem aktuellen Forschungsstand zu Netzwerkinterventionen und den Zielsetzungen des Projektes (vgl. Kapitel 1) zur Schärfung der Interventionselemente (Netzwerkinformationen) sowie den Fragestellungen (vgl. Kapitel 2.1.1.) abgeglichen und ergänzt (deduktiv).

Insgesamt konnten 13 Kernkategorien ermittelt werden. Das finalisierte Kategoriensystem wurde dann auf das gesamte Material angewendet (s. Anlage 1.1). Die Datenverarbeitung und -analyse erfolgte computergestützt (MAXQDA) am ifam. Ergebnisse der Analyse wurden im multiprofessionellen Forschungsteam (Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Geriatrie, Soziologie/Gerontologie) des ifam, sowie im ACD-Konsortium in Konsortialtreffen und Telefonkonferenzen über den gesamten Prozess diskutiert und Interpretationsprozesse immer wieder reflektiert.

## **2.5. Stichprobenbeschreibung**

Zwischen November 2017 und Juni 2018 wurden im Rahmen der Pilotstudie 6 Fokusgruppen und 6 Netzwerktreffen sowie 2 Einzelinterviews durchgeführt. Insgesamt waren 38 Fachärzt\_innen (26 männlich, 12 weiblich) beteiligt. Einige nahmen zum Teil mehrfach an Pilot-Netzwerktreffen teil. Die Facharztgruppen setzten sich aus 28 Hausärzt\_innen und 10 Spezialist\_innen zusammen. Die Teilnehmenden verfügten über Facharztqualifikationen in den Bereichen Allgemeinmedizin, Innere Medizin (Schwerpunktpraxen Diabetologie und Sucht), Urologie, Kardiologie, Nephrologie, Allgemein-Chirurgie und Pulmologie. Die Teilnehmenden waren zwischen 1 Monat und 29 Jahren in der eigenen Praxis niedergelassen. Ländlicher und großstädtischer Bereich waren gleichermaßen abgebildet.

Bei der Einordnung der in Kapitel 3. dargestellten Ergebnisse kann also davon ausgegangen werden, dass die erwünschte Breite und Tiefe des Datenmaterials mit Erfassung vieler, auch konträrer Positionen im Feld erreicht wurde, zumal Sättigung eingetreten war (vgl. Kapitel 2.4). Allerdings wird die Pilotstudie eher zur Zusammenarbeit motivierte Ärzt\_innen zur Teilnahme gebracht haben, was sich in den Bereichen Haltungen und Einstellungen tendenziell widerspiegeln dürfte. Diese Ärzt\_innen stellen aber auch die Zielgruppe des ACD-



Projektes und seiner Intervention dar, so dass die Ergebnisse auf die Zielpopulation angewendet werden können.

### 3. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Datenauswertung (vgl. Kapitel 2.4) gruppiert zu den 13 ermittelten Kernkategorien und zu weiteren, sich aus der Zielsetzung der Pilotstudie (vgl. Kapitel 1.) ergebenden übergeordneten Aspekten dargestellt. Zur vollständigen Übersicht der Kernkategorien s. Tabelle Tabelle 1: Übersicht Kernkategorien

*Tabelle 1: Übersicht Kernkategorien (alphabetische Sortierung)*

Bedeutung NW-Informationen
Haltungen / Erwartungen
Herausforderungen in der Zusammenarbeit
Intersektorale Versorgung
Kritische Anlässe
Netzwerkkonstruktion
Positive Einflussfaktoren auf Zusammenarbeit
regionale Unterschiede
Studienbeteiligung
Systembezug
Verantwortlichkeiten Im Netzwerk
Verbesserung der Qualität der Versorgung
Versorgungspfade

Zur Illustration werden bei den Kernkategorien als Ankerbeispiele wörtliche Zitate wiedergegeben (Vgl. Anlage 7.7.), deren Zuordnung zum Datenmaterial über eine Kennungsnummer erfolgt.

#### 3.1. Netzwerkkonstruktion

Die Studienteilnehmenden geben in Bezug auf die Zusammensetzung von Netzwerken an, dass sowohl die Zusammensetzung der Netzwerke als auch Erwartungen an die Arbeit im Netzwerk je nach Anlass der jeweiligen Netzwerkbildung variiert. So wird unterschieden zwischen fünf wesentlichen Netzwerkformen:

- Berufspolitische Netzwerke:  
Diesen wird eher geringe Relevanz zu konkreten Versorgungsfragen zugeschrieben. Hier sehen die Studienteilnehmenden eher Möglichkeiten politisch aktiv zu werden und Versorgungsstrukturen zu gestalten.
- Fortbildungs-Netzwerke:  
haben zum Ziel, gemeinsame Fortbildungen zu Versorgungsthemen anzubieten.
- Qualitätszirkel:  
Diese sind in der Regel eher fachspezifisch organisiert und dienen dem kollegialen Austausch zu bestimmten Fragestellungen zur Versorgung oder auch der konkreten Besprechung von Fällen.
- Formalisierte Netzwerke:  
Diese verfolgen nach Einschätzung der Teilnehmenden häufig eher wirtschaftliche Interessen wie bspw. die Bündelung von Einkäufen, Anschaffung von Geräten oder Software etc. Gegenüber stark formalisierten Netzwerken (als Arztnetz, Ärztenetz, Praxisnetz o.ä. bezeichnet), die bspw. über einen gemeinsamen Namen, Satzung, Geschäftsführung, Mitgliedsbeiträge etc. sichtbar werden, bestehen sowohl starke positive wie auch negative Haltungen. Befürworter\_innen von formalisierten Netzwerken betonen die hohe Wirtschaftlichkeit, Fragen der Öffentlichkeitsarbeit, des Qualitätsmanagements und der Stärkung der einzelnen Akteure in einer Region durch den Zusammenschluss. Kritisch werden formalisierte Netzwerke dann bewertet, wenn der Nutzen für das Netzwerk-Mitglied nicht mehr eindeutig erkennbar ist, der Zugang zur Mitgliedschaft im Netzwerk durch formale Hürden wie bspw. hohe Beiträge oder festgeschriebene Aufnahmekriterien erschwert wird oder bei mangelnder Transparenz der Netzwerk-Aktivitäten und -Prozesse.
- Persönliche Netzwerke:  
sind für den Praxisalltag höchst relevant und ermöglichen patientenzentrierte Versorgung. Der Aufbau persönlicher Netzwerke benötigt viel Zeit und Energie, um Kontakt zu ärztlichen Kollegen\_innen der unterschiedlichen Facharztgruppen aufzunehmen und zu prüfen, in wie weit Haltungen übereinstimmen und die Zusammenarbeit / Kooperation eine stimmige Versorgung der eigenen Patient\_innen ermöglicht. Die persönlichen Netzwerke werden in der Regel über Jahre aufgebaut

und bieten aus Sicht der Studienärzt\_innen Möglichkeiten zur Optimierung der Versorgung durch Kooperationen.

„Wir haben untereinander Netzwerke. Das sind aber eben nicht professionelle Netzwerke, dass man das dann irgendwo auf einer Internetseite hat. Sondern wir bauen uns die ja selber zusammen.“ ACD\_FG\_3

Bei den persönlichen Netzwerken, die patientenzentrierte Versorgung ermöglichen, zeichnen sich sowohl in den Fokusgruppen als auch in den Pilot-Netzwerken deutliche Unterschiede zwischen hausärztlichen und spezialistischen Netzwerken ab. Hausärztliche Netzwerke beziehen nahezu alle Facharztgruppen ein, wohingegen spezialistische Netzwerke häufig weniger umfassend sind und auf ein bestimmtes Versorgungsproblem fokussieren.

„...einige Hausärzte, die eben auch Zuweiser sind. Dann dieser Gastroenterologe, von dem ich gesprochen habe und natürlich eine Reihe von Krankenhausärzten, wo ich oder wir dann wiederum Patienten auch dann hinschicken. Entweder zur Diagnostik, oder zur Operation zum Beispiel.“ ACD\_EZ\_1

### **3.1.1. Relevanz des persönlichen Netzwerkes für die Versorgung**

Persönliche Netzwerke werden von den Teilnehmenden häufig nicht als Netzwerk wahrgenommen, sondern auf der Kooperationsebene in Bezug zum jeweiligen Patient\_innen-Fall betrachtet. Das reine „Mitbehandeln“ der eigenen Patient\_innen durch andere Versorger\_innen wird dabei nicht als Kooperation oder Netzwerkarbeit empfunden.

„All diejenigen, die ich quasi in meine Arbeit miteinbeziehen muss, das geschieht über den persönlichen Kontakt. Oder weil die Kollegen zum Beispiel auch bei Überweisungen extra drauf schreiben, „bitte um Rückruf“, „bitte um Brief“ oder dergleichen, ja. Das heißt, ein richtiges Netzwerk, das auch genutzt wird, wenn das jetzt nicht, wenn es jetzt nicht um einen konkreten Patienten geht, haben wir nicht.“ ACD\_EZ\_1

Ein Netzwerk aus Fachärzt\_innen, das im Bedarfsfall aktiviert wird, um Patient\_innen optimal zu versorgen, muss sich Jede\_r selbst erarbeiten, da die Ansprüche an die Zusammenarbeit beeinflusst werden von persönlichen Eigenschaften und Haltungen. Diese gilt es im persönlichen Kontakt und durch Erfahrungen in der Zusammenarbeit miteinander

zu ermitteln. Es wird von den Teilnehmenden berichtet, dass Netzwerkbildung Zeit braucht, um gegenseitiges Vertrauen aufzubauen und die Passung zu finden.

In Abgrenzung von dem persönlichen Netzwerk wird Netzwerkarbeit in formalisierten Netzwerken (vgl. Kapitel 3.1.) auch als „gordischer Knoten“ bezeichnet (Pilot-Netzwerk A). Engagierte Netzwerker\_innen klagen über mangelndes Interesse zur Vernetzung anderer niedergelassener Kolleg\_innen und erleben die Arbeit in formalisierten Netzwerken häufig als aufreibend für eine kleine Kerngruppe. Gelingt es im Netzwerk nicht, andere zu aktivieren und für die Zusammenarbeit zu begeistern, führt das beim aktiven Teil des Netzwerkes zu Demotivation und Rückzug aus formalisierten Strukturen.

### 3.1.2. Übereinstimmung mit formalisierten Netzwerken

Die errechneten Pilot-Netzwerke in NRW (vgl. Kapitel 2.2.) umfassten 25 - 51 Ärzt\_innen, die gemeinsam Patient\_innen versorgen. Da in den Pilotregionen bereits unterschiedliche formalisierte Netzwerke bestehen, wurden die Mitglieder der errechneten Versorgungs-Netzwerke mit den formalisierten Netzwerklisten abgeglichen. Es zeigt sich, dass die Übereinstimmung zwischen errechnetem, also realem Versorgungs-Netzwerk und formalisierten Netzwerken der gleichen Region relativ gering ist.

Pilot-Netzwerk	Anzahl Ärzt_innen im errechneten Pilot-Netzwerk	Übereinstimmung mit formalisiertem Netzwerk (Anzahl Ärzt_innen)	Anzahl der formalisierten Netzwerke auf die sich TN verteilen
NETZWERK 1	43	1	1
NETZWERK 2	51	7	1
NETZWERK 3	25	3	2
NETZWERK 4	42	9	2

In der Pilotstudie zeigte sich, dass Netzwerke in der Zeit zwischen der Identifikation in Routinedaten und der Ansprache der Netzwerk-Mitglieder zur Studienbeteiligung von natürlicher Fluktuation betroffen sind. So gab es in allen vier Netzwerken 1-2 Ärzt\_innen, die zum Zeitpunkt der Ansprache ihre ambulante Tätigkeit bereits aufgegeben hatten und bei denen eine Praxisweitergabe erfolgte.

Die Teilnehmenden der Pilot-Netzwerktreffen geben an, dass bei der Ansprache und Einladung zur Studienteilnahme zunächst Schwierigkeiten in der Unterscheidung des ACD-Netzwerkes zu dem bereits bestehenden Netzwerk entstehen. Häufig konnte erst bei telefonischer Nachfrage und/oder bei dem Treffen selbst die Unterscheidung zwischen den ACD-Netzwerken, die auf Versorgungsdaten beruhen, und den formalisierten Netzwerken verdeutlicht werden. Dies führte dazu, dass einzelne Teilnehmende an den Treffen nicht zum ACD-Pilot-Netzwerk gehörten, also keine Patient\_innen mit den anderen Anwesenden gemeinsam versorgen, sondern als Vertreter\_in des formalisierten Netzwerkes entsandt wurden.

In den Fokusgruppen und Einzelinterviews wird benannt, dass die vermutete Nähe zum bereits bestehenden formalisierten Netzwerk ein Grund dafür ist, nicht an der Studie teilzunehmen. Hier kommen vor allem in der Region historisch gewachsene Kooperationsstrukturen zum Tragen. Dies kann auch negative Effekte auf die Teilnahmebereitschaft haben, da die kritische Bewertung des bereits bestehenden (formalisierten) Netzwerkes auf das ACD-Netzwerk übertragen und die Identifikation mit dem ACD-Netzwerk erschwert bzw. sogar abgelehnt wird.

Für die Ansprache und deutliche Abgrenzung von bereits bestehenden formalisierten Netzwerken empfehlen die Ärzt\_innen der Pilot-Netzwerke den Mehrwert des ACD-Netzwerkes, nämlich die Arbeit mit Versorgungsdaten zur gemeinsamen Arbeit, bereits früh deutlich hervorzuheben.

### **3.2. Kritische Anlässe und diesbezügliche Verantwortlichkeiten im Netzwerk**

Kritische Anlässe in der Versorgung werden vor allem mit multimorbiden, älteren Patient\_innen verknüpft. Hier wird dem persönlichen Netzwerk eine große Bedeutung zugeschrieben, da es sich häufig um komplexe Versorgungssituationen handelt, die eine Mitbehandlung durch verschiedene Facharztgruppen notwendig machen.

„Man kann natürlich auch einen 40-Jährigen haben. Wenn der sein Leben lang ungesund gelebt hat, der dann biologisch vorgealtert ist. Aber wenn wir jetzt so den Durchschnitt sehen, sind das eher die Älteren, ja.“ ACD\_FG\_5

Für besonders vulnerable Patient\_innen-Gruppen wird die Sorge oder Erfahrung geäußert, dass diese immer wieder durch fehlende Kooperation und mangelnden Austausch zwischen den Akteuren im System ‚verloren gehen‘. Dies kann dazu führen, dass es zu Doppeldiagnostik und Mehrfachbehandlungen, aber auch zu unnötigen Krankenhauseinweisungen kommt.

„Das beschäftigt mich in letzter Zeit am meisten, diese alten Menschen, die einem vom Schirm geraten. Wo man denkt die habe ich ja seit drei Monaten nicht mehr gesehen. Und dann, natürlich weil sie war ja im Krankenhaus (...) Orthopäde hatte die zum Krankenhaus geschickt. Warum? Ja (..) komplexes Geschehen.“

ACD\_FG\_1

Als weitere vulnerable Patient\_innen-Gruppe werden Menschen mit Migrationshintergrund und /oder Sprachproblemen betrachtet.

„Es ist auch die Frage im Spiel, was mache ich mit Patienten, die nicht so gut deutsch sprechen? (...) Dann bringt es nichts, wenn man einen Patienten, der kaum deutsch spricht, einfach so mit einer Überweisung losschickt. Der weiß nicht mal, was er mit einer Überweisung anfangen kann. Und da muss, wie die Kollegin auch gesagt hat, muss man selber auch anrufen, Termine machen. Auch mit Kollegen, die entweder selber auch die Sprache sprechen oder Personal in der Praxis haben, die auch ausländische Patienten aufnehmen können.“ ACD\_FG\_3

Für alle diese Patientengruppen bedarf es einer stärkeren Steuerung innerhalb des Systems und klarer Zuständigkeiten. Dies bedeutet im Einzelfall zusätzliche Arbeit, um das Netzwerk zu aktivieren und geeignete Versorger\_innen zu finden.

„Es gibt ja Patienten, die kommen jetzt sagen wir mal jetzt einer kommt mit Bauchschmerzen oder Ohrensausen und Schwindel zu mir, dann geht das gut, wenn ich sie in der Hand habe und kann den Patienten da irgendwie durchleiten.“

Das klappt schon auch immer mal ganz gut. Da habe ich auch wirklich mein Netzwerk.“ ACD\_FG\_1

Verantwortlichkeiten werden in der Versorgung sehr unterschiedlich betrachtet. Zum einen findet sich in einem wesentlichen Teil der Beiträge die Haltung, dass Ärzt\_innen unabhängig von der Facharztgruppe für den ganzen Menschen verantwortlich sind. Diese Haltung wird auch eng mit der hausärztlichen Tätigkeit verknüpft, und die befragten hausärztlichen Studienteilnehmenden sehen hier insbesondere die Steuerung der Patient\_innen im Versorgungssystem sowie den Schutz der Patient\_innen vor Über- und Fehlversorgung in ihrer Verantwortung. Allerdings gibt es auch Spezialist\_innen, die für sich zumindest bei der Versorgung chronisch Kranker in Anspruch nehmen, „eher hausärztlich“ zu arbeiten (Pilot-Netzwerk A).

„Ja, bei uns ist der Ansatz ja ähnlich wie beim Hausarzt. Wir sehen die ja sowieso wieder.“ ACD\_FG\_4

Zum anderen findet sich bei den Teilnehmenden die Einschätzung, dass Spezialist\_innen für bestimmte Indikationen verantwortlich sind. Dies beinhaltet dann sowohl die Diagnostik als auch die (Weiter-)Behandlung der betroffenen Patient\_innen. Die Zuständigkeit wird abgegeben, wenn der jeweilige Behandlungsanlass entweder abgeschlossen ist (wie bspw. die Wundversorgung) oder die weitere Therapie im spezialistischen Setting angestoßen wird.

"Dass die auch eine Verantwortung für die Medikamente tragen, die sie verordnen.“ ACD\_FG\_5

Wenn die Kommunikation unter den Versorgenden nicht gelingt, bleiben Zuständigkeit und Verantwortlichkeiten unklar. Dies betrifft insbesondere Patient\_innen mit chronischen Erkrankungen, bei denen zwischen den Versorgenden Unklarheiten bestehen, wer von ihnen zu welchem Zeitpunkt für einzelne (Kontroll-)Untersuchungen zuständig sei (vgl. auch Kapitel 3.3). Erwartungen an andere Versorger werden nicht kommuniziert, sondern als allgemein bekannt vorausgesetzt, und es wird und auf die Verteilung von Aufgaben innerhalb des Systems verwiesen.

„Also, ich fühle mich eigentlich jetzt nicht verantwortlich für die hausärztliche Abfolge der Patientenführung. Also ich denke nicht, dass ich jetzt irgendwie mich



dafür verantwortlich fühle, dem Hausarzt zu sagen, bitte unter drei, vier, fünf Medikamenten musst du zumindest zwei Mal im Jahr Blutkontrolle machen. (...) Aber jetzt das entsprechend selber einzufordern oder mich da hervorzutun und das den Kollegen zu sagen, das würde ich jetzt nicht als meine Aufgabe ansehen. (...) Da käme ich mir blöd bei vor.“ ACD\_FG\_4

### 3.3. Kooperation / Zusammenarbeit im Netzwerk

Kooperation wird als bedeutsam für Patient\_innen und den eigenen Arbeitsalltag gesehen. Zusammenarbeit und die Übernahme von Aufgaben im Versorgungssystem werden im Sinne der Patient\_innen organisiert.

„Nein, also ich glaube auch dadurch, dass wir versuchen, wirklich über den Tellerrand zu schauen. Also, dass wir jetzt nicht bei Verdacht auf eine Zyste da gleich nur zum Hautarzt schicken, oder so. Also, wir sehen uns da schon auch in der Verantwortung. Und das schätzen die Patienten auch (...) Wir wollen ja auch versuchen, auch da Fachärzte zu entlasten.“ ACD\_FG\_5

Doch ergeben sich auch immer wieder Probleme, die sich negativ auf die Zusammenarbeit und die Versorgung auswirken.

#### 3.3.1. Barrieren / Hinderliche Faktoren für die Zusammenarbeit

##### 3.3.1.1. Parallelwelten

Als problematisch wird erlebt, wenn **Parallelwelten** angestoßen werden. Diese können zum einen entstehen, wenn Spezialisten\_innen Behandlungspfade ohne Rückkopplung mit anderen beteiligten Ärzt\_innen initiieren.

„Aber wenn wir überhaupt nicht wissen, was Sache ist, können wir auch nicht mitmachen.“ ACD\_FG\_5

Dies kann zu Doppeldiagnostik, Fehl- und Überversorgung führen. Die Teilnehmenden nehmen wahr, dass hier im System durch solche Parallelwelten Schaden für die Patient\_innen entsteht, da sie unnötigen Untersuchungen ausgesetzt sind.

„Jetzt abgesehen von diesem Netzwerk, muss ich sagen, dass wir natürlich als Hausärzte natürlich den allergrößten Bedarf von allen Arztgruppen haben, mehr

Netzwerke eigentlich zu haben. Weil wir haben hier zum Beispiel das Problem, dass wir überhaupt nicht wissen, was für Medikamente die Patienten von anderen Fachärzten verordnet bekommen.“ ACD\_FG\_5

Auch werden hier unnötige Kosten im Gesundheitswesen produziert, die durch eine Verbesserung der Kommunikation und Zusammenarbeit im Netzwerk eingespart werden könnten.

Zum anderen entstehen Parallelwelten, wenn Patient\_innen selbst Behandlungen initiieren, ohne ihre behandelnden Ärzt\_innen zu informieren. Dies wird von den Teilnehmenden als besonders frustrierend erlebt, da in aufwendige Gespräche Energie investiert wird, um Patient\_innen auch über Risiken von Diagnostik zu informieren und aufzuklären.

„Und das Problem ist natürlich glaube ich auch, dass die Patienten zu schnell zu den Fachärzten gehen. Mit Sicherheit ist das auch der Fall.“ ACD\_FG\_5

### 3.3.1.2. Fehlende Verbindlichkeit

Als Herausforderung für die Arbeit im Netzwerk wird benannt, dass Absprachen bspw. zu Behandlungspfaden oder Verträgen nicht eingehalten werden. **Fehlende Verbindlichkeit** unter den Netzwerkpartnern wirkt sich negativ auf das Vertrauen und die Kooperationsbereitschaft innerhalb des Netzwerkes aus.

„Schwierig ist einfach die Verbindlichkeit. (...) Alle sagen, das ist toll, das machen wir. Wenn es darum geht, ja, hier ist das Angebot. Unterschreiben. Dann klappt das letztendlich nie. Das ist ganz, ganz schwierig.“ ACD\_EZ\_2

### 3.3.1.3. Unterschiedliche Haltungen

Werden bei Ärzt\_innen und potenziellen Netzwerkpartnern **Haltungen** wahrgenommen, die nicht den eigenen entsprechen, führt dies zu einem Rückzug. Ärzt\_innen, die sich bspw. für eine ganzheitliche Perspektive und personenzentrierte Versorgung stark machen, lehnen die Zusammenarbeit mit Ärzt\_innen eher ab, die vordergründig wirtschaftliche Interessen zu verfolgen scheinen.

„Da wissen die Patienten schon alle, dass es ihm nur ums Geld geht. Und nicht um irgendwas (..) Das ist furchtbar.“ ACD\_FG\_5

Konträre Haltungen unter den Versorgenden werden mit zusätzlichem Arbeitsaufwand für die eigene Versorgung von Patient\_innen verknüpft, denn es wird viel Energie und Zeit investiert, um Patient\_innen – u.U. sogar erneut – evidenzbasiert zu informieren und aufzuklären.

„Und das zweite große Problem, was ich sehe, ist die zunehmende Kommerzialisierung der ambulanten Medizin. Das heißt, ich verbringe viel Zeit damit, Patienten zu sagen, dass sie keine IGeL-Leistung in Anspruch nehmen sollen und warum nicht.“ ACD\_FG\_1

Die Arbeit mit Patient\_innen wird in solchen Situationen als besondere Herausforderung erlebt, denn die eigene ärztliche Kompetenz steht nicht im Vordergrund, sondern viel mehr besteht der Wunsch seitens der Patient\_innen nach einer Überleitungsfunktion zu anderen Facharztgruppen / Spezialist\_innen. Es kommt hier also nicht zu einer echten Kooperation und gemeinsamen Versorgung von Patient\_innen, sondern viel mehr zu einer spezialistisch ausgerichteten Versorgung, die nicht immer als sinnvoll und notwendig erachtet wird.

„Ja, weil da ja auch häufig dann Diagnostikbedarf generiert wird. Ja, ja das muss sich jetzt auf jeden Fall ... nicht Ihr Hausarzt angucken, sondern das muss sich jetzt noch der Orthopäde, der Neurologe ... und das muss ja unbedingt auch noch ein Fachinternist XY sehen. Und dann kommt mit dieser Idee genährt der Patient vielleicht doch mal zufällig bei uns vorbei und sagt: Wissen Sie, was mein HNO mir empfohlen hat? Und dann musst du nämlich die ganze Zeit quatschen. So geht mir das dann auch. (...) und dann ist der Patient aber erst mal schon mit diesen Ideen angesteckt. Mit Ängstigung. Aber viel häufiger ist ja so, dass dann eben tatsächlich die anderen Termine auch schon gemacht sind, weil der Patient uns ja auch nicht so viel Mühe machen will, sondern uns entlasten (Lachen) wir müssen ja eigentlich nur noch die Überweisung ausstellen.“ ACD\_FG\_1

Eng verknüpft mit der Handlungsfrage ist der gegenseitige **Respekt** im Umgang mit anderen Versorgern sowie der Mangel an **Kenntnis zu der Versorgungsrealität anderer Facharztgruppen**.

„Ein anderes Ärgernis ist dann (...), dass Medikationsvorschläge gemacht werden, aber keine Rezepte oder bestenfalls ein Einmal-Rezept, ne? Und dann auch explizit

gesagt wird, das schreibt Ihnen der Hausarzt auf. Und das ärgert mich immer.“

ACD\_FG\_6

So kann es dazu kommen, dass Einschätzungen aus spezialisierten Settings oder Kliniken als ungerecht und wenig wertschätzend wahrgenommen werden, weil der Eindruck besteht, dass die Komplexität des jeweiligen Versorgungssettings und der Patient\_innen nicht ausreichend berücksichtigt wird. Kritisch für die Fortführung einer guten Zusammenarbeit werden vor diesem Hintergrund bspw. Entwertungen und ungerechtfertigte Pauschalkritik in Arztbriefen erlebt.

„Ja, aber da steckt ja was dahinter, dass die Person in der Rehaklinik, die diesen Brief schreibt, sich auch gar nicht klar macht, dass da ein denkendes Wesen im Austausch mit dem Patienten eine Entscheidung getroffen hat. Das ist wurscht. Und das ist ein Problem im System. Ich weiß aber nicht genau, wie man das lösen soll.“ ACD\_FG\_1

#### 3.3.1.4. Mangelnde Kommunikation

Studienteilnehmende berichten in unterschiedlichen Kontexten von Herausforderungen in der **Kommunikation** im Netzwerk.

- Aufträge auf Überweisungen / Fragestellungen für Mitbehandlung

Fehlen klare Aufträge auf der Überweisung oder bereits vorliegende Befunde für Diagnostik und / oder Mit-Behandlung, wird dies als sehr zeitintensiv von Spezialist\_innen empfunden, da entweder Befunde aufwendig organisiert werden müssen oder Doppeldiagnostik zusätzliche Kosten im System generiert.

„Das schluckt auch so viel Zeit, ne? Schluckt sehr viel unserer Zeit. Dass wir anrufen, dass wir uns bei Kollegen erkundigen, dass wir Befunde anfordern. Zeit eigentlich, die uns dann in der Versorgung der Patienten fehlt. Muss man so sagen.“ ACD\_FG\_5

„Ich habe heute wieder drei Notfallüberweisungen gehabt, wo nie steht, wie schnell der Hausarzt den Termin haben will. Das ist für mich ganz wichtig, weil ich kann ja nicht (...) entscheiden, wie schlecht geht es dem jetzt eigentlich. Weil ich ihn noch nicht gesehen habe, ja? Wenn der Hausarzt mir sagt, ich brauche einen Termin in zwei Wochen und ich mache den möglich, dann mache ich den möglich. Wenn es nicht geht, dann muss ich halt eine Alternative finden. Aber ich brauche zum Beispiel

dieses Formular wirklich korrekt ausgefüllt, ja? Was ein Problem ist, ich brauche auch nur pathologische Befunde. (...) Wir kriegen manchmal falsche Information oder zu viel.“ ACD\_EZ\_2

Ebenso problematisch wird bewertet, wenn klare Fragestellungen bei Überweisungen nicht berücksichtigt und beantwortet werden.

➤ Keine Berichte oder standardisierte Briefe

Der Umgang mit Berichten und Arztbriefen wird sehr unterschiedlich von den Studienärzt\_innen aufgegriffen. Problematisch wird es im eigenen Arbeitsalltag dann erlebt, wenn keine Berichte / Arztbriefe vorliegen.

„Wir kriegen auch grundsätzlich keine Berichte von den Chirurgen, von den Orthopäden gibt es nichts, ne?“ ACD\_FG\_5

Auch standardisierte Briefe werden als wenig hilfreich bewertet.

„Und wenn ich solche standardisierten Briefe kriege, die einfach nichts mehr mit dem Patienten zu tun haben oder nicht unbedingt was mit dem Patienten zu tun haben, die auch irgendwie alle gleich sind (...) Das heißt, da fallen ja auch schon mal etliche dann raus, wo ich sage, also das ist jetzt nicht ein Bericht, mit dem ich hier weiterkomme.“

ACD\_FG\_3

„Manche Berichte sind auch nur ein Beitrag zum Waldsterben.“ ACD\_FG\_3

➤ Rolle der Patient\_innen in der Kommunikation zwischen Versorger\_innen

Patient\_innen werden als wichtige Informationsträger zwischen den versorgenden Ärzt\_innen betrachtet. So werden bspw. Briefe direkt den Patient\_innen mitgeben oder Informationen über Patient\_innen an andere Fachärzt\_innen vermittelt, auch wenn diese möglicherweise einen anfälligen Informationsweg darstellen (z.B. Briefe werden vergessen, Informationen nicht richtig verstanden).

Bei Überlastung im System wird Druck über Patient\_innen auf andere Fachärzt\_innen verlagert. Es wird bspw. als kritisch in der Zusammenarbeit erlebt, wenn über die Patient\_innen Druck aufgebaut wird und sie mit dem Auftrag geschickt werden, sich dringend einen Termin geben zu lassen. Dies führt aus Sicht der Befragten zu einem dazu,

dass bei den Patient\_innen Sorgen geschürt werden. Zum anderen ist aber die tatsächliche Dringlichkeit für die kooperierenden Ärzt\_innen in diesen Situationen schwer einschätzbar.

Funktioniert das Netzwerk nicht optimal, entsteht darüber hinaus das Gefühl, dass Gespräche mit Patient\_innen (Aufklärung, Information) in die Hausarztpraxis verlagert werden. Unklar bleibt in der Diskussion, inwiefern Patient\_innen möglicherweise einen Bedarf nach mehrfacher Aufklärung haben oder möglicherweise auch gar nicht aufgeklärt wurden.

#### **3.3.1.5. Lange Wartezeiten**

Wenn Patient\_innen, die innerhalb des Netzwerkes überwiesen werden, lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, wird dies von den Studienteilnehmenden als Kriterium für die Bewertung der ärztlichen Zusammenarbeit herangezogen. Insbesondere bei dringenden Anlässen besteht das Bedürfnis, sich innerhalb des eigenen Netzwerkes schnell und unkompliziert weiterzuhelfen. Auch wenn Ärzt\_innen eine hohe Bereitschaft zeigen, Termine für ihre eigenen Patient\_innen bei anderen Fachärzt\_innen zu vereinbaren, wird dies als sehr zeitintensiv und aufreibend beschrieben.

#### **3.3.1.6. Konkurrenz**

Negativ auf die Netzwerkarbeit wirkt sich Konkurrenz zwischen den Ärzt\_innen in einer Region aus. So kann die Sorge, Patient\_innen an andere Praxen zu verlieren, dazu führen, dass sich keine vertrauensvollen Strukturen und offenen Kooperationsbeziehungen ergeben.

„Da geht es dann natürlich auch um Geld, um Struktur, um Funktion. Und das klappt im Moment immer schlechter. Also, auch diese Strukturen, die sich da bilden, das muss von vornherein funktionieren. Und wenn es nicht nach anderthalb, zwei Jahren eine vernünftig saubere, gut funktionierende Struktur ist, klappt das in meinen Augen nicht.“

ACD\_EZ\_2

Auch können sich regional gewachsene Strukturen in der Zusammenarbeit negativ auswirken, wenn diese sich in der Vergangenheit verfestigt haben.

„Und hier in X ist die Ärzteschaft sehr historisch, schon als ich hier angefangen habe, sehr zerstritten. Sehr zerstritten. Also, hier gibt es immer schon diese Front zwischen einzelnen Gruppierungen“ ACD\_EZ\_2

### 3.3.1.7. Strukturelle Herausforderungen

Zu den eher strukturellen Herausforderungen für die Zusammenarbeit zählen:

➤ Zu viele Verpflichtungen

Aufgrund der vielen Verpflichtungen und unterschiedlichen Anforderungen der ambulant tätigen Ärzt\_innen zu Fortbildungen, zur Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) und Verträgen zur Integrierten Versorgung sowie zu betriebswirtschaftlichen und Verwaltungs-Belangen als Praxisinhaber\_in wird die Netzwerkarbeit als zusätzliche Belastung wahrgenommen. Auch wenn Netzwerkarbeit als wichtig erachtet wird, bleibt im Alltag häufig wenig Zeit für Treffen und gemeinsames Arbeiten an Netzwerkthemen.

➤ In der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen

Weitere strukturelle Herausforderungen ergeben sich in der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen. Insbesondere in der Versorgung von älteren, multimorbiden Menschen mit Pflegebedarf wird die Zusammenarbeit mit Pflegekräften aufgrund der hohen Belastungen, unterschiedlichen Strukturen im Arbeitsalltag und Haltungsfragen immer wieder als belastend erlebt.

### 3.3.2. Förderliche Faktoren für die Zusammenarbeit

In den Pilot-Netzwerktreffen und Fokusgruppen wurden auch positive Erfahrungen aus der Zusammenarbeit in der Versorgung berichtet. Im Folgenden sind die Punkte zusammengestellt, die aus Sicht der Teilnehmenden für die Zusammenarbeit im Netzwerk förderlich sind; sie spiegeln naturgemäß in vielen Aspekten als Gegenpol die in Kapitel 3.3.1. herausgearbeiteten Barrieren wider.

#### 3.3.2.1. Zuverlässige Ansprechpartner\_innen im Netzwerk

Zuverlässige Ansprechpartner\_innen im Netzwerk sind für die Teilnehmenden von großer Bedeutung. Zuverlässigkeit macht sich daran fest, dass es Möglichkeiten zur direkten Ansprache gibt, wie bspw. direkte telefonische Durchwahlen („Geheimnummern“), dass zeitnahe Rückmeldungen auf Fragen oder zur (Weiter-)Behandlung von Patient\_innen erfolgen, eine aktive Beteiligung an Netzwerkaktivitäten gelebt wird und Absprachen zwischen den Akteuren eingehalten werden.

„Und nehmen auch durchaus Krankenhauseinweisungen vor, wenn sie denn erforderlich sind. Wenn ich sehe, der ist so kritisch krank, dass ich ihn ambulant gar nicht führen kann und es ist zu seinem Wohle, dann organisiere ich auch eine Krankenhauseinweisung. Und auch in einem geeigneten Krankenhaus unter Umständen. Und teile das auch dem Hausarzt mit. Und sage dann nicht, komm, ist nicht mein Problem, geh wieder zum Hausarzt, der soll sich kümmern.“ ACD\_FG\_4

### **3.3.2.2. Gemeinsam geteilte Haltungen**

Die Versorgungsqualität ist für die Teilnehmenden bei der Netzwerkbildung und Kooperation mit anderen Akteuren von großer Bedeutung.

„Also, Qualität ist erstmal der erste Punkt. Der muss stimmen. Und dann das zweite ist natürlich schön, wenn er auch nett ist und umgänglich. Und den Patienten auch noch was erklärt, das ist natürlich sehr komfortabel. Erleichtert das Leben.“ ACD\_FG\_6

Gemeinsam geteilte Haltungen zwischen Netzwerkmitgliedern sind aus Sicht der Befragten für die Zusammenarbeit, die Qualitätsbewertung wie auch für die Identifikation mit dem Netzwerk sehr wichtig.

„Wobei ich muss auch sagen, ich evaluiere quasi auch selber, indem ich mir nämlich auch natürlich angucke, was ich für Rückmeldungen kriege. Also, ich weiß ja ganz genau, von wem ich welche Berichte bekomme. Und ich habe zum Beispiel sehr, sehr lange gebraucht, mal ganz allgemein gesagt, bis ich kardiologische Facharztpraxen meines Vertrauens gefunden habe.“ ACD\_FG\_3

Dabei wird positiv bewertet, wenn die jeweilige fachärztliche Perspektive erweitert wird, Verständnis und Interesse für die Versorgungswirklichkeit / den Praxisalltag anderer Versorger besteht, Ideen zur Versorgungsqualität übereinstimmen und Patient\_innen im Mittelpunkt der Versorgung stehen.

„Also ich kenne auch Orthopäden, wo das sehr, sehr gut klappt insgesamt. Aber das sind meistens aber auch Alleinkämpfer oder Leute, die sage ich mal ein bisschen Idealismus mit dabei haben...“ ACD\_FG\_2

„Ja, aber weil es einfach unterm Strich dem Patienten zugutekommt, wenn das dann aus einem Guss ist. Und wenn er dann auch eben nicht so eben zwischen zwei Stühle



gerät. Und der Kardiologe sagt das, der Hausarzt sagt das. Deswegen kommt es dem Patienten zugute.“ ACD\_FG\_3

### 3.3.2.3. Gelingende Kommunikation

Zentral für das positive Erleben der Zusammenarbeit im Netzwerk sind gelungene Kommunikationsformen und Wege zur gezielten Informationsvermittlung. Hierzu werden von den Teilnehmenden zum Teil Überleitungsbögen genutzt, die gemeinsam entwickelt wurden, oder es haben sich andere Verfahren zur Übermittlung etabliert:

„Die haben ein Formblatt. Wir können das ausfüllen. Faxen das mit den Unterlagen hin. Wir kriegen einen Tag später von denen einen stationären Termin. Das sind so Wege, die die Sache einfach total vereinfachen und wo man so viel Energie spart, ne? Die man sonst verpulvert für nichts. Das ist zu Beispiel so eine Sache, das ist ein kurzer Weg.“ ACD\_FG\_5

Entscheidend für die zusätzliche Informationsübermittlung ist, dass Informationen, Aufträge und Fragen an die Beteiligten konkret und präzise formuliert sind.

„Gefühlt würde ich sagen 2/3 haben noch einen Begleittext auf der Überweisung, der nicht nur fachfremde Erkrankung dann heißt. Also, wir sind ja in der Form schon über viele Jahre organisiert, dass wir bei den Kollegen, mit denen wir zusammenarbeiten, ja eine Voranfrage starten.“ ACD\_FG\_4

Dies gilt insbesondere für die zeitnahe Übermittlung von Befunden, Berichten oder Arztbriefen. Positiv wird erlebt, wenn diese auf die Patient\_innen zugeschnitten sind und die Fragestellungen, die Anlass zur Überweisung waren, konkret beantwortet werden (sofern möglich).

Auch kollegialer Austausch wird von den Beteiligten als entlastend im Praxisalltag erlebt. So können auch bei Überlastung der Akteure bspw. Therapien gemeinsam umgesetzt und für Patient\_innen lange Wartezeiten vermieden werden.

„Und dann dachte die: Wissen Sie was, wenn sie eine haben ... schicken Sie mal hier so ihre Sachen und dann kann ich vielleicht schon mal anfangen mit der Therapie. Und das hatte sich so etabliert, dass ich ... wenn – Rheuma kommt ja häufiger vor, verschiedenster Art und so weiter – dass ich dann anfang, Rheumatologie zu

betreiben bei mir. Es geht auch nicht anders in X, weil es ist Notstandsgebiet. Und war irgendwie stark. Dann konnte ich wirklich die anrufen und (...) wirklich fachlichen Rat einholen.“ ACD\_FG\_1

Um vertrauensvoll miteinander arbeiten zu können, sind der persönliche Kontakt und die Beziehung zu Kolleg\_innen entscheidend. Im direkten persönlichen Austausch können offene Fragen oder Anliegen schnell geklärt werden, was als entlastend im Praxisalltag erlebt wird. Dazu kann der Kontakt auch telefonisch mit ärztlichen Kolleg\_innen oder auch dem Praxisteam erfolgen.

„Wenn er vielleicht persönlichen Kontakt hat, falls jetzt durch die Praxis, durch die Arzhelferin, das muss ja nicht der Kollege selber sein aus Zeitgründen. Aber das finde ich fast noch am besten, weil das dann eigentlich auch am besten funktioniert. Dann kann man das viel besser einschätzen.“ ACD\_FG\_4

Regelmäßige Treffen auch mit informellen Austauschmöglichkeiten werden auch als wichtig benannt:

„Das stärkt auch irgendwie so ein Gemeinschaftsgefühl. Man kennt sich dann auch so persönlich dazu und das hilft in vielen Fällen dann auch noch weiter. Dass man auch irgendwie eine andere Offenheit entwickelt.“ ACD\_FG\_6

„Ich fand auch hier unseren Qualitätszirkel, der hat auch dazu beigetragen, dass man sich einfach kennt. Und man kann ja auch schon mal eine Frage stellen, wenn man nicht weiter weiß.“ ACD\_FG\_6

#### **3.3.2.4. Zusammenarbeit**

Als förderlich für die Versorgung und Entlastung im eigenen Praxisalltag wird erlebt, wenn bei dringenden Fällen zeitnah Termine bei Mitbehandler\_innen vereinbart werden können. Durch die Stärkung der ambulanten Netzwerke können aus Sicht der Beteiligten unnötige Krankenhauseinweisungen reduziert werden.

„Hatte jetzt gerade vor ein paar Tagen zweimal einen Fall, wo es um eine kurzfristige, fachärztliche, ambulante Weiterbehandlung geht. Das waren beides Fälle, wo ich

denke war jetzt nicht unbedingt eine stationäre Einweisung gerechtfertigt. Das eine war eine neurologische Symptomatik – wo ich mich jetzt nicht mehr genau dran erinnern kann, was das war – und da habe ich dann einmal beim Neurologen angerufen. Die konnte am selben Tag direkt noch in die Sprechstunde kommen.“

ACD\_FG\_2

Wichtig sind sowohl in der ambulanten als auch in der intersektoralen Zusammenarbeit das gegenseitige Verständnis und die Anerkennung der Dringlichkeit in der Mitbehandlung bspw. bei der Überweisung von Patient\_innen.

„Und es ist ja auch nicht so, dass wir dann diskutieren. Das sehen wir aber anders. Sondern wenn der Kollege anruft, er findet, dass es dringlich ist, dann kriegt der auch einen schnellen Termin.“ ACD\_FG\_4

Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit und bei der Einhaltung von Absprachen wird ebenfalls positiv erlebt. So wird es bspw. möglich, Parallelwelten in der Versorgung zu vermeiden und Patient\_innen im Netzwerk gezielt zu lenken.

„Und die Zuweiser wissen ja auch, dass die Patienten nicht ohne Überweisung zu uns kommen können. Die kriegen keinen Termin oder es wird nachgefragt, ne? Das heißt, die kriegen immer wieder die Info, Patient will wieder zum Nephrologen.“ ACD\_FG\_4

Um die Zusammenarbeit dauerhaft zu stärken und einen möglichst hohen Nutzen für die Netzwerkmitglieder zu erzielen, gilt es, gemeinsame Themen für das Netzwerk zu identifizieren. Dies können Fortbildungen zu neuen indikationsspezifischen Fragestellungen sein, aber auch Themen, die bspw. die Kommunikation im Netzwerk in den Mittelpunkt stellen. Wichtig erscheint den Teilnehmenden der Pilot-Netzwerke, bei der Auswahl der Diagnosegruppen für die Interventions-Netzwerktreffen solche auszuwählen, die eine hohe Relevanz für möglichst viele / alle Facharztgruppen im Netzwerk haben. Stark spezialisierte Themen können sonst möglicherweise dazu führen, dass diejenigen Fachärzt\_innen, für die dieses Thema keine Relevanz hat, demotiviert werden und nicht mehr zu den Netzwerktreffen erscheinen.

„Wir hatten dann ein eigenes Netzwerk gebildet und haben uns einmal monatlich tatsächlich getroffen mit den Krankengymnasten, mit den Logopäden und wir als

Ärzte und haben die Patienten durchgesprochen. Fand ich eigentlich sehr sinnvoll, ist natürlich sehr zeitaufwendig. Man kriegt natürlich null Geld dafür. Aber das fand ich wirklich maximal Service für die Patienten und für die Kinder vor allen Dingen. Die dann also wirklich interdisziplinär besprochen worden sind, wie man das eigentlich sonst nur aus einer Klinik kennt. Finde ich sehr ... Also, finde ich super.“ ACD\_FG\_3

Im Rahmen einer vertrauensvollen Zusammenarbeit können aus Sicht der Befragten auch durch Kooperationen zusätzliche Einnahmen generiert oder Behandlungspfade entwickelt werden. Wichtig ist für die Arbeit im Netzwerk, dass sie mit positiven Effekten für den eigenen Praxisalltag (Arbeitserleichterung, Zeitersparnis etc.) verknüpft werden kann und einen möglichst geringen zusätzlichen Aufwand zu den bestehenden Verpflichtungen bedeutet.

Insgesamt fokussierten die Teilnehmenden der Pilotstudie auf die Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg\_innen im ambulanten Bereich. Intersektoral wurden die Krankenhäuser thematisiert (vgl. Kapitel 3.4.). Andere, in die Patient\_innen-Versorgung eingebundene Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die unter dem Aspekt ‚Zusammenarbeit‘ angesprochen wurden, umfassten die Medizinischen Fachangestellten (MFAs) in den Praxen, Pflegenden aus ambulanten Pflegediensten und Physiotherapeut\_innen. Apotheker\_innen wurden so gut wie nie angesprochen.

### **3.4. Intersektorale Zusammenarbeit / Kliniken**

Kliniken werden für alle Formen der ambulanten Netzwerke als wichtige Partner in der Versorgung erlebt. Für Hausärzt\_innen sind insbesondere Themen wie Entlassungsmanagement (Berichte, Folgeversorgung etc.) in diesem Kontext relevant. Spezialist\_innen geben an, Kliniken stärker bei der Diagnostik einzubinden. Große Vorbehalte äußern Teilnehmende in Bezug auf die Ausrichtung der stationären Versorgung hin zu stark spezialisierten Kliniken / Zentren vor dem Hintergrund der zunehmenden Alterung der Gesellschaft und der damit verbundenen Zunahme von multimorbiden älteren Patient\_innen.

„...das was die Herausforderung der Medizin der nächsten Jahre ist. Nämlich den alten, multimorbiden Patienten. Alle wollen nur Prostatazentrum, Lungenzentrum, Herzzentrum. Alle wollen nur Zentrum sein, aber den, den wir wirklich im

Krankenhaus noch brauchen, den alten, multimorbiden Patienten, der sozial vereinsamt irgendwo ist. Der nicht sich die Systeme annehmen kann. Der behindert ist. An den denkt gar keiner mehr. Und das finde ich ist eigentlich unsere primäre Aufgabe. Und da sind wir einfach mit überfordert, dass die Strukturen uns binden, ne? Den sieht gar keiner mehr. Also, wir haben nur noch Zertifizierungen an den Krankenhäusern stehen, mit hochspezialisierten Leistungen, aber so ein allgemeines Stadtkrankenhaus, da gibt es eigentlich nur noch sehr wenige. Und die brauchen wir eigentlich wieder.“ ACD\_EZ\_2

In der Zusammenarbeit mit Kliniken bestehen besondere Herausforderungen, da bspw. in der Regel keine festen Ansprechpartner\_innen erreichbar sind.

„Ja, aber auch die Erreichbarkeit. Das finde ich teilweise sehr, sehr schwer. Und je größer das ist. Eine absolute Katastrophe ist die Uni.“ ACD\_FG\_3

Auch das Entlassungsmanagement wird als problematisch erlebt, da immer wieder Berichte zu spät oder gar nicht in den zuweisenden Praxen eintreffen und ambulante Versorger\_innen nicht (rechtzeitig) über Entlassungen informiert werden.

Positiv wird erlebt, wenn Krankenhausärzt\_innen den Kontakt zu ambulanten Akteuren suchen und Rückfragen zu Patient\_innen stellen:

„Nein. Überhaupt nicht, aber ich hab‘ den Eindruck es nimmt zu. Also ich würde schon sagen im Moment führe ich mindestens ein bis zweimal die Woche irgendein Telefonat mit einem Krankenhauskollegen.“ ACD\_FG\_1

„Das fällt einem als besonderes Bonbon auf. Das erzähle ich dann zum Beispiel meiner Kollegin. Mensch, heute hat mich ein Assistenzarzt angerufen und hat mir den Patienten angekündigt, dass der entlassen wird. Das feiere ich total.“ ACD\_FG\_3

Häufig fehlt es aus Sicht der ambulanten Versorgung an Möglichkeiten, persönliche Kontakte zu Krankenhausärzt\_innen zu intensivieren.

„Die gemeinsame Fortbildung von Klinikärzten und den Niedergelassenen finde ich auch schwer. Also, sich kennen lernen. Das muss nicht über gemeinsame Fortbildung laufen, aber gemeinsame Treffen. Also, als Klinikarzt fand ich es auch spannend. Das

war aber erst später im niedergelassenen Bereich, wenn ich die Hausärzte, mit denen ich die ganze Zeit als Klinikärztin Kontakt hatte, dann auch mal wusste, ah, das ist der. Und das ist der. Und von dem hatte ich ja die Patienten.“ ACD\_FG\_3

### **3.5. Berufszufriedenheit**

Für die eigene Berufszufriedenheit hat die Qualität der Arbeit im Netzwerk eine große Bedeutung.

„Wie gesagt, das Netzwerk ist ganz wichtig. Ohne das, ist das ganz schwierig. Und man muss natürlich auch immer so dann zurückspielen. Viele Hausärzte schicken mir Patienten zur Untersuchung und da muss ich dann auch möglichst zeitnah, was ich meistens vergesse, mich melden, was dabei rausgekommen ist. Ja klar, auf das Netzwerk ist man angewiesen. Ich bin überhaupt kein Alleinkämpfer. Ich könnte mir nicht vorstellen, wie das gehen soll. Und das ist ja auch ... macht auch keinen Spaß.“  
ACD\_FG\_6

Eine Versorgung ohne Netzwerkbezug wird als unmöglich bewertet. Gestaltet sich die Netzwerkarbeit allerdings schwierig oder entsteht ein Ungleichgewicht zwischen dem eigenen Einsatz in der Zusammenarbeit und dem, was man von Netzwerkpartner\_innen erhält, kommt es immer wieder zu Rückzugstendenzen. Die Arbeit wird dann als sehr frustrierend und Energie raubend beschrieben. Der Rückzug stellt, bei schwierigen Netzwerkkonstellationen, dann die vermeintlich einzige Lösung dar, sich selbst vor Überlastung zu schützen.

### **3.6. Strukturelle Rahmenbedingungen**

Bezüglich der strukturellen Rahmenbedingungen werden vor allem regionale Besonderheiten benannt und allgemeine Systemkritik geäußert.

#### **3.6.1. Regionale Unterschiede**

In eher ländlichen Regionen berichten die Teilnehmenden der Fokusgruppen und Pilot-Netzwerke, dass insgesamt relativ wenig Konkurrenz besteht. Allerdings wird die Verfügbarkeit von spezialisierter ambulanter Versorgung hier häufiger als problematisch bewertet. Patient\_innen müssen für Besuche bei Spezialist\_innen häufig lange Wege und Fahrtzeiten in Kauf nehmen.

In eher städtischen Regionen wird öfter als in ländlichen von erhöhtem Konkurrenzdruck berichtet. Dieser erschwert die vertrauensvolle Zusammenarbeit im Netzwerk insbesondere dann, wenn im Netzwerk mehrere Mitglieder der eigenen Facharztgruppe vertreten sind. Hier wird von den Teilnehmenden Potenzial gesehen, wenn es um die Optimierung der Versorgung geht. Durch den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung innerhalb des Netzwerkes könne es gelingen, Kooperationen auch gleicher Facharztgruppen zu stärken und Ressourcen bspw. bei Diagnostik oder in Bezug auf bestimmte Kompetenzen (Sprachkompetenzen, Zusatzqualifikationen etc.) im Sinne der zu versorgenden Patient\_innen zu bündeln.

Für ländliche wie auch städtische Regionen wird das Problem der Verfügbarkeit von Spezialist\_innen in der Versorgung beschrieben, das zu langen Wartezeiten für Patient\_innen führt. So wird auch in städtischen Regionen zunehmend eine Abwanderung von Spezialist\_innen aus den Quartieren und eine Tendenz zur Zentralisierung der spezialisierten Versorgung beschrieben. Der Zugang zur spezialisierten Versorgung wird damit aufgrund längerer Wegstrecken insbesondere für ältere mobilitätseingeschränkte Patient\_innen zur Herausforderung.

### **3.6.2. Systembezug**

Teilnehmende berichten in Bezug auf die Arbeit im Netzwerk und die Versorgung von Patient\_innen immer wieder auch von allgemeinen systembezogenen Problemen. So wird die Zusammenarbeit im Netzwerk der ambulanten Versorgung nicht finanziell entlohnt; es fehlen bspw. Abrechnungsziffern für das telefonische Konsil für gesetzlich Versicherte. Aber auch die Übernahme von Leistungen durch Krankenkassen wie Heil- und Hilfsmittel oder Transportkosten von älteren mobilitätseingeschränkten Patient\_innen, die bspw. zur Diagnostik oder Mitbehandlung innerhalb des Netzwerkes überwiesen werden, wird als problematisch und wenig patientenzentriert beschrieben. Die Organisation der Versorgung im Sinne der Patient\_innen bspw. bei Überweisungen innerhalb des Netzwerkes kostet dann viel Zeit und erschwert die ambulante Versorgung.

„Und das ist, sagen wir mal, einmal im Monat ist das immer Thema, dass entweder verordnete Leistungen nicht anerkannt werden oder zum Beispiel eben Hilfsmittel nicht anerkannt werden oder so Transporte, ne. Und damit muss man sich in gewisser Form jede Woche beschäftigen.“ ACD\_EZ\_1

Von den Teilnehmenden wird eine fehlerhafte Anreizstruktur im System kritisiert. Diese begünstigt bspw. auch unnötige Leistungen wie häufiges (unnötiges) Wiedereinbestellen im spezialistischen Kontext oder die Bindung von Patient\_innen an Kliniken. Als Möglichkeit, ambulante und stationäre Versorgungsangebote optimaler zu nutzen und Patient\_innen innerhalb der Versorgungsstrukturen zu steuern, werden von mehreren Teilnehmenden Primärarztsysteme benannt.

„Ja gut, das sind dann mehr so allgemeine Probleme in der Zusammenarbeit. Also, die Quintessenz ist jetzt ganz kurzkämpferisch, hausärztlich gesagt, wir brauchen wieder ein Primärarztsystem. Alles andere funktioniert nicht hier. Aber das ist jetzt eine politische Äußerung.“ ACD\_FG\_3

Neben den fehlenden Anreizstrukturen wird auch die Zunahme von bürokratischem Aufwand im System als Herausforderung beschrieben. So werden in Bezug auf die Zusammenarbeit im Netzwerk vor allem Fragen des Datenschutzes und der Datenübermittlung kritisch diskutiert.

Sorge vor Monopolbildung durch stark formalisierte Netzwerke unter der Leitung von privatwirtschaftlichen Trägern / Konzernen wird ebenfalls in mehreren Gruppen thematisiert.

„Netzwerke haben für mich immer einen negativen Beigeschmack. Weil ich kenne nur kommerzielle Netzwerke. Wo entsprechend Patienten Wege gebahnt bekommen, wo es darum geht, von bestimmten Kliniken Ressourcen auszunutzen. Das heißt also, die Reha läuft da entsprechend weiter, die Nachbehandlung. Wo wir halt entsprechend vernetzt sind. Dann schon die Pflegedienste, es gibt teilweise Apotheken, die dann reinkommen. Teilweise müssen Patienten unterschreiben, dass sie nur zu einer Apotheke gehen. Das ist so der Eindruck, den ich von einem Netzwerk habe.“ ACD\_FG\_3

Insbesondere die Zusammenarbeit von Hausärzt\_innen und Spezialist\_innen in der ambulanten Versorgung wird hier als gefährdet wahrgenommen. Diese Art der Netzwerkarbeit zur Bündelung von Ressourcen und Monopolbildung birgt aus Sicht der Befragten Risiken für die Beziehungen zwischen Patient\_innen und Ärzt\_innen und für die patientenzentrierte Versorgung.



„Hier sprießen selbst im hausärztlichen Bereich MVZs aus dem Boden. Groß-MVZs, die also auch hausärztliche Versorgungen machen. Zum Teil sind Krankenhäuser beteiligt, zum Teil sind es Freiberufler, die MVZs gegründet haben. Patienten wissen manchmal nicht mehr, welcher Arzt in welcher Zweitpraxis gerade für sie zuständig ist. Also, diese Verbindung, die Persönlichkeit der ärztlichen Versorgung ist durch MVZ- Strukturen eigentlich gar nicht haltbar.“ ACD\_EZ\_2

### **3.7. Wünsche für die Netzwerkarbeit**

Die Teilnehmenden wurden zum Abschluss der Fokusgruppen und ersten Netzwerktreffen auch zu ihren Wünschen für die Netzwerkarbeit in der Versorgung befragt.

#### **3.7.1. Zugänge zum Netzwerk**

Für die Zusammenarbeit im Netzwerk wünschen sich die Studienteilnehmenden niedrigschwellige Zugänge zu Netzwerkmitgliedern bspw. über Möglichkeiten zur direkten (telefonischen) Ansprache. Den Teilnehmenden der Fokusgruppen sowie der Pilot-Netzwerktreffen ist es wichtig, bei dringenden Fällen kurze Wege zum kollegialen Austausch nutzen zu können und im Netzwerk zuverlässige Ansprechpartner\_innen zu finden. Als hilfreich werden hier Kontaktlisten mit Arztdurchwahlen, Informationen zu besonderen Spezialisierungen, Fremdsprachenkenntnissen etc. bewertet.

Wichtig für die vertrauensvolle Zusammenarbeit im Netzwerk ist es, zuverlässige Ansprechpartner\_innen möglichst vieler Facharztgruppen zu finden. Um ein Gefühl für Mitbehandelnde zu entwickeln und Vertrauen aufzubauen, ist es bedeutsam sich persönlich kennenzulernen. Für den Aufbau des persönlichen Kontaktes werden Netzwerktreffen als hilfreich bewertet. Diese müssen – vor dem Hintergrund der hohen Arbeitsbelastungen - nicht so häufig wie bspw. Qualitätszirkel stattfinden. 1-2 Treffen pro Jahr werden als ausreichend erachtet.

„Ich fände das gut, wenn in dem Netzwerk viele verschiedene Fachrichtungen vertreten wären (...) und wenn man dann über die Zeit wirklich sieht, dass da auch Leute wirklich hinkommen. Und nicht immer nur die zwei gleichen, ne. Und somit eben eine, auch eine, ja, eine Verständigung zwischen den Fachrichtungen besser möglich wäre.“ ACD\_EZ\_1

### 3.7.2. Themen für die Zusammenarbeit

Kollegialer Austausch mit Ärzt\_innen unterschiedlicher Facharzttrichtungen wird als wichtig für die patientenzentrierte Versorgung betrachtet. Für die Arbeit im Netzwerk werden vor allem Themen wie die Verbesserung der Kommunikation und der Austausch von Informationen favorisiert. Insbesondere die digitalen Medien und Wege zur Informationsvermittlung, bspw. der Austausch des Medikationsplans oder von Befunden über elektronische Patienten\_innen-Akten, werden als sinnvoll bewertet. Hier bedarf es aus Sicht der Studienteilnehmenden Lösungen, die von allen Mitgliedern des Netzwerkes gleichermaßen genutzt werden können unter Berücksichtigung von Datenschutzfragen.

Auch konkrete Kooperationsanlässe, Instrumente in der Zusammenarbeit wie das Überleitungsmanagement und Strategien zur Steuerung von Patient\_innen im Versorgungssystem werden als wichtige Themen für die Netzwerkarbeit benannt.

„Und dann habe ich gesagt, das geht aber nicht nur um Entlassmanagement, es geht auch um Einweisungs- und Überweisungsmanagement. Wenn dann geht es in der gesamten Mitgliedschaft darum, wie gehen wir mit Patienten um? Wie führen wir die? Was machen wir da? Ja, das ist natürlich dann Arbeit. Auch für jeden.“

ACD\_EZ\_2

Der Entwicklung von umfassenden Behandlungspfaden wird eher eine geringe Bedeutung zugeschrieben, da der Aufwand zur Entwicklung als sehr hoch eingeschätzt wird. Als bedeutsamer werden Standards für einzelne Prozesse oder Aktionspläne (Teile von Behandlungspfaden) eingestuft, da diese im Praxisalltag leichter umsetzbar sind und eine Einigung zur gemeinsamen Arbeit schneller gefunden werden kann. Standards können sich dabei auf Medikamentenverordnung, Aufgabenteilung (bspw. Aufklärung, Diagnostik etc.) und Weiterleitungsverhalten im Versorgungssystem beziehen.

„Und schön wäre ja, wenn man im Netzwerk wüsste, auf wen man sich sozusagen verlassen kann. (...) Also, wenn man irgendwie eine verbindliche Vereinbarung über bestimmte Standards hätte, zum Beispiel wer spricht eigentlich mit den Patienten. Also, ich meine eigentlich ist das ja klar. Jeder sollte mit den Patienten sprechen über die Befunde, die er erhoben hat im Grunde.“ ACD\_FG\_6

Ziel der Zusammenarbeit sollte es sein, die Versorgungsqualität zu verbessern.

„Das ist zum Beispiel auch was, was verbessert werden könnte in so einem Netzwerk. Dass man wirklich schaut, dass die Einweisungen Möglichkeiten haben, genauer zu sein und die Rückmeldung vielleicht auch beiderseitig ist. Die Kliniken könnten ja auch mal evaluieren, was sie für Einweisungen kriegen.“ ACD\_FG\_3

Was genau die Versorgungsqualität ausmacht, scheint allerdings nicht einfach zu fassen. Hier gibt es zwischen den Fachgruppen je nach Indikation unterschiedliche Ansätze zur Definition von Qualität. Leitlinien werden hier als bereits bestehende Orientierungshilfen benannt. Aus Patient\_innen-Perspektive scheint sich Versorgungsqualität auch an Kriterien festzumachen, die sich nicht ausschließlich auf medizinische Aspekte beziehen.

„Da ist eben die Frage, wie das definiert wird. Jeder versteht unter definierter Qualität vielleicht auch ein bisschen was anderes. Es ist allgemein. Wie werde ich behandelt aus Patientensicht. Irgendwie Umfeld oder sonst irgendwas. Das kann sogar hingehen bis zum Parkplatz. Die haben um jedes Thema eine ordentliche Diskussion, wo man sich natürlich auch fragt, das hat ja mit der medizinischen Betreuung eigentlich gar nicht zu tun, aber es ist für die Leute wichtig.“ ACD\_FG\_6

### **3.7.3. Netzwerkgestaltung und intersektorale Zusammenarbeit**

Aufgrund des hohen Aufwandes wünschen die Teilnehmenden sich Anreize für Netzwerkmitglieder, sich aktiv zu beteiligen. Hier werden vermehrt finanzielle Anreize benannt, bspw. Vergütung der zeitlichen Aufwendungen für den kollegialen Austausch und Netzwerktreffen sowie telefonischer Konsile.

„Aber ich weiß auch nicht, wie man das zeitlich lösen soll, dass man mehr miteinander spricht. Ich meine, wir tun das ja hier. Aber ich denke mal, wahrscheinlich bräuchte man einen Topf, aus dem Geld dafür bezahlt wird, dass man das macht. (...) Wenn es Teil unseres Arbeitsauftrages wäre, dann würde sich vielleicht was verändern.“ ACD\_FG\_6

Auch für die Ausstattung der Netzwerke, die Organisation von Veranstaltungen und Erstellung von gemeinsamen Arbeitsmaterialien wird finanzielle Unterstützung als notwendig erachtet.

„Also, da gehört auch wirklich für die Netzwerkarbeit, das, was man will, wenn wir schon es nicht schaffen, genügend Leute dahin zu motivieren, dann müssen die, die es machen, finanziell vernünftig ausgestattet werden. Da gehört natürlich eine Innovationsform dazu, denn natürlich alle wollen daran. Aber das ist natürlich eine unendlich hohe Hürde, sodass alle sagen, komm, da haben wir keine Chance. Aber da gehören Gelder hin, die dann vernünftig verwaltet werden.“ ACD\_EZ\_2

Dabei werden als Mindestanforderungen formuliert:

„Das wäre das Einfachste. Es gibt Fortbildungspunkte, es gibt Brötchen. Es ist alles organisiert.“ ACD\_FG\_4

Sowohl in den Fokusgruppen als auch in den Pilot-Netzwerken wird der Wunsch geäußert, gezielt Kliniken in das Netzwerk einzubeziehen.

„Ich finde ganz wichtig, übersektoral. (...) Also, es muss unter den Berufsgruppen, gerade die, die eng zusammenarbeiten, muss es einen vernünftigen Workflow geben und einfach schnell und effektiv arbeiten. Das wäre so die Hauptaufgabe eines Netzes. Der Rest kommt dann von alleine.“ ACD\_EZ\_2

Vor dem Hintergrund der zunehmend komplexen Fälle wird in den Gruppen auch der Bedarf nach der Verbesserung interprofessioneller Zusammenarbeit durch bspw. spezielle Teams formuliert, die bei besonderen Fällen hinzugezogen werden können und über medizinische, pflegerische und sozialarbeiterische Qualifikationen verfügen.

„Und ich glaube, dass es solche Teams auch (...) wir bräuchten ja auch nicht viele solcher Teams. Aber dieser Problemfall. Der uns auch Bauchschmerzen macht, der unversorgt bleibt im wichtigen Moment und der dann auch ins Krankenhaus, wo er im Grunde falsch ist (...) wo ein mobiles Team eigentlich hätte hinfahren können genauso gut. Und wo du nur stehst und sagst: Also mit der Viertelstunde, die ich jetzt hier habe und ohne Pflegedienst, geht das nur noch ins Krankenhaus. Also so ein typischer Fall für eine Fehlversorgung. Und wenn du da eine Nummer hättest wo du sagst ihr müsst heute Abend da sein und dann bleibt ihr da so lange bis das hier alles geklärt ist. Das wäre glaube ich ... würde sich riesig lohnen.“ ACD\_FG\_1

### 3.8. Bedeutung der Netzwerkinformationen

Im Rahmen der Pilot-Netzwerktreffen wurden den Mitgliedern der Pilot-Netzwerke Feedbackberichte zur gemeinsamen Arbeit des Netzwerkes vorgelegt. Diese wurden höchst unterschiedlich aufgenommen. Zunächst nahmen die Teilnehmenden unabhängig von der Indikationsgruppe eine eher kritische Haltung ein. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung und der vielfältigen Informationen, die insbesondere Hausärzt\_innen in ihren Praxen erreichen (DMP-Berichte, Morbiditäts-Feedback etc.), gehen die Teilnehmenden davon aus, dass Studienärzt\_innen der Interventionsgruppe wenig Interesse an den Feedbackberichten zeigen werden.

Bei eingehender Bearbeitung der Berichte wurden diese dann dennoch mit Interesse aufgenommen. Insbesondere die Service-Leistung (Auswahl von Indikationsgruppen für Folgetreffen) wird von den Teilnehmenden positiv bewertet. Von den Teilnehmenden der Pilotstudie wird der Wunsch geäußert, Berichte auch zu den Versorgungsdaten der eigenen Praxis im Vergleich zu dem eigenen Netzwerk und den Vergleichs-Netzwerken zu erhalten. Insbesondere bei der Netzwerkdarstellung wird gewünscht, die eigene Position im Netzwerk markiert zu sehen.

Zu dem Bericht wird aus Sicht der Teilnehmenden eine verständliche Erläuterung (Lesehilfe) benötigt. Die Angaben variieren hier von einer Legende direkt auf der Seite der Grafik bis zu einem zusätzlichen Anhang, der bei Bedarf herangezogen werden kann. Insbesondere bei sehr komplexen Grafiken wird Unterstützung bei der Analyse benötigt, die im Pilot-Netzwerk durch den Moderator gewährleistet wurde. Grafiken werden zum Teil als zu komplex bewertet. Insgesamt empfehlen die Studienteilnehmenden eine Ergänzung der Feedbackbögen durch Verlaufsdaten.

Um den Diskurs im Netzwerk-Treffen anzuregen, ist es hilfreich eine Indikationsgruppe auszuwählen, die für möglichst viele Ärzt\_innen unterschiedlicher Fachrichtungen von Praxisrelevanz ist. Der ACD-Muster-Behandlungspfad bot Anlass für Gespräche und führte insbesondere in Bezug auf Therapieformen, Verordnungen und Krankenhauseinweisung zu Diskussionen. Die Teilnehmenden der Pilotstudie gaben Anregungen zur Optimierung der Präsentation des Versorgungspfades bspw. in Bezug auf die Darstellung der Quartale, die Ergänzung von Überweisungen sowie die eindeutige Kennzeichnung der Arztkontakte im Versorgungspfad.

### 3.9. Steigerung der Studienbeteiligung

Mit Blick auf die zukünftige Durchführung der Interventionsstudie wurden sowohl bei den Fokusgruppen als auch bei der telefonischen Kontaktaufnahme sowie den Pilot-Netzwerktreffen Gründe für Absagen der Teilnahme an einzelnen Treffen sowie Optimierungsvorschläge zur Ansprache von Studienteilnehmenden erfasst.

#### 3.9.1. Gründe für Nichtteilnahme an Netzwerk-Treffen

Zentraler Grund für eine Absage war die fehlende Zeit für zusätzliche Netzwerk-/QZ-Treffen. „Das ist ja das Problem. Zu den interdisziplinären Qualitätszirkeln geht ja keiner, weil wir alle schon so viele Termine sowieso haben.“ ACD\_FG\_1

Zu weiteren Gründen, die bei Absagen angegeben wurden, zählten:

- Vernetzung ist kein Thema (Konkurrenz)
- Projekt ist zu „hausärztlich“
- Ohne Angabe von Gründen (Antwortfax).

#### 3.9.2. Ansprache von Netzwerk-Mitgliedern

Für die Ansprache der Netzwerkärzt\_innen der Interventionsstudie muss aus Sicht der Befragten der deutliche Mehrgewinn durch interdisziplinäre ACD-Netzwerktreffen herausgestellt werden. Dieser wird von den Teilnehmenden im Zugang zu Routinedaten gesehen. So bietet die Aufbereitung der Versorgungsdaten für die Netzwerke die Möglichkeit, Daten aus dem eigenen Versorgungsalltag für die gemeinsame Arbeit zu nutzen.

Als wesentliche Anreize für die Beteiligung an einem Netzwerk werden die Arbeitserleichterung durch gemeinsam erarbeitete Ansätze und die Praxisrelevanz der Inhalte von den Teilnehmenden der Fokusgruppen und Pilot-Netzwerke benannt.

„Was mir am meisten in meinem Beruf fehlt, ist Zeit. Freizeit. Muss ich ganz ehrlich sagen. Die ich dadurch kriegen könnte, indem ich Organisationsmängel beseitige. (...) Also, wenn unser Netzwerk jetzt sagen würde, wir machen hier noch mal ein richtiges Entlass-, Überweisungs- und Einweisungsmanagement, verbinde ich vor allem. Dann ziehen wir an einem Strick, da wäre ich sofort dabei.“ ACD\_EZ\_2

Vorteile sollten bereits früh bei der Ansprache für die Interventionsstudie herausgearbeitet werden. Auch sollte die klare Abgrenzung der ACD-Netzwerktreffen von bestehenden regionalen Netzwerken bereits in den Anschreiben für die Studienärzt\_innen deutlich gemacht werden.

Die Einladung zu Netzwerktreffen sollte so frühzeitig wie möglich erfolgen, um den Termin reservieren zu können. Zusätzliche Erinnerungen in der Pilotstudie sind aus Sicht der Teilnehmenden hilfreich zur Erinnerung an die Treffen und das Projekt.

Als sinnvoll hat sich außerdem erwiesen, den konkreten Zeitaufwand direkt im ersten Anschreiben und in der Folge wiederholt zu benennen.

„Nee, was eher gut war, war zum Beispiel, dass hier extra explizit drauf hingewiesen, es werden keine Daten in der Praxis erhoben. Kein zusätzlicher Aufwand für ein Praxisteam. Das fand ich eine wichtige Information und alles andere fand ich jetzt auch nicht zu lang, nicht zu viel, ja. Also ...“ ACD\_EZ\_1

Kritisch werden von den Teilnehmenden der Fokusgruppen die Interessen der Mitglieder der Studiengruppe diskutiert. So wird vermutet, dass die verschiedenen Akteure eigene Interessen mit der Umsetzung der Studie und insbesondere der Auswertung von Routinedaten verknüpfen.

„Also, was ich nur ein bisschen problematisch finde, wenn die Idee, dass man sozusagen virtuelle Netzwerke identifiziert und dann bestimmte Daten da irgendwie rausholen kann, dann muss man sich ja immer so die Frage stellen, wer identifiziert denn diese Netzwerke? Und vor allen Dingen mit welcher Intention identifiziert er die? Und wenn ich mir jetzt mal die Konsortialpartner angucke ... (Gelächter) Auf dem Schein. Das ist also AOK Rheinland, KV Westfalen-Lippe und alle möglichen KVs drin. Da drängt sich ja dann auch immer auf, dass da vielleicht so ein stark ökonomischer Aspekt auch mit eine Rolle spielt. Und (...) das finde ich dann schon wieder ein bisschen problematisch, wenn dann nur die Daten erhoben werden können. Mit auch Überweisungsverhalten und weiß der Teufel, was alles. Das ... Und das dann sozusagen wir auch relativ gut kontrolliert werden können. Finde ich ein bisschen problematisch.“ ACD\_FG\_6

Die Sorge davor, dass Studienergebnisse und Aussagen der Studienteilnehmenden instrumentalisiert werden, um ökonomische oder politische Interessen durchzusetzen, ist groß. Für die Umsetzung der Interventionsstudie wünschen sich die Teilnehmenden der Pilotstudie hier Transparenz der beteiligten Konsortialpartner in der Kommunikation der eigenen Interessen.

### **3.9.3. Netzwerktreffen**

Die Ärzt\_innen der Pilotstudie favorisieren Mittwoch- und Freitagnachmittage zur Durchführung von Qualitätszirkeln / Netzwerktreffen. Die Pilot-Netzwerktreffen wurden mit 2,5 Stunden kalkuliert. Zunächst erschien den Teilnehmenden diese Zeitspanne zu lang. Im Verlauf der Treffen stellte sich aber heraus, dass die Bearbeitung der Inhalte sowie die Umsetzung der studienbezogenen organisatorischen Aufgaben (Aufklärung, Einverständniserklärung, Evaluation etc.) mindestens 2,5 Stunden Zeit in Anspruch nehmen. Die Studienteilnehmenden geben an, trotz anfänglicher Vorbehalte die Zeit als sinnvoll genutzt und angemessen empfunden zu haben.

Im Verlauf der Pilotstudie hat sich gezeigt, dass auch bei kleinen Gruppengrößen eine produktive Arbeit möglich ist. Ein Pilot-Netzwerktreffen wurde mit nur einer teilnehmenden Person durchgeführt. Diese meldete zurück, dass zunächst Vorbehalte bezüglich der Durchführung des Treffens ob der fehlenden Netzwerkpartner\_innen bestanden. Durch den Austausch mit dem ärztlichen Moderator konnten jedoch auch mit nur einer Person wichtige Besonderheiten für das Netzwerk herausgearbeitet werden, die in der späteren Arbeit mit diesem Pilot-Netzwerk wieder aufgegriffen werden konnten.

Im Lauf der Pilotstudie zeigte sich, dass bei Folgetreffen auch neue Teilnehmende erschienen. Dies bedeutet insofern eine Herausforderung – auch für die Interventionsstudie – als dass alle Anwesenden auf den gleichen Stand gebracht werden müssen, ohne dass regelmäßig Teilnehmende von der erneuten Projektvorstellung gelangweilt werden. Auch müssen neue Teilnehmende über den Studienablauf informiert und Einverständniserklärungen eingeholt werden.

Im Laufe der Pilotierung wurden zur Vorstellung des Studienablaufs unter kontinuierlicher Rückmeldung der Teilnehmenden verschiedene Materialien entwickelt und der Einsatz von



Power-Point Präsentationen, Handouts sowie eines Posters zur Dokumentation der gemeinsamen Arbeit erprobt.

## 4. Diskussion

### 4.1. Netzwerkkonstruktion und Netzwerkinformationen

In den Pilot-Netzwerken, Fokusgruppen und Einzelinterviews wurden die Teilnehmenden nach der Zusammensetzung ihres eigenen Netzwerks in der täglichen Arbeit befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die im Projekt vorgesehene Netzwerkkonstruktion alle Facharztgruppen, die im Praxisalltag als relevant erlebt werden, einbezieht. Zwischen den von den Befragten benannten relevanten ärztlichen Kolleg\_innen und der Zusammensetzung der errechneten Netzwerken wiederum gibt es eine hohe Übereinstimmung der Facharztgruppen. Lediglich die Darstellung der Facharztgruppen nach Spezialisierungen bzw. Schwerpunktpraxen sollte auf Wunsch der Pilot-Netzwerke deutlicher aufgeschlüsselt werden, um die tatsächliche Zusammensetzung der Versorgungsstruktur genauer abzubilden.

Die von den Teilnehmenden benannten kritischen Anlässe in der Zusammenarbeit, die sich vor allem für besonders vulnerable Gruppen wie ältere, multimorbide Patient\_innen ergeben, decken sich mit den für das Projekt aus den Vorstudien heraus ausgewählten Indikationsgruppen. Diese umfassen insgesamt 14 Indikationen mit hohen Prävalenzraten in der ambulanten Versorgung und bilden chronische Erkrankungen, häufige akute Erkrankungen sowie häufige Komorbiditäten ab. Die ausgewählten Indikationsgruppen werden von den teilnehmenden Pilot-Ärzt\_innen insbesondere in der hausärztlichen Versorgung als besonders relevant bewertet. Für die spezialistische Versorgung zeigt sich, dass je nach Facharztgruppe zunächst nicht alle Indikationsgruppen als relevant wahrgenommen werden. Im Rahmen der zu den Daten entstehenden Diskussionen gelingt es jedoch, für einen Großteil der Indikationsgruppen Ansatzpunkte zur Verbesserung der Zusammenarbeit zu ermitteln, die auch auf Patient\_innen mit anderen Erkrankungen übertragbar sind (Überleitungsmanagement, kollegialer Austausch etc.; vgl. Kapitel 3.3.).

Die Rückmeldungen der Teilnehmenden der Pilotstudie zu den Netzwerkinformationen wurden vom Pilotstudien-Team im Änderungsmodus und mit Kommentarfunktionen in die jeweiligen Entwurfsfassungen eingearbeitet und im Konsortium diskutiert. Sie umfassten im Wesentlichen folgende Punkte:

- Kennzeichnung der eigenen Position im Netzwerk und der eigenen Versorgungsdaten in der Netzwerkinformation. Für die Arbeit in den Netzwerktreffen werden, wie vorgesehen, aus Datenschutzgründen aggregierte Netzwerkinformationen bereitgestellt.
- Darstellung der Fachärzt\_innen: einzelne Facharztgruppen (bspw. Innere Medizin) werden nach Spezialisierungen / Schwerpunktpraxen aufgeschlüsselt.
- Vereinfachung der grafischen Darstellungen in der Netzwerkinformation.
- Angleichung der Verwendung von Prozentangaben und absoluten Werten, um den Umgang / die Deutung der Netzwerkinformationen zu vereinfachen.
- Ausarbeitung einer umfassenden Lesehilfe.

#### 4.2. Gewinnung von Netzwerktreffen-Teilnehmer\_innen

Die Pilotstudie hat gezeigt, dass ein mehrstufiges Rekrutierungs-Verfahren positiv auf die Beteiligung wirkt. Die Empfehlung zur multimodalen Ansprache der Netzwerk-Ärzt\_innen umfasst aufeinander folgend

- Versand von Anschreiben mit Einladung zur Studienteilnahme mit Fax-Anmeldung zur Teilnahme an der Studie und dem ersten Netzwerktreffen,
- Telefonische Rückfrage bei Netzwerkärzt\_innen die sich nicht zurückmelden, ob alle Unterlagen eingegangen sind,
- Fax-Reminder oder (wenn vorhanden) E-Mail-Reminder, aufgebaut wie das erste Anschreiben mit Fax-Rückantwort,
- Fax-Reminder 5-7 Tage vor dem Netzwerktreffen an alle Netzwerk-Ärzt\_innen.

Netzwerk-Ärzt\_innen, die über das Anmeldefax ihre Teilnahmebereitschaft bekunden, erhalten eine Bestätigungs-E-Mail.

Es empfiehlt sich, den Termin für das Netzwerktreffen frühzeitig bekanntzugeben. Hierzu hat sich in den Pilot-Netzwerken bewährt, eine einseitige Projektinformation mit dem zu erwartenden Arbeits- und Zeitumfang bei Studienteilnahme ergänzend zu der Fax-Anmeldung zu versenden.

Die Ansprache und Einladung zu den Folgetreffen sollte ähnlich wie in der ersten Einladungswelle ebenfalls gestaffelt erfolgen. Die anhaltende Kommunikation über den gesamten Projektverlauf erleichtert den Zugang zu Ärzt\_innen im häufig stressigen

Praxisalltag. Da in der Interventionsstudie zwischen den Netzwerktreffen Berichte mit Netzwerkinformationen an alle Interventions-Ärzt\_innen geschickt werden, empfiehlt sich hier eine Verknüpfung mit dem Hinweis auf den neuen / nächsten Termin des Treffens.

Auf Anraten der Pilot-Ärzt\_innen gilt es im Einladungsschreiben und der Folgekorrespondenz zur Teilnahme bis zum Abschluss des vierten Treffens folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Motivierende Ansprache der Studienärzt\_innen: einfache Worte, Alltagsnähe, Alltagsrelevanz, Nutzen für die Patient\_innen
- Deutliche Abgrenzung des ACD-Netzwerkes von bereits bestehenden formalisierten Netzwerken
- Besonderheiten der ACD-Netzwerke hervorheben:
  - Netzwerk, dass von Patient\_innen durch ihr Nutzerverhalten bestimmt wird (Routinedaten)
  - Zugriff auf die eigenen Daten; mit den eigenen Daten zum Netzwerk arbeiten, Einblick bekommen, Transparenz herstellen, etwas zurückbekommen
- Entlastung im persönlichen Praxisalltag durch Vernetzung
- Erleichterung des Praxisalltags durch das persönliche Kennenlernen von und die Optimierung der Zusammenarbeit mit Ärzt\_innen, mit denen tatsächlich auch gemeinsam Patient\_innen versorgt werden, zu Themen, die von ihnen selbst als relevant erachtet werden und mit Ergebnissen, die wiederum den Praxisalltag erleichtern und einen Nutzen für die Patient\_innen versprechen
- Ggf. zielgruppenspezifische Textbausteine bspw. unterschieden nach Facharztgruppen, insbesondere bei Folgeanschreiben und Versand von Netzwerkinformationen, die möglicherweise nicht für alle Facharztgruppen gleichermaßen interessant sind.

Ergänzend empfehlen die Teilnehmenden der Pilotstudie, Schlüsselpersonen in der Region oder Identifikationsfiguren in die Verbreitung von ACD-Informationen und in die Werbung zur Teilnahme einzubeziehen. So können bspw. über den Abgleich des errechneten Netzwerkes mit regionalen Netzwerken eben diese Schlüsselpersonen, die auch Teil des errechneten Netzwerkes sind, gezielt für die Studie gewonnen werden.

Für die Fax-Anmeldung zur Studie ist es hilfreich neben den Auswahlmöglichkeiten „ich nehme teil“/„ich nehme nicht teil“ auch eine zusätzliche Antwortmöglichkeit „ich habe grundsätzlich Interesse, möchte aber vorher weitere Informationen erhalten“ auf dem Formular zu ergänzen.

In der Pilotstudie hat sich gezeigt, dass im Grunde zwischen drei Gruppen von Ärzt\_innen bei der Ansprache unterschieden werden kann:

- a. Interessierte Ärzt\_innen – kommen grundsätzlich gerne, aber haben evtl. an dem vorgegebenen Termin keine Zeit
- b. Passive Ärzt\_innen – reagieren nicht auf die Einladung, kommen aber evtl. auch ohne vorherige Anmeldung
- c. Kritische oder ablehnende Ärzt\_innen – haben Rückfragen oder melden von sich aus, spätestens aber bei der telefonischen Kontaktaufnahme, dass sie kein Interesse an einer Studienteilnahme haben

Es empfiehlt sich zur Sicherstellung der Standardisierung der Intervention ACD-Materialien vorzubereiten und für die gesamte Studie abzustimmen. Diese können Vorlagen für Anschreiben, Projektinformationen und Vorlagen für telefonische Nachfassaktionen beinhalten.

Für den Umgang mit der natürlichen Fluktuation von Netzwerk-Ärzt\_innen, die sich durch die Zeitspanne zwischen Datenaufbereitung und Ansprache der Netzwerke ergeben, gilt es im Projektverbund zu klären, wie bspw. mit Nachfolger\_innen umgegangen wird.

Von den Teilnehmenden der Fokusgruppen und Pilot-Netzwerke wird grundsätzlich eine Anreizstruktur wie bspw. Aufwandsentschädigung für Studienärzt\_innen als sinnvoll erachtet. Allerdings wird der Einfluss auf die tatsächliche Teilnahme als eher gering bewertet, da ein Netzwerk in der Regel mit Arbeitsaufwand verknüpft wird. Die Grundmotivation zur Beteiligung an Netzwerkarbeit ist entweder bereits im Vorfeld sehr hoch, dann ist die Aufwandsentschädigung eine Form der Wertschätzung des Engagements. Ist die Motivation zur Teilnahme eher gering, werden auch Aufwandsentschädigungen nicht zu einer aktiven Mitarbeit im Netzwerk führen.

### 4.3. Durchführung von Netzwerktreffen

Zur konkreten Umsetzung der Netzwerktreffen, die an die Idee des Qualitätszirkels angelehnt sind, bieten sich nach Aussagen der Teilnehmenden der Pilotstudie Mittwoch- und Freitagnachmittage an; eine Verlagerung der Netzwerktreffen in die späten Abendstunden ist nur im Einzelfall und auf ausdrücklichen Wunsch der Teilnehmenden sinnvoll, bspw. wenn die Netzwerk-Mitglieder an späte Sitzungen gewöhnt sind.

Montage, Dienstag und Donnerstag eignen sich nicht für die Durchführung von Netzwerktreffen, da an diesen Tagen häufig lange Praxiszeiten/Sprechstundenzeiten angeboten werden und die Ärzt\_innen in der eigenen Praxis gebunden sind.

Für die Treffen gilt es eine angenehme Arbeitsatmosphäre zu schaffen und bspw. Getränke oder Snacks vorzuhalten. Die Netzwerktreffen sollten bei den jeweiligen Ärztekammern als Fortbildungsveranstaltungen zertifiziert werden.

In der Pilotstudie hat sich gezeigt, dass eine Dauer von mindestens 2,5 Stunden unbedingt notwendig ist, um die Zielsetzungen der ACD-Intervention zu erreichen, Akteure über den informierten Dialog zu indikationsspezifischen Versorgungsdaten zu vernetzen und Bausteine für gemeinsame Behandlungspfade oder Standards zu entwickeln. Darüber hinaus müssen studienbezogene organisatorische Themen ebenfalls in dieser Zeit angesprochen werden (Aufklärung, Einverständniserklärung, Auswahl der Themen für nachfolgende Netzwerkinformationen etc.).

Da es sich bei den ACD-Netzwerktreffen um einen Teil einer komplexen Intervention zur Vernetzung von Akteuren und zur Optimierung der Versorgung handelt, werden für die Begleitung und Moderation der Netzwerktreffen Moderator\_innen eingesetzt.

### 4.4. Training von Moderator\_innen

Bei den ACD-Netzwerktreffen handelt es sich um eine Form der ärztlichen Intervention. Im moderierten Prozess sollen Akteure miteinander vernetzt und wechselseitige Lehr- und Lernprozesse zwischen den Teilnehmenden ermöglicht werden. Um, wie in den Fokusgruppen gefordert, eine möglichst hohe Alltags- und Praxisrelevanz der zu behandelnden Themen sicherzustellen, bedarf es einer teilnehmenden-zentrierten Ausrichtung der Treffen. Die Teilnehmenden erhalten im Rahmen der Interventionsstudie Gelegenheit, die

Schwerpunktsetzung und inhaltliche Ausrichtung der Treffen mitzugestalten. Besonders effektiv sind solche moderierten wechselseitigen Lehr- und Lernprozesse, wenn sie von Kolleg\_innen bzw. „Peers“ geleitet / moderiert werden, die die Arbeit der Gruppe unterstützen, indem sie einen Rahmen für Austausch bieten.

Als Schlüsselkompetenzen für Moderator\_innen von Qualitätszirkeln werden benannt (Siebolds, Quasdorf 2013):

- Authentizität & Anteilnahme
- Sinnggebung
- Emotionale Anregungen
- exekutive Funktion.

Ärztliche Peer-Moderator\_innen sind aufgrund ihres eigenen Erlebens und ihrer langjährigen Erfahrungen im Praxisalltag authentisch und glaubwürdig in der Bearbeitung von Versorgungsfragen. Auch können sie Emotionen nachvollziehen, die mit der Versorgung von Patient\_innen und den auch in der Pilotstudie beschriebenen Herausforderungen in der Zusammenarbeit im Netzwerk verbunden sind.

Die ACD-Netzwerktreffen sind in der Moderation besonders komplex. So werden neben Indikationsspezifischen Versorgungsberichten (Netzwerkinformation) konkrete Aufgaben zur Entwicklung von Standards oder Behandlungspfaden in den Treffen bearbeitet. Vor diesem Hintergrund müssen ACD-Moderator\_innen zum einen über didaktische Basiskompetenzen und Kenntnisse zu Moderationstechniken verfügen, wie sie das Zertifikat für QZ-Moderation (Basisqualifikation) erfordert. Zum anderen erfordert die Moderation der interdisziplinären Netzwerktreffen eine hohe Flexibilität und ein hohes Maß an Moderationssicherheit, um Themen entsprechend der Interessen von Teilnehmenden zu identifizieren, aufzugreifen und so wechselseitige Lehr- und Lernprozesse zu ermöglichen. Vor diesem Hintergrund sollten ACD-Moderator\_innen nicht nur über die Basisqualifikation, sondern auch über langjährige Erfahrungen in der Moderation von ärztlichen Gruppen verfügen.

ACD-Moderator\_innen müssen demnach folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Erfahrung in der ambulanten Versorgung als Ärzt\_innen

- Basisqualifikation QZ-Moderation
- Langjährige Erfahrung in der Moderation von ärztlichen Qualitätszirkeln.

#### **4.4.1. Lehrziele des Moderator\_innen Trainings**

Um bereits erfahrene QZ-Moderator\_innen zu ACD-Inhalten zu qualifizieren, wird ein Moderator\_innen-Training zur ACD-Intervention entwickelt. Moderator\_innen werden in dem Training zu wichtigen ACD-Inhalten informiert und die Netzwerktreffen im Kontext der Interventionsstudie verortet. Moderator\_innen erhalten die Möglichkeit, verschiedene didaktische Methoden auf ACD-Inhalte anzuwenden und beispielhaft zu erproben, wie Netzwerkmitglieder im Umgang mit Feedbackberichten begleitet und unterstützt werden können. Sie erfahren, wie sie den kollegialen Austausch zu Feedbackberichten moderieren können und erhalten zudem studienrelevante Informationen zu den Indikationsgruppen und Versorgungsdaten, die in den Netzwerkinformationen an Studienteilnehmende übermittelt werden. Auch erproben die Moderator\_innen im Training, wie in Patientenfallbeispielen Barrieren für Behandlungspfade ermittelt und darauf aufbauend konkrete Aufgaben für das Netzwerk entwickelt werden können.

#### **4.4.2. Umsetzung des Moderator\_innen-Trainings**

Die Durchführung der Trainings und Vermittlung der ACD-Inhalte erfolgt durch das Institut für Allgemeinmedizin (ifam) Düsseldorf. Der Peer-Ansatz wird auch im Moderator\_innen-Training als Parallelprozess aufgegriffen, in dem das Training von hausärztlichen Trainern durchgeführt wird, die über langjährige Erfahrung in der Praxis und in der Durchführung von ärztlichen Qualitätszirkeln und Fortbildungen verfügen.

Die Trainings werden für 1,5 Tage angesetzt von freitags, 15:00 – 19:00 Uhr bis samstags, 09.00 – 17:00 Uhr. Ergänzend zu dem Training vor Beginn der Intervention, werden im weiteren Studienverlauf vierstündige Reflexions- / Intervisionstreffen durchgeführt. Diese sollten vorzugsweise freitags, 15:00 – 19:00 Uhr oder ggf. samstags, 10:00 – 16:00 Uhr stattfinden.

#### **4.4.3. Inhalte des Trainings**

Folgende Inhalte werden den ACD-Moderator\_innen im Training vermittelt:



- Einführung in das ACD-Projekt: Vermittlung von Hintergrundwissen zur Studie und zu den Interventionselementen
- Bedeutung der eigenen Rolle als Moderator\_in: ACD-Moderator\_innen bilden die tragende Säule der Intervention, da sie die Austauschprozesse im Netzwerk begleiten und als Rollenmodell fungieren.
- Hintergrundwissen zu ambulant sensitiven Krankenhausfällen (ASK): Dies beinhaltet Basisinformationen zu ausgewählten Indikationen und relevante Indikatoren für die Bewertung der Versorgungsqualität.
- Netzwerkdarstellungen und Charakteristika des Netzwerkes: Im Training werden an exemplarischen Netzwerkinformationen Besonderheiten des vorliegenden Netzwerkes erarbeitet. Es handelt sich hierbei um einen Parallelprozess zur Arbeit in den ersten Netzwerktreffen.
- Feedbackberichte / Netzwerkinformationen: der Umgang mit Netzwerkbezogenen Daten wird anhand von exemplarischen Feedbackberichten / Netzwerkinformationen im Training erarbeitet. Es hat sich in den Pilottreffen gezeigt, dass es zu den Darstellungen der Versorgungsdaten viel Diskussionsbedarf gibt. Hier gilt es in der Moderation dafür Sorge zu tragen, dass der Teilnehmenden die Versorgungsdaten nur als Ausgangsbasis für die Erarbeitung eigener Fragestellung nutzen.
- Struktur der Gruppentreffen: im Training werden exemplarisch sowohl die Struktur des ersten als auch eines Folgetreffens erprobt.
- Umgang mit schwierigen Situationen: da in der Pilotstudie immer wieder auch sehr kritische Haltung zu den Themen Netzwerkarbeit und Aufbereitung von Routinedaten in Netzwerkinformationen erkennbar waren, wird hier im Training ein besonderer Fokus auf den Umgang mit herausfordernden Situationen, schwierigen Teilnehmenden, Konkurrenz und Konflikte zwischen Facharztgruppen im Netzwerktreffen.

Im Rahmen der Pilotstudie wurden verschiedene Materialien für die Netzwerktreffen entwickelt. Diese werden im Training vorgestellt und die Handhabung erprobt. Folgende Materialien werden den Moderator\_innen zur Verfügung gestellt.

- Foliensatz ACD-Projekt → dient der Steigerung der von Pilot Netzwerken geforderten Transparenz und der (erneuten) Aufklärung der Studienteilnehmenden. Der Foliensatz sollte sowohl im PowerPoint-Format als auch in ausgedruckter Form als Handout für die Teilnehmenden vorliegen.
- Feedbackberichte / Netzwerkinformationen → diese werden in aggregierter Form mit ausführlicheren Erläuterungen den Moderator\_innen zur Vorbereitung der Netzwerktreffen zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der Treffen werden diese dann ebenfalls in ausgedruckter Form für die Netzwerkmitglieder bereitgestellt. Ein Ergebnis der Pilotstudie zeigt ein großes Interesse an den individuellen Versorgungsdaten und der eigenen Positionierung im Netzwerk. Aus Datenschutzgründen können diese individualisierten Netzwerkinformationen aber nur in die jeweilige Praxis gesandt werden und nicht als Arbeitsgrundlage für die Treffen dienen.
- Handouts zu Arbeitsaufträgen: zu den jeweiligen Netzwerktreffen werden verschiedene Aufgaben für die Teilnehmenden bspw. zur Interpretation der Versorgungssequenz und Netzwerkinformationen vorbereitet, die den Moderator\_innen als Kopiervorlagen zur Verfügung gestellt werden.
- Protokoll-Template: zur Erstellung eines Protokolls und Ergebnissicherung.
- Poster: zur Dokumentation der Ergebnisse des ersten Netzwerktreffens und erneuten Studienvorstellung / Aufklärung neuer Teilnehmender bei Folge-Netzwerktreffen.

Für die Durchführung der Intervention wird ein Handbuch für Moderator\_innen entwickelt, das über den Projektverlauf mit Ergänzungen und Studienmaterialien erweitert wird. Das Handbuch basiert auf den Erkenntnissen der Pilotstudie und greift bspw. Elemente zum Abgleich des eigenen Kooperationsstrukturen mit dem Interventions-Netzwerk oder hemmende Faktoren für die Netzwerkarbeit auf (vgl. Anlage 7).

Das Handbuch wird im Training als Grundlage verwendet und dient der Standardisierung der Intervention. Es beinhaltet Informationen zu

- Dem Hintergrund des ACD-Projektes sowie eine kurze Thematische Einführung in das Thema „Ambulant sensitive KrankenhauseiNetzwerkeisungen“ und Netzwerkkonstruktion.
- Beschreibung der Intervention und einzelner Interventionselemente
- Aufgabenverteilung und Unterstützung durch die Studiengruppe
- Ablaufpläne zu den Netzwerktreffen
- Beschreibungen zur Anwendung von didaktischen Methoden im ACD-Bezug (wie bspw. Kleingruppen zur Erarbeitung von Behandlungspfaden etc.)
- Sammlung von Materialien: exemplarische Feedbackberichte, Auswahlbögen für Indikationsgruppen etc..

Wie die Pilot-Netzwerke gezeigt haben, kann es im Netzwerk bedingt durch regionale Besonderheiten oder in persönlichen Beziehungen zu Spannungen kommen. Insbesondere wenn Netzwerkärzt\_innen, die unterschiedliche Haltungen haben oder verschiedene Auffassungen von optimaler Versorgung. Dies erfordert eine erhöhte Aufmerksamkeit der Moderator\_innen. Auch gilt es bei Veränderungen der Gruppengröße die Didaktik anzupassen. Hierzu hält das Moderator\_innen-Handbuch zahlreiche Tipps und Beschreibung didaktischer Methoden vor. Erprobt werden diese in Übungen in den Moderator\_innen-Trainings.

#### **4.5. Studienbezogene Ergebnisse**

Im Rahmen der Pilotstudie haben sich verschiedene studienbezogene Herausforderungen ergeben. Diese werden im Folgenden diskutiert.

- Umgang mit grundsätzlichen Absagen

Während ein Großteil der Mitglieder der Pilot-Netzwerke grundsätzliches Interesse äußerten und vor allem aus Zeitgründen nicht in der Lage waren, an eng aufeinanderfolgenden Terminen teilzunehmen, gab es auch einzelne Ärzt\_innen, die sich grundsätzlich gegen die Teilnahme an der Studie aussprachen. Diese Ärzt\_innen müssen sowohl vom Versand der Einladungen als auch der automatisierten Netzwerkinformationen ausgeschlossen werden. Hierzu gilt es in der Interventionsstudie ein Verfahren zu entwickeln, dass den Ausschluss sicherstellt. So werden die Ärzt\_innen sich bei den Ansprechpartner\_innen der Kassenärztlichen Vereinigungen zurückmelden.

Die bereinigten Listen mit pseudonymisierten LANRs müssten dann den Konsortialpartnern übermittelt werden, für die diese Information relevant ist (Zi → Vorbereitung des Versands von Netzwerkinformation, LMU → Prozessevaluation). Wie rechnerisch mit diesen Ärzt\_innen zu verfahren ist, gilt es im Konsortium zu klären.

➤ Umgang mit Gemeinschaftspraxen

Es müssen Lösungen für die Organisation der Netzwerktreffen und den Versand der Netzwerkinformationen gefunden werden, wenn nicht alle Ärzt\_innen (LANR) aus einer Gemeinschaftspraxis Teil des identifizierten Netzwerkes sind. Grundsätzlich steht einer Teilnahme dieser Kolleg\_innen von Mitgliedern des Netzwerkes aus der eigenen Praxis nichts entgegen, sofern sie die Einverständniserklärungen zur Studienteilnahme unterzeichnen. Allerdings wird eine Zusendung von individualisierten Feedbackberichten für diese Ärzt\_innen nicht möglich sein. Es gilt zu klären, ob eine Zuweisung von Ärzt\_innen einer Gemeinschaftspraxis zur Kontrollgruppe über die Betriebsstättennummer (BSNR) verhindert werden kann. Auch gilt es zu prüfen, ob diese Herausforderungen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) ebenfalls bestehen und wie hiermit umgegangen werden kann.

Bei der Ansprache von Gemeinschaftspraxen (telefonisch, Fax) hat sich in der Pilotstudie bewährt, eine Kontaktperson zu ermitteln und diese zu bitten, andere Ärzt\_innen aus der Gemeinschaftspraxis über das Projekt und das Netzwerktreffen zu informieren, sofern diese Mitglieder des errechneten Netzwerkes sind. Ggf. können individualisierte E-Mails versendet werden. Faxnachrichten an mehrere Ärzt\_innen in einer Praxis zu versenden, erscheint wenig sinnvoll.

➤ Erscheinen neuer Teilnehmender bei den Netzwerktreffen:

An den jeweiligen Netzwerktreffen der Pilotstudie nahmen immer wieder Ärzt\_innen in unterschiedlichen Konstellationen teil. Diese müssen erneut vor Ort über die Studie aufgeklärt werden. Hierzu werden unterstützende Materialien für Moderator\_innen entwickelt wie bspw. ein Foliensatz, ein Poster mit der Projektinfo sowie ein interaktives Poster zur Darstellung / Erarbeitung des aktuellen Standes der Diskussion im Netzwerk zu Beginn der Treffen etc.

➤ Umgang mit Einverständniserklärung

Vor dem Hintergrund der kritischen Haltung der Teilnehmenden aus Pilot-Netzwerken zum Umgang mit Routinedaten und den antizipierten ‚verdeckten‘ Interessen der Konsortialpartner erscheint es wenig zielführend, die Einverständniserklärungen auf postalischem Wege (bspw. mit Einladungsanschriften) zu versenden. Selbst die Fax-Anmeldung wurde nicht von allen Teilnehmenden genutzt – Teilnehmende melden sich nicht zwingend zurück, sondern nehmen ggf. auch spontan an Treffen teil. Auch gaben Teilnehmende an, keine Informationen erhalten zu haben. Des Weiteren wurden in der Pilotstudie mehrfach Irritationen benannt, in welchem Umfang Routinedaten zur Verfügung stehen und in Projektzusammenhängen wie ACD genutzt werden können. Dies kann Widerstand bei Teilnehmenden produzieren. Vor diesem Hintergrund empfiehlt es sich, die Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie vor Ort in den Netzwerktreffen einzuholen. So können beim Netzwerktreffen durch direkte Ansprache und Möglichkeiten für Rückfragen, positivere Haltungen zum Umgang mit Routinedaten entwickelt werden. Allerdings müssen für die Aufklärung und das Einholen von Einverständniserklärungen neuer Teilnehmende auch bei den Folge-Netzwerktreffen entsprechende Zeitfenster eingeplant werden.

## 5. Fazit

Grundsätzlich kann aus der Pilotstudie geschlossen werden, dass die ACD-Intervention mit der Zusammensetzung der Netzwerke, der Fokussierung auf die Kooperation von Ärzt\_innen (unter Nichteinbeziehung anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen) und auf den ambulanten Bereich (mit der Möglichkeit, im Verlauf die Krankenhausärzt\_innen einzubeziehen) sowie mit den geplanten Interventionsbausteinen viele Bedarfe der ambulant tätigen Ärzt\_innen zu Entlastungen im Praxisalltag und insbesondere in der Versorgung von chronisch erkrankten und multimorbiden Patient\_innen abdeckt. Dabei werden die alle drei Monate zu versendenden datenbasierten Netzwerkinformationen zunächst kritisch gesehen, bieten aber in der weiteren Auseinandersetzung durch die Breite der Indikatoren viele Anknüpfungspunkte für die Gruppen-Diskussion zu Optimierungsmöglichkeiten in der Versorgung. Besondere Bedeutung wird allerdings über alle Fokusgruppen, Einzelinterviews und Pilot-Netzwerke hinweg dem persönlichen Austausch in den alle sechs Monate geplanten Netzwerktreffen beigemessen. Dabei ist die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung entscheidend für den erlebten Erfolg des Netzwerkes, der gelingenden Kooperation und der daraus resultierenden Arbeitszufriedenheit. Es kann also davon ausgegangen werden, dass – im Vergleich zu den Netzwerkinformationen - die Netzwerktreffen im Erleben der Ärzt\_innen in den errechneten Netzwerken die deutlich höhere Wichtigkeit und damit auch potentiell den stärkeren Impact haben werden.

Eine Konzentration der Arbeit in den Netzwerktreffen auf ambulant sensitive Hospitalisierungen und gesundheitsökonomische Fragen wird eher kritisch gesehen und Partikularinteressen der Konsortialpartner zugeordnet. Vermeidbare Krankenhauseinweisungen sind dann für die Teilnehmenden ein Thema, wenn es in den Gesprächen um die Vermeidung von Belastungen / Schäden für die von ihnen gemeinsam betreuten Patient\_innen ging.

Die Pilotstudie hat auch eine Vielzahl von Herausforderungen für die Interventionsstudie zutage gebracht, auf die durch die kontinuierliche Rückmeldung der Teilergebnisse aus der Pilotstudie im ACD-Konsortium entsprechend im Projektverlauf reagiert werden konnte. Im Rahmen der randomisierten kontrollierten Studie gilt es dabei einerseits, ein

höchstmögliches Maß an Standardisierung für die Intervention zu erreichen (Moderator\_innen-Training, Moderator\_innen-Handbuch, Informations- und Arbeitsmaterialien, Instrumente, Netzwerkinformationen, Rahmen und Prozesse der Netzwerktreffen usw.). Gleichzeitig haben die Teilnehmenden der Pilotstudie sehr eindrücklich vermittelt, dass die Intervention andererseits maximal teilnehmenden-zentriert ausgerichtet sein muss. Die Teilnehmenden-Zentrierung bezieht sich zum einen auf die Rahmenbedingungen der Netzwerktreffen (frühestmögliche, mehrfache Einladung; Mittwoch- oder Freitagnachmittage; gut erreichbare Ansprechpartner\_innen; kurze Fahrtstrecke zum Ort des Treffens; gute Organisation und Arbeitsmaterialien; CME-Punkte; ggf. Verpflegung usw.). Dies beinhaltet zum anderen auch die Offenheit, bspw. bei Netzwerktreffen ganz unterschiedliche Themen je nach regionalen Besonderheiten und Bedarfen gemeinsam bearbeiten zu können. Werden Standardthemen bearbeitet, die nicht den Interessen der jeweiligen Gruppenmitgliedern entsprechen, ist von einer geringen Teilnahmebereitschaft der Netzwerkmitglieder und hohen Ausstiegsquoten über den zweijährigen Interventionszeitraum auszugehen. Realistisch erscheint den Pilot-Ärzt\_innen die gemeinsame Erarbeitung von Bausteinen von Behandlungspfaden (Routinen, Absprachen, Kommunikationswege, Prozesse usw.), aber kaum die Erstellung vollständiger Pfade.

Um die Intervention möglichst standardisiert bei gleichzeitig maximaler Teilnehmenden-Zentrierung umzusetzen, kommt der Qualifizierung und kontinuierlichen Begleitung der Moderator\_innen eine große Bedeutung zu. Im Rahmen des ACD-Moderator\_innen-Trainings und darauf folgenden Intervisionstreffen bei den beteiligten KVen gilt es daher, die Moderator\_innen bestmöglich auf die komplexe Aufgabe der Moderation des kollegialen Austauschs in den Netzwerktreffen vorzubereiten und im Verlauf zu unterstützen.

Die in diesem Abschlussbericht dargestellten Ergebnisse der ACD-Pilotstudie haben durch die kontinuierliche Rückmeldung in einem beständigen Feedback-Prozess die Interventionsphase des Projekts unter Einhaltung des Studiendesigns mitgestaltet und modifiziert. Sie sollten in der kontinuierlichen Prozessevaluation des Projekts auf ihre Tragfähigkeit und ihren Impact überprüft werden.

## 6. Literatur

- Baier RR, Limpahan L A, Butterfield K, Marsella M, Gravenstein S, Gardner R L (2014). Is audit and feedback associated with increased hospital adherence to standards for communication during patient care transitions? *J. Hosp. Adm.* 3, 1–7.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008; 337: a1655. doi: 10.1136/bmj.a1655
- Elo S, Kyngäs H (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1): 107–115
- Glasziou P, Haynes B (2005). The paths from research to improved health outcomes. *BMJ* 10, 1–7.
- Helfferich C (2009). *Die Qualität qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS.
- Hsieh H-F, Shannon SE (2005) Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health research* 15 (9): 1277-1288.
- Ivers NM, Grimshaw JM, Jamtvedt G, Flottorp S, O'Brien MA, French SD, Young J, Odgaard-Jensen J (2014). Growing Literature, Stagnant Science? Systematic Review, Meta-Regression and Cumulative Analysis of Audit and Feedback Interventions in Health Care. *J. Gen. Intern. Med.* 29, 1534–1541.
- Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Jm Y, Sd F, Ma OB, Johansen M, Grimshaw J, Ad O (2012). Audit and feedback : effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 1–227.
- Lamnek S (2010). *Qualitative Sozialforschung*. 5. Auflage. Beltz, Weinheim.
- Misoch S (2014). *Qualitative Interviews*. München: De Gruyter Oldenbourg.
- Nohl AM (2011). *Interviews und Dokumentarische Methode*. Wiesbaden: VS



- Przyborski A, Riegler J (2010) Gruppendiskussion und Fokusgruppen. In: Mey G, Mruck K (Hrsg.) (2010) Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VW. S. 436-448.
- Schreier M et al (2008). Sampling in qualitativen Untersuchungen. Priorisierung in der Medizin. FOR 655 Nr. 12, S. 2–21.
- Siebolds M, Quasdorf I (2013) Grundlagen der Gruppenleitung in Qualitätszirkeln. In Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2013). Handbuch Qualitätszirkel. 3. Auflage. Berlin
- Sundmacher L, Fischbach D, Schüttig W, Naumann C, Augustin U, Faisst C (2015). Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study with German providers. Health Policy 119, 1415–1423.
- Wall S. Focused Ethnography: A Methodological Adaptation for Social Research in Emerging Contexts. Forum Qualitative Sozialforschung. 16 (1), Art. 1

## 7. Anhang

### 7.1. Ablaufplan Fokusgruppen

#### 1. Stichpunkte für Einstieg – Moderator/in

##### Begrüßung:

- Vorstellung des Moderationsteams
- Zielsetzung der ACD Projektes vorstellen:
  - Ifam und Projektpartner vorstellen: *ifam - hausärztliches Institut, wir engagieren uns im Bereich Lehre, Fort- und Weiterbildung und Forschung: das bedeutet für uns: mit niedergelassenen Ärzten/innen, deshalb heute Schwerpunkt „Diskussion unter niedergelassenen Kollegen/innen“*
  - *Sie kennen das aus den Qualitätszirkeln: es geht dabei um Ihre Erfahrung, um Ihre Experteneinschätzung: Wie erleben Sie die Zusammenarbeit in Ihrem Netzwerk? Wie lässt sich das aus ihrer Sicht ganz konkret gestalten?*

Vorstellungsrunde: *Zu Beginn möchte ich Sie bitten, sich ganz kurz vorzustellen, damit wir alle eine Idee haben, mit wem wir in den nächsten zwei Stunden hier gemeinsam diskutieren. Nennen Sie doch bitte kurz Ihren Namen, Ihr Alter, seit wann und wo Sie niedergelassen sind.*

#### 2. Hintergrundfragen für Moderation Fokusgruppe (nur zur Orientierung für die Moderation)

##### I. Interne Zielsetzung:

- Ermittlung der Bedeutung von Verantwortlichkeit / Accountability für Ärzte\*innen?
- Ermittlungen für die Kriterien für Netzwerke (Konstruktion als Basis für Intervention (realitätsnah)
- Ermittlung von hinderlichen und förderlichen Faktoren in der Zusammenarbeit
- Ermittlung der Bedarfe für die Qualitätsverbesserung in der Zusammenarbeit (Feedbackberichte, QZ)

##### II. Interne Fragestellungen:

- Wie wird das eigene Netzwerk wahrgenommen (Konstruktion)? Wer gehört zum eigenen Netzwerk?
  - Mindestzahlen an gemeinsamen Patienten/innen
  - Facharztgruppen / Größe
  - Einfluss von Nicht-ärztliche Praxisassistenz (NäPA) nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V
  - Nur mit Überweisungen
  - Ect.
- Wie sind Behandlungspfade im Netzwerk organisiert? Wie ist die Verantwortlichkeit im Netzwerk geregelt? Wer fühlt sich tatsächlich in welchen Situationen / Zusammenhängen

verantwortlich? Wo liegen die größten Probleme in der Zusammenarbeit? Was sind die Auswirkungen? (Verminderung Hospitalisierungs- und Wiedereinweisungsraten)

- Gibt es wiederkehrende „kritische Momente“ und „schwierige Anlässe in der Zusammenarbeit“?  
(Hier mit Blick auf die Liste ambulant-sensitiver Diagnosen)
- Welche Unterstützung Bedarfe haben Netzwerke für die Verbesserung der kontinuierlichen Versorgung? (Verminderung Hospitalisierungs- und Wiedereinweisungsraten)
- Welche Inhalte sind für die Hausärzte/innen besonders wichtig zur Verbesserung der Zusammenarbeit?
  - o Feedback-Bögen – was ist für Ärzte\*innen-Netzwerke interessant? Was wäre für die Kommunikation wichtig?
  - o Wie lassen sich Ärzte\*innen für QZ gewinnen?
- Wie müsste ein gut funktionierendes Netzwerk aufgebaut sein? Was braucht es, um die Qualität in der Zusammenarbeit zu verbessern? Wie erhöht man die Bereitschaft und das Interesse von niedergelassenen Kollegen/innen in Deutschland, sich an einem Netzwerk aktiv zu beteiligen? (...und der Ausgestaltung der Zusammenarbeit)
- Gibt es regionale Unterschiede in der Zusammenarbeit von Netzwerken? Welche?

## 1. Eröffnungsphase:

- **Vorstellung** des/der Diskussionsleiters/in (Name, Beruflicher Hintergrund): *„Ich stelle mich kurz vor: Mein Name ist..., ich arbeite als... am Institut für .... Heute bin ich die Moderatorin für diese Gruppendiskussion.“ (Ich bin selbst nicht niedergelassen, kenne mich aber gut mit dem Thema ambulante Versorgung und Zusammenarbeit aus, da ich eng mit meinen niedergelassenen Kollegen/innen zusammenarbeite.)*
- **Einstiegsinformationen in die Diskussion (Abfrage ob die Diskussion aufgezeichnet werden darf an dieser Stelle)**
- *„Bevor wir mit Ihnen nun über Ihr Erleben und Ihre Einschätzung zur Arbeit in Ihrem Netzwerk sprechen, habe ich noch eine Bitte. Damit uns von den Ergebnissen der Diskussion heute nichts verlorenght und wir wirklich alle wichtigen Punkte erfassen, würden wir die Diskussion gerne aufzeichnen. Darf ich Sie um Ihre Erlaubnis bitten die Diskussion aufzuzeichnen?“*
- Zusicherung der **Anonymität**, Hinweis auf **Gesprächsnotizen**, Skizzierung der **Grundregeln**:  
*„Alle Informationen werden selbstverständlich anonymisiert. Bitte lassen Sie sich nicht irritieren, wenn wir mitschreiben. Das sind nur Gedankenstützen für meine Orientierung.“*  
  
*Evtl. noch klären: Es sollte immer nur eine Person sprechen, alle Standpunkte sind für die Diskussion wichtig und sollten auch artikuliert werden. Es wäre nett, wenn Sie Ihr Handy möglichst weit weg vom Diktiergerät positionieren, ansonsten wird die Aufnahme gestört.“*
- Diskussionsteilnehmende fragen, ob sie dann soweit sind für die Diskussion oder ob noch allgemeine Fragen zu beantworten sind

*Diese Dinge mussten wir vorher klären, jetzt kommen wir zum richtigen Thema:*

## 1. Thema

Grundreiz/Leitfrage/Stimulus/Erzählaufforderung		
<p>1. Wenn Sie an den letzten Tag in ihrer Praxis zurückdenken,... gab es da eine Situation mit einem Patienten/ einer Patientin, ... wo für Sie ihr berufliches Netzwerk ganz besonders wichtig gewesen ist? ... was war das für eine Situation? ... wie ist das konkret gelaufen? ...was ist Ihnen daran noch besonders in Erinnerung geblieben? ... wie ist es Ihnen in der Situation gegangen? Fangen Sie einfach bei den Dingen an, die Ihnen durch den Kopf gehen!</p> <p>2. Was glauben Sie, wie war das für Ihren Patienten/in?</p> <p>3. <i>Jetzt möchte ich Ihre Meinung, Ihre Befindlichkeit dazu hören.</i></p>		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete (Nach-)Fragen
<p>Kennen Sie ein <u>Netzwerk</u>, das ...? Beschreiben Sie, warum.</p> <p>Was <u>erwarten</u> Sie für sich von ...?</p> <p>Was erwarten Sie für Ihre <u>Patienten</u>?</p> <p>Was haben Sie für <u>Befürchtungen</u>?</p> <p>Was würden Sie <u>ändern</u>/besser machen?</p>	<p><i>Erläuterung:</i></p> <p>Könnten Sie das Gesagte noch ein wenig erläutern/ausführen? Wie haben Sie das gemeint?</p> <p>Könnten Sie uns ein Beispiel geben? Was hat sich im Laufe der Zeit geändert?</p> <p><i>Wiederholung:</i></p> <p>Ich habe Sie (akustisch) nicht verstanden, könnten Sie noch einmal wiederholen?</p> <p><i>Ergänzung:</i></p> <p>Wollen Sie das Gesagte vielleicht noch ergänzen? Was fällt Ihnen noch dazu ein? Was bringen Sie mit .. noch in Verbindung?</p> <p><i>Einbeziehung anderer:</i></p>	<p>Anweisung für die Moderation:</p> <p>Immer da nachfragen, wo sich eine Indexikalität zeigt (=subjektive Bedeutung von Ausdrücken nicht aus dem jeweiligen Wort ersichtlich, sondern nur in einem Geflecht aus weiteren zusammenhängenden Begriffen; z.B. „bei uns auf dem LAND ist das eben so“; was will der Sprecher/die Sprecherin damit genau sagen? Ist das positiv oder negativ gemeint etc.)</p> <p>Was heißt das (genau)?</p> <p>Kann ... zur Verbesserung der Zusammenarbeit beitragen?</p> <p>Was hätten Sie gerne in der Zusammenarbeit anders gemacht?</p> <p>Was denken Sie? Wie wirkt sich ...auf Ihre Patienten</p>

	Es gibt unterschiedliche Positionen dazu, was meinen Sie dazu? Ist jemand anderer Meinung? Wie haben Sie das denn erlebt?	aus? Welche Patienten profitieren besonders? Wie geht Ihr Team mit ... um?
--	--	---

**2. Abschlussfrage:**

- |  |
|--|
| 1. Wenn Sie sich Ihr Wunsch-Netzwerk in der ambulanten Versorgung gestalten könnten..., wie müsste das aussehen? ..., wer wäre da dabei? |
|--|

**3. Auslaufphase:**

- Abschlussmarkierung: *„Ja, von meiner Seite aus wäre es das dann. Wir haben viele Dinge gestreift, aber es gibt bestimmt noch Aspekte, die noch nicht genannt wurden. (Pause) Gibt es noch von Ihnen aus etwas, was Sie gerne noch erzählen möchten, was Ihnen wichtig ist und was bisher in der Diskussion noch nicht zur Sprache gekommen ist? Haben wir etwas Wichtiges vergessen?“*
- Bedanken für die Diskussionsteilnahme: *„Ich möchte mich an dieser Stelle herzlich für die lebhaft und sehr hilfreiche Diskussion bedanken.“*

**3. Verabschiedung**

### Aufgaben Protokollant/in:

- Verantwortlichkeit für Ausrüstungsgegenstände und deren Aufbau
- Versorgung der Teilnehmenden mit Essen/Getränken
- Anordnung der Tische und Stühle, Vermeidung von Störungen
- Begrüßung und Einweisung der Teilnehmenden und weitere organisatorische Aufgaben
- Eine Sitzskizze machen mit Nummern: 3  
2 4  
1 5
- Skizze machen zu: Mikrofonposition, Position der Teilnehmenden in Relation zu den Mikrofonen, im Uhrzeigersinn aufsteigend nummerieren: A,B,C oder 1,2,3  
männlich=m, weiblich=w, charakteristische Sprechweisen wie laut, stotternd, Stimmhöhen, prägnante Diskussionsbeiträge aus der Anfangsphase der Diskussion, grobe Stichpunkte: welche Person hat was gesagt => hilft bei der späteren Zuordnung von Gesprächsteilnehmenden, evtl. mit Pfeilen Interaktion darstellen
- Netzteil, Ersatzbatterien, 2. Aufnahmegerät
- auf genügend Speicher achten (Geräte schalten bei vollem Speicher ab!)

### Postscript nach dem Interview: Wie lief das Gespräch?

In jedem Gespräch wird es „atmosphärische“ Besonderheiten oder interaktionelle Phänomene geben, wie z.B. während der Einstiegsinteraktion oder sogar noch zuvor oder in Hinsicht auf die Gesprächsdynamik etc., die sich zudem im Diskussionsverlauf auch noch ändern können. Diese Aspekte gilt es unmittelbar nach dem Gespräch zu dokumentieren, da sie ebenfalls eine Datengrundlage für die spätere Analyse bilden und oftmals ins Transkript nicht aufgenommen werden können. Insofern muss nach jedem Interview ein so genanntes „Postscript“ angefertigt werden, in dem sich Moderation und Assistenz Notizen zu den folgenden Merkmalen machen:

**Gesprächsatmosphäre:** Ort, Stimmung, Verhalten der Teilnehmenden, nonverbale Eindrücke

**Befindlichkeiten:** der Teilnehmenden; des Moderationsteams

**Rapport:** Beziehung zwischen den Teilnehmenden

**Gesprächsverlauf:** Entwicklungsdynamik der gesamten Diskussion

**Interaktionen:** Besondere Interaktionsphänomene zwischen Teilnehmenden

**Besonderheiten:** Allgemeiner Art

**Auffallende Themen:** Berührte und ausgelassene Thematiken, bezogen auf die Forschungsfragen und darüber hinaus

**Störungen:** Des Interviewverlaufs

## 7.2. Einladung Pilot-Netzwerke

UKD Universitätsklinikum  
Düsseldorf

*Heinrich Heine*  
HEINRICH HEINE  
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

Institut für Allgemeinmedizin • UKD • Moorenstraße 5 • 40225 Düsseldorf

  
INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Netzwerktreffen  
Freitag, 18.05.2018  
15:30 – 18:00 Uhr

**Direktor**  
Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Wilm

**Postanschrift:**  
Universitätsklinikum Düsseldorf  
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)  
Postfach 10 10 07  
40001 Düsseldorf

**Hausanschrift:**  
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)  
4. Obergeschoss  
Werdener Straße 4  
40227 Düsseldorf

**Kontakt:**  
Verena Leve  
[Verena.Leve@med.uni-duesseldorf.de](mailto:Verena.Leve@med.uni-duesseldorf.de)  
Telefon 02 11 / 810 81 83  
Fax: 02 11 / 811 87 55

Ansprechpartnerin: Verena Leve  
Durchwahl: 02 11 / 810 81 83  
E-Mail: [Verena.Leve@med.uni-duesseldorf.de](mailto:Verena.Leve@med.uni-duesseldorf.de)  
Datum: XXXXXX22.10.2018

### Terminerinnerung Netzwerktreffen Accountable Care in Deutschland (ACD)

Sehr geehrter Herr Kollege XXX,

gerne möchten wir Sie auf diesem Wege an das nächste Netzwerktreffen „Zusammenarbeit in der Versorgung stärken“ erinnern. Die Sitzung findet statt

Wann: Freitag, 18.05.2018  
15:30 – 18:00 Uhr

Wo: Institut für Allgemeinmedizin in Düsseldorf  
Werdener Straße 4, 40227 Düsseldorf

\*zertifiziert mit QZ-Punkten der Ärztekammer Nordrhein.

Nutzen Sie die Gelegenheit Forschung aktiv mitzugestalten! Gemeinsam mit Ihnen und anderen Akteuren aus der Versorgung wollen wir in unserem öffentlich geförderten Projekt „Accountable Care Deutschland“ ermitteln, wie Sie die **Netzwerkarbeit** erleben, welche Herausforderungen Sie für die Versorgung in Deutschland sehen und wie die **Zusammenarbeit in Ihrem Netzwerk gestärkt** werden kann.

Wir würden uns sehr freuen, Sie am Freitag in unserem Hause begrüßen zu dürfen. Sollten Sie noch Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung (02 11/810 81 83 oder 01 76/611 439 84).

Mit freundlichen Grüßen

Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Wilm  
Hausarzt

Verena Leve  
Projektkoordination

**Sekretariat**  
Petra Kronenberg  
[Kronenberg@med.uni-duesseldorf.de](mailto:Kronenberg@med.uni-duesseldorf.de)

Petra Honerkamp  
[Petra.Honerkamp@med.uni-duesseldorf.de](mailto:Petra.Honerkamp@med.uni-duesseldorf.de)

<http://www.uniklinik-duesseldorf.de/allgemeinmedizin>



## 7.3. Projektinformation

	<b>Institut für Allgemeinmedizin Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität</b>	
<b>Projekttitel</b>	<b>Accountable Care in Deutschland (ACD)</b>	
<b>Projektförderung</b>	Gemeinsamer Bundesausschuss, Innovationsausschuss (Innovationsfonds)	
<b>Zeitlicher Ablauf</b>	<b>Beginn Pilotierung:</b> Herbst 2017 – Frühjahr 2018	
<b>Inhalte</b>	<p>Ziel des Projektes ist es, die haus- und fachärztliche Vernetzung innerhalb der Versorgung zu unterstützen. In der Pilotierungsphase wird gemeinsam mit Akteuren daher folgenden Fragen nachgegangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Wie erleben Sie die Zusammenarbeit und Vernetzung innerhalb der Versorgung in Ihrer Region?</li> <li>➤ Welche Herausforderungen bestehen in der Versorgung und wie lässt sich die kontinuierliche Behandlung Ihrer Patientinnen und Patienten im ambulanten Netzwerk verbessern?</li> <li>➤ Wie lässt sich die Zusammenarbeit sowohl in der ambulanten Versorgung als auch zwischen ambulantem und stationärem Bereich verbessern?</li> </ul> <p>Aus den Ergebnissen der Vorstudie werden gemeinsam mit allen teilnehmenden Akteuren konkrete Ansätze für die Netzwerkarbeit entwickelt. Diese Ansätze werden anschließend in einer cluster-randomisierten Studie erprobt.</p>	
<b>Ihr Zeitaufwand</b>	<p><b>Geringer Zeitaufwand für Sie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Teilnahme der Ärzte / Ärztinnen an ca. 3 Austauschtreffen „Accountable Care“ im Laufe der nächsten Monate (Dauer der Treffen: ca. 2,5 Stunden, Zertifizierung liegt vor); <u>Ihre Beiträge gestalten direkt das Projekt und die Versorgung mit!</u></li> <li>– Es werden <b>keine Daten in Ihrer Praxis erhoben</b> → <b>kein</b> zusätzlicher Aufwand für Ihr Praxisteam</li> <li>– <b>Keine</b> Sichtung von Patientenakten und Diagnosen durch Ihr Praxisteam – wir arbeiten ausschließlich mit Routinedaten.</li> </ul>	
<b>Projektleitung</b>	Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Wilm	
<b>Ihre Ansprechpartnerin</b>	<p>Verena Leve Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Postfach 10 10 07, 40001 Düsseldorf Tel.: 0211 81 – 08 183                      Hausanschrift: Fax: 0211 81 – 18 755                      Werdener Straße 4; 40227 Düsseldorf <a href="mailto:Verena.Leve@med.uni-duesseldorf.de">Verena.Leve@med.uni-duesseldorf.de</a></p>	
<b>Verbundpartner</b>	<p><b>Konsortialpartner:</b> Ludwig-Maximilians-Universität München Medizinische Hochschule Hannover Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Kassenärztliche Vereinigung Hamburg Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe</p>	<p>AOK Rheinland/Hamburg AOK Nordwest Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (zi)</p>

## 7.4. Fax-Anmeldung



### ANTWORT

Fax: 0211 / 81-18 755  
z. Hd. Verena Leve

### Accountable Care in Deutschland (ACD)

Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Universität Düsseldorf  
Werdener Straße 4, 40227 Düsseldorf, E-Mail: [Verena.Leve@med.uni-duesseldorf.de](mailto:Verena.Leve@med.uni-duesseldorf.de)

Ihr Praxisstempel:

Name: .....

E-Mail: .....

Telefonnummer: .....

- Ich erkläre mich zur Teilnahme an dem ACD-Projekt und zum Besuch eines oder mehrerer Treffen (mit Qualitätszirkel-Punkten der Ärztekammer Nordrhein) bereit.

Ich nehme an folgenden Sitzungen des Qualitätszirkels teil

  - Freitag, den 23. März 2018, 15:30 – 18:00 Uhr
  - Freitag, den 20. April 2018, 15:30 – 18:00 Uhr
  - Freitag, den 18. Mai 2018, 15:30 – 18:00 Uhr

**Veranstaltungsort:** Institut für Allgemeinmedizin  
Werdener Straße 4, 40227 Düsseldorf, Veranstaltungsraum EG.

- Ich möchte zunächst mehr Informationen über das Projekt erhalten. Bitte kontaktieren Sie mich am \_\_\_\_\_ (Wochentag) um \_\_\_\_\_ (Uhrzeit).\*

\* Wenn Sie weitere Informationen wünschen, kontaktieren wir Sie gerne zu dem angegebenen Termin.

## 7.5. Ablaufplan erstes Pilot-Netzwerktreffen

Moderation: Olaf Reddemann

Zeit	Top	Methode	Dauer
15:30 – 15:45	<b>Begrüßung / Vorstellungsrunde</b>	Im Plenum	15 Min.
15:45 – 16:00	<b>Vorstellung ACD Projekt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Förderung</li> <li>– Hintergrund</li> <li>– Zielsetzung Gesamt / Zielsetzung Pilotstudie</li> <li>– Behandlungspfad – kurz darstellen</li> </ul>	PPT	15 Min.
16:00 – 16:15	<b>Was macht mein Netzwerk aus?</b> <b>Wer ist Teil meines Netzwerkes? Wer fehlt?</b>	Brainstorming / Plenum Dokumentation Flipchart	15 Min
16:15 – 16:25	<b>Was läuft gut in meinem Netzwerk?</b> (grüne Karten) <b>Was ist schwierig im Netzwerk?</b> (rote Karten)	Kartenabfrage	10 Min.
16:25– 16:45	<b>Reflexion der Kartenabfrage</b>	Im Plenum	20 Min.
16:45 – 17:45 16:45 – 16:55	<b>Besonderer Behandlungspfad</b> „Wenn Sie jetzt an einen Konkreten Patienten / eine Patientin denken... “ (unter Bezugnahme auf kritische / positive Ereignisse s. Kartenabfrage)	Arbeitsblatt Falldarstellung (Einzelarbeit)	10 Min.

16:55 – 17:10	Vorstellung der Fälle / Zusammenfassen typischer Aspekte zu einem „Fall“ ggf. mehrere je nach Gruppengröße  (Multimorbidität, ambulant Sensitive Diagnosen → Projektbezogen)	Fallarbeit / Plenum	15 Min.
17:10 – 17:30	Wie sieht der optimale „Behandlungspfad“ für diesen Patienten / diese Patientin aus? Wer ist wann mit im Boot? Wo sind mögliche Stolpersteine?	Fallarbeit / Kleingruppenarbeit  Dokumentation mit Karten auf Metaplanpapier	20 Min.
17:30 – 17:35	Vorstellung der Arbeitsergebnisse	Fallarbeit / Plenum	5 Min (max. 2 je KG)
17:35– 17:55	Was würde uns helfen, diesen optimalen Behandlungspfad umzusetzen?  Was brauchen wir, um die Ressourcen im Netzwerk optimal zu nutzen?  (→ Grundlage für Feedbackberichte hier zusammentragen, gegenprüfen)	Brainstorming / Plenum  Dokumentation Flipchart	20 Min.
<b>17:55 – 18:00</b>	<b>Ausblick – wie geht es weiter im ACD Pilot</b>  <b>(warum lohnt es, beim nächsten Treffen wiederzukommen)</b>  <b>Verabschiedung</b>	Im Plenum	5 Min

## 7.6. Ablaufplan Folge-Pilot-Netzwerktreffen

Moderation: Olaf Reddemann

Zeit	Top	Methode	Dauer
15:30 – 15:45	<b>Begrüßung / Vorstellungsrunde</b>	Im Plenum	15 Min.
15:45 – 16:00	<b>Vorstellung ACD Projekt (wie in Sitzung 1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Förderung</li> <li>– Hintergrund</li> <li>– Zielsetzung gesamt / Zielsetzung Pilotstudie</li> <li>– Behandlungspfad – kurz darstellen</li> <li>– Einverständniserklärung</li> </ul>	PPT	15 Min.
16:00 – 16:15	<b>Rückblick und Ergänzungen</b> <b>Was macht mein Netzwerk aus?</b> <b>Wer ist Teil meines Netzwerkes? Wer fehlt?</b>	Brainstorming / Plenum  Kartenmodell / Sitzung 1 an Metaplanwand	15 Min
16:15 – 16:30	<b>Feedbackbericht Teil 1 – S. 1+2</b> <b>„Erlebtes“ Netzwerk – Daten-Netzwerk</b>	Feedbackbericht Teil 1a	10 Min.
16:30 – 16:40	<b>Was ist günstig in der Zusammenarbeit im Netzwerk?</b> (grüne Karten) <b>Was ist schwierig / Wo müsste das Netzwerk besser funktionieren?</b> (rote Karten) <b>Ergänzen</b>	Kartenabfrage / vorbereiten an Metaplanwand Sitzung 1	10 Min.

<b>16:40– 16:45</b>	<b>Reflexion der Kartenabfrage</b>	Im Plenum	5 Min.
<b>16:45 – 17:00</b>	<b>Pause</b>		10-15 Min
<b>17:00 – 17:45</b>	<b>Feedbackbericht Teil 2</b> <b>Fallarbeit anhand des datenbasierten Versorgungspfades</b> <b>Versorgungspfad im einzelnen durchgehen und identifizieren:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Was müsste im Netzwerk an welcher Stelle passieren, damit für Patientin alles optimal läuft</li> <li>- Was würden wir uns in / von unserem Netzwerk wünschen?</li> <li>- Stationen durchgehen und gemeinsam überlegen: Steuerung d. Patientin, Überweisung, Berichte, lange Termine, Austausch etc.</li> </ul>	Arbeitsblatt Feedbackbericht Teil 1b	45 Min
<b>17:45 – 18:00</b>	<b>Ausblick – wie geht es weiter im ACD Pilot</b> <b>Was Interessiert Sie / uns im Netzwerk für nächste Sitzung? S.</b> <b>Feedbackinfoblatt 2</b> <b>Verabschiedung</b>	Im Plenum Feedbackbericht Teil 2	15 Min

## 7.7. Kategoriensystem

Liste der Kategorien	Memo	Ankerbeispiel
<b>Bedeutung NW-Informationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Akzeptanz der Qualitätsindikatoren</li> <li>– Was wird an Feedback gewünscht? Zu welchen Aspekten?</li> <li>– Welche Bereitschaft besteht, eigene ärztliche Tätigkeit zu verändern?</li> </ul>	<p>"Also ich muss sagen, ich persönlich gucke mir die KV-Daten nicht an, die ich bekomme. Wahrscheinlich guckt jeder von uns erstmal auf die Abrechnungsdaten, wo draufsteht, er ist zufrieden oder eben nicht. Und ist dann auch zufrieden, wenn er keine schlimmen Dinge da entdeckt. Oder man guckt dann vielleicht noch in die Verordnungsvolumina oder so, ob man da nicht so krass über dem Schnitt liegt und nichts zu befürchten hat. Und das war es dann." ACD_FG_6</p> <p>"Ob das einem jetzt konkret viel weiterhilft? Man kann vielleicht mal so sagen, okay, steht man irgendwie ganz gut oder stehen die Leute hier irgendwie ganz grottig. Das wären Informationen. Was das jetzt konkret an die Behandlung geht" ACD_FG_6</p>
<b>Haltungen / Erwartungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Was wird vom Netzwerk erwartet?</li> <li>– Welche Bedeutung haben Haltungen?</li> </ul>	<p>"Da wissen die Patienten schon alle, dass es ihm nur ums Geld geht. Und nicht um irgendwas. Das ist furchtbar. (..)" ACD_FG_5</p>
<b>Herausforderungen in der Zusammenarbeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Welche hemmenden Faktoren erleben die TN in der Zusammenarbeit?</li> <li>– Welche Rolle haben hier Patient_innen?</li> <li>– Kontakt zwischen Hausarzt_innen und Spezialist_innen</li> <li>– Information über Behandlungseign anderer</li> </ul>	<p>"Ja, also wenn ich die Verantwortung abgeben kann, bin ich aus der Sache fein raus, ne? Und das weiß man nicht. Also ich glaube, dass das oft auch vom Patienten ein bisschen gestaltet ist. Dieses ganz dringliche." ACD_FG_4</p> <p>"Die Dinge, die mich beschäftigen in der Kommunikation mit Kollegen, dann ist Nummer eins: fehlende Briefe von einer Reihe von Kollegen und einigen Fachgruppen ..." ACD_FG_1</p>

<b>Intersektorale Versorgung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Relevanz Ambulant Sensitiver Krankenhauseinweisungen</li> <li>– Vermeidbarkeit von unnötigen Krankenhauseinweisungen</li> <li>– Welcher Zusammenhang wird zw. ASK und Kooperation gesehen?</li> <li>– Welche Rolle haben andere Gesundheitsberufe?</li> <li>– Wie sieht die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern aus? (Kontakthäufigkeit, Anlässe etc.)</li> </ul>	<p>"Und das sehen wir in den Notaufnahmen, wo wegen jedem Kinkerlitzchen eigentlich eine Notaufnahme aufgesucht wird und die Kollegen dort im Krankenhaus eigentlich überfordert werden und falsch eingesetzt sind, ne?" ACD_EZ_2</p> <p>"Die Kliniken wissen das zu schätzen. Wir geben bei jeder Einweisung die vollständige Anamnese mit. Die Dauerdiagnose, die Dauerindikation, ne? Und ... / Die rufen uns teilweise sogar an und bedanken sich." ACD_FG_5</p> <p>"Obwohl ich schon so lange dabei bin und auch viele Leute kenne. Es wird nicht besser. Es wird teilweise sogar schlechter. Weil die Krankenhausesentlassungen kommen so schnell teilweise, dass die Kliniken sowieso gar nicht mehr kooperieren. Oder kaum noch. Oder interessiert sind, zu überlegen, was sie denn machen könnten, mit diesem Menschen." ACD_FG_1</p>
<b>Kritische Anlässe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Was sind kritische Momente in der Versorgung?</li> <li>– Welche Fälle führen zu eigentlich potentiell vermeidbaren Krankenhauseinweisungen?</li> <li>– Welche Zielgruppen / Diagnosegruppen sind häufig betroffen?</li> </ul>	<p>"Und dann denen eigentlich mal nachgehen. Weil das sind grad diese vulnerablen Patienten, die da oft irgendwo in Behandlung sind, wo dann irgendwelchen Radiosynoviorthesen gemacht werden. Irgendwelche Gelenkeinspritzungen und irgendwelche Hyaluronsäure kriegen und dann irgendwann kriegt man raus, dass sie seit sechs Monaten Schmerzen haben wie wild und (..) fühlt, dass da die Versorgung noch etwas besser sein könnte." ACD_FG_1</p>
<b>Netzwerkkonstruktion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Verständnis vom eigenen Netz</li> <li>– Wer gehört zum eigenen Netzwerk? Welche Art von NW wird bereits genutzt? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mindestzahlen an gemeinsamen Patienten/innen</li> <li>▪ Facharztgruppen / Größe</li> <li>▪ Einfluss von Nicht-ärztliche Praxisassistenz (NäPA) nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V</li> </ul> </li> <li>– Selbsteinschätzung d. eigenen Vernetzung</li> </ul>	<p>"Aber auch das hinterher gesagt, man sucht sich ja sein Netzwerk so, wie es einem auch am besten passt. Und wenn einem das zwei, drei Mal auffällt oder man da mit der Situation nicht zurechtkommt, also ich ziehe dann die Konsequenz und schicke da einfach keinen mehr hin, ne? Aber gut." ACD_FG_6</p>



<b>Positive Einflussfaktoren auf Zusammenarbeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Was wird an Zusammenarbeit positiv erlebt?</li> <li>– Wodurch zeichnet sich eine gute Zusammenarbeit aus?</li> <li>– Kontakt zwischen Hausarzt_innen und Spezialist_innen</li> <li>– Vorteile von Vernetzung</li> <li>– Information über Behandlungen anderer</li> <li>– Austauschformen in bestehenden Netzwerken</li> </ul>	<p>"wenn er vielleicht persönlichen Kontakt hat, falls jetzt durch die Praxis, durch die Arzthelferin, das muss ja nicht der Kollege selber sein aus Zeitgründen. Aber das finde ich fast noch am besten, weil das dann eigentlich auch am besten funktioniert. Dann kann man das viel besser einschätzen." ACD_FG_4</p> <p>"Und die Zuweiser wissen ja auch, dass die Patienten nicht ohne Überweisung zu uns kommen können. Die kriegen keinen Termin oder es wird nachgefragt, ne? Das heißt, die kriegen immer wieder die Info, Patient will wieder zum Nephrologen." FG4</p> <p>"Und da weiß ich, da kann ich dann auch zum Telefonhörer greifen und entweder sagt die Mitarbeiterin in der Praxis eben schon: jo, wir kennen euch ja, schickt den morgen früh. Das ist hilfreich. Aber das ist natürlich, wie du sagtest, Aufwand." FG1</p>
<b>regionale Unterschiede</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stadt-Land-Vergleich</li> <li>– Besonderheiten im regionalen Bezug (Mentalität, Region etc.)</li> </ul>	<p>"Weil sehr, sehr viele Patienten – ich weiß nicht, wie das in den anderen Städten ist – mit dem Bus zu mir kommen. Und gestern hat einer gesagt: ich habe den einen Bus gerade verpasst ... 30 Minuten gewartet hat, bis der zweite kommt. Wenn ich den dann überweise ..." ACD_FG_2</p> <p>"Es ist da ein zunehmender Konzentrationsprozess und die Anzahl der Praxen wird weniger. Und einige haben auch da ... Die nehmen keine Patienten mehr zusätzlich auf. Ich meine, da muss man auch ganz klar sagen, das ist auch ein politisches Problem." ACD_FG_3</p>

<b>Studienbeteiligung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bereitschaft zur Teilnahme an regelmäßigen Treffen</li> <li>– Wie lässt diese sich steigern? Was mach NW-Treffen attraktiv?</li> <li>– Was brauchen Studienärzt_innen (Informationen etc.)?</li> </ul>	<p>"Also, das ist mir wichtig. Zeit zu gewinnen. Hier geht es nicht um Geld. Ja? Also, gar nicht. Mir geht es einfach darum, meine Arbeit so zu halten, weil die ist nötig, ja? Die kann ich nicht minimieren. Alle kennen Morbidität, kennen die Entwicklung, Altersstrukturen. Dass viel Arbeit auf uns zukommen wird. Und die Politik hat über Jahrzehnte, so lange beobachte ich das eigentlich schon, überschätzt, was jetzt so durch die passiert." ACD_EZ_2</p> <p>"Was mir am meisten in meinem Beruf fehlt, ist Zeit. Freizeit. Muss ich ganz ehrlich sagen. Die ich dadurch kriegen könnte, indem ich Organisationsmängel beseitige. Auch optimiere. Stichwort, immer wieder Kommunikation. Ich komme immer daraufhin. Das wäre etwas. Also, wenn unser Netzwerk jetzt sagen würde, wir machen hier noch mal ein richtiges Entlass-, Überweisungs- und Einweisungsmanagement, verbinde ich vor allem. Dann ziehen wir an einem Strick, da wäre ich sofort dabei" ACD_EZ_2</p> <p>"Ja, weil alles, was so groß aufgebauscht wird, ne ... / Je mehr Versammlungen, desto ... / Abschreckender ist es. Weil es bürokratisch wird. Und ich habe auch keine Lust auf tausend Versammlungen." ACD_FG_5</p>
<b>Systembezug</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Übernahme von Leistungen</li> <li>– Organisatorische Herausforderungen</li> </ul>	<p>"Also was ein ewiger Quell der (.), der Auseinandersetzung (.), der Unzufriedenheit ist, sind die Krankenkassen und ihr Verhalten beim Bezahlen von verordneten Leistungen. Das habe ich auch gerade so vor Augen, weil ich vorhin noch ich weiß nicht wie lange telefoniert habe. Für eine Patienten, die kaum noch laufen kann, aber wegen einer chronischen Wunde im Moment zweimal in der Woche zu uns kommen muss. Und die Kasse zum Beispiel den von mir ausgestellten Transportschein nicht akzeptiert. Und mir aber auch nicht sagen kann, warum nicht." ACD_EZ_1</p>
<b>Verantwortlichkeiten Im Netzwerk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wer fühlt sich für was verantwortlich? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur mit Überweisungen</li> <li>▪ kurzer Dienstweg</li> <li>▪ direkte Ansprache</li> </ul> </li> </ul>	<p>"Schwierig ist einfach die Verbindlichkeit. Die Leute ... Alle sagen, das ist toll, das machen wir. Wenn es darum geht, ja, hier ist das Angebot. Unterschreiben. Dann klappt das letztendlich nie. Das ist ganz, ganz schwierig." ACD_EZ_2</p> <p>"Ja, letztlich auch eine Verantwortung. Dass die auch eine Verantwortung für die Medikamente tragen, die sie verordnen. Und jetzt gerade im Bezug auf das, was wir angesprochen haben." ACD_FG_5</p>

<b>Verbesserung der Qualität der Versorgung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wünsche an die Versorgung</li> <li>– Unterstützungsbedarfe der Netzwerke</li> <li>– Inwieweit ist Zusammenarbeit erwünscht? Inwiefern bestehen Präferenzen zur Zusammenarbeit mit anderen?</li> <li>– Potenzial von Vernetzung für Qualität</li> <li>– Bedeutung von Leitlinien</li> </ul>	<p>"Also, da gehört auch wirklich für die Netzwerkarbeit, das, was man will, wenn wir schon es nicht schaffen, genügend Leute dahin zu motivieren, dann müssen die, die es machen, finanziell vernünftig ausgestattet werden. Da gehört natürlich eine Innovationsform dazu, denn natürlich alle wollen daran. Aber das ist natürlich eine unendlich hohe Hürde, sodass alle sagen, komm, da haben wir keine Chance. Aber da gehören Gelder hin, die dann vernünftig verwaltet werden." ACD_EZ_2</p> <p>"Ich glaube, bei uns ist das eher eine andere Qualität. Bei uns geht es ja nicht darum, dass wir dann irgendwas dann für uns daraus ziehen. Sondern wirklich zu sagen, damit man bei den gemeinsamen Patienten nichts verpasst. Musst du auch. Wir können nicht alle Patienten, die wir hier betreuen, in diesem Umkreis, wo XX Menschen in diese Praxis kommen, können wir nicht alle Patienten in dieser Frequenz anbinden. Auch wenn wir sie angebunden haben, aber nicht so frequentiert, dass es nicht ohne die Kontrolle ... Dass man gutem Gewissens sagen kann, das läuft geordnet." ACD_FG_4</p>
<b>Versorgungspfade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wie sehen Versorgungspfade aus?</li> <li>– Sinnvolle Angebote für Patient_innen</li> <li>– Was bräuchten Patient_innen über das eigene Versorgungsangebot hinaus? (Kenntnis über Rolle / Aufgaben anderer Versorger_innen)</li> </ul>	<p>"Wir hatten die vier entsprechenden, leitenden Oberärzte der Häuser, die dafür ausgeguckt waren, zusammen. Und dann habe ich gesagt, das geht aber nicht nur um Entlass- Management, es geht auch um Einweisungs- und Überweisungsmanagement. Wenn dann geht es in der gesamten Mitgliedschaft darum, wie gehen wir mit Patienten um? Wie führen wir die? Was machen wir da? Ja, das ist natürlich dann Arbeit. Auch für jeden." ACD_EZ_1</p>

## 7.8. Moderator\_innen-Handbuch

Die aktuelle Version des Handbuchs befindet sich im Passwort geschützten Bereich der Internetseite: <https://acd-projekt.de/>



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 44127 Dortmund

## Vorstand

Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht vom: 3.10.0  
Unser Zeichen: Ishan Hegele  
Ansprechpartner: Ishan Hegele  
Telefon: 0231 9432-3538  
Telefax: 0231 9432-83538  
E-Mail: Ishan.Hegele@kvwl.de  
Internet: www.kvwl.de  
  
Datum: Juni 2018

### Projekt Accountable Care Deutschland | Anfrage zur Tätigkeit als Netzwerkmoderator

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Sie heute auf das Projekt *Accountable Care für Deutschland* (ACD) aufmerksam machen, um Sie als Moderator\_in zu gewinnen.

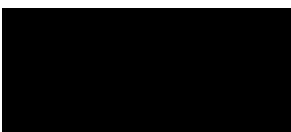
ACD ist ein bundesweit einmaliges Modellprojekt, das durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses finanziert wird. Ziel ist es, die Vernetzung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die regional gemeinsam Patienten versorgen, zu optimieren. Hierzu benötigen wir Ihre Expertise als zertifizierte/r Qualitätszirkelmoderator\_in.

An dem Projekt sind neben der KVWL auch die KV Nordrhein, KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein sowie die Techniker, die AOK, das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung, das Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, die Medizinische Hochschule Hannover und die LMU München unter der Konsortialführung von Frau Prof. Dr. Leonie Sundmacher beteiligt.

Geplant ist, Ärztinnen und Ärzten im Rahmen von moderierten Netzwerktreffen eine Plattform zu bieten, um sich untereinander zu vernetzen. Für die Region Westfalen-Lippe ist vorgesehen, dass aus den Abrechnungsdaten bis zu 24 Netzwerke (sog. Patient Sharing Networks) gebildet werden, die als Interventionsgruppe bis Juni 2020 insgesamt vier Netzwerktreffen durchführen. Auf Basis von zuvor entwickelten Qualitätsindikatoren werden gelebte Versorgungspfade gemeinsam betrachtet, um z. B. potenziell vermeidbare Krankenhauseinweisungen zu reduzieren. Den detaillierten Ablauf des Projektes haben wir für Sie in einem Informationsblatt (s. Anlage) zusammengefasst.

Bitte faxen Sie uns bei Interesse bis spätestens 25.06.2018 das beigefügte Formular zurück. Für Fragen steht Ihnen als Ansprechpartner für das Projekt ACD Herr Ishan Hegele unter o. g. Rufnummer zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Müller  
Mitglied des Vorstands

## Fax-Antwort an: 0231 9432-83538

An: KVWL, Stabsbereich Unternehmensentwicklung, z. Hd. Herrn Ishan Hegele

### Anmeldung als ACD-Netzwerkmoderator\_in

**Ja**, ich bin als Qualitätszirkelmoderator\_in zertifiziert und möchte für das Projekt Accountable Care Deutschland (ACD) die Moderation von ACD-Netzwerktreffen übernehmen. Ich erhalte eine zuvor festgesetzte Aufwandsentschädigung für meine Moderatorentätigkeit (Details s. Anlage).

**Ich melde mich hiermit verbindlich** zum ACD-Moderatorentraining an. Das erste ACD-Moderatorentraining findet in der Zeit von **Freitag, 29.06.2018, 14 Uhr bis Samstag, 30.06.2018, ca. 18 Uhr in Düsseldorf** als gemeinsamer Termin mit den Moderator\_innen aus der KV-Region Nordrhein statt. Bei Verhinderung bzw. Bedarf wird es voraussichtlich im September eine Terminalternative für das ACD-Moderatorentraining geben.

#### Aufgaben als ACD-Netzwerkmoderator\_in:

- Persönliche Teilnahme an einem 1,5-tägigen ACD-Moderator\_innen-Training (Termin s. o.)
- Moderation von insgesamt 4 Treffen je ACD-Netzwerk im Zeitfenster Sept. 2018 bis Juni 2020
- Persönliche Teilnahme an ca. 4 Austauschtreffen mit anderen Moderator\_innen
- Persönliche Teilnahme an internen Telefonkonferenzen nach Bedarf

#### Hinweise:

- Die Vergütung erfolgt nur bei vollständiger Moderationsleistung inklusive Nachbereitung. Es besteht kein Anspruch auf Vergütung im Falle von Krankheit oder sonstiger Verhinderung.
- Der / Die Moderator\_in hat eine neutrale Moderation durchzuführen, die inhaltlichen Ziele des Projektes ACD sind zu beachten.
- Über die im Rahmen der Moderationstätigkeit bekannt gewordenen Inhalte und Einzelheiten im Projekt ACD ist Stillschweigen zu bewahren, Unterlagen dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden. Diese Verpflichtung bleibt auch nach Projektende bestehen.

---

Titel / Vorname / Nachname

LANR

---

Datum / Unterschrift / Praxisstempel



Nach Eingang Ihrer Teilnahmebestätigung erhalten Sie eine Eingangsbestätigung und Informationen zum weiteren Vorgehen.



## Moderatoren für Innovationsfondsprojekt **Accountable Care in Deutschland (ACD)** gesucht

### Worum geht es?

- **Projekthintergrund:** Viele Patienten, insbesondere chronisch Kranke werden gemeinsam von Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten in einer Region versorgt. Nicht selten sind im Verlauf auch Krankenhausärzte an der Versorgung beteiligt. Aufgrund der bestehenden Strukturen wissen die beteiligten Vertragsärzte jedoch in vielen Fällen nicht, wen der Patient außer Ihnen noch aufsucht. Studien aus dem Bereich der Versorgungsforschung gehen davon aus, dass die fehlende Kenntnis über gemeinsam versorgte Patienten Folgen, wie Polymedikation, Doppeluntersuchungen oder auch eine unzureichende Weiterversorgung nach Klinikentlassung begünstigt. Ein viel versprechender Ansatz zur Verbesserung der Versorgungsqualität ist eine Förderung der fächer- und sektorübergreifenden Vernetzung und Zusammenarbeit.
- **Projekthinhalt & -ziel:** Mit Hilfe von so genannten Routinedaten können Netzwerke von ambulanten Versorgern, die Patienten gemeinsam betreuen, erkannt werden. Ziel des Projekts ist es, in einem weiteren Schritt die Zusammenarbeit innerhalb dieser Netzwerke im Rahmen von **moderierten Netzwerktreffen** zu fördern. Als Diskussions- und Arbeitsgrundlage wird den Teilnehmenden eine anonymisierte, strukturierte Information über netzwerktypische Verläufe der Patientenbehandlung zur Verfügung gestellt. Selbstverständlich unter strikter Wahrung der Anonymität von Patienten und Ärzten.

### Wofür brauchen wir Sie?

- Im Rahmen der Intervention benötigen wir ausgebildete Moderatoren, die für eine Laufzeit von 24 Monaten (Start: Juli 2018; Ende: Juni 2020) ein oder mehrere unserer ACD-Netzwerktreffen im Sinne des Peer-to-Peer Ansatzes moderieren und die teilnehmenden Ärzte betreuen.
- Die insgesamt vier Treffen pro Netzwerk werden halbjährlich innerhalb der KV-Region stattfinden. Sie bieten den Netzwerkärzten eine Austauschplattform, die einen wechselseitigen Lehr-Lern-Prozess fördert.
- Als Diskussionsgrundlage in den Netzwerktreffen werden den Teilnehmenden netzspezifische Feedback-Berichte zu ausgewählten Krankheitsbildern, mit eigenständiger Schwerpunktsetzung, zur Verfügung gestellt. Möglicherweise sind Ihnen ähnliche Berichte aus der Qualitätszirkelarbeit mit dem DMP bereits vertraut.

# Was bieten wir Ihnen?

- Eine leistungsgerechte Aufwandsentschädigung in Höhe von 300€ zuzüglich Fahrtkostenzuschuss pro Netzwerktreffen.
- Ein zertifiziertes 1,5-tägiges ACD-Training zu Projektbeginn sowie halbjährlich stattfindende Intervisionstreffen mit anderen Projektmoderatoren. Der Aufwand für das ACD Training sowie die Moderatorentreffen wird in Höhe von insgesamt 1.300€ (zuzüglich Fahrtkostenzuschuss) ebenfalls erstattet.
- Ein ACD-Moderatoren-Handbuch sowie eine koordinative und materielle Unterstützung bei der Betreuung der Netzwerke.
- Die konzeptionelle Mitarbeit an einem zukunftsweisenden Projekt der Versorgungsforschung.

# Was bringen Sie mit?

- Langjährige Erfahrung in der ambulanten Versorgung
- Interesse am Austausch mit dem Projektteam und der Betreuung der Ihnen zugeordneten Netzwerkkärzte
- Ein Zertifikat als Qualitätszirkel-Moderator (Basisqualifikation)
- Erfahrung in Peer-Gruppenmoderation
- Die Bereitschaft ...
  - zur Moderation von insgesamt vier Treffen je ACD Netzwerk
  - zur Teilnahme an einem 1,5-tägigen ACD Moderatorenttraining am 22./23.6.18 in Hamburg oder 29./30.6.18 in Düsseldorf (nach Bedarf ein weiterer Termin im September 2018)
  - zur Teilnahme an vier Intervisionstreffen mit den anderen ACD-Moderatoren

## Ihre Kontakte für Fragen oder bei Interesse an einer Mitarbeit:

KV Nordrhein  
Barbara Gentges  
E-Mail: [barbara.gentges@kvno.de](mailto:barbara.gentges@kvno.de)  
Telefon: 02115970-8380

KV Schleswig-Holstein  
Paul Brandenburg  
E-Mail: [paul.brandenburg@kvsh.de](mailto:paul.brandenburg@kvsh.de)  
Telefon: 04551 883 357

KV Hamburg  
Dr. Annemarie Schultz | Dr. Emmanuelle Brua  
E-Mail: [annemarie.schultz@kvhh.de](mailto:annemarie.schultz@kvhh.de)  
[emmanuelle.brua@kvhh.de](mailto:emmanuelle.brua@kvhh.de)  
Telefon: 040 22802 425 | 439

KV Westfalen-Lippe  
Ishan Hegele  
E-Mail: [ishan.hegele@kvwl.de](mailto:ishan.hegele@kvwl.de)  
Telefon: 0231 9432 3538





**Informationen für  
Moderatorinnen und Moderatoren**

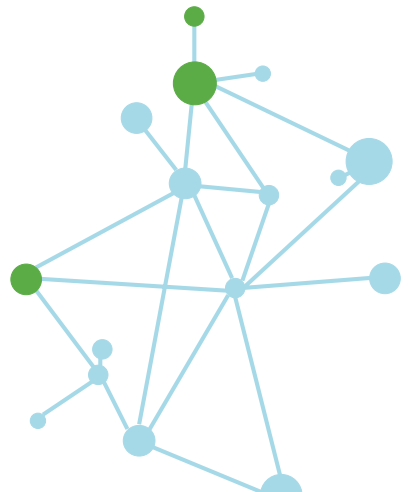
Accountable Care in Deutschland (ACD)





## INHALTSVERZEICHNIS

Projekthintergrund	4
Projektziele	5
Die ACD-Intervention	6
Wir suchen Sie!	7
Wir bieten Ihnen!	8
Kontaktdaten	9
Konsortialpartner – ACD	10
Notizen	11



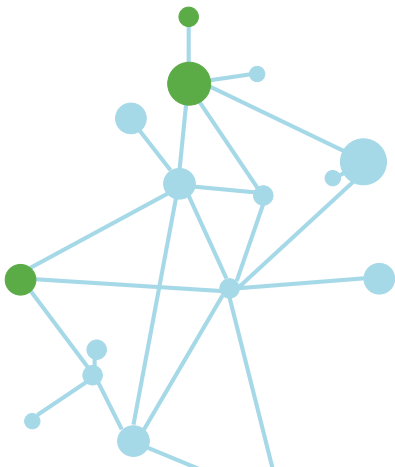


## PROJEKTHINTERGRUND

Niedergelassene Ärzt\_innen und Psychotherapeut\_innen versorgen in Deutschland pro Jahr rund 70 Millionen Patienten mit 580 Millionen Fällen. In den Krankenhäusern werden jährlich rund 9 Millionen Patienten mit 18 Mio. Fällen stationär behandelt. Mehr als 85% aller Patienten werden von mehr als einer Ärztin behandelt. In der vertragsärztlichen Versorgung sind rund 185.506 Ärzt\_innen und Psychotherapeut\_innen tätig, in der stationären Versorgung rund 201.334 Ärzt\_innen. Somit besteht jede Menge Abstimmungsbedarf!

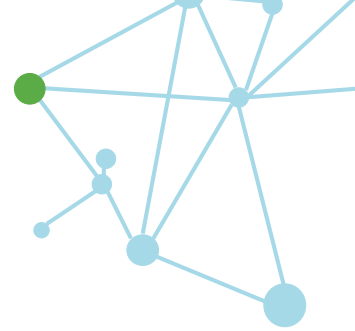
Oftmals können die behandelnden Ärzt\_innen und Psychotherapeut\_innen nicht wissen, wen der Patient oder die Patientin außer ihnen noch aufsuchen. Gründe sind die freie Arztwahl, die sektorale Trennung oder das Fehlen einer den behandelnden Ärzt\_innen gemeinsam zugänglichen Patientenakte. Viele Studien deuten darauf hin, dass fehlende Kenntnis über die faktischen Versorgungsabläufe je Patient\_in Folgen wie Polymedikation, Doppeluntersuchungen, aber auch eine unzureichende Weiterversorgung nach Klinikentlassungen begünstigen. So wurden im Jahr 2014 z.B. ein Drittel aller entlassenen Herzinfarktpatienten innerhalb von 365 Tagen wieder aufgrund einer kardialen Erkrankung in die Klinik aufgenommen.<sup>2</sup> Zudem gibt es Hinweise, dass bei einem Teil der stationär behandelten Patienten eine Krankenhausaufnahme durch mehr Koordination der ambulanten Behandlung vermeidbar gewesen wäre.

Ein möglicher Ansatz zur Steigerung der Versorgungsqualität ist eine Intensivierung der patientenzentrierten, sektorenübergreifenden Vernetzung und Zusammenarbeit.





## PROJEKTZIELE



In der ACD-Studie wollen wir herausfinden, wie die kollegiale Zusammenarbeit von Ärzt\_innen und Psychotherapeut\_innen gestärkt werden kann. Studien aus Kanada und den USA belegen, dass ein regelmäßiger, informeller Austausch zwischen den an der Versorgung Beteiligten und abgestimmte Behandlungspfade vermeidbare Krankenhausaufnahmen effektiv reduzieren können.<sup>3</sup>

Wir wollen damit beginnen, die durch die Patientenfunde bereits faktisch bestehende Zusammenarbeit zwischen Praxen zu erkennen. Einige dieser faktisch bestehenden Netzstrukturen werden randomisiert als Interventionsgruppe ausgewählt. Die Praxen, die diesen Netzstrukturen angehören, werden zunächst über Art und Struktur ihrer faktischen Vernetzung informiert und dann gebeten, die in den Daten sichtbare Form ihrer Kooperation gemeinsam zu bewerten. Durch die ACD-Studie sollen sie die Gelegenheit erhalten, sich auf Basis regelmäßiger Feedbackberichte in moderierten Netzwerktreffen enger darüber abzustimmen, durch welche Maßnahmen sie Verbesserungen in der Zusammenarbeit bei der Versorgung ihrer gemeinsamen Patienten erreichen könnten. Die Effekte dieser Intervention sollen anhand mehrerer Indikatoren zur Inanspruchnahme gemessen werden (z. B. Polymedikation, Krankenhausaufnahmen). Das Vorgehen wurde im Rahmen einer Pilotstudie gemeinsam mit niedergelassenen Ärzt\_innen entwickelt.

Die ACD-Studie wird durch den Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses aus Mitteln des Innovationsfonds im Bereich Versorgungsforschung gefördert. Die Projektleitung liegt federführend beim Fachbereich Health Services Management an der Ludwig-Maximilians-Universität in München (Konsortialführung) unter Beteiligung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) sowie weiterer Universitäten, Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen.

1 Mischkalkulation auf Basis von Daten der Bundesärztekammer (2016): Ärztstatistik 2016: Die Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazitäten öffnet sich und der Bundespsychotherapeutenkammer (2016): Psychotherapeutendatei (Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten).

2 Mischkalkulation auf Basis von Daten der TK, AOK und Destatis / Krankenhausstatistik: Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patientinnen und Patienten 2014 nach Hauptdiagnosen Berichtsjahr 2014

3 Baier, R. R., Limpahan, L. A., Butterfield, K., Marsella, M., Gravenstein, S., und Gardner, R. L. (2014). Is audit and feedback associated with increased hospital adherence to standards for communication during patient care transitions? *J. Hosp. Adm.* 3, 1-7.



### **Netzwerkbildung**

Im Rahmen von ACD werden für die spätere kollegiale Netzwerkarbeit vorab informelle Netzwerke durch die Analyse von GKV-Abrechnungsdaten (Routinedaten) ermittelt.

### **Feedbackberichte**

Die im Rahmen der ACD Studie gebildeten Netzwerke erhalten viermal jährlich einen Feedbackbericht zur gemeinsamen Arbeit im Netzwerk. Hierzu werden zu einer Auswahl von Diagnosegruppen und unter Berücksichtigung der Teilnehmer Ergebnisse zu bestimmten Indikatoren zur gemeinsamen Behandlung bereitgestellt.

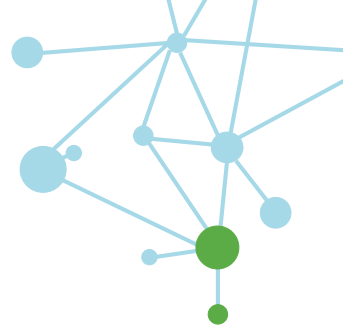
### **Netzwerktreffen**

Zweimal jährlich werden moderierte Netzwerktreffen durchgeführt, in denen ein Austausch zu der gemeinsamen Arbeit, den Feedbackberichten und der Weiterentwicklung der Zusammenarbeit möglich ist.

Bei den Netzwerktreffen handelt es sich um eine Form der ärztlichen Intervention, die – ähnlich wie die Arbeit in Qualitätszirkeln – durch erfahrene ärztliche Peers moderiert wird. Im Mittelpunkt stehen der Austausch zur gemeinsamen Arbeit und die Ermöglichung von wechselseitigen Lehr-Lern-Prozessen zwischen den Teilnehmenden. Durch das Projektteam wird den Teilnehmern eine Reihe an Basisinformationen zur Zusammensetzung und Arbeit des Netzwerkes zur Verfügung gestellt. Die Rolle als Moderator\_in ist es, den Dialog zur gemeinsamen Arbeit zu unterstützen. Die Teilnehmenden haben die Möglichkeit, die inhaltliche Ausrichtung und Schwerpunktsetzung der Treffen mitzugestalten.






## WIR SUCHEN SIE!







Für die Begleitung und Moderation der ACD-Netzwerke suchen wir ärztliche Moderator\_innen.

### Was erwartet Sie als ACD-Moderator\_in:

-  Begleitung von einem bis max. drei ACD-Netzwerken über den Projektverlauf (Juli 2018 bis Juni 2020).
-  Moderation inkl. Vor- und Nachbearbeitung von insgesamt vier Treffen je ACD-Netzwerk (September 2018 bis Juni 2020). Die Termine der Treffen sind innerhalb von Zeitfenstern mit den Teilnehmern selbst bestimmbar.
-  Teilnahme an einem 1,5-tägigen ACD-Moderator\_innen-Training und regelmäßigen Intervisionstreffen mit anderen Moderator\_innen.

### Sie bringen Folgendes mit:

-  **langjährige Erfahrungen in der ambulanten Versorgung**  
Über Ihre Erfahrung können Sie gemeinsam mit den teilnehmenden Netzwerkärzt\_innen in den Austausch treten und aus Ihrem eigenen Erleben in der ambulanten Versorgung heraus die Diskussionen in der Gruppe moderieren. Ihre Kenntnis über den Praxisalltag der teilnehmenden Kolleg\_innen unterstützt bei der Entwicklung von Lösungsansätzen und Behandlungspfaden in der Gruppe.
-  **Interesse am Austausch mit dem Projektteam**  
Als ACD-Netzwerk-Moderator\_in sind Sie an der Umsetzung einer Interventionsstudie beteiligt. Sie arbeiten mit einem Studienteam zusammen, das Sie bei der Begleitung der Netzwerke und der Durchführung von regelmäßigen Treffen unterstützt.
-  **ein Zertifikat als Qualitätszirkel-Moderator\_in gem. KBV-Richtlinie (Basisqualifikation)**  
Die bereits als Qualitätszirkel-Moderator\_in erworbenen Kenntnisse zur Moderation ärztlicher Qualitätszirkel sind Voraussetzung für die Durchführung der ACD-Netzwerktreffen mit moderiertem Feedback.
-  **Erfahrung in Peer-to-Peer-Gruppenmoderation**  
Ihre langjährige Erfahrung in der Peer-Gruppenmoderation trägt dazu bei, dass Sie die Gruppendynamik im interdisziplinären Austausch aufnehmen und so wechselseitige Lehr- sowie Lernprozesse auch in Bezug auf kritische Momente in der Versorgung anstoßen können.



## WIR BIETEN IHNEN!



**ein zertifiziertes 1,5-tägiges ACD-Training** (am 22./23.6. in der KV Hamburg und am 29./30.6. in der KV Nordrhein; alternative Termine im September folgen abhängig vom Bedarf).

Im Training werden Ihnen durch erfahrene ärztliche Trainer\_innen die ACD-Inhalte vorgestellt und in Übungen können Elemente der Netzwerktreffen praktisch erprobt werden. Hierzu zählen bspw. Methoden im Umgang mit Feedbackberichten in der Gruppe.



### **regelmäßige Intervisionstreffen**

Über den Projektverlauf bieten wir den ACD-Moderator\_innen Intervisionstreffen an. Sie haben hier die Gelegenheit, sich mit den anderen Moderator\_innen zu Ihren Erfahrungen im Projekt auszutauschen und offene Fragen zu klären. Bei Bedarf unterstützt das ACD-Trainer\_innen-Team Sie gerne.



### **ein ACD-Handbuch**

Sie erhalten von uns ein umfangreiches Handbuch, in dem alle Inhalte des Moderator\_innen-Trainings zusammengefasst sind. Das Handbuch enthält darüber hinaus weiterführende Informationen bspw. zu Qualitätsindikatoren für ausgewählte Diagnosegruppen und Feedbackberichten.

#### **1. ACD-Training**

- 1,5-tägige Veranstaltung
- Zeitpunkt: Juni bis September 2018

Einweisung in die ACD-Intervention  
Praktische Übungen

Erfahrungsaustausch  
Unterstützung durch Moderatoren-  
Trainer und Trainerinnen

#### **2. ACD-Reflexionstreffen (regional)**

- 4-stündige Veranstaltungen im
- Anschluss an Netzwerktreffen
- 4 Termine (2018 bis 2020)

Abbildung 1: Bausteine der ACD-Moderator\_innen-Trainings





### **Unterstützung bei der Begleitung der Netzwerke**

Ihre ACD-Ansprechperson aus Ihrer KV unterstützt Sie bei der Ansprache der Netzwerkmitglieder bspw. durch den Versand von Einladungen, die Organisation von Räumlichkeiten für die Treffen und Bereitstellung von Materialien, die Sie zur Durchführung der Netzwerktreffen benötigen. Ihre ACD-Ansprechperson ist auch für die Anerkennung der Fortbildung und die Beantragung der Fortbildungspunkte bei der Ärztekammer zuständig.



### **Materialien für die Netzwerktreffen**

Sie erhalten vom Projektteam alle relevanten Materialien zur Durchführung der Netzwerktreffen. Ihre ACD-Ansprechperson bereitet für Sie Unterschriftenlisten und Teilnahmebescheinigungen vor. Sie erhalten mit dem ACD-Handbuch auch einen Basisfoliensatz mit Projektinformationen sowie Plakate und Vorlagen für die Arbeit in Kleingruppen. Für die jeweiligen Treffen werden Ihnen die Unterlagen, Handouts, Feedbackberichte etc. in ausgedruckter Form zur Verfügung gestellt.



### **eine Aufwandsentschädigung**

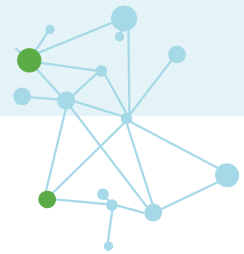
Für Ihre Tätigkeit als Moderator\_in erhalten Sie eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 300 Euro (zzgl. Fahrtkostenzuschuss) je Netzwerktreffen. Weitere Aufwendungen für das 1,5-tägige ACD-Training, sowie die vier ACD-Intervisionstreffen werden Ihnen mit insgesamt 1.300 Euro (zzgl. Fahrtkostenzuschuss) vergütet.

**Wenn Sie Interesse an einer Tätigkeit als ACD-Moderator\_in haben, wenden Sie sich bitte an Ihre zuständige KV:**

#### **Kontaktdaten:**

KV Hamburg: Dr. Annemarie Schultz	E-Mail: annemarie.schultz@kvvh.de	Tel.: 040 / 22 80 24 25
Dr. Emmanuelle Brua	E-Mail: emmanuelle.brua@kvvh.de	Tel.: 040 / 22 80 24 39
KV Nordrhein: Barbara Gentges	E-Mail: barbara.gentges@kvno.de	Tel.: 0211 / 59 70 83 80
KV Schleswig-Holstein: Paul Brandenburg	E-Mail: paul.brandenburg@kvsh.de	Tel.: 04551 / 88 33 57
KV Westfalen-Lippe: Ishan Hegele	E-Mail: ishan.hegele@kvwl.de	Tel.: 0231 / 94 32 35 38

Gerne stehen wir Ihnen auch bei Rückfragen zur Verfügung.  
Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldung!





KONSORTIALPARTNER – ACD



AOK Rheinland/Hamburg



Kassenärztliche  
Vereinigung  
Westfalen-Lippe



Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE  
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG  
IN DEUTSCHLAND



Kassenärztliche  
Vereinigung  
Hamburg



Medizinische Hochschule  
Hannover



HEINRICH HEINE  
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF



Kassenärztliche Vereinigung  
Schleswig-Holstein  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS



NORDWEST



## **Fortbildung**

### **“Moderation von interdisziplinären Netzwerken“**

**Veranstaltungsort:**  
**Kassenärztliche Vereinigung**

**Moderatoren:**

Olaf Reddemann, Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Dr. med. Bernd Hemming MPH, Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

***Zeiten***

Freitag            14:00 bis 19:00 Uhr  
Samstag           10:00 bis 17:00 Uhr

### ***Programm***

***Freitag***

14:00 – 14:30	Einleitungs- und Vorstellungsrunde
14:30 – 15:30	Gruppenarbeit: Persönliche Erfahrungen in der Moderation von Qualitätszirkeln, Ärztenetzen und Fortbildungen
15:30 – 15:45	Pause
15:45 – 16:15	Impulsvortrag: Accountable Care in Deutschland – Projektvorstellung Olaf Reddemann
16:15 – 16:45	Kurzvortrag: Arbeiten mit dem Moderator_innen-Handbuch Bernd Hemming
16:45 – 17:00	Pause
17:00 – 17:45	Ablauf 1. Treffen mit der Netzwerkgruppe
17:45 – 18:30	Arbeit mit Versorgungssequenzen – Kleingruppenübung
18:30 – 19:00	Aufgaben der Moderator_innen in der Vor- und Nachbereitung der Treffen

## **Samstag**

- 10:00 – 10:30 Runde: Erfahrungen vom Vortag
- 10:30 – 10:45 Kurzvortrag: Ablauf des 2. Netzwerktreffens  
Olaf Reddemann/Bernd Hemming
- 10:45 – 11:00 Umgang mit ‚neuen‘ Gruppenteilnehmer\_innen; Einführung
- 11:00 – 12:00 Ermittlung von Fragen/Problemen für die Netzwerk-Arbeit anhand der exemplarischen 2. Netzwerkinformation
- 12:00 – 12:30 Pause
- 12:30 – 13:30 Gruppenarbeit: Erfahrungsaustausch zum Umgang mit heterogenen Gruppen und herausfordernden Situationen  
Olaf Reddemann / Bernd Hemming
- 13:30 – 14:30 Gruppenarbeit: Moderationstechniken im Rahmen von interdisziplinären Netzwerktreffen
- 14:30 – 14:45 Pause
- 14:45 – 15:30 Vom Behandlungspfad zur strukturierten Kooperation  
(Behandlungspfade interdisziplinär entwickeln)  
Bernd Hemming
- 15:30 – 15:45 Auswahl der Themen für das 3. Treffen, Zusammenfassung,  
Aufgabenverteilung, Ausblick auf Feedbackberichte/  
Netzwerkinformationen
- 15:45 – 16:00 Pause
- 16:00 – 17:00 Reflexion der Trainingsinhalte  
Offene Fragen? Wie geht es weiter?  
Nachbesprechung, Evaluation und Schlussrunde

# **Accountable Care in Deutschland**

## **Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren**

**Stand: 23.10.2018**

**Dieses Handbuch unterstützt speziell ausgebildete ACD-Moderator\_innen bei der Begleitung von ACD-Netzwerken und bei der Durchführung von ACD-Netzwerktreffen.**

**Das ACD-Moderator\_innen-Handbuch wurde im Rahmen der öffentlich geförderten Studie „Accountable Care in Deutschland“ entwickelt. Es beinhaltet Ergebnisse aus der ACD-Pilotstudie, an der niedergelassene Fachärzt\_innen unterschiedlicher Fachrichtungen beteiligt waren.**

**Das gesamte ACD-Material ist urheberrechtlich geschützt sowie frei von wirtschaftlichen und politischen Interessen.**

## **Verantwortliche für Inhalte des Moderator\_innen-Handbuchs:**

**Verena Leve, Prof. Dr. Stefan Wilm**

Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Med. Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

eMail: [verena.leve@med.uni-duesseldorf.de](mailto:verena.leve@med.uni-duesseldorf.de)

**Wiebke Schüttig**

Fachbereich Health Services Management (HSM) der Ludwig-Maximilians Universität  
München (LMU)

eMail: [schuettig@bwl.lmu.de](mailto:schuettig@bwl.lmu.de)

**Projektleitung**

**Prof. Dr. Leonie Sundmacher**

**Fachbereich Health Services Management (HSM) der Ludwig-Maximilians Universität  
München (LMU)**

Schackstraße 4, 80539 München

Website: [www.hsm.bwl.uni-muenchen.de](http://www.hsm.bwl.uni-muenchen.de)

**Gefördert durch**

**Gemeinsamer Bundesausschuss, Innovationsausschuss (Innovationsfonds)**

## **Unter Mitarbeit von (alphabetische Reihenfolge)**

Orana Arlt, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KV WL)

Paul Brandenburg, Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KV SH)

Emmanuelle Brua, Docteur en médecine, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KV HH)

Thomas Czihal, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

Tatiana Ermakova, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

Olga Dortmann, AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Ronja Flemming, Fachbereich Health Services Management, LMU

Isabel Geiger, Fachbereich Health Services Management, LMU

Barbara Gentges, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KV NO)

Ishan Hegele, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KV WL)

Dr. Bernd Hemming, Institut für Allgemeinmedizin, HHU

Christiane Hoehling, AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Clemens Krause, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

Judith Liebentraut, Techniker Krankenkasse (TK)

Frank Meyer, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KV WL)

Anna Novelli, Fachbereich Health Services Management, LMU

Olaf Reddemann, Institut für Allgemeinmedizin, HHU

Stephan Reuss, Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KV SH)

Sabine Rospleszcz, Fachbereich Health Services Management, LMU

Dr. Udo.Schneider, Techniker Krankenkasse (TK)

Dr. Annemarie Schultz, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KV HH)

Dr. Dominik von Stillfried, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

Birgitt Wiese, Medizinische Hochschule Hannover



**Sehr geehrte Moderatorinnen und Moderatoren,**

wir bedanken uns für Ihr Engagement in der ACD-Studie! Für die Durchführung Ihrer Netzwerktreffen erhalten Sie die aktuelle Version unseres gemeinsamen Handbuchs. Das Handbuch ist modular aufgebaut, so dass Sie in der Vorbereitung der Netzwerktreffen die für Sie relevanten Inhalte schnell finden und nutzen können. Weitere Materialien werden Ihnen von der ACD-Studiengruppe im weiteren Verlauf zur Verfügung gestellt. Sie können diese dann in Ihr Moderator\_innen-Handbuch aufnehmen.

Bitte benutzen Sie ausschließlich dieses Manual und die Materialien, die Sie von uns ergänzend erhalten. Dies dient dazu, im Rahmen der Studie eine möglichst hohe Standardisierung der Intervention für alle beteiligten KV Regionen zu erzielen.

**Hinweis: Geben Sie bitte dieses Manual und alle anderen Studienunterlagen nicht an Dritte weiter. Behandeln Sie diese Unterlagen vertraulich und nutzen Sie diese Unterlagen ausschließlich im Rahmen unserer ACD-Studie.**

Das Manual soll Ihnen als Stütze für die Begleitung der Netzwerke und die Durchführung Ihrer Netzwerktreffen dienen. Sie können die Abläufe der Netzwerktreffen in einzelnen Bereichen gern anpassen, wir bitten jedoch darum, dass die Grundstruktur erhalten bleibt. Dies betrifft insbesondere den zeitlichen Gesamtrahmen von 2,5 Stunden pro Treffen, die Vermittlung der Studieninhalte, organisatorische Aspekte sowie die Dokumentation der Netzwerktreffen.

In der Vorbereitung des von Ihnen durchgeführten Netzwerktreffens werden Sie durch Ihre jeweiligen Projektansprechpartner\_innen durch die Bereitstellung der Unterlagen, Teilnehmendenlisten, weiterer Materialien und durch organisatorische Arbeiten unterstützt. Außerdem werden Sie zwischen den Netzwerktreffen Inter- und Supervisionsangebote durch die Studiengruppe erhalten.

Bei Fragen vorab wenden Sie sich gerne jederzeit an unser ACD-Studienteam.

Viel Erfolg und Spaß im Training und den Netzwerktreffen wünscht das

*ACD-Studienteam*

## Inhalt

1.	Hintergrundinformationen ACD .....	1
2.	Beteiligte Institutionen / Zusammensetzung der Studiengruppe.....	3
3.	Beschreibung der Intervention.....	4
3.1.	Ablauf-Übersicht ACD Studie / Intervention .....	4
3.2.	Netzwerktreffen.....	6
3.3.	Feedbacksystem.....	6
3.3.1.	Diagnosegruppen in ACD.....	6
3.3.2.	Verwendung von Routinedaten im ACD Projekt.....	7
3.3.3.	Qualitätsindikatoren und Versorgungssequenzen.....	9
3.3.3.1.	Indikatoren in den Netzwerkinformationen .....	9
3.3.3.2.	Abbildung von Versorgungssequenzen .....	11
3.3.3.3.	Versand von Netzwerkinformationen .....	12
4.	Aufgabenverteilung / Unterstützung durch die Studiengruppe.....	14
4.1.	Aufgaben der Moderator_innen.....	14
4.2.	Aufgaben der Studiengruppe .....	15
5.	Ablauf der Netzwerktreffen.....	16
5.1.	Erstes Netzwerktreffen .....	17
5.1.1.	Zielsetzung .....	17
5.1.2.	Ablauf erstes Netzwerktreffen .....	17
5.1.3.	Inhalte.....	19
5.1.4.	Besonderheiten.....	20
5.2.	Folgetreffen .....	21
5.2.1.	Zielsetzung .....	21
5.2.2.	Ablauf der folgenden Netzwerktreffen .....	22
5.2.3.	Besonderheiten.....	23
5.2.3.1.	Umgang mit neuen Netzwerk-Mitgliedern.....	23
5.2.3.2.	Indikationsspezifische Netzwerkinformationen .....	23
5.2.3.3.	Vom Versorgungspfad zur strukturierten Kooperation .....	24
5.3.	Allgemeine Informationen zu Netzwerktreffen .....	25
5.3.1.	Wie lange dauert ein Treffen? .....	25
5.3.2.	Finden ACD-Netzwerktreffen immer statt?.....	26
5.3.3.	Wie gestalten Netzwerkärzt_innen das Treffen mit? .....	26

5.3.3.1.	Welche Themen können für Folgetreffen gewählt werden? .....	27
5.3.3.2.	Können weitere Akteure an Netzwerktreffen beteiligt werden? .....	28
6.	Methoden .....	29
6.1.	Umgang mit Netzwerkinformationen .....	29
6.2.	Entwicklung von Bausteinen für Behandlungspfade .....	31
6.3.	Umgang mit Konflikten in heterogenen Gruppen .....	32
6.4.	Nutzung von Materialien (Folien, Poster, Netzwerkinformationen) .....	34
7.	Dokumentation der Netzwerktreffen – Ergebnissicherung .....	34
8.	Evaluation der Studie .....	36
9.	Literatur .....	37
10.	Anhang: .....	38
10.1.	Poster Netzwerktreffen .....	38
10.2.	Qualitätsindikatoren – Übersicht .....	39
10.2.2.	Bereich 1: Netzwerkinformationen / erste Anschreiben .....	40
10.2.3.	Bereich 2: Indikatoren zu Diagnosegruppen .....	45
10.2.4.	Bereich 3: Versorgungssequenzen .....	47
10.2.5.	Themenauswahl für Netzwerkinformationen .....	48
10.2.6.	Checkliste „Aufgaben zum Ende der Netzwerktreffen“ .....	49

## 1. Hintergrundinformationen ACD

Niedergelassene Ärzt\_innen und Psychotherapeut\_innen versorgen in Deutschland pro Jahr rund 70 Millionen Patienten mit 580 Millionen Fällen. In den Krankenhäusern werden jährlich rund 9 Millionen Patienten mit 18 Millionen Fällen stationär behandelt. Mehr als 85% aller Patienten werden von mehr als einer Ärztin behandelt. In der vertragsärztlichen Versorgung sind rund 185.506 Ärzt\_innen und Psychotherapeut\_innen tätig, in der stationären Versorgung rund 201.334 Ärzt\_innen. Somit besteht jede Menge Abstimmungsbedarf.<sup>1</sup>

Oftmals können die behandelnden Ärzt\_innen und Psychotherapeut\_innen nicht wissen, wen der Patient oder die Patientin außer ihnen noch aufsuchen. Gründe sind die freie Arztwahl, die sektorale Trennung oder das Fehlen einer den behandelnden Ärzt\_innen gemeinsam zugänglichen Patientenakte. Viele Studien deuten darauf hin, dass fehlende Kenntnis über die faktischen Versorgungsabläufe je Patient\_in Folgen wie Polymedikation, Doppeluntersuchungen, aber auch eine unzureichende Weiterversorgung nach Klinikentlassungen begünstigen. So wurden im Jahr 2014 z.B. ein Drittel aller entlassenen Herzinfarktpatienten innerhalb von 365 Tagen wieder aufgrund einer kardialen Erkrankung in die Klinik aufgenommen.<sup>2</sup> Zudem gibt es Hinweise, dass bei einem Teil der stationär behandelten Patienten eine Krankenhausaufnahme durch mehr Koordination der ambulanten Behandlung vermeidbar gewesen wäre. Ein möglicher Ansatz zur Steigerung der Versorgungsqualität ist eine Intensivierung der patientenzentrierten, sektorenübergreifenden Vernetzung und Zusammenarbeit.

In der ACD-Studie wollen wir herausfinden, wie die kollegiale Zusammenarbeit von Ärzt\_innen und Psychotherapeut\_innen gestärkt werden kann. Studien aus Kanada und den USA belegen, dass ein regelmäßiger, informeller Austausch zwischen den an der Versorgung Beteiligten und abgestimmte Behandlungspfade vermeidbare Krankenhausaufnahmen effektiv reduzieren können.<sup>3</sup>

Wir wollen in der ACD Studie damit beginnen, die durch die Patientenpfade bereits faktisch bestehende Zusammenarbeit zwischen Praxen in der ambulanten Versorgung in den KV Regionen Schleswig-Holstein, Hamburg, Nordrhein und Westfalen-Lippe sichtbar zu machen.

---

<sup>1</sup> Mischkalkulation auf Basis von Daten der Bundesärztekammer (2016): Ärzttestatistik 2016: Die Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazitäten öffnet sich und der Bundespsychotherapeutenkammer (2016): Psychotherapeutendatei (Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten).

<sup>2</sup> Mischkalkulation auf Basis von Daten der TK, AOK und Destatis / Krankenhausstatistik: Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patientinnen und Patienten 2014 nach Hauptdiagnosen Berichtsjahr 2014

<sup>3</sup> Baier RR, Limpahan L A, Butterfield K, Marsella M, Gravenstein S, Gardner R L (2014). Is audit and feedback associated with increased hospital adherence to standards for communication during patient care transitions? J. Hosp. Adm. 3, 1–7.

Die durch Patientenverläufe de facto an der Patientenversorgung zusammenarbeitenden Ärzt\_innen bilden ACD Netzwerke. Diese wurden auf Basis von pseudonymisierten und aggregierten Patientendaten über Algorithmen in der Studie ermittelt. Ärzte und Ärztinnen eines Netzwerks behandeln eine Mindestanzahl von 20 Patientinnen und Patienten gemeinsam.

Einige dieser faktisch bestehenden Netzstrukturen werden randomisiert als Interventionsgruppe ausgewählt. Die Praxen, die diesen Netzstrukturen angehören, werden zunächst über Art und Struktur ihrer faktischen Vernetzung informiert und dann gebeten, die in den Daten sichtbare Form ihrer Kooperation gemeinsam zu bewerten. Durch die ACD-Studie sollen sie die Gelegenheit erhalten, sich auf Basis regelmäßiger Netzwerkinformationen in moderierten Netzwerktreffen enger darüber abzustimmen, durch welche Maßnahmen sie Verbesserungen in der Zusammenarbeit bei der Versorgung ihrer gemeinsamen Patienten erreichen könnten, sowohl zur Optimierung des Patient\_innennutzens, als auch der eigenen Berufszufriedenheit. Die Effekte dieser Intervention sollen anhand mehrerer Indikatoren zur Inanspruchnahme gemessen werden (z. B. Medikation, Krankenhausaufnahmen).

Die ACD Studie läuft über eine Projektdauer von 3 Jahren. Begonnen hat das Projekt im April 2017 mit Vorbereitungen zur Durchführung der Intervention. Hierzu zählen das Einholen eines positiven Ethikvotums an der Universität Düsseldorf sowie Anträge an die Datenschutzbehörden zur Verwendung der Daten von Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen im Projekt.

Es wurde zu Beginn eine Pilotstudie in NRW durchgeführt und erste Indikatoren und Feedbacks zur Netzwerkarbeit von ambulanten Ärzt\_innen getestet und weiterentwickelt. Ergebnisse dieser Pilotstudie sowie von Fokusgruppengesprächen mit niedergelassenen Ärzt\_innen sind in die Vorbereitungen der Intervention eingeflossen. Schließlich wurden Netzwerke auf Basis einer Mindestanzahl an geteilten Patienten gebildet (vergleiche auch Netzwerkbildung, Kapitel 3.3).

Die ACD Hauptstudie ist eine randomisiert kontrollierte Studie. Es wird nach einem Intention-to-treat Ansatz untersucht, ob sich Effekte in der Intervention für die Versorgung in Hinblick auf die dauerhafte Übernahme in die Versorgung auf valider und gesicherter Datengrundlage fundieren lassen. Die Ergebnisse der Interventionsgruppe werden hier mit einer Kontrollgruppe (Netzwerke in den Interventionsgebieten ohne Feedbacks und Netzwerktreffen) verglichen. Dem intention-to-treat Ansatz nach werden somit die Ergebnisse aller Netzwerkärzte in die Evaluation eingeschlossen, unabhängig davon ob sie

an den Treffen teilnehmen oder nicht. Im Rahmen von Sensitivitätsanalysen werden jedoch auch zusätzlich die Ergebnisse der tatsächlich Teilnehmenden von Netzwerktreffen evaluiert (vgl. Kapitel 8).

Die ACD-Studie wird durch den Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses aus Mitteln des Innovationsfonds im Bereich Versorgungsforschung gefördert.

## **2. Beteiligte Institutionen / Zusammensetzung der Studiengruppe**

Die ACD-Studie wird von einem Konsortium mit insgesamt 11 Konsortialpartnern durchgeführt. Im Folgenden finden Sie eine Übersicht der Partner sowie eine kurze Information zu den einzelnen Aufgabenbereichen:

- Fachbereich Health Services Management (HSM) der Ludwig-Maximilians Universität München (LMU) (Konsortialführung)
- Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (HHU)
- Medizinische Statistik und IT-Infrastruktur (MS&IT), Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
- Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVHH)
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO)
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)
- AOK Rheinland/Hamburg (AOK RH/HH)
- AOK Nordwest (AOK NW)
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)

Institution	Verantwortlichkeit/ Rolle
HSM, LMU	Koordination, Datenzusammenführung, Identifikation der ambulanten und intersektoralen Netzwerke, Berechnung der Ergebnis- und Prozessindikatoren, Sequenzanalysen, Fokusgruppenstudien
ifam, HHU	Pilotstudie, Coaching der Moderatoren, Akzeptanz- und Fokusgruppenstudien
MS&IT, MHH	Biometrie
AOK RH/HH	Datenlieferungen für Netzwerke und Netzwerkinformationen, inhaltliche Unterstützung bei der Analyse der Kassendaten
AOK NW	
TK	
KVHH	
KVSH	Datenbereitstellung, Rekrutierung, Moderation und Betreuung der Netzwerktreffen innerhalb der explorativen Interventionsstudie sowie Unterstützung bei Entwicklung der Netzwerkinformationen
KVNO	
KVWL	
Zi	
Zi	Identifikation der ambulanten Netzwerke, Unterstützung bei Datenlieferungen, Erstellung und Versand der Netzwerkinformationen

### 3. Beschreibung der Intervention

#### 3.1. Ablauf-Übersicht ACD Studie / Intervention

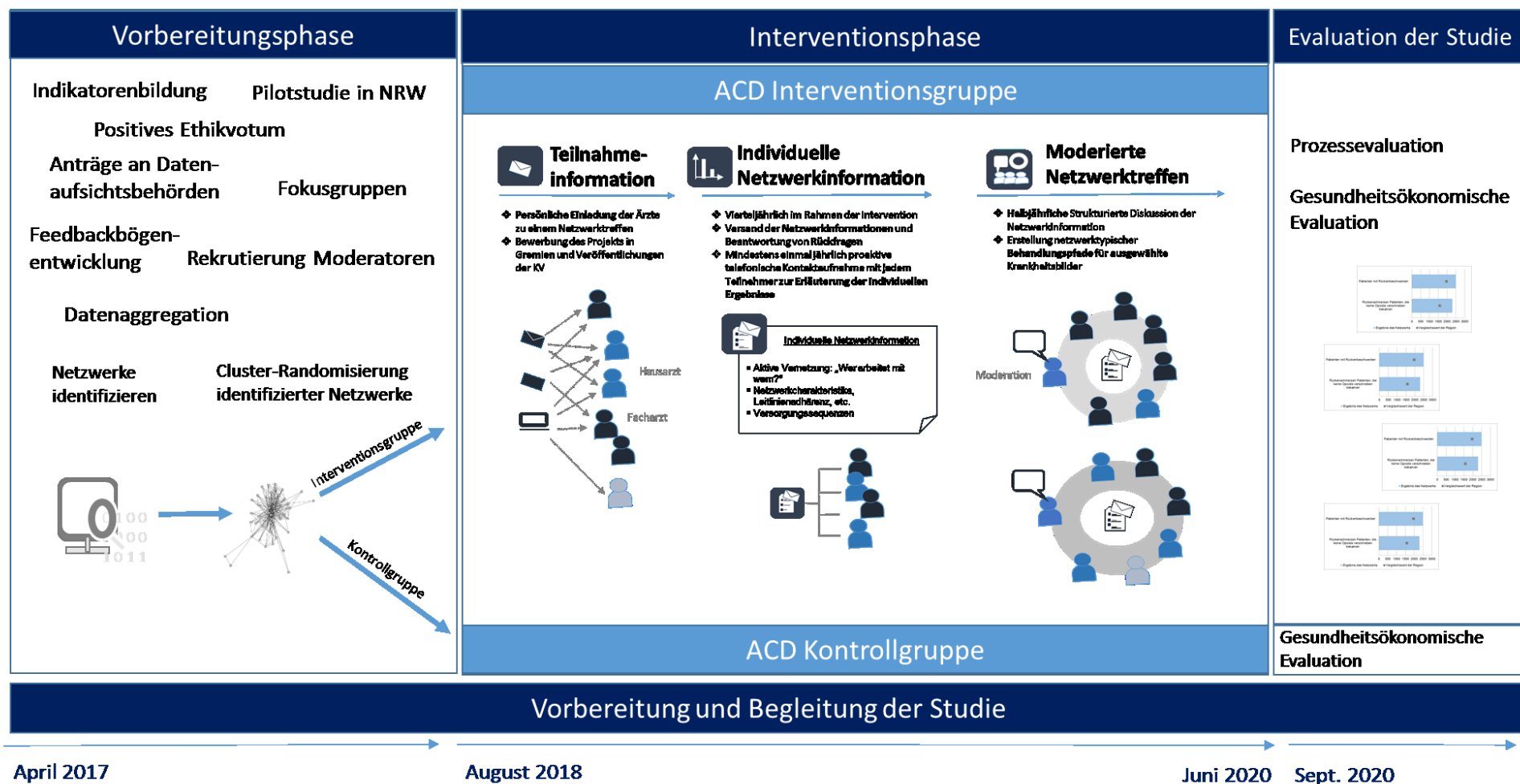
Kernstück der Studie bildet die zweijährige Intervention. Es werden insgesamt 100 zufällig ausgewählte Netze im Rahmen der Interventionsgruppe angeschrieben und zur Teilnahme an Netzwerktreffen eingeladen. Quartalsweise erhalten diese Interventionsnetzwerke Netzwerkinformationen zu den Ergebnissen der Behandlungen bei Patient\_innen mit 14 Studien-Diagnosegruppen (vergleiche auch Netzwerkinformationen, Kapitel 3.3.3).

Halbjährlich werden insgesamt 4 Netzwerktreffen von jedem der 100 Netze stattfinden. Und hier kommen Sie als wichtiger, zentraler Partner in der Intervention ins Spiel: Die von Ihnen moderierten Treffen sollen eine strukturierte Diskussion der versendeten Feedbacks erlauben (vgl. Kapitel 3.2).

Die Studie wird laufend durch die Studiengruppe begleitet und evaluiert (vgl. Kapitel 8).

Die Ergebnisse der Netze aus der Interventionsgruppe werden am Ende der Studie mit den Ergebnissen von ca. 100 zufällig ausgewählten Netzen der Kontrollgruppe (ohne Netzinformation und Treffen) verglichen.

Abbildung 1: Ablauf der ACD Studie





## 3.2. Netzwerktreffen

Zweimal jährlich werden in jedem Netz von Ihnen moderierte Netzwerktreffen durchgeführt, in denen ein Austausch zu der gemeinsamen Arbeit, den Netzwerkinformationen und der Weiterentwicklung der Zusammenarbeit möglich ist. Bei den Netzwerktreffen handelt es sich um eine Form der ärztlichen Intervision, die — ähnlich wie die Arbeit in Qualitätszirkeln — durch erfahrene ärztliche Peers moderiert wird. Im Mittelpunkt stehen der Austausch zur gemeinsamen Arbeit und die Ermöglichung von wechselseitigen Lehr-Lern-Prozessen zwischen den Teilnehmenden. Durch das Projektteam wird den Teilnehmenden eine Reihe an Basisinformationen zur Zusammensetzung und Arbeit des Netzwerkes zur Verfügung gestellt. Ihre Rolle als Moderator\_in ist es, den Dialog zur gemeinsamen Arbeit zu unterstützen. Die Teilnehmenden haben die Möglichkeit, die inhaltliche Ausrichtung und Schwerpunktsetzung der Treffen mitzugestalten.

Die Treffen bieten die Möglichkeit sich zur gemeinsamen Arbeit auszutauschen, gemeinsam konkrete Lösungen für Herausforderungen im Netzwerk zu erarbeiten und gemeinsam Behandlungspfade (vgl. Kapitel 5) zu erarbeiten. Ziel ist es, über diesen Austausch den Arbeitsalltag zu erleichtern und im Sinne der Patient\_innen gemeinsame Ansätze für die Versorgung zu entwickeln: Das kann Arbeitsabläufe und Austauschprozesse betreffen, wie Überweisungen und Berichte, das Einweisungs- und Entlassungsmanagement, oder auch konkrete Behandlungspfade für bestimmte Patientengruppen.

In Kapitel 5 finden Sie Details zur Struktur der Treffen, und zu den jeweiligen Methoden haben wir Informationen in Kapitel 6 für Sie zusammengestellt.

## 3.3. Feedbacksystem

Im Folgenden dargestellt werden in der ACD Studie relevante Diagnosegruppen, die Datengrundlage des Feedbacksystems sowie Elemente der Netzwerkinformationen.

### 3.3.1. Diagnosegruppen in ACD

Im Rahmen der ACD Studie werden 14 Diagnose-/Indikationsgruppen in den Fokus genommen. In Tabelle 1 sind die Indikationsgruppen der ACD Studie dargestellt.

Die Erkrankungen wurden ausgewählt, da diese eine hohe Prävalenz in Deutschland aufzeigen und zum großen Teil chronische Erkrankungen beinhalten. Weiterhin sind an der Behandlung der Patient\_innen mit Erkrankungen aus den ausgewählten Diagnosegruppen Ärzt\_innen unterschiedlichster Fachgebiete beteiligt.

Tabelle 1: ACD Indikationsgruppen

Nr.	Indikationsgruppe	ICD Codes
1	Ischämische Herzkrankheiten (KHK)	I20, I21, I22, I23, I24, I25,
2	Herzinsuffizienz	I50
3	Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	I05, I06, I07, I09, I08, I49, I48, I67, I70, I73, I78, I80, I83, I86, I87, I95, R00, I42, I74
4	Bronchitis & COPD	J20, J21, J22, J40, J41, J42, J43, J44, J47
5	Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioide	F10, F11
6	Rückenbeschwerden	M42, M47, M53, M54, M50, M51
7	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	I10-I15
8	Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	K52, K57, K58, K59
9	Infektiöse Darmkrankheiten	A00 - A09
10	Grippe und Pneumonie	J10, J11, J13, J14, J15, J16, J18, J12
11	HNO-Infektionen	H66, J01-J03, J06, J31, J32, J35, H65, H73, J04, R07.0
12	Depressive Störungen	F32, F33
13	Diabetes mellitus	E10, E11, E13, E14, E16
14	Gonarthrose	M17

Die Liste der Diagnosegruppen orientierte sich ursprünglich an Studien zu ambulant-sensitiven Hospitalisierungen. Dem Konzept der ambulant-sensitiven Diagnosen liegt die Annahme zugrunde, dass ein Teil der Krankenhausfälle bestimmter Diagnosen durch effektives Management chronischer Erkrankungen, effektive Akutbehandlungen im ambulanten Sektor oder Immunisierungen vermieden werden können. Es gibt somit Hinweise darauf, dass bei den gelisteten Diagnosegruppen Hospitalisierungen unter Umständen durch die Intensivierung der Zusammenarbeit und die Stärkung der kontinuierlichen ambulanten Behandlung durch Koordination im Netzwerk potentiell vermeidbar sind.<sup>4</sup>

### 3.3.2. Verwendung von Routinedaten im ACD Projekt

Die im Rahmen des ACD Projekts zur Verfügung gestellten Informationen sollen einen informierten Dialog ermöglichen. Es gibt bereits Hinweise darauf, dass durch die

<sup>4</sup>Sundmacher, L., Fischbach, D., Schüttig, W., Naumann, C., Augustin, U., und Faisst, C. (2015). Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study with German providers. Health Policy 119, 1415–1423.

gemeinsame Arbeit sowohl die Berufszufriedenheit der Ärzt\_innen als auch die gesundheitliche Versorgung von Patient\_innen profitieren<sup>5</sup>. Dies hat aber auch zur Folge, dass durch die bereitgestellten Informationen Versorgungsunterschiede deutlich werden. Der Bericht über diese Unterschiede soll als Diskussionsgrundlage dienen.

Die darstellbaren Informationen basieren auf **Routinedaten** der beteiligten **Krankenkassen** (AOK Rheinland / Hamburg, AOK Nordwest und der Techniker Krankenkasse) und **Kassenärztlichen Vereinigungen** für gesetzlich krankenversicherte Patienten. Für die Datenverarbeitung im ACD Projekt wurde eine Genehmigung nach §75 SGB X der zuständigen Aufsichtsbehörden sowie seitens der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ein positives Ethikvotum für das Projekt erteilt.

Die Krankenkassendaten bzw. Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen umfassen pseudonymisierte Patientendaten zum Patientenstamm (u.a. Altersgruppen und Geschlechter), zu ambulanten Abrechnungen und Diagnosen sowie stationären Behandlungsdaten. Diese Daten werden routinemäßig von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen gespeichert und ausgewertet. Routinedaten der Krankenversicherungsträger / KVen bieten sich aus einer **Reihe von Gründen zur Nutzung in diesem Projekt** an: Die Daten können ohne zusätzlichen Aufwand auf Seiten der Studienpraxen leicht erhoben werden, da sie bereits im Zuge der Leistungserbringung bzw. Kostenerstattung generiert werden. Wir möchten den teilnehmenden Ärzt\_innen mit dem Projekt die Möglichkeit geben, die routinemäßig erhobenen Daten selbst und transparent für die gemeinsame Arbeit zu nutzen. Die Möglichkeit des Erhebens zusätzlicher Daten für diese Studie wurde explizit abgelehnt, um den Studienpraxen keinen zusätzlichen Aufwand aufzubürden, sondern Ärzt\_innen in der Versorgung von den bestehenden Informationen profitieren zu lassen.

Ein weiterer Vorteil der Verwendung von Routinedaten in ACD ist ein eindeutiger Personen- bzw. Bevölkerungsbezug, der Betrachtungen des gesamten Versorgungsgeschehens ermöglicht. Es lassen sich somit über den einzelnen Leistungserbringer hinaus Patientenverläufe abbilden. Selbstverständlich werden alle verwendeten Daten lediglich in pseudonymisierter und aggregierter Form verarbeitet, so dass kein Rückschluss auf individuelle Patient\_innen möglich ist.

Die Verwendung von Routinedaten ist mit **Limitationen** verbunden: Abrechnungsdaten bilden nicht immer die Versorgungsrealität ab, können aber Hinweise auf die Versorgung von

---

<sup>5</sup> Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J., French, S., O'Brien, M., Johansen, M., Grimshaw, J., und Oxman, A. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst. Rev.,

Patient\_innen bieten. Häufig geäußerte Kritikpunkte sind das Fehlen klinischer Informationen, unzureichende Validität bezüglich der Klassifikation von Diagnosen und Prozeduren. Weiterhin sind Daten erst mit einem Zeitverzug von ca. 10 Monaten verfügbar. Potentielle Veränderungen, auch in Bezug auf die ACD Studie, lassen sich somit erst mit einem Zeitverzug ermitteln. Sofern die Verwendung der Routinedaten bei der Darstellung von Informationen und Indikatoren mit besonderen Einschränkungen verbunden ist, wird jeweils ein Hinweis im Projekt darüber erfolgen. Für Arzneimittel, welche auch als OTC Produkte freiverkäuflich sind beispielsweise, wird ein Hinweis explizit genannt und auf die Limitation der Interpretierbarkeit dieser Information hingewiesen. Es lassen sich auf Basis der zu Grunde liegenden Daten keine Rückschlüsse auf die Verordnung von **Heil- und Hilfsmitteln** ziehen. Auch können wir keine Angaben zu **Arbeitsunfähigkeiten** oder Rehabilitationsmaßnahmen geben.

Alle weiteren Möglichkeiten und Darstellungen auf Basis der Routinedaten werden im Folgenden dargestellt.

### 3.3.3. Qualitätsindikatoren und Versorgungssequenzen

Wissenschaftliche Studien in Cochrane Reviews zeigen, dass Feedback nachweislich die ärztliche Berufspraxis verbessern kann. Die ACD Studie setzt daher darauf regelmäßig Feedbacks zu gemeinsam versorgten Patient\_innengruppen zu versenden.

#### 3.3.3.1. Indikatoren in den Netzwerkinformationen

Zunächst werden Feedbackindikatoren zum jeweiligen Netzwerk zur Verfügung gestellt, später im Studienverlauf erfolgen regelmäßige indikationsspezifische Feedbacks (s. Abbildung 2).

Abbildung 2: Indikatoren der Netzwerkinformationen

		Indikatorengruppe	Beispiel																											
Indikatorengruppen in den Netzwerkinformationen	Netzwerkinformationen	<b>Zusammensetzung des Netzwerks</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arztgruppen im Netzwerk</li> <li>• Patienten im Netzwerk</li> <li>• Charakteristika der Patienten</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fachgebiet</th> <th>Anzahl der Ärzte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Allgemeinmediziner (Hausarzt)</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Anästhesiologie</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Auge</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Chirurgie</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Orthopädie</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikationsgruppe</th> <th>Patienten in Ihrem Netzwerk</th> <th>Anteil an der Dia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ischämische Herzkrankheiten</td> <td>729</td> <td>99%</td> </tr> <tr> <td>Herzinsuffizienz</td> <td>300</td> <td>95%</td> </tr> <tr> <td>Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen</td> <td>1456</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bronchitis &amp; COPD</td> <td>1019</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Fachgebiet	Anzahl der Ärzte	Allgemeinmediziner (Hausarzt)	11	Anästhesiologie	1	Auge		Chirurgie		Orthopädie		Indikationsgruppe	Patienten in Ihrem Netzwerk	Anteil an der Dia	Ischämische Herzkrankheiten	729	99%	Herzinsuffizienz	300	95%	Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1456		Bronchitis & COPD	1019	
		Fachgebiet	Anzahl der Ärzte																											
	Allgemeinmediziner (Hausarzt)	11																												
	Anästhesiologie	1																												
	Auge																													
	Chirurgie																													
	Orthopädie																													
	Indikationsgruppe	Patienten in Ihrem Netzwerk	Anteil an der Dia																											
	Ischämische Herzkrankheiten	729	99%																											
	Herzinsuffizienz	300	95%																											
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1456																													
Bronchitis & COPD	1019																													
<b>Charakteristika des Netzwerks</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestalt des Netzwerks</li> <li>• Eigene Position im Netzwerk</li> </ul>																														
Indikationsgruppe	<b>Patientencharakteristika</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• u. a. Morbidität, DMP Teilnahme, Mortalität</li> </ul>	<p>In Ihrem Netzwerk werden 1.163 Patienten mit Diabetes gemeinsam behandelt, 688 davon mit Diabetes Typ 2. 95% dieser Patientengruppe hatte im Beobachtungsjahr mindestens 2 der in der ACD Studie betrachteten Indikationsdiagnosen. Insgesamt waren 60% dieser Patienten bei einem Diabetes DMP Programm eingeschrieben.</p>																												
	<b>Facharztkontakte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gemäß Abrechnungskontakten</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Diabetes Patienten mit mind. 2 Hausarzt / Internisten Abrechnungskontakten</th> <th>Diabetes Patienten mit mind. 3 Hausarzt / Internisten Abrechnungskontakten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Diabetes Patienten mit mind. 2 Hausarzt / Internisten Abrechnungskontakten	Diabetes Patienten mit mind. 3 Hausarzt / Internisten Abrechnungskontakten																										
	Diabetes Patienten mit mind. 2 Hausarzt / Internisten Abrechnungskontakten	Diabetes Patienten mit mind. 3 Hausarzt / Internisten Abrechnungskontakten																												
	<b>Ambulante Prozesse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• basierend auf ambulanten Abrechnungspositionen</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Patienten mit Diabetes</th> <th>Diabetes Mellitus Typ 2 Patienten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diabetes mit mindestens ein HDL Tests </td> <td>Diabetes Mellitus Typ 2 Patienten mit mindestens einer HbA1c Bestimmung </td> </tr> <tr> <td>Mindestens 2 HbA1c Tests und mindestens einen LDL Test </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Patienten mit Diabetes	Diabetes Mellitus Typ 2 Patienten	Diabetes mit mindestens ein HDL Tests	Diabetes Mellitus Typ 2 Patienten mit mindestens einer HbA1c Bestimmung	Mindestens 2 HbA1c Tests und mindestens einen LDL Test																							
Patienten mit Diabetes	Diabetes Mellitus Typ 2 Patienten																													
Diabetes mit mindestens ein HDL Tests	Diabetes Mellitus Typ 2 Patienten mit mindestens einer HbA1c Bestimmung																													
Mindestens 2 HbA1c Tests und mindestens einen LDL Test																														
<b>Arzneimittelverschreibungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unabhängig vom Verordner</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Patienten mit Diabetes</th> <th>Patienten mit Diabetes 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Insulinverschreibungen </td> <td>Metformin Verschreibung </td> </tr> </tbody> </table>	Patienten mit Diabetes	Patienten mit Diabetes 2	Insulinverschreibungen	Metformin Verschreibung																									
Patienten mit Diabetes	Patienten mit Diabetes 2																													
Insulinverschreibungen	Metformin Verschreibung																													
<b>Sektorübergreifende Patienteninformationen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungen sektorübergreifend</li> </ul>	<p><b>Anzahl der Patienten mit weniger als zwei Krankenhausfällen aufgrund von Diabetes</b></p> <p>Anzahl der Patienten mit weniger als zwei Krankenhausfällen aufgrund von Diabetes in Ihrem Netz: 1.157, was 99% der Patienten entspricht Vergleichswert der Netze in der Region: 99%</p>																													

Die im Rahmen der ACD Studie verwendeten Indikatoren sollen indikationsspezifisch ein umfassendes Bild über die gemeinsame Versorgung der geteilten Patient\_innen bieten: Die Indikatoren umfassen Patientencharakteristika, Informationen zu Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen, Arzneimittelverordnungen sowie sektorenübergreifende Patienteninformationen. In der Pilotstudie zeigte sich bereits, dass neben den Charakteristika der geteilten Patienten auch Interesse an den Charakteristika der Patienten der eigenen Praxis bestand. Im Rahmen der ACD Studie werden wir daher Indikatoren zu sowohl geteilten Patient\_innen als auch der Restpatientengruppe von Praxen darstellen.

Alle dargestellten Indikatoren basieren auf patientenbezogenen Informationen unabhängig vom Leistungserbringer. Es wird beispielsweise dargestellt, ob ein Patient mit Herzinsuffizienz Betablocker verschrieben bekommt, unabhängig von der verschreibenden Ärztin. Die Perspektive soll erleichtern, Ergebnisse innerhalb eines Netzwerks gemeinsam behandelter Patient\_innen im Sinne des Patientenwohls zu betrachten.

Die in den Netzwerkinformationen dargestellten Patientencharakteristika beschreiben unter anderem den Anteil multimorbider Patient\_innen einer Indikationsgruppe. Statistiken zu Facharztbesuchen beinhalten beispielsweise Informationen darüber, wie hoch der Anteil an Patienten mit Rückenbeschwerden ist, die einen Abrechnungskontakt bei einem Orthopäden hatten. Ambulante Prozesse können beispielsweise die Rate an KHK Patient\_innen wiedergeben, die eine Gripeschutzimpfung erhalten haben. Verschriebene Arzneimittel

beinhalten auf Patientenebene für das Indikationsgebiet relevante Verschreibungen. Sektorenübergreifende Patienteninformationen geben beispielsweise wieder, wie hoch der Anteil an COPD Patienten ist, die mit der Diagnose COPD in einer Notaufnahme behandelt wurden. Nicht für alle Indikationsgruppen werden Indikatoren der fünf Kategorien zur Verfügung stehen.

Die im ACD Projekt verwendeten Indikatoren stammen aus unterschiedlichen Indikatorenkatalogen, wissenschaftlichen Quellen und Leitlinien, die einen positiven Zusammenhang mit der Versorgung von Patient\_innen aufzeigen, und wurden von einer Gruppe von Mediziner\_innen unterschiedlicher Facharztgruppen zusammengestellt. Es wird darauf verzichtet, Richtwerte oder Zielwerte zu definieren, da das Ziel des informierten Dialoges in den von Ihnen moderierten Netzwerktreffen die gemeinsame Weiterentwicklung, nicht die Bewertung oder gar Sanktion ist.

Alle Daten werden lediglich in aggregierter Form aufgezeigt, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Patient\_innen möglich sind. Aus Gründen des Datenschutzes werden Ergebnisse von Indikatoren mit weniger als 5 Patient\_innen nicht abgebildet.

Es werden ausgewählte Indikatoren in Hinblick auf Alter, Geschlecht und Morbidität adjustiert. In diesen Fällen ist explizit darauf hingewiesen. Diese Risikoadjustierung soll dazu beitragen, dass Ergebnisse von Patientenpopulation mit unterschiedlicher Morbiditätslast besser interpretierbar sind.

Wir hoffen, dass die gelieferten Informationen als geeignete Diskussionsgrundlage dienen. Wir entwickeln die Netzwerkinformationen stetig weiter und verstehen den Prozess als lernendes System. Sollten Sie oder Teilnehmende Ihrer Netzwerktreffen Indikatoren vermisst haben oder Änderungsvorschläge haben, melden Sie sich gerne bei uns. Sie gestalten das Projekt und ggf. eine spätere Umsetzung in der Regelversorgung mit! Wir prüfen gerne, ob sich die Änderungswünsche für zukünftige Netzwerkinformationen realisieren lassen. Auch aus diesem Grund ist der Aufbau dieses Handbuchs als modular zu verstehen: Wir werden sukzessive Erläuterung zu den Netzwerkinformationen und Indikatoren ergänzen.

### **3.3.3.2. Abbildung von Versorgungssequenzen**

Es werden in der ACD Studie zudem empirische Versorgungssequenzen ermittelt und abgebildet, um typische „Wege“ der Inanspruchnahme von Haus- und Fachärzt\_innen und Arbeitsteilungen zwischen Leistungserbringern im Zeitverlauf darzustellen. Die Versorgungssequenzen werden sich grundsätzlich an Qualitätsindikatoren orientieren und Kombinationen von Handlungsabläufen illustrieren (vgl. auch Anhang, exemplarische Versorgungssequenz).

Die Sequenzanalyse wurde in Vorarbeiten bereits erfolgreich eingesetzt, um Patientengruppen zu identifizieren, die ausgeprägte Muster an Überweisungen, Prozeduren, Verordnungen und Diagnosen aufweisen.

### **3.3.3.3. Versand von Netzwerkinformationen**

Ärzt\_innen eines Netzwerks erhalten in den ersten beiden Anschreiben zunächst Informationen zu Ihrer Netzwerkzusammensetzung. Nach dem ersten Netzwerktreffen erhalten Netzwerkärzt\_innen dann im Rahmen der ACD Studie quartalsweise Netzwerkinformationen (s. Abbildung 3). Bei den Netzwerktreffen wird den Teilnehmenden die Möglichkeit gegeben, zwei Indikationsgruppen für die folgenden beiden Netzwerkinformationen auszuwählen. Pro Indikationsgruppe werden die Ergebnisse ausgewählter Indikatoren gelistet. Für jede Netzwerkinformation wurde zudem eine Diagnosegruppe durch die Studiengruppe vorausgewählt, die in jedem Fall versendet wird. Diese Vorauswahl basiert auf den potentiell für die Behandlung relevanten Facharztgruppen sowie der Verfügbarkeit einer Bandbreite von Indikatoren.

Abbildung 3: Ablaufplan zum Versand der Netzwerkinformation (Feedback)



\* +1 beschreibt jeweils das im Netzwerktreffen ausgewählte Element des Bereichs B



Indikationsgruppe A	+1 Indikationsgruppe (B): Ihre Auswahl
A1 Diabetes mellitus A2 Ischämische Herzkrankheiten A3 Herzinsuffizienz A4 Bronchitis & COPD A5 Rückenbeschwerden A6 Depressive Störungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen</li> <li>▪ Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioide</li> <li>▪ Hypertonie [Hochdruckkrankheit]</li> <li>▪ Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes</li> <li>▪ Infektiöse Darmkrankheiten</li> <li>▪ Grippe und Pneumonie</li> <li>▪ HNO-Infektionen</li> <li>▪ Gonarthrose</li> </ul>



## 4. Aufgabenverteilung / Unterstützung durch die Studiengruppe

Als ACD Moderator\_in ermöglichen Sie den Netzwerkärzt\_innen im Rahmen der moderierten Treffen den gemeinsamen Austausch. Sie regen die Teilnehmenden zur Diskussion an und entwickeln gemeinsam mit Ihnen netzwerkspezifische Lösungen zur Erleichterung des Arbeitsalltages wie z.B. Kommunikationswege und Behandlungspfade. Bei der Begleitung der Netzwerke erhalten Sie Unterstützung von unserer Studiengruppe und im speziellen vom Team Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Im Folgenden finden Sie die einzelnen Aufgabenbereiche kurz skizziert:

### 4.1. Aufgaben der Moderator\_innen

Was erwartet Sie als ACD-Moderator\_in:

- Teilnahme an einem 1,5-tägigen ACD-Moderator\_innen-Training  
Da Ihnen das Moderator\_innen-Handbuch vorliegt, haben Sie diesen Punkt bereits erfolgreich bearbeitet.
- Teilnahme an regelmäßigen **Intervisionstreffen** mit anderen ACD-Moderator\_innen aus Ihrer Region  
Diese bieten Ihnen die Möglichkeit, sich mit anderen zu Ihren Erfahrungen im Rahmen der ACD-Netzwerktreffen auszutauschen. Sie können hier besondere Erlebnisse teilen und erhalten Unterstützung, wenn sich im Projektverlauf besondere Herausforderungen ergeben haben.
- **Begleitung von einem bis max. drei ACD-Netzwerken** über den Projektverlauf (Juli 2018 bis Juni 2020). Sie vereinbaren bei den Treffen mit den Teilnehmern gemeinsam innerhalb eines Zeitfensters den Termin des nächsten Treffens und geben diesen an Ihr ACD Projektteam weiter.  
Sie sind als ACD-Moderator\_in über den Projektverlauf Ansprechpartner\_in für Ihre Netzwerke. Das ACD-Studienteam unterstützt Sie selbstverständlich jederzeit dabei (vgl. Kapitel 4.2)
- Moderation inkl. **Vor- und Nachbearbeitung** von insgesamt vier Treffen je ACD Netzwerk (September 2018 bis Juni 2020).  
Zur Vorbereitung der Netzwerktreffen zählen:
  - Durchsicht der jeweiligen Netzwerkinformationen (max. zwei pro Termin, vgl. Kapitel 3.3)
  - Erinnerung und Motivation Ihrer Netzwerkmitglieder für das anstehende Treffen (per Telefon oder E-Mail)
  - Checkliste Materialien Netzwerktreffen (s. Anlage).

Zur Nachbereitung der Netzwerktreffen zählen:

- **Unterschriftenliste** für CME Punkte, Evaluationsbögen, **Protokolle** und Einverständniserklärungen  
Die unterzeichneten Unterschriftenlisten, Evaluationsbögen, Protokolle und Einverständniserklärungen reichen Sie bitte nach der Veranstaltung bei Ihren ACD-Ansprechpartner\_innen der KV ein.
- **Dokumentation** der Netzwerktreffen  
Hierzu erhalten Sie von der ACD-Studiengruppe eine Protokoll-Vorlage, die Sie entsprechend ausfüllen können
- **Rückmeldung** von Inhalten, die für die nächsten Netzwerkinformationen und das nächste Netzwerktreffen von den Teilnehmenden angefragt (vgl. Kapitel 4.2) wurden, sowie den Termin des nächsten Treffens an die Studiengruppe (vgl. (Kapitel 4.2))

Eine Checkliste zur Nachbereitung der Treffen erhalten Sie von Ihren ACD-Ansprechpartner\_innen.

#### 4.2. Aufgaben der Studiengruppe

- Versand der *Einladungsanschriften* zur Studienteilnahme und den jeweiligen Netzwerktreffen
- Erinnerung der Netzwerkmitglieder an den nächsten Termin für das Netzwerktreffen per Fax
- Versand der **Netzwerkinformationen** (vierteljährlich)
- **Organisation** der Räumlichkeiten für Ihr Netzwerktreffen vor Ort
- Beantragung der **CME Punkte** für die jeweiligen Treffen bei der zuständigen Ärztekammer  
Die Weiterleitung der unterzeichneten Teilnehmendenlisten sowie die Archivierung der Evaluationsbögen übernimmt das ACD-Studenten Team für Sie.
- **Teilnehmenden-Management**  
Netzwerkmitglieder melden ihr Interesse und ihre Teilnahmebereitschaft direkt an die ACD-Ansprechpartner\_in. Sie erhalten dann eine Liste mit der Übersicht der Netzwerkmitglieder und den Anmeldungen für das jeweilige Treffen.
- **Vorbereitung, Druck von Informationsmaterial** sowie aggregierter Netzwerkberichte für Sie und alle Teilnehmenden des Netzwerktreffens  
Sie erhalten die vollständigen ausgedruckten Materialien auf dem Postweg, so dass Ihnen hier keine zusätzlichen Kosten und Zeitaufwendungen entstehen.  
Falls gewünscht erhalten Sie über ihre ACD-Ansprechpartner\_in auch Moderationsmaterial (Stifte, Karten, Flipchartpapier).

➤ **Vorbereitung neuer Themen**

Sie erhalten von der ACD-Studiengruppe Zusammenfassungen der wichtigsten Aspekte aus Leitlinien zu den 14 ACD-Indikationsgruppen. Diese werden Ihnen im Verlauf des Projektes zu Verfügung gestellt und Sie können so die Module Ihres Handbuchs erweitern.

Ergibt sich im Rahmen des Netzwerktreffens ein Bedarf, weitere Informationen zu bestimmten Themenbereichen zu erhalten, übernehmen wir nach Möglichkeit gerne die Recherchen und Aufbereitung für Sie. Melden Sie einfach dem ACD-Team, welche Informationen Sie benötigen. Wir werden diese dann entsprechend vorbereiten.

➤ **Einladung weiterer Leistungserbringer**

Wird im Rahmen des Netzwerktreffens festgestellt, dass die Teilnehmenden gerne weitere Leistungserbringer (Krankenhausärzt\_innen etc.) einladen würden, übernehmen wir gerne die Ansprache. Ihre ACD-Ansprechpartner\_innen benötigen hierzu nur eine Information, wer genau eingeladen werden soll. Hierzu ist es wichtig, dass der KV alle Datenschutzerklärungen der Teilnehmenden des Netzwerktreffens vorliegen (vgl. Kapitel 5).

➤ **Organisation und Durchführung von **regelmäßigen Intervisionstreffen** mit anderen ACD-Moderator\_innen**

Gerne können hier auch – wenn gewünscht – die Trainer\_innen des ifam Düsseldorf dazukommen und Sie im Projektverlauf weiter unterstützen. Geben Sie bitte Ihren ACD-Ansprechpartner\_innen bei der KV eine entsprechende Rückmeldung, und wir werden das für Sie organisieren.

**Selbstverständlich stehen Ihnen die Ansprechpartner\_innen der ACD-Studiengruppe bei Ihrer KV jederzeit bei Rückfragen zur Seite und unterstützen Sie gerne!**

## **5. Ablauf der Netzwerktreffen**

Kernstück der Intervention sind die Netzwerktreffen, die Sie moderieren. Zu den Treffen werden Ärzt\_innen unterschiedlicher Fachrichtungen eingeladen, die gemeinsam Patient\_innen versorgen. Ziel der Netzwerktreffen ist es, viele Teilnehmende ins Gespräch zu gemeinsamen Versorgungsthemen zu bringen, sich zur gemeinsamen Arbeit auszutauschen und gemeinsam konkrete Lösungen für Herausforderungen im Netzwerk zu erarbeiten. Ihre Rolle als Moderator\_in ist es, den Dialog zur gemeinsamen Arbeit zu unterstützen.

Um die Intervention für alle Netzwerke möglichst vergleichbar zu halten, haben wir für Sie einige orientierende Rahmenbedingungen zusammengestellt, die bei der Durchführung der ACD Netzwerktreffen zu berücksichtigen sind. Einige Punkte müssen im Sinne der Standardisierung beibehalten werden, bei anderen Punkten können Sie gemeinsam mit der Gruppe entwickeln, was das Netzwerk braucht, und wo Sie gemeinsam mit den Teilnehmenden über die Projektlaufzeit Schwerpunkte setzen werden. Im Folgenden haben wir für Sie die unterschiedlichen Elemente zusammengetragen und entsprechend gekennzeichnet. Einheitlich müssten folgende Punkte geregelt werden:

## **5.1. Erstes Netzwerktreffen**

Da die Zugehörigkeit der Ärzt\_innen zu einem Netzwerk anhand von Versorgungsdaten (vgl. Kapitel 3.3.2) errechnet wird, ist davon auszugehen, dass die Teilnehmenden sich zumindest namentlich kennen und überwiegend – bis auf wenige Spezialist\_innen – auch aus der gleichen Region stammen. Es kann allerdings passieren, dass die Teilnehmenden sich bei den Netzwerktreffen zum ersten Mal persönlich treffen. Daher ist für das erste Treffen eine Struktur gewählt worden, die der konstituierenden Sitzung eines neu gegründeten Qualitätszirkels<sup>6</sup> entspricht.

### **5.1.1. Zielsetzung**

Ziel des ersten Treffens ist es, dass die Teilnehmenden mit dem ACD Projekt besser vertraut gemacht werden, sich gegenseitig kennenlernen, ein Verständnis von ihrem Netzwerk entwickeln und erste Besonderheiten und Herausforderungen in der Zusammenarbeit im Praxisalltag zu ermitteln.

### **5.1.2. Ablauf erstes Netzwerktreffen**

Anbei erhalten Sie einen Ablaufplan als Vorlage für das erste Netzwerktreffen. Die Zeitfenster dienen Ihnen dabei zur Orientierung und bilden ab, wie lange Sie voraussichtlich für die einzelnen Punkte benötigen werden. Selbstverständlich können Sie die jeweiligen Zeitfenster, je nach Bedarf der Gruppe, ausweiten oder verkürzen. Wichtig für die Motivation der Teilnehmenden ist, dass die Netzwerktreffen pünktlich enden.

---

<sup>6</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013). *Handbuch Qualitätszirkel*. Auflage 3. Berlin

Zeit	Top	Methode
15:30 – 15:45	<b>Begrüßung / Vorstellungsrunde</b> Hinweis auf Unterschriftenliste (CME Punkte)	Im Plenum
15:45 – 16:00	<b>Vorstellung ACD Projekt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Förderung</li> <li>– Hintergrund</li> <li>– Zielsetzung</li> <li>– Behandlungspfad – kurz darstellen</li> </ul>	PPT / Folien Handout
16:00 – 16:15	<b>Aushändigen der Einverständniserklärung</b>	Studienunterlagen*
16:15 – 16:45	<b>Was macht unser Netzwerk aus?</b> (vgl. Kapitel 5.1.3) <b>Wer ist Teil unseres Netzwerkes? Wer fehlt?</b>	Brainstorming / Plenum Dokumentation Flipchart
	Anschließend Abgleich mit errechnetem Netzwerk aus der ersten Netzwerkinformation (2. Anschreiben)	Studienunterlagen*
16:45 – 17:00	<b>Was läuft gut in unserem Netzwerk?</b> (grüne Karten) <b>Was ist schwierig im Netzwerk?</b> (rote Karten)	Kartenabfrage (ggf. in Kleingruppe)
17:00 – 17:15	<b>Reflexion der Kartenabfrage</b> Identifikation von Kernthemen für die Arbeit bei den Netzwerktreffen	Im Plenum
17:15 – 17:45 17:15 – 17:30	<b>Versorgungsequenz</b> Fragen für die Arbeit: „Wenn Sie sich den Patienten / die Patientin in unseren Unterlagen anschauen 1. Welche Fragen ergeben sich für Sie aus dem Fall an die Kolleg_innen? Wo sehen Sie Ansätze für positive aber auch kritische Ereignisse? 2. Was würden wir uns in diesem Fall von der Zusammenarbeit wünschen? Wie sieht der optimale „Pfad“ für diesen Patienten / diese Patientin aus? Wer ist wann mit im Boot?“	Studienunterlagen* „Versorgungsequenz“ in Kleingruppen 3-4 Personen gemeinsam durchgehen  Bei Gruppen bis 6 Teilnehmende im Plenum
17:30 – 17:45	Vorstellung der Arbeitsergebnisse	Plenum
17:45 – 18:00	<b>Ausblick – wie geht es weiter im ACD Netzwerk</b> (warum lohnt es, beim nächsten Treffen wiederzukommen) <b>Themenauswahl für 2. Treffen (Netzwerkinformation)</b> Evaluation Fortbildung, Teilnahmebescheinigungen <b>Verabschiedung</b>	Plenum  Studienunterlagen <sup>7</sup> s. auch Checkliste zum Ende des NW-Treffens (s. Anlage

<sup>7</sup> die Studienunterlagen werden Ihnen von der Studiengruppe in ausgedruckter Form zur Verfügung gestellt (vgl. Kapitel 4.2)

### 5.1.3. Inhalte

Zum **Einstieg** in die Thematik „Zusammenarbeit im Netzwerk“ können die Teilnehmenden zunächst aus **Ihrem Erleben** zusammentragen, wie bedeutsam Netzwerke im Alltag für sie sind. Es ist zu erwarten, dass Spezialist\_innen andere Netzwerke haben und brauchen als Hausärzt\_innen.

Mittels aktivierender Methoden (Brainstorming, Kartenabfrage) können Sie ermitteln, was aus Sicht der Teilnehmenden in Ihrem Netzwerk gut läuft (z.B. grüne Karten) und wo es auch problematisch ist (z.B. rote Karten). Bei einer Gruppengröße unter sechs Personen, brauchen Sie die Gruppe nicht in weitere Kleingruppen zu teilen. Ist die Gruppe größer, empfiehlt es sich, die Gruppen gemeinsam „vorarbeiten“ zu lassen und die Ergebnisse dann im Plenum zusammenzutragen. Wenn Sie Kleingruppen von 3-5 Personen bilden, ist es hilfreich, möglichst unterschiedliche Facharztgruppen zusammenzustellen. Das verhindert die Fokussierung auf Zuschreibungen für bestimmte Facharztgruppen und öffnet die Gruppe für den interdisziplinären Austausch (vgl. auch Kapitel 0).

Ausgehend von der **erlebten Struktur der Netzwerke** können Sie zu den Studienunterlagen überleiten. Die Teilnehmenden haben eine erste Netzwerkinformation zur **Zusammensetzung des Netzwerkes** erhalten. Jede\_r Teilnehmende erhält im Vorfeld des Treffens einen individualisierten Bogen in die Praxis und weiß daher, wo er/sie sich im Netzwerk befinden.

**CAVE:** An welcher Position sich jemand im Netzwerk befindet sagt nichts über die Qualität der Zusammenarbeit und der Versorgung aus. Es zeigt lediglich, wie viele Patient\_innen man mit anderen gemeinsam versorgt. Je näher die Punkte zusammenrücken, desto mehr Patient\_innen versorgt man gemeinsam.

Es kann an dieser Stelle im Netzwerktreffen aus Datenschutzgründen nicht aufgelöst werden, welcher Punkt für die einzelnen Ärzt\_innen steht.<sup>8</sup>

Anhand der weiteren Ausführungen erfahren Sie, welche Facharztgruppen im Netzwerk vertreten sind und welche Patientengruppen gemeinsam versorgt werden (Anzahl nach Indikationen).

Auf der letzten Seite der Netzwerkinformation wird eine Versorgungssequenz dargestellt, der aus Routinedaten beispielhaft errechnet wurde. Anhand dieser Versorgungssequenz, die einen für das Netzwerk „typischen“, multimorbiden Fall abbildet, können Sie mit den Teilnehmenden den Rückbezug auf die bereits gesammelten erlebten Stolpersteine und positiven Erfahrungen in der Zusammenarbeit herstellen (vgl. Anhang 0).

---

<sup>8</sup> Eine detaillierte Ausführung zu den Aussagen, die einzelne Elemente der Netzwerkinformation beinhalten, erhalten Sie und die Netzwerkteilnehmenden zur Vorbereitung der einzelnen Treffen.

Zum Abschluss können die Teilnehmenden gemeinsam mit Ihnen erarbeiten, zu welchen Themen Sie beim nächsten Treffen arbeiten möchten. Hierzu erhalten Sie zwischen den Treffen weitere Netzwerkinformationen. Welche zwei Indikationsgruppen diese bearbeiten, können die Netzwerkmitglieder gemeinsam entscheiden und auf dem entsprechenden Bogen vermerken (Studienunterlagen, vgl. Anlage **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Es kann auch passieren, dass die Teilnehmenden sich entscheiden zu einem übergeordneten Thema wie Überleitungsmanagement zu arbeiten. Dann wäre die Bitte an die Teilnehmenden, gemeinsam zu überlegen, für welche der dargestellten Indikationsgruppen dieses Thema aus Ihrer Sicht besonders relevant ist und sich auf zwei der Indikationsgruppen zu einigen.

#### 5.1.4. Besonderheiten

##### ***Einverständniserklärungen***

Im Rahmen der ACD-Studie müssen, gemäß geltenden Datenschutzregelungen, Einverständniserklärungen der Studienteilnehmenden eingeholt werden. Diese beinhalten Aufklärungen zum Umgang mit den Daten im Rahmen der Studie und die Erklärung zur Bereitschaft an der Studie aktiv mitzuwirken. Die unterzeichneten Einverständniserklärungen sind die Voraussetzung dafür, dass im Rahmen des Treffens gemeinsam an Netzwerkinformationen des Netzwerkes gearbeitet werden kann. Sie erhalten von uns die Einverständniserklärung in ausgedruckter Form in entsprechender Stückzahl, so dass Sie diese im Rahmen der Netzwerktreffen austeilen können.

Es kann hier zu kritischen Rückfragen kommen. Die Teilnehmenden sind im Vorfeld zwar alle über die Studienzusammenhänge informiert worden, aber es hat sich gezeigt, dass bei der Durchsicht der Einverständniserklärung Rückfragen zur Verwendung von Routinedaten auftreten (vgl. Kapitel 3.3.2).

##### **Folgende Hinweise für Netzwerkmitglieder haben sich in der Pilotstudie bewährt:**

„Es handelt sich hier um eine einmalige Gelegenheit im Rahmen des ACD-Projektes; Seit 20 Jahren werden Daten gesammelt und in Jahresberichten veröffentlicht, aber jetzt können Sie als Netzwerk sich die Daten selbst anschauen.“

„In ACD haben wir einen echten Fortschritt: nicht andere schauen in unsere Daten und sagen uns in der Versorgung, wie wir es richtig machen sollten; wir können selbst bestimmen, welche Daten uns helfen würden, was uns interessiert...“

„Wir gewinnen hier im ACD Projekt ein Stück Datenhoheit zurück und können selbst entscheiden, welche Daten uns zu welchen Indikationsgruppen interessieren.“

**CAVE:** Möglicherweise sind nicht zu allen Aspekten, die die Netzwerke interessieren, Informationen aus den Daten ersichtlich. Sie können an dieser Stelle gerne die Wünsche der Teilnehmenden aufnehmen mit dem Hinweis, dass Sie diese an die ACD-Studiengruppe weiterleiten und wir dem Netzwerk dann eine Rückmeldung geben.

Sammeln Sie bitte die unterzeichneten Einverständniserklärungen ein und senden Sie diese mit den Evaluationsbögen, der Ergebnisdokumentation (Protokollvorlage) und der unterzeichneten Unterschriftenliste an Ihre Ansprechpartner\_innen bei der KV.

## 5.2. Folgetreffen

Für die Folgetreffen haben wir einen angepassten Zeitplan entwickelt, da davon auszugehen ist, dass ein Teil der Teilnehmenden bereits die Einführung zur Studie im ersten Netzwerktreffen erhalten hat. Diese Elemente sind hier leicht gekürzt. Die Folgetreffen haben eine andere Zielsetzung als das erste Netzwerktreffen.

### 5.2.1. Zielsetzung

Ziel des zweiten Netzwerktreffens ist es, gemeinsam mit den Teilnehmenden zu den jeweiligen ausgewählten Themen zu arbeiten und die Kooperation zwischen den Gruppenmitgliedern zu stärken. Dabei stehen 1. die IST-Analyse der Versorgung im Netzwerk, 2. die Ermittlung von Handlungsfeldern und konkrete Maßnahmen, die sich daraus ergeben, im Vordergrund. Es werden SMART<sup>9</sup> Ziele für die gemeinsame Versorgung von Patient\_innen formuliert, geplant (PLAN) was es hierfür im Netzwerk braucht und wie sich dies umsetzen lässt (DO). Das Netzwerk wird dann zu einem späteren Zeitpunkt prüfen, ob die einzelnen Maßnahmen umgesetzt werden konnten (CHECK) oder was ggf. am ursprünglichen Plan verändert werden muss (ACT). Dies kann im Rahmen von weiteren Folgetreffen von Ihnen moderiert erfolgen, oder auch zu einem späteren Zeitpunkt nach Abschluss des Projektes (vgl. Kapitel 4.1)

Abbildung 4: Prozess zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit im Netzwerk



<sup>9</sup> SMART: S: spezifisch, M: messbar, A: attraktiv/aktuell, R: realistisch, T: terminiert



## 5.2.2. Ablauf der folgenden Netzwerktreffen

<b>Zeit</b>	<b>Top</b>	<b>Methode</b>
15:30 – 15:45	<b>Begrüßung / Vorstellungsrunde</b>	Im Plenum
15:45 – 16:00	<b>Vorstellung ACD Projekt</b> In Anlehnung an die erste Sitzung Einwilligungserklärung	Poster + Folienhandout für Teilnehmende (s. Studienunterlagen)
16:00 – 16:15	<b>Rückblick und Ergänzungen</b> <b>Was macht mein Netzwerk aus?</b> <b>Was läuft gut im NW? Was sind Herausforderungen?</b> Ergänzen auf Poster – für die Dokumentation	Ergebnisdarstellung anhand des Posters Brainstorming / Plenum
16:15 – 16:45	<b>Netzwerkinformation</b> <b>„Erlebtes“ Netzwerk – Daten-Netzwerk</b>  <b>Netzwerkinformation Indikationsspezifisch A oder B</b> Offene Fragen / Themen, die aus Netzwerkinformationen entstehen Woran wollen wir arbeiten – Themen sammeln	Erste Netzwerk- information / Netzwerk- indikatoren Folgeberichte  Netzwerkinformation Indikationsgruppen  Brainstorming / Kartenabfrage
16:45 – 17:00	<b>Pause</b>	
17:00 – 17:30	<b>Vom Behandlungspfad zur strukturierten Kooperation</b> Kleingruppenarbeit zu spezifischen Themen (Themen verteilen auf Kleingruppen) <u>Auftrag:</u> Problem beschreiben und Lösungen entwickeln	Kleingruppe Moderationskarten / Flipchart
17:30 – 17:45	<b>Zusammentragen der Ergebnisse</b>	Im Plenum
17:45 – 18:00	<b>Ausblick – wie geht es weiter im ACD</b> <b>Was Interessiert Sie / uns im Netzwerk für nächste Sitzung? S. Auswahlliste</b> <b>Verabschiedung</b>	Im Plenum Themenauswahl für Netzwerkinformation s. Checkliste zum Ende des NW Treffens

## 5.2.3. Besonderheiten

### 5.2.3.1. Umgang mit neuen Netzwerk-Mitgliedern

Zu den Folgetreffen kommen u.U. Netzwerkmitglieder, die neu in der Gruppe sind, bzw. es vorher nicht zu einem der vier Termine geschafft haben. Für die Studienärzt\_innen besteht keine Verpflichtung, zu den Netzwerktreffen zu erscheinen. Es handelt sich im Rahmen der Intervention um ein weiteres Angebot, die Zusammenarbeit strukturiert mit Ihrer Unterstützung als Moderator\_in weiterzuentwickeln.

Auch kann es durch den Zeitverzug der Routinedaten und im Zeitverlauf im Projekt dazu kommen, dass ein Netzwerkmitglied ausscheidet und die Praxis neu besetzt wird. Es ist geplant, auch die Praxisnachfolger\_innen zu den Netzwerktreffen einzuladen. Diese erhalten zunächst nur Netzwerkinformationen, keine individuellen Feedbacks und werden u.U. im Interventionsverlauf zu den Treffen dazukommen.

Es ist mit Blick auf die Studienvoraussetzung und die inhaltliche Arbeit wichtig, die neuen Teilnehmenden in das Projekt einzuführen. Hierzu haben wir ein Poster entwickelt, auf dem Sie nach der ersten Sitzung den Stand der Diskussion zum Netzwerk und Herausforderungen in der Kooperation festhalten können. Nutzen Sie dieses Poster, um die gesamte Gruppe – auch die neuen Mitglieder – in den Folgetreffen auf den aktuellen Stand zu bringen und diesen mit den Hintergrundinformationen zum Projekt zu ergänzen, falls nötig. Wichtig ist auch bei den Folgetreffen von den neuen Teilnehmenden Einverständniserklärungen für die gemeinsame Arbeit einzuholen (s. auch Erstes Netzwerktreffen, Kapitel 5.1).

### 5.2.3.2. Indikationsspezifische Netzwerkinformationen

Zum Abschluss des letzten Netzwerktreffens haben sich die Teilnehmenden Indikationsgruppen ausgesucht, für die sie weitere Auswertungen erhalten wollten. Diese wurden ihnen zwischen den Netzwerktreffen in Form von zwei Netzwerkinformationen von der ACD-Studiengruppe direkt in die Praxis geschickt (vgl. Kapitel 3.3.3.3). Klären Sie nach dem Rückblick auf die Themen des letzten Netzwerktreffens offene Fragen zu den Netzwerkinformationen.

Erarbeiten Sie dann gemeinsam mit der Gruppe welche Fragen sich aus den indikationsspezifischen Netzwerkinformationen für die gemeinsame Arbeit ergeben. Diese können sich auf abweichendes Ordnungsverhalten, Mitbehandlungen, Krankenhauseinweisungen etc. beziehen → IST Analyse: wie arbeiten wir im Netzwerk (vgl. Kapitel 6.1)

**Formulierungsvorschläge:** „Sie haben vom ACD Team in den letzten sechs Monaten zwei Netzwerkinformationen auf dem Postweg erhalten. Sie hatten beim letzten Treffen hier gemeinsam entschieden für die weitere Arbeit Daten zu ... [Indikationsgruppe] anzufordern. Was haben Sie für sich aus den Berichten ziehen können? Wo gibt es offene Fragen?“

Für die Arbeit im Netzwerktreffen erhalten Sie von der ACD-Studiengruppe aggregierte Netzwerkinformationen für das gesamte Netz. Prüfen Sie hierzu im Vorfeld des Treffens die Netzwerkinformationen zur jeweiligen Indikation auf mögliche Themen, die für das Netzwerk interessant sein könnten. Sollte sich für die Netzwerkmitglieder keine Fragen für die gemeinsame Arbeit ergeben, können Sie hier nachfragen. Als Moderator\_in erhalten Sie von der ACD-Studiengruppe im Verlauf der Projektlaufzeit zu den einzelnen Indikationen immer wieder evidenzbasierte Kurzinformationen mit Verweis auf die aktuellen Leitlinien.

**Formulierungsvorschläge:** „Was mir aufgefallen ist... Da habe ich mich gleich gefragt, wie ist das eigentlich bei mir in der Praxis... Mich würde interessieren, wie Sie das sehen? Was können da Ursachen sein? Wie machen Sie das hier in Ihrem Netzwerk?“

Achten Sie darauf, hier nur gesprächsanregend wirksam zu werden und nach einer anregenden Frage ausreichend lange Pausen zu machen, um den Teilnehmenden die Gelegenheit zu geben, Ihre Gedanken dazu zu entwickeln.

**CAVE:** Es geht nicht um eine Bewertung der Versorgung, sondern darum neutral zu benennen, was im Netzwerk anders läuft – dabei ist nicht entscheidend, ob der Effekt positiv oder negativ bewertet wird. Vielmehr ist das Ziel zu ermitteln, welche Ideen / Erklärungsansätze die Teilnehmenden selbst für diese Abweichungen entwickeln und was dies für die Teilnehmenden und ihre Arbeit bedeutet.

### 5.2.3.3. Vom Versorgungspfad zur strukturierten Kooperation

In diesem Block ist das Ziel, anhand der ermittelten Herausforderungen im Netzwerk [→ IST-Situation], die in der ersten Sitzung und bei der Durchsicht der indikationsspezifischen Netzwerkinformationen ermittelt wurden, gemeinsam konkrete Aktionspläne oder Behandlungspfade zu entwickeln.

**Die zentralen Fragestellungen hierfür lauten:**

- Was wünschen wir uns für diesen Fall?
- Was ist uns in der Versorgung dieser Patient\_innen wichtig?

Ausgehend von den Wünschen / Zielen, die das Netzwerk erreichen möchte, können nun die Teilnehmenden Lösungsansätze erarbeiten. Sie können hier Kleingruppenarbeit nutzen um

- a. große Gruppen zeitweise zu teilen, um effektiver arbeiten zu können.
- b. bei umfassenden Zielsetzungen / Fragestellungen, diese in Teilaspekte zu untergliedern und die Themen dann auf einzelne Kleingruppen zu verteilen.  
Dies hat den Vorteil, dass auch umfassende Herausforderungen sehr konkret bearbeiten können.

**Leitend sind hier die Fragestellungen:**

- **Wie** kann für **wen was** genau mit **welchem Ziel** bearbeitet werden?
- **Wer** kann **was wann** übernehmen?

Wichtig ist, dass zum Abschluss die Ergebnisse der Kleingruppenarbeit wieder im Plenum vorgestellt werden. Dokumentieren Sie die Ergebnisse zum Abschluss des Netzwerktreffens (vgl. Kapitel 4.1).

**CAVE:** Gerade bei umfassenden Themen der Zusammenarbeit kann es passieren, dass die Gruppe einzelne Arbeitspakete vertieft bearbeiten möchte. Dies muss nicht innerhalb von einem Netzwerktreffen passieren. **Wichtig** ist konkrete Aufgaben, Zuständigkeiten und Diskussionsergebnisse in der Gruppe festzulegen und festzuhalten.

### 5.3. Allgemeine Informationen zu Netzwerktreffen

#### 5.3.1. Wie lange dauert ein Treffen?

Je Treffen sind 2,5 Stunden vorgesehen. Diese Zeit wurde in der Pilotierungsphase gemeinsam mit Gruppen von Ärzt\_innen ermittelt. Es hat sich gezeigt, dass diese Zeitfenster benötigt werden, um vor der inhaltlichen Arbeit notwendige organisatorische Punkte zu bearbeiten (Unterschriftenliste, Einverständniserklärungen etc.), die relevanten Studieninformationen zu vermitteln und ausreichend Raum zu bieten, damit sich der Austausch zwischen den Teilnehmenden inhaltlich entwickeln kann.

Wir haben für Sie einen **Foliensatz zur Studienvorstellung** erarbeitet. Diesen erhalten Sie sowohl als ppt-Datei als auch als Ausdruck. So können Sie selbst in der ersten Sitzung entscheiden, ob Sie – falls verfügbar – einen Beamer nutzen möchten, oder lieber mit dem Papierformat arbeiten möchten.

Für die Folgesitzungen haben wir ein Poster entwickelt, auf dem Sie zur Vorbereitung der Sitzung bereits den Diskussionsstand der letzten Sitzung eintragen können (vgl. Anhang 10.1). Sie können dieses Poster für jedes weitere Folgetreffen nutzen und auf dem Poster handschriftlich neue Informationen aus der Gruppe ergänzen. Das Poster dient der Gruppe als schnelle Orientierungshilfe und Reaktivierung der Erkenntnisse aus der letzten Sitzung.

Für Sie bietet das Poster eine zusätzliche Unterstützung in der Kommunikation und Entlastung bei der Dokumentation.

### 5.3.2. Finden ACD-Netzwerktreffen immer statt?

Die Netzwerktreffen finden in jedem Fall statt – auch wenn nur eine Person angemeldet ist. Die Erfahrung zeigt, dass auch unerwartet noch Teilnehmende zum Treffen erscheinen. Sie als Moderator\_in können vor dem Treffen die Mitglieder Ihres Netzwerkes noch kurz an den Termin erinnern. Die ACD-Studiengruppe unterstützt Sie hier gerne.

Sollte die Gruppe weniger als 5 Teilnehmende umfassen, brauchen Sie keine zusätzlichen Kleingruppen zu bilden, sondern können mit der Gesamtgruppe arbeiten.

### 5.3.3. Wie gestalten Netzwerkärzt\_innen das Treffen mit?

Die Netzwerkmitglieder gestalten die Inhalte der Netzwerktreffen wesentlich mit. Sie als Moderator\_in bieten den Rahmen und einen Raum, in dem die Teilnehmenden gemeinsam arbeiten können. Letztendlich entscheiden die Mitglieder, welche Probleme in ihrem Netzwerk sie gemeinsam angehen, welche Fragen sie bei den Treffen bearbeiten möchten und welche Dinge nicht, oder was möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt bearbeitet werden soll.

Für Sie als Moderator\_innen ist daher wichtig zu vergegenwärtigen, welche Aufgaben Ihnen zukommen, und welche Verantwortlichkeiten bei den Netzwerkpartnern bleiben.

Sie als **Moderator\_in**<sup>10</sup> sind zuständig für

➤ **Auswahl der Moderationsmethoden:**

Hierzu haben wir Ihnen im Ablaufplan zur jeweiligen Sitzung bereits Anregungen vorgestellt. Nutzen Sie aktivierende Methoden, die Sie auch aus der Qualitätszirkelarbeit kennen (Brainstorming, Kartenabfragen etc.)

➤ **Steuerung der Gruppenprozesse über Spielregeln:**

Benennen Sie die Spielregeln für den Umgang innerhalb der Gruppe (s. auch Kapitel 6.3). Als Moderator\_in tragen Sie Sorge dafür, dass die Spielregeln zum Umgang miteinander auch umgesetzt werden.

➤ **Zielklarheit herstellen / Zielverfolgung:**

Ihre Aufgabe ist es, aus den Diskussionsbeiträgen und den Ergebnissen der vorherigen Treffen, gemeinsam mit den Teilnehmenden Ziele zu formulieren für die gemeinsame Arbeit im Netz. Die Gruppe bestimmt selbst, welche Ziele sie verfolgen

---

<sup>10</sup> Steffen R, Brandenburg P (o.A.) Moderatorengrundausbildung. Kassenärztliche Vereinigung Schleswig\_Holstein.

wollen. Sie erinnern dann im weiteren Verlauf die Gruppe immer wieder an diese vereinbarten Ziele und führen die Gruppe, falls nötig, wieder dorthin zurück.

➤ **Visualisierung und Dokumentation:**

Visualisieren Sie Inhalte und Ergebnisse – gemeinsam mit der Gruppe.

Dokumentieren Sie zum Abschluss des Netzwerktreffens die Ergebnisse, Vereinbarungen, Zuständigkeiten und offenen Punkte.

Klären Sie gemeinsam mit den Teilnehmenden, in welcher Form die Ergebnisse geteilt werden. Sollen nur die Anwesenden über die Aktivitäten informiert werden oder alle Mitglieder des Netzwerkes – auch die Kolleg\_innen, die nicht am jeweiligen Termin teilnehmen konnten?

Für das Teilen der Arbeitsergebnisse und konkreter Vereinbarungen spricht, dass der Wirkungskreis der gemeinsamen Arbeit erweitert wird. Möglicherweise werden Netzwerkmitglieder, die bisher noch unsicher waren, durch die Ergebnisse aktiviert und zur Teilnahme motiviert. Insbesondere für Spezialist\_innen, die in den Netzwerken in geringerer Anzahl vertreten sein werden, als Hausarzt\_innen, können hier gezielt Anreize zur Beteiligung geschaffen werden (Verbesserung der Kommunikation, Überweisungen etc.).

Die **Gruppe** ist zuständig für die Inhalte und Ergebnisse wie bspw. konkrete Vereinbarungen ausarbeiten und diese dann auch in der weiteren Arbeit umzusetzen.

### 5.3.3.1. Welche Themen können für Folgetreffen gewählt werden?

Sie erhalten mit den Unterlagen für das Netzwerktreffen einen Vorbereitungsbogen für das kommende Netzwerktreffen. Hier können die Teilnehmenden auswählen, welche Daten zu welchen Indikationsgruppen für die nächsten Netzwerkinformationen interessant wären. Die Teilnehmenden haben hier die Möglichkeit, selbst Einblick in die netzspezifischen Versorgungsdaten zu nehmen und zu entscheiden, an welchen Themenbereichen sie weiterarbeiten möchten. Die Gruppe kann je Netzwerktreffen zusätzlich zu den vom Studienteam gesetzten zwei Indikationsgruppen zusammenstellen.

#### **Formulierungsvorschlag:**

- Jetzt können wir entscheiden, was uns wirklich interessiert.
- Sie können sich jetzt Ihre Daten zurückholen und selbst schauen, was Sie interessiert, oder woran Sie arbeiten möchten.

Daten zu folgenden Indikationsgruppen sind im Rahmen des ACD-Projektes verfügbar:

Netzwerkinformation		Indikationsgruppen in ACD	
Nr.	Versand in Monat/Jahr	Erste Indikationsgruppe	Zweite Indikationsgruppen: Ihre Auswahl
01	12/2018	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioide <input type="checkbox"/> Hypertonie [Hochdruckkrankheit] <input type="checkbox"/> Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes <input type="checkbox"/> Infektiöse Darmkrankheiten <input type="checkbox"/> Grippe und Pneumonie <input type="checkbox"/> HNO-Infektionen <input type="checkbox"/> Gonarthrose
02	03/2019	Ischämische Herzkrankheiten	
03	06/2019	Herzinsuffizienz	
04	09/2019	Bronchitis & COPD	
05	12/2019	Rückenbeschwerden	
06	03/2020	Depressive Störungen	

**CAVE:** Zu den jeweiligen Indikationsgruppen sind nicht alle Daten abrufbar bzw. je nach Indikation wenig aussagekräftig. Wünscht sich die Gruppe zusätzliche Daten, die nicht in den Netzwerkinformationen enthalten sein sollten, können Sie die Wünsche der Teilnehmenden gerne aufnehmen und an die Studiengruppe weitergeben. Wir prüfen dann, welche Daten wir zusammenstellen können und geben Ihnen zeitnah eine Rückmeldung hierzu.

Die ACD-Studiengruppe wird dann die entsprechenden Daten zusammentragen und Netzwerkinformationen zur Verfügung stellen.

**Formulierungsvorschlag:**

Das ist eine interessante Frage. Ich nehme das jetzt auf und wir fragen einfach bei der Studiengruppe nach, ob Sie uns dazu etwas berichten können.

Wählen Sie doch zunächst eine andere Indikationsgruppe und ich gebe Ihnen eine Rückmeldung, ob sich die Änderung zukünftig umsetzen lassen kann. Die Studiengruppe benötigt unter Umständen etwas Vorlauf.

**5.3.3.2. Können weitere Akteure an Netzwerktreffen beteiligt werden?**

In der Pilotstudie hat sich gezeigt, dass in der gemeinsamen Arbeit häufig auch Intersektoralität ein Thema wird. Krankenhausärzt\_innen aber auch andere Gesundheitsberufe werden als wichtige Partner\_innen für die Zusammenarbeit erlebt.

Auf Wunsch der Netzwerkmitglieder ist eine intersektorale Erweiterung des Netzwerkes gerne möglich. Der Wunsch muss von der Mehrheit der teilnehmenden Ärzt\_innen bestätigt werden.

Wählt die Gruppe das Thema Intersektoralität als Herausforderung, können Sie das gerne aufgreifen. Klären Sie dazu mit der Gruppe:

### **Wer soll in die Netzwerktreffen mit einbezogen werden?**

- Krankenhausärzt\_innen, andere Professionen wie Pflegekräfte, Physiotherapeut\_innen etc. wären denkbar
- Die Teilnehmenden sollen möglichst **konkret (namentlich) Ärzt\_innen** benennen
- Klären Sie, **wer die Ansprache** regelt  
Benennen Sie konkrete Verantwortlichkeiten. Gibt es bereits gute Kontakte in eine Klinik? Wer kann das übernehmen?  
Findet sich kein Netzwerkpartner bitten Sie Ihre ACD-Ansprechpartner\_innen um Unterstützung.

### **Zur Ihrer Information:**

Krankenhäuser, welche im Netzwerk relevant sind, können perspektivisch und unter bestimmten Voraussetzungen von der Studiengruppe in die Netzwerkinformationen aufgenommen werden.

## **6. Methoden**

Im Folgenden haben wir eine Reihe an projektspezifischen Methoden für Sie zusammengestellt. Klassische Moderationsmethoden wie Kleingruppenarbeit, Kartenabfragen etc. kennen Sie bereits aus der Qualifizierung als QZ-Moderator\_in und aus Ihrer langjährigen praktischen QZ-Arbeit.<sup>11</sup> Diese werden hier daher nicht erneut dargestellt.

### **6.1. Umgang mit Netzwerkinformationen**

Die Netzwerkmitglieder erhalten zwischen den Treffen jeweils zwei Netzwerkinformationen zu unterschiedlichen Indikationsgruppen (vgl. Kapitel 3.3.3). Zu insgesamt 14 Indikationsgruppen können wir im Rahmen des ACD Projektes Daten für die Arbeit im jeweiligen Netzwerk generieren. Die Teilnehmenden können dabei je Netzwerkinformation eine Indikationsgruppe aus dem ACD-Datenpool auswählen. Folgende Informationen können zu den Indikationsgruppen abgerufen werden.

- Patient\_innen-Charakteristika

---

<sup>11</sup> Siebolds M, Quasdorf I (2013) Grundlagen der Gruppenleitung in Qualitätszirkeln. In Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2013). *Handbuch Qualitätszirkel*. 3. Auflage. Berlin



- Informationen zu Facharztbesuchen
- Ambulante Prozesse
- Verschriebene Arzneimittel
- Sektorenübergreifende Patient\_innen-Informationen

Die Netzwerkinformationen dienen dazu, Fragen und Themenbereiche für die gemeinsame Arbeit zu generieren.

**Zur Vorgehensweise beim Netzwerktreffen empfehlen wir:**

1. Wählen Sie gemeinsam mit der Gruppe eine Indikation aus, die für die Teilnehmenden besonders interessant ist.
2. Klären Sie mit der Gruppe, ob es Verständnisfragen gibt.
3. Fragen Sie die Gruppe, welche Fragen sich für die Zusammenarbeit im Netzwerk bei der Durchsicht der Netzwerkinformationen ergeben haben

Obwohl die Teilnehmenden die Netzwerkinformationen bereits vor dem Treffen auf dem Postweg erhalten haben, können wir nicht davon ausgehen, dass alle die Daten und Ergebnisse noch präsent haben. Nutzen Sie die netzaggregierten Netzwerkinformationen, um wieder in das Thema einzusteigen. Aus diesen Berichten sind keine Daten einzelner Praxen ersichtlich, so dass Sie diese gut nutzen können, ohne jemanden vor der Gruppe bloßzustellen.

**CAVE:** Verwenden Sie nicht zu viel Zeit auf die Durchsicht der Netzwerkinformationen. Die Erfahrung zeigt, dass die Teilnehmenden die Datengrundlage gerne diskutieren – Sie wollen aber konkret mit Ihnen an den Netzwerkthemen arbeiten. Daher wäre es wichtig, die Diskussion an dieser Stelle zeitlich zu begrenzen.

Nutzen Sie dazu Techniken, die Sie im Moderator\_innen-Training selbst ausprobiert haben:

**Vorgehensweise:**

1. Geben Sie den Mitgliedern 5-10 Minuten Zeit, sich die Netzwerkinformation durchzulesen (je nach Umfang).
2. Bilden Sie dann Zweiergruppen, die gemeinsam erarbeiten, welche Fragen, Besonderheiten oder kritischen Aspekte sich aus den Bögen ergeben.
3. Sammeln Sie die Ergebnisse auf Moderationskarten.

Priorisieren Sie dann mit den Teilnehmenden, zu welchen Schwerpunkten Sie konkret arbeiten wollen.

## 6.2. Entwicklung von Bausteinen für Behandlungspfade

Im Netzwerktreffen sollen die Teilnehmenden an konkreten Fragstellungen und Herausforderungen des Praxisalltags arbeiten. Je nach Thema können hierbei **Aktionspläne** oder **Behandlungspfade** entstehen.

Mit **Aktionsplänen** sind konkrete Aktivitäten im Netzwerk gemeint, die gemeinsam umgesetzt werden können und vor allem die direkte Zusammenarbeit oder Kommunikation betreffen.

Ein **Aktionsplan** kann sich bspw. auf die Sammlung einer Netzwerk-Telefonliste mit direkten Durchwahl-Nummern zu den Ärzt\_innen beziehen. Zu klären wäre dann, **wer** von den Teilnehmenden die Liste anlegt, Nummern aus dem Netz **einpflegt** und **in welcher Form** diese wem genau zur Verfügung gestellt werden kann. **Aktionspläne** können bspw. auch die Entwicklung von Arbeitshilfen im Netzwerk betreffen. Wird beispielsweise ein Faxformular zur Unterstützung bei Überweisung benötigt, kann dies gemeinsam entwickelt werden.

**Behandlungspfade** richten sich im Gegensatz dazu konkret an der gemeinsamen Versorgung von Patient\_innen aus. Der Behandlungspfad hat zum Ziel:

- Antworten zu einem von der Gruppe identifizierten Problem zu liefern,
- die Zusammenarbeit im Netzwerk zu stärken,
- eine gemeinsame Haltung und ein gemeinsames Ziel zu definieren,
- Kompetenzen im Netzwerk zusammenzuführen,
- Patientenerfahrung zu berücksichtigen,

um letztendlich eine Behandlungssituation durch Kooperation besser zu steuern.

Ob und wie viele Behandlungspfade ein Netzwerk entwickelt, steht der Gruppe frei. Sie als Moderator\_in können die Gruppe unterstützen, wenn sich aus den identifizierten Problemen ein entsprechender Bedarf ableiten lässt.

Folgendes wäre bei der Entwicklung von Behandlungspfaden zu beachten:

- Es sollten max. drei Behandlungspfade entwickelt werden (einer je Folgetreffen)
- Sollte die Gruppe sich einvernehmlich die detaillierte Analyse einer einzigen Thematik wünschen, so wäre dies auch möglich.
- Wählen Sie mit der Gruppe ein Krankheitsbild aus, das möglichst viele Facharztgruppen betrifft.
- Das Ergebnis der gemeinsamen Diskussion muss festgehalten werden. Dies kann in beliebiger Form und Tiefe geschehen. Die leitende Fragestellung lautet „Was lernen wir daraus?“ Sie finden in Ihren Unterlagen hierzu eine Dokumentationsvorlage  
Kein Ergebnis wäre auch ein Ergebnis: Können sich Netzärzt\_innen nicht auf einen Behandlungspfad einigen, ist festzuhalten, an welchen Punkten es zu Unstimmigkeiten kam.

Zu Ihrer Unterstützung erhalten Sie von uns

- Ergänzende Materialien zu den besprochenen Krankheitsbildern (z.B. Kurzzusammenfassungen der jeweiligen Leitlinien)
- Weiterführende Literatur zu verwandten Themen
- Input durch andere ACD-Moderator\_innen und die ACD-Trainer im Rahmen der regelmäßigen Intervisionstreffen

### 6.3. Umgang mit Konflikten in heterogenen Gruppen

Sie verfügen als Qualitätszirkelmoderator\_in über Erfahrung im Umgang mit schwierigen Situationen in Gruppen. Sie tragen die Verantwortung zur Einhaltung der Spielregeln. Diese umfassen die wertschätzende Kommunikation und den respektvollen Umgang untereinander auch bei herausfordernden Themen und möglichen Konflikten.

Techniken zur Umsetzung der **Schlüsselkompetenzen von Moderator\_innen**, wie (1.) Authentizität & Anteilnahme, (2.) Sinngebung, (3.) Emotionale Anregungen und (4.) exekutive Funktion<sup>12</sup>, die Sie im Rahmen Ihrer Moderator\_innen-Trainings erworben haben, werden Ihnen auch in den ACD-Netzwerktreffen von großem Nutzen sein.

---

<sup>12</sup> Siebolds M, Quasdorf I (2013) Grundlagen der Gruppenleitung in Qualitätszirkeln. In Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2013). *Handbuch Qualitätszirkel*. 3. Auflage. Berlin

Da Sie in den ACD-Netzwerktreffen auf Gruppen mit unterschiedlichen Fachärzt\_innen treffen werden, ergeben sich ein paar Besonderheiten in der Konfliktmoderation.

### *Konflikte zwischen Facharztgruppen*

Es kann in der Diskussion um Herausforderungen und Probleme in der alltäglichen Versorgungspraxis schnell zur Zuschreibung von Eigenschaften zwischen den Facharztgruppen kommen. Sollten Sie hier Konfliktpotenzial wahrnehmen, ergeben sich verschiedene Möglichkeiten:

Erinnern Sie zunächst an die Spielregeln für die Diskussion im Netzwerk:

- keine Pauschalurteile bilden
- möglichst an konkreten Versorgungssituationen schildern, welche Probleme sich ergeben haben – direkt am Fallbeispiel.

So haben Sie gemeinsam mit der Gruppe die Möglichkeit, zu ermitteln, was das eigentliche Problem ist, das hier im Konflikt überlagert wird oder diesen verursacht.

Bitten Sie die Person, die die Arbeit der Gruppe stört, zunächst die Spielregeln einzuhalten. Lassen Sie sich das Problem, wie oben beschrieben möglichst konkret am Fall – ohne Schuldzuweisungen – beschreiben.

#### **Formulierungsvorschlag für die Ankündigung der nächsten Schritte:**

*„Bevor wir jetzt in den Streit eintreten, wäre mir wichtig zu klären, was die konkrete Perspektive auf diesen Fall / auf dieses Problem ist. Lassen Sie uns das kurz nochmal zusammenfassen. Ich würde gerne danach die beiden Situationen / Positionen nebeneinanderstellen und uns diesen Konflikt dann nochmal gemeinsam anzuschauen“*

Nachdem die Person die Situation konkret geschildert hat, können Sie den Sachverhalt zusammenfassen und auf den Punkt bringen:

#### **Formulierungsvorschlag:**

*„Wenn ich Sie richtig verstehe, dann ist Ihnen dieses Thema wichtig und Sie würden sich wünschen, dass die Kolleg\_innen in der Situation etwas anders machen. Wir haben ja jemanden aus dieser Facharztgruppe hier – darf ich kurz fragen, wie Sie diese Situation einschätzen / erleben...“*

*„Vielleicht gibt es ja noch mehr unterschiedliche Perspektiven – Es könnte hilfreich für unsere Zusammenarbeit sein, wenn wir uns diese Konflikte jetzt im Detail anschauen“*

Für Sie als Moderator\_in ist es wichtig, den Konflikt auszuhalten und diesen von beiden Seiten zu beleuchten. Sie können, alternativ zu dem oben dargestellten Vorschlag, hierzu auch in Kleingruppenarbeit die konkrete Situation, die den Konflikt ausgelöst hat, auch getrennt ausarbeiten lassen. Suchen Sie dann, nach Darstellung der einzelnen Gruppenergebnisse nach Aspekten, die beide Gruppen eigentlich verbinden, z.B. die Sorge um eine\_n Patienten\_in. Von hier aus können Sie erarbeiten, was die beiden unterschiedlichen Gruppen voneinander brauchen, um dieses gemeinsame Ziel zu erreichen?

#### **Vorschlag zur Vorgehensweise:**

- Fragen Sie in die Gruppe: „Sind wir uns denn einig, was wir mit dem\_der Patient\_in erreichen wollen?“
- Definieren Sie ein gemeinsames Ziel.
- Prüfen Sie mit der Gruppe, ob die Dinge, die man tut, überhaupt geeignet sind, um das Ziel zu erreichen.

#### **6.4. Nutzung von Materialien (Folien, Poster, Netzwerkinformationen)**

Über den Projektverlauf erhalten Sie von uns verschiedene Materialien zur Arbeit in den Netzwerken, wie bspw. Folien, Handouts, Poster zur Dokumentation, Protokollvorlagen etc. Bitte nutzen Sie diese Materialien in der Originalversion. Um eine möglichst hohe Standardisierung für die Studie zu erzielen, ist es wichtig, dass alle Netzwerke die gleichen Materialien nutzen. Materialien, die Sie anpassen können, werden vom Studienteam dementsprechend gekennzeichnet (z.B.: das Ergebnisprotokoll).

Wenn Sie feststellen, dass Sie noch weitere Materialien benötigen, lassen Sie uns das gerne wissen. Wir bemühen uns dann um eine Umsetzung für die Gesamtstudie.

#### **7. Dokumentation der Netzwerktreffen – Ergebnissicherung**

Die Dokumentation der Netzwerktreffen ist eine Ihrer zentralen Aufgaben als Moderator\_in<sup>13</sup>. Für die Dokumentation der Netzwerktreffen erhalten Sie von uns eine Protokollvorlage als PDF-Dokument. Diese können Sie nutzen, um die Arbeitsergebnisse der einzelnen Treffen zu dokumentieren und diese den Teilnehmenden zur Verfügung zu stellen. Die Sicherung

---

<sup>13</sup> Siebolds M, Quasdorf I (2013) Grundlagen der Gruppenleitung in Qualitätszirkeln. In Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2013). *Handbuch Qualitätszirkel*. 3. Auflage. Berlin

der Ergebnisse in Form eines Ergebnisprotokolls dient der Verbindlichkeit innerhalb des Netzwerkes. Im Ergebnisprotokoll wird festgehalten, welche Entscheidungen die Gruppe getroffen hat, welche Zuständigkeiten abgesprochen und welche weiteren Schritte beschlossen wurden.

Das Protokoll wird den Netzwerkmitgliedern auf dem Postweg zugesandt. Die anwesenden Netzwerkärzt\_innen entscheiden, ob und in welcher Form die Ergebnisse auch den Netzwerkmitgliedern zur Verfügung gestellt werden, die nicht am Treffen teilnehmen konnten. Bei der postalischen Versendung unterstützt Sie gerne unser ACD-Team. Bitte lassen Sie uns das vollständige Protokoll und die Namen der Anwesenden (Liste der Teilnehmenden) zukommen. Wenn Sie uns mitteilen, welchen Verteilerkreis die Gruppe festgelegt hat, übernehmen wir den Versand gerne für Sie.

In welcher Form Arbeitsergebnisse der Gruppe für andere Netzwerkmitglieder und Akteure in der Versorgung sichtbar gemacht werden können, entscheidet ebenfalls die Gruppe der Teilnehmenden. Besprechen Sie hierzu als Moderator\_in die Verantwortlichkeiten mit der Gruppe. Die Pflege und Evaluation der entwickelten Aktionspläne und/oder Behandlungspfade obliegt den Netzwerkmitgliedern.

## 8. Evaluation der Studie

Die Evaluation des ACD Projekts dient Dokumentationszwecken gegenüber dem Mittelgeber sowie der Überprüfung, ob die Intervention in die Regelversorgung implementiert werden könnte. Die ACD Studie ist eine randomisiert kontrollierte Studie. Es wird nach einem Intention-to-treat Ansatz untersucht, ob sich Effekte in der Intervention für die Versorgung in Hinblick auf die dauerhafte Übernahme in die Versorgung auf valider und gesicherter Datengrundlage fundieren lassen. Die Ergebnisse der Interventionsgruppe werden hier mit einer Kontrollgruppe (Netzwerke in den Interventionsgebieten ohne Feedbacks und Netzwerktreffen) verglichen. Im Intention-to-treat Ansatz werden somit die Ergebnisse aller Netzwerkärzte in die Evaluation eingeschlossen, unabhängig davon ob sie an den Treffen teilnehmen oder nicht. Im Rahmen von Sensitivitätsanalysen werden jedoch auch jene Ergebnisse der Teilnehmenden von Netzwerktreffen evaluiert. Die Evaluation beinhaltet eine Kosten-Effektivitätsanalyse<sup>14</sup> sowie eine Prozessevaluation. Dazu werden klinische Outcomes, welche an die patientenbezogenen Ergebnisse der Netzwerkinformationen angelehnt sind, und Kosten ausgewertet. Den primären klinischen Outcome stellen ambulant-sensitive Krankenhausfälle dar. Zusätzlich werden auf Basis einer Prozessevaluation gemäß der MRC Richtlinie sekundäre Zielparameter identifiziert, welche Rückschlüsse über den Erfolg der Studie erlauben sollen.<sup>15</sup> Des Weiteren dient beispielsweise die Dokumentation der einzelnen Netzwerktreffen ebenfalls der Prozessevaluation.

Im Laufe der Studie werden noch weitere Befragungen anhand von Fragebögen und Kurzinterviews zu Ihren Erwartungen und Einschätzungen durchgeführt, da uns Ihre Sichtweise sehr wichtig ist. Auch die Teilnehmenden werden gebeten Ihre Einschätzungen zu teilen (siehe auch Einwilligungserklärung).

Wir versuchen den Aufwand für Sie möglichst gering zu halten; bitten aber um Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe zur validen Auswertung der Studie.

---

<sup>14</sup> Die Analyse wird durchgeführt, um zu Effekte und Kosten der Intervention zu evaluieren.

<sup>15</sup> BMJ Artikel: Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. The BMJ. 2015;350:h1258. doi:10.1136/bmj.h1258.

## 9. Literatur

- Baier RR, Limpahan L A, Butterfield K, Marsella M, Gravenstein S, Gardner R L (2014). Is audit and feedback associated with increased hospital adherence to standards for communication during patient care transitions? *J. Hosp. Adm.* 3, 1–7.
- BMJ Artikel: Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *The BMJ.* 2015;350:h1258
- Bundesärztekammer (2016): Ärzttestatistik 2016: Die Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazitäten öffnet sich. Online:  
[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16AbbTab.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16AbbTab.pdf) (Stand: 20.09.2018)
- Bundespsychotherapeutenkammer (2016): Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Online: [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=i&p\\_aid=79629197&nummer=697&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=53897295](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=79629197&nummer=697&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=53897295) (Stand: 20.09.2018)
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J., French, S., O'Brien, M., Johansen, M., Grimshaw, J., und Oxman, A. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst. Rev.*,
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013). *Handbuch Qualitätszirkel*. Auflage 3. Berlin
- Siebolds M, Quasdorf I (2013) Grundlagen der Gruppenleitung in Qualitätszirkeln. In *Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2013). Handbuch Qualitätszirkel*. 3. Auflage. Berlin
- Siebolds M, Quasdorf I (2013) Grundlagen der Gruppenleitung in Qualitätszirkeln. In *Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2013). Handbuch Qualitätszirkel*. 3. Auflage. Berlin
- Siebolds M, Quasdorf I (2013) Grundlagen der Gruppenleitung in Qualitätszirkeln. In *Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2013). Handbuch Qualitätszirkel*. 3. Auflage. Berlin
- Steffen R, Brandenburg P (o.A.) *Moderatorengrundausbildung*. Kassenärztliche Vereinigung Schleswig\_Holstein.
- Sundmacher, L., Fischbach, D., Schüttig, W., Naumann, C., Augustin, U., und Faisst, C. (2015). Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study with German providers. *Health Policy* 119, 1415–1423.



# 10. Anhang:

## 10.1. Poster Netzwerktreffen

# Accountable Care in Deutschland

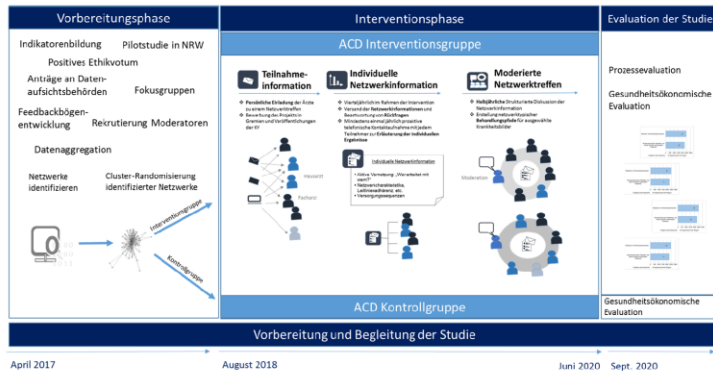
Verbesserung der Patientenversorgung durch mehr Vernetzung und informierten Dialog



### Projektziel

Patientenzentrierung durch aktive Vernetzung von Leistungserbringenden in der Versorgung fördern über

- Feedback zu den Ergebnissen der gemeinsamen Arbeit im Netzwerk
- Organisation von Austauschtreffen
- Gemeinsame Entwicklung von Behandlungspfaden



### Wer zu unserem Netzwerk gehört:

### Was wir für die zukünftige Arbeit brauchen:

### Was uns für die Zusammenarbeit wichtig ist:

### Aktuelles zum Projekt



Besuchen Sie unsere Projektwebseite:  
[www.acd-projekt.de](http://www.acd-projekt.de)

### Hintergrund zum Projekt

- Gefördert durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, Innovationsfonds, Versorgungsforschung
- Projektlaufzeit: 04/2017 bis 09/2020

Konsortialpartner in Accountable Care in Deutschland



## 10.2. Qualitätsindikatoren – Übersicht

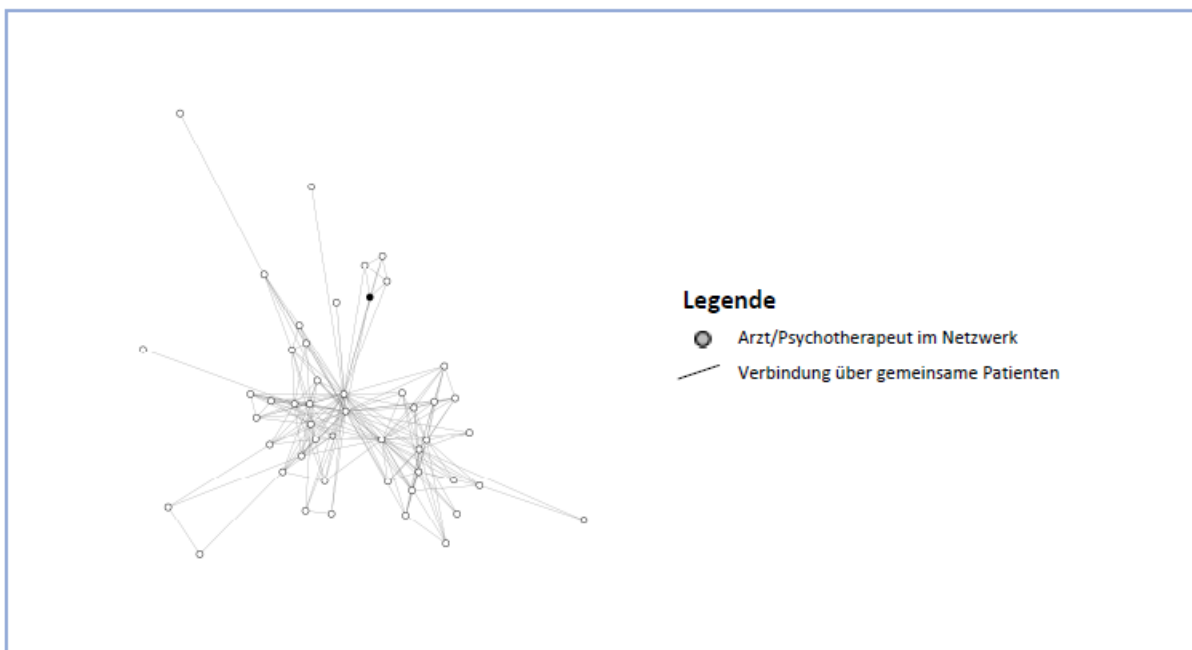
Im Folgenden werden beispielhaft Elemente dargestellt, die im Rahmen der Netzwerkinformationen an Netzwerke versendet werden. Die Liste an Indikatoren wird angelehnt an medizinische Leitlinien und aktuelle Erkenntnisse ständig erweitert und verbessert. Gerne nehmen wir Vorschläge für Indikatoren an. Wir informieren alle Moderatoren regelmäßig vor dem Versand von Netzwerkinformationen über Änderungen und Besonderheiten, sodass Sie immer im Bilde über alle relevanten Änderungen sind.

Zusätzlich zu den regulären Netzwerkinformationen wird es kommentierte Netzwerkinformationen / Fact sheets für Moderatoren geben, in denen wir auf Besonderheiten der versendeten Netzwerkinformationen und Diagnosegruppen eingehen werden.

## Netzwerkinformation: Accountable Care in Deutschland (ACD)

Die folgenden Informationen sollen als eine erste Diskussionsgrundlage für das bevorstehende Netzwerktreffen dienen. Sie finden anbei eine Visualisierung des ACD-Netzwerks, dem wir Sie, aufgrund der mit Ihren Kollegen gemeinsam behandelten Patienten, zugeordnet haben.

Wenn Sie Angaben vermissen, geben Sie uns gerne eine Rückmeldung, sodass wir diese Informationen noch ergänzen können. In der folgenden Grafik ist der Aufbau Ihres Netzwerks in der Region Düsseldorf dargestellt. Ein Punkt steht für einen Arzt oder Psychotherapeuten. Die Gesamtheit der Punkte stellen Sie und Ihre ärztlichen Kollegen dar. Ihre Position in diesem Netzwerk ist mit einem schwarzen Punkt markiert. Verbindungen zwischen den Punkten kennzeichnen, dass mindestens 20 Patienten gemeinsam behandelt werden.



Die Länge der Verbindungen gibt die Stärke der jeweiligen Vernetzung an. Je näher sich die Punkte befinden, desto höher die Anzahl an gemeinsam behandelten Patienten der Studienpopulation.

## Wo sind die Ärzte des Netzwerks tätig?

In Ihrem Netzwerk gibt es insgesamt 50 Ärzte, welche in der Region Düsseldorf tätig sind.

	Anzahl der Ärzte im Netzwerk
Städtisch	49
Ländlich	1

## Welche Arztgruppen sind in Ihrem Netzwerk vertreten?

Ihr Netzwerk ist aus Ärzten der folgenden Fachgebiete zusammengesetzt:

Fachgebiet	Anzahl der Ärzte im Netzwerk
Allgemeinmediziner / Hausarzt	21
Orthopädie	3
Frauenheilkunde	4
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	4
Phoniatrie	
Geschlechtskrankheiten und Dermatologie	2
Humangenetik	
Internist, schwerpunktübergreifend oder ohne Schwerpunkt	2
Angiologie	
Endokrinologie und Diabetologie	
Gastroenterologie	
Hämatologie und Onkologie	
Kardiologie	1
Nephrologie	
Pneumologie	
Innere Medizin - Rheumatologie	
Anästhesiologie	
Augenheilkunde	5
Nervenheilkunde / Neurologie und Psychiatrie	2
Neurochirurgie	
Nuklearmedizin	1
Physikalische und Rehabilitative Medizin	
Psychiatrie und Psychotherapie	
Chirurgie	2
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
Psychotherapeutisch tätiger Arzt	
Radiologie	
Urologie	1

Die Darstellung basiert auf der Angabe des Fachgebiets gemäß der Ziffern 8 und 9 der LANR der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten im Netzwerk sowie der Zuordnung über Algorithmen zur Annäherung des Fachgebiets.

Es können noch Ärzte weiterer Fachgebieten mit Ihrem Netzwerk zusammenarbeiten und an der Behandlung gemeinsamer Patienten beteiligt sein, welche aber mit einem anderen Netzwerk stärker verbunden sind. Diese Ärzte oder Psychotherapeuten wurden in einem solchen Fall dem anderen Netzwerk zugeordnet.

## Welche Patientengruppen werden in Ihrem Netzwerk gemeinsam versorgt?

Die im folgenden dargestellten Indikationsgruppen bilden die Erkrankungen der Studienpopulation des ACD Projekts ab. Die Indikatoren wurden ausgewählt, da diese eine hohe Prävalenz in Deutschland haben, zum Teil chronische Erkrankungen beinhalten sowie jene, die häufig durch Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete gemeinsam behandelt werden.

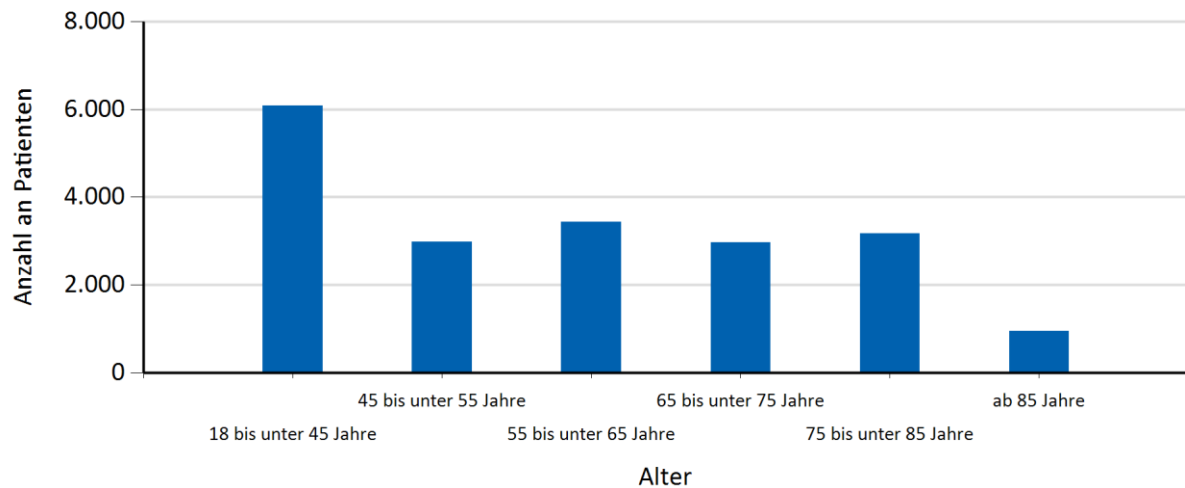
Insgesamt wurden in den Jahren 2016 und 2017 durch Ihr Netzwerk mindestens 19.417 Patienten gemeinsam versorgt (Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen, 2016 und 2017), durchschnittlich 72 % davon waren multimorbide.

Indikationsgruppe	Patienten in Ihrem Netzwerk	Anteil der multimorbiden Patienten
Ischämische Herzkrankheiten	4.134	98%
Herzinsuffizienz	859	99%
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	5.124	95%
Bronchitis & COPD	5.080	80%
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o.	497	94%
Rückenbeschwerden	2.377	88%
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	9.722	89%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	3.419	84%
Infektiöse Darmkrankheiten	1.808	59%
Grippe und Pneumonie	445	83%
HNO-Infektionen	7.468	62%
Depressive Störungen	3.381	93%
Diabetes mellitus	4.062	91%
Gonarthrose	1.858	93%

Eingeschlossen wurden Daten von gesetzlich versicherten Patienten, die über 18 Jahre alt waren und bei denen mindestens zwei gesicherte Diagnosen der oben genannten Krankheitsgruppen ambulant innerhalb von 12 Monaten diagnostiziert wurde. Ausnahmen stellen die Indikationsgruppen Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes, Infektiöse Darmkrankheiten, Grippe und Pneumonie und HNO-Infektionen dar, welche bereits mit einer gesicherten Diagnose eingeschlossen wurden.

## Wie alt sind die Patienten mit den genannten Diagnosen im Netzwerk?

Das folgende Balkendiagramm stellt das Patientenalter der im Netzwerk gemeinsam versorgten, gesetzlich krankenversicherten, Patienten in den Jahren 2016 und 2017 dar.



## Exemplarische schematische Darstellung eines Versorgungsfades für einen Patienten innerhalb des Netzwerkes

Die folgende Grafik soll exemplarisch veranschaulichen, wie ein Patient innerhalb des Netzwerkes unterschiedliche Leistungen in vier aufeinander folgenden Quartalen in Anspruch nimmt und Ärzte unterschiedlicher Fachgruppen aufsucht. Aus Datenschutzgründen basiert dieser Behandlungsverlauf auf leicht abgeänderten Patientendaten, sodass ein Rückschluss auf eine bestimmte Person nicht möglich ist.

# Patientin, 67 Jahre, Rentnerin

## Diabetes Typ 2, Hypertonie, Rückenschmerzen



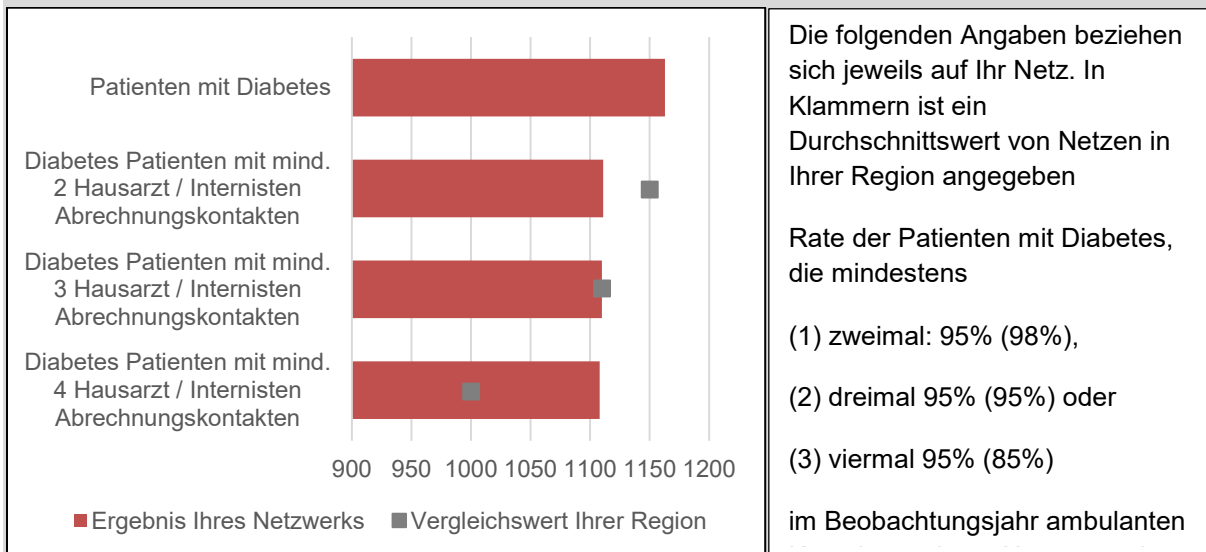
### 10.2.3. Bereich 2: Indikatoren zu Diagnosegruppen

Beispielhafte Darstellungen von Indikatoren

*Diabetes: Informationen zu Facharztbesuchen*

**Rate der Patienten mit Diabetes, die mindestens (1) zweimal, (2) dreimal oder (3) viermal im Beobachtungsjahr ambulanten Kontakt zu einem Hausarzt oder Internisten hatte.**

Motivation: Die folgenden Indikatoren soll verdeutlichen, wie die ambulante Versorgung bei Patienten des Netzwerkes erfolgt.



**Erläuterung der Datengrundlage:** Beschreibung Zähler 1: Rate der Patienten mit Diabetes, die mindestens 2 mal im Beobachtungsjahr ambulanten Kontakt zu einem Hausarzt oder Internisten hatte

Beschreibung Zähler 2: Rate der Patienten mit Diabetes, die mindestens 3 mal im Beobachtungsjahr ambulanten Kontakt zu einem Hausarzt oder Internisten hatte

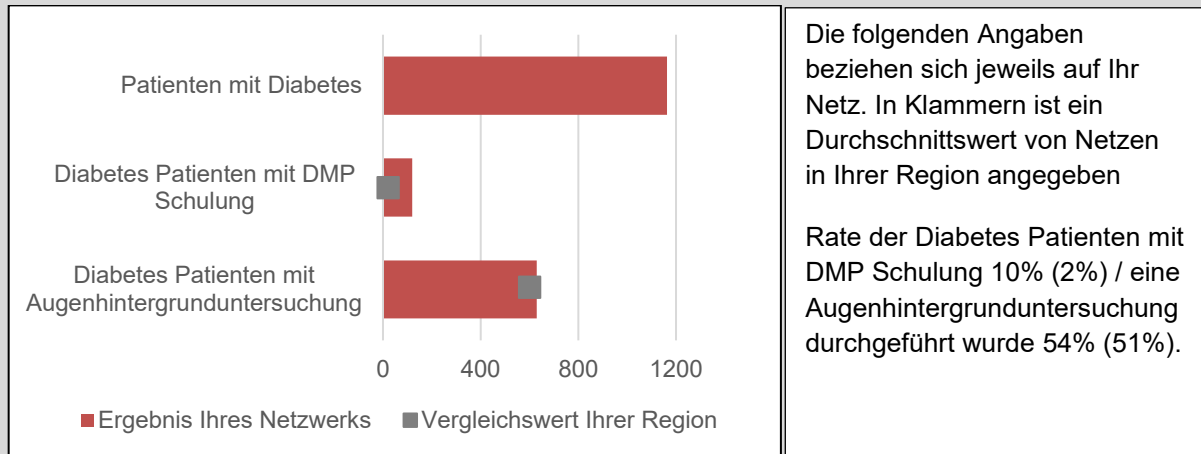
Beschreibung Zähler 3: Rate der Patienten mit Diabetes, die mindestens 4 mal im Beobachtungsjahr ambulanten Kontakt zu einem Hausarzt oder Internisten hatte

Beschreibung Nenner: Diabetes Patienten



*Diabetes: Informationen zu Ambulanten Prozessen:*

**Rate der Diabetes Patienten, die im Beobachtungsjahr (1) an einer DMP Schulung teilgenommen haben und (2) Rate der Diabetes Patienten, bei denen im Beobachtungsjahr mindestens einmal eine Augenhintergrunduntersuchung durchgeführt wurde**



*Erläuterung der Datengrundlage:*

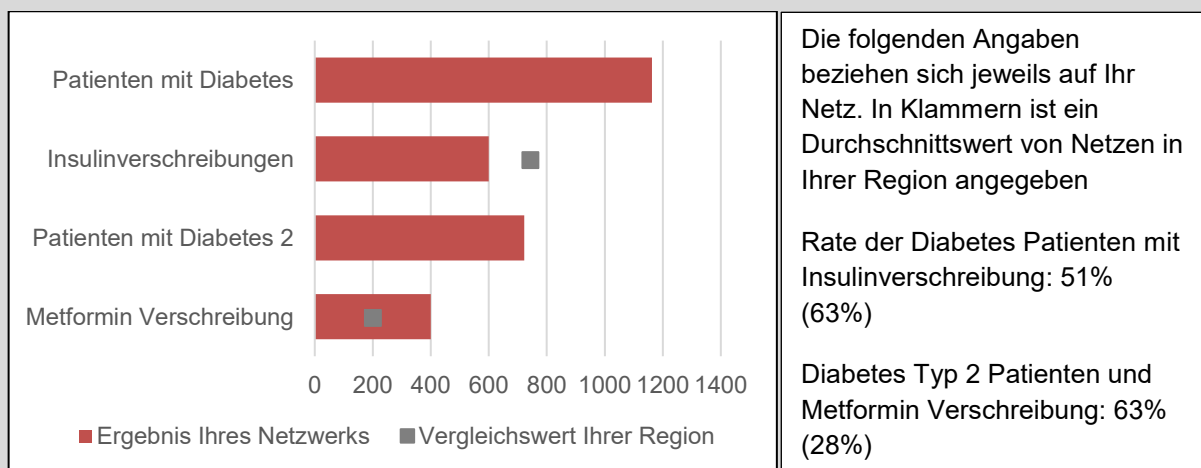
Zähler 1: Diabetes-Patienten, für die eine Schulung abgerechnet wurde (GNR 90240, 90241, 90242)

Zähler 2: Diabetes-Patienten, für die im Beobachtungsjahr mindestens einmal ambulant eine Augenhintergrunduntersuchung (KVNO: 90311) abgerechnet wurde

Nenner: Diabetes-Patienten

*Diabetes: Informationen zu Arzneimittelverschreibungen:*

**Rate der Diabetes Patienten mit Verschreibung von Insulin und Rate der Diabetes Typ 2 Patienten mit Insulin Verschreibung**



*Erläuterung der Datengrundlage:*

Zähler 1: Diabetes Patienten mit mindestens einer Insulinverschreibung (ATC Codes A10A\*) im Beobachtungsjahr

Zähler 2: Diabetes Patienten mit mindestens einer Metformin Verschreibung (ATC Codes A10BA02 und A10BD\*) im Beobachtungsjahr

Nenner 1: Diabetes-Patienten

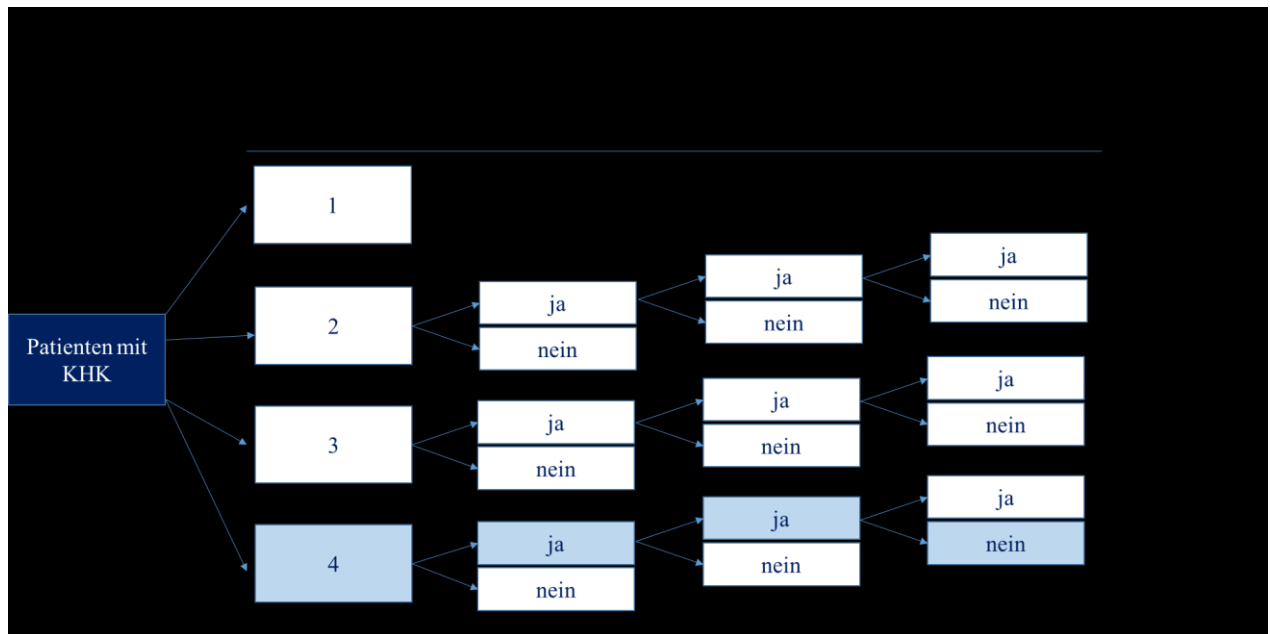
Nenner 2: Diabetes Mellitus Typ 2-Patienten

### 10.2.4. Bereich 3: Versorgungssequenzen

Exemplarisch dargestellt ist eine Versorgungssequenz für Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten. Dieser orientiert sich an den einschlägigen Indikatoren für die Patientengruppe und lässt Rückschlüsse auf Verhandlungsmuster bei Patienten mit KHK zu.

Abbildung 5: Beispielhafte

Versorgungssequenz für Patienten mit KHK



## 10.2.5. Themenauswahl für Netzwerkinformationen



Accountable Care in Deutschland

### Auswahlliste für Moderator\_in

1. Bitte wählen Sie zwei der in der rechten Spalte dargestellten Indikationsgruppen aus. Kennzeichnen Sie mit einer 1 oder 2, wenn Sie die Auswahl für die Netzwerkinformation im Dezember oder März auswählen.

Netzwerkinformation		Indikationsgruppen in ACD	
Nr.	Versand in Monat/Jahr	Erste Indikationsgruppe	Zweite Indikationsgruppe: Ihre Auswahl
01	12/2018	Diabetes melitus	<input type="checkbox"/> Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opiode <input type="checkbox"/> Hypertonie [Hochdruckkrankheit] <input type="checkbox"/> Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes <input type="checkbox"/> Infektiöse Darmkrankheiten <input type="checkbox"/> Grippe und Pneumonie <input type="checkbox"/> HNO-Infektionen <input type="checkbox"/> Gonarthrose
02	03/2019	Ischämische Herzkrankheiten	
03	06/2019	Herzinsuffizienz	
04	09/2019	Bronchitis & COPD	
05	12/2019	Rückenbeschwerden	
06	03/2020	Depressive Störungen	

2. Welches der vier Themen der nächsten beiden Netzwerkinformationen möchten Sie mit der Gruppe beim nächsten Treffen vertieft diskutieren?

\_\_\_\_\_

3. Wann und wo soll das nächste Netzwerktreffen stattfinden?

\_\_\_\_\_

## 10.2.6. Checkliste „Aufgaben zum Ende der Netzwerktreffen“

### CHECKLISTE für Moderatoren\_innen

Aufgaben zum Ende des Netzwerktreffens	
<input type="checkbox"/>	Verteiler von der Gruppe festlegen lassen (Blatt zum Eintragen der E-Mail Adressen herumgeben lassen, ggf. Fax ect.)
<input type="checkbox"/>	die Verantwortlichen für evtl. vergebene Aufgaben nochmal klar benennen
<input type="checkbox"/>	Festlegung von Datum und Ort für das nächste Treffen
<input type="checkbox"/>	je ein Thema für die nächsten beiden Netzwerkinformationen festlegen (s. Auswahlliste)
<input type="checkbox"/>	Auswahl des Diskussionsthemas für das nächste Treffen (am besten eines der beiden Themen aus der 2. Netzwerkinformation)
<input type="checkbox"/>	Kurzes Ergebnisprotokoll ankündigen (Verteiler KV)
<input type="checkbox"/>	Evaluationsbögen austeilen und wieder einsammeln
<input type="checkbox"/>	Teilnahmebescheinigungen aushändigen
<input type="checkbox"/>	Metaplan-Wand / Flipchart (Was läuft gut? Was ist schwierig in unserem Netzwerk) für das Protokoll abfotografieren

# **Accountable Care in Deutschland**

## **Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren**

### **Ergänzungsmodul I**

#### **Umgang mit kritischen Situationen in der Moderation**

**Stand: 06.02.2019**

**Dieses Ergänzungsmodul zum Handbuch unterstützt speziell ausgebildete ACD-Moderator\_innen bei der Begleitung von ACD-Netzwerken und bei der Durchführung von ACD-Netzwerktreffen.**

**Das ACD-Moderator\_innen-Handbuch wurde im Rahmen der öffentlich geförderten Studie „Accountable Care in Deutschland“ entwickelt. Es beinhaltet Ergebnisse aus der ACD-Pilotstudie, an der niedergelassene Fachärzt\_innen unterschiedlicher Fachrichtungen beteiligt waren.**

**Das gesamte ACD-Material ist urheberrechtlich geschützt sowie frei von wirtschaftlichen und politischen Interessen.**

**Verantwortliche für Inhalte des Moderator\_innen-Handbuchs:**

**Verena Leve, Prof. Dr. Stefan Wilm**

Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Med. Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

eMail: [verena.leve@med.uni-duesseldorf.de](mailto:verena.leve@med.uni-duesseldorf.de)

**Wiebke Schüttig**

Fachbereich Health Services Management (HSM) der Ludwig-Maximilians Universität

München (LMU)

eMail: [schuettig@bwl.lmu.de](mailto:schuettig@bwl.lmu.de)

**Projektleitung**

**Prof. Dr. Leonie Sundmacher**

**Fachbereich Health Services Management (HSM) der Ludwig-Maximilians Universität**

**München (LMU)**

Schackstraße 4, 80539 München

Website: [www.hsm.bwl.uni-muenchen.de](http://www.hsm.bwl.uni-muenchen.de)

**Gefördert durch**

**Gemeinsamer Bundesausschuss, Innovationsausschuss (Innovationsfonds)**

## 1. Einleitung

Dieses Ergänzungsmodul ist in Zusammenarbeit mit den engagierten ACD-Moderatorinnen und -Moderatoren entstanden. Die hier gesammelten Strategien und Formulierungsvorschläge wurden im Rahmen der ACD-Trainings zusammengetragen und basieren auf den langjährigen Erfahrungen der ACD-Moderatorinnen und -Moderatoren in der Arbeit mit ärztlichen Gruppen. Unter den jeweiligen Herausforderungen finden sich neben Anregungen zum Umgang auch konkrete Formulierungsvorschläge, die sich in der Moderationspraxis bewährt haben.

## 2. Strategien zum Umgang mit kritischen Situationen in der Moderation

### 2.1. Diskussion geht am Thema vorbei

Teilnehmende äußern sich immer wieder abwertend zu Studieninhalten, dem Studiendesign oder bringen wiederholt Themen in die Diskussion ein, die nicht direkt mit der Versorgung im ACD-Netzwerk zusammenhängen. Sie haben das Gefühl, dass die Diskussion am Thema Vernetzung und Zusammenarbeit in der Versorgung vorbeiläuft.

#### Strategien:

- Wertschätzung der Bedeutung des Themas, aber klarer Hinweis darauf, dass das Thema heute im Rahmen des Netzwerktreffens nicht behandelt / gelöst werden kann.

#### **Formulierungsvorschläge aus dem Training**

*„Das ist ein wichtiges Thema, aber wir haben hier heute einen zeitlich knappen Rahmen und unser Thema ist Vernetzung...“*

*„Wichtiges Thema, aber das können wir hier und heute nicht beeinflussen. Was wir aber beeinflussen können ist unsere Zusammenarbeit...“*

*„Mir aber wäre sehr wichtig dass wir uns an anderen Orten und Stellen (KV etc.) zu diesem Thema engagieren, und heute beschäftigen wir uns mit ganz konkreten Themen zur Zusammenarbeit, die mit unseren Patient\_innen zu tun haben...“*

- Greifen Sie das Thema auf und versuchen Sie es mit dem Netzwerk zu verknüpfen

#### **Formulierungsvorschläge**

*„Das kann ich verstehen... das klingt nach einer sehr belastenden Situation. Was kann das Netzwerk tun, um Sie zu unterstützen? Wie kann das Netzwerk Ihnen da weiterhelfen?“*

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046



### **Anlage 3.3. Unterlagen Netzwerk- und Interventionstreffen**

- 1. Netzwerktreffen
- 2. Netzwerktreffen
- 3. Netzwerktreffen
- 4. Netzwerktreffen
- Unterlagen Interventionstreffen

Gefördert durch:





Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046



## Anlage 3.3. Unterlagen Netzwerk- und Intervisionstreffen

### *1. Netzwerktreffen*

Gefördert durch:



## „Starterpaket“ für erstes Netzwerktreffen

Nr.	Anzahl	Was	Wann
1.	20	Ausdruck der Projektinformation	Vor dem Treffen
2.	40	Ausdruck der Einverständniserklärung (liegt doppelt vor, da sie an Teilnehmende ausgehändigt werden müssten)	
3.	20	Ausdruck der Ersten Netzwerkinformation in aggregierter Form aus Anschreiben 2 inkl. Behandlungspfad	
4.	20	Ausdrucke der ACD-Präsentation als Handout	
5.	20	Wahllisten Indikationsgruppen für die TN	
6.	1	ÄK Teilnehmerliste	
7.	20	ÄK Evaluationsbögen (vorausgefüllt für die bereits angemeldeten NW-Teilnehmer)	
8.	1	Prozessevaluations-Bogen (für das Studienteam)	
9.	1	Protokoll-Template (für die Dokumentation und den Versand an die Teilnehmenden)	
10.	1	Blanco Adressliste für Austausch zwischen den Teilnehmenden	
11.	1	Poster: Projektvorstellung ACD	
12.	1	Poster: Zusammenarbeit im Netzwerk (bearbeitbar)	
13.	1	Moderator-Checkliste für das Ende der Treffen	
14.	20	ÄK Teilnahmebescheinigungen (vorausgefüllt für die bereits angemeldeten NW-Teilnehmenden)	
15.	20	Formular Reisekosten Ehrenamtler	
16.	20	Selbstklebende Namensetiketten	
17.	2	Großen Rückumschlag / Couvert	
18.	20	Blöcke & Kugelschreiber	
19.		Moderationskarten (rot / grün)	
20.		Stifte	
21.		Flipchart-Papier	
22.		Klebeband	
23.		Klebestift	
24.		Moderationswände	
25.		Flipchart	

26.		Beamer (wenn möglich)	
27.		Laptop (wenn möglich)	

Die Liste der FAQ wird auf der Homepage aktualisiert. Im Loginbereich auf der ACD Webseite steht eine neue Ergänzung zum Moderatoren-Handbuch zur Verfügung.

# Accountable Care in Deutschland

- Verbesserung der Patientenversorgung durch mehr Vernetzung und informierten Dialog



## Willkommen zum 1. ACD Netzwerktreffen!

Konsortialpartner Accountable Care in Deutschland



AOK Rheinland/Hamburg



Medizinische Hochschule  
Hannover



Kreisärztliches Vereinigung  
Westfalen-Lippe



Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein



Kassenärztliche Vereinigung  
Schleswig-Holstein  
KOMPROMISS DES ÖFFENTLICHEN RECHTS



LUDWIG-MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN



VEREINIGUNG DER  
KASSENÄRZTLICHEN  
IN DEUTSCHLAND



WISSENSCHAFTLICHES ZENTRUM  
FÜR INTERNISTISCHE  
ERNTUNGSLEHRE



Kassenärztliche  
Vereinigung  
Hamburg



NORDWEST

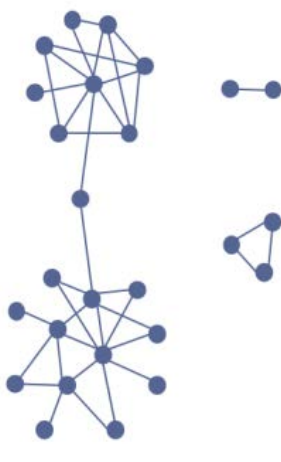
# Accountable Care in Deutschland

- Verbesserung der Patientenversorgung durch mehr Vernetzung und informierten Dialog



## Zielsetzung der ACD-Studie

- Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch aktive Vernetzung von Akteuren
- Feedback zu den Ergebnissen der gemeinsamen Arbeit im Netzwerk, mit dem Ziel den ärztlichen Arbeitsalltag zu erleichtern und die Zufriedenheit zu erhöhen
  - Netzwerktreffen
  - Feedbackberichte/Netzwerkinformationen
  - Gemeinsame Entwicklung von Behandlungspfaden



**Förderung:** Gemeinsamer Bundesausschuss,  
Innovationsausschuss (Innovationsfonds)

**Laufzeit:** April 2017 – Juni 2020

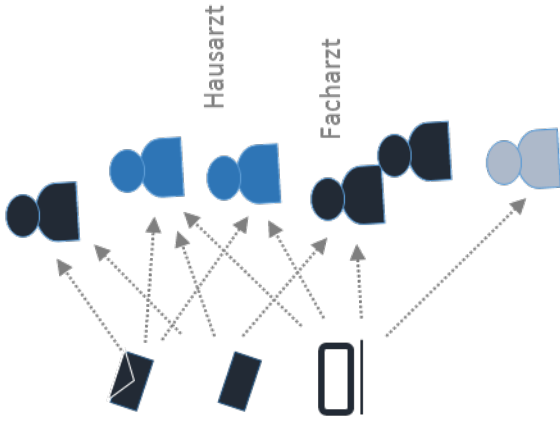
Konsortialpartner Accountable Care in Deutschland



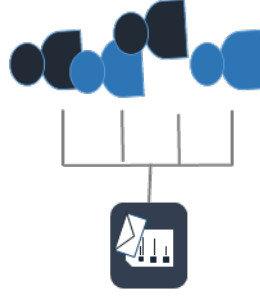
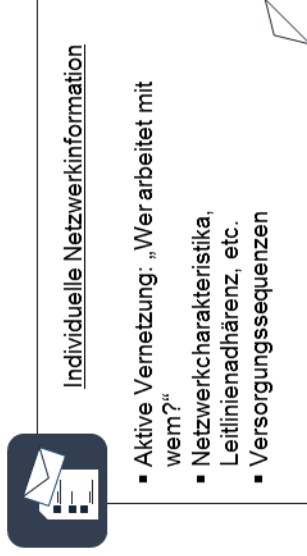
# ACD Interventionselemente



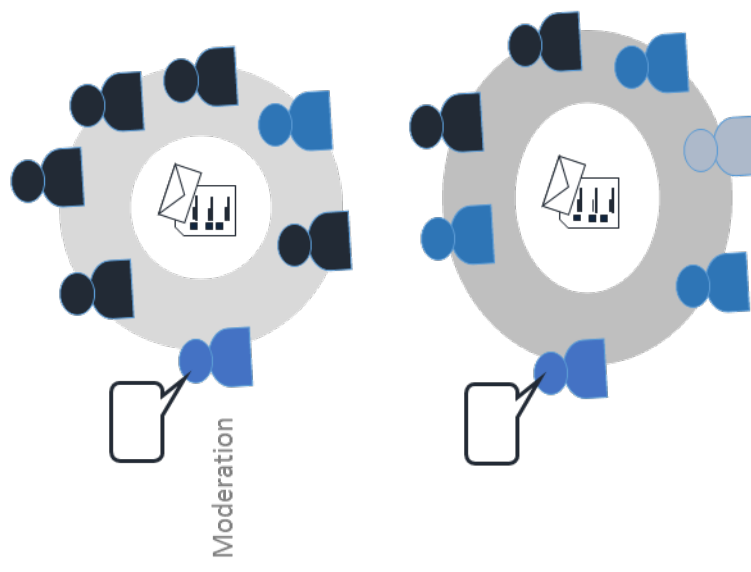
- ❖ Persönliche Einladung der Ärzte zu einem Netzwerktreffen
- ❖ Bewerbung des Projekts in Gremien und Veröffentlichungen der KV



- ❖ Vierteljährlich im Rahmen der Intervention
- ❖ Versand der Netzwerkinformationen und Beantwortung von Rückfragen
- ❖ Mindestens einmal jährlich proaktive telefonische Kontaktaufnahme mit jedem Teilnehmer zur Erläuterung der individuellen Ergebnisse



- ❖ Halbjährliche Strukturierte Diskussion der Netzwerkinformation
- ❖ Erstellung netzwerktypischer **Behandlungspfade** für ausgewählte Krankheitsbilder



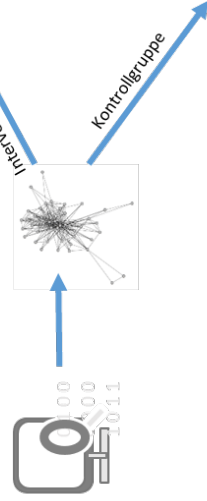
# Studienablauf ACD

## Vorbereitungsphase

Indikatorenbildung Pilotstudie in NRW  
 Positives Ethikvotum  
 Anträge an Datenaufsichtsbehörden Fokusgruppen  
 Feedbackbögen-entwicklung Rekrutierung Moderatoren

### Datenaggregation

Netzwerke identifizieren Cluster-Randomisierung identifizierter Netzwerke

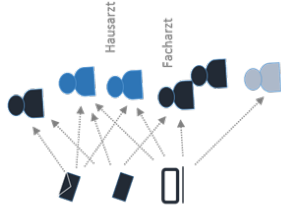


## Interventionsphase

### ACD Interventionsgruppe

#### Teilnahmeinformation

- ❖ Persönliche Einladung der Ärzte zu einem Netzwerktreffen
- ❖ Bewertung des Projekts in Gremien und Veröffentlichungen der KV



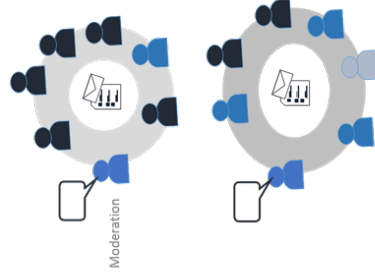
#### Individuelle Netzwerkinformation

- ❖ Vierteljährlich im Rahmen der Intervention Versand der Netzwerkinformationen und Beantwortung von Rückfragen
- ❖ Mindestens einmal jährlich proaktive telefonische Kontaktaufnahme mit jedem Teilnehmer zur Erläuterung der individuellen Ergebnisse



#### Moderierte Netzwerktreffen

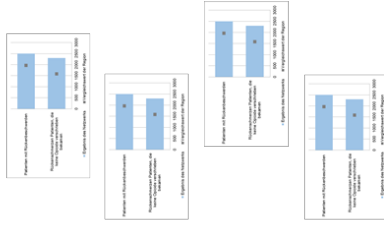
- ❖ Halbjährliche strukturierte Diskussion der Netzwerkinformation
- ❖ Erstellung netzwerktypischer Behandlungspfade für ausgewählte Krankheitsbilder



### ACD Kontrollgruppe

## Evaluation der Studie

Prozessevaluation  
 Gesundheitsökonomische Evaluation



Gesundheitsökonomische Evaluation

## Vorbereitung und Begleitung der Studie

April 2017

August 2018

Juni 2020

Sept. 2020





# Indikatorengruppen in ACD-Netzwerkinformation

## Indikatorengruppe

### Netzwerkinformationen

#### Zusammensetzung des Netzwerks

- Arztgruppen im Netzwerk
- Patienten im Netzwerk
- Charakteristika der Patienten

#### Charakteristika des Netzwerks

- Gestalt des Netzwerks
- Eigene Position im Netzwerk

### Indikatorngruppe

#### Patientencharakteristika

- u.a. Morbidität, DMP Teilnahme, Mortalität

#### Fachartzkontakte

- gemäß Abrechnungskontakten

#### Ambulante Prozesse

- basierend auf ambulanten Abrechnungspositionen

#### Arzneimittelverschreibungen

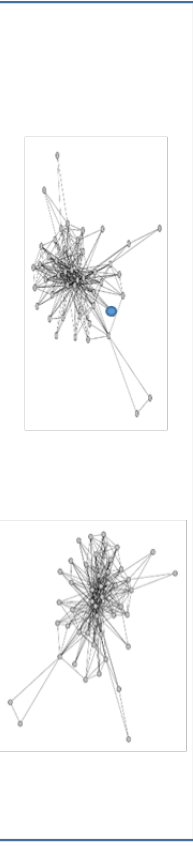
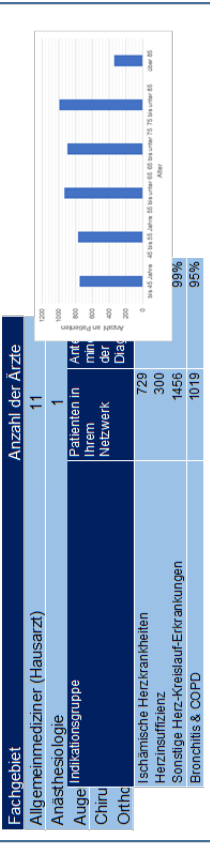
- unabhängig vom Verordner

#### Sektorübergreifende

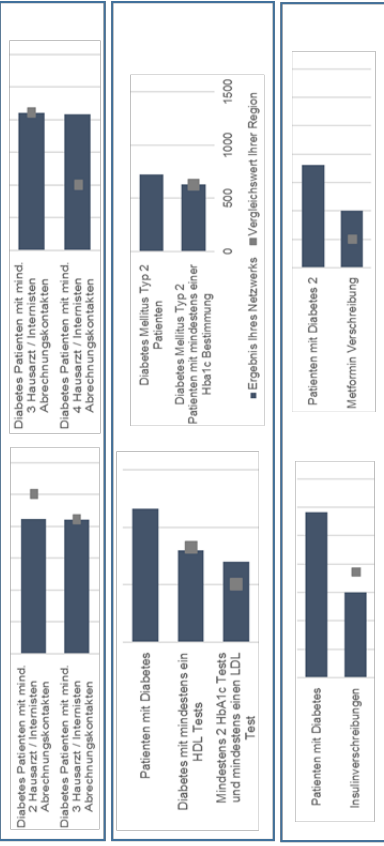
#### Patienteninformationen

- Leistungen sektorübergreifend

## Beispiel



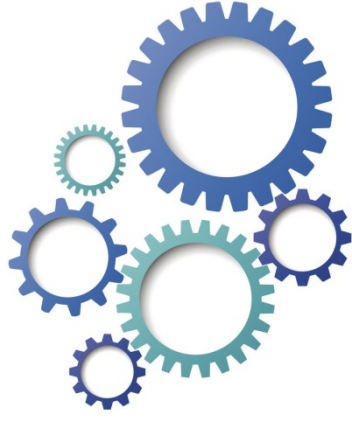
In Ihrem Netzwerk werden 1.163 Patienten mit Diabetes gemeinsam behandelt, 688 davon mit Diabetes Typ 2. 95% dieser Patientengruppe hatte im Beobachtungsjahr mindestens 2 der in der ACD Studie betrachteten Indikationsdiagnosen. Insgesamt waren 60% dieser Patienten bei einem Diabetes DMP Programm eingeschrieben.



**Anzahl der Patienten mit weniger als zwei Krankenhausfällen aufgrund von Diabetes**  
 Anzahl der Patienten mit weniger als zwei Krankenhausfällen aufgrund von Diabetes in Ihrem Netz: 1.157, was 99% der Patienten entspricht  
 Vergleichswert der Netze in der Region: 99%

# Accountable Care in Deutschland

- Verbesserung der Patientenversorgung durch mehr Vernetzung und informierten Dialog



## Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit!

Konsortialpartner Accountable Care in Deutschland





# Patientin, 67 Jahre, Rentnerin

## Diabetes Typ 2, Hypertonie, Rückenschmerzen

### Quartal 1

Abrechnungskontakt  
Hausarzt A  
Verschreibung: Metformin,  
Insulin

Abrechnungskontakt  
Neurochirurgie A  
Überweisung vom  
Orthopäden  
Beratung, Erörterung,  
Abklärung Spondylose

Abrechnungskontakt  
Augenheilkunde A  
Augenhintergrundsunter-  
suchung, Perimetrie

Abrechnungskontakt  
Hausarzt A  
Veranlassung von Kreatinin,  
HbA1c Bestimmung  
Verschreibung: Metoprolol,  
Metformin, Insulin

Abrechnungskontakt  
Orthopädie A  
Diagnostik, Röntgen der  
Wirbelsäule, Verschreibung:  
Ibuprofen

Abrechnungskontakt  
Orthopädie A  
Veranlassung von Leistungen  
(Physiotherapie)

Abrechnungskontakt  
Gynäkologie A  
Grundversorgung,  
Krebsfrüherkennungs-  
untersuchung

Abrechnungskontakt  
Hausarzt B  
Verschreibung: Stechhilfe,  
Insulin, Glukose Test

Abrechnungskontakt  
Diabetologe A  
Komplexe Behandlung  
und Beratung, Umstellung Insulin  
Verschreibung: Glukose Test

### Quartal 2

Abrechnungskontakt HNO A  
Grundversorgung, Abstimmung  
Hörgeräteakustiker, Nachsorge

Abrechnungskontakt  
Hausarzt B  
Allgemeine  
Laboratoriumsuntersuchung;  
HbA1c Bestimmung  
Verschreibung: Insulin,  
Metoprolol, Metformin,  
Stechhilfe

Abrechnungskontakt  
Hausarzt B  
Komplexe Behandlung,  
Verschreibung: Glyceroltrinitrat,  
Torasemid

Abrechnungskontakt Urologie A  
Überweisung von Gynäkologie  
Urinuntersuchung, Verschreibung:  
Oxybutinin, Urogenital-Sonographie

Abrechnungskontakt  
Augenheilkunde B  
Wiedereinbestellung,  
Augenhintergrunds-  
untersuchung, Perimetrie

### Quartal 3

Abrechnungskontakt  
Hausarzt A  
Verschreibung: Ciprofloxacin,  
Metformin, Metoprolol,  
Insulin

Abrechnungskontakt  
Hausarzt A  
Bestimmung Glukose,  
Gamma-GT, Kreatinin,  
Hb1c, LDL Cholesterin,  
Harnsäure, Blutbild  
TSH, Verschreibung:  
Stechhilfe, Metoprolol,  
Glukose Test

### Quartal 4

Abrechnungskontakt  
Hausarzt A  
Veranlassung Kreatinin, HbA1c

Abrechnungskontakt  
Orthopädie B  
Röntgen der Wirbelsäule

Abrechnungskontakt  
Hausarzt A  
Verschreibung: Metformin,  
Metoprolol, Glukose Test,  
Insulin

Krankenhausaufenthalt  
Selbsteinweisung,  
Osteochondrose der  
Wirbelsäule  
Epidurale Injektion  
und Infusion  
zur Schmerztherapie

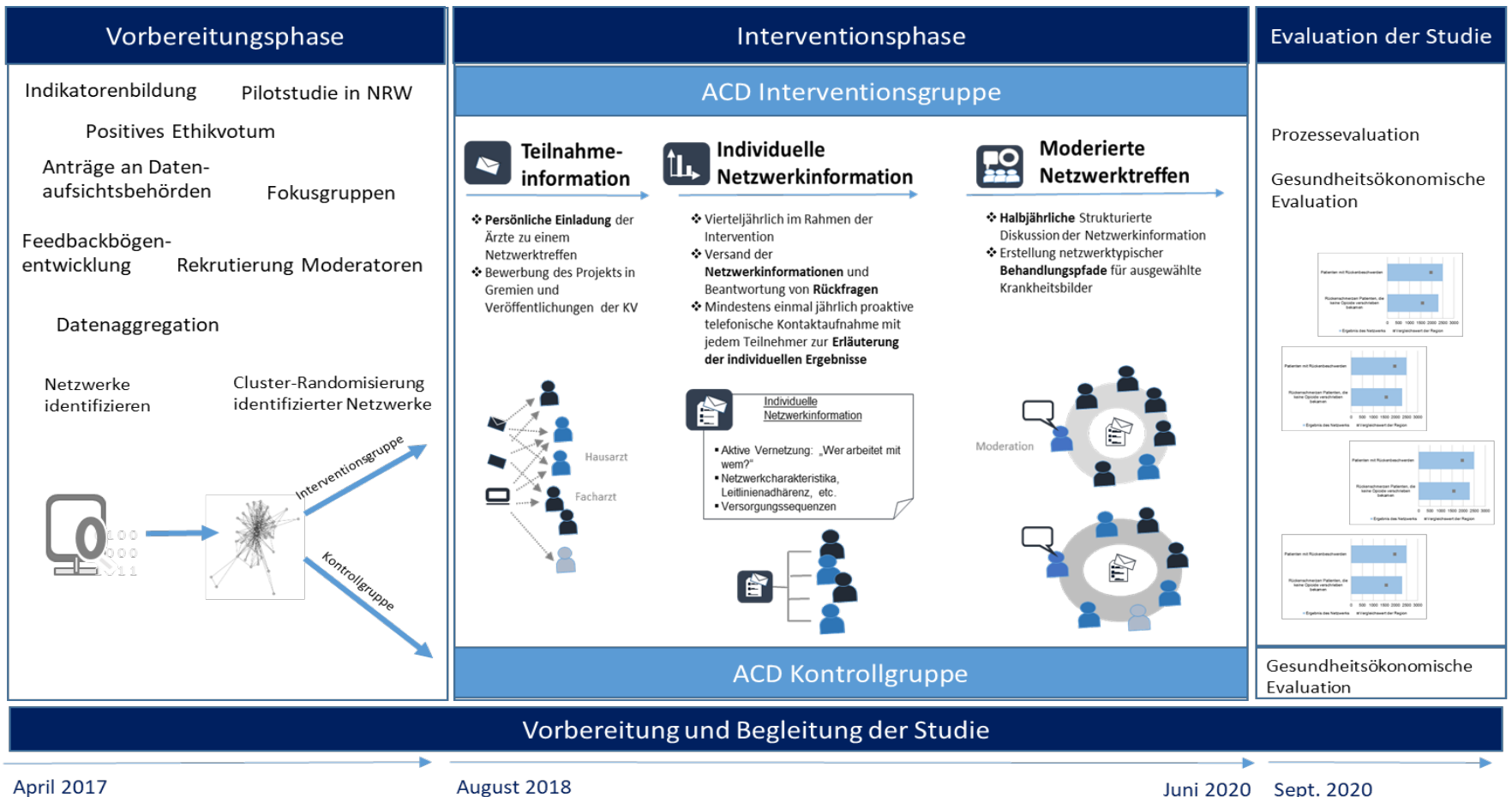
○ Abrechnungskontakt ambulant

□ Krankenhausaufenthalt

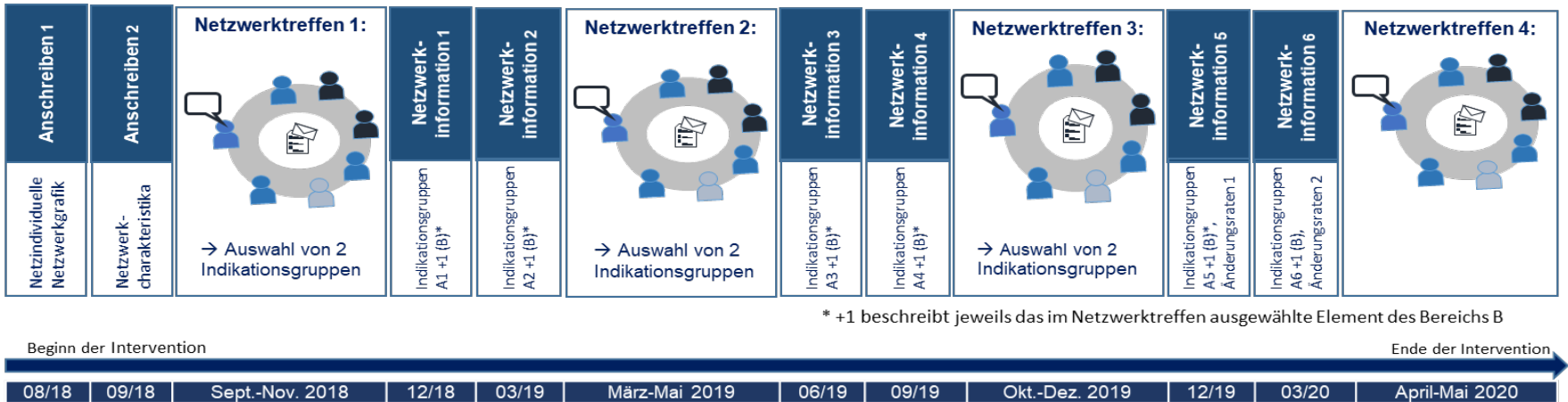


# Accountable Care in Deutschland

## Verbesserung der Patientenversorgung durch mehr Vernetzung und informierten Dialog



### Ablauf und Inhalte des Versands von Netzwerkinformationen



Indikationsgruppe A	+1 Indikationsgruppe (B): Ihre Auswahl
A1 Diabetes mellitus A2 Ischämische Herzkrankheiten A3 Herzinsuffizienz A4 Bronchitis & COPD A5 Rückenbeschwerden A6 Depressive Störungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen</li> <li>Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioide</li> <li>Hypertonie [Hochdruckkrankheit]</li> <li>Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes</li> <li>Infektiöse Darmkrankheiten</li> <li>Grippe und Pneumonie</li> <li>HNO-Infektionen</li> <li>Gonarthrose</li> </ul>

### Aktuelles zum Projekt



Besuchen Sie unsere Projektwebseite:  
[www.acd-projekt.de](http://www.acd-projekt.de)

### Hintergrund zum Projekt

- Gefördert durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, Innovationsfonds, Versorgungsforschung
- Projektlaufzeit: 04/2017 bis 09/2020

Konsortialpartner in Accountable Care in Deutschland





# Accountable Care in Deutschland

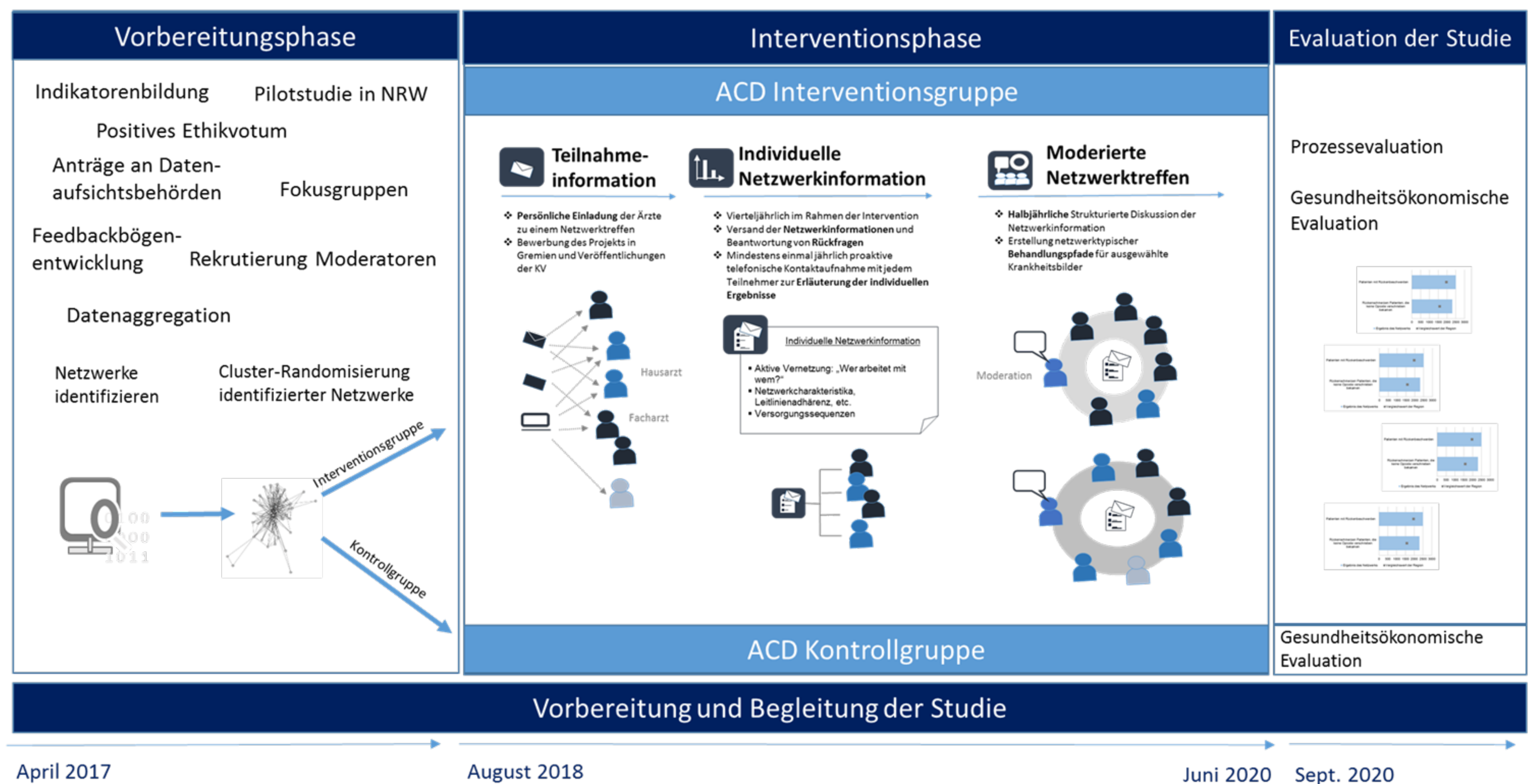
Verbesserung der Patientenversorgung durch mehr Vernetzung und informierten Dialog



## Projektziel

Patientenzentrierung durch aktive Vernetzung von Leistungserbringenden in der Versorgung fördern über

- Feedback zu den Ergebnissen der gemeinsamen Arbeit im Netzwerk
- Organisation von Austauschtreffen
- Gemeinsame Entwicklung von Behandlungspfaden



## Wer zu unserem Netzwerk gehört:

Empty box for listing network members.

## Was wir für die zukünftige Arbeit brauchen:

Empty box for listing requirements for future work.

## Was uns für die Zusammenarbeit wichtig ist:

Empty box for listing important factors for collaboration.

## Aktuelles zum Projekt



Besuchen Sie unsere Projektwebseite:  
[www.acd-projekt.de](http://www.acd-projekt.de)

## Hintergrund zum Projekt

- Gefördert durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, Innovationsfonds, Versorgungsforschung
- Projektlaufzeit: 04/2017 bis 09/2020

Konsortialpartner in Accountable Care in Deutschland





## CHECKLISTE für Moderatoren\_innen

### Aufgaben zum Ende des Netzwerktreffens

Verteiler von der Gruppe festlegen lassen  
(Blatt zum Eintragen der E-Mail Adressen herumgeben lassen, ggf. Fax ect.)

die Verantwortlichen für evtl. vergebene Aufgaben nochmal klar benennen

Festlegung von Datum und Ort für das nächste Treffen

je ein Thema für die nächsten beiden Netzwerkinformationen festlegen  
(s. Auswahlliste)

Auswahl des Diskussionsthemas für das nächste Treffen  
(am besten eines der beiden Themen aus der 2. Netzwerkinformation)

Kurzes Ergebnisprotokoll ankündigen (Verteiler KV)

Evaluationsbögen austeilen und wieder einsammeln

Teilnahmebescheinigungen aushändigen

Metaplanwand / Flipchart (Was läuft gut? Was ist schwierig in unserem Netzwerk)  
für das Protokoll abfotografieren



### Auswahlliste für Moderator\_in

1. Bitte wählen Sie zwei der in der rechten Spalte dargestellten Indikationsgruppen aus. Kennzeichnen Sie mit einer 1 oder 2, wenn Sie die Auswahl für die Netzwerkinformation im Dezember oder März auswählen.

Netzwerkinformation		Indikationsgruppen in ACD	
Nr.	Versand in Monat/Jahr	Erste Indikationsgruppe	Zweite Indikationsgruppe: Ihre Auswahl
01	12/2018	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioide <input type="checkbox"/> Hypertonie [Hochdruckkrankheit] <input type="checkbox"/> Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes <input type="checkbox"/> Infektiöse Darmkrankheiten <input type="checkbox"/> Grippe und Pneumonie <input type="checkbox"/> HNO-Infektionen <input type="checkbox"/> Gonarthrose
02	03/2019	Ischämische Herzkrankheiten	
03	06/2019	Herzinsuffizienz	
04	09/2019	Bronchitis & COPD	
05	12/2019	Rückenbeschwerden	
06	03/2020	Depressive Störungen	

2. Welches der vier Themen der nächsten beiden Netzwerkinformationen möchten Sie mit der Gruppe beim nächsten Treffen vertieft diskutieren?

3. Wann und wo soll das nächste Netzwerktreffen stattfinden?

---





III. Zusammenfassung zu potentiellm Konsense zu Arbeits- und Behandlungsweisen sowie ggf. Versorgungssequenzen:

IV. Indikationsgruppen der nächsten zwei Netzwerkinformationen

1.

2.

V. Thema des nächsten Netzwerktreffens / Welche Indikationsgruppe soll vertieft diskutiert werden:

VI. Zu klärende Fragen bis zum nächsten Netzwerktreffen und ggf. Verantwortlichkeit (Teilnehmer/Moderator/KV ohne Angabe der jeweiligen Namen):

VII. Ggf. Anhänge (Fotos/Skizzen/Verteiler)

**Prozessevaluation in der ACD - Studie**

**Teil 2: Dokumentation und Anregungen zu den Netzwerktreffen**

**Zielgruppe: ACD Moderator\_innen**

Die Dokumentation der Netzwerktreffen dient der Prozessevaluation gemäß MRC-Guidance<sup>1</sup>, welche darauf abzielt die Wirkmechanismen der ACD Intervention zu identifizieren. Teil 1 der Prozessevaluation startete bereits bei den ACD Trainings. Der folgende Teil erfolgt bezüglich der Moderator\_innen nicht anonymisiert, um die Möglichkeit zu schaffen etwaige Rückfragen zu Ihrem Feedback zu stellen, damit wir bestmöglich auf Ihre Anmerkungen eingehen können, um damit die ACD Intervention zu optimieren. Selbstverständlich verbleiben Ihre personenbezogenen Antworten lediglich beim Studienteam und werden nur in aggregierter Form ausgewertet. Bitte achten Sie beim Ausfüllen darauf, dass Sie in Bezug auf die Teilnehmenden nur in allgemeiner, nicht personenbezogener Form berichten.

Für weitere Fragen zur Prozessevaluation steht Ihnen Frau Isabel Geiger, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Fachbereichs Health Services Management der LMU München (Telefon: 089/2180-6790, E-Mail: [geiger@bwl.lmu.de](mailto:geiger@bwl.lmu.de)) gerne zur Verfügung. Für organisatorische Fragen wenden sie sich bitte wie gewohnt an Ihre Kassenärztliche Vereinigung.

Netzwerk ID:	Netzwerktreffennummer:	1.	2.	3.	4.	Netzwerktreffen
Name des/der Moderators_in:						
Datum:	Beginn:	Ende:				
Anzahl der Teilnehmenden:	Veranstaltungsort:					
Hausärzte:	Orthopäden:					
Augenärzte:	Frauenärzte:					
Hautärzte:	Chirurgen:					
HNO Ärzte:	Psychotherapeuten:					
Fachinternisten:	Zusätzlich anwesende Personen, die nicht Teil des ACD Netzwerks sind:					
Sonstige Fachärzte:						
<small>Benennung der sonstigen Fachärzte:</small>						
Skizzieren Sie bitte kurz, welches Thema bzw. welche Indikationsgruppen vorwiegend in dem Netzwerktreffen besprochen wurden.						
Konnten Sie das vorgesehene Programm durchführen oder gab es Ereignisse (z.B. andauernde Meinungsverschiedenheiten), die den Ablauf verändert haben? Falls ja, skizzieren Sie bitte inwiefern der Ablauf verändert wurde.						
Wurde ein Versorgungspfad oder ein Konsens hinsichtlich zukünftiger Behandlungs- und Arbeitsweisen erarbeitet?						
Ja		Nein			Teilweise	

<sup>1</sup> Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. The BMJ. 2015;350:h1258. doi:10.1136/bmj.h1258.

Skizzieren Sie den Bereich, in dem der Konsens erzielt wurde, bitte kurz.

Bitte kreuzen Sie die jeweils aus Ihrer Sicht zutreffende Antwort zu den folgenden Aussagen an. Versuchen Sie bitte, die Fragen möglichst spontan und intuitiv zu beantworten.

Die Netzwerktreffen wirken positiv auf...

a. ... Ihre eigene Berufszufriedenheit.

Trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

b. ... die Berufszufriedenheit der Teilnehmenden.

Trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

c. ... die Koordination zwischen den Teilnehmenden.

Trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

d. ... die Patientenversorgung im Allgemeinen.

Trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

e. ... die Patientenversorgung für die im heutigen Netzwerktreffen besprochene Indikationsgruppe.

Trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Die Netzwerkinformation bietet eine Diskussionsgrundlage für die Arbeit im Netzwerk und enthält relevante Informationen.

Trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Die Teilnehmenden scheinen motiviert an künftigen Netzwerktreffen teilzunehmen.

Trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Die Teilnehmenden wollen weitere an der Versorgung Beteiligte zu den Netzwerktreffen einladen.

Trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Benennung (falls genannt):

Aus Ihrer Sicht wie bewerten Sie die Netzwerktreffen hinsichtlich...

a. ...Ihres zeitlichen Aufwands in Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung?

überw. Negativ      eher negativ      indifferent      eher positiv      überw. positiv

b. ...den vom ACD Studienteam zur Verfügung gestellten Materialien?

überw. negativ      eher negativ      indifferent      eher positiv      überw. positiv

c. ...Ihrer eigenen Motivation zur Durchführung weiterer Netzwerktreffen?

überw. negativ      eher negativ      indifferent      eher positiv      überw. positiv

Haben Sie weitere Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge für das ACD Studienteam?

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046



## Anlage 3.3. Unterlagen Netzwerk- und Intervisionstreffen

### *2. Netzwerktreffen*

Gefördert durch:



**„Starterpaket“ für zweite Netzwerktreffen**

Nr.	Anzahl	Was	Wann
1.	20	Ausdruck der Projektinformation	Vor dem Treffen
2.	40	Ausdruck der Einverständniserklärung KV-spezifisch (liegt doppelt vor, da sie an Teilnehmende ausgehändigt werden müssten)	
3.	20	Ausdruck der Ersten Netzwerkinformation in aggregierter Form (Moderatorenversion) aus Anschreiben 2 inkl. Behandlungspfad	
4.	20	Ausdruck der Netzwerkinformation in aggregierter Form (Moderatorenversion) aus Netzwerkinformation 1 (Diabetes + weitere Indikationsgruppe)	
5.	20	Ausdruck der Netzwerkinformation in aggregierter Form (Moderatorenversion) aus Netzwerkinformation 2 (ischämische Herzkrankheiten + weitere Indikationsgruppe)	
6.	20	Ausdrucke der ACD-Präsentation als Handout	
7.	20	Auswahllisten Indikationsgruppen für die TN	
8.	1	ÄK Teilnehmerliste	
9.	20	ÄK Evaluationsbögen (vorausgefüllt für die bereits angemeldeten NW-Teilnehmer)	
10.	1	Prozessevaluations-Bogen Moderatoren (für das Studienteam)	
11.	20	Prozessevaluations-Bogen Teilnehmer (für das Studienteam)	
12.	1	Protokoll-Template (für die Dokumentation und den Versand an die Teilnehmenden)	
13.	1	Blanko Adressliste für Austausch zwischen den Teilnehmenden	
14.	20	ÄK Teilnahmebescheinigungen (vorausgefüllt für die bereits angemeldeten NW-Teilnehmenden)	
15.	20	Formular Reisekosten Ehrenamtler	
Für Netzwerktreffen ohne Teilnehmer beim ersten Netzwerktreffen / komplett neue Teilnehmer:			
16.	1	Moderator-Checkliste für das Ende der Treffen (1. Treffen)	
17.	1	Poster 1 und Poster 2 aus den Unterlagen für Netzwerktreffen 1	
Für Netzwerktreffen mit Teilnehmern beim ersten Netzwerktreffen:			
18.	20	Arbeitsblatt: Indikationsspezifische Netzwerkinformation	
19.	20	Arbeitsblatt: Behandlungspfad zur strukturierten Kooperation	
20.	1	Protokoll des letzten Treffens	
21.	1	Moderator-Checkliste für das Ende der Treffens (2. Treffen)	
Alle Treffen betreffend:			
22.	20	Selbstklebende Namensetiketten	

23.	2	Großer Rückumschlag / Couvert	
24.	20	Blöcke & Kugelschreiber	
25.		Moderationskarten (rot / grün)	
26.		Stifte	
27.		Flipchart-Papier	
28.		Klebeband	
29.		Klebestift	
30.		Moderationswände	
31.		Flipchart	
32.		Beamer (wenn möglich)	
33.		Laptop (wenn möglich)	

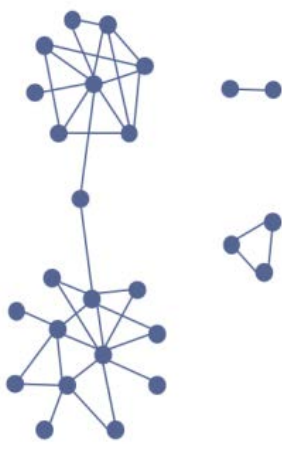
# Accountable Care in Deutschland

- Verbesserung der Patientenversorgung durch mehr Vernetzung und informierten Dialog



## Zielsetzung der ACD-Studie

- Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch aktive Vernetzung von Akteuren
- Feedback zu den Ergebnissen der gemeinsamen Arbeit im Netzwerk, mit dem Ziel den ärztlichen Arbeitsalltag zu erleichtern und die Zufriedenheit zu erhöhen
  - Netzwerktreffen
  - Feedbackberichte/Netzwerkinformationen
  - Gemeinsame Entwicklung von Behandlungspfaden



**Förderung: Gemeinsamer Bundesausschuss, Innovationsausschuss (Innovationsfonds)**

**Laufzeit: April 2017 – Juni 2020**

Konsortialpartner Accountable Care in Deutschland

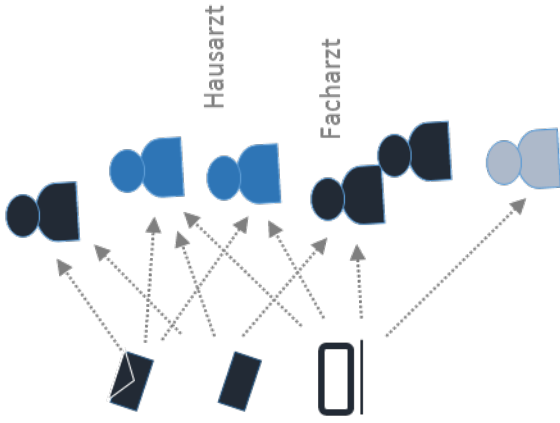




# ACD Interventionselemente



- ❖ Persönliche Einladung der Ärzte zu einem Netzwerktreffen
- ❖ Bewerbung des Projekts in Gremien und Veröffentlichungen der KV

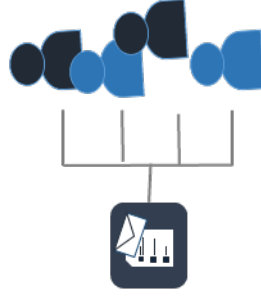


- ❖ Vierteljährlich im Rahmen der Intervention
- ❖ Versand der Netzwerkinformationen und Beantwortung von Rückfragen
- ❖ Mindestens einmal jährlich proaktive telefonische Kontaktaufnahme mit jedem Teilnehmer zur Erläuterung der individuellen Ergebnisse

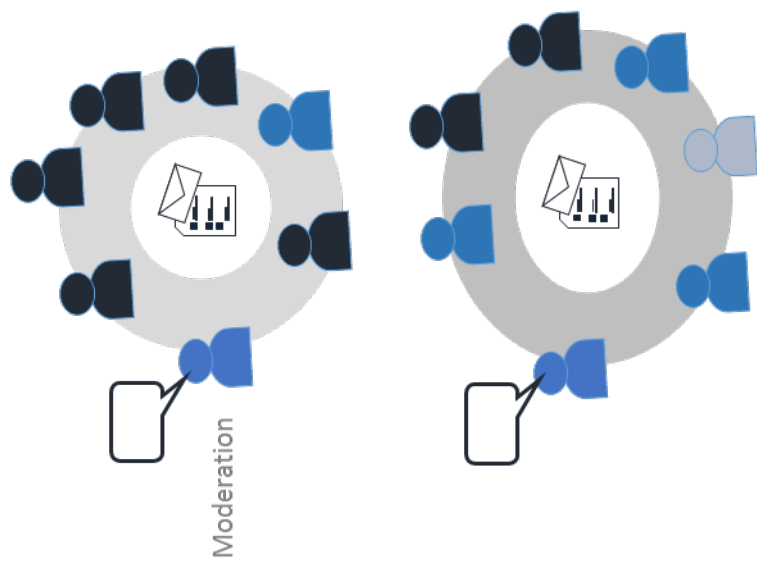


### Individuelle Netzwerkinformation

- Aktive Vernetzung: „Wer arbeitet mit wem?“
- Netzwerkcharakteristika, Leitlinienadhärenz, etc.
- Versorgungssequenzen



- ❖ Halbjährliche Strukturierte Diskussion der Netzwerkinformation
- ❖ Erstellung netzwerktypischer **Behandlungspfade** für ausgewählte Krankheitsbilder



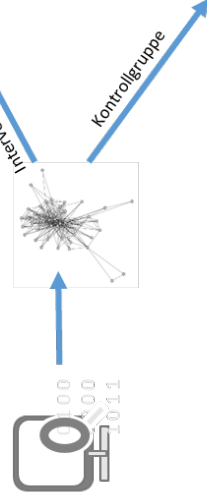
# Studienablauf ACD

## Vorbereitungsphase

Indikatorenbildung Pilotstudie in NRW  
 Positives Ethikvotum  
 Anträge an Datenaufsichtsbehörden Fokusgruppen  
 Feedbackbögen-entwicklung Rekrutierung Moderatoren

### Datenaggregation

Netzwerke identifizieren Cluster-Randomisierung identifizierter Netzwerke

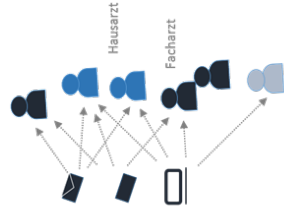


## Interventionsphase

### ACD Interventionsgruppe

#### Teilnahmeinformation

- ❖ Persönliche Einladung der Ärzte zu einem Netzwerktreffen
- ❖ Bewertung des Projekts in Gremien und Veröffentlichungen der KV



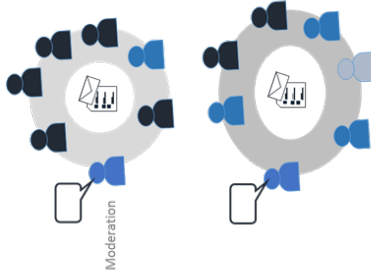
#### Individuelle Netzwerkinformation

- ❖ Vierteljährlich im Rahmen der Intervention Versand der Netzwerkinformationen und Beantwortung von Rückfragen
- ❖ Mindestens einmal jährlich proaktive telefonische Kontaktaufnahme mit jedem Teilnehmer zur Erläuterung der individuellen Ergebnisse



#### Moderierte Netzwerktreffen

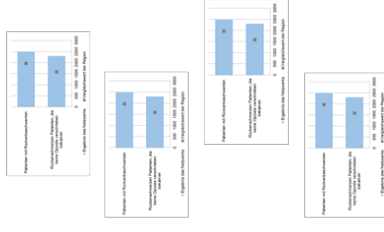
- ❖ Halbjährliche strukturierte Diskussion der Netzwerkinformation
- ❖ Erstellung netzwerktypischer Behandlungspfade für ausgewählte Krankheitsbilder



### ACD Kontrollgruppe

## Evaluation der Studie

Prozessevaluation  
 Gesundheitsökonomische Evaluation



## Gesundheitsökonomische Evaluation

April 2017

August 2018

Juni 2020

Sept. 2020

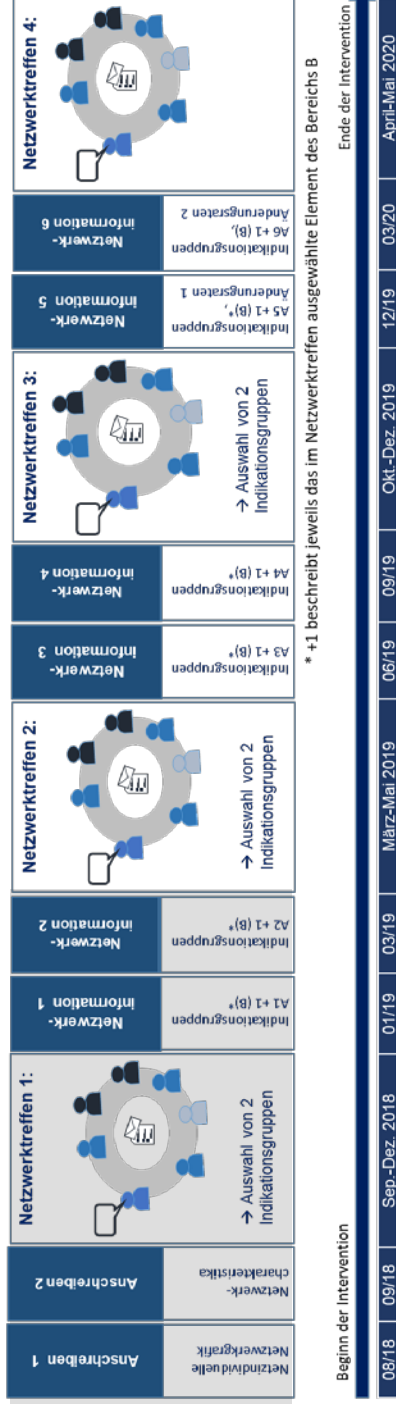
# Accountable Care in Deutschland

- Verbesserung der Patientenversorgung durch mehr Vernetzung und informierten Dialog



## Vorstellung des ACD Projekts Ablauf und Inhalte des Versands von Netzwerkinformationen

Ablauf und Inhalte des Versands von Netzwerkinformationen



### Indikationsgruppe A +1 Indikationsgruppe (B): Ihre Auswahl

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>A1 Diabetes mellitus</li> <li>A2 Ischämische Herzkrankheiten</li> <li>A3 Herzinsuffizienz</li> <li>A4 Bronchitis &amp; COPD</li> <li>A5 Rückenbeschwerden</li> <li>A6 Depressive Störungen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>+1 Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen</li> <li>Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioid</li> <li>Hypertonie (Hochdruckkrankheit)</li> <li>Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms</li> <li>Infektiöse Darmkrankheiten</li> <li>Grippe und Pneumonie</li> <li>HNO-Infektionen</li> <li>Gonorrhoe</li> </ul> |
|--|--|

## Konsortialpartner Accountable Care in Deutschland


# Indikatorengruppen in ACD-Netzwerkinformation

## Indikatorengruppe

### Netzwerkinformationen

#### Zusammensetzung des Netzwerks

- Arztgruppen im Netzwerk
- Patienten im Netzwerk
- Charakteristika der Patienten

#### Charakteristika des Netzwerks

- Gestalt des Netzwerks
- Eigene Position im Netzwerk

### Indikatorngruppe

#### Patientencharakteristika

- u.a. Morbidität, DMP Teilnahme, Mortalität

#### Fachartzkontakte

- gemäß Abrechnungskontakten

#### Ambulante Prozesse

- basierend auf ambulanten Abrechnungspositionen

#### Arzneimittelverschreibungen

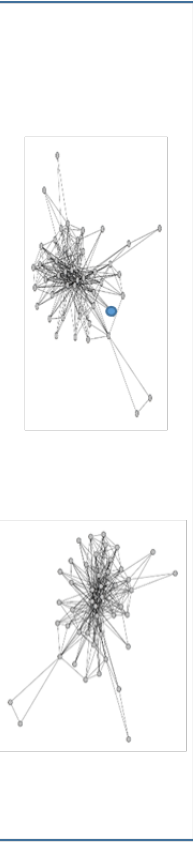
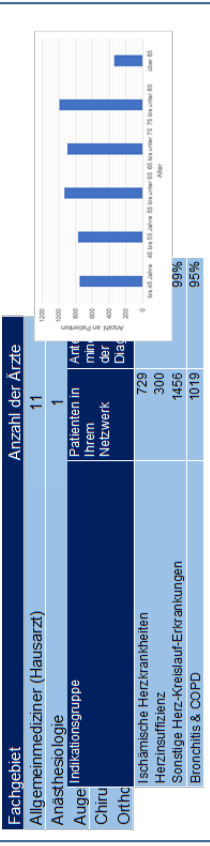
- unabhängig vom Verordner

#### Sektorübergreifende

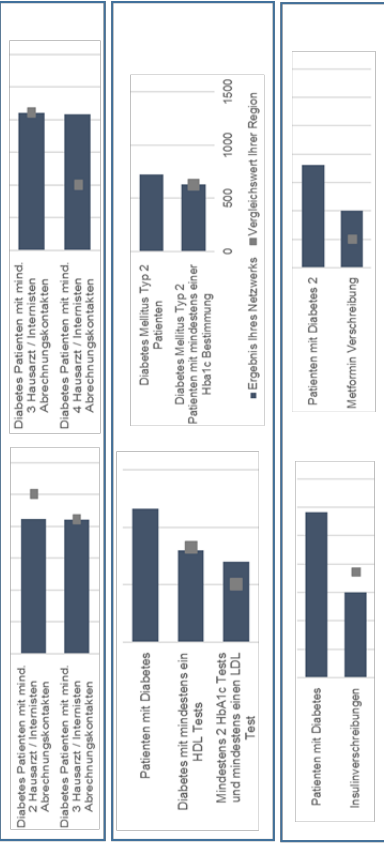
#### Patienteninformationen

- Leistungen sektorübergreifend

## Beispiel



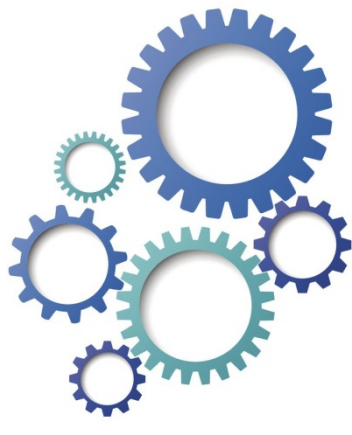
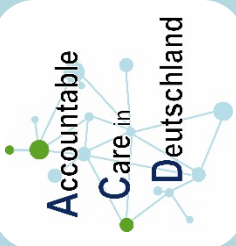
In Ihrem Netzwerk werden 1.163 Patienten mit Diabetes gemeinsam behandelt, 688 davon mit Diabetes Typ 2. 95% dieser Patientengruppe hatte im Beobachtungsjahr mindestens 2 der in der ACD Studie betrachteten Indikationsdiagnosen. Insgesamt waren 60% dieser Patienten bei einem Diabetes DMP Programm eingeschrieben.



**Anzahl der Patienten mit weniger als zwei Krankenhausfällen aufgrund von Diabetes**  
 Anzahl der Patienten mit weniger als zwei Krankenhausfällen aufgrund von Diabetes in Ihrem Netz: 1.157, was 99% der Patienten entspricht  
 Vergleichswert der Netze in der Region: 99%

# Accountable Care in Deutschland

- Verbesserung der Patientenversorgung durch mehr Vernetzung und informierten Dialog



## Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit!

Konsortialpartner Accountable Care in Deutschland



AOK Rheinland/Hamburg



Medizinische Hochschule  
Hannover



Heinrich Heine  
Universität  
Bonn



Kasservereinigung  
Westfalen-Lippe



Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein



LUDWIG-MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN



ZENTRALSTELLE FÜR DIE  
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG  
IN DEUTSCHLAND



Die  
Techniker



Kassenärztliche  
Vereinigung  
Hamburg



AOK | NORDWEST

**Accountable Care in Deutschland (ACD) – Netzwerktreffen Arbeitsblatt**

**Indikationsspezifische Netzwerkinformation:**

***Vorab:***

*Gibt es offene Fragen zur Netzwerkinformation?*

**Fragen für die Kleingruppenarbeit:**

***Was fällt uns an den Daten auf?***

***Welche Themen / Fragen zur Zusammenarbeit in unserem Netzwerk entstehen aus den Daten / der Netzwerkinformation?***

***An welchen Themen wollen wir arbeiten? (Sammeln)***

**Accountable Care in Deutschland (ACD) – Netzwerktreffen Arbeitsblatt**  
**Vom Behandlungspfad zur strukturierten Kooperation**

Thema: \_\_\_\_\_

Fragen für die Kleingruppenarbeit:

***Welche Probleme erleben wir im Praxisalltag zu dem o.g. Thema?***

***Was wünschen wir uns von / in der Zusammenarbeit?***

***Wie können konkrete Lösungen / Maßnahmen aussehen?***

**SMARTe Ziele:**  
**S**pezifisch  
**M**essbar  
**A**ktuell  
**R**ealistisch  
**T**erminiert

## Auswahlliste für Moderator\_in

Moderator\_in: \_\_\_\_\_

Netzwerk: \_\_\_\_\_

1. Bitte wählen Sie zwei der in der rechten Spalte dargestellten Indikationsgruppen aus. Kennzeichnen Sie mit einer 3 oder 4, wenn Sie die Auswahl für die Netzwerkinformation im Juni oder September auswählen. Indikationsgruppen über die genannten 14 Gruppen hinaus können wir leider nicht liefern, da Datengenehmigungen lediglich für die genannten Gruppen vorliegen.

Netzwerkinformation		Indikationsgruppen in ACD		Zweite Indikationsgruppen: Ihre Auswahl	
Nr.	Versand in Monat/Jahr	Erste Indikationsgruppe			
01	01/2019	Diabetes mellitus		<input type="checkbox"/>	Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen
02	03/2019	Ischämische Herzkrankheiten		<input type="checkbox"/>	Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioide
03	06/2019	Herzinsuffizienz		<input type="checkbox"/>	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
04	09/2019	Bronchitis & COPD		<input type="checkbox"/>	Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms
05	12/2019	Rückenbeschwerden		<input type="checkbox"/>	Infektiöse Darmkrankheiten
06	03/2020	Depressive Störungen		<input type="checkbox"/>	Grippe und Pneumonie
				<input type="checkbox"/>	HNO-Infektionen
				<input type="checkbox"/>	Gonarthrose

2. Welches der vier Themen der nächsten beiden Netzwerkinformationen möchten Sie mit der Gruppe beim nächsten Treffen vertieft diskutieren?

\_\_\_\_\_

3. Wann und wo soll das nächste Netzwerktreffen stattfinden?

\_\_\_\_\_



**Ergebnisprotokoll: ACD-Netzwerktreffen (Vorlage – nicht bindend)**

Im Folgenden werden die wichtigsten Informationen aus dem Netzwerktreffen festgehalten. Dabei wird in der Gruppe abgestimmt, ob das Protokoll nur an die Netzwerktreffenteilnehmer verschickt werden soll, oder ob weitere Personen das Protokoll erhalten sollen. Das Versenden an weitere Teilnehmer als den Anwesenden bedarf dabei einer Einstimmigkeit unter den Teilnehmern. Das Ergebnisprotokoll sollte vorzugsweise innerhalb von zwei Wochen nach Stattfinden des Netzwerktreffens an die KV versendet werden, sodass dies durch die KV an die Teilnehmer des Netzwerktreffens versendet werden kann.

Bitte achten Sie in jedem Fall darauf, im Protokoll keine personenbezogenen Daten (Namen von Personen) zu nennen.

Soll das Protokoll neben den Teilnehmern weiteren Personen zugesendet werden?

nein

ja, und zwar:

Datum:

Netzwerk Name:

Netzwerktreffennummer:

Anzahl der Teilnehmer beim Treffen:

Anwesende Facharztgruppen:

Moderator:

I. Thema/Themen des Netzwerktreffens:

II. Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit (nur für erstes Treffen) bzw. Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte und Erkenntnisse des Themas (für zweites bis viertes Treffen):

- III. Zusammenfassung zu potentielltem Konsense zu Arbeits- und Behandlungsweisen sowie ggf. Versorgungssequenzen:
- IV. Indikationsgruppen der nächsten zwei Netzwerkinformationen
- 1.
  - 2.
- V. Thema des nächsten Netzwerktreffens / Welche Indikationsgruppe soll vertieft diskutiert werden:
- VI. Zu klärende Fragen bis zum nächsten Netzwerktreffen und ggf. Verantwortlichkeit (Teilnehmer/Moderator/KV ohne Angabe der jeweiligen Namen):
- VII. Ggf. Anhänge (Fotos/Skizzen/Verteiler)
- VIII. Avisierter Termin und ggf. Ort des nächsten Netzwerktreffens
- IX. Möchten Sie dem ACD Netzwerk ein Ergebnis Ihres Netzwerkreffens oder Ihrer Netzwerkarbeit mitteilen, was die KV den restlichen Teilnehmern des Netzwerks mit der Einladung zum nächsten Netzwerktreffen übermitteln kann?

## CHECKLISTE für Moderatoren\_innen

### Aufgaben zum Ende des Netzwerktreffens

Verteiler von der Gruppe festlegen lassen  
(Blatt zum Eintragen der E-Mail Adressen herumgeben lassen, ggf. Fax ect.)

die Verantwortlichen für evtl. vergebene Aufgaben nochmal klar benennen

Festlegung von Datum und Ort für das nächste Treffen

je ein Thema für die nächsten beiden Netzwerkinformationen festlegen  
(s. Auswahlliste)

Auswahl des Diskussionsthemas für das nächste Treffen  
(am besten eines der beiden Themen aus der 2. Netzwerkinformation)

Kurzes Ergebnisprotokoll ankündigen (Verteiler KV)

Evaluationsbögen austeilen und wieder einsammeln

Teilnahmebescheinigungen aushändigen

Potentiell beim Netzwerktreffen erstelltes Material für das Protokoll abfotografieren

**Prozessevaluation in der ACD - Studie**

**Teil 2: Dokumentation und Anregungen zu den Netzwerktreffen**

**Zielgruppe: ACD Moderator\_innen**

Die Dokumentation der Netzwerktreffen dient der Prozessevaluation gemäß MRC-Guidance<sup>1</sup>, welche darauf abzielt die Wirkmechanismen der ACD Intervention zu identifizieren. Teil 1 der Prozessevaluation startete bereits bei den ACD Trainings. Der folgende Teil erfolgt bezüglich der Moderator\_innen nicht anonymisiert, um die Möglichkeit zu schaffen etwaige Rückfragen zu Ihrem Feedback zu stellen, damit wir bestmöglich auf Ihre Anmerkungen eingehen können, um damit die ACD Intervention zu optimieren. Selbstverständlich verbleiben Ihre personenbezogenen Antworten lediglich beim Studienteam und werden nur in aggregierter Form ausgewertet. Bitte achten Sie beim Ausfüllen darauf, dass Sie in Bezug auf die Teilnehmenden nur in allgemeiner, nicht personenbezogener Form berichten.

Für weitere Fragen zur Prozessevaluation steht Ihnen Frau Isabel Geiger, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Fachbereichs Health Services Management der LMU München (Telefon: 089/2180-6790, E-Mail: [geiger@bwl.lmu.de](mailto:geiger@bwl.lmu.de)) gerne zur Verfügung. Für organisatorische Fragen wenden sie sich bitte wie gewohnt an Ihre Kassenärztliche Vereinigung.

Netzwerk Name:	Netzwerktreffennummer:	1.	2.	3.	4.	Netzwerktreffen
Name des/der Moderator_in:						
Datum:	Beginn:	Ende:				
Anzahl der Teilnehmenden:	Veranstaltungsort:					
Hausärzte:	Orthopäden:					
Augenärzte:	Frauenärzte:					
Hautärzte:	Chirurgen:					
HNO Ärzte:	Psychotherapeuten:					
Fachinternisten:	Zusätzlich anwesende Personen, die nicht Teil des ACD Netzwerks sind:					
Sonstige Fachärzte:						
<small>Benennung der sonstigen Fachärzte:</small>						
Skizzieren Sie bitte kurz, welches Thema bzw. welche Indikationsgruppen vorwiegend in dem Netzwerktreffen besprochen wurden.						
Konnten Sie das vorgesehene Programm durchführen oder gab es Ereignisse (z.B. andauernde Meinungsverschiedenheiten), die den Ablauf verändert haben? Falls ja, skizzieren Sie bitte inwiefern der Ablauf verändert wurde.						
Wurde ein Versorgungspfad oder ein Konsens hinsichtlich zukünftiger Behandlungs- und Arbeitsweisen erarbeitet?						
ja		nein			teilweise	

<sup>1</sup> Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. The BMJ. 2015;350:h1258. doi:10.1136/bmj.h1258.

Skizzieren Sie den Bereich, in dem der Konsens erzielt wurde, bitte kurz.

Bitte kreuzen Sie die jeweils aus Ihrer Sicht zutreffende Antwort zu den folgenden Aussagen an. Versuchen Sie bitte, die Fragen möglichst spontan und intuitiv zu beantworten.

Die Netzwerktreffen wirken aus meiner Sicht positiv auf...

a. ... Ihre eigene Berufszufriedenheit.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

b. ... die Berufszufriedenheit der Teilnehmenden.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

c. ... die Koordination zwischen den Teilnehmenden.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

d. ... die Patientenversorgung im Allgemeinen.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

e. ... die Patientenversorgung für die im heutigen Netzwerktreffen besprochene Indikationsgruppe.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Die Netzwerkinformation bietet eine Diskussionsgrundlage für die Arbeit im Netzwerk und enthält relevante Informationen.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Die Teilnehmenden scheinen motiviert an künftigen Netzwerktreffen teilzunehmen.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Die Teilnehmenden wollen weitere an der Versorgung Beteiligte zu den Netzwerktreffen einladen.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Benennung der Professionen (falls genannt):

Aus Ihrer Sicht wie bewerten Sie die Netzwerktreffen hinsichtlich...

a. ...Ihres zeitlichen Aufwands in Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung?

überw. Negativ      eher negativ      indifferent      eher positiv      überw. positiv

b. ...den vom ACD Studienteam zur Verfügung gestellten Materialien?

überw. negativ      eher negativ      indifferent      eher positiv      überw. positiv

c. ...Ihrer eigenen Motivation zur Durchführung weiterer Netzwerktreffen?

überw. negativ      eher negativ      indifferent      eher positiv      überw. positiv

Haben Sie weitere Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge für das ACD Studienteam?

### Prozessevaluation für Teilnehmende der ACD Studie

Der folgende Fragebogen dient der Prozessevaluation<sup>1</sup> zur Ermittlung der Wirkmechanismen der ACD Intervention. Dazu würden wir gerne Ihre Einschätzungen und Sichtweisen in Erfahrung bringen. Wir bitten Sie, die Fragen möglichst spontan und intuitiv zu beantworten. Damit unterstützen Sie die Evaluation des Projekts. Wir danken Ihnen für Ihre Kooperation!

Für Fragen zur Prozessevaluation steht Ihnen Frau Isabel Geiger, Fachbereich Health Services Management der LMU München (Telefon: 089/2180-6790, E-Mail: [geiger@bwl.lmu.de](mailto:geiger@bwl.lmu.de)) zur Verfügung.

<b>Datum:</b>	<b>Veranstaltungsort:</b>				
<b>Bitte kreuzen Sie an, wie viele ACD Netzwerktreffen (inklusive heute) Sie bisher besucht haben.</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Netzwerktreffen
<b>In welcher KV-Region üben Sie Ihre ärztliche Tätigkeit aus?</b>	HH <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SH <input type="checkbox"/>	WL <input type="checkbox"/>	andere <input type="checkbox"/>
<b>Seit wie vielen Jahren üben Sie Ihre Tätigkeit als Facharzt/-ärztin in der ambulanten Versorgung aus?</b>					
<input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> 1 - 2 <input type="checkbox"/> 3 - 5 <input type="checkbox"/> 6 - 10 <input type="checkbox"/> 11 - 15 <input type="checkbox"/> > 15 Jahre					
<p><i>Die ACD Intervention besteht aus vier moderierten Netzwerktreffen und Netzwerkberichten zu sechs von den Teilnehmenden ausgewählten Indikationsgruppen. Bitte kreuzen Sie die jeweils aus Ihrer Sicht zutreffende Antwort zu den folgenden Aussagen an. Versuchen Sie bitte, die Antworten möglichst spontan und intuitiv zu geben.</i></p> <p><b>Ich bin mir darüber im Klaren...</b></p> <p><b>a. ... welche Ziele die ACD Intervention verfolgt.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>b. ... dass die Netzwerke basierend auf gemeinsam versorgten Patienten/innen gebildet wurden.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>c. ... welcher Nutzen durch die ACD Intervention entsteht.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>Die vorab versandten Netzwerkinformationen bieten eine gute Diskussionsgrundlage für die Arbeit im Netzwerktreffen.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>Die Inhalte der Netzwerkinformationen können Entscheidungen in meinem Arbeitsalltag beeinflussen.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>Die Netzwerktreffen können sich positiv auswirken auf...</b></p> <p><b>a. ... die Koordination zwischen mir und den anderen Teilnehmenden.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>b. ... die Patientenversorgung im Allgemeinen.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>c. ... die Patientenversorgung für die im heutigen Netzwerktreffen besprochene Indikationsgruppe.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>d. ... meine Zufriedenheit im Arbeitsalltag.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu					

<sup>1</sup>Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. 1 The BMJ. 2015;350:h1258. doi:10.1136/bmj.h1258.

**Die Netzwerktreffen fördern den direkten Austausch mit meinen Kollegen/innen.**

trifft zu    trifft eher zu    teils/teils    trifft eher nicht zu    trifft nicht zu

**Die Teilnahme an den Netzwerktreffen ist sinnvoll und nützlich für meine Arbeit.**

trifft zu    trifft eher zu    teils/teils    trifft eher nicht zu    trifft nicht zu

**Ich bin motiviert, an künftigen Netzwerktreffen teilzunehmen.**

trifft zu    trifft eher zu    teils/teils    trifft eher nicht zu    trifft nicht zu

**Wie bewerten Sie die Netzwerktreffen hinsichtlich...**

**a. ... der Einladung und Terminierung des Treffens?**

überw. positiv    eher positiv    indifferent    eher negativ    überw. negativ

**b. ... der Erreichbarkeit des Veranstaltungsorts?**

überw. positiv    eher positiv    indifferent    eher negativ    überw. negativ

**c. ... ihrer inhaltlichen Planung und Durchführung?**

überw. positiv    eher positiv    indifferent    eher negativ    überw. negativ

**d. ... des halbjährlichen Angebots der Treffen?**

überw. positiv    eher positiv    indifferent    eher negativ    überw. negativ

**Gab es aus Ihrer Sicht während des Netzwerktreffens genügend Zeit für Rückfragen?**

ja    nein

**Falls nicht, welche Fragen hätten Sie gerne noch besprochen?**

**Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die vorab versandten Netzwerkinformationen, so dass Sie diese besser im Alltag nutzen können?**

**Haben Sie weitere Anliegen oder Anmerkungen, die Sie dem ACD Studienteam gerne mitgeben wollen?**

Wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme!

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046



## Anlage 3.3. Unterlagen Netzwerk- und Intervisionstreffen

### *3. Netzwerktreffen*

Gefördert durch:





„Starterpaket“ für das dritte Netzwerktreffen



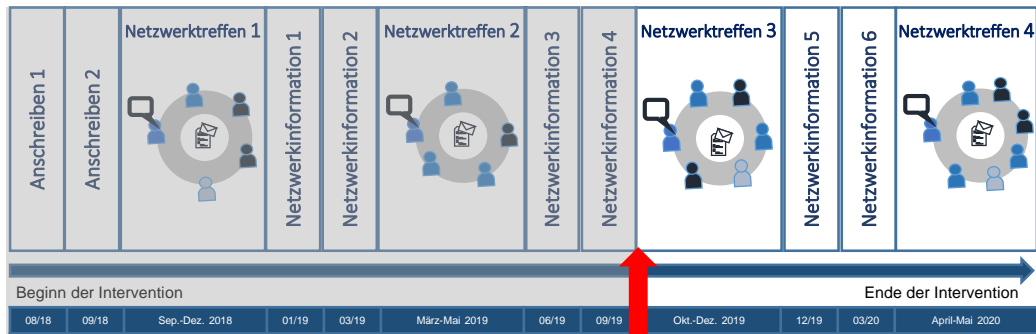
Nr.	Stk.	Was	X
1.	1	Anschreiben Starterpaket	
2.	1	Muster-Einladungsschreiben zum Treffen	
3.	1	Ausdruck der Projektinfo aus Anschreiben 1 (Anschauungsexemplare)	
4.	1	Ausdruck der ersten Netzwerkinformation in aggregierter Form aus Anschreiben 2 inkl. Behandlungspfad (Anschauungsexemplare)	
5.	1	Ausdruck der Netzwerkinformation 1 in aggregierter Form (Diabetes + weitere Indikationsgruppe) (Anschauungsexemplare)	
6.	1	Ausdruck der Netzwerkinformation 2 in aggregierter Form (Ischämische Herzkrankheiten + weitere Indikationsgruppe) (Anschauungsexemplare)	
7.	1	Ausdruck der Netzwerkinformation 3 in aggregierter Form (Herzinsuffizienz+ weitere Indikationsgruppe) (Anschauungsexemplare)	
8.	1	Ausdruck der Netzwerkinformation 4 in aggregierter Form (Bronchitits & COPD + weitere Indikationsgruppe) (Anschauungsexemplare)	
9.	5	Protokoll des letzten Treffens	
10.	1	Ausdrucke der ACD-Präsentation als Handout	
11.	20	Ausdruck der Einverständniserklärung (liegt doppelt vor, da sie an Teilnehmende ausgehändigt werden müssten)	
12.	10 +1	Wahllisten Indikationsgruppen für die Teilnehmenden (und einen extra zum Ausfüllen Für den Moderator)	
13.	10	Arbeitsblatt: Indikationsspezifische Netzwerkinformation	
14.	10	Arbeitsblatt: Behandlungspfad zur strukturierten Kooperation	
15.	10	Prozessevaluations-Bogen Teilnehmende (für das Studienteam)	
16.	1	Prozessevaluations-Bogen Moderatoren (für das Studienteam)	
17.	Je 1	ACD Poster (einmal Leerfelder, einmal Projektübersicht, einmal Zwischenergebnisse)	
18.	1	Teilnehmerliste zum Aufkleben der Barcodes	
19.	1	Blanko Adressliste für Austausch zwischen den Teilnehmenden	
20.	1	Moderatoren-Checkliste für das Ende des Treffens	
21.	1	Vorlage Ergebnisprotokoll	
22.	1	Großer Rückumschlag (frankiert)	
23.	1	diese Liste	
24.	10	Blöcke & Kugelschreiber	
Im Raum vorhanden:			
25.	1	Moderatorenkoffer (sollte im Raum vorhanden sein)	Alternativ: Moderationskarten (rot / grün), Flipchart- Stift, Klebeband, Klebestift, ggf. Papier
26.	1	Moderationswände (wenn möglich - insb. bei großen Gruppen sinnvoll)	
27.	1	Flipchart (Soll-Minimumvoraussetzung f. d. Raum!)	
28.	1	Beamer und Laptop (falls möglich und gewünscht)	
29.	1	Verpflegung (Essen und Trinken)	

# Accountable Care in Deutschland

Verbesserung der Patientenversorgung durch mehr Vernetzung und informierten Dialog



## Zwischenergebnisse



## Zahlen und Fakten aus dem bisherigen Projektverlauf



**100** Interventions-Netzwerke



**24.000** versendete Netzwerkinformationen



**197** organisierte Netzwerktreffen



**60** engagierte Moderatoren leiteten die Netzwerktreffen

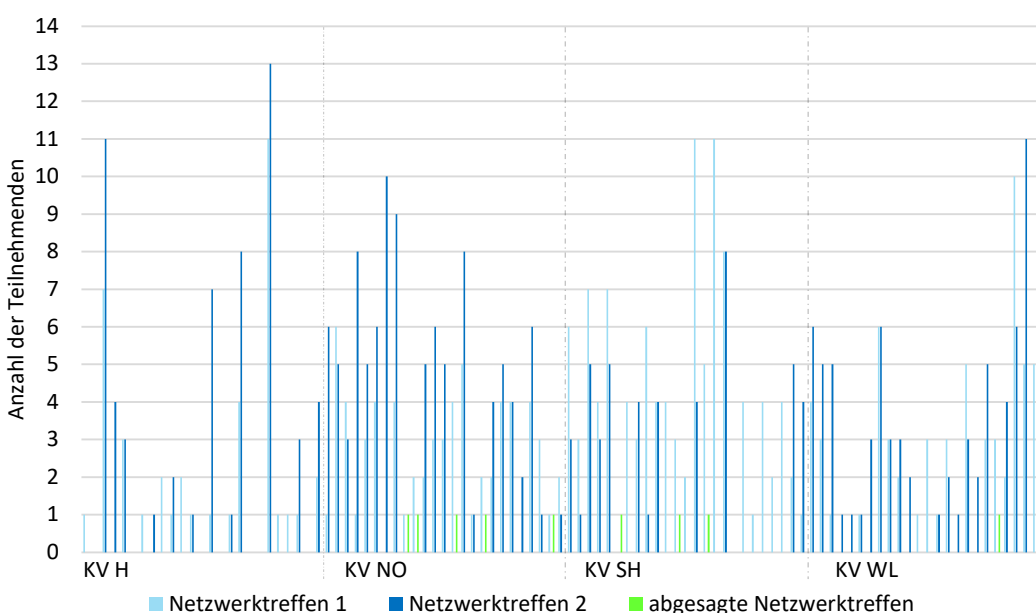


**549** teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten



**5%** Insgesamt entspricht das einer Teilnahmequote von 5%

## Anzahl der Teilnehmenden je Netzwerktreffen



## Zwischenfazit

- Netzwerktreffen wurden zur gemeinsamen Diskussion genutzt und gemeinsame Lösungsstrategien zur fachübergreifenden Zusammenarbeit konsentiert
- Teilnehmerzahlen sind zum Teil gering
- Größte Herausforderung ist die Motivation von Teilnehmern in wenig besuchten Netzwerktreffen
- Entwicklung der Teilnehmerzahlen von der ersten zur zweiten Netzwerktreffenphase variieren je KV-Region:
  - ↗ KV H +45%
  - ↗ KV NO +52%
  - ↘ KV SH - 56%
  - ↗ KV WL +16%

## Besprochene Themen in den Netzwerktreffen

- Versorgungspfade für Suchterkrankte und Schmerzpatienten
- Herausforderungen in der alltäglichen Arbeit und Netzwerkarbeit
- Kommunikation und Kooperation zwischen den Ärzten und Psychotherapeuten Vorort
- Patienten mit Suchterkrankungen
  - Vorschlag an das Studienteam der Darstellung von Pregabalinverschreibungen

## Ideen und Konsens der Zusammenarbeit

- Kommunikation(-swege) und Zusammenarbeit zwischen Arztgruppen ausbauen
  - Erarbeitung von gemeinsamen Standards bei Überweisungen und Terminvergaben
  - Austausch von Adressen und Telefonnummern
- Zielgerichtete Kommunikation zwischen Arzt und Patienten
  - Erarbeitung eines gemeinsamen Anamnesebogens
- Einigung auf zukünftige Themen im Netzwerk
  - z.B. Medikamentenpläne
- Einigung auf die Einladung weiterer Personen zum Netzwerktreffen
  - Insbesondere Fachärzte (z.B. Neurologen, Psychotherapeuten, Orthopäden)

## Aktuelles zum Projekt

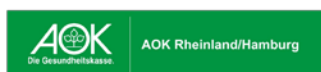


Besuchen Sie unsere Projektwebseite:  
[www.acd-projekt.de](http://www.acd-projekt.de)

## Hintergrund zum Projekt

- Gefördert durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, Innovationsfonds, Versorgungsforschung
- Projektlaufzeit: 04/2017 bis 06/2020

## Konsortialpartner in Accountable Care in Deutschland



Accountable Care in Deutschland

## Auswahlliste für Moderator\_in

Moderator\_in: \_\_\_\_\_

Netzwerk: \_\_\_\_\_

1. Bitte wählen Sie zwei der in der rechten Spalte dargestellten Indikationsgruppen aus. Kennzeichnen Sie mit einer 5 oder 6, wenn Sie die Auswahl für die Netzwerkinformation im Dezember oder März auswählen. Indikationsgruppen über die genannten 14 Gruppen hinaus können wir leider nicht liefern, da Datengenehmigungen lediglich für die genannten Gruppen vorliegen.

Netzwerkinformation		Indikationsgruppen in ACD	
Nr.	Versand in Monat/Jahr	Erste Indikationsgruppe	Zweite Indikationsgruppen: Ihre Auswahl
01	01/2019	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen
02	03/2019	Ischämische Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioide
03	06/2019	Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
04	09/2019	Bronchitis & COPD	<input type="checkbox"/> Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms
05	12/2019	Rückenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Infektiöse Darmkrankheiten
06	03/2020	Depressive Störungen	<input type="checkbox"/> Grippe und Pneumonie
			<input type="checkbox"/> HNO-Infektionen
			<input type="checkbox"/> Gonarthrose

2. Welches der vier Themen der nächsten beiden Netzwerkinformationen möchten Sie mit der Gruppe beim nächsten Treffen vertieft diskutieren?

\_\_\_\_\_

3. Wann und wo soll das nächste Netzwerktreffen stattfinden?

\_\_\_\_\_

## CHECKLISTE für Moderatoren\_innen

### Aufgaben zum Ende des Netzwerktreffens

Verteiler von der Gruppe festlegen lassen  
(Blatt zum Eintragen der E-Mail Adressen herumgeben lassen, ggf. Fax ect.)

die Verantwortlichen für evtl. vergebene Aufgaben nochmal klar benennen

Festlegung von Datum und Ort für das nächste Treffen

je ein Thema für die nächsten beiden Netzwerkinformationen festlegen  
(s. Auswahlliste)

Auswahl des Diskussionsthemas für das nächste Treffen  
(am besten eines der beiden Themen aus der 2. Netzwerkinformation)

Kurzes Ergebnisprotokoll ankündigen (Verteiler KV)

Evaluationsbögen austeilen und wieder einsammeln

Teilnahmebescheinigungen aushändigen

Potentiell beim Netzwerktreffen erstelltes Material für das Protokoll abfotografieren

**Ergebnisprotokoll: ACD-Netzwerktreffen (Vorlage – nicht bindend)**

Im Folgenden werden die wichtigsten Informationen aus dem Netzwerktreffen festgehalten. Dabei wird in der Gruppe abgestimmt, ob das Protokoll nur an die Netzwerktreffenteilnehmer verschickt werden soll, oder ob weitere Personen das Protokoll erhalten sollen. Das Versenden an weitere Teilnehmer als den Anwesenden bedarf dabei einer Einstimmigkeit unter den Teilnehmern. Das Ergebnisprotokoll sollte vorzugsweise innerhalb von zwei Wochen nach Stattfinden des Netzwerktreffens an die KV versendet werden, sodass dies durch die KV an die Teilnehmer des Netzwerktreffens versendet werden kann.

Bitte achten Sie in jedem Fall darauf, im Protokoll keine personenbezogenen Daten (Namen von Personen) zu nennen.

Soll das Protokoll neben den Teilnehmern weiteren Personen zugesendet werden?

nein

ja, und zwar:

Datum:

Netzwerk Name:

Netzwerktreffennummer:

Anzahl der Teilnehmer beim Treffen:

Anwesende Facharztgruppen:

Moderator:

I. Thema/Themen des Netzwerktreffens:

II. Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit (nur für erstes Treffen) bzw. Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte und Erkenntnisse des Themas (für zweites bis viertes Treffen):

- III. Zusammenfassung zu potentielltem Konsense zu Arbeits- und Behandlungsweisen sowie ggf. Versorgungssequenzen:
- IV. Indikationsgruppen der nächsten zwei Netzwerkinformationen
- 1.
  - 2.
- V. Thema des nächsten Netzwerktreffens / Welche Indikationsgruppe soll vertieft diskutiert werden:
- VI. Zu klärende Fragen bis zum nächsten Netzwerktreffen und ggf. Verantwortlichkeit (Teilnehmer/Moderator/KV ohne Angabe der jeweiligen Namen):
- VII. Ggf. Anhänge (Fotos/Skizzen/Verteiler)
- VIII. Avisierter Termin und ggf. Ort des nächsten Netzwerktreffens
- IX. Möchten Sie dem ACD Netzwerk ein Ergebnis Ihres Netzwerkreffens oder Ihrer Netzwerkarbeit mitteilen, was die KV den restlichen Teilnehmern des Netzwerks mit der Einladung zum nächsten Netzwerktreffen übermitteln kann?

**Prozessevaluation in der ACD - Studie**

**Teil 2: Dokumentation und Anregungen zu den Netzwerktreffen**

**Zielgruppe: ACD Moderator\_innen**

Die Dokumentation der Netzwerktreffen dient der Prozessevaluation gemäß MRC-Guidance<sup>1</sup>, welche darauf abzielt die Wirkmechanismen der ACD Intervention zu identifizieren. Teil 1 der Prozessevaluation startete bereits bei den ACD Trainings. Der folgende Teil erfolgt bezüglich der Moderator\_innen nicht anonymisiert, um die Möglichkeit zu schaffen etwaige Rückfragen zu Ihrem Feedback zu stellen, damit wir bestmöglich auf Ihre Anmerkungen eingehen können, um damit die ACD Intervention zu optimieren. Selbstverständlich verbleiben Ihre personenbezogenen Antworten lediglich beim Studienteam und werden nur in aggregierter Form ausgewertet. Bitte achten Sie beim Ausfüllen darauf, dass Sie in Bezug auf die Teilnehmenden nur in allgemeiner, nicht personenbezogener Form berichten.

Für weitere Fragen zur Prozessevaluation steht Ihnen Frau Isabel Geiger, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Fachbereichs Health Services Management der LMU München (Telefon: 089/2180-6790, E-Mail: [geiger@bwl.lmu.de](mailto:geiger@bwl.lmu.de)) gerne zur Verfügung. Für organisatorische Fragen wenden sie sich bitte wie gewohnt an Ihre Kassenärztliche Vereinigung.

Netzwerk Name:	Netzwerktreffennummer:	1.	2.	3.	4.	Netzwerktreffen
Name des/der Moderator_in:						
Datum:	Beginn:	Ende:				
Anzahl der Teilnehmenden:	Veranstaltungsort:					
Hausärzte:	Orthopäden:					
Augenärzte:	Frauenärzte:					
Hautärzte:	Chirurgen:					
HNO Ärzte:	Psychotherapeuten:					
Fachinternisten:	Zusätzlich anwesende Personen, die nicht Teil des ACD Netzwerks sind:					
Sonstige Fachärzte:						
<small>Benennung der sonstigen Fachärzte:</small>						
Skizzieren Sie bitte kurz, welches Thema bzw. welche Indikationsgruppen vorwiegend in dem Netzwerktreffen besprochen wurden.						
Konnten Sie das vorgesehene Programm durchführen oder gab es Ereignisse (z.B. andauernde Meinungsverschiedenheiten), die den Ablauf verändert haben? Falls ja, skizzieren Sie bitte inwiefern der Ablauf verändert wurde.						
Wurde ein Versorgungspfad oder ein Konsens hinsichtlich zukünftiger Behandlungs- und Arbeitsweisen erarbeitet?						
ja		nein			teilweise	

<sup>1</sup> Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. The BMJ. 2015;350:h1258. doi:10.1136/bmj.h1258.

Skizzieren Sie den Bereich, in dem der Konsens erzielt wurde, bitte kurz.

Bitte kreuzen Sie die jeweils aus Ihrer Sicht zutreffende Antwort zu den folgenden Aussagen an. Versuchen Sie bitte, die Fragen möglichst spontan und intuitiv zu beantworten.

Die Netzwerktreffen wirken aus meiner Sicht positiv auf...

a. ... Ihre eigene Berufszufriedenheit.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

b. ... die Berufszufriedenheit der Teilnehmenden.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

c. ... die Koordination zwischen den Teilnehmenden.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

d. ... die Patientenversorgung im Allgemeinen.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

e. ... die Patientenversorgung für die im heutigen Netzwerktreffen besprochene Indikationsgruppe.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Die Netzwerkinformation bietet eine Diskussionsgrundlage für die Arbeit im Netzwerk und enthält relevante Informationen.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Die Teilnehmenden scheinen motiviert an künftigen Netzwerktreffen teilzunehmen.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Die Teilnehmenden wollen weitere an der Versorgung Beteiligte zu den Netzwerktreffen einladen.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Benennung der Professionen (falls genannt):

Aus Ihrer Sicht wie bewerten Sie die Netzwerktreffen hinsichtlich...

a. ...Ihres zeitlichen Aufwands in Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung?

überw. Negativ      eher negativ      indifferent      eher positiv      überw. positiv

b. ...den vom ACD Studienteam zur Verfügung gestellten Materialien?

überw. negativ      eher negativ      indifferent      eher positiv      überw. positiv

c. ...Ihrer eigenen Motivation zur Durchführung weiterer Netzwerktreffen?

überw. negativ      eher negativ      indifferent      eher positiv      überw. positiv

Haben Sie weitere Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge für das ACD Studienteam?



### Prozessevaluation für Teilnehmende der ACD Studie

Der folgende Fragebogen dient der Prozessevaluation<sup>1</sup> zur Ermittlung der Wirkmechanismen der ACD Intervention. Dazu würden wir gerne Ihre Einschätzungen und Sichtweisen in Erfahrung bringen. Wir bitten Sie, die Fragen möglichst spontan und intuitiv zu beantworten. Damit unterstützen Sie die Evaluation des Projekts. Wir danken Ihnen für Ihre Kooperation!

Für Fragen zur Prozessevaluation steht Ihnen Frau Isabel Geiger, Fachbereich Health Services Management der LMU München (Telefon: 089/2180-6790, E-Mail: [geiger@bwl.lmu.de](mailto:geiger@bwl.lmu.de)) zur Verfügung.

<b>Datum:</b>	<b>Veranstaltungsort:</b>				
<b>Bitte kreuzen Sie an, wie viele ACD Netzwerktreffen (inklusive heute) Sie bisher besucht haben.</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Netzwerktreffen
<b>In welcher KV-Region üben Sie Ihre ärztliche Tätigkeit aus?</b>	HH <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SH <input type="checkbox"/>	WL <input type="checkbox"/>	andere <input type="checkbox"/>
<b>Seit wie vielen Jahren üben Sie Ihre Tätigkeit als Facharzt/-ärztin in der ambulanten Versorgung aus?</b>					
<input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> 1 - 2 <input type="checkbox"/> 3 - 5 <input type="checkbox"/> 6 - 10 <input type="checkbox"/> 11 - 15 <input type="checkbox"/> > 15 Jahre					
<p><i>Die ACD Intervention besteht aus vier moderierten Netzwerktreffen und Netzwerkberichten zu sechs von den Teilnehmenden ausgewählten Indikationsgruppen. Bitte kreuzen Sie die jeweils aus Ihrer Sicht zutreffende Antwort zu den folgenden Aussagen an. Versuchen Sie bitte, die Antworten möglichst spontan und intuitiv zu geben.</i></p> <p><b>Ich bin mir darüber im Klaren...</b></p> <p><b>a. ... welche Ziele die ACD Intervention verfolgt.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>b. ... dass die Netzwerke basierend auf gemeinsam versorgten Patienten/innen gebildet wurden.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>c. ... welcher Nutzen durch die ACD Intervention entsteht.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>Die vorab versandten Netzwerkinformationen bieten eine gute Diskussionsgrundlage für die Arbeit im Netzwerktreffen.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>Die Inhalte der Netzwerkinformationen können Entscheidungen in meinem Arbeitsalltag beeinflussen.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>Die Netzwerktreffen können sich positiv auswirken auf...</b></p> <p><b>a. ... die Koordination zwischen mir und den anderen Teilnehmenden.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>b. ... die Patientenversorgung im Allgemeinen.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>c. ... die Patientenversorgung für die im heutigen Netzwerktreffen besprochene Indikationsgruppe.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>d. ... meine Zufriedenheit im Arbeitsalltag.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu					

<sup>1</sup>Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. 1 The BMJ. 2015;350:h1258. doi:10.1136/bmj.h1258.

**Die Netzwerktreffen fördern den direkten Austausch mit meinen Kollegen/innen.**

trifft zu    trifft eher zu    teils/teils    trifft eher nicht zu    trifft nicht zu

**Die Teilnahme an den Netzwerktreffen ist sinnvoll und nützlich für meine Arbeit.**

trifft zu    trifft eher zu    teils/teils    trifft eher nicht zu    trifft nicht zu

**Ich bin motiviert, an künftigen Netzwerktreffen teilzunehmen.**

trifft zu    trifft eher zu    teils/teils    trifft eher nicht zu    trifft nicht zu

**Wie bewerten Sie die Netzwerktreffen hinsichtlich...**

**a. ... der Einladung und Terminierung des Treffens?**

überw. positiv    eher positiv    indifferent    eher negativ    überw. negativ

**b. ... der Erreichbarkeit des Veranstaltungsorts?**

überw. positiv    eher positiv    indifferent    eher negativ    überw. negativ

**c. ... ihrer inhaltlichen Planung und Durchführung?**

überw. positiv    eher positiv    indifferent    eher negativ    überw. negativ

**d. ... des halbjährlichen Angebots der Treffen?**

überw. positiv    eher positiv    indifferent    eher negativ    überw. negativ

**Gab es aus Ihrer Sicht während des Netzwerktreffens genügend Zeit für Rückfragen?**

ja    nein

**Falls nicht, welche Fragen hätten Sie gerne noch besprochen?**

**Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die vorab versandten Netzwerkinformationen, so dass Sie diese besser im Alltag nutzen können?**

**Haben Sie weitere Anliegen oder Anmerkungen, die Sie dem ACD Studienteam gerne mitgeben wollen?**

Wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme!

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046



## Anlage 3.3. Unterlagen Netzwerk- und Intervisionstreffen

### *4. Netzwerktreffen*

Gefördert durch:



„Starterpaket“ für das vierte Netzwerktreffen



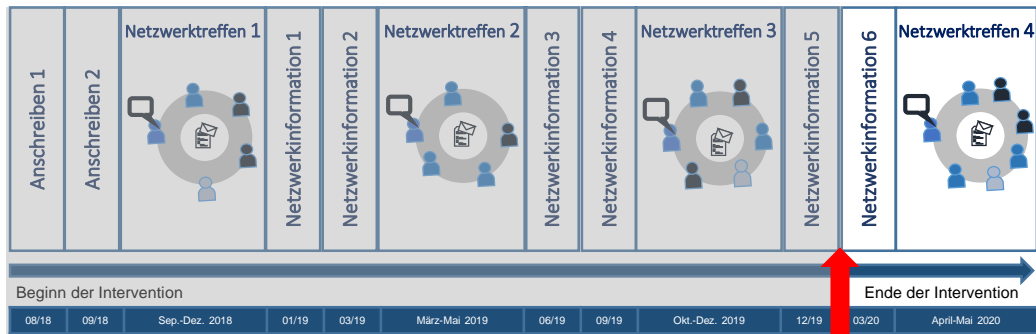
Nr.	Stk.	Was	X
1.	1	Anschreiben Starterpaket	
2.	1	Muster-Einladungsschreiben zum Treffen	
3.	1	Ausdruck der Projektinfo aus Anschreiben 1 (Anschauungsexemplare)	
4.	1	Ausdruck der ersten Netzwerkinformation in aggregierter Form aus Anschreiben 2 inkl. Behandlungspfad (Anschauungsexemplare)	
5.	1	Ausdruck der Netzwerkinformation 1 in aggregierter Form (Diabetes + weitere Indikationsgruppe) (Anschauungsexemplare)	
6.	1	Ausdruck der Netzwerkinformation 2 in aggregierter Form (Ischämische Herzkrankheiten + weitere Indikationsgruppe) (Anschauungsexemplare)	
7.	1	Ausdruck der Netzwerkinformation 3 in aggregierter Form (Herzinsuffizienz+ weitere Indikationsgruppe) (Anschauungsexemplare)	
8.	1	Ausdruck der Netzwerkinformation 4 in aggregierter Form (Bronchitis & COPD + weitere Indikationsgruppe) (Anschauungsexemplare)	
9.	1	Ausdruck der Netzwerkinformation 5 in aggregierter Form (Rückenbeschwerden + weitere Indikationsgruppe) (Anschauungsexemplare)	
10.	1	Ausdruck der Netzwerkinformation 6 in aggregierter Form (Depressive Störungen + weitere Indikationsgruppe) (Anschauungsexemplare)	
11.	5	Protokoll des letzten Treffens	
12.	1	Ausdrucke der ACD-Präsentation als Handout	
13.	20	Ausdruck der Einverständniserklärung (liegt doppelt vor, da sie an Teilnehmende ausgehändigt werden müssten)	
14.	10	Arbeitsblatt: Indikationsspezifische Netzwerkinformation	
15.	10	Arbeitsblatt: Behandlungspfad zur strukturierten Kooperation	
16.	10	Prozessevaluations-Bogen Teilnehmende (für das Studienteam)	
17.	1	Prozessevaluations-Bogen Moderatoren (für das Studienteam)	
18.	Je 1	ACD Poster (einmal Leerfelder, einmal Projektübersicht, einmal Zwischenergebnisse und Neues im Projekt)	
19.	1	Teilnehmerliste zum Aufkleben der Barcodes	
20.	1	Blanko Adressliste für Austausch zwischen den Teilnehmenden	
21.	1	Moderatoren-Checkliste für das Ende des Treffens	
22.	1	Vorlage Ergebnisprotokoll	
23.	1	Großer Rückumschlag (frankiert)	
24.	10	Blöcke & Kugelschreiber	
Im Raum vorhanden:			
25.	1	Moderatorenkoffer (sollte im Raum vorhanden sein)	Alternativ: Moderationskarten (rot / grün), Flipchart- Stift, Klebeband, Klebestift, ggf. Papier
26.	1	Moderationswände (wenn möglich - insb. bei großen Gruppen sinnvoll)	
27.	1	Flipchart (Soll-Minimumvoraussetzung f. d. Raum!)	
28.	1	Beamer und Laptop (falls möglich und gewünscht)	
29.	1	Verpflegung (Essen und Trinken)	

# Accountable Care in Deutschland

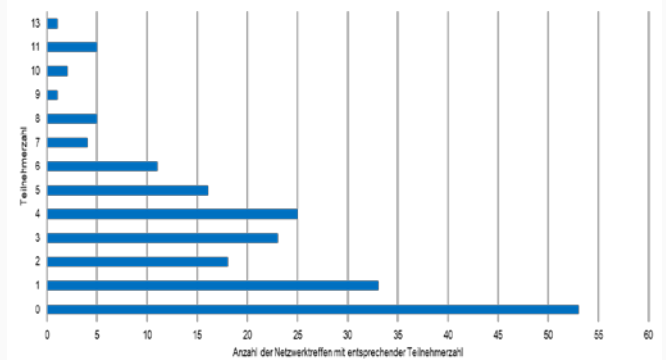
Verbesserung der Patientenversorgung durch mehr Vernetzung und informierten Dialog



## Zwischenergebnisse



## Anzahl der Teilnehmenden je Netzwerktreffen



## Zahlen und Fakten aus dem bisherigen Projektverlauf



**100** Interventions-Netzwerke



**30.000** versendete Netzwerkinformationen



**291** organisierte Netzwerktreffen



**60** engagierte Moderatoren leiteten die Netzwerktreffen



**735** teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten



**4%** Insgesamt entspricht das einer Teilnahmequote von 4%

## Neues im ACD Projekt

### Änderungsraten Diabetes mellitus Typ 2

In der Netzwerkinformation 5 haben wir Änderungsraten für ausgewählte Indikatoren der Indikation „Diabetes Mellitus Typ 2“ zusammengestellt.

Im Folgenden sind beispielhaft Änderungsraten ausgewählter Indikatoren des Krankheitsbildes Diabetes mellitus Typ 2 eines ACD-Netzwerkes im Vergleich zweier Beobachtungsjahre und im Verhältnis zur KV Region dargestellt.

Anzahl ACD-Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 in Ihrem ACD-Netzwerk:  
im Berichtszeitraum (■ 2017, Q4 - 2018, Q3): 2.394  
im Vorjahr (■ 2016, Q4 - 2017, Q3): 2.142

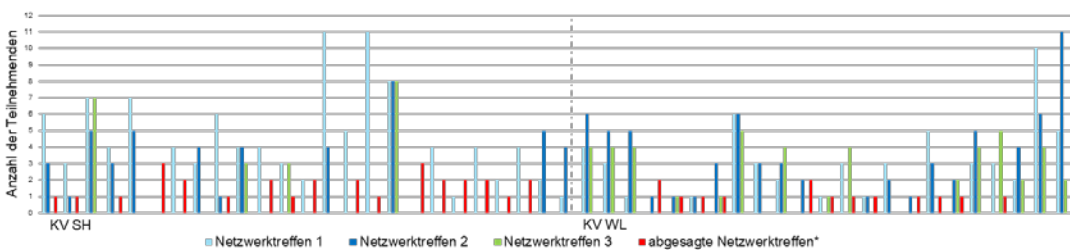
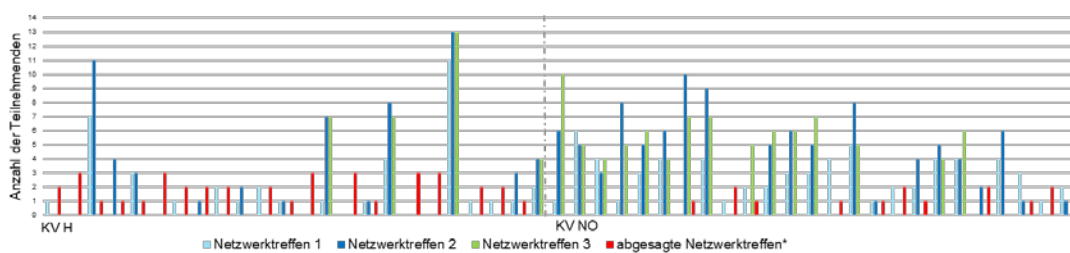
Informationen zu Facharztbesuchen	Δ ACD-Netzwerk	Vorjahresvergleich Ihres Netzwerks	Δ KV-Region
Patienten mit mind. einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen hausärztlich tätigen Ärzten	+0,9%		+3,9%
Patienten mit mind. zwei ambulanten Kontakten zu einem Hausarzt / Internisten	+0,3%		+0,0%
Patienten mit mind. einem Abrechnungskontakt zu einem FA für Nephrologie	-0,9%		+1,4%

Ambulante Prozesse	Δ ACD-Netzwerk	Vorjahresvergleich Ihres Netzwerks	Δ KV-Region
Patienten, die mind. zwei HbA1c Bestimmungen und mind. einen LDL Test erhielten	+3,5%		+3,8%
Patienten, die im DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben waren	+5,3%		+3,4%

Verschriebene Arzneimittel	Δ ACD-Netzwerk	Vorjahresvergleich Ihres Netzwerks	Δ KV-Region
Patienten mit Verschreibung von oralen Antidiabetika	+1,8%		+1,7%
Patienten mit Metformin Verschreibung	+3,8%		+1,9%

Sektorübergreifende Patienteninformationen	Δ ACD-Netzwerk	Vorjahresvergleich Ihres Netzwerks	Δ KV-Region
Patienten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Diabetes	-0,2%		0,0%
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Diabetes	+0,1%		0,0%

## Anzahl der Teilnehmenden je Netzwerktreffen



## Aktuelles zum Projekt



Besuchen Sie unsere Projektwebseite:  
[www.acd-projekt.de](http://www.acd-projekt.de)

## Hintergrund zum Projekt

- Gefördert durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, Innovationsfonds, Versorgungsforschung
- Projektlaufzeit: 04/2017 bis 10/2020

## Konsortialpartner in Accountable Care in Deutschland



## CHECKLISTE für Moderatoren\_innen

### Aufgaben zum Ende des Netzwerktreffens

- Verteiler von der Gruppe festlegen lassen  
(Blatt zum Eintragen der E-Mail Adressen herumgeben lassen, ggf. Fax etc.)
- die Verantwortlichen für evtl. vergebene Aufgaben nochmal klar benennen
- Kurzes Ergebnisprotokoll ankündigen (Verteiler KV)
- Evaluationsbögen austeilen und wieder einsammeln
- Teilnahmebescheinigungen aushändigen
- Potentiell beim Netzwerktreffen erstelltes Material für das Protokoll abfotografieren
- Hinweise auf Möglichkeiten der Weiterführung der Treffen
- Hinweis auf die Projekthomepage [www.acd-projekt.de](http://www.acd-projekt.de) und die Möglichkeit sich darüber oder dem ACD Newsletter (Anmeldung über die Homepage) über Neuigkeiten zum Projekt zu informieren

**Ergebnisprotokoll: ACD-Netzwerktreffen (Vorlage – nicht bindend)**

Im Folgenden werden die wichtigsten Informationen aus dem Netzwerktreffen festgehalten. Dabei wird in der Gruppe abgestimmt, ob das Protokoll nur an die Netzwerktreffenteilnehmer verschickt werden soll, oder ob weitere Personen das Protokoll erhalten sollen. Das Versenden an weitere Teilnehmer als den Anwesenden bedarf dabei einer Einstimmigkeit unter den Teilnehmern. Das Ergebnisprotokoll sollte vorzugsweise innerhalb von zwei Wochen nach Stattfinden des Netzwerktreffens an die KV versendet werden, sodass dies durch die KV an die Teilnehmer des Netzwerktreffens versendet werden kann.

Bitte achten Sie in jedem Fall darauf, im Protokoll keine personenbezogenen Daten (Namen von Personen) zu nennen.

Soll das Protokoll neben den Teilnehmern weiteren Personen zugesendet werden?

nein

ja, und zwar:

Datum:

Netzwerk Name:

Netzwerktreffennummer:

Anzahl der Teilnehmer beim Treffen:

Anwesende Facharztgruppen:

Moderator:

I. Thema/Themen des Netzwerktreffens:

II. Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit (nur für erstes Treffen) bzw. Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte und Erkenntnisse des Themas (für zweites bis viertes Treffen):

- III. Zusammenfassung zu potentielltem Konsense zu Arbeits- und Behandlungsweisen sowie ggf. Versorgungssequenzen:
- IV. Zu klärende Fragen bis zum nächsten Netzwerktreffen (sofern ein weiteres Treffen stattfinden soll) und ggf. Verantwortlichkeit (Teilnehmer/Moderator/KV ohne Angabe der jeweiligen Namen):
- V. Ggf. Anhänge (Fotos/Skizzen/Verteiler):
- VI. Avisierter Termin und ggf. Ort des nächsten Netzwerktreffens (außerhalb der ACD Studie):
- VII. Möchten Sie dem ACD Netzwerk ein Ergebnis Ihres Netzwerktreffens oder Ihrer Netzwerkarbeit mitteilen, was die KV den restlichen Teilnehmern des Netzwerks übermitteln kann?



## Prozessevaluation in der ACD - Studie

### Teil 2: Dokumentation und Anregungen zu den Netzwerktreffen

#### Zielgruppe: ACD Moderator\_innen

Die Dokumentation der Netzwerktreffen dient der Prozessevaluation gemäß MRC-Guidance<sup>1</sup>, welche darauf abzielt die Wirkmechanismen der ACD Intervention zu identifizieren. Teil 1 der Prozessevaluation startete bereits bei den ACD Trainings. Der folgende Teil erfolgt bezüglich der Moderator\_innen nicht anonymisiert, um die Möglichkeit zu schaffen etwaige Rückfragen zu Ihrem Feedback zu stellen, damit wir bestmöglich auf Ihre Anmerkungen eingehen können, um damit die ACD Intervention zu optimieren. Selbstverständlich verbleiben Ihre personenbezogenen Antworten lediglich beim Studienteam und werden nur in aggregierter Form ausgewertet. Bitte achten Sie beim Ausfüllen darauf, dass Sie in Bezug auf die Teilnehmenden nur in allgemeiner, nicht personenbezogener Form berichten.

Für weitere Fragen zur Prozessevaluation steht Ihnen Frau Isabel Geiger, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Fachbereichs Health Services Management der LMU München (Telefon: 089/2180-6790, E-Mail: [geiger@bwl.lmu.de](mailto:geiger@bwl.lmu.de)) gerne zur Verfügung. Für organisatorische Fragen wenden sie sich bitte wie gewohnt an Ihre Kassenärztliche Vereinigung.

Netzwerk Name:	Netzwerktreffennummer:	1.	2.	3.	4.	Netzwerktreffen
Name des/der Moderator_in:						
Datum:	Beginn:	Ende:				
Anzahl der Teilnehmenden:	Veranstaltungsort:					
Hausärzte:	Orthopäden:					
Augenärzte:	Frauenärzte:					
Hautärzte:	Chirurgen:					
HNO Ärzte:	Psychotherapeuten:					
Fachinternisten:	Zusätzlich anwesende Personen, die nicht Teil des ACD Netzwerks sind:					
Sonstige Fachärzte:						
<small>Benennung der sonstigen Fachärzte:</small>						
Skizzieren Sie bitte kurz, welches Thema bzw. welche Indikationsgruppen vorwiegend in dem Netzwerktreffen besprochen wurden.						
Konnten Sie das vorgesehene Programm durchführen oder gab es Ereignisse (z.B. andauernde Meinungsverschiedenheiten), die den Ablauf verändert haben? Falls ja, skizzieren Sie bitte inwiefern der Ablauf verändert wurde.						
Wurde ein Versorgungspfad oder ein Konsens hinsichtlich zukünftiger Behandlungs- und Arbeitsweisen erarbeitet?						
ja		nein			teilweise	

<sup>1</sup> Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. The BMJ. 2015;350:h1258. doi:10.1136/bmj.h1258.

Skizzieren Sie den Bereich, in dem der Konsens erzielt wurde, bitte kurz.

Bitte kreuzen Sie die jeweils aus Ihrer Sicht zutreffende Antwort zu den folgenden Aussagen an. Versuchen Sie bitte, die Fragen möglichst spontan und intuitiv zu beantworten.

Die Netzwerktreffen wirken aus meiner Sicht positiv auf...

a. ... Ihre eigene Berufszufriedenheit.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

b. ... die Berufszufriedenheit der Teilnehmenden.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

c. ... die Koordination zwischen den Teilnehmenden.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

d. ... die Patientenversorgung im Allgemeinen.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

e. ... die Patientenversorgung für die im heutigen Netzwerktreffen besprochene Indikationsgruppe.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Die Netzwerkinformation bietet eine Diskussionsgrundlage für die Arbeit im Netzwerk und enthält relevante Informationen.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Die Teilnehmenden scheinen motiviert an künftigen Netzwerktreffen teilzunehmen.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Die Teilnehmenden wollen weitere an der Versorgung Beteiligte zu den Netzwerktreffen einladen.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Benennung der Professionen (falls genannt):

Aus Ihrer Sicht wie bewerten Sie die Netzwerktreffen hinsichtlich...

a. ...Ihres zeitlichen Aufwands in Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung?

überw. Negativ      eher negativ      indifferent      eher positiv      überw. positiv

b. ...den vom ACD Studienteam zur Verfügung gestellten Materialien?

überw. negativ      eher negativ      indifferent      eher positiv      überw. positiv

c. ...Ihrer eigenen Motivation zur Durchführung weiterer Netzwerktreffen?

überw. negativ      eher negativ      indifferent      eher positiv      überw. positiv

Haben Sie weitere Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge für das ACD Studienteam?

### Prozessevaluation für Teilnehmende der ACD Studie

Der folgende Fragebogen dient der Prozessevaluation<sup>1</sup> zur Ermittlung der Wirkmechanismen der ACD Intervention. Dazu würden wir gerne Ihre Einschätzungen und Sichtweisen in Erfahrung bringen. Wir bitten Sie, die Fragen möglichst spontan und intuitiv zu beantworten. Damit unterstützen Sie die Evaluation des Projekts. Wir danken Ihnen für Ihre Kooperation!

Für Fragen zur Prozessevaluation steht Ihnen Frau Isabel Geiger, Fachbereich Health Services Management der LMU München (Telefon: 089/2180-6790, E-Mail: [geiger@bwl.lmu.de](mailto:geiger@bwl.lmu.de)) zur Verfügung.

<b>Datum:</b>	<b>Veranstaltungsort:</b>				
<b>Bitte kreuzen Sie an, wie viele ACD Netzwerktreffen (inklusive heute) Sie bisher besucht haben.</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Netzwerktreffen
<b>In welcher KV-Region üben Sie Ihre ärztliche Tätigkeit aus?</b>	HH <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SH <input type="checkbox"/>	WL <input type="checkbox"/>	andere <input type="checkbox"/>
<b>Seit wie vielen Jahren üben Sie Ihre Tätigkeit als Facharzt/-ärztin in der ambulanten Versorgung aus?</b>					
<input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> 1 - 2 <input type="checkbox"/> 3 - 5 <input type="checkbox"/> 6 - 10 <input type="checkbox"/> 11 - 15 <input type="checkbox"/> > 15 Jahre					
<p><i>Die ACD Intervention besteht aus vier moderierten Netzwerktreffen und Netzwerkberichten zu sechs von den Teilnehmenden ausgewählten Indikationsgruppen. Bitte kreuzen Sie die jeweils aus Ihrer Sicht zutreffende Antwort zu den folgenden Aussagen an. Versuchen Sie bitte, die Antworten möglichst spontan und intuitiv zu geben.</i></p> <p><b>Ich bin mir darüber im Klaren...</b></p> <p><b>a. ... welche Ziele die ACD Intervention verfolgt.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>b. ... dass die Netzwerke basierend auf gemeinsam versorgten Patienten/innen gebildet wurden.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>c. ... welcher Nutzen durch die ACD Intervention entsteht.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>Die vorab versandten Netzwerkinformationen bieten eine gute Diskussionsgrundlage für die Arbeit im Netzwerktreffen.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>Die Inhalte der Netzwerkinformationen können Entscheidungen in meinem Arbeitsalltag beeinflussen.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>Die Netzwerktreffen können sich positiv auswirken auf...</b></p> <p><b>a. ... die Koordination zwischen mir und den anderen Teilnehmenden.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>b. ... die Patientenversorgung im Allgemeinen.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>c. ... die Patientenversorgung für die im heutigen Netzwerktreffen besprochene Indikationsgruppe.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>d. ... meine Zufriedenheit im Arbeitsalltag.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu					

<sup>1</sup>Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. 1 The BMJ. 2015;350:h1258. doi:10.1136/bmj.h1258.

**Die Netzwerktreffen fördern den direkten Austausch mit meinen Kollegen/innen.**

trifft zu    trifft eher zu    teils/teils    trifft eher nicht zu    trifft nicht zu

**Die Teilnahme an den Netzwerktreffen ist sinnvoll und nützlich für meine Arbeit.**

trifft zu    trifft eher zu    teils/teils    trifft eher nicht zu    trifft nicht zu

**Ich bin motiviert, an künftigen Netzwerktreffen teilzunehmen.**

trifft zu    trifft eher zu    teils/teils    trifft eher nicht zu    trifft nicht zu

**Wie bewerten Sie die Netzwerktreffen hinsichtlich...**

**a. ... der Einladung und Terminierung des Treffens?**

überw. positiv    eher positiv    indifferent    eher negativ    überw. negativ

**b. ... der Erreichbarkeit des Veranstaltungsorts?**

überw. positiv    eher positiv    indifferent    eher negativ    überw. negativ

**c. ... ihrer inhaltlichen Planung und Durchführung?**

überw. positiv    eher positiv    indifferent    eher negativ    überw. negativ

**d. ... des halbjährlichen Angebots der Treffen?**

überw. positiv    eher positiv    indifferent    eher negativ    überw. negativ

**Gab es aus Ihrer Sicht während des Netzwerktreffens genügend Zeit für Rückfragen?**

ja    nein

**Falls nicht, welche Fragen hätten Sie gerne noch besprochen?**

**Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die vorab versandten Netzwerkinformationen, so dass Sie diese besser im Alltag nutzen können?**

**Haben Sie weitere Anliegen oder Anmerkungen, die Sie dem ACD Studienteam gerne mitgeben wollen?**

Wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme!

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046



## Anlage 3.3. Unterlagen Netzwerk- und Intervisionstreffen

### *Unterlagen Intervisionstreffen*

Gefördert durch:

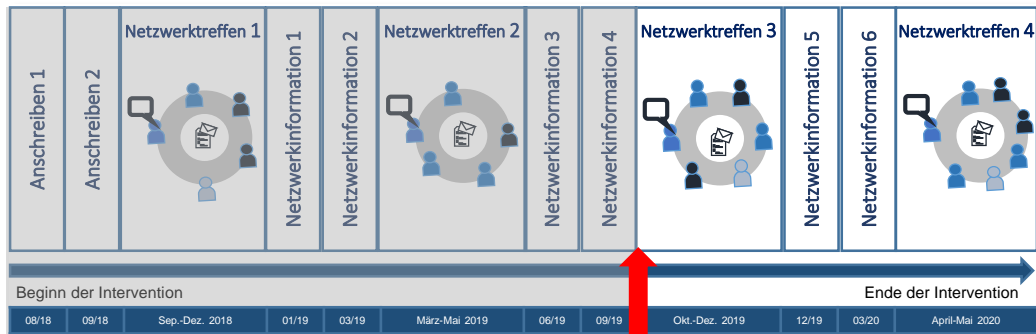


# Accountable Care in Deutschland

Verbesserung der Patientenversorgung durch mehr Vernetzung und informierten Dialog



## Zwischenergebnisse



## Zahlen und Fakten aus dem bisherigen Projektverlauf



**100** Interventions-Netzwerke



**24.000** versendete Netzwerkinformationen



**197** organisierte Netzwerktreffen



**60** engagierte Moderatoren leiteten die Netzwerktreffen

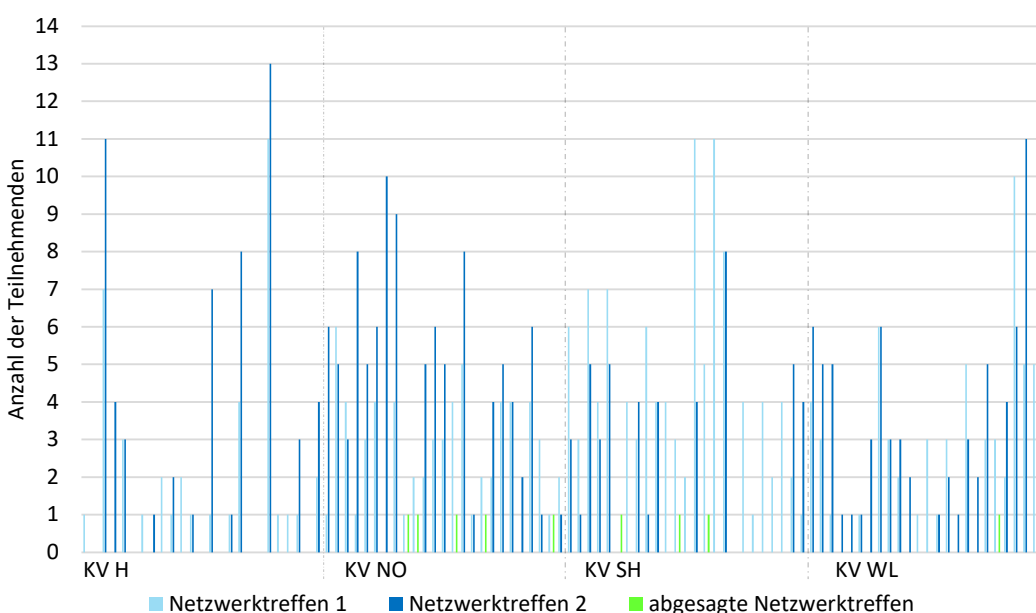


**549** teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten



**5%** Insgesamt entspricht das einer Teilnahmequote von 5%

## Anzahl der Teilnehmenden je Netzwerktreffen



## Zwischenfazit

- Netzwerktreffen wurden zur gemeinsamen Diskussion genutzt und gemeinsame Lösungsstrategien zur fachübergreifenden Zusammenarbeit konsentiert
- Teilnehmerzahlen sind zum Teil gering
- Größte Herausforderung ist die Motivation von Teilnehmern in wenig besuchten Netzwerktreffen
- Entwicklung der Teilnehmerzahlen von der ersten zur zweiten Netzwerktreffenphase variieren je KV-Region:
  - ↗ KV H +45%
  - ↗ KV NO +52%
  - ↘ KV SH - 56%
  - ↗ KV WL +16%

## Besprochene Themen in den Netzwerktreffen

- Versorgungspfade für Suchterkrankte und Schmerzpatienten
- Herausforderungen in der alltäglichen Arbeit und Netzwerkarbeit
- Kommunikation und Kooperation zwischen den Ärzten und Psychotherapeuten Vorort
- Patienten mit Suchterkrankungen
  - Vorschlag an das Studienteam der Darstellung von Pregabalinverschreibungen

## Ideen und Konsens der Zusammenarbeit

- Kommunikation(-swege) und Zusammenarbeit zwischen Arztgruppen ausbauen
  - Erarbeitung von gemeinsamen Standards bei Überweisungen und Terminvergaben
  - Austausch von Adressen und Telefonnummern
- Zielgerichtete Kommunikation zwischen Arzt und Patienten
  - Erarbeitung eines gemeinsamen Anamnesebogens
- Einigung auf zukünftige Themen im Netzwerk
  - z.B. Medikamentenpläne
- Einigung auf die Einladung weiterer Personen zum Netzwerktreffen
  - Insbesondere Fachärzte (z.B. Neurologen, Psychotherapeuten, Orthopäden)

## Aktuelles zum Projekt

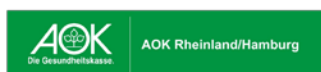


Besuchen Sie unsere Projektwebseite:  
[www.acd-projekt.de](http://www.acd-projekt.de)

## Hintergrund zum Projekt

- Gefördert durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, Innovationsfonds, Versorgungsforschung
- Projektlaufzeit: 04/2017 bis 06/2020

## Konsortialpartner in Accountable Care in Deutschland





# ACD - Accountable Care in Deutschland: Zwischenbilanz

Fachbereich Health Services Management, Ludwig-Maximilians-Universität München

Konsortialpartner in Accountable Care in Deutschland



## Projektinformation ACD

Zwischenbericht Netzwerkinformationen

Zwischenbericht Netzwerktreffen

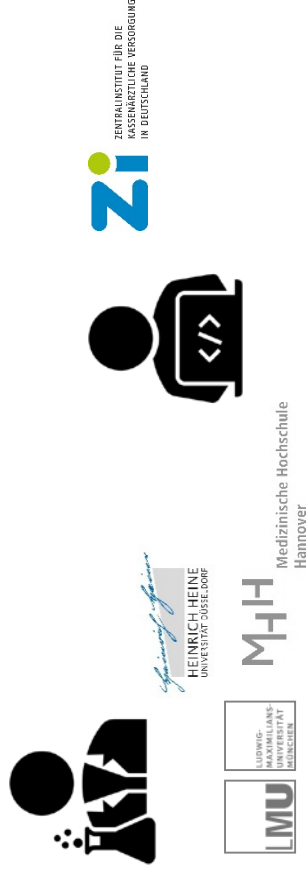
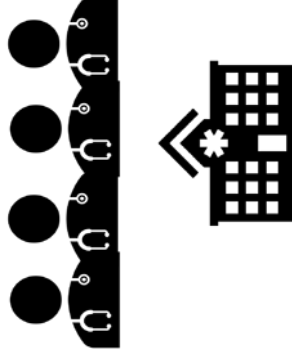
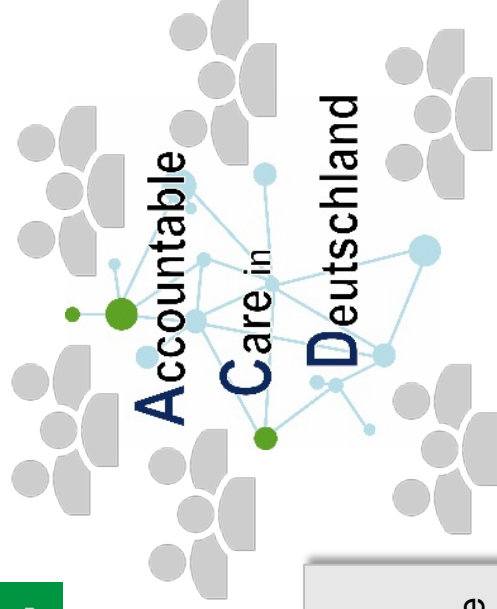
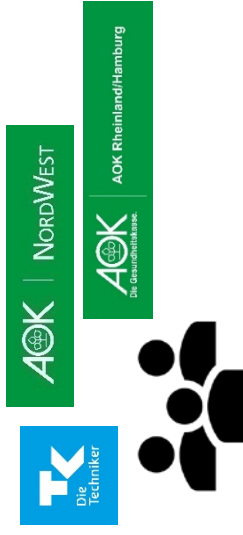


# Accountable Care in Deutschland

Verbesserung der Patientenversorgung durch mehr Vernetzung und informierten Dialog



## Projektinformationen ACD



Innerhalb der ACD-Studie soll die Zusammenarbeit der Ärzte und Psychotherapeuten im ambulanten Bereich gestärkt werden. Hierbei soll die kontinuierliche Versorgung Patienten unterstützt und die Berufszufriedenheit der Ärzte verbessert werden.

Projektlaufzeit: April 2017 - Juni 2020

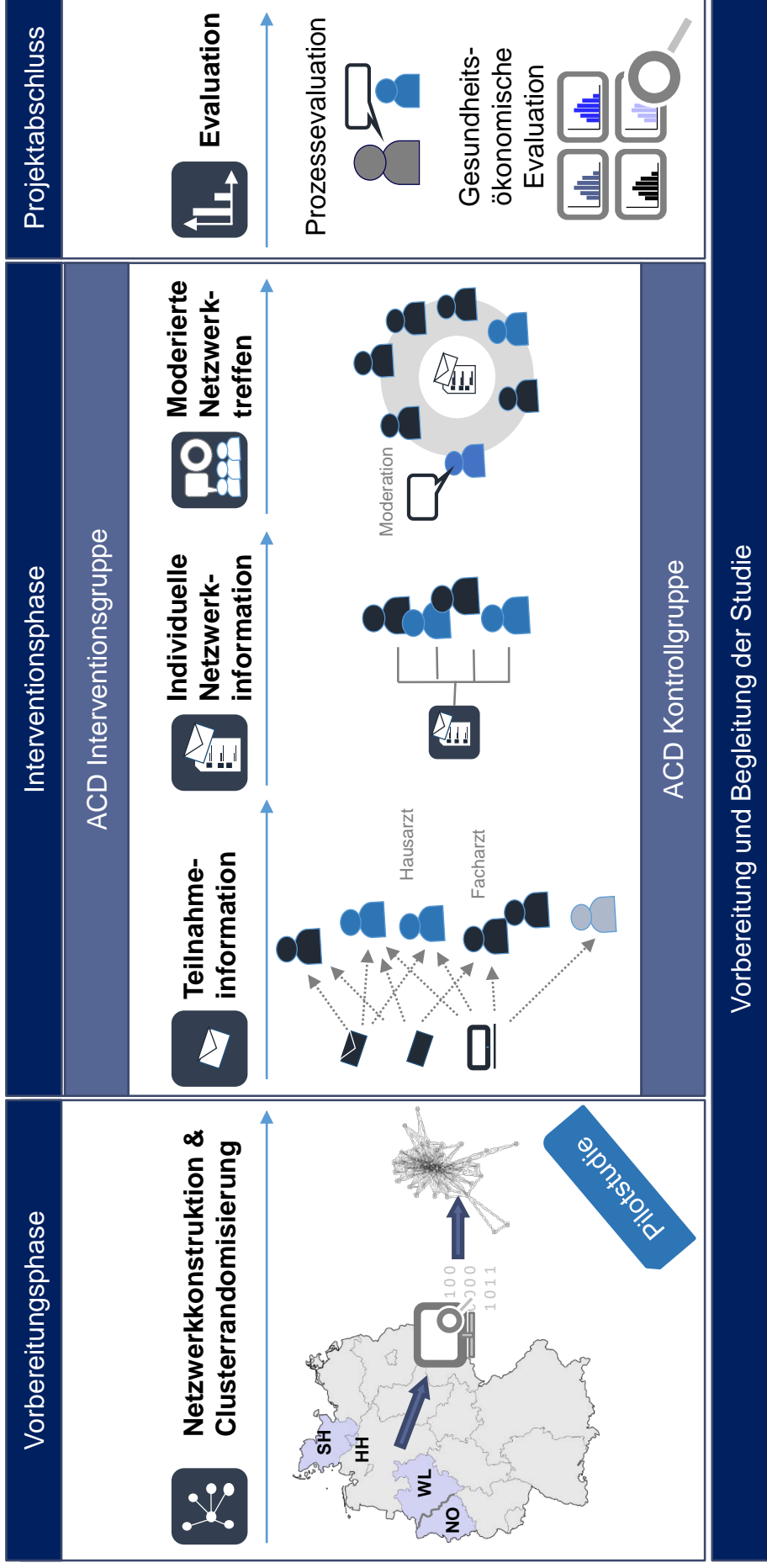
Förderung: Innovationsfonds (Versorgungsforschung)

# Zielsetzung im ACD Projekt

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Therapeuten fördern
- Durch verbesserte Vernetzung Patientenversorgung stärken
- Informierten Dialog ermöglichen
- Durch verbesserte Vernetzung Berufszufriedenheit steigern
- Gründe für Defizite / Stärken in der Versorgung identifizieren
- Angebot von diagnosebezogenen Indikatoren zur Zusammenarbeit in Form von Netzwerkinformationen



# Organisation der Interventionsstudie



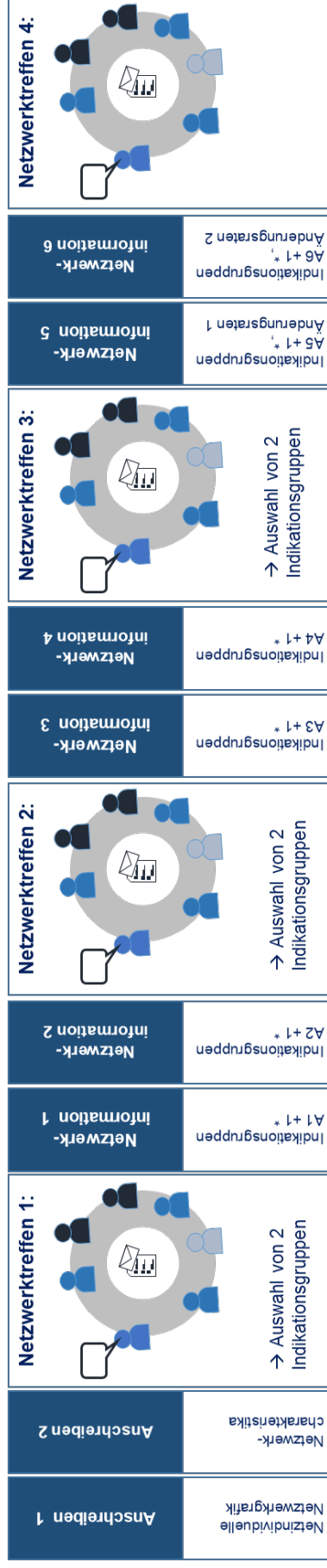
April 2017

August 2018

Vorbereitung und Begleitung der Studie

Juni 2020 Sept. 2020

## Ablauf der Intervention über 2 Jahre



\* +1 beschreibt jeweils das im Netzwerktreffen ausgewählte Element des Bereichs B

Beginn der Intervention

Ende der Intervention



Von der Studiengruppe vorausgewählte Indikationsgruppen (A)

- A1 Diabetes mellitus
- A2 Ischämische Herzkrankheiten
- A3 Herzinsuffizienz
- A4 Bronchitis & COPD
- A5 Rückenbeschwerden
- A6 Depressive Störungen

Von den Teilnehmern der Netzwerktreffen ausgewählte Indikationsgruppen (B)

- Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opiode
- Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
- Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms
- Infektiöse Darmkrankheiten
- Grippe und Pneumonie
- HNO-Infektionen
- Gonarthrose

# Inhalte der Netzwerkinformationen

- Die Netzwerkinformationen beinhalten Daten zu/r:
  - Beschreibung der Patientenpopulation
  - Facharztbesuchen
  - Ambulanten Prozessen
  - Arzneimittelverschreibungen
- Alle Indikatoren sind patientenbezogen berechnet. Das bedeutet, dass z.B. berichtet wird ob ein Patient eine Verschreibung erhielt (und einlöste), nicht allerdings von welchem Arzt.
- Es werden alle Daten für drei Patientengruppen im Vergleich erstellt:
  - Patienten, die bei den angeschriebenen Ärzten in Behandlung sind (**ACD Patienten**)
  - im ACD Netzwerk geteilte Patienten (**ACD Netzwerk-Patienten**)
  - Vergleichswert aller ACD Patienten in der KV Region (**KV Vergleichswert**)

**Projektinformation ACD**

**Zwischenbericht Netzwerkinformationen**

**Zwischenbericht Netzwerktreffen**

## Erfolgreicher Versand von Netzwerkinformationen

- In den 4 KV Regionen wurden insgesamt 6.393 Ärzte in den 99 Netzwerken angeschrieben. Diese erhielten quartalsweise bereits 3 Netzwerkinformationen
  - Netzwerkinformation 1: Diabetes und einer Wahldiagnosegruppe (Januar 2019)
  - Netzwerkinformation 2: Ischämischen Herzkrankheiten und einer Wahldiagnosegruppe (März 2019)
  - Netzwerkinformation 3: Herzinsuffizienz (Juni / Juli 2019)
- Folgend sind beispielhaft Darstellungen der ersten Netzwerkinformation zu Diabetes dargestellt

# Beispiel Netzwerkinformationen: Überblick

## Kurzübersicht der im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelten Patienten

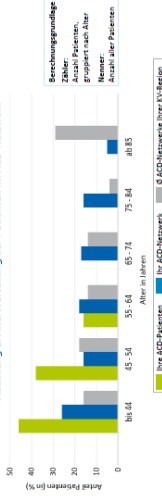
Die Netzwerkinformation umfasst allgemeine Informationen zu Ihrem ACD-Netzwerk sowie indikationsspezifische Informationen zur Patientenversorgung (Behandlung von zwei Indikationsgruppen) im ACD-Netzwerk werden insgesamt 2.806 Patienten der folgenden Indikationsgruppen gemeinsam behandelt (davon 54% weiblich und 46% männlich). Insgesamt sind 36 Ärzte in Ihrem ACD-Netzwerk tätig.

Übersicht 1: Verteilung der ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk auf ausgewählte Indikationen sowie Anteil multimorbider Patienten

Indikationsgruppe	AOD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk	Anteil der multimorbiden ACD-Patienten davon
Ischämische Herzkrankheiten	298	97%
Herzinsuffizienz	120	98%
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1.018	93%
Bronchitis & COPD	685	78%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opioide	105	94%
Rückenbeschwerden	1.359	89%
Hypertonie	1.503	89%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms	934	83%
Infektiöse Darmerkrankheiten	484	61%
Grippe und Pneumonie	109	77%
HNO-Infektionen	1.853	64%
Diabetes mellitus	1.106	93%
Gonorrhoe	473	95%
	243	91%

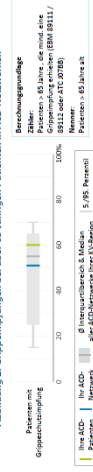
Im Folgenden sehen Sie die Altersverteilung der von Ihnen im ACD-Netzwerk betreuten Patienten, Ihres ACD-Netzwerkes sowie der Durchschnittswert der ACD-Netzwerke innerhalb Ihrer IV-Region.

Abbildung 1: Altersverteilung der Patienten im ACD-Netzwerk



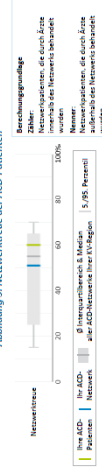
Bei Personen älter als 65 Jahre und chronisch Kranken führt die Gruppe häufig zu Komplikationen (Quelle: Statista). Die Zahl der Patienten im ACD-Netzwerk ist im Vergleich zum Anteil in Ihrem ACD-Netzwerk sowie zu den anderen ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region.

Abbildung 2: Gruppierungen bei über 65-jährigen Patienten in ACD-Netzwerken



Im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelte Patienten werden sowohl von Ärzten im ACD-Netzwerk, als auch von Ärzten außerhalb des ACD-Netzwerks behandelt. Der Indikator „Netzwerkweite“ soll eine Aussage über die Netzwerkweite des ACD-Netzwerkes machen. Die Netzwerkweite ist ein Maß für die Netzwerkweite durch Patienten im Netzwerk statifiziert. Werte über 50 Prozent bedeuten, dass Abrechnungskontakte der ACD-Patienten mehrheitlich innerhalb des ACD-Netzwerkes erfolgen. Je nach Ausmaß der Netzwerkweite sind auch Ärzte außerhalb des ACD-Netzwerkes an der Behandlung beteiligt gewesen.

Abbildung 3: Netzwerkweite der ACD-Patienten



## Diabetes mellitus: Informationen zu Haus- und Facharztbesuchen

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über ausgewählte Fachgruppen, die von den ACD-Patienten Ihres ACD-Netzwerkes aufgesucht wurden. Neben dem Anteil der ACD-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung wird ausgewiesen, wie häufig ein Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztliche innere Medizin) im Jahr aufgesucht wurde, ob ein Arztbesuch nach Überweisung erfolgt, und ob mehrere unterschiedliche Praxis der jeweiligen Einrichtung aufgesucht wurden.

Abbildung 5: Diabetiker Patienten in den ACD-Netzwerken in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung

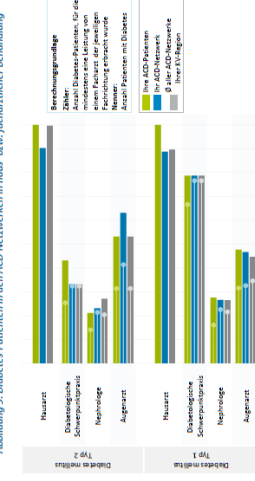
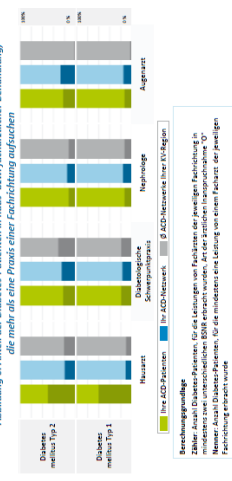


Abbildung 6: Anteil der Diabetiker-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchen



Berechnungsbasis: Patienten, die das Netzwerk von Besuchern der jeweiligen Einrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen BSBK erreicht wurden. Art der statistischen Indikationsgruppe: 01 - Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztliche innere Medizin), 02 - Diagnostische Schwerpunktpraxis, 03 - Spezialambulanz (Fachrichtung: Internistische Geriatrie)



# Beispiel Netzwerkinformationen: Beschreibung der Patientenpopulation



## ■ Kurzübersicht der im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelten Patienten

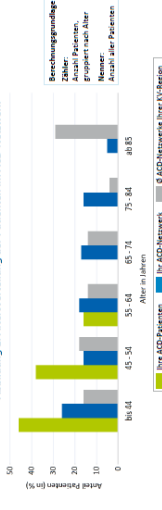
Die Netzwerkinformation umfasst allgemeine Informationen zu Ihrem ACD-Netzwerk sowie indikationsspezifische Informationen zur Patientenversorgung (Behandlung von zwei Indikationsgruppen). Im ACD-Netzwerk werden insgesamt 2.805 Patienten der folgenden Indikationsgruppen gemeinsam behandelt (davon 54% weiblich und 46% männlich). Insgesamt sind 36 Ärzte in Ihrem ACD-Netzwerk tätig.

Übersicht 1: Verteilung der ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk auf ausgewählte Indikationen sowie Anteil multimorbider Patienten

Indikationsgruppe	ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk	Anzahl der multimorbiden ACD-Patienten davon	Anteil
Ischämische Herzerkrankheiten	298	97%	
Herzinsuffizienz	120	98%	
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1.018	93%	
Bronchitis & COPD	685	78%	
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opioid	105	94%	
Rückenbeschwerden	1.359	89%	
Hypertonie	1.003	89%	
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms	934	83%	
Infektiöse Darmerkrankheiten	484	61%	
Grippe und Pneumonie	109	77%	
HNO-Infektionen	1.853	64%	
Depressive Störungen	1.106	93%	
Diabetes mellitus	473	95%	
Gonorrhoe	243	91%	

Im Folgenden sehen Sie die Altersverteilung der von Ihnen im ACD-Netzwerk betreuten Patienten, Ihres ACD-Netzwerkes sowie der Durchschnittswert der ACD-Netzwerke innerhalb Ihrer KV-Region.

Abbildung 1: Altersverteilung der Patienten im ACD-Netzwerk



### Übersicht 3: ACD-Patienten mit Diabetes mellitus

Diabetes mellitus Typ 2	Ihre ACD-Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
Anzahl Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2	1.511	1.421	
Multimorbiditätsrate	-	97,6 %	96,4 %
Mortalitätsrate	-	3,7 %	3,0 %
Patienten mit mind. einem Myokardinfarkt	-	1,3 %	1,2 %
Patienten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Diabetes	-	97,7 %	98,2 %
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Diabetes	-	99,4 %	99,7 %

### Übersicht 6: Anteil der Diabetes-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung

die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchen

Rechenungsgrundlage: Für die Patienten, die die Behandlung von Diabetes der jeweiligen Fachrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen GBA erbracht wurden, ist der statistische Hauptarzt (Hauptarzt) der jeweiligen Fachrichtung ermittelt. Für die mindestens eine Leistung von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung erbracht wurde.

# Beispiel Netzwerkinformationen: Facharztbesuche für relevante Facharztgruppen

**■ Kurzübersicht der im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelten Patienten**  
Die Netzwerkinformation umfasst allgemeine Informationen zu Ihrem ACD-Netzwerk sowie indikationsspezifische Informationen zur Patientenversorgung (Behandlung von zwei Indikationsgruppen) im ACD-Netzwerk werden insgesamt 2.806 Patienten der folgenden Indikationsgruppen gemeinsam behandelt (davon 54% weiblich und 46% männlich). Insgesamt sind 36 Ärzte in Ihrem ACD-Netzwerk tätig.

*Übersicht 1: Verteilung der ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk auf ausgewählte Indikationen sowie Anteil multimorbider Patienten*

Indikationsgruppe	AOD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk	Anzahl der multimorbiden ACD-Patienten davon
Ischämische Herzkrankheiten	298	97%
Herzinsuffizienz	120	98%
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1.018	93%
Bronchitis & COPD	685	78%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opioide	105	94%
Rückenbeschwerden	1.359	89%
Hypertonie	1.503	89%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms	934	83%
Infektiöse Darmerkrankheiten	484	61%
Grippe und Pneumonie	109	77%
HNO-Infektionen	1.853	64%
Diabetes mellitus	1.106	93%
Diabetes mellitus	473	95%
Gonorrhoe	243	91%

Im Folgenden sehen Sie die Altersverteilung der von Ihnen im ACD-Netzwerk betreuten Patienten, Ihres ACD-Netzwerkes sowie der Durchschnittswert der ACD-Netzwerke innerhalb Ihrer KV-Region.

**Abbildung 1: Altersverteilung der Patienten im ACD-Netzwerk**

**Berechnungsgrundlage:**  
Zähler: Anzahl der Patienten, die in Ihrem ACD-Netzwerk betreut werden  
Nenner: Anzahl aller Patienten  
Alter in Jahren: 65-74, 75-84, ab 85

**Abbildung 6: Anteil der Diabetes-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchen**

**Berechnungsgrundlage:**  
Zähler: Anzahl Patienten mit Diabetes mellitus, für die Leistungen von Fachärzten der jeweiligen Fachrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsstätten erbracht wurden  
Nenner: Anzahl Patienten mit Diabetes mellitus

**Berechnungsgrundlage:**  
Zähler: Anzahl Patienten mit Diabetes mellitus, für die Leistungen von Fachärzten der jeweiligen Fachrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen BStB erbracht wurden. Art der statistischen Inanspruchnahme "Häuser" (aus Diabetes-Patienten, für die mindestens eine Leistung von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung erbracht wurde)

**Legende:**  
Ihre ACD-Patienten (blau), Ihr ACD-Netzwerk (grün), Ø ACD-Netzwerke Ihrer KV-Region (grau), Hausarzt (rot), Diabetologische Schwerpunktpraxis (orange), FA Nephrologie (gelb), FA Augenheilkunde (hellgrün), Diabetologische Schwerpunktpraxis (dunkelorange), Nephrologie (hellgelb), Hausarzt (dunkelrot), Diabetologische Schwerpunktpraxis (dunkelorange), Nephrologie (hellgelb), Hausarzt (dunkelrot)

**Text:**  
Patienten v. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchen, sind in der jeweiligen Fachrichtung verteilt. Patienten mit Diabetes mellitus sind in der jeweiligen Fachrichtung verteilt. Patienten mit Diabetes mellitus sind in der jeweiligen Fachrichtung verteilt.

# Beispiel Netzwerkinformationen: Ambulante Prozesse

## ■ Kurzübersicht der im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelten Patienten

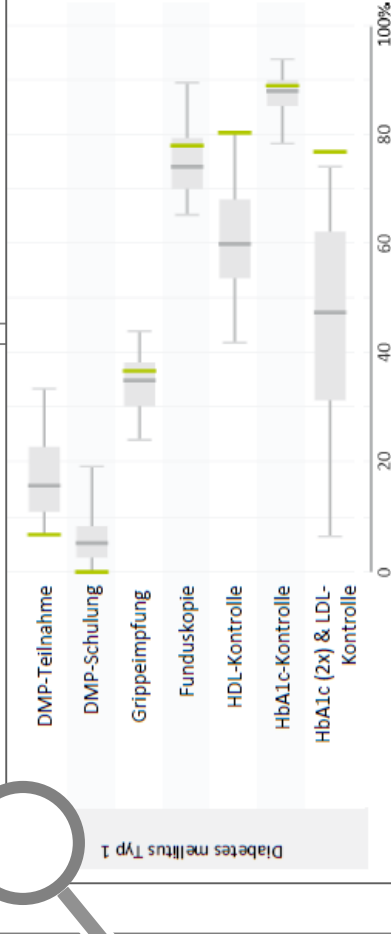
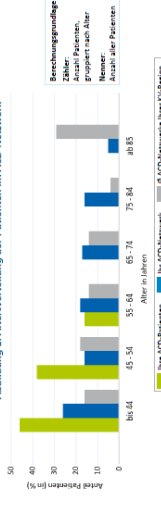
Die Netzwerkinformation umfasst allgemeine Informationen zu Ihrem ACD-Netzwerk sowie indikationsspezifische Informationen zur Patientenversorgung (Beitreibung von zwei Indikationsgruppen) im ACD-Netzwerk werden insgesamt 2.806 Patienten der folgenden Indikationsgruppen gemeinsam behandelt (davon 54% weiblich und 46% männlich). Insgesamt sind 36 Ärzte in Ihrem ACD-Netzwerk tätig.

Übersicht 1: Verteilung der ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk auf ausgewählte Indikationen sowie Anteil multimorbider Patienten

Indikationsgruppe	ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk	Anzahl der multimorbiden ACD-Patienten davon
Ischämische Herzerkrankheiten	298	97%
Herzinsuffizienz	120	98%
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1.018	93%
Bronchitis & COPD	685	78%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opioid	105	94%
Rückenbeschwerden	1.359	89%
Hypertonie	1.503	89%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms	934	83%
Infektiöse Darmerkrankheiten	484	61%
Grippe und Pneumonie	109	77%
HNO-Infektionen	1.853	64%
Depressive Störungen	1.106	93%
Diabetes mellitus	473	95%
Gonorrhoe	243	91%

Im Folgenden sehen Sie die Altersverteilung der von Ihnen im ACD-Netzwerk betreuten Patienten, Ihres ACD-Netzwerkes sowie der Durchschnittswert der ACD-Netzwerke innerhalb Ihrer KV-Region.

Abbildung 1: Altersverteilung der Patienten im ACD-Netzwerk



### Berechnungsgrundlage

Zähler: Patienten mit Diabetes mellitus, für die mind. eine der angegebenen Ziffern abgerechnet wurde:  
DMP-Schulung:

- DJ: EBM 91114(E/N/W), 91118(E/N/W), 91120(E/N/W), 91122(W), 91124(E/N/W), 91126, 91128(N/W)
- D2: EBM 90244(E/N/W), 90246(E/N/W), 90247 (T/E/N/W), 90249(E/N/W), 90251(E/N/W), 90252(E/N/W), 90254(E/N/W), 90255(E/N/W), 90256(E/N/W), 90258 (W), 90260 (N, W), 90265(E/N/W), 90267(E/N/W), 90269(E/N/W), 90272(E/N/W), 90274(E/N/W), 90276(E/N/W), 90278(E/N/W)

- Grippeimpfung: EBM 89111, 89112 oder ATC J07BB
- Funduskopie: EBM 90311, 06333
- HDL: EBM 32061
- HbA1c: EBM 32094
- LDL: EBM 32062

Nenner: Patienten mit Diabetes mellitus  
DMP-Schulung: Patienten mit Diabetes mellitus und DMP-Teilnahme

# Beispiel Netzwerkinformationen: Arzneimittelverschreibungen

**■ Kurzübersicht der im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelten Patienten**  
Die Netzwerkinformation umfasst allgemeine Informationen zu Ihrem ACD-Netzwerk sowie indikationsspezifische Informationen zur Patientenversorgung (Behandlung von zwei Indikationsgruppen). Im ACD-Netzwerk werden insgesamt 2.806 Patienten der folgenden Indikationsgruppen gemeinsam behandelt (davon 54% weiblich und 46% männlich). Insgesamt sind 36 Ärzte in Ihrem ACD-Netzwerk tätig.

*Übersicht 1: Verteilung der ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk auf ausgewählte Indikationen sowie Anteil multimorbider Patienten*

Indikationsgruppe	AOP-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk	Anzahl der multimorbiden ACD-Patienten davon
Ischämische Herzkrankheiten	298	97%
Herzinsuffizienz	120	98%
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1.018	93%
Bronchitis & COPD	685	78%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opioide	105	94%
Rückenbeschwerden	1.359	89%
Hypertonie	1.503	89%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms	934	83%
Infektiöse Darmerkrankheiten	484	61%
Grippe und Pneumonie	109	77%
HNO-Infektionen	1.853	64%
Depressive Störungen	1.106	93%
Diabetes mellitus	473	95%
Gonorrhoe	243	91%

**Abbildung 1: Altersverteilung der Patienten im ACD-Netzwerk**

**Berechnungsgrundlage:** Anteil der Patienten, die durch Ärzte des Netzwerks behandelt wurden.  
**Zähler:** Anteil der Patienten, die durch Ärzte innerhalb des Netzwerks behandelt wurden.  
**Nenner:** Anteil aller Patienten.

**Diabetes mellitus Typ 1**

**Berechnungsgrundlage:** Zähler: Patienten mit Diabetes mellitus mit mindestens einer Verschreibung: orale Antidiabetika: ATC A10B  
Metformin: ATC A10BA02, A10BD\*  
Insulin / Analoga: ATC A10A\*, A10B\*  
Nenner: Patienten mit Diabetes mellitus

**Diabetes mellitus Typ 2**

**Berechnungsgrundlage:** Zähler: Patienten, die durch Ärzte des Netzwerks behandelt wurden.  
Nenner: Patienten, die durch Ärzte außerhalb des Netzwerks behandelt wurden.

**Diabetes mellitus Typ 1 & 2**

**Berechnungsgrundlage:** Anteil der Diabetes-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchen.

**Diabetes mellitus Typ 1**

**Berechnungsgrundlage:** Zähler: Patienten mit Diabetes mellitus mit mindestens einer Verschreibung: orale Antidiabetika: ATC A10B  
Metformin: ATC A10BA02, A10BD\*  
Insulin / Analoga: ATC A10A\*, A10B\*  
Nenner: Patienten mit Diabetes mellitus

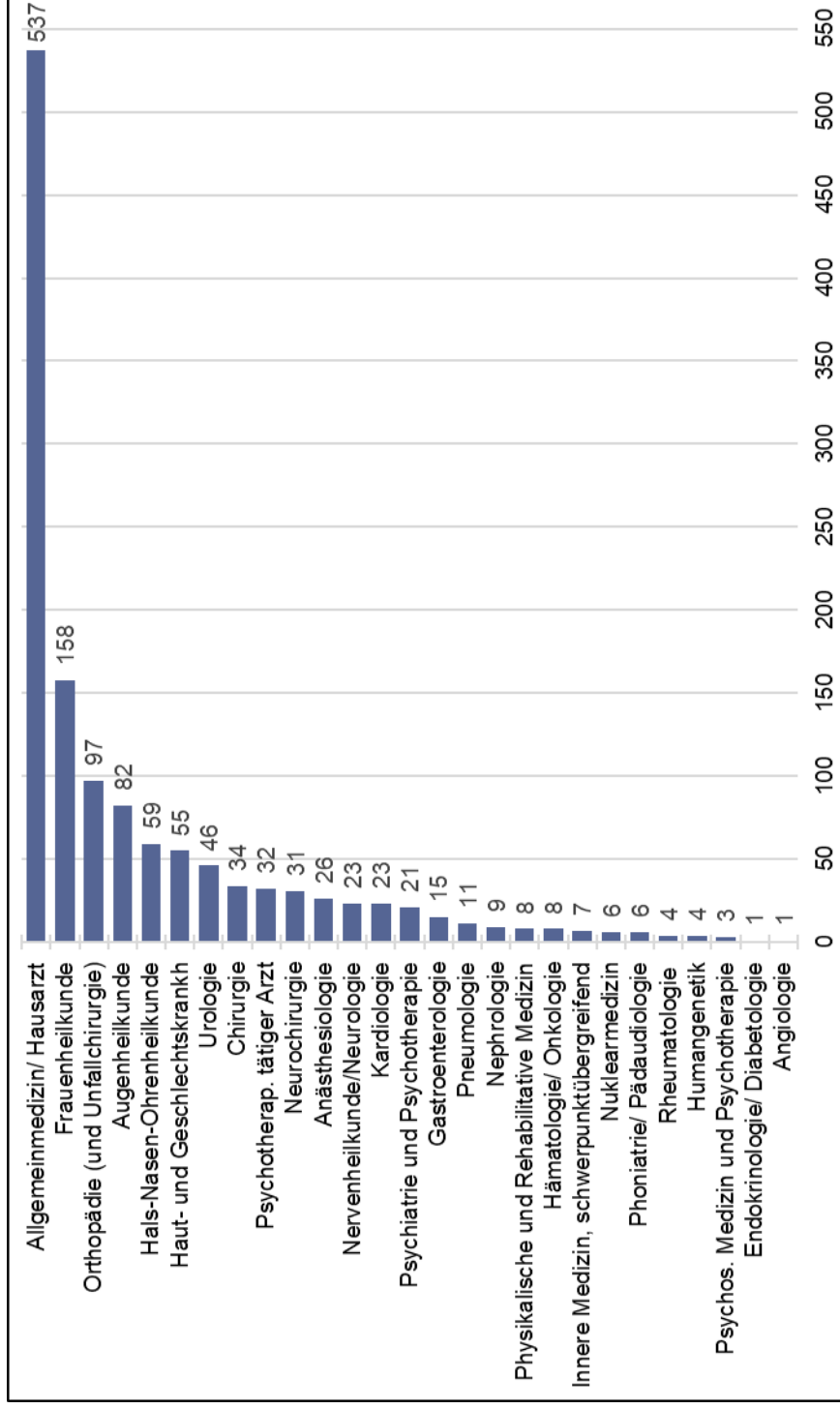
**Diabetes mellitus Typ 2**

**Berechnungsgrundlage:** Zähler: Patienten, die durch Ärzte des Netzwerks behandelt wurden.  
Nenner: Patienten, die durch Ärzte außerhalb des Netzwerks behandelt wurden.

**Diabetes mellitus Typ 1 & 2**

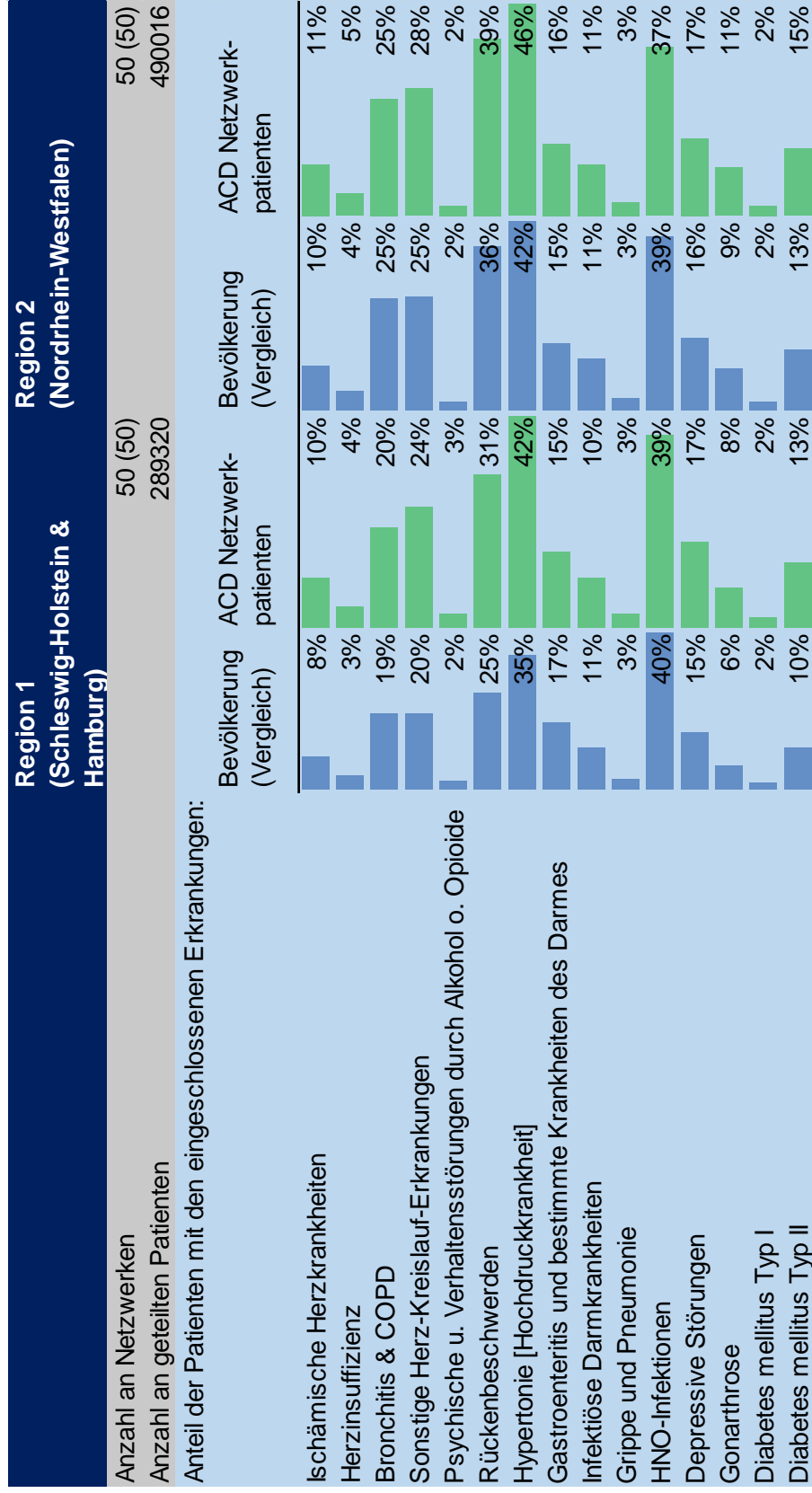
**Berechnungsgrundlage:** Anteil der Diabetes-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchen.

## Beschreibung der Studienpopulation Ärzte in den ACD Netzwerken



Ärzte je Facharztgruppe in den 25 Interventionsnetzen in Hamburg

# Beschreibung der Studienpopulation Patienten in den ACD Netzwerken



**Projektinformation ACD**

**Zwischenbericht Netzwerkinformationen**

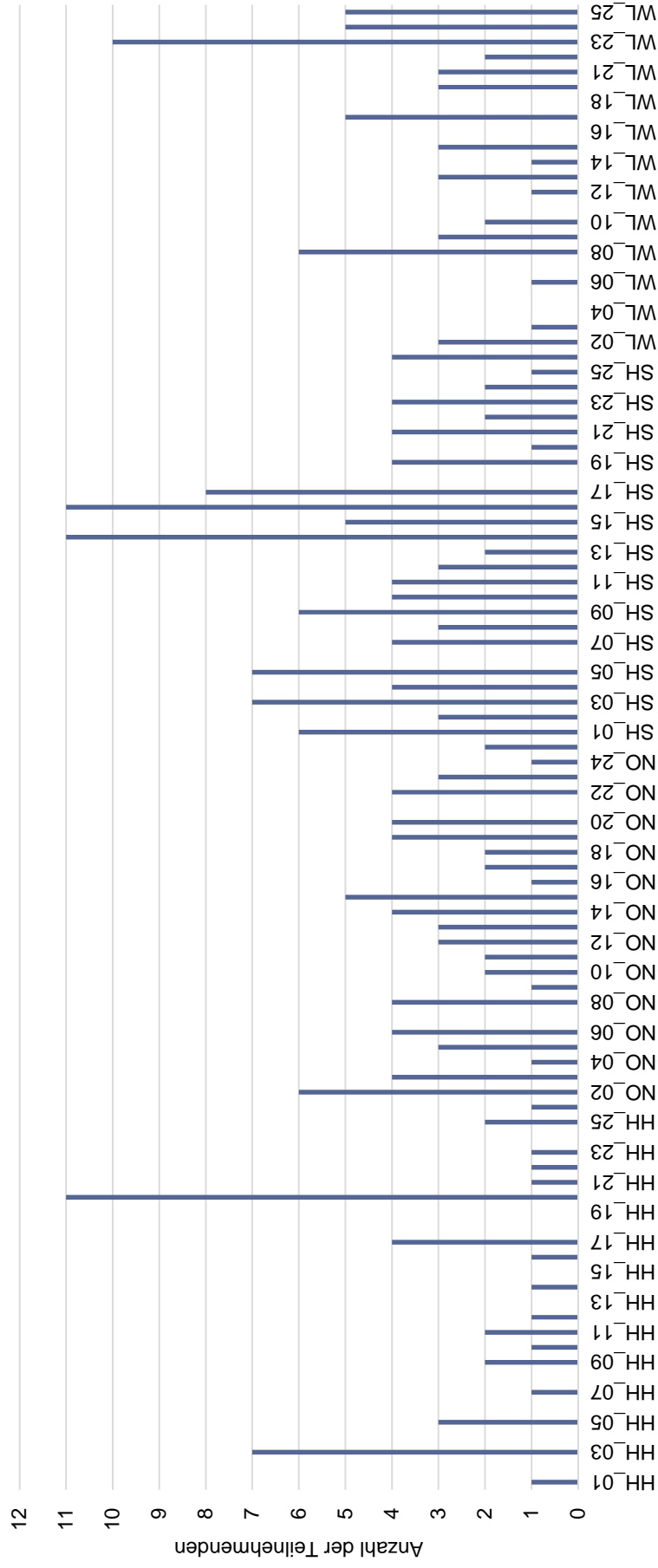
**Zwischenbericht Netzwerktreffen**

# Netzwerktreffen 1

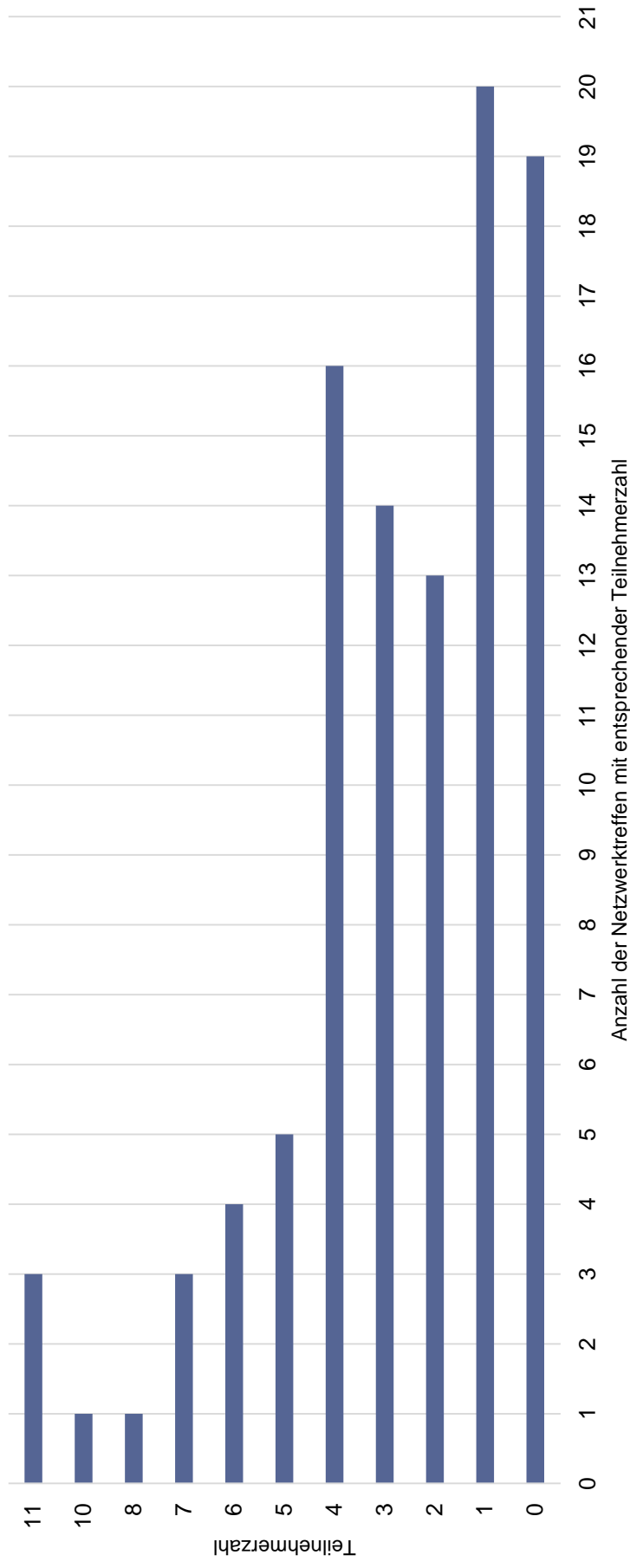
- Insgesamt haben 99 Treffen in den 4 KV Regionen stattgefunden, welche von 60 Moderatoren moderiert wurden.
- In Summe wurden 273 Teilnehmende (40 in Hamburg, 66 in Nordrhein, 61 in Westfalen-Lippe und 106 in Schleswig-Holstein) verzeichnet.
- Die durchschnittliche Teilnehmerzahl lag bei 1,6 in Hamburg, 2,6 in Nordrhein, 2,5 in Westfalen-Lippe und 4,2 in Schleswig-Holstein.
- Die in den Netzwerktreffen am häufigsten vertretene Arztgruppe waren die Hausärzte mit einer Gesamtzahl von 91 Teilnehmenden.



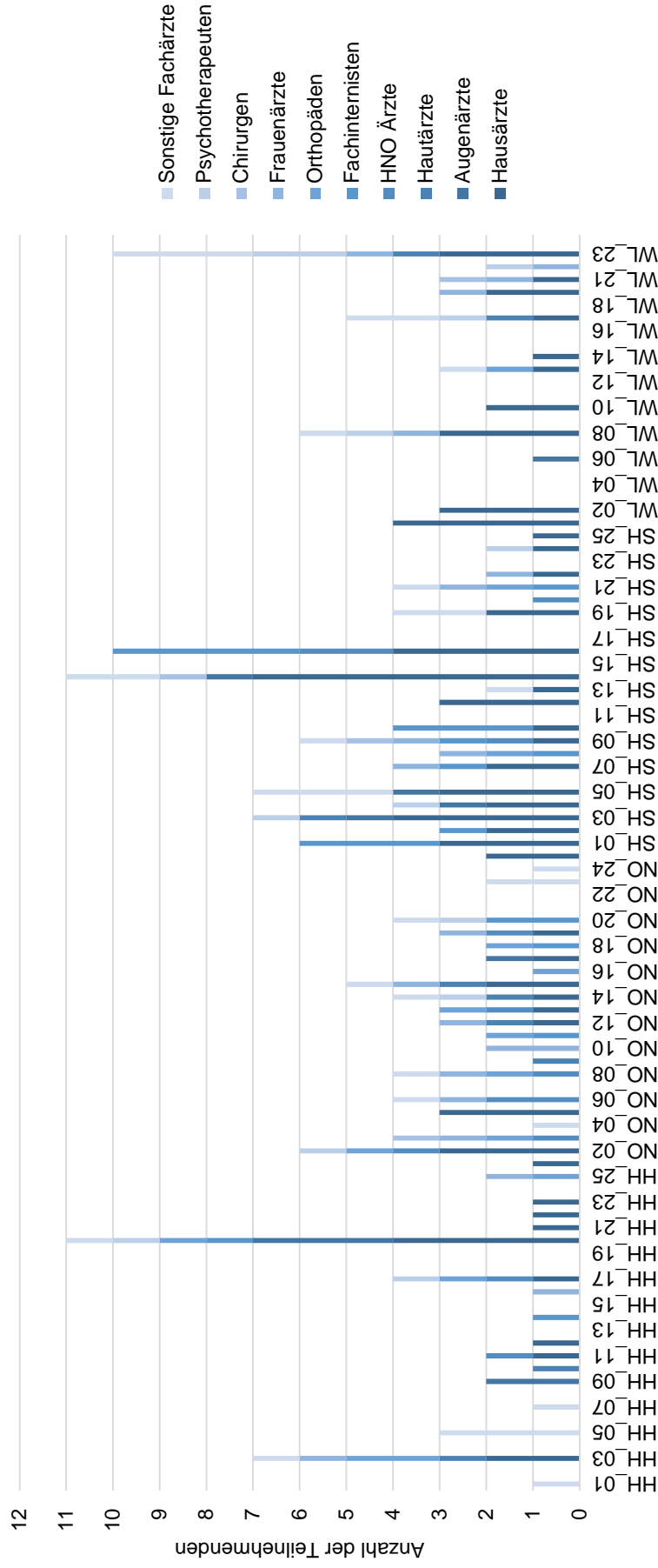
## Anzahl der Teilnehmenden je Netzwerktreffen



## Anzahl der Teilnehmenden je Netzwerktreffen

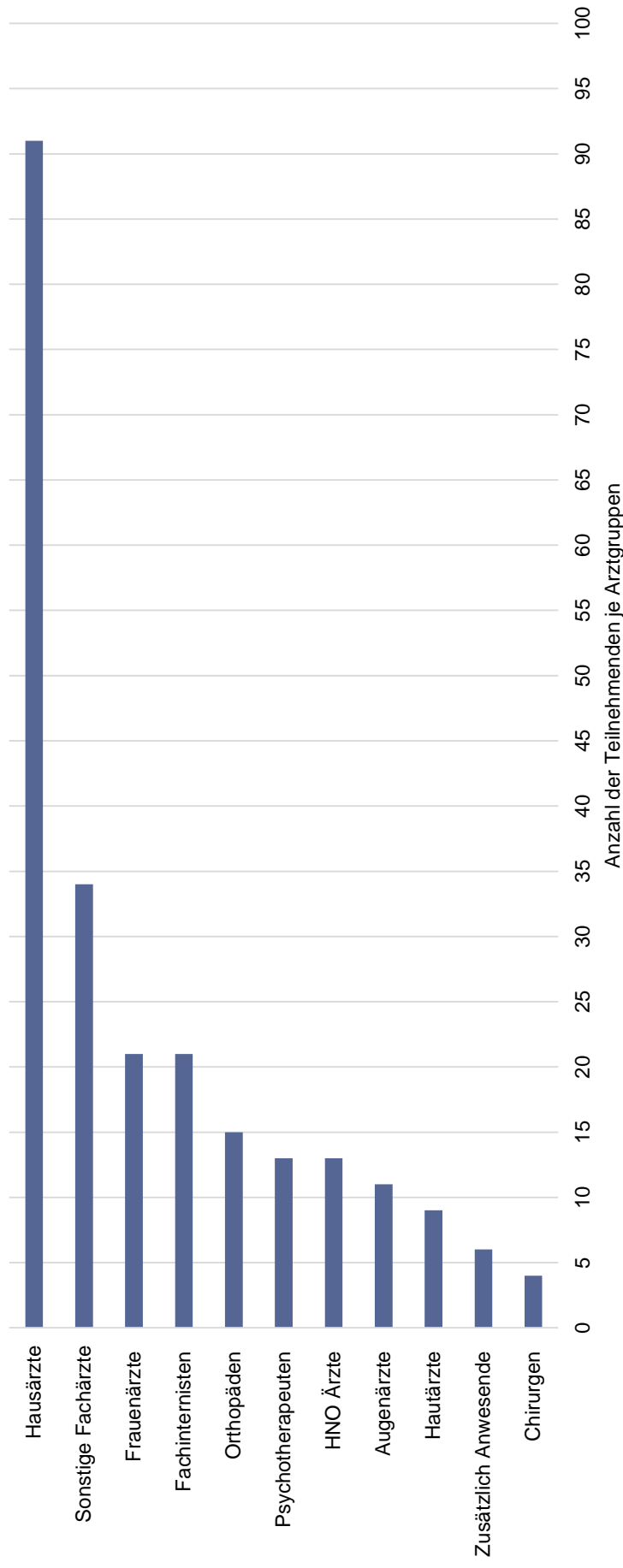


## Fachrichtungen der Teilnehmenden\*



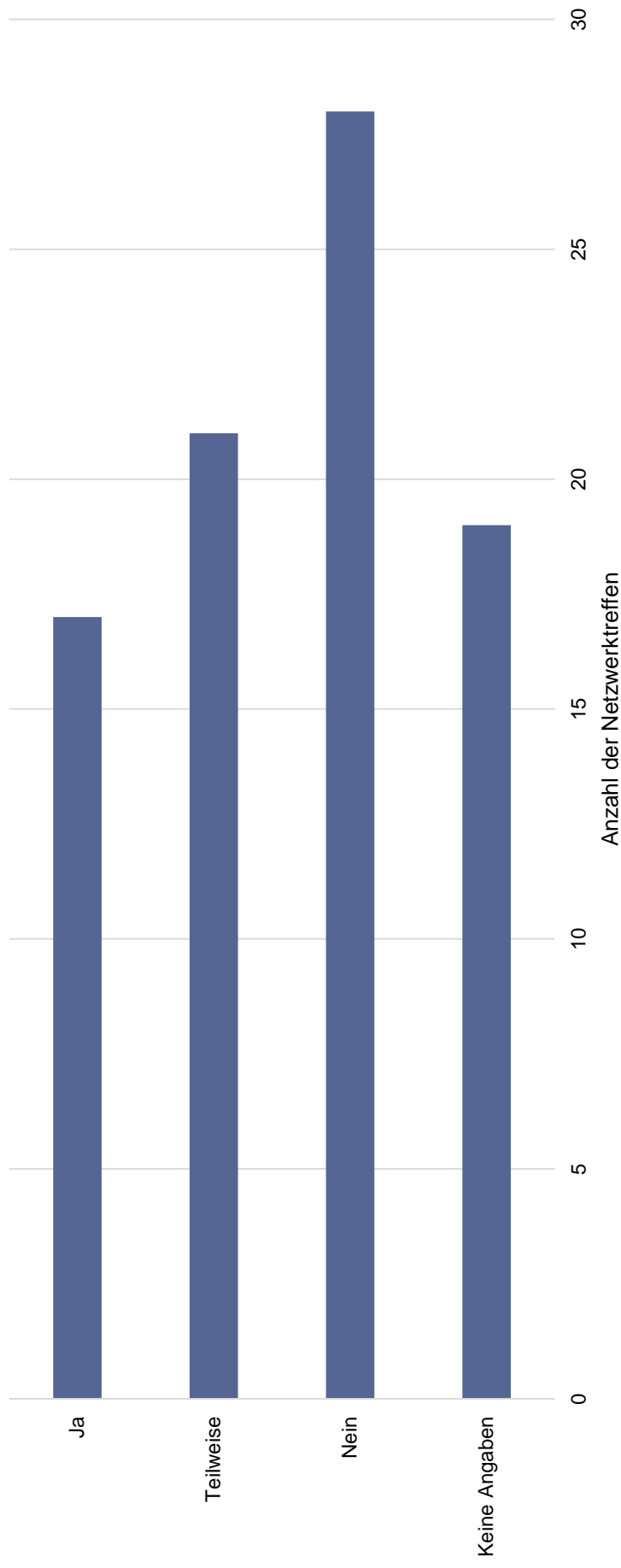
\* Die Summe an Teilnehmenden je Netzwerktreffen kann aufgrund von fehlenden Angaben in den Fragebögen abweichen.

## Anzahl der Arztgruppen (KV übergreifend)\*



\* Ergebnisse basieren auf den Rückmeldungen der Moderatoren in der Prozessevaluation

## „Wurde ein Versorgungspfad oder ein Konsens hinsichtlich zukünftiger Behandlungs- und Arbeitsweisen erarbeitet?“\*



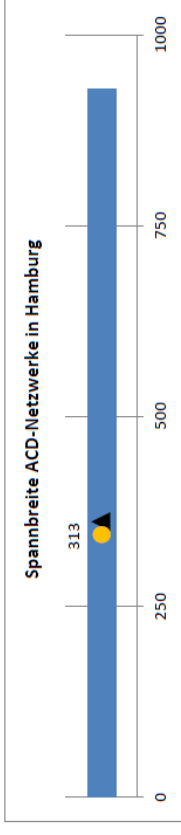
\* Ergebnisse basieren auf den Rückmeldungen der Moderatoren in der Prozessevaluation

# Ergänzungswunsch von Teilnehmenden der Netzwerktreffen zu den Netzwerkinformationen

- Vorschlag zur Ergänzung der Indikatorenliste durch Teilnehmer eines Netzwerktreffens
  - **Verschreibung von Pregabalin** bei Patienten mit Diagnose Suchterkrankung (F10, F11)
  - Vermutung und Interesse der Gruppe: Patienten lassen es sich von unterschiedlichen Ärzten verschreiben
  - Daten des ACD Projekts ermöglichen patientenbezogene Daten zur Verschreibungsmenge

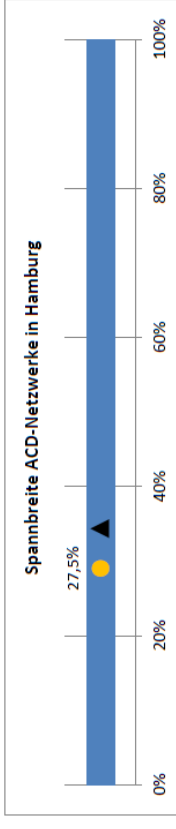
→ Erstellung eines **Factsheets** zur Verschreibung von Pregabalin bei ACD Patienten für das Netzwerk

Indikator 4: Durchschnittlich verschriebene Dosis Pregabalin in Tagesdosen bei Patienten mit der Diagnose F11



Zähler: Durchschnittlich verschriebene Tagesdosen in DDD (Die Tagesdosis bezieht sich auf die mittlere Tagesdosis für Erwachsene, die für die Hauptindikation entsprechend dem ATC-Code empfohlen wird.)  
Denner: Alle ACD-Patienten mit Diagnose F11

Indikator 6: Anteil der Patienten mit der Diagnose F11 und Verschreibungen von Pregabalin mit mehr als 360 Tagesdosen

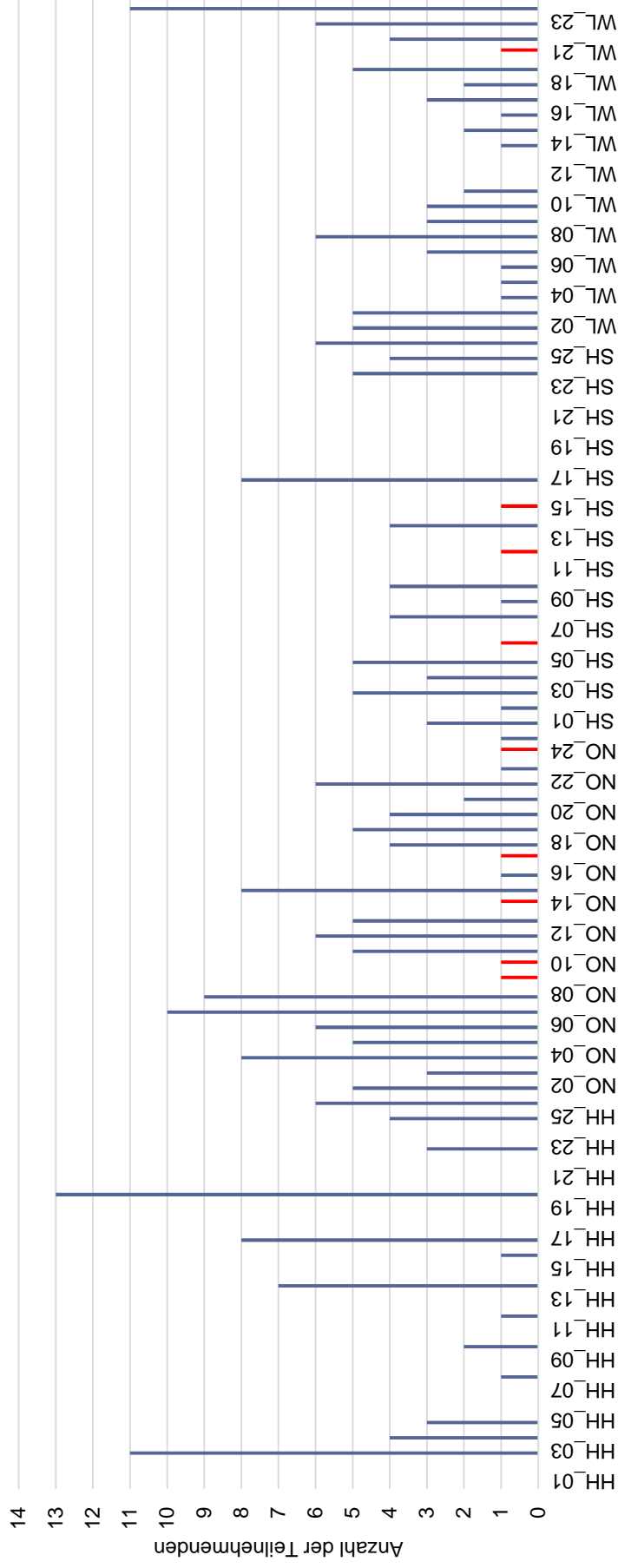


Zähler: Anteil der ACD-Patienten mit mehr als 360 verschriebenen Tagesdosen (Die Tagesdosis bezieht sich auf die mittlere Tagesdosis für Erwachsene, die für die Hauptindikation entsprechend dem ATC-Code empfohlen wird.)  
Denner: Alle ACD-Patienten mit Diagnose F11

## 2. Netzwerktreffen

- Es wurde zu 98 Treffen eingeladen, wovon neun Treffen aufgrund von geringen Anmeldungen vom Moderator abgesagt wurden.
- In Summe wurden 276 Teilnehmende (58 in Hamburg, 100 in Nordrhein, 71 in Westfalen-Lippe und 47 in Schleswig-Holstein) verzeichnet.
  - Vergleich 1. Netzwerktreffen: In Summe wurden 273 Teilnehmende (40 in Hamburg, 66 in Nordrhein, 61 in Westfalen-Lippe und 106 in Schleswig-Holstein) verzeichnet.
- Die durchschnittliche Teilnehmerzahl lag bei 2,3 in Hamburg, 4 in Nordrhein, 3 in Westfalen-Lippe und 1,9 in Schleswig-Holstein.
  - Vergleich 1. Netzwerktreffen: Die durchschnittliche Teilnehmerzahl lag bei 1,6 in Hamburg, 2,6 in Nordrhein, 2,5 in Westfalen-Lippe und 4,2 in Schleswig-Holstein.
- Die in den Netzwerktreffen am häufigsten vertretene Arztgruppe waren die Hausärzte mit einer Gesamtzahl von 74 Teilnehmenden.

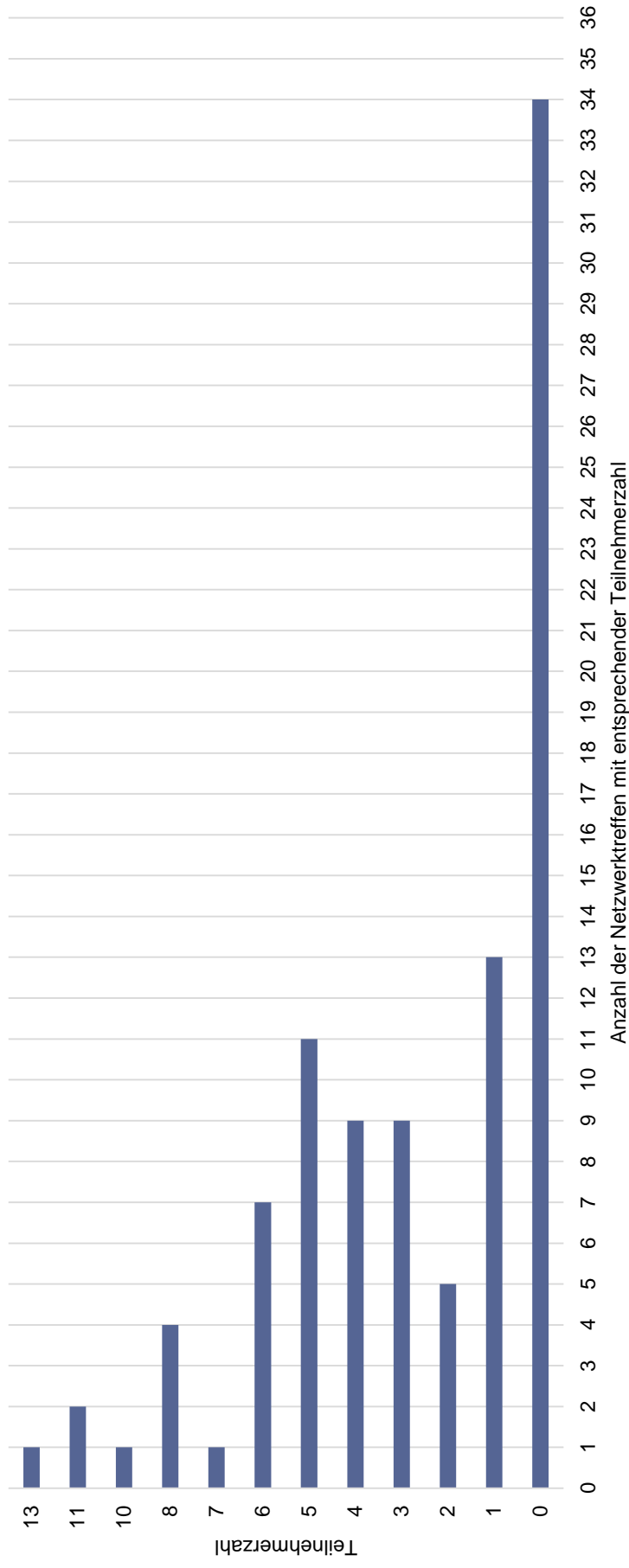
## Anzahl der Teilnehmenden je Netzwerktreffen



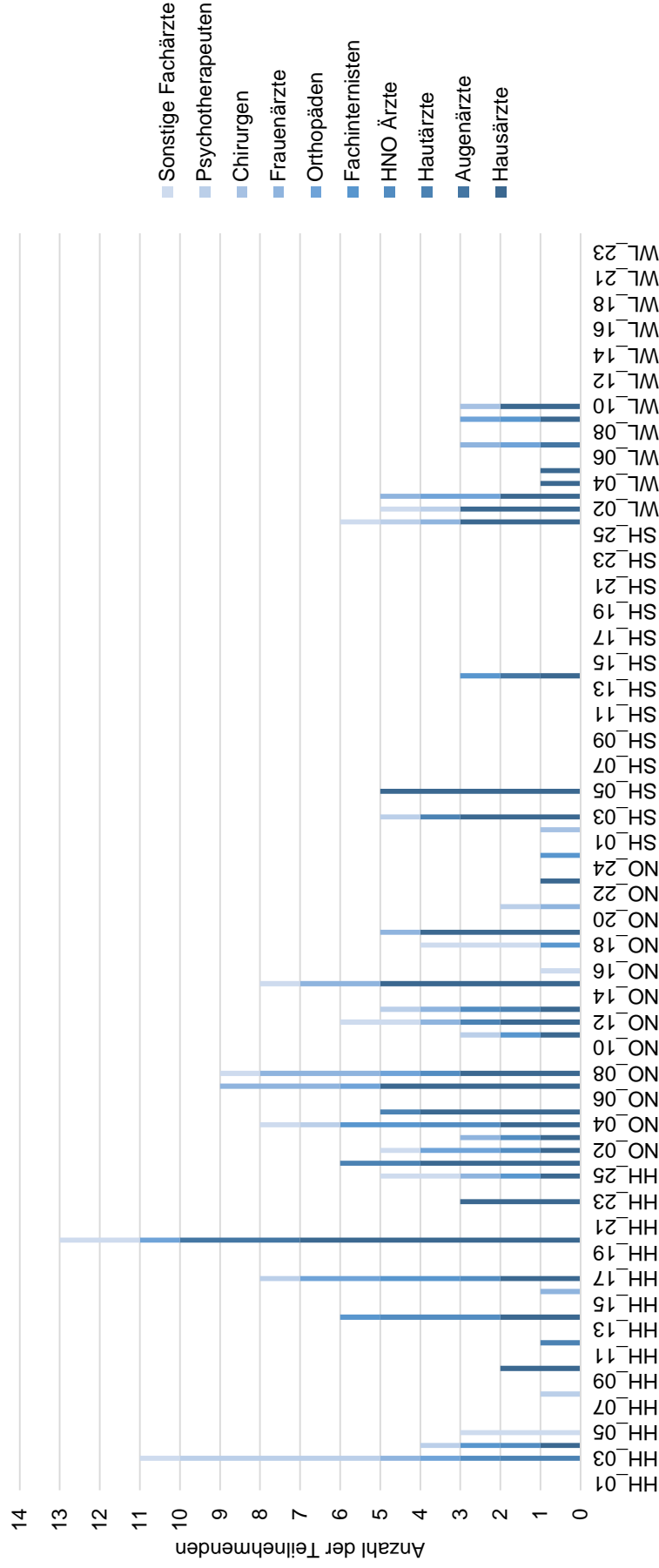
NB: Rot gekennzeichnete Netzwerktreffen wurden aufgrund von geringen Anmeldungen abgesagt.



## Anzahl der Teilnehmenden je Netzwerktreffen

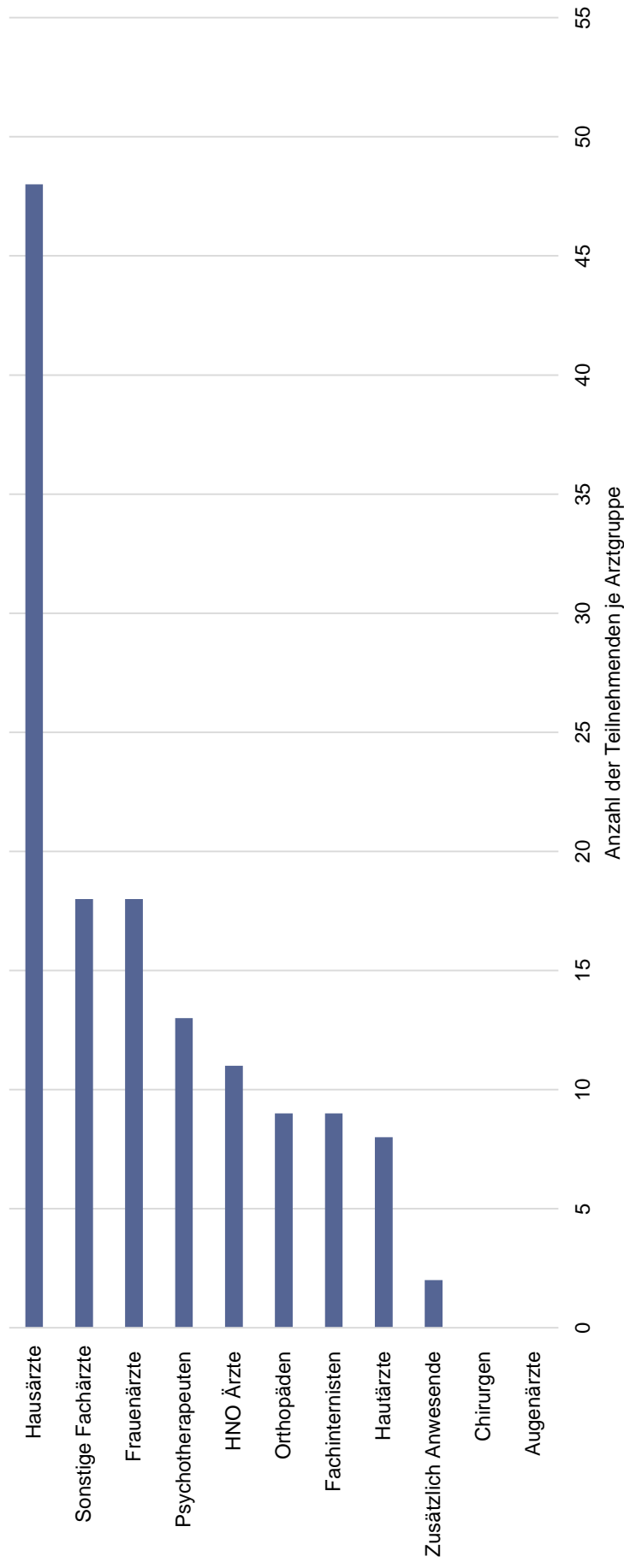


## Fachrichtungen der Teilnehmenden\*



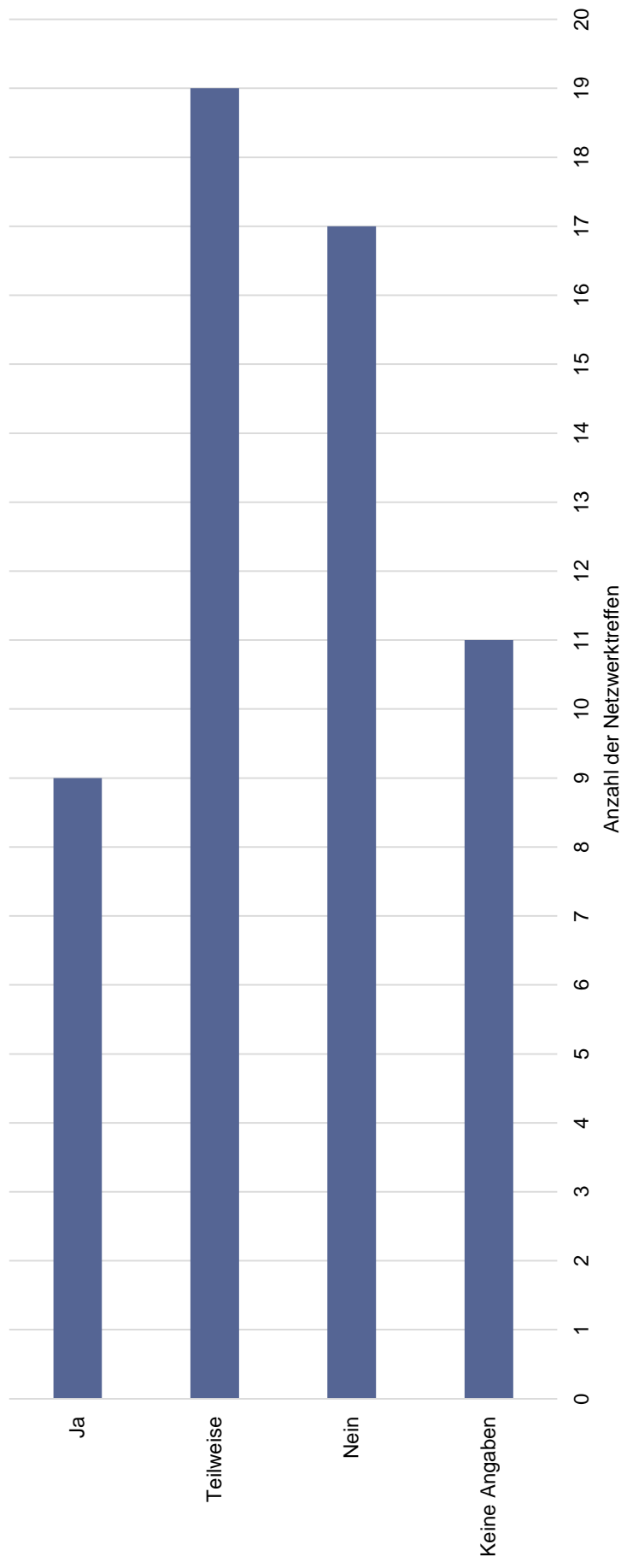
\* Die Summe an Teilnehmenden je Netzwerktreffen kann aufgrund von fehlenden Angaben in den Fragebögen abweichen.

## Anzahl der Arztgruppen (KV übergreifend)\*



\* Ergebnisse basieren auf den Rückmeldungen der Moderatoren in der Prozessevaluation

## „Wurde ein Versorgungspfad oder ein Konsens hinsichtlich zukünftiger Behandlungs- und Arbeitsweisen erarbeitet?“\*



\* Ergebnisse basieren auf den Rückmeldungen der Moderatoren in der Prozessevaluation

# Allgemeine Rückmeldungen der Teilnehmenden\*

## Anregungen zum strukturellen Aufbau

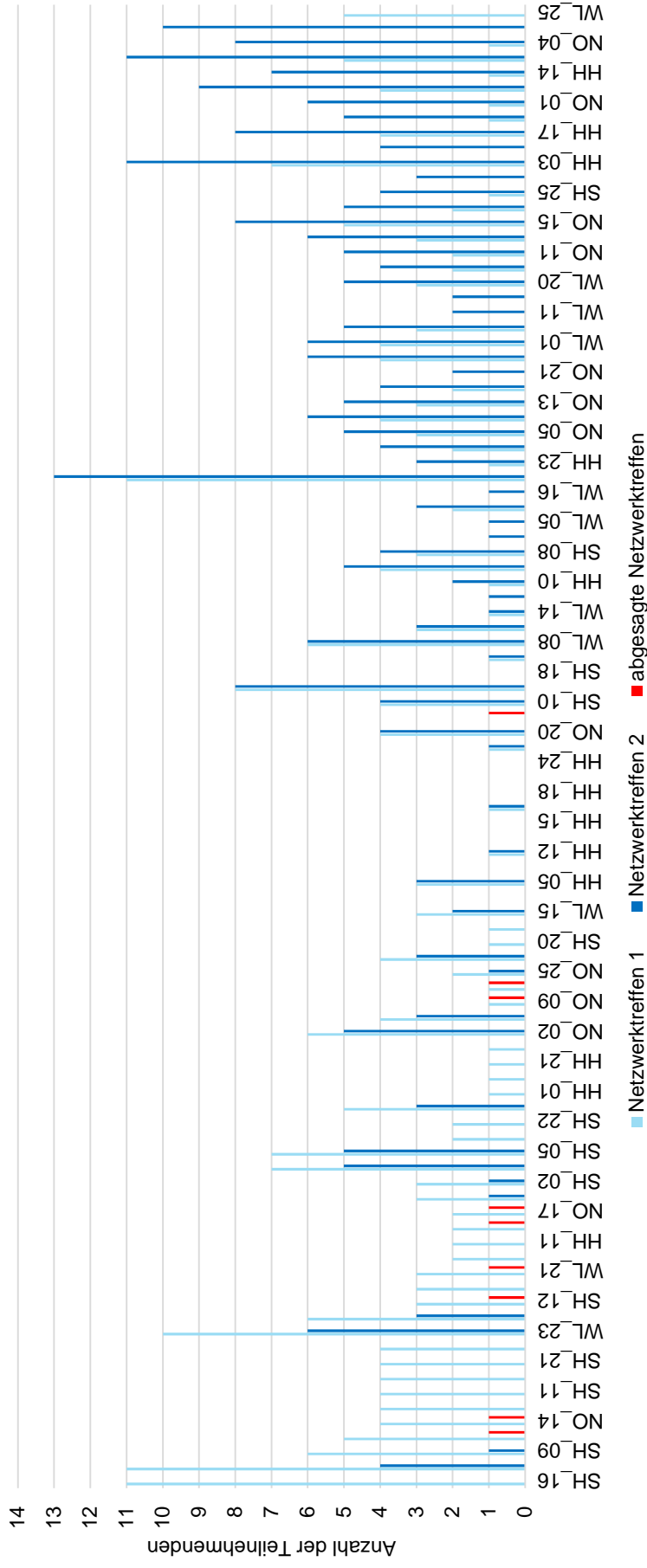
- Die Beteiligung weiterer Teilnehmenden wurde insgesamt bekräftigt
  - Eine direkte Ansprache nicht-partizipierender Netzwerkärzte wurde gewünscht.
  - Die Teilnahmerelevanz jedes einzelnen Teilnehmenden soll weiter hervorgehoben werden.
- Die Rolle des Moderators wird durch die Teilnehmenden als zentral wahrgenommen
  - Die Möglichkeit zur Diskussion in der Gruppe steht dabei im Vordergrund.

## Anregungen zum inhaltlichen Aufbau

- Wiederkehrende Besprechungsthemen
  - Die Ziele des ACD-Projekts sollen noch deutlicher transportiert werden.
- Ausgestaltung der Netzwerkinformation
  - Die Alltagsrelevanz der Netzwerkinformation soll gezielt hervorgehoben werden.
  - Die Beschreibung der Grafiken in der Netzwerkinformation soll weiter ausgebaut werden.

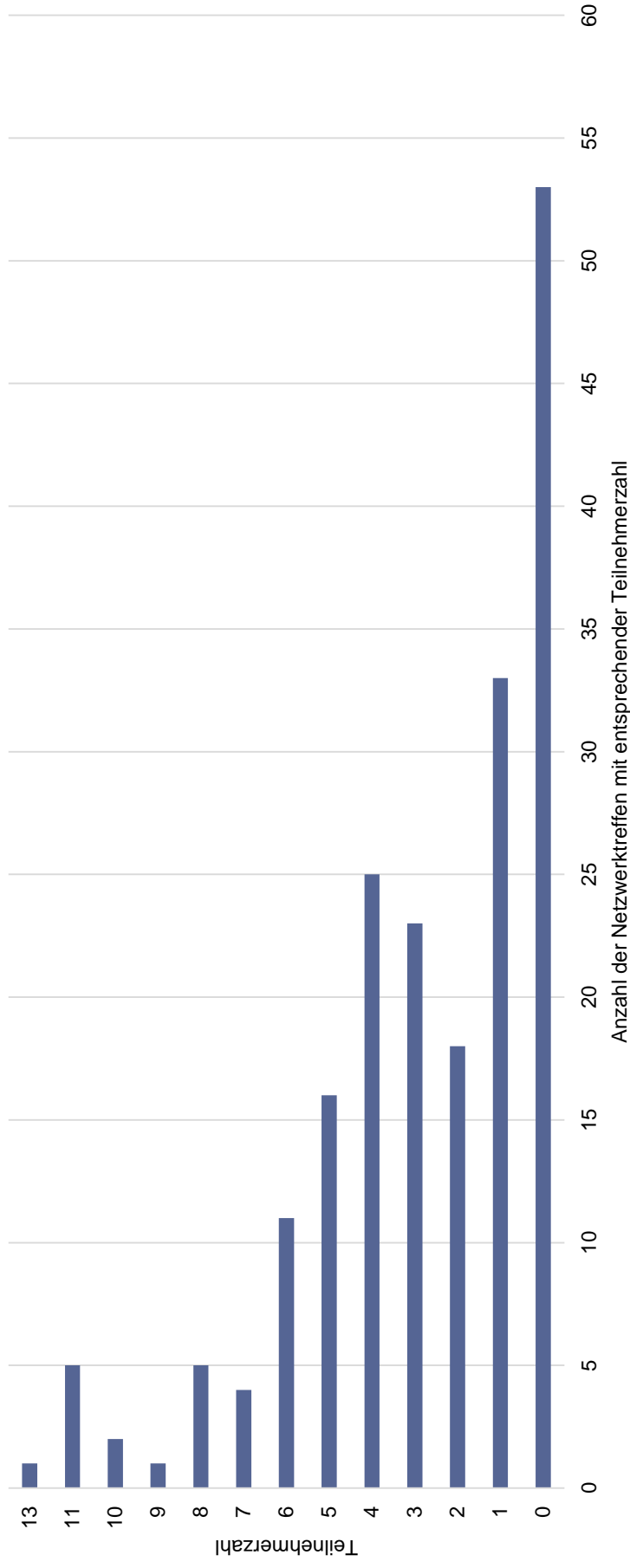
\* Ergebnisse der Teilnehmerbefragung basieren auf einer Rücklaufquote von 66 Prozent der Teilnehmenden des 2. Netzwerktreffens

## Anzahl der Teilnehmenden je Netzwerktreffen



NB: Es wurden keine Treffen beim 1. Netzwerktreffen aufgrund von geringen Anmeldungen abgesagt.

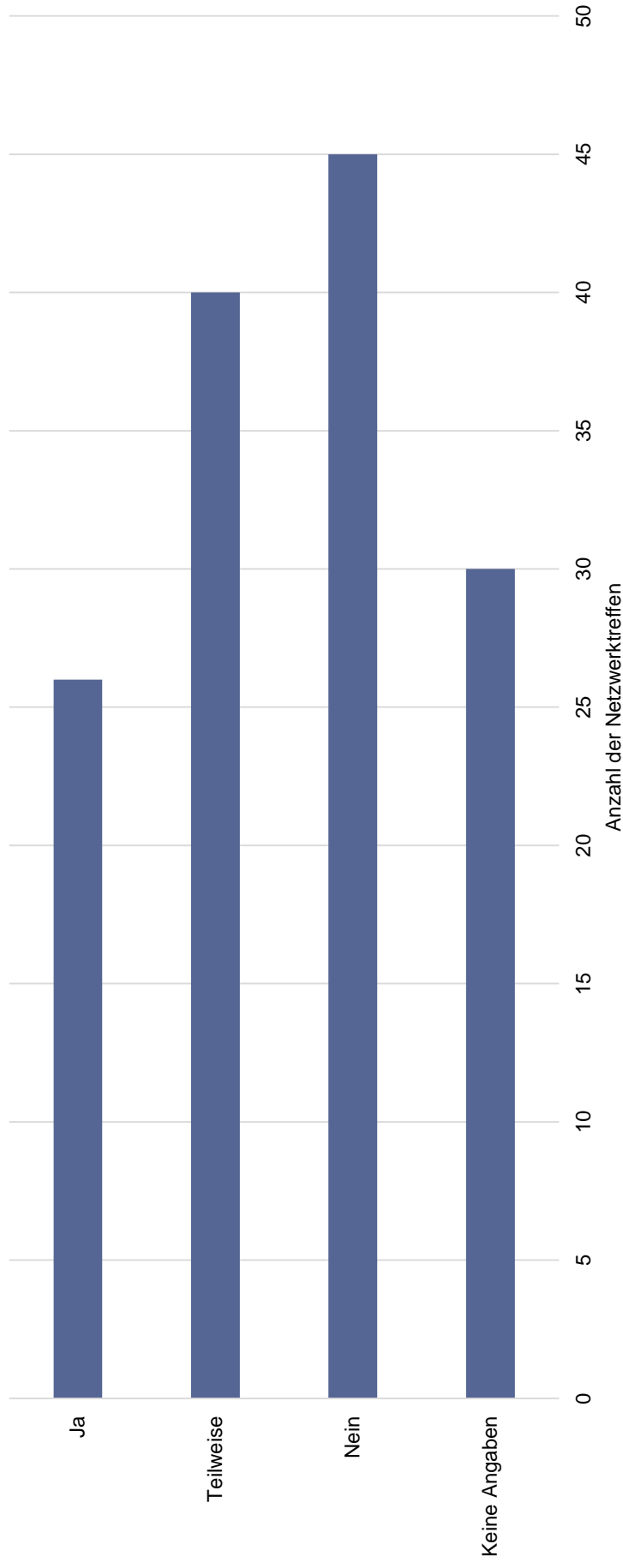
## Anzahl der Teilnehmenden je Netzwerktreffen







## „Wurde ein Versorgungspfad oder ein Konsens hinsichtlich zukünftiger Behandlungs- und Arbeitsweisen erarbeitet?“\*

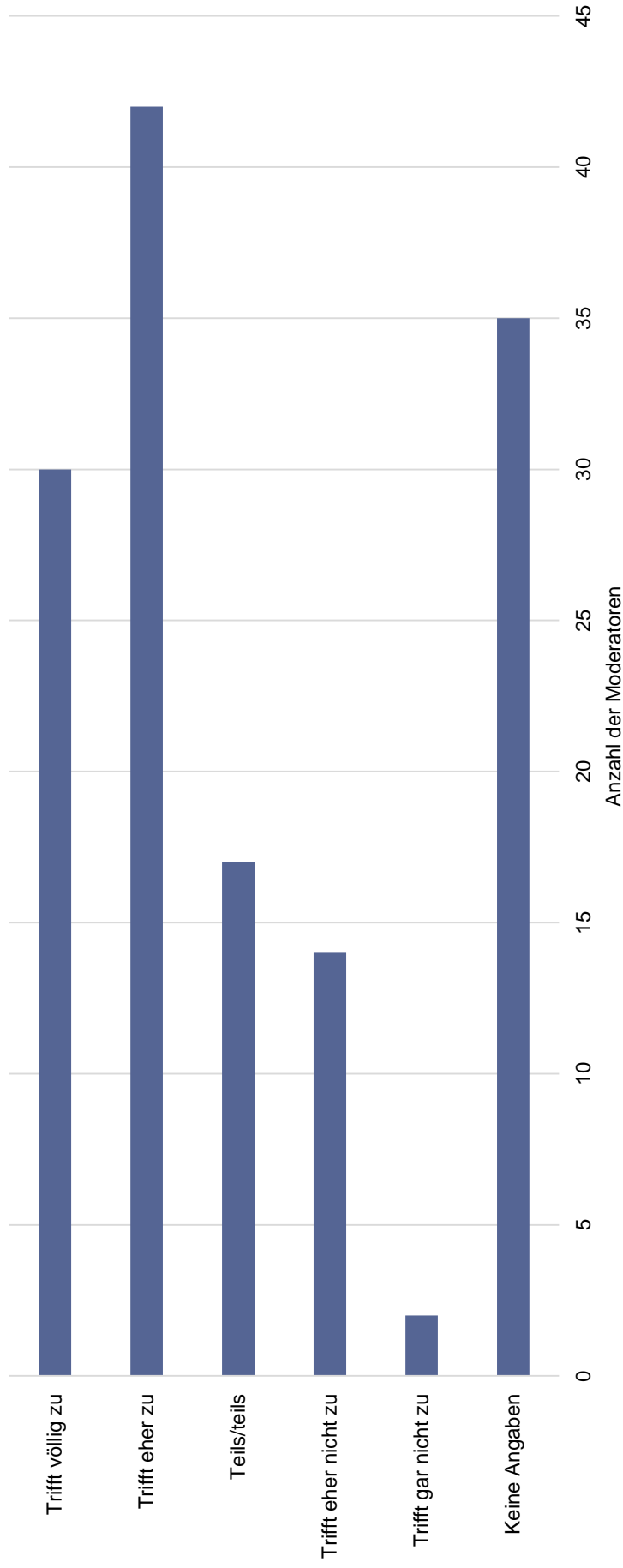


\* Ergebnisse basieren auf den Rückmeldungen der Moderatoren in der Prozessevaluation

# Ergebnisse zu Behandlungs- und Arbeitsweisen

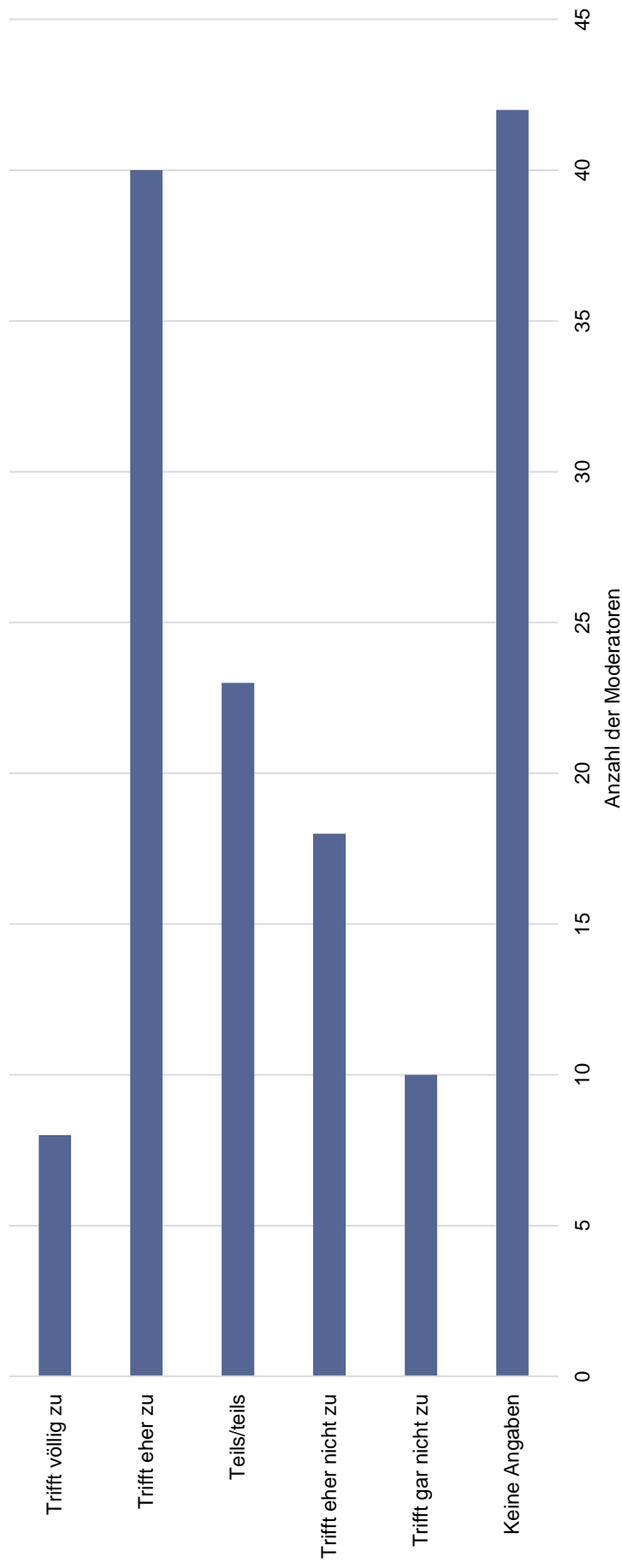
- Kommunikation(-swege) und Zusammenarbeit zwischen Arztgruppen ausbauen
  - Interdisziplinärer Austausch zum Vorgehen bei Überweisungen und Befunden (mehr Standards)
  - Regelmäßige, interdisziplinäre Treffen wurden gewünscht
- Zielgerichtete Kommunikation zwischen Arzt und Patient um Redundanzen zu vermeiden
  - Der Fokus soll auf bisheriger Diagnostik/Arzneitherapie liegen
- Ablauf der Versorgungspfade bzw. Struktur der Versorgung gemeinsam abstimmen
  - Terminvergabevorgehen wurden erarbeitet
  - Derzeitige Defizite wurden analysiert

## „Die Teilnehmenden scheinen motiviert an künftigen Netzwerktreffen teilzunehmen.“\*



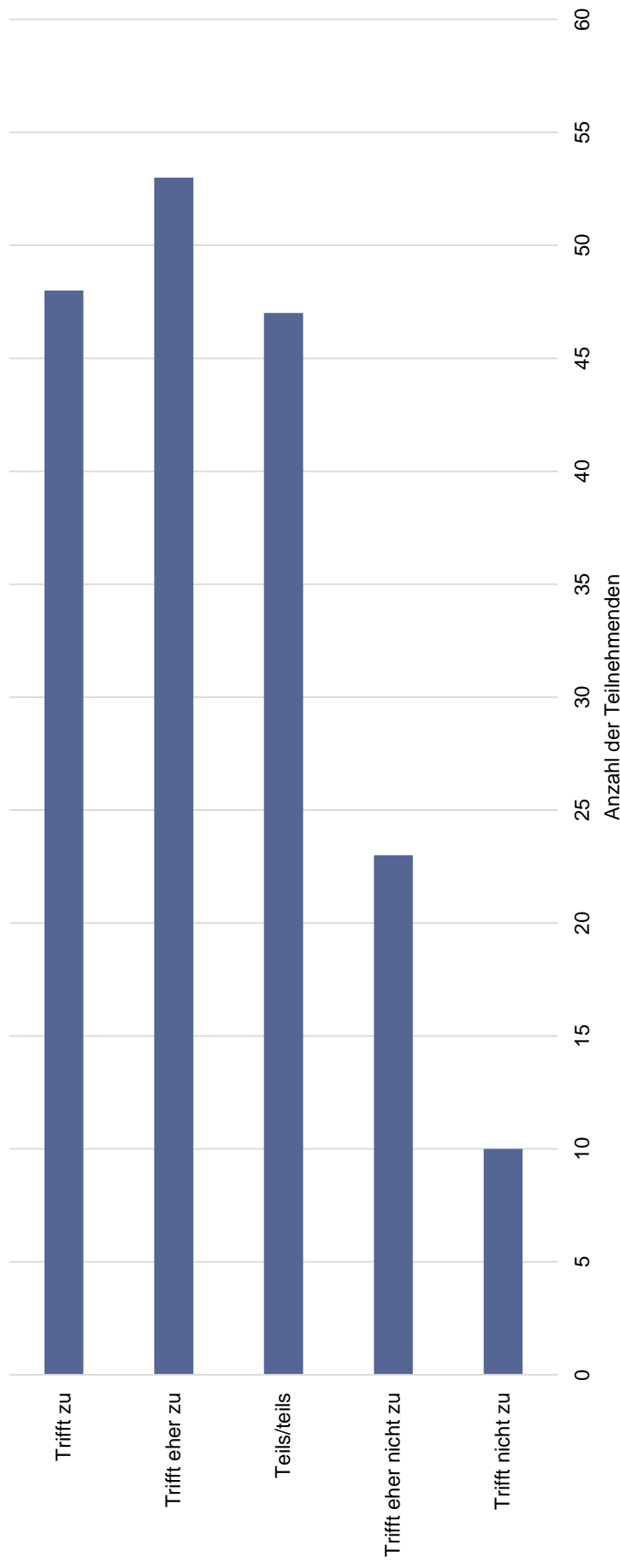
\* Ergebnisse basieren auf den Rückmeldungen der Moderatoren in der Prozessevaluation

## „Die Netzwerkinformation bietet eine Diskussionsgrundlage für die Arbeit im Netzwerk und enthält relevante Informationen.“\*



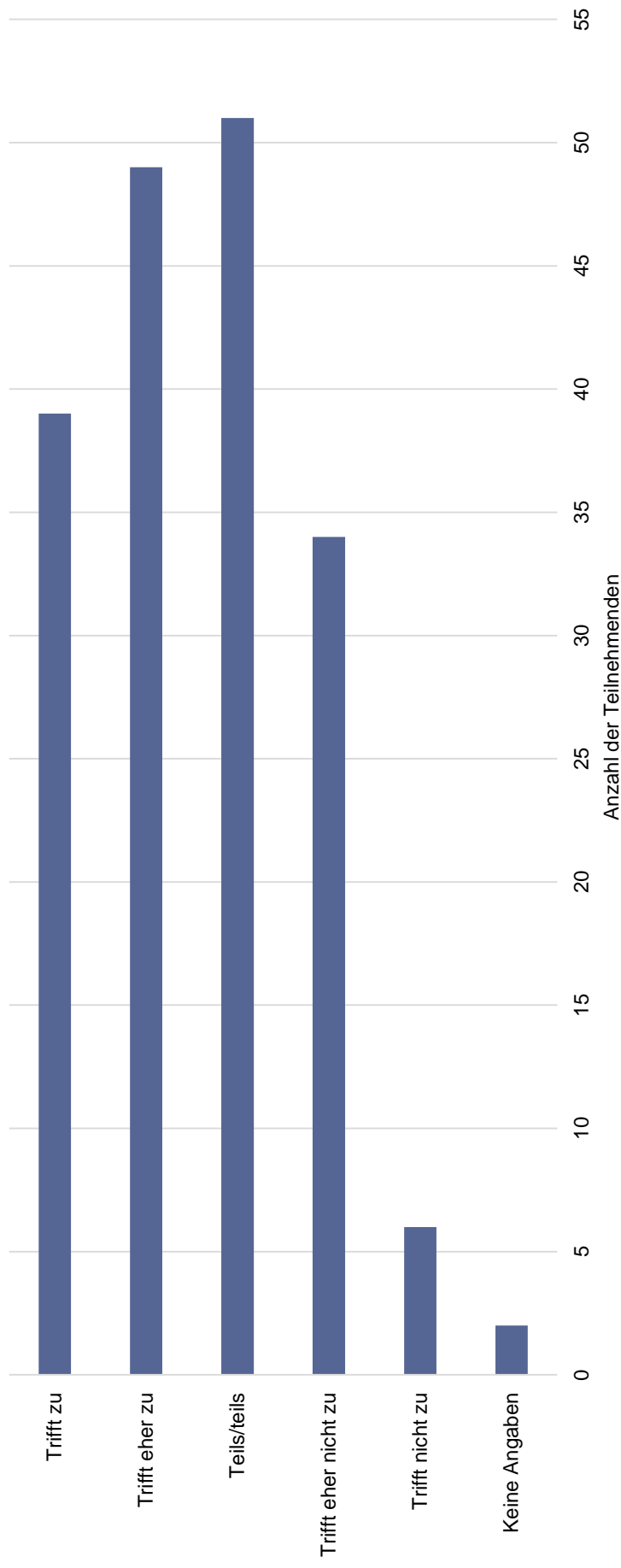
\* Ergebnisse basieren auf den Rückmeldungen der Moderatoren in der Prozessevaluation

# „Die vorab versandten Netzwerkinformationen bieten eine gute Diskussionsgrundlage für die Arbeit im Netzwerktreffen.“\*



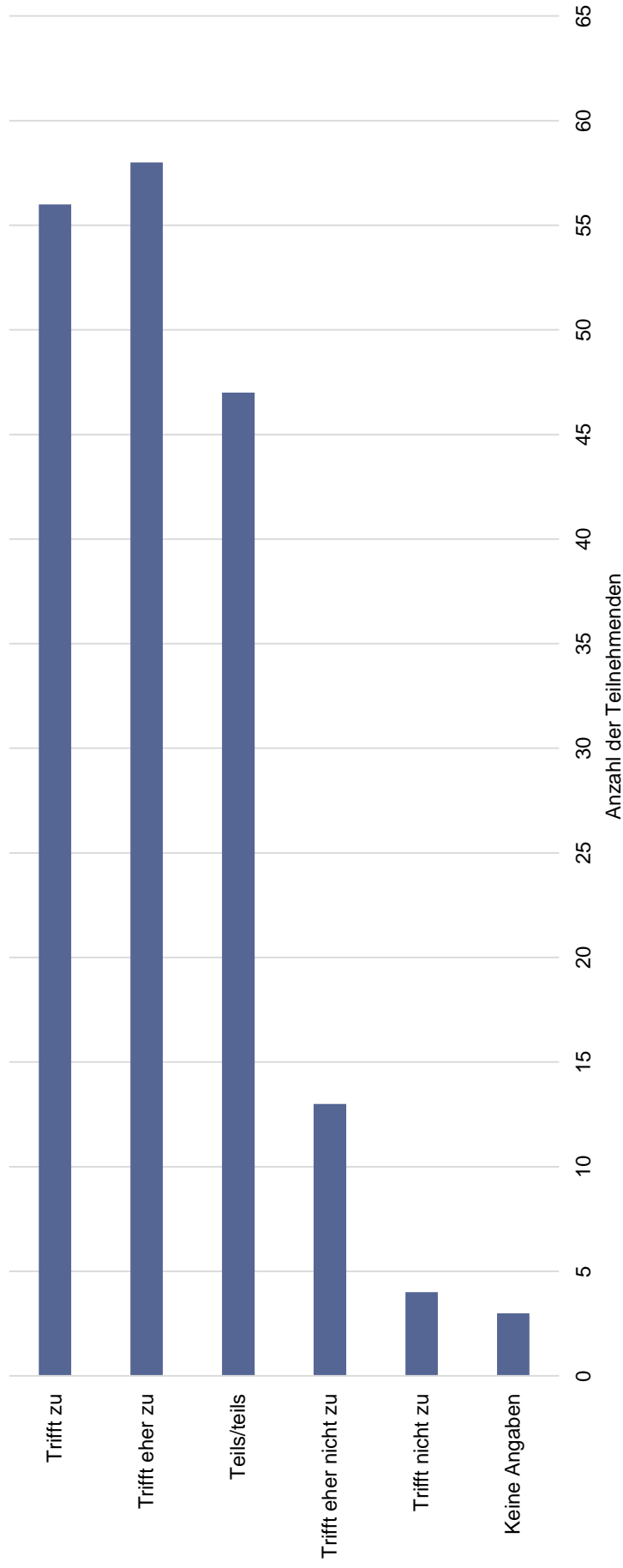
\* Ergebnisse basieren auf den Rückmeldungen der Teilnehmenden in der Prozessevaluation

## „Die Inhalte der Netzwerkinformationen können Entscheidungen in meinem Arbeitsalltag beeinflussen.“\*



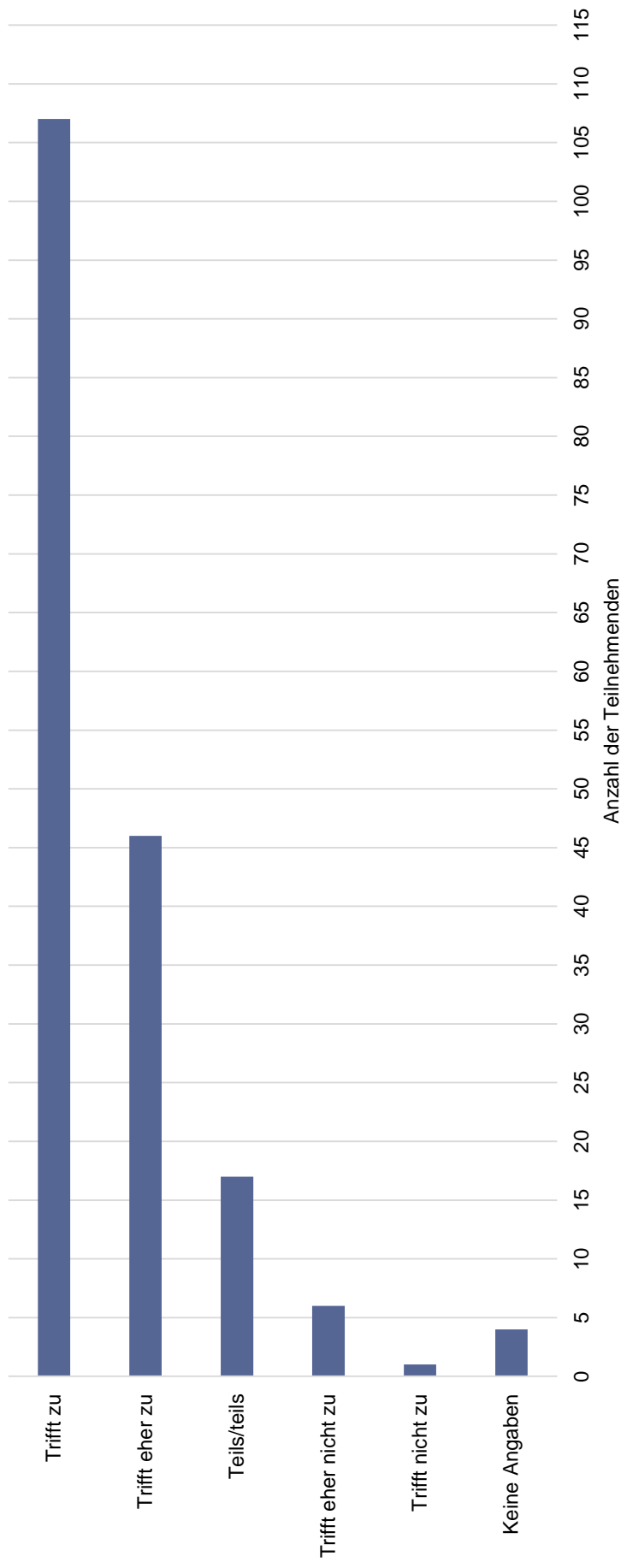
\* Ergebnisse basieren auf den Rückmeldungen der Teilnehmenden in der Prozessevaluation

# „Die Teilnahme an den Netzwerktreffen ist sinnvoll und nützlich für meine Arbeit.“\*



\* Ergebnisse basieren auf den Rückmeldungen der Teilnehmenden in der Prozessevaluation

# „Die Netzwerktreffen fördern den direkten Austausch mit meinen Kollegen/innen.“\*



\* Ergebnisse basieren auf den Rückmeldungen der Teilnehmenden in der Prozessevaluation



---

## Änderungen basierend auf den Rückmeldungen der Moderatoren und Teilnehmenden

- Eine leicht verständliche Projektbeschreibung wird bereitgestellt
- Die Themen der Netzwerktreffen werden in der Einladung angekündigt
- Die Darstellungen in der Netzwerkinformation werden weiter auf Verständlichkeit und Länge geprüft
  - Versand von Fragebögen zur Identifikation von Verbesserungspotential



## ACD Accountable Care in Deutschland

Verbesserung der Patientenversorgung durch mehr Vernetzung und informierten Dialog

# ACD

[info@acd-projekt.de](mailto:info@acd-projekt.de)

[www.acd-projekt.de](http://www.acd-projekt.de)

Konsortialpartner in Accountable Care in Deutschland



Im Folgenden werden Einwände, Fragen und Bedenken von ACD-Moderatoren der verschiedenen KV-Regionen gesammelt. Diese sind eher negativ ausgerichtet, was jedoch nicht bedeutet, dass die Moderatoren sich überwiegend negativ zum ACD-Projekt äußern. Aus den gesammelten Statements wollen wir eine Argumentation entwickeln, welche eine Hilfestellung für die ACD-Ansprechpartner\_innen bei den Intervisionstreffen in schwierigen Diskussionen darstellen soll. Ziel ist es hierbei, dass die ACD-Ansprechpartner\_innen den Moderatoren die Sinnhaftigkeit des ACD-Projektes vermitteln und auf kritische Stimmen eingehen können.

Nr.	Einwand als Zitat	Antwort ACD Studienteam	KV	Themenbereich
1.	<p>Die Netzwerke in Hamburg umfassen oftmals große Organisationen, in denen die Ärztinnen und Ärzte durch ihre Arbeit/Anstellung in der entsprechenden Organisation miteinander verbunden sind. Das zeigt, dass es in Hamburg eine Vernetzung im Sinne einer Kooperation nicht gibt!</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Vernetzung in einem ACD Netzwerk zeigt engste Verbindungen in der Versorgung an und basiert auf den herangezogenen 14 Diagnosegruppen</li> <li>- Darüber hinaus bestehen auch weitere Verbindungen</li> <li>- Die Situation in Ihrem Netzwerk zeigt, dass Patienten sich vorrangig innerhalb der Organisation bewegen</li> <li>- Netzwerkinformationen bieten auch Informationen für Patienten außerhalb des Netzwerkes (arztindividuelle Werte), sodass selbst bei der gleichen Organisation unterschiedliche Informationen vorliegen und Grundlage für Diskussionen sein können</li> </ul>	KVHH	ACD Netzwerke

<p>2.</p>	<p>Was soll ich mit einem Netzwerk anfangen, in dem es einen Überschuss einer Fachgruppe (in diesem Fall Frauenärzte) gibt? Darüber hinaus wurden Fachgruppen aufgrund einer geringen Patientenzahl (bspw. Psychotherapeuten), die als wichtig empfunden werden, ausgeschlossen. Das ist kein Netzwerk im Sinne des Projektziels und ich zweifle daher die Methodik zur Netzwerkbildung an.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die ACD Netzwerke sind auf Basis der gemeinsam behandelten Patienten gebildet, alle Patienten wurden einem Netzwerk zugeordnet, wenn diese mindestens 50% aller ihrer Besuche innerhalb eines Jahres innerhalb des Netzwerks tätigten. Es kann daher selbst bei sehr fachgruppenspezifischen Gruppe von Ärzten innerhalb eines Netzwerks davon ausgegangen werden, dass die gemeinsam behandelten Patienten überwiegend durch das Netzwerk versorgt werden (auch wenn die Fachgruppen dies nicht unmittelbar vermuten lassen).</li> <li>- Die Gruppe ist immer frei in der Wahl eines gemeinsamen Themas</li> <li>- Teilweise werden Facharztgruppen weniger repräsentiert sein, da die Zahl von mindestens 20 geteilten Patienten auf Datenschutzgründen basiert, und somit nicht alle Facharztgruppen einschließen kann</li> </ul>	<p>KVHH KVNO</p>	<p>ACD Netzwerke</p>
<p>3.</p>	<p>Hoffentlich wird das Treffen nicht wieder so zäh. Es ist schwierig die anwesenden Ärztinnen und Ärzte zum Austausch und Reden zu bringen. Damit fühle ich mich nicht wohl!</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eigene Rolle klären: Sie bieten nur den Rahmen, arbeiten muss die Gruppe miteinander</li> <li>- aktivierende Methoden nutzen: Kartenabfragen (Stärken / Probleme in der Arbeit), Murregruppen (mit Nachbar_in kurz diskutieren) (Handbuch S. 17ff)</li> <li>- Arbeitsblätter, die im Moderator_innen-Training genutzt wurden (Handbuch S. 21ff., Arbeitsmaterial, Poster)</li> <li>- Fall erfragen, wo Netzwerkpartner wichtig gewesen wären; Vorstellen lassen, gemeinsam „lösen“ (Handbuch S. 24f)</li> <li>→ s. auch Handbuch Ergänzungsmodul I online</li> </ul>	<p>KVHH KWVL KVNO</p>	<p>Moderation der Netzwerktreffen</p>
<p>4.</p>	<p>Ich muss mich strikt an den Studienplan halten und darf nicht davon abweichen. Wir sind ja eine Studie und man kann ansonsten nichts mehr auswerten.</p>	<p>Bei den ACD-Netzwerktreffen können teilnehmende Ärzte die inhaltlichen Themen selber bestimmen, sich über Best-Practice Beispiele aus anderen Netzwerken informieren oder unsere Themenvorschläge verwenden. Wir bieten dazu beispielweise die Netzwerkinformationen, welche als Diskussionsgrundlage verwendet werden können.</p>	<p>KVHH KVSH KWVL</p>	<p>Moderation der Netzwerktreffen</p>

<p>5.</p>	<p>Treffen mit ein oder zwei Teilnehmern sind keine Netzwerktreffen. Wie können wir Effekte auf unsere Endpunkte auf Basis dieser kleinen Treffen erwarten?</p> <p>Es wird sich bei meiner kleinen Gruppe und(/oder) den wenigen Teilnehmern insgesamt doch gar kein Effekt messen lassen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird ein intention to treat Ansatz verfolgt: Es ist also Teil des Ergebnisses, wenn die Intervention nicht angenommen wird</li> <li>- zusätzlich liefert die Prozessevaluation Hinweise auf die Motivation von Teilnehmern und potentielle Hürden</li> <li>- ggf. setzen auch Effekte durch das Heranziehen der Netzwerkinformationen ein, die sich in den Routinedaten (auch der Nicht-Teilnehmer an Netzwerktreffen) verzeichnen lassen</li> </ul>	<p>KVHH KVSH KVWL KVNO</p>	<p>Evaluation der Studie</p>
<p>6.</p>	<p>Bei einem Treffen kamen Ärztinnen und Ärzte, die offensichtlich keine Patienten miteinander teilten. Das wurde anhand der Netzwerkgrafik deutlich. Was sollen diese Ärzte in den Treffen miteinander machen? Sie haben schnell erkannt, dass ein weiteres Treffen keinen Sinn macht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACD Netzwerke stellen kooperierende Einheiten dar</li> <li>- ACD Netzwerk basiert auf Routinedaten, welche immer mit Limitationen und Annahmen verbunden sind</li> <li>- Hier z.B. mindestens 20 Patienten mit bestimmten Diagnosen für eine Verbindung, in der Realität ggf. 19 Patienten</li> <li>- Es können trotzdem gemeinsam Patient_innen versorgt werden (weniger als 19), diese werden zum Schutz der Patienten_innen-Daten nur nicht offengelegt</li> <li>- in jedem Fall werden die eigenen Patient_innen von Kolleg_innen im NW mitversorgt, mit denen dann wiederum einer der anderen NW kooperiert</li> </ul>	<p>KVHH KVSH KVNO</p>	<p>Moderation der Netzwerktreffen</p>
<p>7.</p>	<p>Mein Netzwerk besteht aus zwei großen, spezialisierten Organisationen (Orthopädie) und ein paar Zuweisern. Was ist das das Ziel eines Netzwerktreffens mit diesen Ärzten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziel ist es, die Versorgung zu stärken und zu festigen</li> <li>- Netzwerkberichte können zuzügliches Informationsmöglichkeit bieten (patientenindividuelle Perspektive sonst nicht möglich), auch können die arztindividuellen Werte Informationen liefern</li> <li>- Möglichkeit des Einladens zusätzlicher Teilnehmer, wenn für das Netzwerk relevant</li> </ul> <p>Vgl. auch Antwort 1</p>	<p>KVHH</p>	<p>ACD Netzwerke</p>

8.	<p>Viele Ärzte in Hamburg (weitere KV Regionen) sind schon gut vernetzt und kommen vermutlich daher nicht. Was können wir mit den Netzwerktreffen (außer Catering und Raum) bieten, was diese Ärzte nicht sowieso schon haben bzw. tun?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es ist positiv zu bewerten, dass bereits eine Vernetzung existiert</li> <li>- Die ACD Netzwerkinformationen werden als Informationen angeboten</li> <li>- Angebot der Treffen und der Mitbestimmung an Informationen, welche sie zugesendet bekommen</li> </ul> <p>Vgl. auch Antwort 1 und 7</p>	<p>KVHH KVSH KVWL KVNO</p>	<p>ACD Netzwerke</p>
9.	<p>Die Teilnehmer haben/Das Netzwerk hat beschlossen, dass es aufgrund seiner bestehenden Vernetzung keinen Bedarf an ACD hat und möchte sich nicht nochmal treffen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- schade</li> <li>- In der Intervention wird auch ausgewertet, was Hürden sind, warum sich Ärzte nicht über ACD vernetzen wollen und kein Interesse an NWI haben. Wenn Sie hierzu hinweise haben, sind wir Ihnen über Ihre Einschätzung sehr dankbar: <a href="mailto:geiger@bwl.lmu.de">geiger@bwl.lmu.de</a></li> <li>- auch wenn die Anwesenden sich nicht mehr als Netzwerk-Mitglieder treffen wollen, werden die anderen Netzwerk Partner (in der Regel bis zu 100) erneut eingeladen und es kann ein weiteres Treffen zustande kommen.</li> </ul>	<p>KVSH KVNO</p>	<p>Moderation der Netzwerktreffen</p>
10.	<p>Das Projekt ist im Elfenbeinturm entwickelt worden und hat wenig mit der Praxis zu tun. Daher wird es auch nicht gut angenommen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wurde eine Pilotstudie zum ACD Projekt in NRW durchgeführt</li> <li>- Zusätzlich wurden Fokusgruppen zur Studie und Studienelementen befragt</li> <li>- Reaktionen von Netzwerkteilnehmern werden laufend in die Intervention eingearbeitet z.B. durch eine Online-Befragung zur Netzwerkinformation</li> </ul>	<p>KVHH KVSH KVWL KVNO</p>	<p>ACD Studie (allgemein)</p>
11.	<p>Die Teilnehmer haben/Das Netzwerk hat beschlossen, dass es aufgrund seiner bestehenden <b>anerkannten Praxisnetzes</b> keinen Bedarf an ACD hat und möchte sich nicht nochmal treffen bzw. die Ärzte in der Region bereits gut vernetzt sind (auch außerhalb von anerkannten Praxisnetzen).</p>	<p>s. 9</p>	<p>KVWL KVNO</p>	<p>Moderation der Netzwerktreffen</p>

12.	Die Teilnehmer haben ein fertiges Konzept erwartet und dadurch kollektives Desinteresse am interaktiven Austausch gezeigt. Diesen war somit das Projektziel gar nicht richtig klar, wodurch die Sinnhaftigkeit des Projektes in Frage gestellt ist.	Ggf. können Ihnen die Ergebnisse der Studie bisher Anhaltspunkte liefern wie andere Gruppen mit den Materialien umgegangen sind  Vgl. auch 4, 5, 6 → Ziele der ACD Studie  Wenn es darüber hinaus noch Wünsche gibt, können Sie sich gerne an das Studienteam wenden.	KVNO	Moderation der Netzwerktreffen
13.	Das Projekt hat keinen direkten Nutzen für die Ärzte. Selbst wenn Lösungen/Behandlungspfade in den Treffen entwickelt werden, werden diese nicht in die Regelversorgung übernommen, da es sich um ein Forschungsprojekt handelt. Die Arbeit in den Netzwerktreffen wird dadurch als sinnlos empfunden und wir Ärzte sind reine Versuchspersonen für die Wissenschaft.	- Es können informelle Lösungen für Probleme vor Ort gefunden werden und sich auf gemeinsame Handlungen geeinigt werden  - In einem NW beispielsweise ein gemeinsamer Anamnesebogen entwickelt, in anderen trug bereits der Austausch von Kontaktdaten der Personen zur verbesserten Kommunikation bei  - es werden keine allgemeinen Lösungen angestrebt, sondern solche, die vor Ort relevant sind  → hier werden Good Practice Bsp. zusammengetragen	KVNO KVHH	ACD Studie (allgemein)
14.	Was wird überhaupt von den Universitäten gemessen (Primär- & Sekundärziele) und vor allem welche relevanten Ergebnisse gibt es bisher. Als Moderatoren und somit Vertreter des Projektes vor den Kollegen möchten wir Infos zum Fortschritt und Status Quo des Projektes haben.	- Verweis auf Prozessevaluation  - Ziele von ACD  - Es werden nur die Daten im Projekt gemessen, die den Netzwerken zur Verfügung gestellt werden (Indikatoren zu den jeweiligen indikationsbezogenen Netzwerkinformationen) → im Verlauf → maximale Transparenz im Projekt; alle wissen immer was gemessen wird  - Da das Projekt aus dem Bereich Versorgungsforschung im Innovationsfonds finanziert wird, erfolgt zusätzlich eine Evaluation der Kosten zur Durchführung des Versands von Netzwerkinformationen und Organisation von Netzwerktreffen  → Vgl. Moderator_innen-Handbuch	KVNO KWVL	Evaluation der Studie

15.	Die zur Verfügung gestellten Datenberichte sind nicht motivierend (zu umfangreich und unübersichtlich), wir selbst würden diese vermutlich auch nicht lesen. Daher fällt es uns schwer mit diesen in den Netzwerktreffen zu arbeiten.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Einschätzungen über den Umfang und den Detailgrad der zur Verfügung gestellten Informationen sind sehr individuell</li> <li>- Der derzeitige Stand der Studienunterlagen basiert auf dem Konsens an Rückmeldungen aus der Pilotstudie</li> <li>- Es wird zusätzlich ein Feedback zum Feedback eingeholt, um weitere Einschätzungen zu berücksichtigen</li> <li>- konkrete Verbesserungsvorschläge sehr willkommen</li> </ul>	KVNO	ACD Netzwerkinformationen
16.	Wie wird „gut“ in der Forschungsfrage „Wie gut versorgen die Netzwerke Ihre Patienten?“ definiert?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterschiede in der Versorgung werden durch Indikatoren ermittelt</li> <li>- Indikatoren sind auf Basis bestehender Qualitätsindikatoren und Leitlinienempfehlungen zusammengestellt worden</li> <li>- vgl. 14</li> </ul>	KVHH	Evaluation der Studie
17.	Wie werden die Gründe für Defizite bzw. Stärken in der Versorgung überhaupt untersucht/gemessen?	Dies ist Inhalt der Intervention: Was läuft im NW gut, was kann verbessert werden? Eine Auswertung erfolgt im Rahmen der Prozessevaluation	KVHH	Evaluation der Studie
18.	Es wird (wurde) immer wieder von Krankenhauseinweisungsraten und Steigerung der Berufszufriedenheit als Ziele der Studie gesprochen – das sehe ich in dem Projekt eigentlich gar nicht.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cochrane Reviews zeigen, dass Feedback nachweislich die ärztliche Berufspraxis verbessern kann</li> <li>- Ein möglicher patientenrelevanter Outcome sind Krankenhausfallraten. Diese werden in Netzwerkinformationen gelistet, ebenso wie weitere sekundäre Outcomes (alle weiteren Indikatoren)</li> <li>- Den Effekt der Intervention auf die Berufszufriedenheit wird zusätzlich durch die Prozessevaluation erhoben</li> </ul>	KVSH	Evaluation der Studie



## ACD – Vorbereitung drittes Intervisionstreffen

### Themenübersicht:

### Inhalt

1.	Neues aus dem ACD Projekt: .....	1
2.	Ablauf der letzten Netzwerktreffen .....	1
3.	Wie geht es weiter mit den Netzwerken? .....	3
4.	Wie geht es weiter im ACD Projekt? .....	4
5.	Ausblick für Moderator_innen auf letztes Intervisionstreffen .....	4
6.	„Starterpaket“ für viertes Netzwerktreffen.....	4

### 1. Neues aus dem ACD Projekt:

- Veränderungsdaten: Wie soll damit umgegangen werden?

**Exemplarisch vorab zukommen lassen (Auszug aus Netzwerkinformation 5)**

In der Netzwerkinformation 5 sind ausgewählte Indikatoren in Bezug auf die Behandlung von Diabetespatienten im ACD Netzwerk im Zeitverlauf abgebildet. Diese sollen den Ärzt\_innen und Therapeut\_innen eine Orientierung in Bezug auf zeitliche Tendenzen aufzeigen. Die Angabe über die Änderungswerte in der KV-Region lässt zusätzlich eine Einordnung dieser Änderungswerte zu: Es kann bewertet werden, ob Änderungen denen der KV-Region gleichen, oder ob die Versorgungssituation im Netzwerk Besonderheiten unterliegt, die beispielweise in einem ACD Netzwerktreffen thematisiert werden können.

Zur Interpretation der Werte:

Änderungen im Zeitverlauf können unter anderem auch auf Änderungen in der Patientenpopulation zurückgeführt werden. Diese ergeben sich u.a. durch die Zuordnung von Patienten zu einem ACD Netzwerk, wenn mindestens 50% der Behandlungen bei den ACD-Netzwerkärzten und Psychotherapeuten erfolgte. Somit ergeben sich zwangsläufig gewisse Schwankungen zwischen den Patientenpopulationen, die auch zu Änderungsraten führen können.

### 2. Ablauf der letzten Netzwerktreffen

Zeit	Top	Methode	Änderung
15:30 – 15:45	<b>Begrüßung / Vorstellungsrunde</b>	Im Plenum	Bleibt
15:45 – 16:00	<b>Vorstellung ACD Projekt</b> In Anlehnung an die erste Sitzung Einwilligungserklärung	Poster + Folienhandout für Teilnehmende (s. Studienunterlagen)	Bleibt

16:00 – 16:15	<p><b>Rückblick und Ergänzungen</b></p> <p><b>Was macht mein Netzwerk aus?</b></p> <p><b>Was läuft gut im NW? Was sind Herausforderungen?</b></p> <p>Ergänzen auf Poster – für die Dokumentation</p>	<p>Ergebnisdarstellung anhand des Posters</p> <p>Brainstorming / Plenum</p>	Bleibt
16:15 – 16:45	<p><b>Netzwerkinformation</b></p> <p><b>„Erlebtes“ Netzwerk – Daten-Netzwerk</b></p> <p><b>Netzwerkinformation Indikationsspezifisch A oder B</b></p> <p>Offene Fragen / Themen, die aus Netzwerkinformationen entstehen</p> <p>Woran wollen wir arbeiten – Themen sammeln</p>	<p>Netzwerkindikatoren</p> <p>Folgeberichte</p> <p>Verlaufsdaten</p> <p>Netzwerkinformation Indikationsgruppen</p> <p>Brainstorming / Kartenabfrage</p>	<p>Geändert</p> <p>Bleibt</p>
16:45 – 17:00	<b>Pause</b>		
17:00 – 17:30	<p><b>Vom Behandlungspfad zur strukturierten Kooperation</b></p> <p>Kleingruppenarbeit zu spezifischen Themen (Themen verteilen auf Kleingruppen)</p> <p><u>Auftrag:</u> Problem beschreiben und Lösungen entwickeln</p>	<p>Kleingruppe</p> <p>Moderationskarten / Flipchart</p>	Bleibt
17:30 – 17:45	<b>Zusammentragen der Ergebnisse</b>	Im Plenum	Bleibt
17:45 – 18:00	<p><b>Ausblick – wie geht es weiter im ACD?</b></p> <p><b>Verabschiedung</b></p>	<p>Im Plenum</p> <p>s. Checkliste zum Ende des NW Treffens</p>	<p>Bleibt</p> <p>Checkliste wurde geändert</p>

### 3. Wie geht es weiter mit den Netzwerken?

- Wenn NW-Ärzt\_innen sich nach Abschluss der Projektlaufzeit weiter treffen wollen?  
Es wird je nach KV Region ein Infoblatt für Sie als Moderator\_innen zusammengestellt, das Hinweise enthält, in welcher Form die Teilnehmenden sich nach Abschluss der Projektlaufzeit weiterhin treffen können und was dabei zu beachten ist, wenn die Gruppe Treffen bspw. als interdisziplinärer Qualitätszirkel oder als Fortbildungen weiter eigenständig organisieren wollen

Bitte von KV-Kolleginnen KVNO/KVWL/KVHH/KVSH: ergänzen

- Stammtisch
- (zertifizierter) QZ,
- Fortbildung zertifiziert
- Andere?

Will sind das Netzwerk weiterhin treffen, möchten wir Sie als Moderator\_in darum bitten, beim letzten ACD Treffen folgende Punkte zu klären:

- Verantwortliche\_n für Folgetreffen aus der Gruppe benennen;  
Wer ist Ansprechpartner\_in für BW-Mitglieder? Wer übernimmt Orga/Terminabstimmung etc.?
- Liste für weitere Kontaktaufnahme herumgeben (s. u. Wie geht es weiter mit ACD)
- Zusammenführung mit bestehenden Netzwerken  
Wenn die Gruppe dies für sinnvoll hält, kann sie sich auch einem bereits bestehenden Netzwerk oder Qualitätszirkel anschließen.
- Wie kann Kontakt zu NW Ärzt\_innen hergestellt werden, um über Fortsetzung der Treffen zu informieren?

je nach KV mögliches Prozedere beschrieben

- Hinweis auf NW-Ärzt\_innen im letzten Anschreiben (oder sogar Abschluss-/Dankesbrief) an alle NW-Ärzt\_innen
- Hinweis nur an die NW-Ärzt\_innen, die an einem ACD treffen teilgenommen haben (über die jeweilige KV?)
- Versand Einladungen über jeweilige KV
- u.a.

**WICHTIG:** Nach Abschluss des Projektes sind Erstattungen von Aufwand für teilnehmende Netzwerkärzt\_innen nicht mehr möglich

#### 4. Wie geht es weiter im ACD Projekt?

➤ Projektverlauf, Hinweis auf Prozessevaluation:

Im Laufe des Projekts werden einige Teilnehmende der Netzwerktreffen im Rahmen eines Telefoninterviews befragt, welche Erfahrungen Sie mit der ACD Studie gemacht haben. Dabei geht es sowohl um Ihre Meinung zu den Netzwerkinformationen als auch Ihre Einschätzung zum Mehrwert der Netzwerktreffen. Sie können uns somit mitteilen, wie Sie die Wirkung der ACD-Studie auf Ihre Arbeitsrealität bewerten. Die Durchführung der Interviews erfolgt über die Ludwig-Maximilians-Universität München und das Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und wird etwa 15-20 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Das Projekt endet nach derzeitigem Stand zum 30.06.2020. Nach Abschluss der letzten Netzwerktreffen erfolgt eine umfassende Datenauswertung. Die Ergebnisse werden in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht. Hinweise zu neuen Veröffentlichungen erhalten alle Netzwerkärztinnen über die Homepage <https://acd-projekt.de> oder durch Eintragung für den ACD newsletter (Email an [info@acd-projekt.de](mailto:info@acd-projekt.de))

➤ Wie werden Ergebnisse kommuniziert?

Wenn die Netzwerkärzt\_innen über die Ergebnisse des ACD Projektes informiert werden wollen, können sie die Homepage <https://acd-projekt.de> nutzen oder sich für den ACD newsletter (Email an [info@acd-projekt.de](mailto:info@acd-projekt.de)) anmelden.

#### 5. Ausblick für Moderator\_innen auf letztes Intervisionstreffen

Nach Ablauf der letzten Treffen werden wir alle ACD-Moderator\_innen zu einem abschließenden Intervisionstreffen einladen. Den Termin wird voraussichtlich im Juni 2020 stattfinden. Weitere Informationen erhalten Sie zeitnah von Ihren ACD-Ansprechpartner\_innen.

#### 6. „Starterpaket“ für viertes Netzwerktreffen

Nr.	Anzahl	Was	Wann
1.	10	Ausdruck der Projektinfo	Vor dem Treffen
2.	20	Ausdruck der Einverständniserklärung (liegt doppelt vor, da sie an Teilnehmende ausgehändigt werden müssten)	

3.	10	Ausdruck der ersten Netzwerkinformation in aggregierter Form aus Anschreiben 2 inkl. Behandlungspfad
4.	10	Ausdruck der Netzwerkinformation in aggregierter Form aus Netzwerkinformation 1 (Diabetes + weitere Indikationsgruppe)
5.	10	Ausdruck der Netzwerkinformation in aggregierter Form aus Netzwerkinformation 2 (ischämische Herzkrankheiten + weitere Indikationsgruppe)
6.	10	Ausdruck der Netzwerkinformation in aggregierter Form aus Netzwerkinformation 3 (Herzinsuffizienz + weitere Indikationsgruppe)
7.	10	Ausdruck der Netzwerkinformation in aggregierter Form aus Netzwerkinformation 4 (Bronchitis/ COPD + weitere Indikationsgruppe)
8.	10	Ausdruck der Netzwerkinformation 5 in aggregierter Form (Rückenbeschwerden + weitere Indikationsgruppe) (Anschauungsexemplare)
9.	10	Ausdruck der Netzwerkinformation 6 in aggregierter Form (Depressive Störungen + weitere Indikationsgruppe) (Anschauungsexemplare)
10.	10	Ausdrucke der ACD-Präsentation als Handout
11.	1	ÄK Teilnehmerliste
12.	10	ÄK Evaluationsbögen (Veranstaltungsdaten für die bereits angemeldeten NW-Teilnehmenden eintragen)
13.	1	Prozessevaluations-Bogen Moderator_innen (für das Studienteam)
14.	10	Prozessevaluations-Bogen Teilnehmende (für das Studienteam)
15.	1	Protokoll-Template (für die Dokumentation und den Versand an die Teilnehmenden)
16.	1	Blanko Adressliste für Austausch zwischen den Teilnehmenden
17.	10	ÄK Teilnahmebescheinigungen (vorausgefüllt für die bereits angemeldeten NW-Teilnehmenden)
18.	10	Formular Reisekosten Ehrenamt
19.	1	Poster 4
20.	10	Dankesflyer für die Teilnehmer (AG Presse)
Für Netzwerktreffen ohne Teilnehmer beim ersten Netzwerktreffen / komplett neue Teilnehmer:		
21.	1	Poster 1
22.	1	Poster 2
23.	1	Moderator_innen-Checkliste für das Ende der Treffen (1. Treffen) modifiziert
Für Netzwerktreffen mit Teilnehmern bei ersten Netzwerktreffen:		
24.	10	Arbeitsblatt: Indikationsspezifische Netzwerkinformation

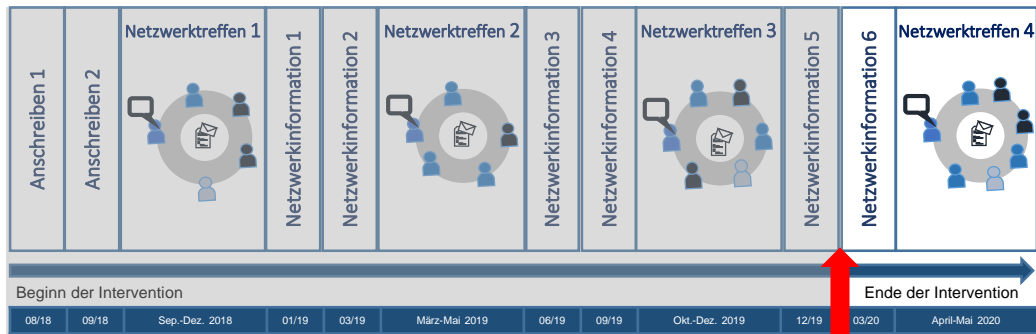
25.	10	Arbeitsblatt: Behandlungspfad zur strukturierten Kooperation
26.	1	Protokoll des letzten Treffens
27.	1	Moderator-Checkliste für das Ende der Treffens
Alle Treffen betreffend:		
28.	10	Selbstklebende Namensetiketten
29.	2	Großer Rückumschlag
30.	10	Blöcke & Kugelschreiber
31.		Moderationskarten (rot / grün)
32.		Stifte
33.		Flipchart-Papier
34.		Klebeband
35.		Klebestift
36.		Moderationswände
37.		Flipchart
38.		Beamer (wenn möglich)
39.		Laptop (wenn möglich)

# Accountable Care in Deutschland

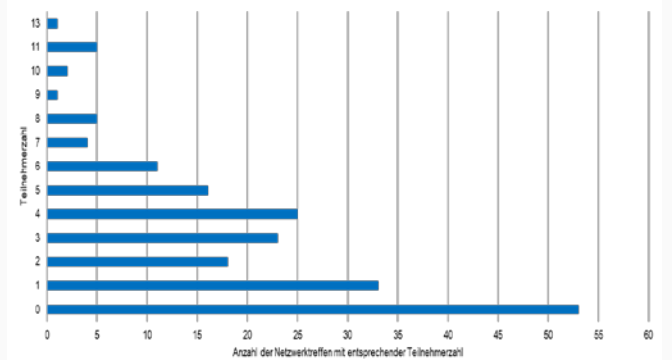
Verbesserung der Patientenversorgung durch mehr Vernetzung und informierten Dialog



## Zwischenergebnisse



## Anzahl der Teilnehmenden je Netzwerktreffen



## Zahlen und Fakten aus dem bisherigen Projektverlauf



**100** Interventions-Netzwerke



**30.000** versendete Netzwerkinformationen



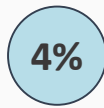
**291** organisierte Netzwerktreffen



**60** engagierte Moderatoren leiteten die Netzwerktreffen



**735** teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten



**4%** Insgesamt entspricht das einer Teilnahmequote von 4%

## Neues im ACD Projekt

### Änderungsraten Diabetes mellitus Typ 2

In der Netzwerkinformation 5 haben wir Änderungsraten für ausgewählte Indikatoren der Indikation „Diabetes Mellitus Typ 2“ zusammengestellt.

Im Folgenden sind beispielhaft Änderungsraten ausgewählter Indikatoren des Krankheitsbildes Diabetes mellitus Typ 2 eines ACD-Netzwerkes im Vergleich zweier Beobachtungsjahre und im Verhältnis zur KV Region dargestellt.

Anzahl ACD-Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 in Ihrem ACD-Netzwerk:  
im Berichtszeitraum (■ 2017, Q4 - 2018, Q3): 2.394  
im Vorjahr (■ 2016, Q4 - 2017, Q3): 2.142

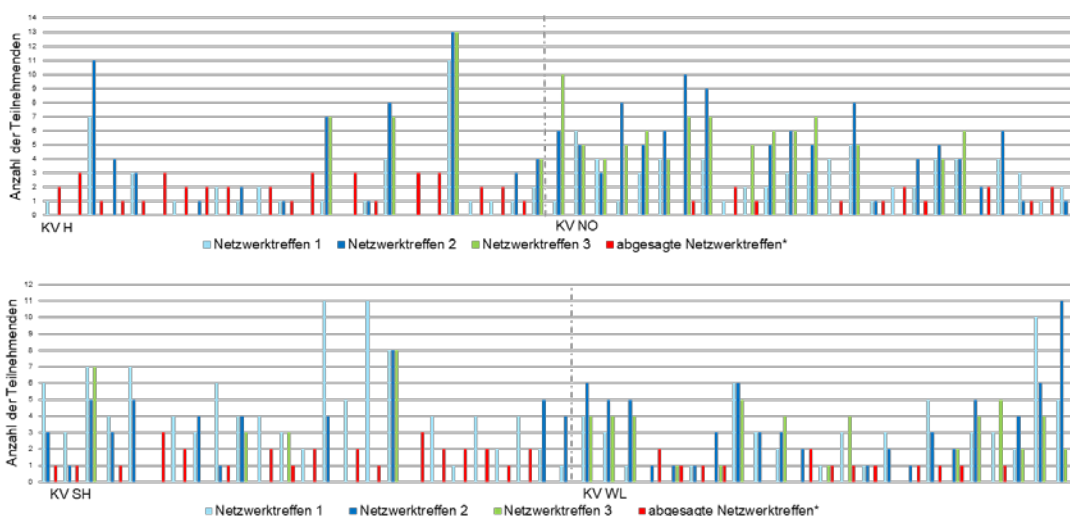
Informationen zu Facharztbesuchen	Δ ACD-Netzwerk	Vorjahresvergleich Ihres Netzwerks	Δ KV-Region
Patienten mit mind. einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen hausärztlich tätigen Ärzten	+0,9%		+3,9%
Patienten mit mind. zwei ambulanten Kontakten zu einem Hausarzt / Internisten	+0,3%		+0,0%
Patienten mit mind. einem Abrechnungskontakt zu einem FA für Nephrologie	-0,9%		+1,4%

Ambulante Prozesse	Δ ACD-Netzwerk	Vorjahresvergleich Ihres Netzwerks	Δ KV-Region
Patienten, die mind. zwei HbA1c Bestimmungen und mind. einen LDL Test erhielten	+3,5%		+3,8%
Patienten, die im DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben waren	+5,3%		+3,4%

Verschriebene Arzneimittel	Δ ACD-Netzwerk	Vorjahresvergleich Ihres Netzwerks	Δ KV-Region
Patienten mit Verschreibung von oralen Antidiabetika	+1,8%		+1,7%
Patienten mit Metformin Verschreibung	+3,8%		+1,9%

Sektorübergreifende Patienteninformationen	Δ ACD-Netzwerk	Vorjahresvergleich Ihres Netzwerks	Δ KV-Region
Patienten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Diabetes	-0,2%		0,0%
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Diabetes	+0,1%		0,0%

## Anzahl der Teilnehmenden je Netzwerktreffen



## Aktuelles zum Projekt



Besuchen Sie unsere Projektwebseite:  
[www.acd-projekt.de](http://www.acd-projekt.de)

## Hintergrund zum Projekt

- Gefördert durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, Innovationsfonds, Versorgungsforschung
- Projektlaufzeit: 04/2017 bis 06/2020

## Konsortialpartner in Accountable Care in Deutschland





# ACD - Accountable Care in Deutschland: Zwischenbilanz

Fachbereich Health Services Management, Ludwig-Maximilians-Universität München

Stand: Januar 2020

## Konsortialpartner in Accountable Care in Deutschland





Projektinformation ACD

Zwischenbericht Netzwerkinformationen

Zwischenbericht Netzwerktreffen

## Projektinformationen ACD



Innerhalb der ACD-Studie soll die Zusammenarbeit der Ärzte und Psychotherapeuten im ambulanten Bereich gestärkt werden. Hierbei soll die kontinuierliche Versorgung Patienten unterstützt und die Berufszufriedenheit der Ärzte verbessert werden.

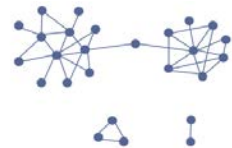
Projektlaufzeit: April 2017- Juni 2020

Förderung: Innovationsfonds (Versorgungsforschung)

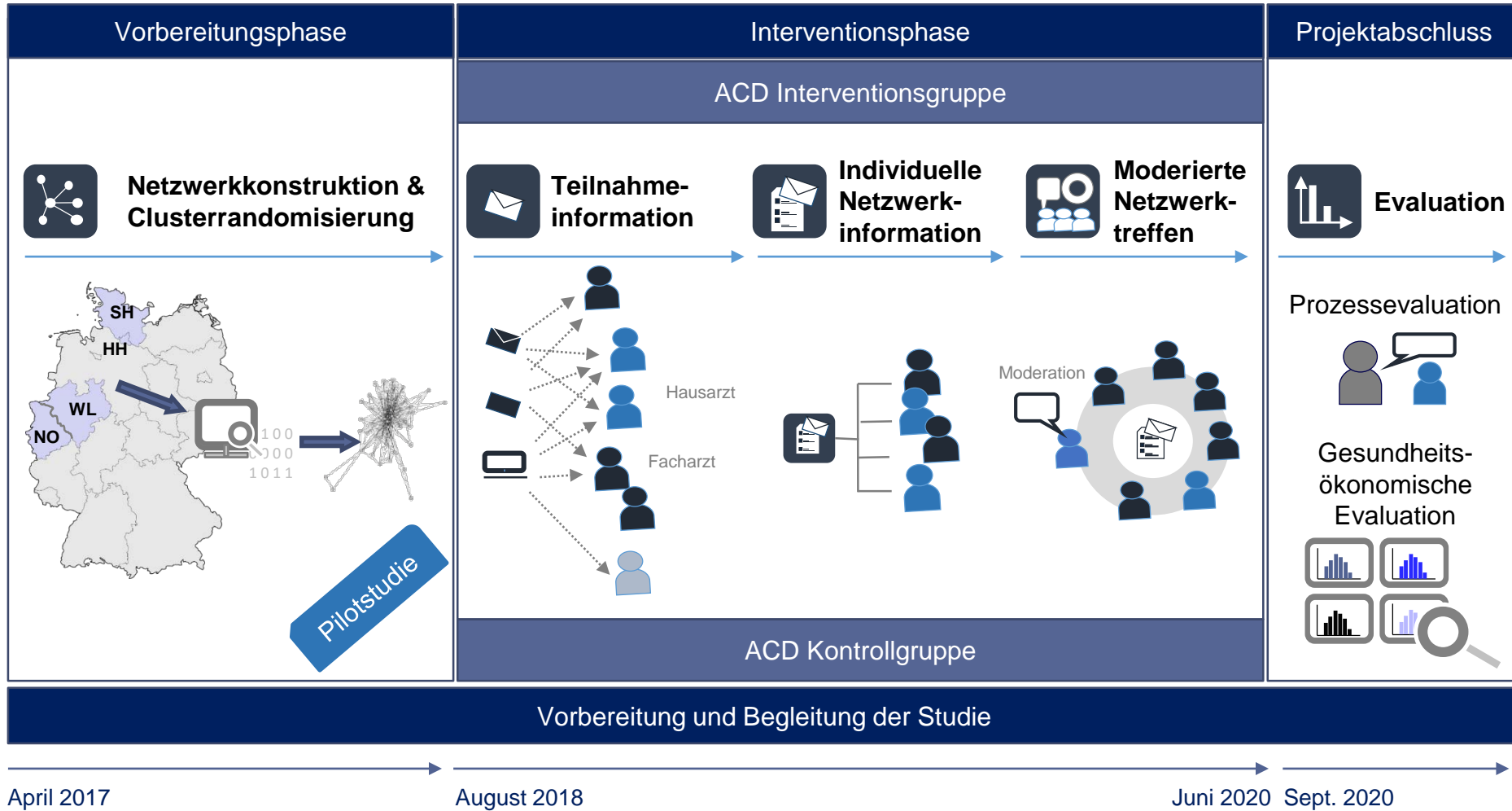


## Zielsetzung im ACD Projekt

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Therapeuten fördern
- Durch verbesserte Vernetzung Patientenversorgung stärken
- Informierten Dialog ermöglichen
- Durch verbesserte Vernetzung Berufszufriedenheit steigern
- Gründe für Defizite / Stärken in der Versorgung identifizieren
- Angebot von diagnosebezogenen Indikatoren zur Zusammenarbeit in Form von Netzwerkinformationen



# Organisation der Interventionsstudie



## Ablauf der Intervention über 2 Jahre



\* +1 beschreibt jeweils das im Netzwerktreffen ausgewählte Element des Bereichs B

Beginn der Intervention

Ende der Intervention



### Von der Studiengruppe vorausgewählte Indikationsgruppen (A)

- A1 Diabetes mellitus
- A2 Ischämische Herzkrankheiten
- A3 Herzinsuffizienz
- A4 Bronchitis & COPD
- A5 Rückenbeschwerden
- A6 Depressive Störungen

### Von den Teilnehmern der Netzwerktreffen ausgewählte Indikationsgruppen (B)

- Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioide
- Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
- Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes
- Infektiöse Darmkrankheiten
- Grippe und Pneumonie
- HNO-Infektionen
- Gonarthrose

## Inhalte der Netzwerkinformationen

- Die Netzwerkinformationen beinhalten Daten zu/r:
  - Beschreibung der Patientenpopulation
  - Facharztbesuchen
  - Ambulanten Prozessen
  - Arzneimittelverschreibungen
- Alle Indikatoren sind patientenbezogen berechnet. Das bedeutet, dass z.B. berichtet wird ob ein Patient eine Verschreibung erhielt (und einlöste), nicht allerdings von welchem Arzt.
- Es werden alle Daten für drei Patientengruppen im Vergleich erstellt:
  - Patienten, die bei den angeschriebenen Ärzten in Behandlung sind (**ACD Patienten**)
  - im ACD Netzwerk geteilte Patienten (**ACD Netzwerk-Patienten**)
  - Vergleichswert aller ACD Patienten in der KV Region (**KV Vergleichswert**)

Projektinformation ACD

Zwischenbericht Netzwerkinformationen

Zwischenbericht Netzwerktreffen

## Erfolgter Versand von Netzwerkinformationen

- In den 4 KV Regionen wurden insgesamt 6.393 Ärzte in den 99 Netzwerken angeschrieben. Diese erhielten quartalsweise bereits 5 Netzwerkinformationen
  - Netzwerkinformation 1: Diabetes und einer Wahldiagnosegruppe (Januar 2019)
  - Netzwerkinformation 2: Ischämischen Herzkrankheiten und einer Wahldiagnosegruppe (März 2019)
  - Netzwerkinformation 3: Herzinsuffizienz (Juni / Juli 2019)
  - Netzwerkinformation 4: COPD und Bronchitis (September 2019)
  - Netzwerkinformation 5: Rückenbeschwerden (Januar / Februar 2020)
- Folgend sind beispielhaft Darstellungen der ersten Netzwerkinformation zu Diabetes dargestellt



## Beispiel Netzwerkinformationen: Überblick

### Kurzübersicht der im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelten Patienten

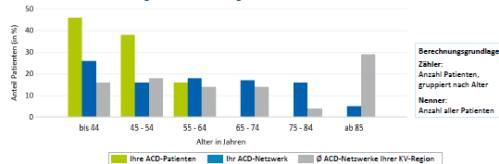
Die Netzwerkinformation umfasst allgemeine Informationen zu Ihrem ACD-Netzwerk sowie indikationsspezifische Informationen zur Patientenversorgung (Betrachtung von zwei Indikationsgruppen). Im ACD-Netzwerk werden insgesamt 2.806 Patienten der folgenden Indikationsgruppen gemeinsam behandelt (davon 54% weiblich und 46% männlich). Insgesamt sind 36 Ärzte in Ihrem ACD-Netzwerk tätig.

Übersicht 1: Verteilung der ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk auf ausgewählte Indikationen sowie Anteil multimorbider Patienten

Indikationsgruppe	ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk	Anteil der multimorbiden ACD-Patienten davon
Ischämische Herzkrankheiten	298	97%
Herzinsuffizienz	120	98%
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1.018	93%
Bronchitis & COPD	685	78%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opioid	105	94%
Rückenbeschwerden	1.359	89%
Hypertonie	1.503	89%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms	934	83%
Infektiöse Darmkrankheiten	484	61%
Grippe und Pneumonie	109	77%
HNO-Infektionen	1.853	64%
Depressive Störungen	1.106	93%
Diabetes mellitus	473	95%
Gonarthrose	243	91%

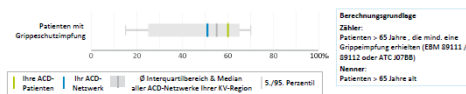
Im Folgenden sehen Sie die Altersverteilung der von Ihnen im ACD-Netzwerk betreuten Patienten, Ihres ACD-Netzwerkes sowie der Durchschnittswert der ACD-Netzwerke innerhalb Ihrer KV-Region.

Abbildung 1: Altersverteilung der Patienten im ACD-Netzwerk



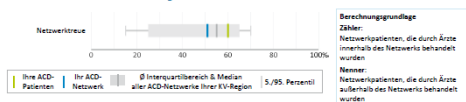
Bei Personen älter als 65 Jahre und chronisch Kranken führt die Grippe häufig zu Komplikationen (Quelle: aerztblatt). Im Folgenden sehen Sie den Anteil der Grippeimpfungen Ihrer ACD-Patienten über 65 Jahre, im Vergleich zum Anteil in Ihrem ACD-Netzwerk sowie zu den anderen ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region.

Abbildung 2: Grippeimpfungen bei über 65-jährigen Patienten in ACD-Netzwerken



Im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelte Patienten werden sowohl von Ärzten im ACD-Netzwerk, als auch von Ärzten außerhalb des ACD-Netzwerkes behandelt. Der Indikator „Netzwerktreue“ soll eine Einschätzung darüber ermöglichen, welcher Anteil an Abrechnungskontakten der beteiligten ACD-Netzwerkärzte durchschnittlich durch Patienten im Netzwerk stattfindet. Werte über 50 Prozent bedeuten, dass Abrechnungskontakte der ACD-Patienten mehrheitlich innerhalb des ACD-Netzwerkes erfolgen. Je nach Ausmaß der Netzwerktreue sind auch Ärzte außerhalb des ACD-Netzwerkes an der Behandlung beteiligt gewesen.

Abbildung 3: Netzwerktreue der ACD-Patienten



### Diabetes mellitus: Informationen zu Haus- und Facharztbesuchen

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über ausgewählte Fachgruppen, die von den ACD-Patienten Ihres ACD-Netzwerkes aufgesucht wurden. Neben dem Anteil der ACD-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung wird ausgewiesen, wie häufig ein Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztliche innere Medizin) im Jahr aufgesucht wurde, ob ein Facharztbesuch nach Überweisung erfolgt, und ob mehrere unterschiedliche Praxen der jeweiligen Fachrichtung aufgesucht wurden.

Abbildung 5: Diabetes-Patienten in den ACD-Netzwerken in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung

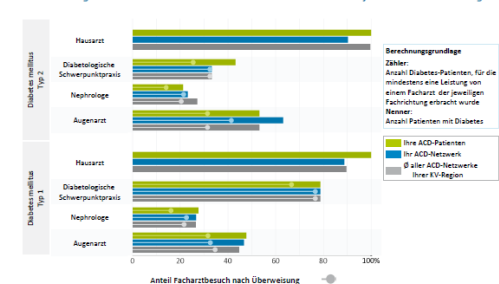
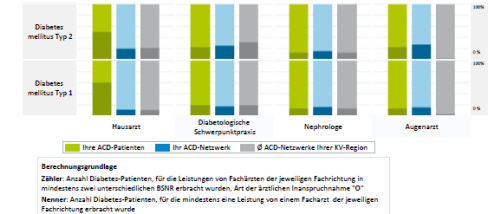


Abbildung 6: Anteil der Diabetes-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchen



## Beispiel Netzwerkinformationen: Beschreibung der Patientenpopulation

### Kurzübersicht der im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelten Patienten

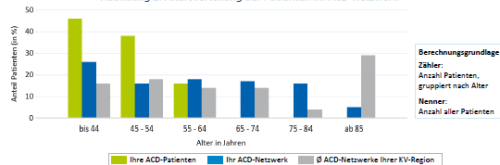
Die Netzwerkinformation umfasst allgemeine Informationen zu Ihrem ACD-Netzwerk sowie indikationsspezifische Informationen zur Patientenversorgung (Betrachtung von zwei Indikationsgruppen). Im ACD-Netzwerk werden insgesamt 2.806 Patienten der folgenden Indikationsgruppen gemeinsam behandelt (davon 54% weiblich und 46% männlich). Insgesamt sind 36 Ärzte in Ihrem ACD-Netzwerk tätig.

Übersicht 1: Verteilung der ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk auf ausgewählte Indikationen sowie Anteil multimorbider Patienten

Indikationsgruppe	ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk	Anteil der multimorbiden ACD-Patienten davon
Ischämische Herzkrankheiten	298	97%
Herzinsuffizienz	120	98%
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1.018	93%
Bronchitis & COPD	685	78%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opioid	105	94%
Rückenbeschwerden	1.359	89%
Hypertonie	1.503	89%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms	934	83%
Infektiöse Darmkrankheiten	484	61%
Grippe und Pneumonie	109	77%
HNO-Infektionen	1.853	64%
Depressive Störungen	1.106	93%
Diabetes mellitus	473	95%
Gonarthrose	243	91%

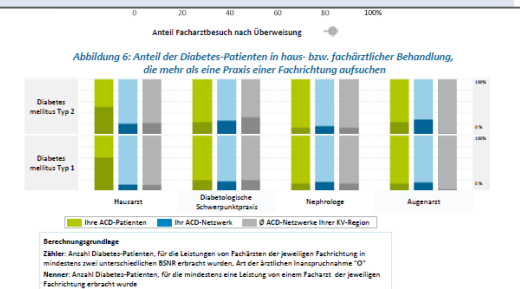
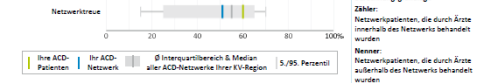
Im Folgenden sehen Sie die Altersverteilung der von Ihnen im ACD-Netzwerk betreuten Patienten, Ihres ACD-Netzwerkes sowie der Durchschnittswert der ACD-Netzwerke innerhalb Ihrer KV-Region.

Abbildung 1: Altersverteilung der Patienten im ACD-Netzwerk



### Übersicht 3: ACD-Patienten mit Diabetes mellitus

Diabetes mellitus Typ 2	Ihre ACD-Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
<b>Anzahl Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2</b>		<b>1.511</b>	<b>1.421</b>
Multimorbiditätsrate	-	97,6 %	96,4 %
Mortalitätsrate	-	3,7 %	3,0 %
Patienten mit mind. einem Myokardinfarkt	-	1,3 %	1,2 %
Patienten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Diabetes	-	97,7 %	98,2 %
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Diabetes	-	99,4 %	99,7 %



## Beispiel Netzwerkinformationen: Facharztbesuche für relevante Facharztgruppen

### Kurzübersicht der im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelten Patienten

Die Netzwerkinformation umfasst allgemeine Informationen zu Ihrem ACD-Netzwerk sowie indikationsspezifische Informationen zur Patientenversorgung (Betrachtung von zwei Indikationsgruppen). Im ACD-Netzwerk werden insgesamt 2.806 Patienten der folgenden Indikationsgruppen gemeinsam behandelt (davon 54% weiblich und 46% männlich). Insgesamt sind 36 Ärzte in Ihrem ACD-Netzwerk tätig.

Übersicht 1: Verteilung der ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk auf ausgewählte Indikationen sowie Anteil multimorbider Patienten

Indikationsgruppe	ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk	Anteil der multimorbiden ACD-Patienten davon
Ischämische Herzkrankheiten	298	97%
Herzinsuffizienz	120	98%
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1.018	93%
Bronchitis & COPD	685	78%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opioid	105	94%
Rückenbeschwerden	1.359	89%
Hypertonie	1.503	89%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms	934	83%
Infektiöse Darmkrankheiten	484	61%
Grippe und Pneumonie	109	77%
HNO-Infektionen	1.853	64%
Depressive Störungen	1.106	93%
Diabetes mellitus	473	95%
Gonarthrose	243	91%

Im Folgenden sehen Sie die Altersverteilung der von Ihnen im ACD-Netzwerk betreuten Patienten, Ihres ACD-Netzwerkes sowie der Durchschnittswert der ACD-Netzwerke innerhalb Ihrer KV-Region.

Abbildung 1: Altersverteilung der Patienten im ACD-Netzwerk

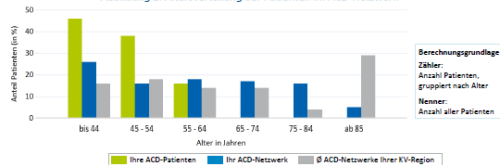
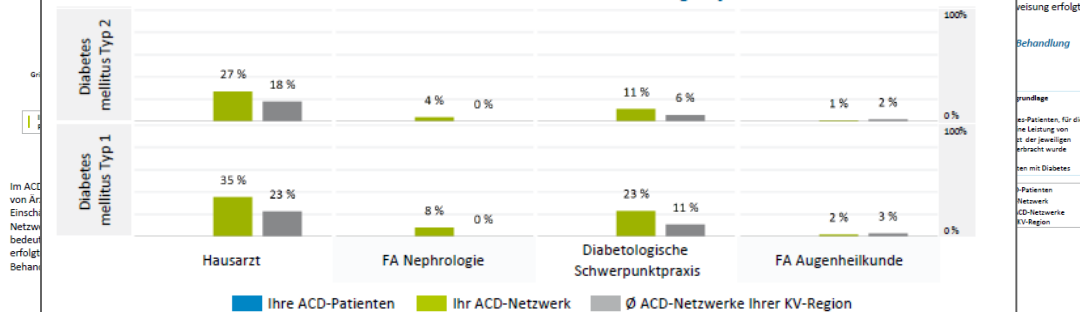
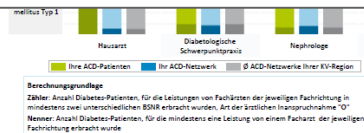


Abbildung 6: Anteil der Diabetes-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchten



#### Berechnungsgrundlage

Zähler: Anzahl Patienten mit Diabetes mellitus, für die Leistungen von Fachärzten der jeweiligen Fachrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsstätten erbracht wurden  
 Nenner: Anzahl Patienten mit Diabetes mellitus



## Beispiel Netzwerkinformationen: Ambulante Prozesse

### Kurzübersicht der im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelten Patienten

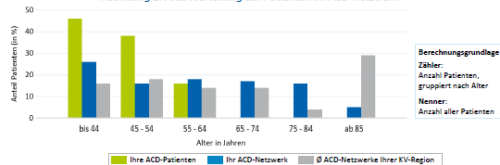
Die Netzwerkinformation umfasst allgemeine Informationen zu Ihrem ACD-Netzwerk sowie indikationsspezifische Informationen zur Patientenversorgung (Betrachtung von zwei Indikationsgruppen). Im ACD-Netzwerk werden insgesamt 2.806 Patienten der folgenden Indikationsgruppen gemeinsam behandelt (davon 54% weiblich und 46% männlich). Insgesamt sind 36 Ärzte in Ihrem ACD-Netzwerk tätig.

Übersicht 1: Verteilung der ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk auf ausgewählte Indikationen sowie Anteil multimorbider Patienten

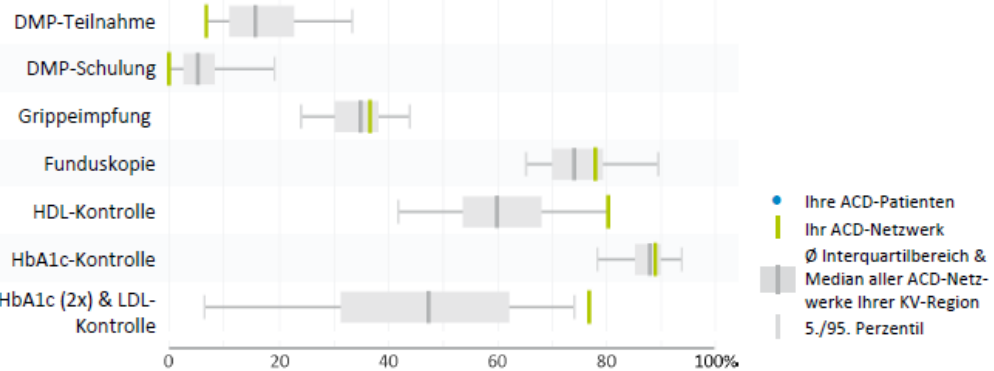
Indikationsgruppe	ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk	Anteil der multimorbiden ACD-Patienten davon
Ischämische Herzkrankheiten	298	97%
Herzinsuffizienz	120	98%
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1.018	93%
Bronchitis & COPD	685	78%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opiode	105	94%
Rückenbeschwerden	1.359	89%
Hypertonie	1.503	89%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms	934	83%
Infektiöse Darmkrankheiten	484	61%
Grippe und Pneumonie	109	77%
HNO-Infektionen	1.853	64%
Depressive Störungen	1.106	93%
Diabetes mellitus	473	95%
Gonarthrose	243	91%

Im Folgenden sehen Sie die Altersverteilung der von Ihnen im ACD-Netzwerk betreuten Patienten, Ihres ACD-Netzwerkes sowie der Durchschnittswert der ACD-Netzwerke innerhalb Ihrer KV-Region.

Abbildung 1: Altersverteilung der Patienten im ACD-Netzwerk



Diabetes mellitus Typ 1



### Berechnungsgrundlage

Zähler: Patienten mit Diabetes mellitus, für die mind. eine der angegebenen Ziffern abgerechnet wurde:

**DMP-Schulung:**

D1: EBM 91114(E/N/W), 91118(E/N/W), 91120(E/N/W), 91122(W), 91124(E/N/W), 91126, 91128(N/W)

D2: EBM 90244(E/N/W), 90246(E/N/W), 90247 (T/E/N/W), 90249(E/N/W), 90251(E/N/W), 90252(E/N/W), 90254(E/N/W), 90255(E/N/W), 90256(E/N/W), 90258 (W), 90260 (N, W), 90265(E/N/W), 90267(E/N/W), 90269(E/N/W), 90272(E/N/W), 90274(E/N/W), 90276(E/N/W), 90278(E/N/W)

**Grippeimpfung:** EBM 89111, 89112 oder ATC J07BB

**Funduskopie:** EBM 90311, 06333

**HDL:** EBM 32061

**HbA1c:** EBM 32094

**LDL:** EBM 32062

**Nenner:** Patienten mit Diabetes mellitus

**DMP-Schulung:** Patienten mit Diabetes mellitus und DMP-Teilnahme

## Beispiel Netzwerkinformationen: Arzneimittelverschreibungen

### Kurzübersicht der im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelten Patienten

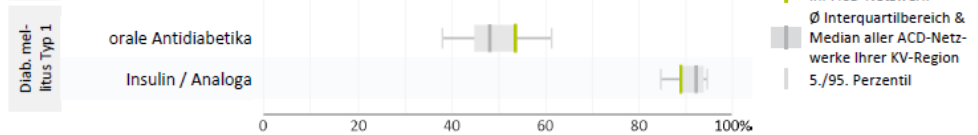
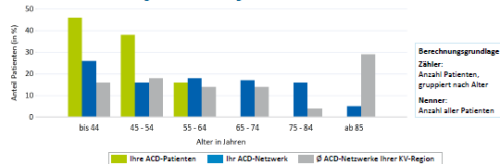
Die Netzwerkinformation umfasst allgemeine Informationen zu Ihrem ACD-Netzwerk sowie indikationsspezifische Informationen zur Patientenversorgung (Betrachtung von zwei Indikationsgruppen). Im ACD-Netzwerk werden insgesamt 2.806 Patienten der folgenden Indikationsgruppen gemeinsam behandelt (davon 54% weiblich und 46% männlich). Insgesamt sind 36 Ärzte in Ihrem ACD-Netzwerk tätig.

Übersicht 1: Verteilung der ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk auf ausgewählte Indikationen sowie Anteil multimorbider Patienten

Indikationsgruppe	ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk	Anteil der multimorbiden ACD-Patienten davon
Ischämische Herzkrankheiten	298	97%
Herzinsuffizienz	120	98%
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1.018	93%
Bronchitis & COPD	685	78%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opioid	105	94%
Rückenbeschwerden	1.359	89%
Hypertonie	1.503	89%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms	934	83%
Infektiöse Darmkrankheiten	484	61%
Grippe und Pneumonie	109	77%
HNO-Infektionen	1.853	64%
Depressive Störungen	1.106	93%
Diabetes mellitus	473	95%
Gonarthrose	243	91%

Im Folgenden sehen Sie die Altersverteilung der von Ihnen im ACD-Netzwerk betreuten Patienten, Ihres ACD-Netzwerkes sowie der Durchschnittswert der ACD-Netzwerke innerhalb Ihrer KV-Region.

Abbildung 1: Altersverteilung der Patienten im ACD-Netzwerk



#### Berechnungsgrundlage

Zähler: Patienten mit Diabetes mellitus mit mindestens einer Verschreibung:  
**orale Antidiabetika:** ATC A10B  
**Metformin:** ATC A10BA02, A10BD\*  
**Insulin / Analoga:** ATC A10A\*, A10B\*

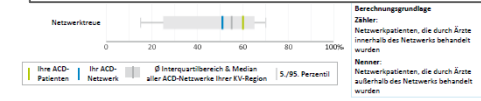
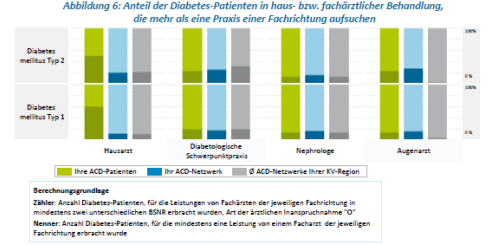
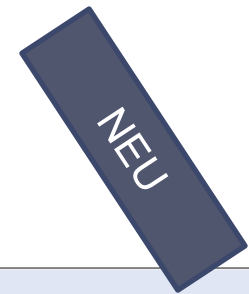


Abbildung 6: Anteil der Diabetes-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchen





# Neu in Netzwerkinformation 5: Änderungsraten Diabetes mellitus Typ 2

## ■ Änderungsraten Diabetes mellitus Typ 2

Im Folgenden sind Änderungsraten ausgewählter Indikatoren Ihres ACD-Netzwerkes im Vergleich zweier Beobachtungszeiträume dargestellt. Die dargestellten Änderungsraten sind die Differenz der AOK und TK. Die Ergebnisse können in den ACD-Netzwerktreffen genutzt werden. Die deskriptive Analyse zu verstehen und bilden keine Signifikanzlevel der Änderungsraten ab. Die Ableitung zur Alltagsrelevanz haben wir Ihnen im Anhang beigefügt.

### Ambulante Prozesse

Patienten, die mind. zwei HbA1c Bestimmungen und mind. einen LDL Test erhielten

+2,5%

+3,8%

### Übersicht 1: Ausgewählte Indikatoren des Krankheitsbildes Diabetes mellitus Typ 2 im Zeitverlauf

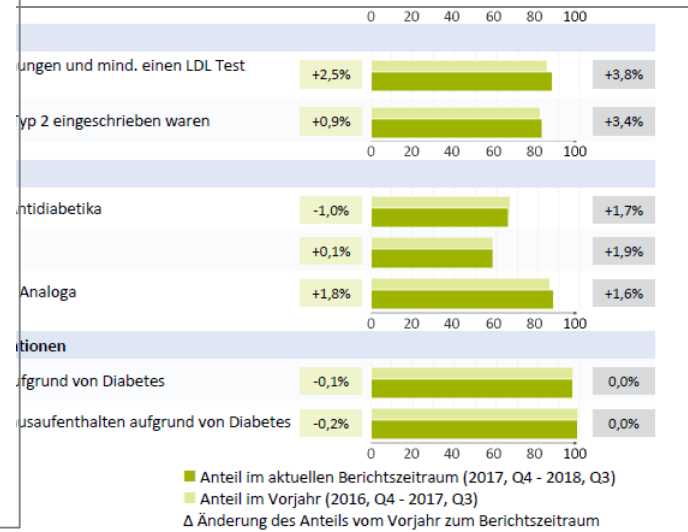
#### Anzahl ACD-Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 in Ihrem ACD-Netzwerk:

im Berichtszeitraum (■ 2017, Q4 - 2018, Q3): 610

im Vorjahr (■ 2016, Q4 - 2017, Q3): 448

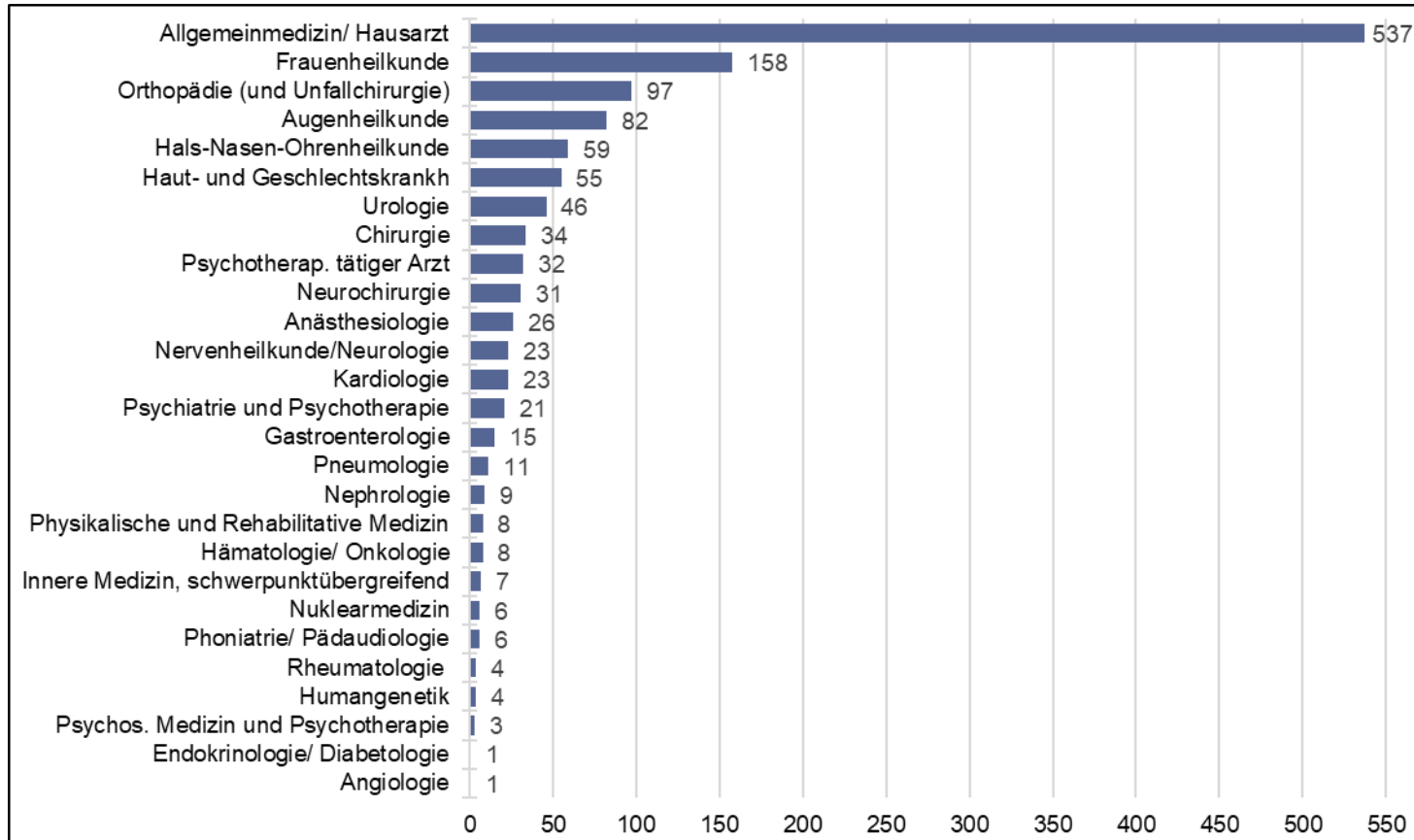
#### Informationen zu Facharztbesuchen

Informationen zu Facharztbesuchen	Δ ACD-Netzwerk	Vorjahresvergleich Ihres Netzwerks	Δ KV-Region
Patienten mit mind. einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen hausärztlich tätigen Ärzten	+4,3%		+3,9%
Patienten mit mind. zwei ambulanten Kontakten zu einem Hausarzt / Internisten	+0,9%		+0,0%
Patienten mit mind. einem Abrechnungskontakt zu einem FA für Nephrologie	+6,4%		+1,4%
Patienten mit mind. einem Abrechnungskontakt zu einer diabetologischen Schwerpunktpraxis	+1,1%		+2,9%
Patienten mit mind. einem Abrechnungskontakt zu einem Augenarzt	+2,3%		+1,0%
Patienten mit mind. einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen diabetologischen Schwerpunktpraxen	+0,9%		+0,6%
Patienten mit mind. einem Abrechnungskontakt zu zwei verschiedenen Augenärzten	-3,5%		-3,7%
Patienten mit Abrechnungskontakt in einem von vier Quartalen bei oben genannten Arztgruppen	+1,5%		+2,2%



# Beschreibung der Studienpopulation

## Ärzte in den ACD Netzwerken



Ärzte je Facharztgruppe in den 25 Interventionsnetzen in Hamburg

# Beschreibung der Studienpopulation

## Patienten in den ACD Netzwerken

	Region 1 (Schleswig-Holstein & Hamburg)		Region 2 (Nordrhein-Westfalen)	
Anzahl an Netzwerken	50 (50)		50 (50)	
Anzahl an geteilten Patienten	289320		490016	
Anteil der Patienten mit den eingeschlossenen Erkrankungen:				
	Bevölkerung (Vergleich)	ACD Netzwerk- patienten	Bevölkerung (Vergleich)	ACD Netzwerk- patienten
Ischämische Herzkrankheiten	8%	10%	10%	11%
Herzinsuffizienz	3%	4%	4%	5%
Bronchitis & COPD	19%	20%	25%	25%
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	20%	24%	25%	28%
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioide	2%	3%	2%	2%
Rückenbeschwerden	25%	31%	36%	39%
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	35%	42%	42%	46%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	17%	15%	15%	16%
Infektiöse Darmkrankheiten	11%	10%	11%	11%
Grippe und Pneumonie	3%	3%	3%	3%
HNO-Infektionen	40%	39%	39%	37%
Depressive Störungen	15%	17%	16%	17%
Gonarthrose	6%	8%	9%	11%
Diabetes mellitus Typ I	2%	2%	2%	2%
Diabetes mellitus Typ II	10%	13%	13%	15%



Projektinformation ACD

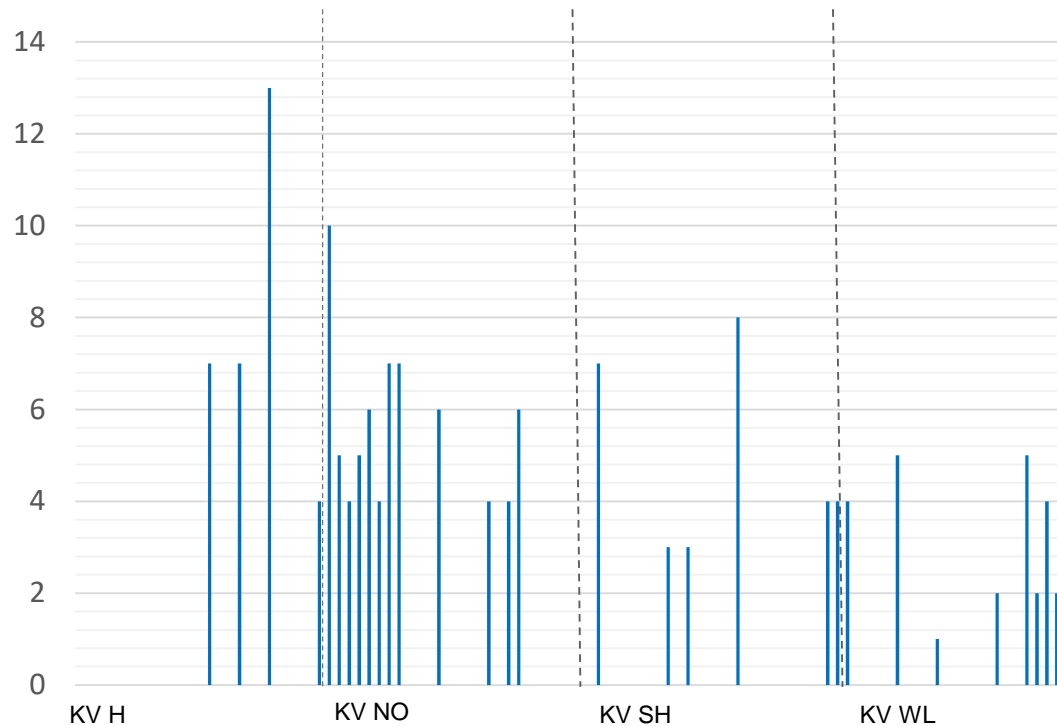
Zwischenbericht Netzwerkinformationen

Zwischenbericht Netzwerktreffen

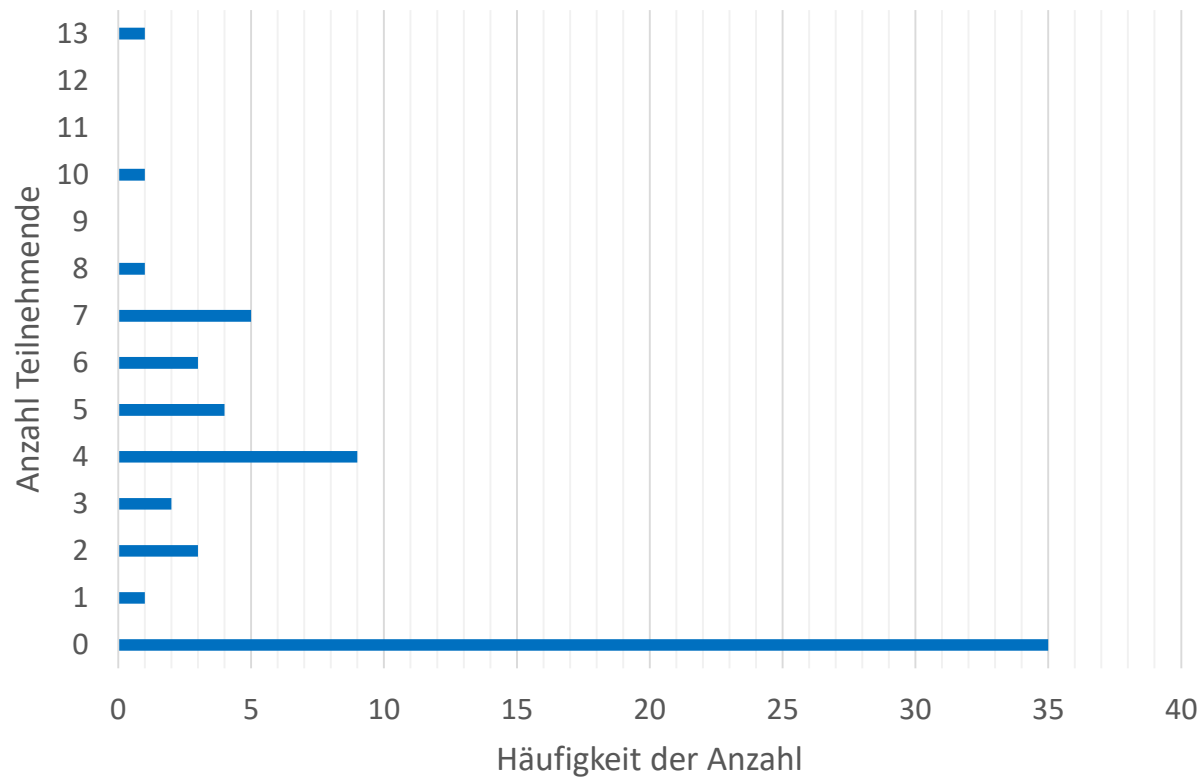
## 3. Netzwerktreffen

- Es wurde zu 94 Treffen eingeladen, wovon 20 Treffen aufgrund von geringen Anmeldungen vom Moderator abgesagt wurden.
- In Summe wurden **197** Teilnehmende (**42** in Hamburg, **87** in Nordrhein, **47** in Westfalen-Lippe und **21** in Schleswig-Holstein) verzeichnet.
  - *Vergleich 2. Netzwerktreffen: In Summe wurden 276 Teilnehmende (58 in Hamburg, 100 in Nordrhein, 71 in Westfalen-Lippe und 47 in Schleswig-Holstein) verzeichnet.*
  - *Vergleich 1. Netzwerktreffen: In Summe wurden 273 Teilnehmende (40 in Hamburg, 66 in Nordrhein, 61 in Westfalen-Lippe und 106 in Schleswig-Holstein) verzeichnet.*
- Die durchschnittliche Teilnehmerzahl lag bei **1,0** in Hamburg, **5,4** in Nordrhein, **2,0** in Westfalen-Lippe und **1,2** in Schleswig-Holstein.
  - *Vergleich 2. Netzwerktreffen: Die durchschnittliche Teilnehmerzahl lag bei 2,3 in Hamburg, 4 in Nordrhein, 3 in Westfalen-Lippe und 1,9 in Schleswig-Holstein*
  - *Vergleich 1. Netzwerktreffen: Die durchschnittliche Teilnehmerzahl lag bei 1,6 in Hamburg, 2,6 in Nordrhein, 2,5 in Westfalen-Lippe und 4,2 in Schleswig-Holstein.*
- Die in den Netzwerktreffen am häufigsten vertretene Arztgruppe waren die Hausärzte mit einer Gesamtzahl von **49** Teilnehmenden.

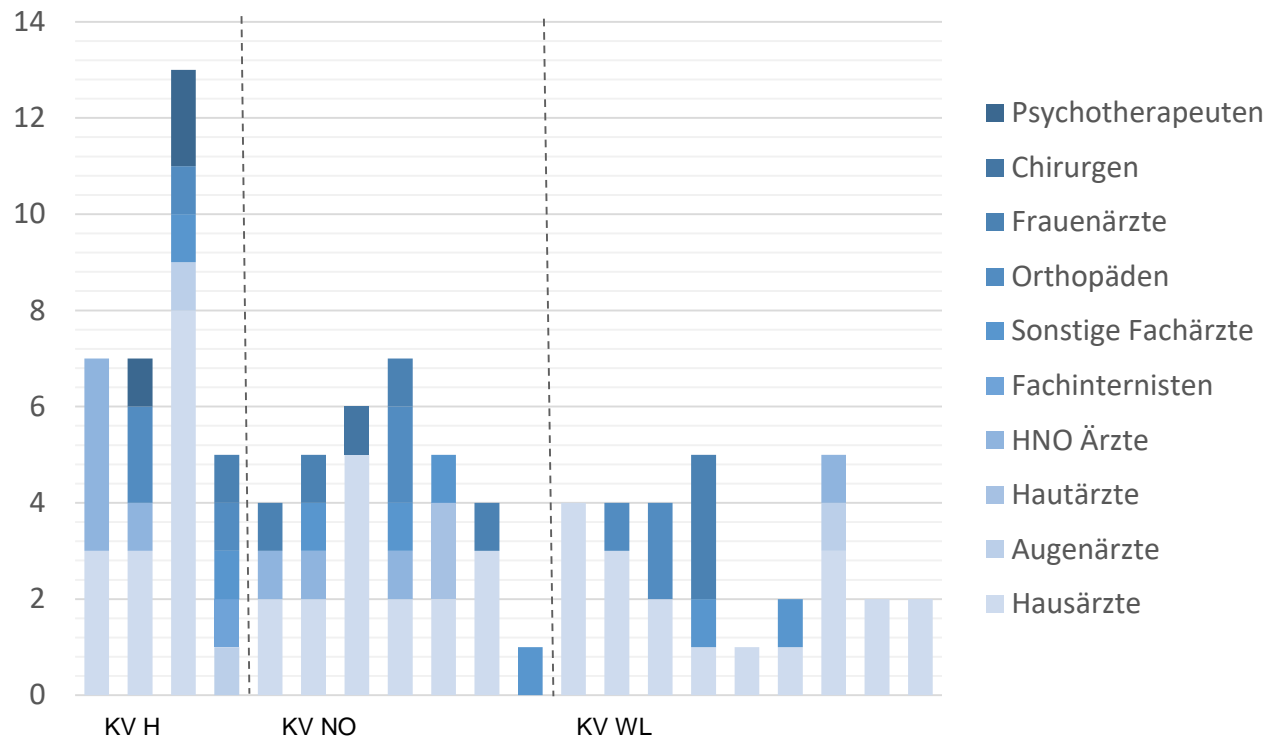
## Anzahl an Teilnehmenden je Netzwerktreffen



## Anzahl an Teilnehmenden je Netzwerktreffen

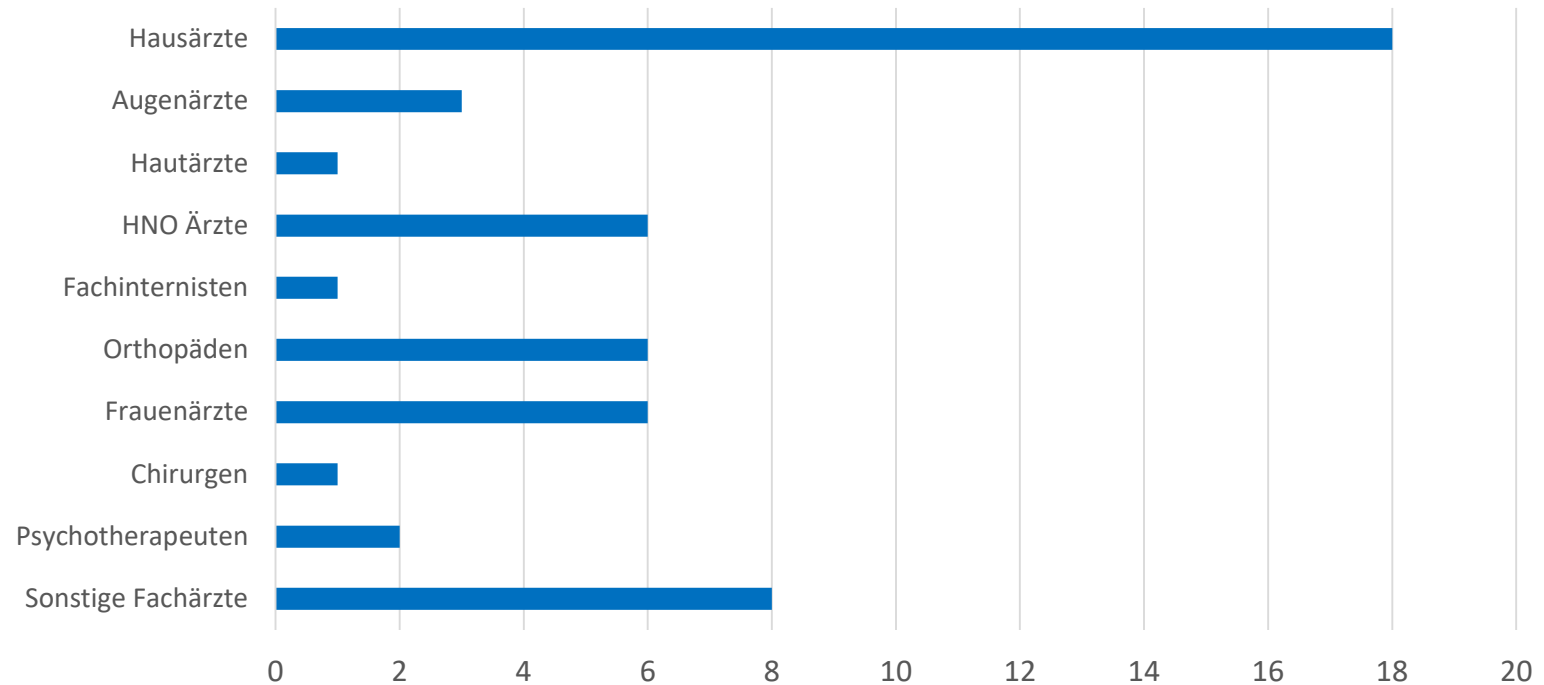


## Fachrichtungen der Teilnehmenden

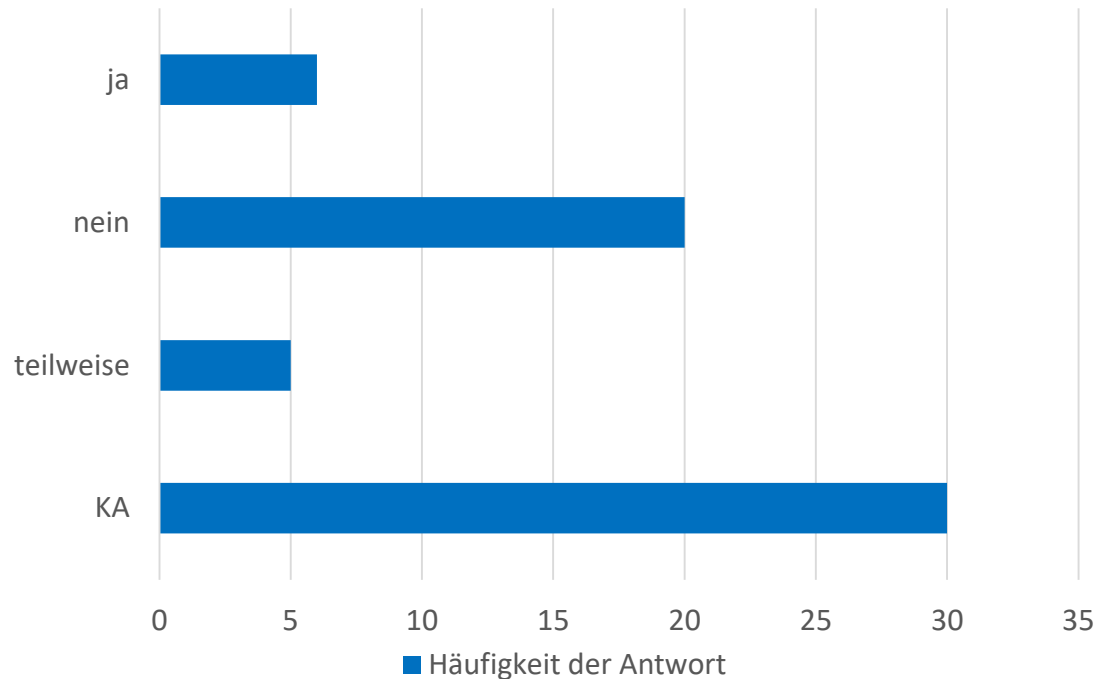


Bemerkung: WL\_21: Augenarzt und Hausarzt waren Gäste

## Anzahl Arztgruppen übergreifend



## „Wurde ein Versorgungspfad oder ein Konsens hinsichtlich zukünftiger Behandlungs- und Arbeitsweisen erarbeitet?“



## Rückmeldungen der Teilnehmenden

### Anregungen zum organisatorischen Rahmen

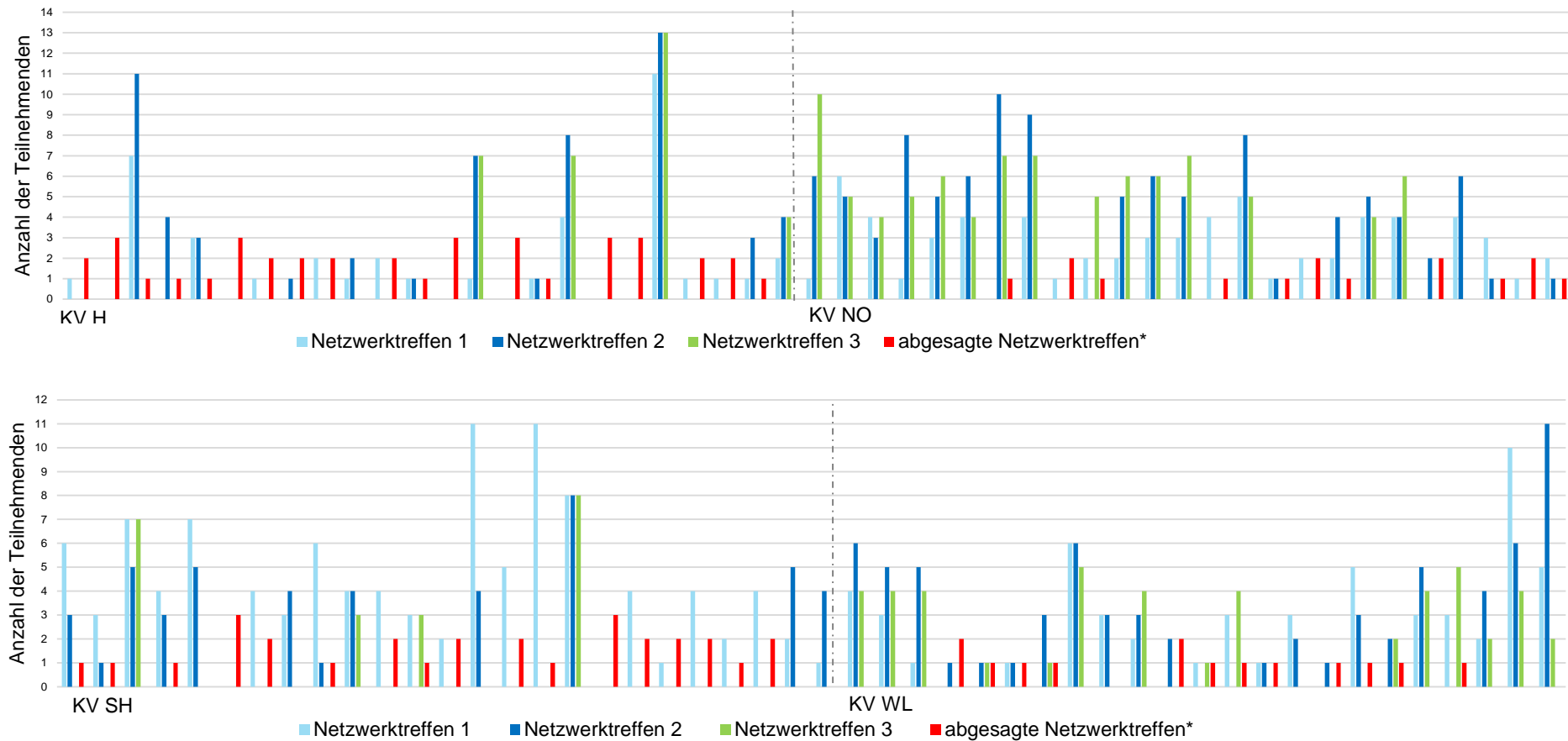
- Bezeichnung der Veranstaltung verändern, um mehr Personen anzusprechen
- Verpflegungsangebot wird als relevant erachtet
- Angaben zur Parkplatzsituation der Einladung hinzufügen

### Anregungen zum strukturellen Aufbau

- Vermehrte Interaktion der Teilnehmenden fördern
- Empfehlung persönliche Anschreiben zu verfassen
- Vielfalt der Fachrichtungen der teilnehmenden Ärzte fördern, gezielte Ansprache von Vertretern bestimmter Facharztgruppen
- Höhere Anzahl von Hausärzten/Allgemeinärzten gewünscht, gezielte Kontaktaufnahme/Ansprache dieser Facharztgruppe



# Anzahl der Teilnehmenden je Netzwerktreffen

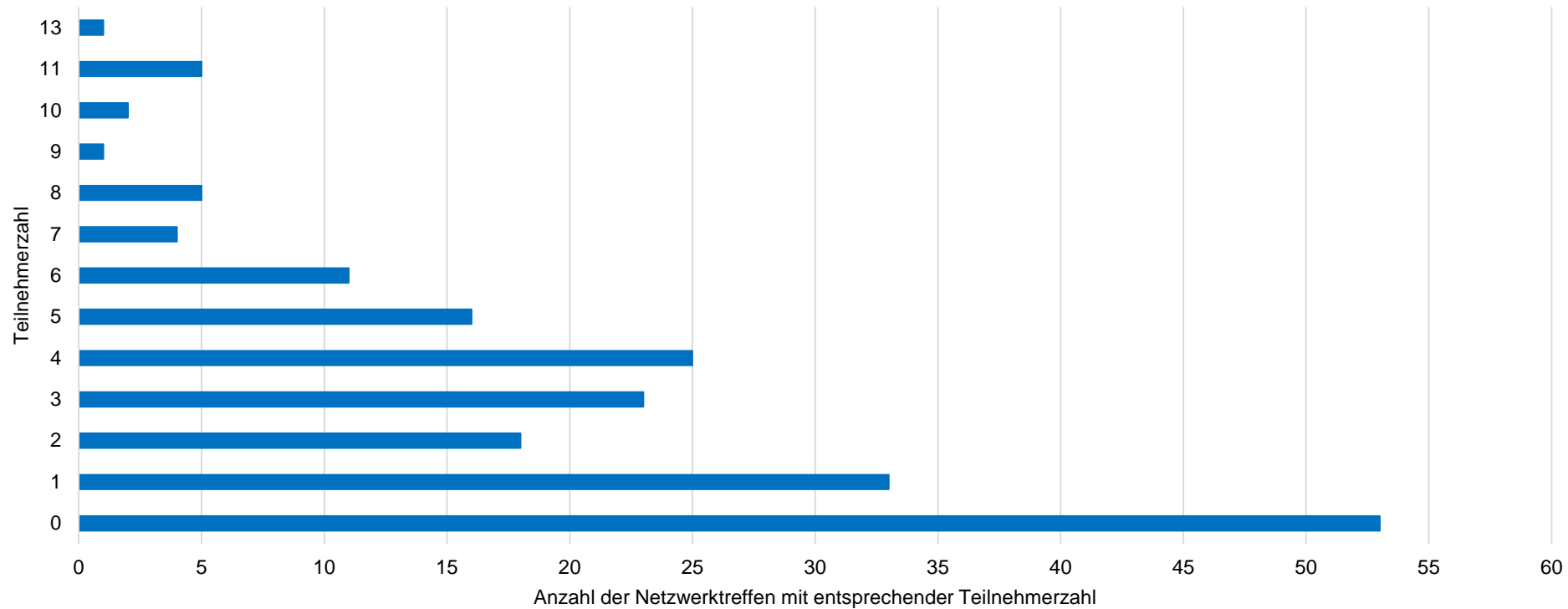


NB: Es wurden keine Treffen beim 1. Netzwerktreffen aufgrund von geringen Anmeldungen abgesagt.

\*darunter fallen nicht stattgefunden NWT aufgrund von fehlenden TeilnehmerInnen, Anmeldungen oder Absagen aus anderen Gründen

Ergebnisse aus 1., 2. und 3. Netzwerktreffen

# Anzahl der Teilnehmenden je Netzwerktreffen



Ergebnisse aus 1., 2. und 3. Netzwerktreffen



## ACD Accountable Care in Deutschland

Verbesserung der Patientenversorgung durch mehr Vernetzung und informierten Dialog

# ACD

Email: [info@acd-projekt.de](mailto:info@acd-projekt.de)

[www.acd-projekt.de](http://www.acd-projekt.de)

### Konsortialpartner in Accountable Care in Deutschland



Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046



### Anlage 3.4.1. Anschreiben und Netzwerkinformationen

- *1. Anschreiben*
- *2. Anschreiben*
- *1. Netzwerkinformation*
- *2. Netzwerkinformation*
- *3. Netzwerkinformation*
- *4. Netzwerkinformation*
- *5. Netzwerkinformation*
- *6. Netzwerkinformation*
- *Fact Sheet Pregabalin*
- *Dankesflyer*

Gefördert durch:



Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046



## Anlage 3.4.1. Anschreiben und Netzwerkinformationen

### *1. Anschreiben*

*Beispielhafte Projektinformation für ein Netzwerk in Hamburg*

Gefördert durch:



# Projektinformation: Accountable Care in Deutschland (ACD)

## Projekthintergrund



Niedergelassene Ärzt\_innen und Psychotherapeut\_innen versorgen in Deutschland pro Jahr rund 70 Millionen Patienten mit 580 Millionen Fällen. In den Krankenhäusern werden jährlich rund 9 Millionen Patienten mit 18 Millionen Fällen stationär behandelt. Mehr als 85 Prozent aller Patienten werden von mehr als einer Ärztin behandelt. Somit besteht jede Menge Abstimmungsbedarf. In der ACD-Studie wollen wir herausfinden, wie die kollegiale Zusammenarbeit von Ärzt\_innen und Psychotherapeut\_innen gestärkt werden kann.

## Ziele des ACD Projekts

Unterstützung aktiver Vernetzung von Ärzt\_innen und Psychotherapeut\_innen in der Versorgung, um

- Patientenzentrierung in der gemeinsamen Versorgung zu unterstützen,
- den Praxisalltag durch Kooperation zu erleichtern und
- die Arbeitszufriedenheit von Ärzten\_innen und Psychotherapeut\_innen in der Versorgung zu verbessern.

## Inhalte des ACD Projekts

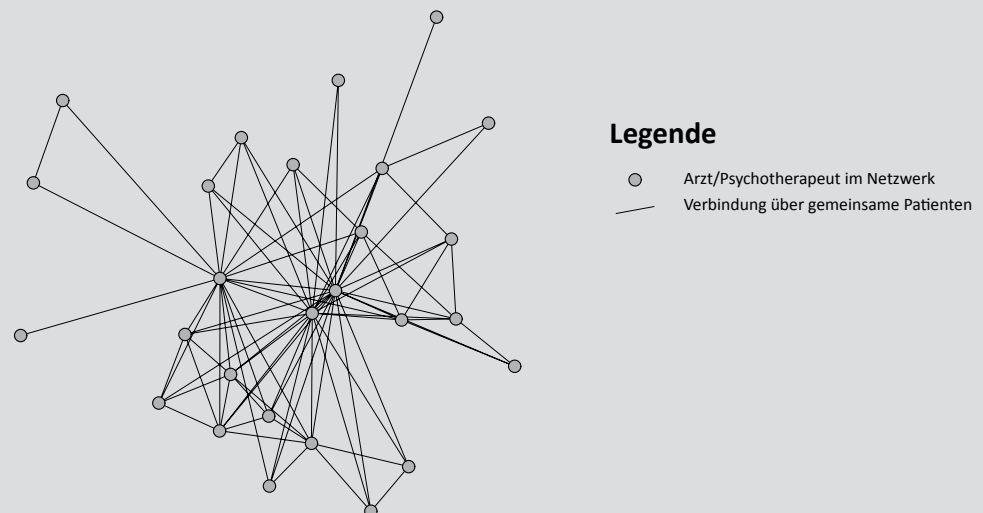
Im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie soll eine haus- und fachärztliche Vernetzung innerhalb der Versorgung unterstützt werden durch

- Informationen zur gemeinsamen Arbeit im Netzwerk
- die Organisation von insgesamt vier Austauschtreffen
- die gemeinsame Entwicklung von Behandlungspfaden

Alle Angaben und Daten werden pseudonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf Ärzt\_innen, Psychotherapeut\_innen oder Patienten\_innen möglich sind.

## Warum schreiben wir Sie an?

**Sie sind Teil eines ärztlichen Netzwerks in Ihrer Region**, das gemeinsam Patienten\_innen versorgt. Dieses Netzwerk wurde auf Basis von Patientenverläufen im Rahmen des ACD Projekts erhoben und besteht aus Ärzte\_innen unterschiedlicher Facharztgruppen und Psychotherapeuten, mit denen Sie gemeinsam Patienten\_innen versorgen. Die folgende Darstellung illustriert **Ihr Netzwerk**:



Verbindungen zwischen den Punkten kennzeichnen, dass mindestens 20 Patienten\_innen gemeinsam behandelt werden. Die Länge der Verbindungen gibt die Stärke der jeweiligen Verbindung an. Je näher sich die Kreise befinden, desto höher ist die Anzahl an gemeinsam behandelten Patienten\_innen.

## Ihr Zeitaufwand

### Geringer Zeitaufwand für Sie:

- Teilnahme an einem Netzwerktreffen alle 6 Monate (Dauer des Treffens: ca. 2,5 Stunden)
- Es werden keine zusätzlichen Daten in Ihrer Praxis erhoben → kein zusätzlicher Aufwand für Ihr Praxisteam

## Vorteile für Sie

- Sie erhalten die Möglichkeit, sich in Ihrem Netzwerk über die gemeinsame Versorgungssituation auszutauschen (insgesamt vier halbjährlich stattfindende ACD Netzwerktreffen innerhalb von zwei Jahren)
- Sie erhalten innerhalb der nächsten zwei Jahre quartalsweise Informationen zu Ihren gemeinsam behandelten Patienten\_innen
- Sie erhalten Fortbildungspunkte (beantragt bei der Ärztekammer) für die Teilnahme an den Netzwerktreffen
- Sie erhalten eine Fahrtkostenentschädigung für die Teilnahme an den Netzwerktreffen
- Durch Ihre Mitwirkung gestalten Sie unmittelbar das Projekt und die Versorgung mit!

## Was sind die nächsten Schritte im Projekt?

- Nehmen Sie am ersten Netzwerktreffen zwischen September und November 2018 teil und lernen Sie dort Kollegen Ihres Netzwerks kennen! Weitere Informationen dazu folgen in Kürze in einem weiteren Schreiben.
- Danach erfolgen weitere halbjährliche Treffen. Sie erhalten in den nächsten zwei Jahren quartalsweise Informationen zu Ihrem Netzwerk\*.

## Zeitlicher Ablauf

**Dauer der Interventionsstudie:** Juli 2018 bis Juni 2020

## Projektförderung

Gemeinsamer Bundesausschuss, Innovationsausschuss (Innovationsfonds)

## Studiengruppenpartner

Ludwig-Maximilians-Universität München, Fachbereich Health Services Management  
Institut für Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Medizinische Hochschule Hannover  
KV Nordrhein  
KV Hamburg

AOK Rheinland/Hamburg  
KV Schleswig-Holstein  
KV Westfalen-Lippe  
AOK Nordwest  
Techniker Krankenkasse  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)

## Ansprechpartner:

KV Hamburg:  
Dr. Annemarie Schultz  
E-Mail: annemarie.schultz@kvhh.de  
Tel.: 040 / 22 80 24 25

Dr. Emmanuelle Brua  
E-Mail: emmanuelle.brua@kvhh.de  
Tel.: 040 / 22 80 24 39

## Weitere Projektinformationen

Besuchen Sie unsere Projektwebseite: [www.acd-projekt.de](http://www.acd-projekt.de)

\* Hinweis Datenschutz: Verwendung nach SGB X, § 75, genehmigt durch die zuständigen Aufsichtsbehörden.

### Projektförderung durch den Innovationsfonds:



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**  
Innovationsausschuss

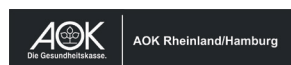
### Konsortialpartner ACD:



HEINRICH HEINE  
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN



Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046



## Anlage 3.4.1. Anschreiben und Netzwerkinformationen

### *2. Anschreiben*

*Beispielhafte Projektinformation für ein Netzwerk in der Region  
Düsseldorf*

Gefördert durch:

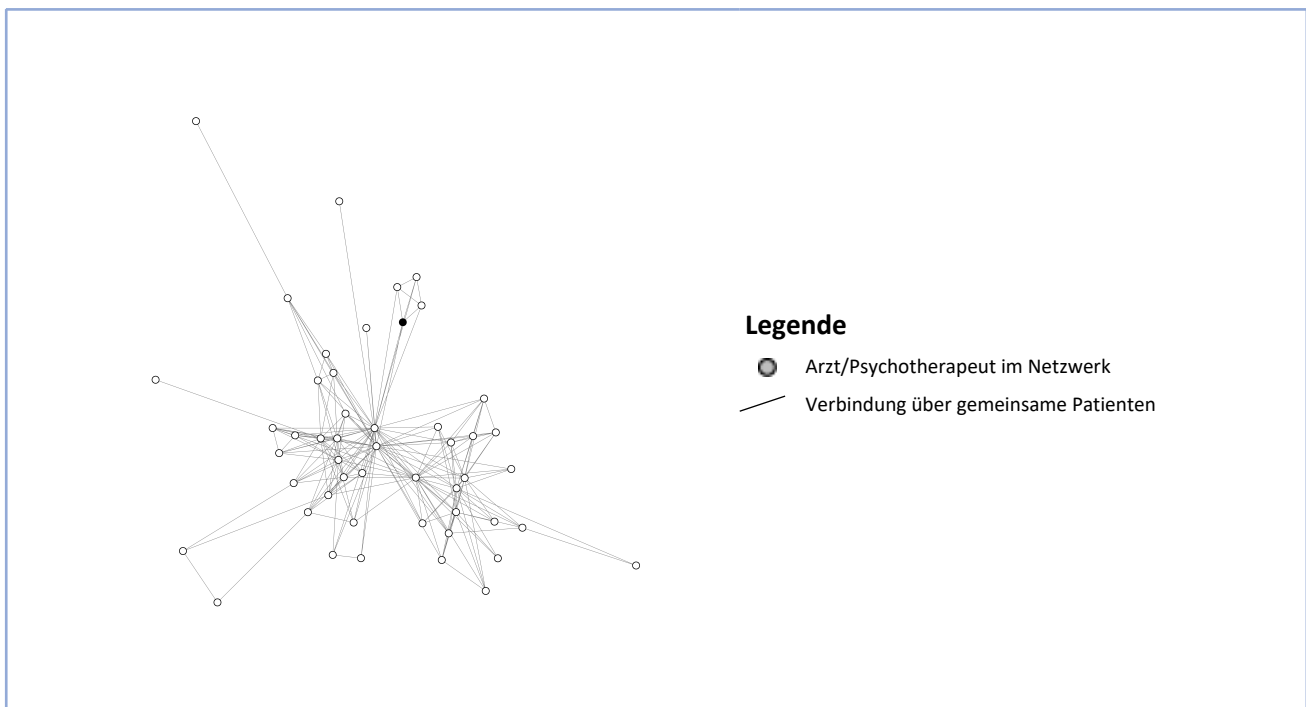




## Netzwerkinformation: Accountable Care in Deutschland (ACD)

Die folgenden Informationen sollen als eine erste Diskussionsgrundlage für das bevorstehende Netzwerktreffen dienen. Sie finden anbei eine Visualisierung des ACD-Netzwerks, dem wir Sie, aufgrund der mit Ihren Kollegen gemeinsam behandelten Patienten, zugeordnet haben.

Wenn Sie Angaben vermissen, geben Sie uns gerne eine Rückmeldung, sodass wir diese Informationen noch ergänzen können. In der folgenden Grafik ist der Aufbau Ihres Netzwerks in der Region Düsseldorf dargestellt. Ein Punkt steht für einen Arzt oder Psychotherapeuten. Die Gesamtheit der Punkte stellen Sie und Ihre ärztlichen Kollegen dar. Ihre Position in diesem Netzwerk ist mit einem schwarzen Punkt markiert. Verbindungen zwischen den Punkten kennzeichnen, dass mindestens 20 Patienten gemeinsam behandelt werden.



Die Länge der Verbindungen gibt die Stärke der jeweiligen Vernetzung an. Je näher sich die Punkte befinden, desto höher die Anzahl an gemeinsam behandelten Patienten der Studienpopulation.

## ■ Wo sind die Ärzte des Netzwerks tätig?

In Ihrem Netzwerk gibt es insgesamt 50 Ärzte, welche in der Region Düsseldorf tätig sind.

	Anzahl der Ärzte im Netzwerk
Städtisch	49
Ländlich	1

## ■ Welche Arztgruppen sind in Ihrem Netzwerk vertreten?

Ihr Netzwerk ist aus Ärzten der folgenden Fachgebiete zusammengesetzt:

Fachgebiet	Anzahl der Ärzte im Netzwerk
Allgemeinmediziner / Hausarzt	21
Orthopädie	3
Frauenheilkunde	4
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	4
Phoniatrie	
Geschlechtskrankheiten und Dermatologie	2
Humangenetik	
Internist, schwerpunktübergreifend oder ohne Schwerpunkt	2
Angiologie	
Endokrinologie und Diabetologie	
Gastroenterologie	
Hämatologie und Onkologie	
Kardiologie	1
Nephrologie	
Pneumologie	
Innere Medizin - Rheumatologie	
Anästhesiologie	
Augenheilkunde	5
Nervenheilkunde / Neurologie und Psychiatrie	2
Neurochirurgie	
Nuklearmedizin	1
Physikalische und Rehabilitative Medizin	
Psychiatrie und Psychotherapie	
Chirurgie	2
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
Psychotherapeutisch tätiger Arzt	
Radiologie	
Urologie	1

Die Darstellung basiert auf der Angabe des Fachgebiets gemäß der Ziffern 8 und 9 der LANR der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten im Netzwerk sowie der Zuordnung über Algorithmen zur Annäherung des Fachgebiets.

Es können noch Ärzte weiterer Fachgebieten mit Ihrem Netzwerk zusammenarbeiten und an der Behandlung gemeinsamer Patienten beteiligt sein, welche aber mit einem anderen Netzwerk stärker verbunden sind. Diese Ärzte oder Psychotherapeuten wurden in einem solchen Fall dem anderen Netzwerk zugeordnet.

### ■ Welche Patientengruppen werden in Ihrem Netzwerk gemeinsam versorgt?

Die im folgenden dargestellten Indikationsgruppen bilden die Erkrankungen der Studienpopulation des ACD Projekts ab. Die Indikatoren wurden ausgewählt, da diese eine hohe Prävalenz in Deutschland haben, zum Teil chronische Erkrankungen beinhalten sowie jene, die häufig durch Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete gemeinsam behandelt werden.

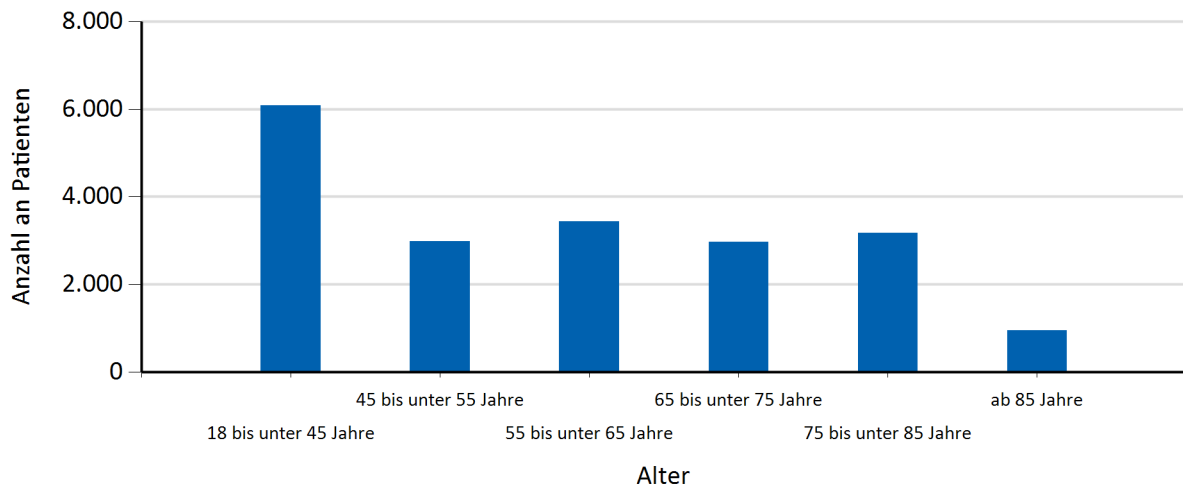
Insgesamt wurden in den Jahren 2016 und 2017 durch Ihr Netzwerk mindestens 19.417 Patienten gemeinsam versorgt (Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen, 2016 und 2017), durchschnittlich 72 % davon waren multimorbide.

Indikationsgruppe	Patienten in Ihrem Netzwerk	Anteil der multimorbiden Patienten davon
Ischämische Herzkrankheiten	4.134	98%
Herzinsuffizienz	859	99%
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	5.124	95%
Bronchitis & COPD	5.080	80%
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioide	497	94%
Rückenbeschwerden	2.377	88%
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	9.722	89%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	3.419	84%
Infektiöse Darmkrankheiten	1.808	59%
Grippe und Pneumonie	445	83%
HNO-Infektionen	7.468	62%
Depressive Störungen	3.381	93%
Diabetes mellitus	4.062	91%
Gonarthrose	1.858	93%

Eingeschlossen wurden Daten von gesetzlich versicherten Patienten, die über 18 Jahre alt waren und bei denen mindestens zwei gesicherte Diagnosen der oben genannten Krankheitsgruppen ambulant innerhalb von 12 Monaten diagnostiziert wurde. Ausnahmen stellen die Indikationsgruppen Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes, Infektiöse Darmkrankheiten, Grippe und Pneumonie und HNO-Infektionen dar, welche bereits mit einer gesicherten Diagnose eingeschlossen wurden.

## ■ Wie alt sind die Patienten mit den genannten Diagnosen im Netzwerk?

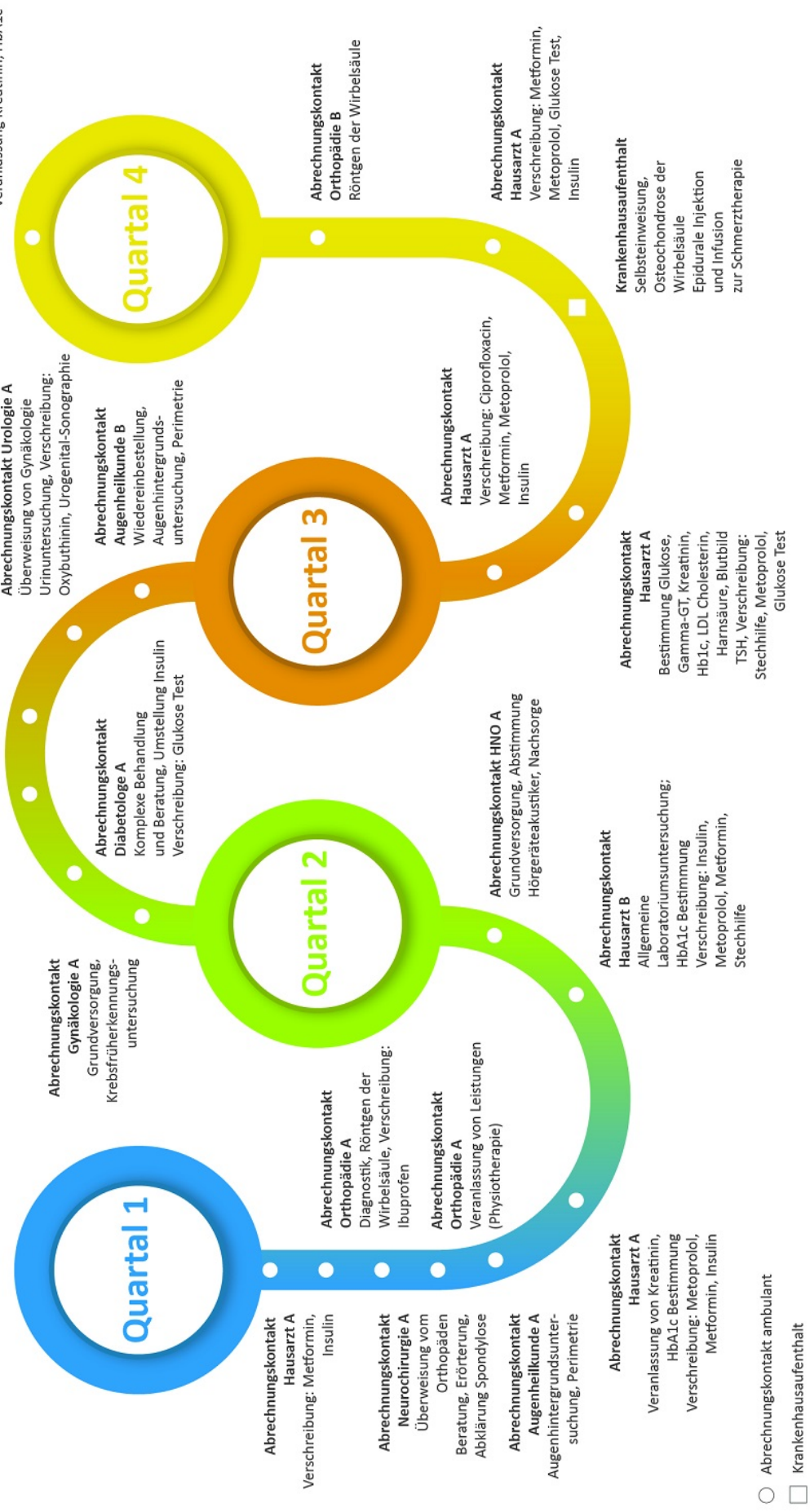
Das folgende Balkendiagramm stellt das Patientenalter der im Netzwerk gemeinsam versorgten, gesetzlich krankenversicherten, Patienten in den Jahren 2016 und 2017 dar.



## ■ Exemplarische schematische Darstellung eines Versorgungsfades für einen Patienten innerhalb des Netzwerkes

Die folgende Grafik soll exemplarisch veranschaulichen, wie ein Patient innerhalb des Netzwerkes unterschiedliche Leistungen in vier aufeinander folgenden Quartalen in Anspruch nimmt und Ärzte unterschiedlicher Fachgruppen aufsucht. Aus Datenschutzgründen basiert dieser Behandlungsverlauf auf leicht abgeänderten Patientendaten, sodass ein Rückschluss auf eine bestimmte Person nicht möglich ist.

# Patientin, 67 Jahre, Rentnerin Diabetes Typ 2, Hypertonie, Rückenschmerzen



Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046



## Anlage 3.4.1. Anschreiben und Netzwerkinformationen

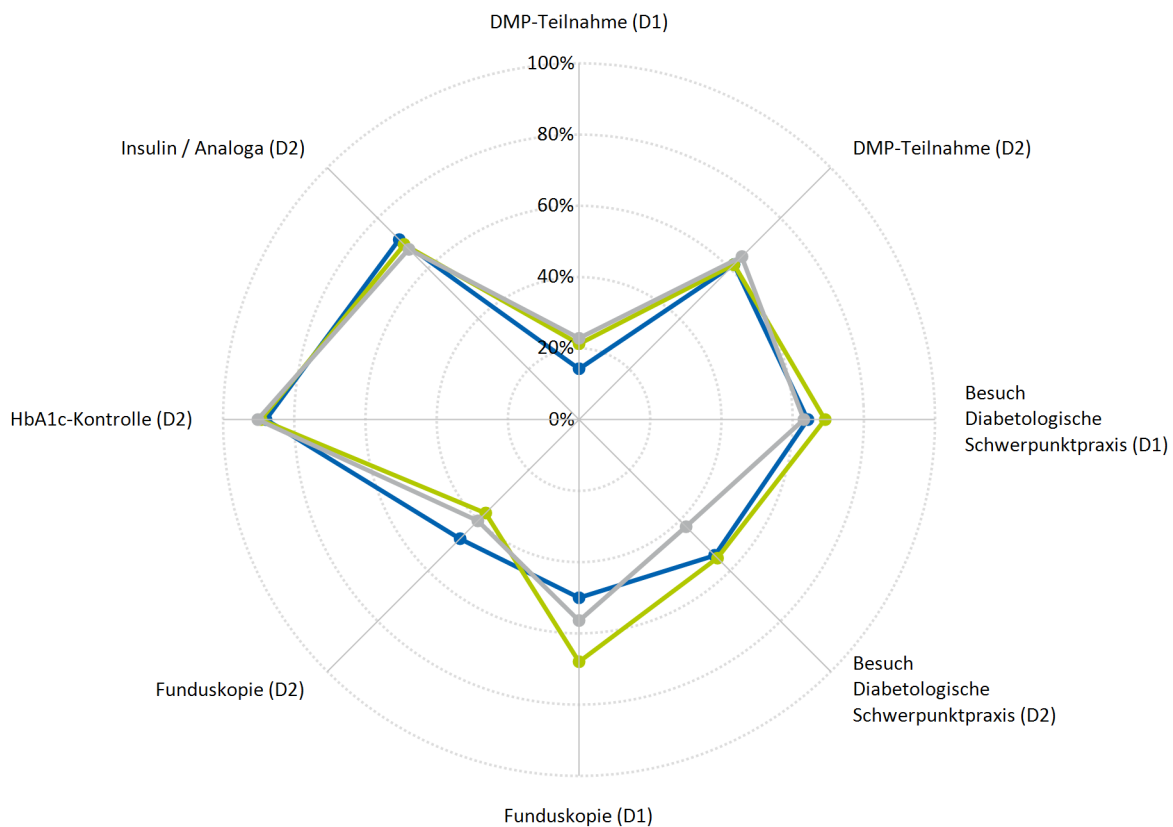
### *1. Netzwerkinformation*

*Beispielhafte 1. Netzwerkinformation einer/s Ärzt:in in einem Netzwerk*

Gefördert durch:



## Ausgewählte Indikatoren der Patienten mit Diabetes mellitus



D1: Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1  
 D2: Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2

■ Ihre ACD-Patienten   ■ Ihr ACD-Netzwerk   ■ Ø ACD-Netzwerke Ihrer KV-Region

Dieser Bericht enthält Auswertungen zu den Indikationsgruppen  
 - Diabetes mellitus  
 - HNO-Infektionen

## ■ Kurzübersicht der im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelten Patienten

Die Netzwerkinformation umfasst allgemeine Informationen zu Ihrem ACD-Netzwerk sowie indikationsspezifische Informationen zur Patientenversorgung (Betrachtung von zwei Indikationsgruppen). Im ACD-Netzwerk werden insgesamt 14.190 Patienten der folgenden Indikationsgruppen gemeinsam behandelt (davon 54 % weiblich und 46 % männlich). Insgesamt sind 115 Ärzte in Ihrem ACD-Netzwerk tätig.

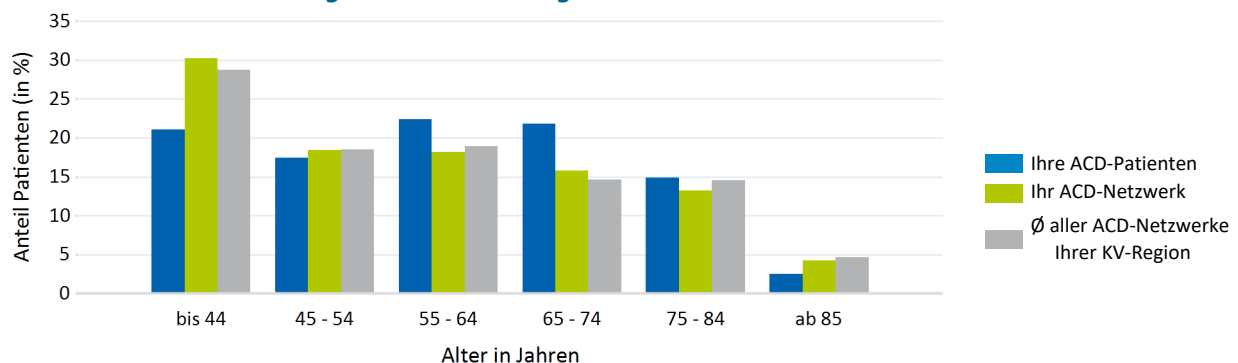
Im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelte Patienten werden sowohl von Ärzten und Therapeuten im ACD-Netzwerk als auch von Ärzten und Therapeuten außerhalb des ACD-Netzwerks behandelt. Die ACD-Patienten waren durchschnittlich zu 73 % bei ACD-Netzwerkärzten in Behandlung.

**Übersicht 1: Verteilung der ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk auf ausgewählte Indikationsgruppen sowie Anteil multimorbider Patienten**

Indikationsgruppe	ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk	Anteil der multimorbiden ACD-Patienten davon
Ischämische Herzkrankheiten	1.870	99%
Herzinsuffizienz	830	100%
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	3.394	95%
Bronchitis & COPD	3.551	91%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opioide	269	89%
Rückenbeschwerden	5.216	90%
Hypertonie	6.768	89%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	1.993	87%
Infektiöse Darmkrankheiten	1.813	80%
Grippe und Pneumonie	276	90%
<b>HNO-Infektionen</b>	<b>5.208</b>	<b>72%</b>
Depressive Störungen	2.384	93%
<b>Diabetes mellitus Typ 1</b>	<b>418</b>	<b>94%</b>
<b>Diabetes mellitus Typ 2</b>	<b>2.526</b>	<b>96%</b>
Gonarthrose	1.441	97%

Im Folgenden sehen Sie die Altersverteilung der von Ihnen betreuten ACD-Patienten, Ihres ACD-Netzwerkes sowie den Durchschnittswert der ACD-Netzwerke innerhalb Ihrer KV-Region.

**Abbildung 1: Altersverteilung der ACD-Patienten im ACD-Netzwerk**



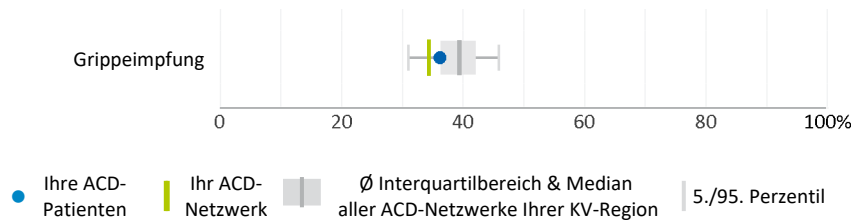
### Berechnungsgrundlage

**Zähler:** Anzahl ACD-Patienten, gruppiert nach Alter  
**Nenner:** Anzahl aller ACD-Patienten



Bei Personen älter als 65 Jahre und chronisch Kranken führt die Grippe häufig zu Komplikationen. Im Folgenden sehen Sie den Anteil der Grippeimpfungen Ihrer ACD-Patienten über 65 Jahre, im Vergleich zum Anteil in Ihrem ACD-Netzwerk sowie zu anderen ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region.

**Abbildung 2: Grippeimpfungen bei über 65-jährigen Patienten in ACD-Netzwerken**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten > 65 Jahre, die mind. eine Grippeimpfung erhielten (EBM 89111 / 89112 oder ATC J07BB)

**Nenner:** Patienten > 65 Jahre alt

## ■ Indikationsgruppe Diabetes mellitus

Im Folgenden werden Ihnen Informationen zu Patientencharakteristika, Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen, verschriebenen Arzneimitteln und sektorübergreifenden Patienteninformationen dargestellt.

### Kurzübersicht der im Folgenden dargestellten Informationen

Alle ambulanten Indikatoren beziehen sich auf die ACD-Patienten der jeweiligen Indikationsgruppe innerhalb des Berichtszeitraumes.

**Übersicht 2: Ambulante Indikatoren in Ihrem ACD-Netzwerk  
im Vergleich zum Durchschnitt (Ø) der ACD-Netzwerke Ihrer KV-Region**

Ambulante Indikatoren: Anteil der Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Abweichung zum Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
<b>Diabetes mellitus Typ 2</b>		
Besuch: Hausarzt	100 %	+0,5 %
Besuch: FA Nephrologie	35 %	+9,5 %
Besuch: Diabetologische Schwerpunktpraxis	55 %	+12,5 %
Besuch: FA Augenheilkunde	49 %	-1,6 %
DMP-Teilnahme	61 %	-3,3 %
DMP-Schulung	3 %	-0,4 %
Grippeimpfung	29 %	-5,7 %
Funduskopie	37 %	-3,1 %
HDL-Kontrolle	59 %	-3,8 %
HbA1c-Kontrolle	89 %	-0,9 %
HbA1c (2x) & LDL-Kontrolle	54 %	-5,1 %
Verordnung: orale Antidiabetika	54 %	-3,3 %
Verordnung: Metformin	49 %	-2,0 %
Verordnung: Insulin / Analoga	70 %	+2,0 %
<b>Diabetes mellitus Typ 1</b>		
Besuch: Hausarzt	100 %	+0,2 %
Besuch: FA Nephrologie	44 %	+15,3 %
Besuch: Diabetologische Schwerpunktpraxis	69 %	+6,0 %
Besuch: FA Augenheilkunde	77 %	+12,6 %
DMP-Teilnahme	21 %	-1,5 %
DMP-Schulung	89 %	+30,8 %
Grippeimpfung	23 %	-11,5 %
Funduskopie	68 %	+11,6 %
HDL-Kontrolle	66 %	-3,0 %
HbA1c-Kontrolle	96 %	+2,1 %
HbA1c (2x) & LDL-Kontrolle	65 %	-2,2 %
Verordnung: orale Antidiabetika	47 %	-1,6 %
Verordnung: Insulin / Analoga	86 %	-5,5 %

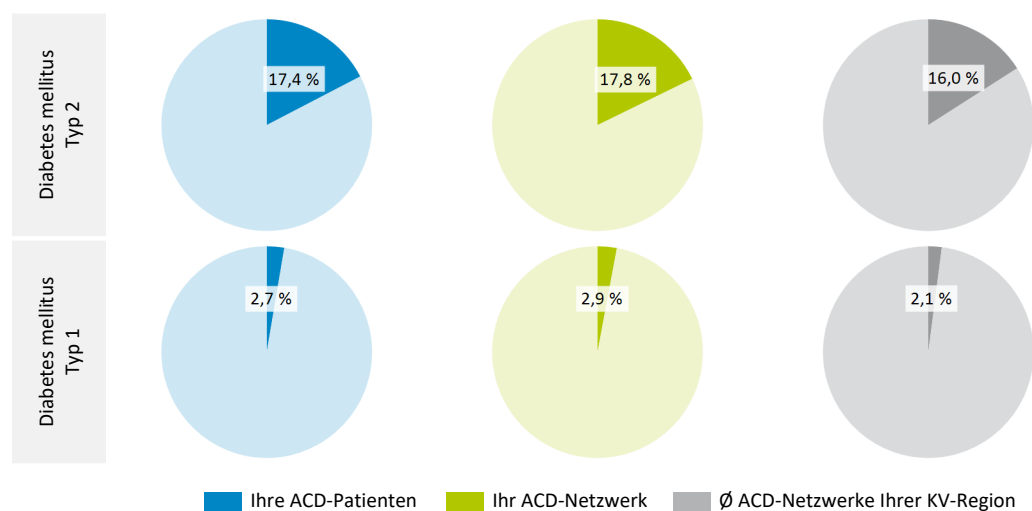
Im Folgenden zeigen wir Ihnen ausgewählte Patientencharakteristika der Diabetes-Patienten in ihrem ACD-Netzwerk, Ihrer ACD-Patienten sowie die Durchschnittswerte der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region.

### Übersicht 3: ACD-Patienten mit Diabetes mellitus

Diabetes mellitus Typ 2	Ihre ACD-Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
<b>Anzahl Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2</b>	<b>91</b>	<b>2.526</b>	<b>1.421</b>
Multimorbiditätsrate	98,9 %	95,9 %	96,4 %
Mortalitätsrate	2,2 %	3,9 %	3,0 %
Patienten mit mind. einem Myokardinfarkt	0,0 %	1,3 %	1,2 %
Patienten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Diabetes *	99,0 %	97,7 %	98,2 %
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Diabetes *	99,5 %	99,6 %	99,7 %
Diabetes mellitus Typ 1			
<b>Anzahl Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1</b>	<b>14</b>	<b>418</b>	<b>181</b>
Multimorbiditätsrate	100,0 %	93,5 %	90,9 %
Mortalitätsrate	0,0 %	2,4 %	2,5 %
Patienten mit mind. einem Myokardinfarkt	0,0 %	1,7 %	1,1 %
Patienten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Diabetes *	100,0 %	98,4 %	98,0 %
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Diabetes *	100,0 %	100,0 %	99,8 %

\*: risikoadjustiert (s. Lesehilfe)

Abbildung 3: Anteil der ACD-Patienten mit Diabetes mellitus



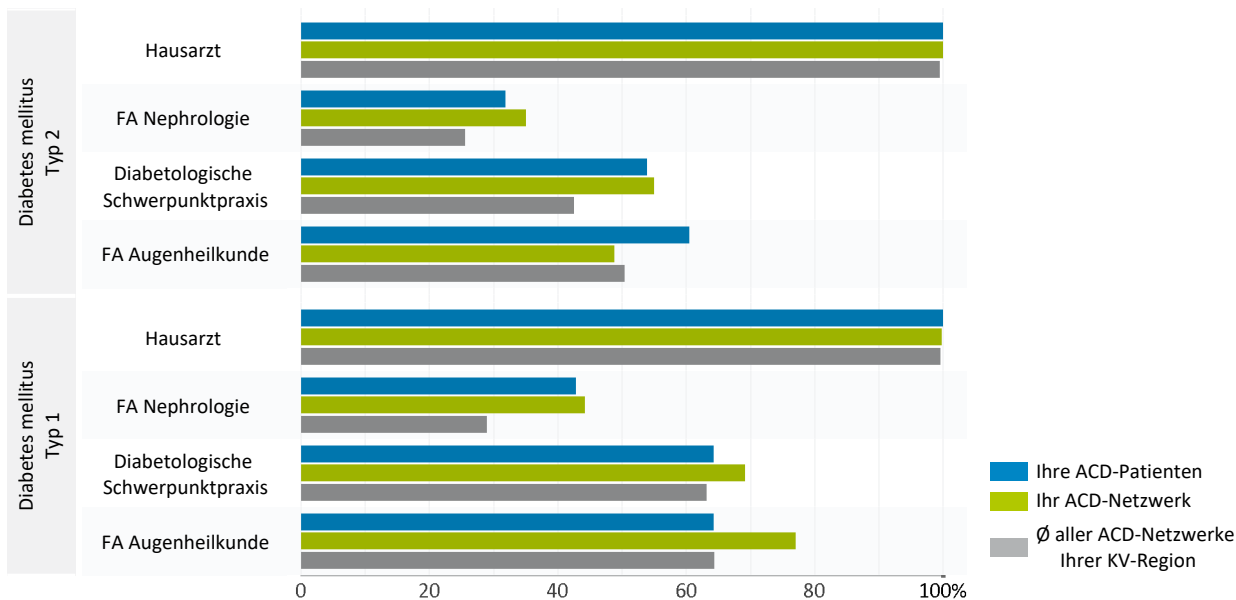
#### Berechnungsgrundlage

**Zähler:** ACD-Patienten mit Diabetes mellitus

**Nenner:** Anzahl aller Patienten mit den ACD-Indikationsgruppen

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über ausgewählte Facharztgruppen, die von den ACD-Patienten Ihres ACD-Netzwerks aufgesucht wurden. Neben dem Anteil der ACD-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung wird ausgewiesen, wie häufig ein Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztliche innere Medizin) im Jahr aufgesucht wurde, ob ein Facharztbesuch nach Überweisung erfolgt und ob mehrere unterschiedliche Praxen der jeweiligen Fachrichtung aufgesucht wurden.

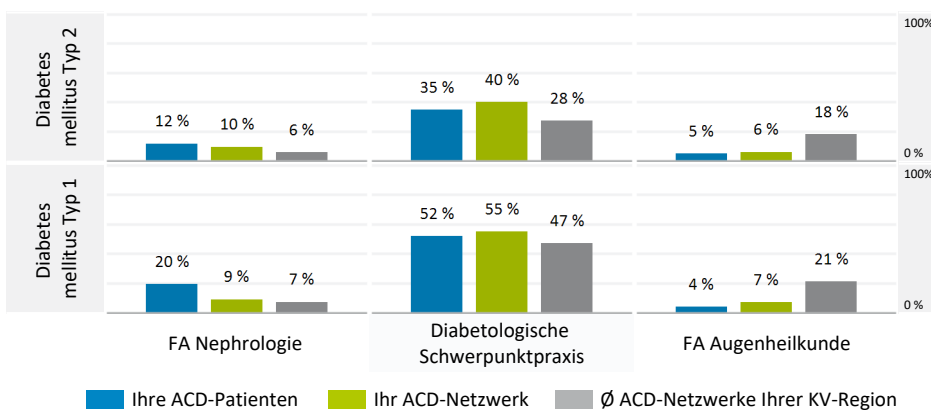
**Abbildung 4: Diabetes-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Diabetes mellitus, für die mindestens eine Leistung von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung erbracht wurde  
**Nenner:** Patienten mit Diabetes mellitus

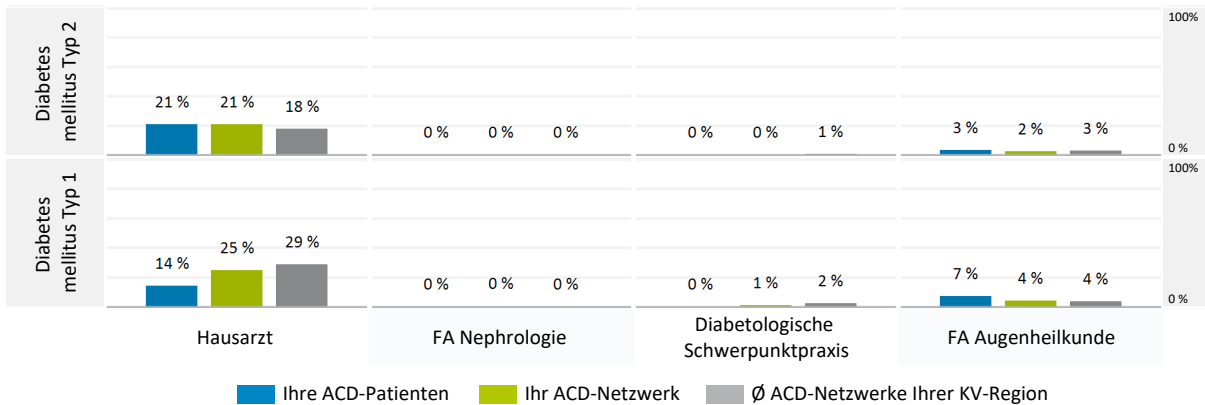
**Abbildung 5: Anteil der Diabetes-Patienten in fachärztlicher Behandlung nach Überweisung**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Diabetes mellitus, die Fachärzte der jeweiligen Fachrichtung mit Überweisung aufgesucht haben  
**Nenner:** Anzahl Patienten mit Diabetes mellitus  
**Hinweis:** Da die Auswertung der "Facharztbesuche nach Überweisung" auf einer anderen Datenbasis fußt als die weiteren facharztbezogenen Auswertungen, kann es hier zu abweichenden Ergebnissen kommen.

**Abbildung 6: Anteil der Diabetes-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchten**

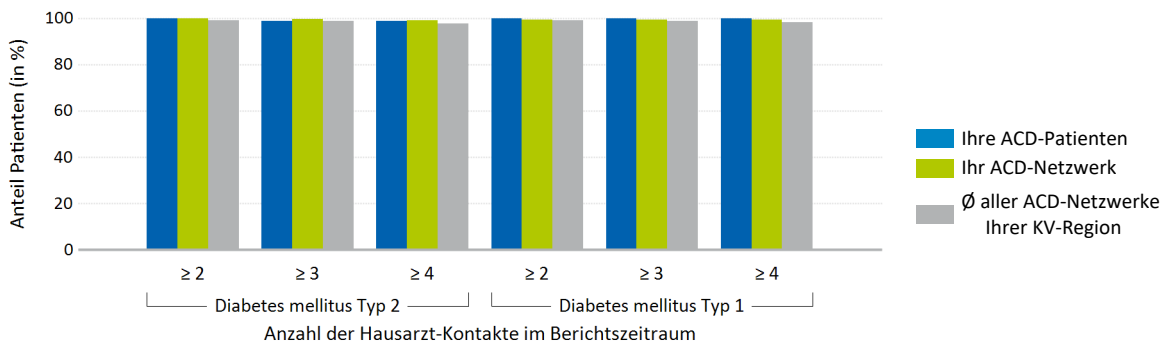


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Diabetes mellitus, für die Leistungen von Fachärzten der jeweiligen Fachrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsstätten erbracht wurden

**Nenner:** Anzahl Patienten mit Diabetes mellitus

**Abbildung 7: Häufigkeit der Hausarztbesuche in vier aufeinanderfolgenden Quartalen in ACD-Netzwerken**



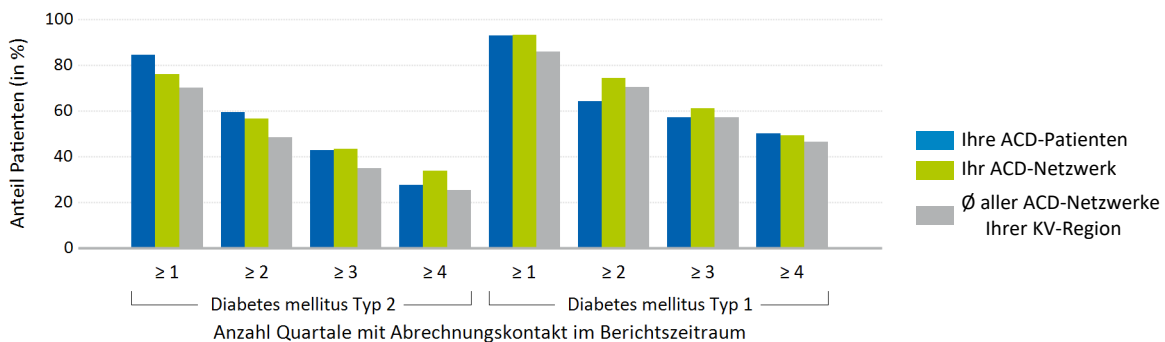
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Diabetes mellitus, gruppiert nach Häufigkeit der Hausarztkontakte im Jahr

**Nenner:** Patienten mit Diabetes mellitus

Im Folgenden zeigen wir Ihnen die relativen Anteile, in wie vielen Quartalen im Berichtszeitraum ACD-Patienten Ärzte und Therapeuten der betrachteten Facharztgruppen aufgesucht haben.

**Abbildung 8: Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt (alle Fachrichtungen)**

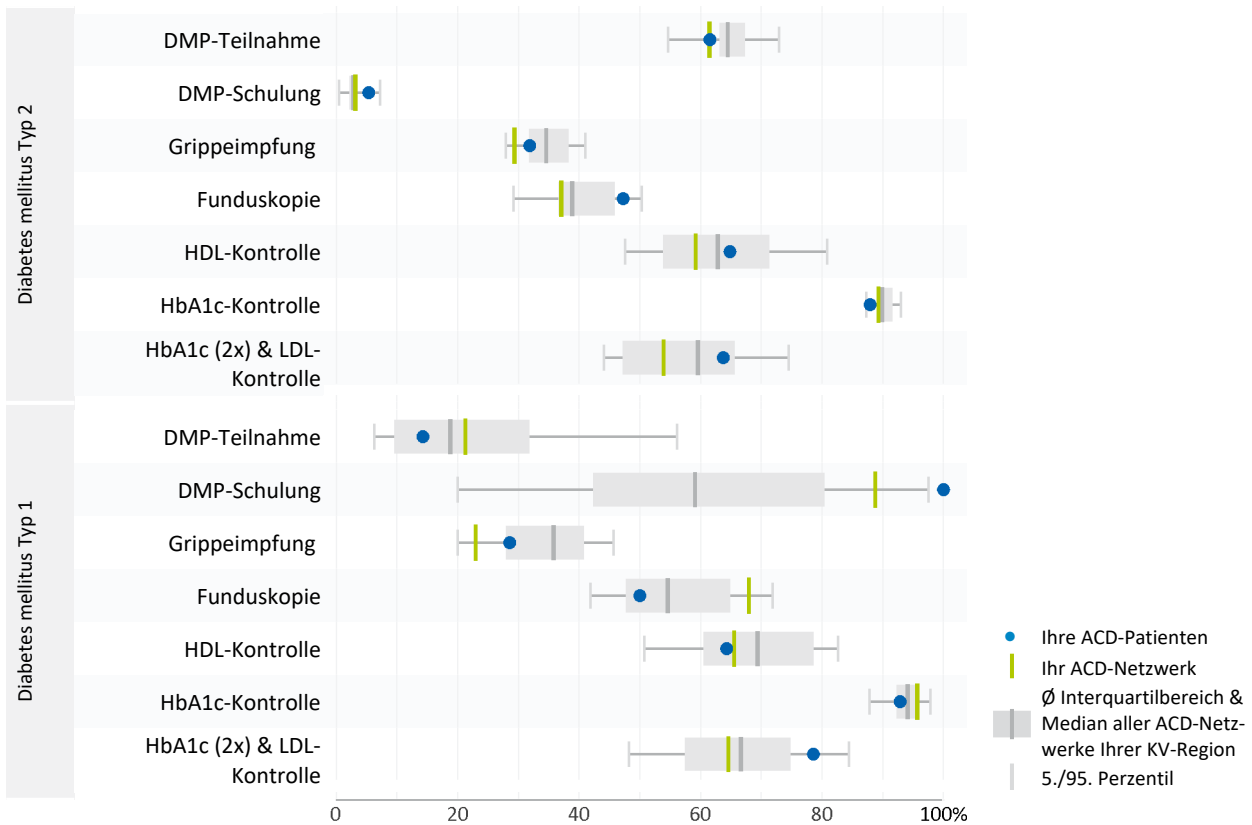


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Diabetes mellitus, gruppiert nach Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt zu mindestens einem Arzt der oben betrachteten Fachrichtungen

**Nenner:** Patienten mit Diabetes mellitus

**Abbildung 9: Ambulante Prozesse in den ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten mit Diabetes mellitus, für die mind. eine der angegebenen Ziffern abgerechnet wurde:

**DMP-Schulung:**

**D1:** EBM 90307A, 98009A, 98016A, 98017A, 98018A

**D2:** EBM 98013, 98014, 98016, 98017, 98018, 98022, 98023, 98024

**Grippeimpfung:** EBM 89111, 89112 oder ATC J07BB

**Funduskopie:** EBM 90311, 90311

**HDL:** EBM 32061

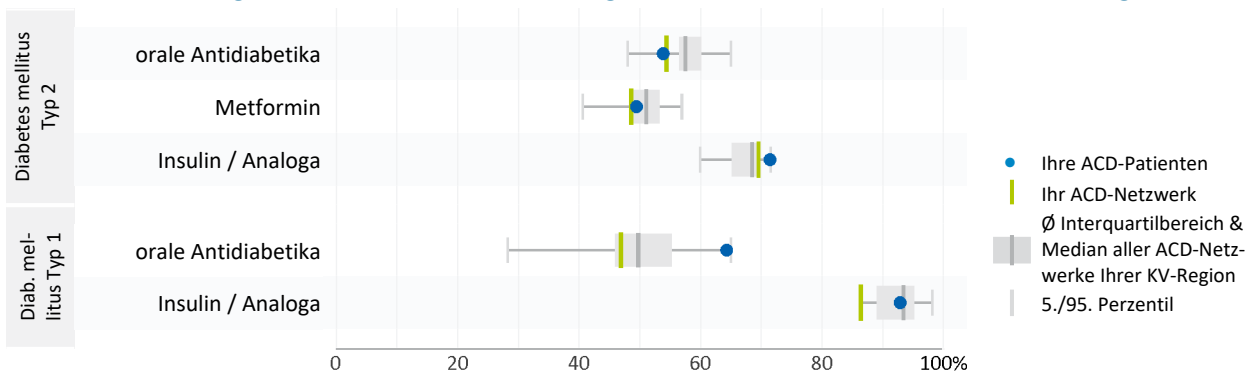
**Hba1c:** EBM 32094, 90310, 90321

**LDL:** EBM 32062

**Nenner:** Patienten mit Diabetes mellitus

**DMP-Schulung:** Patienten mit Diabetes mellitus und DMP-Teilnahme

**Abbildung 10: Arzneimittelverschreibungen in den ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten mit Diabetes mellitus mit mindestens einer Verschreibung:

**orale Antidiabetika:** ATC A10B

**Metformin:** ATC A10BA02, A10BD\*

**Insulin / Analoga:** ATC A10A\*, A10B\*

**Nenner:** Patienten mit Diabetes mellitus

## ■ Indikationsgruppe HNO-Infektionen

Im Folgenden werden Ihnen Informationen zu Patientencharakteristika, Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen, verschriebenen Arzneimitteln und sektorübergreifenden Patienteninformationen dargestellt.

### Kurzübersicht der im Folgenden dargestellten Informationen

Alle ambulanten Indikatoren beziehen sich auf die ACD-Patienten der jeweiligen Indikationsgruppe, innerhalb des Berichtszeitraumes.

**Übersicht 4: Ambulante Indikatoren in Ihrem ACD-Netzwerk im Vergleich zum Ø der ACD-Netzwerke Ihrer KV-Region**

Ambulante Indikatoren: Anteil der Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Abweichung zum Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
Besuch: Hausarzt	98,9 %	+1,4 %
Besuch: FA HNO	31,7 %	-4,6 %
Besuch: FA Pneumologie	6,6 %	+0,0 %
Besuch: FA Radiologie	26,8 %	-0,8 %
Verordnung: Antibiotika bei Sinusitis	76,7 %	+8,1 %
Verordnung: Antibiotika bei Otitis media/ Myringitis	62,4 %	-0,6 %
Verordnung: empfohlene Antibiotika bei Otitis media/ Myringitis	31,9 %	+4,5 %
Verordnung: empfohlene Antibiotika bei Pharyngitis	9,0 %	-2,5 %
Verordnung: andere Antibiotika als empfohlene bei Pharyngitis	47,1 %	-1,3 %

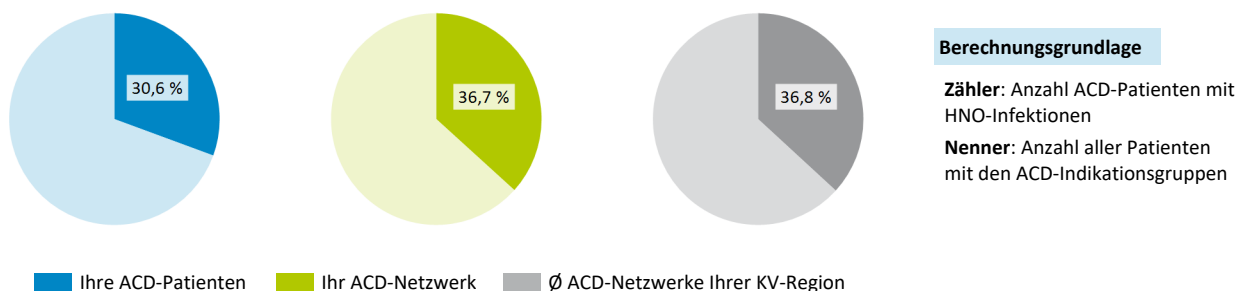
Im Folgenden zeigen wir Ihnen ausgewählte Patientencharakteristika der Patienten mit HNO-Infektionen in ihrem ACD-Netzwerk, Ihrer ACD-Patienten sowie die Durchschnittswerte der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region.

**Übersicht 5: ACD-Patienten mit HNO-Infektionen**

	Ihre ACD-Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
<b>Anzahl Patienten mit HNO-Infektionen</b>	<b>160</b>	<b>5.208</b>	<b>3.178</b>
Multimorbiditätsrate	83,1 %	72,1 %	71,8 %
Mortalitätsrate	0,6 %	0,5 %	0,4 %
Patienten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von HNO Infektionen *	99,9 %	99,6 %	99,4 %
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von HNO Infektionen *	100,0 %	100,0 %	100,0 %

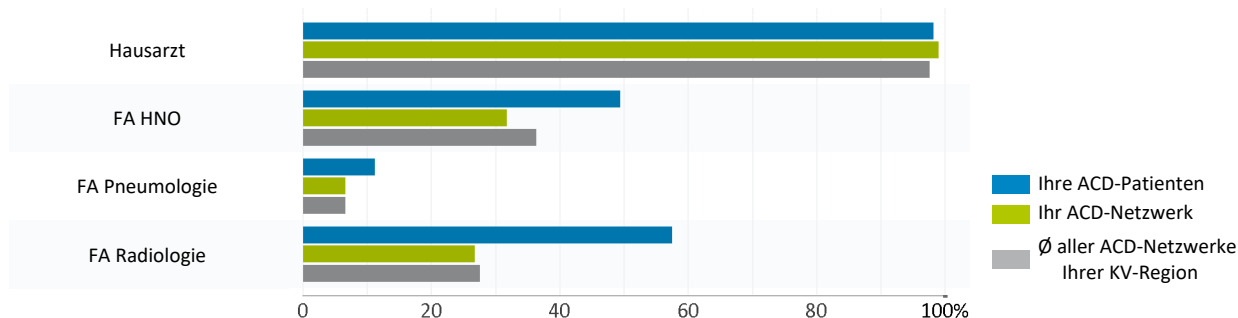
\*: risikoadjustiert (s. Lesehilfe)

**Abbildung 11: Anteil der ACD-Patienten mit HNO-Infektionen**



Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über ausgewählte Fachgruppen, die von den ACD-Patienten Ihres ACD-Netzwerks aufgesucht wurden. Neben dem Anteil der ACD-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung wird ausgewiesen, wie häufig ein Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztliche innere Medizin) im Jahr aufgesucht wurde, ob ein Facharztbesuch nach Überweisung erfolgt und ob mehrere unterschiedliche Praxen der jeweiligen Fachrichtung aufgesucht wurden.

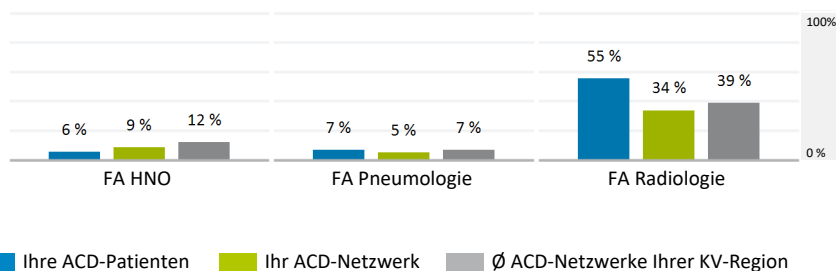
**Abbildung 12: Patienten mit HNO-Infektionen in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit HNO-Infektionen, für die mindestens eine Leistung von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung erbracht wurde  
**Nenner:** Anzahl Patienten mit HNO-Infektionen

**Abbildung 13: Anteil der Patienten mit HNO-Infektionen in fachärztlicher Behandlung nach Überweisung**

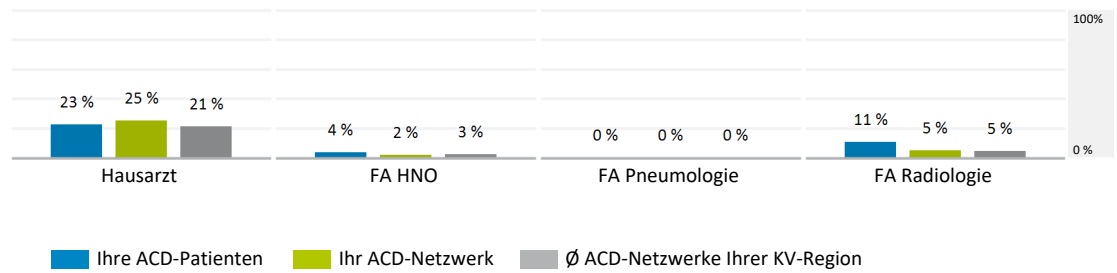


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit HNO-Infektionen, die Fachärzte der jeweiligen Fachrichtung mit Überweisung aufgesucht haben  
**Nenner:** Anzahl Patienten HNO-Infektionen  
**Hinweis:** Da die Auswertung der "Facharztbesuche nach Überweisung" auf einer anderen Datenbasis fußt als die weiteren facharztbezogenen Auswertungen, kann es hier zu abweichenden Ergebnissen kommen.



**Abbildung 14: Anteil der Patienten mit HNO-Infektionen in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchten**



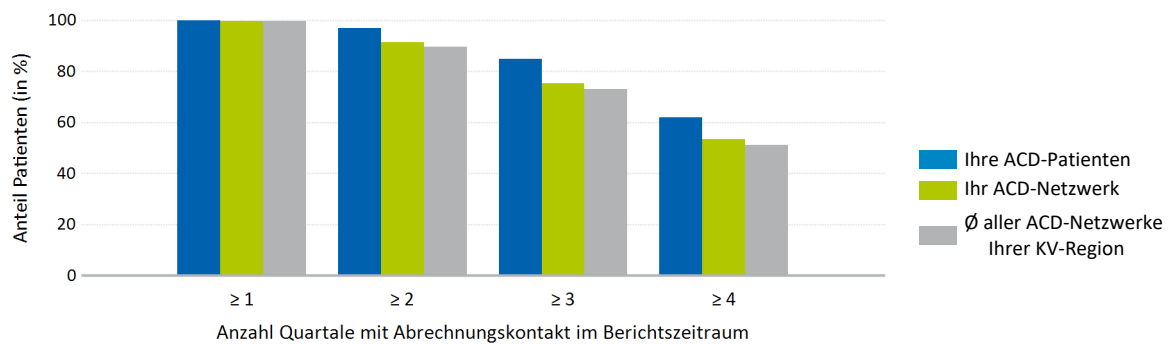
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit HNO-Infektionen, für die Leistungen von Fachärzten der jeweiligen Fachrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsstätten erbracht wurden

**Nenner:** Anzahl Patienten HNO-Infektionen

In Abbildung 15 zeigen wir Ihnen die relativen Anteile, in wie vielen Quartalen im Berichtszeitraum ACD-Patienten Ärzte und Therapeuten der betrachteten Facharztgruppen aufgesucht haben.

**Abbildung 15: Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt (alle Fachrichtungen)**

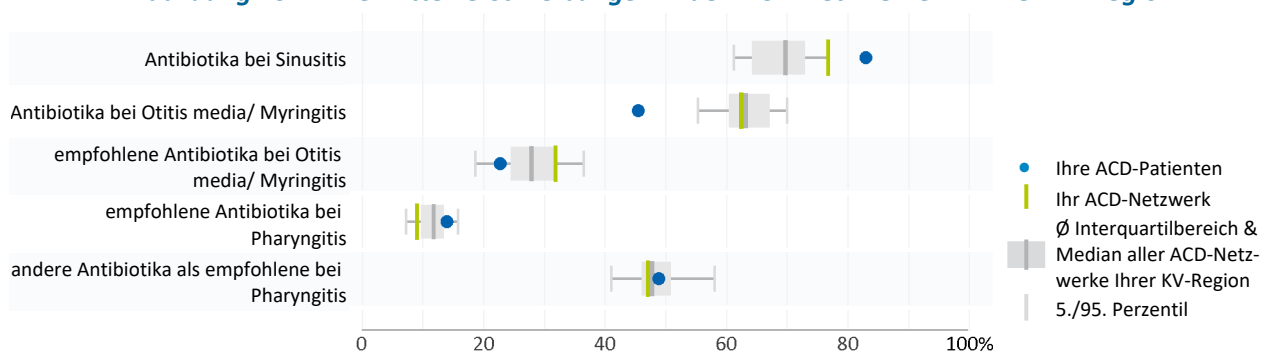


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit HNO-Infektionen, gruppiert nach Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt zu mindestens einem Arzt der oben betrachteten Fachrichtungen

**Nenner:** Anzahl Patienten mit HNO-Infektionen

**Abbildung 16: Arzneimittelverschreibungen in den ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten mit mindestens einer Verschreibung:

*Antibiotika bei Sinusitis:* ATC J01

*empfohlene Antibiotika\* bei Otitis media / Myringitis:* ATC J01CA, J01E, J01CE; kein J01M

*empfohlene Antibiotika\*\* bei Pharyngitis:* ATC J01CE02, J01FA01

\*: Amoxicillin (Penicilline), Sulfonamide/Trimethoprim, Phenoxyethyl-Penicilline

\*\* : Phenoxyethylpenicillin, Erythromycin

**Nenner:** Patienten mit

*Sinusitis:* ICD J32, J01

*Otitis media / Myringitis:* ICD H65.-, H66.-, H73.-, H67.-\*, H68.-, H69.-, H70.-

*Pharyngitis:* ICD R07.0, J03.-, J02.-, J06.0, J35.-

## Anhang: Lesehilfe Netzwerkinformation

### ■ Allgemeine Hinweise

#### Erläuterung der Abbildungen

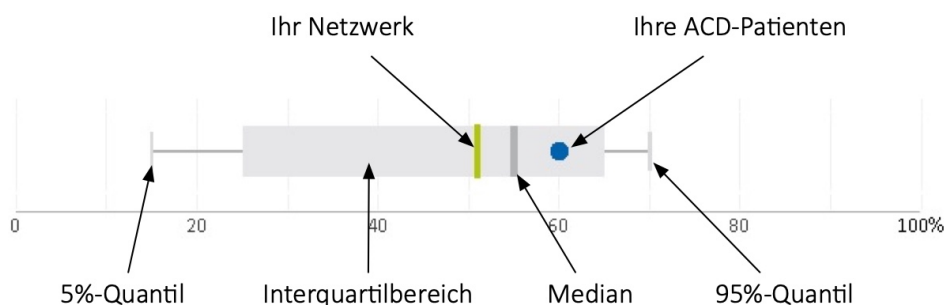
**Mittelwert (Mw):** Der Mittelwert berechnet sich aus der Summe aller Werte geteilt durch die Anzahl der Werte.

**Median:** Der Median beschreibt den Wert, der die Rangfolge der Messwerte in der Mitte teilt.

**Quantil:** Als Quantile bezeichnet man Grenzen einer aufsteigend sortierten Rangfolge von Messwerten, die diese Datenreihe in bestimmte Abschnitte aufteilen. So gilt z.B. für das 20%-Quantil, dass maximal 20% der Messwerte kleiner sind als der an dieser Grenze abgelesene Wert.

**Quartil:** Als Quartile bezeichnet man Messwerte, die die Datenreihe in 25%-Abschnitte aufteilen. Ein Viertel der beobachteten Werte liegen zwischen dem Minimum und dem ersten Quartil (Q1). Ein weiteres Viertel liegt zwischen dem ersten und zweiten Quartil (Q2), was dem Median entspricht. Bis zum dritten Quartil (Q3) folgt nochmals ein Viertel der beobachteten Werte und zwischen Q3 und dem Maximum liegen die letzten 25% (Q4).

**Interquartilbereich (IQR):** Als IQR bezeichnet man die mittleren 50% einer aufsteigend geordneten Rangfolge von Messwerten. Zu seiner Bestimmung werden die beiden Grenzwerte abgelesen, die in der Rangfolge die unteren 25% und die oberen 75% der Messwerte (Q2, Q3) abschneiden. Damit gibt dieses Verteilungsmaß eine Information über die Variabilität der Ausprägungen dieses Merkmals in einer Gruppe, und zwar unabhängig vom eventuellen Auftreten von Extremwerten.



Für ausgesuchte Indikatoren können Sie im Boxplot ablesen, ob Ihr Wert (blauer Punkt) unter- bzw. oberhalb des Mittelwerts in Ihrem ACD-Netzwerk liegt (grüne Markierung), sowie innerhalb- oder außerhalb des Interquartilbereichs (grauer Balken), also dem Bereich, in dem die Hälfte aller Messwerte des ACD-Netzwerks der KV-Region liegen.

#### Anzahl der Patienten in den Diagnosegruppen:

Die dargestellten Patientenzahlen beziehen sich immer auf die im ACD-Netzwerk gemeinsam versorgten Patienten der Indikationsgruppen. Dies bedeutet zum einen, dass innerhalb eines Jahres mindestens zwei Ärzte des Netzwerks an der Versorgung der Patienten beteiligt gewesen sein müssen und zum anderen, dass die relevanten Diagnosen bei der Abrechnung auch festgehalten wurden. Ein Teil der Indikationsgruppen (z.B. Diabetes mellitus) erfordert, dass eine Diagnose mindestens zweimal innerhalb eines Jahres gestellt wurde, damit ein Patient dieser Indikationsgruppe zugeordnet wird.

Indikationsgruppen wurden anhand folgender ICD-Codes und Diagnosesicherheiten berücksichtigt:

Diagnosegruppe	ICD-10	M2Q	M1Q	Diagnosesicherheit
Diabetes mellitus	E10.-, E11.-, E13.-, E14.-, E16.-	•		Zustand nach UND /ODER gesichert
HNO-Infektionen	J01.- bis J04.-, J06.-, J31.-, J32.-, J35.-, H65.-, H66.-, H73.-, R07.0		•	Gesichert

**M1Q:** Mindestens eine Diagnose im ambulanten Bereich mit der o.g. Diagnosesicherheit

**M2Q:** Zwei Diagnosen ambulant in 2 verschiedenen Quartalen mit den o.g. Diagnosesicherheiten

Ausschluss von Dialysepatienten (im Berichtszeitraum mindestens eine Diagnose Z49.-, Z99.2, gesichert UND/ODER Zustand nach)

### ACD-Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1

Patienten mit stationärer Hauptdiagnose oder ambulant gesicherter E10.- Diagnose.

### ACD-Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2

Patienten mit stationärer Hauptdiagnose oder ambulant gesicherter E11.- Diagnose.

**Datengrundlage:** Die berechneten Indikatoren basieren auf Routinedaten. Datengrundlage und Beobachtungsjahr sind das dritte und vierte Quartal 2016, sowie das erste und zweite Quartal 2017 (Berichtszeitraum). Die Informationen basieren auf Routinedaten von volljährigen AOK- und TK-Patienten, die im Berichtszeitraum mindestens 360 Tage versichert waren oder verstorben sind. Die Verwendung von Versichertendaten bildet unter Umständen nicht immer die Versorgungsrealität ab, kann aber Hinweise auf die gemeinsame Versorgung von Patienten liefern. Sofern die Verwendung der Routinedaten bei der Darstellung von Informationen mit besonderen Einschränkungen verbunden ist, wird an der entsprechenden Stelle darauf hingewiesen.

**Patientenbezogene Darstellungen:** Alle Daten werden lediglich in pseudonymisierter und aggregierter Form dargestellt, sodass kein Rückschluss auf individuelle Patienten möglich ist. Aus diesem Grund werden Indikatoren mit weniger als 5 Patienten nicht abgebildet, entsprechende Werte werden mit "< 5", relative Häufigkeiten mit "-" maskiert.

**Unterschiede zwischen wahrgenommenen Netzwerken und den ACD-Netzwerken:** Die auf Basis von Abrechnungsdaten gebildeten informellen Netzwerke können von der wahrgenommenen Versorgungsrealität abweichen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn Sie gemeinsam weniger als 20 Patienten der in das ACD-Projekt eingeschlossenen 14 Indikationsgruppen versorgen. Sollten Patienten mit den relevanten Diagnosen nicht in den Abrechnungsdaten festgehalten worden sein, sind diese in der Netzwerk-Identifikation leider nicht berücksichtigt.

## ■ Hinweise zu den Indikatoren

**Abkürzungen:** FA Facharzt;\* beinhalten auch alle untergeordneten ATC- bzw. OPS-Codes. Mehrstellige ICD-Codes sind, sofern nicht ausgeschrieben, dreistellig abgekürzt.

**Multimorbidität:** In der internationalen Literatur wird bei mindestens zwei bis drei Diagnosen von einem multimorbiden Patienten gesprochen (Barnett et al. 2012). Die in der Netzwerkinformation ermittelte Angabe zur Multimorbidität wurde auf Basis der Indikationsgruppen ermittelt und stellt Patienten mit zwei oder mehr relevanten Diagnosegruppen als multimorbide dar.

**Facharztgruppen:** Die Ermittlung von Arztgruppen ist durch die LANR nicht immer eindeutig möglich. In diesen Fällen wird zusätzlich anhand der abgerechneten Leistungen eine Facharztgruppe ermittelt. Diese lässt sich allerdings nicht immer eindeutig bestimmten Facharztgruppen zuordnen und kann unter Umständen von der Realität abweichen.

**Ambulante Prozesse:** Alle Darstellungen basieren auf den Informationen von Abrechnungsdaten. Wurden Diagnosen oder Leistungen nicht kodiert, so können diese anhand der Darstellungen nicht aufgezeigt werden. Weiterhin werden Diagnosen und Abrechnungskontakte nur quartalsweise erfasst. Eine genaue Angabe in den Daten über Arztkontakte von Patienten ist somit ausgeschlossen. Weiterhin können auch nur Leistungen in die Auswertung mit einbezogen werden, welche durch die AOK und TK abgerechnet wurden. IGeL-Leistungen können nicht abgebildet werden.

**Medikation:** Aufgrund der Limitationen von Abrechnungsdaten lassen sich nur jene Rezepte für die Berechnung nutzen, die ambulant ausgestellt und von Patienten eingelöst wurden. Sollte Medikation im Krankenhaus ausgegeben worden sein, so kann dies nicht abgebildet werden. Weiterhin kann in den Daten nicht abgebildet werden, sofern ein Medikament auch rezeptfrei oder über Privatrezepte erworben wurde. Packungsgrößen werden in den Darstellungen nicht berücksichtigt, können aber in der Realität Verordnungsunterschiede erklären. Es kann auch nicht dargestellt werden, ob Patienten ihre Medikamente wie verordnet einnehmen.

## Spezifische Hinweise zu den Indikatoren

### Anzahl durchschnittlich geteilter Patienten pro Netzwerk

**Limitationen:** Netzwerkzuordnung erfolgt exklusiv, das heißt, dass Patienten nicht mehreren Netzwerken zugeordnet werden, obwohl sie Ärzte mehrerer Netzwerke aufgesucht haben.

**Größe des ACD-Netzwerks:** Anzahl an Ärzten im ACD-Netzwerk.

**Limitationen:** Netzwerkzuordnung erfolgt exklusiv. Das bedeutet, dass Ärzte nicht mehreren ACD-Netzwerken zugeordnet werden, obwohl sie u.U. in mehreren ACD-Netzwerken tätig sind.

### Anzahl der ACD-Patienten mit Krankenhausaufenthalten

Die Darstellung der Krankenhausaufenthalte ist risikoadjustiert nach Alter und Geschlecht.

**Limitationen:** Die Anzahl an Krankenhausaufenthalten kann durch das individuelle Krankheitsrisiko von Patienten bedingt sein, was unter anderem durch demografische Charakteristika, Gesundheitsverhalten von Patienten, Compliance, sozioökonomischen Faktoren, Präferenzen von Patienten und weiteren Faktoren bestimmt ist.

### Mortalitätsrate

**Zähler:** ACD-Patienten der jeweils betrachteten Indikationsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben.

**Nenner:** ACD-Patienten der Indikationsgruppe.

**Limitationen:** Es werden in den Daten keine Todesursachen geführt. Somit ist eine Schlussfolgerung über die Todesursache nicht möglich.

### Informationen zu Haus- und Facharztbesuchen

**Limitationen:** Es werden lediglich Abrechnungskontakte abgebildet.

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046



## Anlage 3.4.1. Anschreiben und Netzwerkinformationen

### 2. Netzwerkinformation

*Beispielhafte 2. Netzwerkinformation eines Netzwerks in Nordrhein  
(Moderator:innen-Versionen ohne ärzt:innenindividuelle  
Indikatorenwerte)*

Gefördert durch:



## Ausgewählte Indikatoren der Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten



■ Ihre ACD-Patienten   ■ Ihr ACD-Netzwerk   ■ Ø ACD-Netzwerke Ihrer KV-Region

Dieser Bericht enthält Auswertungen zu den Indikationsgruppen  
- *Ischämische Herzkrankheiten*  
- *Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opioid*

## ■ Kurzübersicht der im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelten Patienten

Die Netzwerkinformation umfasst allgemeine Informationen zu Ihrem ACD-Netzwerk sowie indikationsspezifische Informationen zur Patientenversorgung (Betrachtung von zwei Indikationsgruppen). Im ACD-Netzwerk werden insgesamt 16.230 Patienten der folgenden Indikationsgruppen gemeinsam behandelt (davon 53 % weiblich und 47 % männlich). Insgesamt sind 92 Ärzte in Ihrem ACD-Netzwerk tätig.

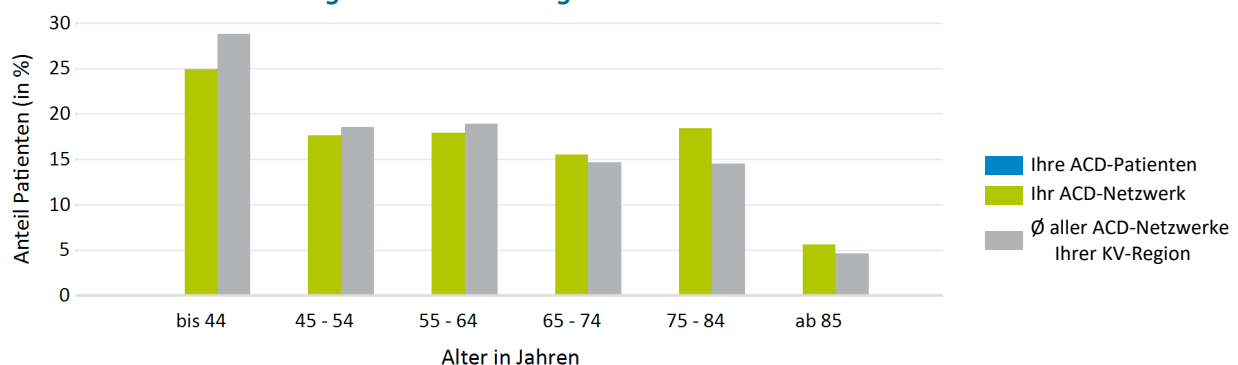
Im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelte Patienten werden sowohl von Ärzten und Therapeuten im ACD-Netzwerk als auch von Ärzten und Therapeuten außerhalb des ACD-Netzwerks behandelt. Die ACD-Patienten waren durchschnittlich zu 78 % bei ACD-Netzwerkärzten in Behandlung.

### Übersicht 1: Verteilung der ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk auf ausgewählte Indikationsgruppen sowie Anteil multimorbider Patienten

Indikationsgruppe	ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk	Anteil der multimorbiden ACD-Patienten davon
<b>Ischämische Herzkrankheiten</b>	<b>2.209</b>	<b>99%</b>
Herzinsuffizienz	1.452	100%
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	4.848	96%
Bronchitis & COPD	4.178	90%
<b>Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opiode</b>	<b>425</b>	<b>93%</b>
Rückenbeschwerden	5.763	93%
Hypertonie	8.643	89%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	3.022	89%
Infektiöse Darmkrankheiten	1.459	82%
Grippe und Pneumonie	596	91%
HNO-Infektionen	5.724	74%
Depressive Störungen	2.754	94%
Diabetes mellitus Typ 1	357	95%
Diabetes mellitus Typ 2	3.103	97%
Gonarthrose	1.375	98%

Im Folgenden sehen Sie die Altersverteilung der von Ihnen betreuten ACD-Patienten, Ihres ACD-Netzwerkes sowie den Durchschnittswert der ACD-Netzwerke innerhalb Ihrer KV-Region.

Abbildung 1: Altersverteilung der ACD-Patienten im ACD-Netzwerk



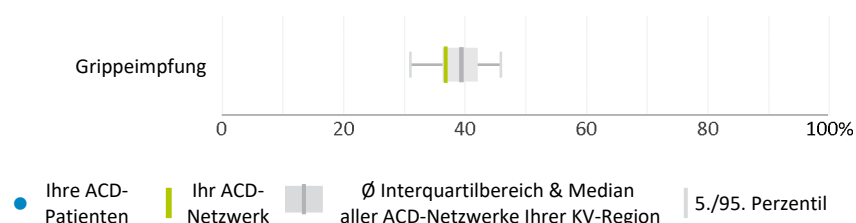
#### Berechnungsgrundlage

**Zähler:** Anzahl ACD-Patienten, gruppiert nach Alter  
**Nenner:** Anzahl aller ACD-Patienten



Bei Personen älter als 65 Jahre und chronisch Kranken führt die Grippe häufig zu Komplikationen. Im Folgenden sehen Sie den Anteil der Grippeimpfungen Ihrer ACD-Patienten über 65 Jahre, im Vergleich zum Anteil in Ihrem ACD-Netzwerk sowie zu anderen ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region.

**Abbildung 2: Grippeimpfungen bei über 65-jährigen Patienten in ACD-Netzwerken**



#### Berechnungsgrundlage

**Zähler:** Patienten > 65 Jahre, die mind. eine Grippeimpfung erhielten (EBM 89111 / 89112 oder ATC J07BB)

**Nenner:** Patienten > 65 Jahre alt

## ■ Indikationsgruppe Ischämische Herzkrankheiten

Im Folgenden werden Ihnen Informationen zu Patientencharakteristika, Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen, verschriebenen Arzneimitteln und sektorübergreifenden Patienteninformationen dargestellt.

### Kurzübersicht der im Folgenden dargestellten Informationen

Alle ambulanten Indikatoren beziehen sich auf die ACD-Patienten der jeweiligen Indikationsgruppe, innerhalb des Berichtszeitraumes.

#### Übersicht 2: Ambulante Indikatoren in Ihrem ACD-Netzwerk im Vergleich zum Ø der ACD-Netzwerke Ihrer KV-Region

Ambulante Indikatoren: Anteil der Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Abweichung zum Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
Besuch: Hausarzt	99,9 %	+1,0 %
Besuch: FA Innere Medizin	2,4 %	-1,6 %
Besuch: FA Nuklearmedizin	0,8 %	-6,2 %
Besuch: FA Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	0,1 %	+0,0 %
Besuch: FA Physikalische u. Rehabilitative Medizin	0,2 %	-0,9 %
Besuch: FA Kardiologie	19,4 %	-22,3 %
Grippeimpfung	34,9 %	-3,1 %
DMP-Schulung	0,0 %	-0,7 %
LDL-/HDL-Kontrolle	74,6 %	+6,8 %
Verordnung: Statine (in allen Quartalen)	17,2 %	-1,5 %
Verordnung: Statine	64,8 %	-1,7 %
Verordnung: Statine, Betablocker, ACE-Hemmer / AT1-Blocker	43,2 %	+0,0 %
Verordnung: Betablocker nach Myokardinfarkt	85,2 %	+0,1 %
Verordnung: ACE-Hemmer / ARB nach Myokardinfarkt	95,1 %	+9,6 %
Verordnung: Lipidsenker bei Diabetes	71,1 %	-2,3 %
Verordnung: Antihypertensiva bei Hypertonie	97,0 %	+0,1 %

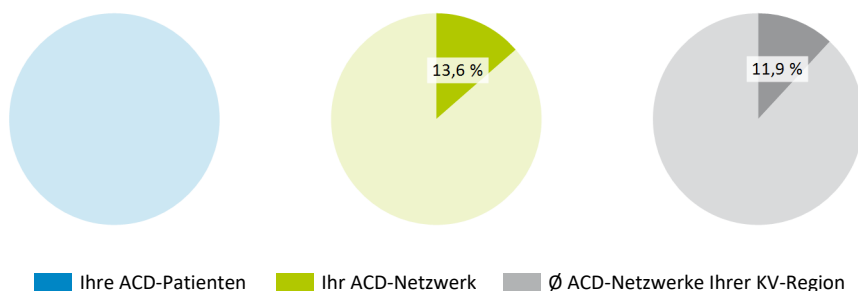
Im Folgenden zeigen wir Ihnen ausgewählte Patientencharakteristika der Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten in ihrem ACD-Netzwerk, Ihrer ACD-Patienten sowie die Durchschnittswerte der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region.

### Übersicht 3: ACD-Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten

	Ihre ACD-Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
<b>Anzahl Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten</b>			
Multimorbiditätsrate	-	99,0 %	98,3 %
Teilnahme DMP KHK	-	39,9 %	38,8 %
Mortalitätsrate	-	4,2 %	3,9 %
Patienten, die eine PCI erhielten u. den Folgemonat überlebten	-	94,4 %	97,9 %
Patienten, die eine PCI erhielten u. im selben halben Jahr nicht verstarben	-	98,0 %	98,0 %
Patienten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von KHK*	-	90,9 %	92,0 %
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von KHK*	-	98,4 %	98,2 %

-: weniger als 5 Patienten; \*: risikoadjustiert (s. Lesehilfe)

Abbildung 3: Anteil der ACD-Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten



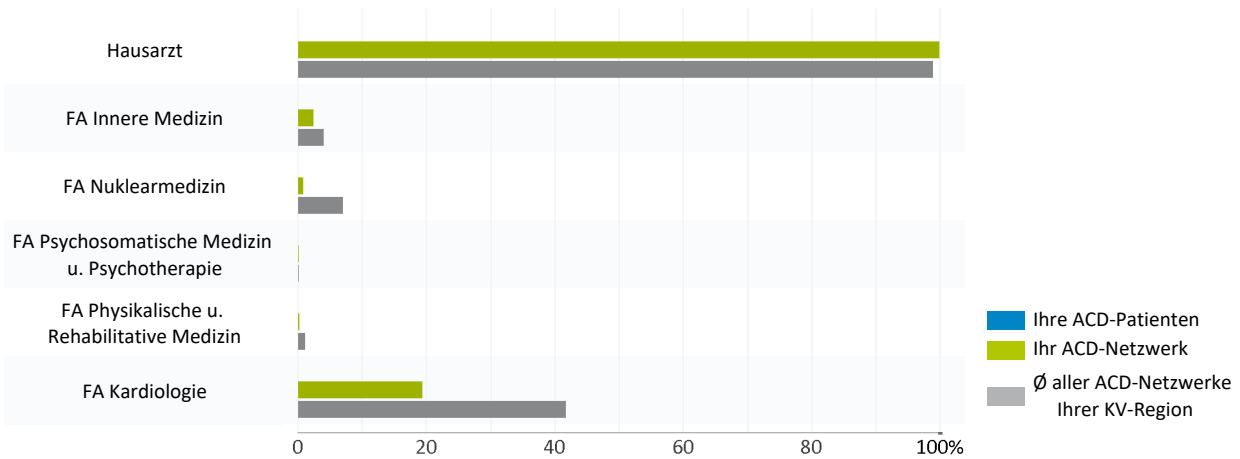
#### Berechnungsgrundlage

**Zähler:** Anzahl ACD-Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten

**Nenner:** Anzahl aller Patienten mit den ACD-Indikationsgruppen

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über ausgewählte Fachgruppen, die von den ACD-Patienten Ihres ACD-Netzwerks aufgesucht wurden. Neben dem Anteil der ACD-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung wird ausgewiesen, wie häufig ein Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztliche innere Medizin) im Jahr aufgesucht wurde, ob ein Facharztbesuch nach Überweisung erfolgte und ob mehrere unterschiedliche Praxen der jeweiligen Fachrichtung aufgesucht wurden.

**Abbildung 4: Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung**

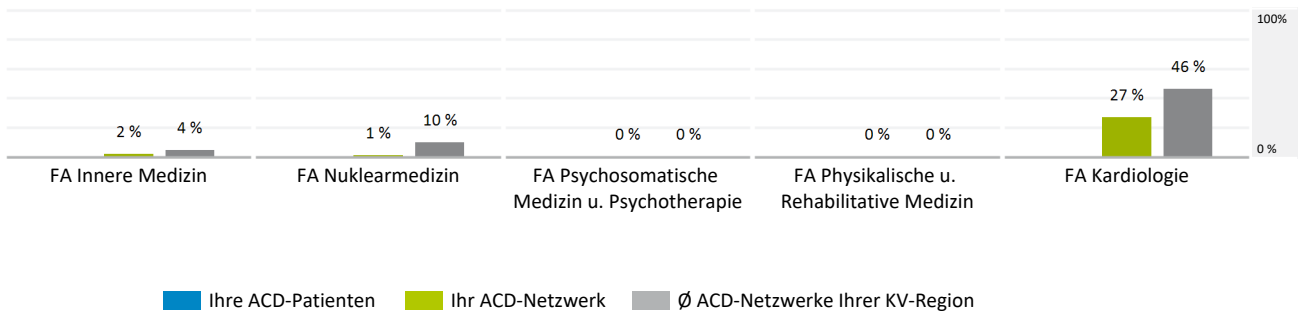


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten, für die mindestens eine Leistung von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung erbracht wurde

**Nenner:** Anzahl Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten

**Abbildung 5: Anteil der Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten in fachärztlicher Behandlung nach Überweisung**



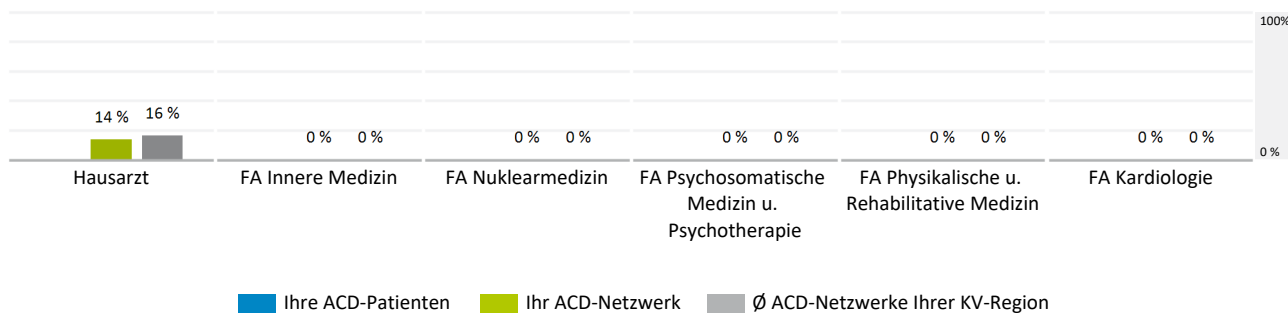
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten, die Fachärzte der jeweiligen Fachrichtung mit Überweisung aufgesucht haben

**Nenner:** Anzahl Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten

**Hinweis:** Da die Auswertung der "Facharztbesuche nach Überweisung" auf einer anderen Datenbasis fußt als die weiteren facharztbezogenen Auswertungen, kann es hier zu abweichenden Ergebnissen kommen.

**Abbildung 6: Anteil der Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchten**



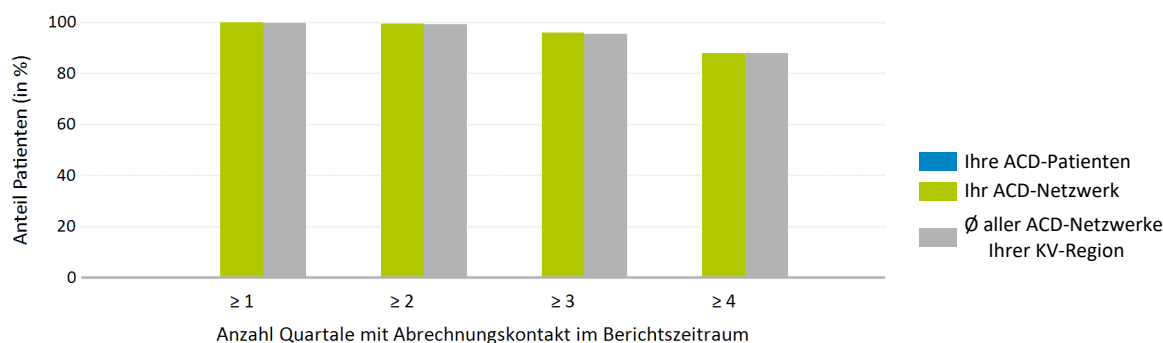
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten, für die Leistungen von Fachärzten der jeweiligen Fachrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsstätten erbracht wurden

**Nenner:** Anzahl Patienten ischämischen Herzkrankheiten

In Abbildung 15 zeigen wir Ihnen die relativen Anteile, in wie vielen Quartalen im Berichtszeitraum ACD-Patienten Ärzte und Therapeuten der betrachteten Facharztgruppen aufgesucht haben.

**Abbildung 7: Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt (alle Fachrichtungen)**

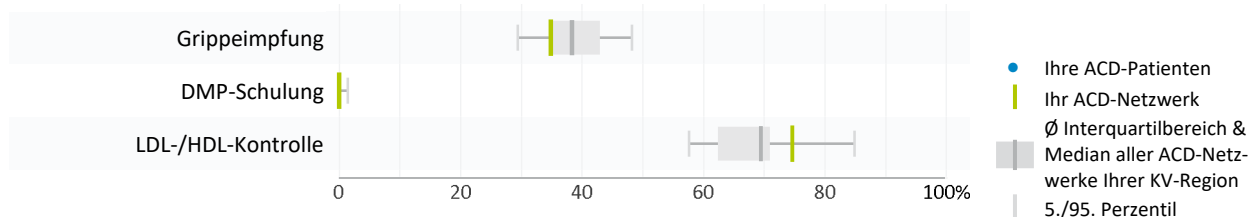


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten, gruppiert nach Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt zu mindestens einem Arzt der oben betrachteten Fachrichtungen

**Nenner:** Anzahl Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten

**Abbildung 8: Ambulante Prozesse in den ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten, für die mind. eine der angegebenen Ziffern abgerechnet wurde:

*Grippeimpfung:* EBM 89111, 89112 oder ATC J07BB

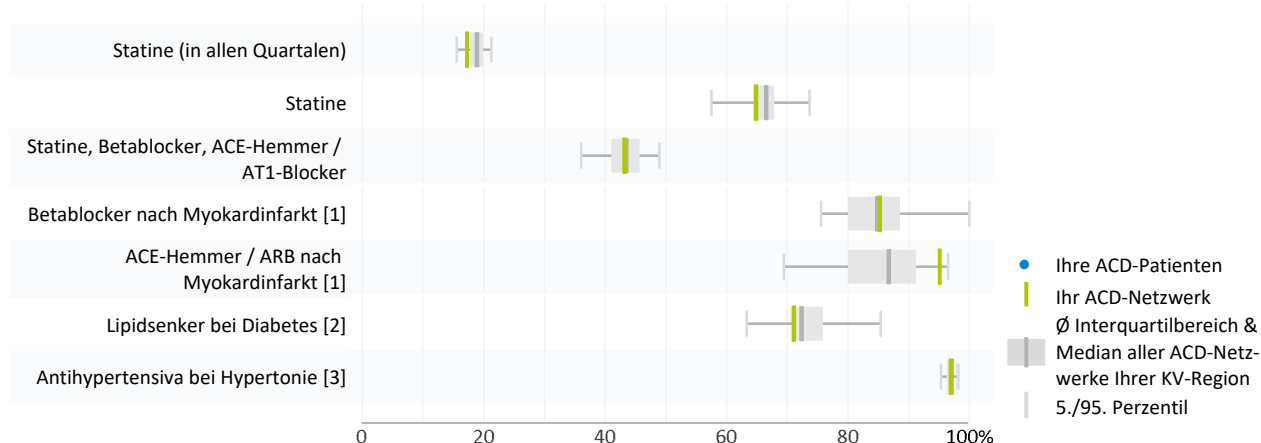
*DMP-Schulung:* EBM 90513, 90514, 90515, 90517

*LDL-/HDL-Kontrolle:* EBM 32060, 32061, 32062

**Nenner:** Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten

Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten mit DMP Einschreibung im Beobachtungsjahr

**Abbildung 9: Arzneimittelverschreibungen in den ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten mit mindestens einer Verschreibung:

*Statine:* ATC C10AA, C10BA, C10BX

*Betablocker:* ATC C07A

*ACE-Hemmer/AT1 Blocker:* ATC C09A, C09B, C09C, C09D

*Lipidsenker:* ATC C10A, C10B

*Antihypertensiva:* ATC C02, C03, C07, C08, C09

**Nenner:** Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten

**[1] Myokardinfarkt:** Diagnose ICD I21.- bis I23.-

Verschreibung der Medikation im gleichen oder folgenden Quartal. Bei mehreren Myokardinfarkten wird nur der erste betrachtet, Patienten mit Myokardinfarkt im 4. Quartal nicht beachtet.

**[2] Diabetes:** Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2: ICD E11.-, mind. 2x ambulant gesichert oder stationär

**[3] Hypertonie**

## ■ Indikationsgruppe Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opiode

Im Folgenden werden Ihnen Informationen zu Patientencharakteristika, Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen, verschriebenen Arzneimitteln und sektorübergreifenden Patienteninformationen dargestellt.

### Kurzübersicht der im Folgenden dargestellten Informationen

Alle ambulanten Indikatoren beziehen sich auf die ACD-Patienten der jeweiligen Indikationsgruppe, innerhalb des Berichtszeitraumes.

#### Übersicht 4: Ambulante Indikatoren in Ihrem ACD-Netzwerk im Vergleich zum Ø der ACD-Netzwerke Ihrer KV-Region

Ambulante Indikatoren: Anteil der Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Abweichung zum Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
Besuch: Hausarzt	99,5 %	+2,3 %
Besuch: FA Neurologie / Neurochirurgie	30,4 %	+6,6 %
Besuch: FA Psychiatrie u. Psychotherapie	21,6 %	-2,5 %
Besuch: FA Neurologie u. Psychiatrie	35,1 %	+3,1 %
Besuch: FA Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	0,2 %	-0,1 %
Besuch: Psychotherapeut	1,6 %	-1,5 %
Psychosomatisches Gespräch	34,4 %	+10,0 %

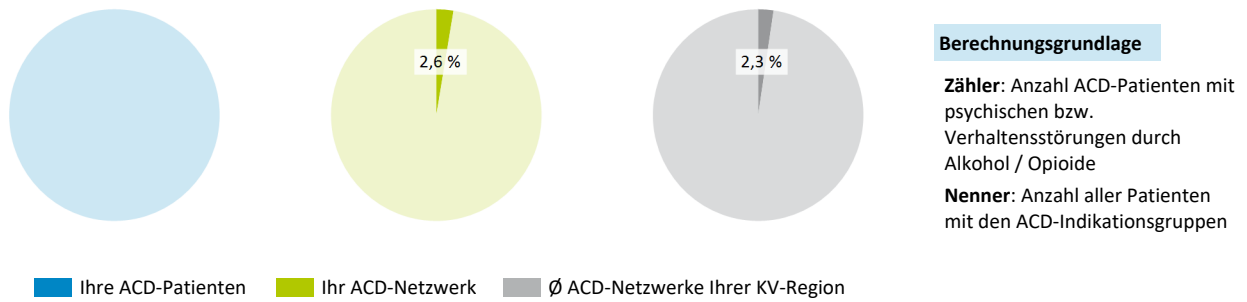
Im Folgenden zeigen wir Ihnen ausgewählte Patientencharakteristika der Patienten mit psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch Alkohol / Opiode in ihrem ACD-Netzwerk, Ihrer ACD-Patienten sowie die Durchschnittswerte der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region.

#### Übersicht 5: ACD-Patienten mit psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch Alkohol / Opiode

	Ihre ACD-Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
<b>Anzahl Patienten mit psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch Alkohol / Opiode</b>			
Multimorbiditätsrate	-	92,7 %	90,3 %
Mortalitätsrate	-	2,8 %	3,3 %
Patienten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Psychischen u. Verhaltensstörungen durch Alkohol u. Opiode*	-	89,2 %	89,8 %
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Psychischen u. Verhaltensstörungen durch Alkohol u. Opiode*	-	94,9 %	95,0 %

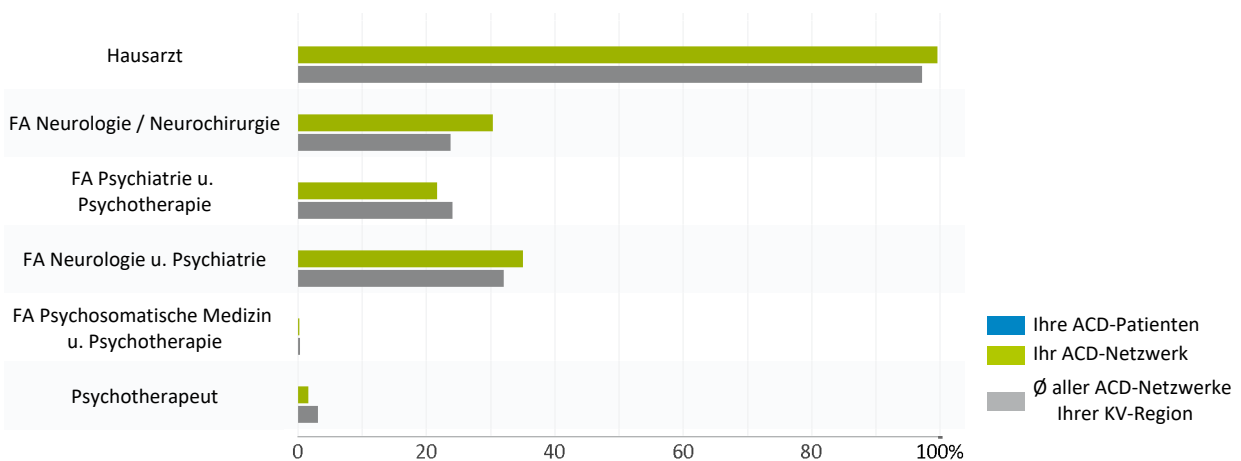
-: weniger als 5 Patienten; \*: risikoadjustiert (s. Lesehilfe)

**Abbildung 10: Anteil der ACD-Patienten mit psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch Alkohol / Opiode**



Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über ausgewählte Fachgruppen, die von den ACD-Patienten Ihres ACD-Netzwerks aufgesucht wurden. Neben dem Anteil der ACD-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung wird ausgewiesen, wie häufig ein Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztliche innere Medizin) im Jahr aufgesucht wurde, ob ein Facharztbesuch nach Überweisung erfolgte und ob mehrere unterschiedliche Praxen der jeweiligen Fachrichtung aufgesucht wurden.

**Abbildung 11: Patienten mit psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch Alkohol / Opiode in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung**

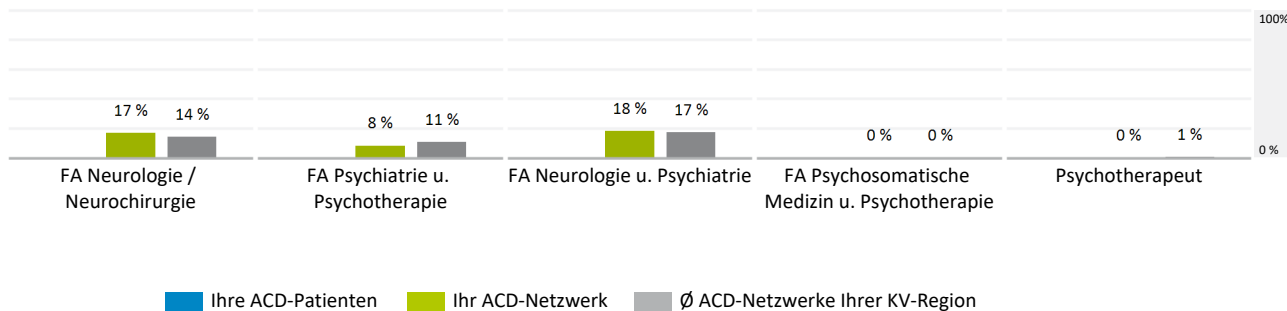


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch Alkohol / Opiode, für die mindestens eine Leistung von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung erbracht wurde

**Nenner:** Anzahl Patienten mit psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch Alkohol / Opiode

**Abbildung 12: Anteil der Patienten mit psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch Alkohol / Opiode in fachärztlicher Behandlung nach Überweisung**



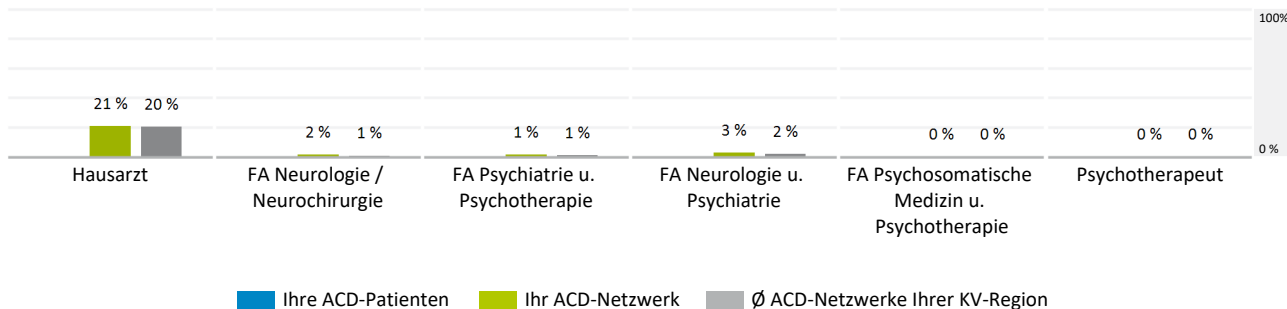
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch Alkohol / Opiode, die Fachärzte der jeweiligen Fachrichtung mit Überweisung aufgesucht haben

**Nenner:** Anzahl Patienten mit psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch Alkohol / Opiode

**Hinweis:** Da die Auswertung der "Facharztbesuche nach Überweisung" auf einer anderen Datenbasis fußt als die weiteren facharztbezogenen Auswertungen, kann es hier zu abweichenden Ergebnissen kommen.

**Abbildung 13: Anteil der Patienten mit psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch Alkohol / Opiode in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchten**



**Berechnungsgrundlage**

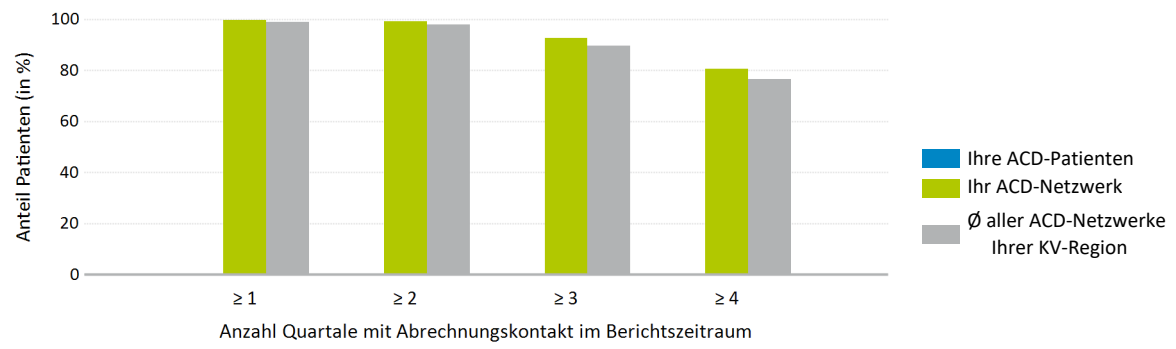
**Zähler:** Anzahl Patienten mit psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch Alkohol / Opiode, für die Leistungen von Fachärzten der jeweiligen Fachrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsstätten erbracht wurden

**Nenner:** Anzahl Patienten psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch Alkohol / Opiode



In Abbildung 15 zeigen wir Ihnen die relativen Anteile, in wie vielen Quartalen im Berichtszeitraum ACD-Patienten Ärzte und Therapeuten der betrachteten Facharztgruppen aufgesucht haben.

**Abbildung 14: Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt (alle Fachrichtungen)**

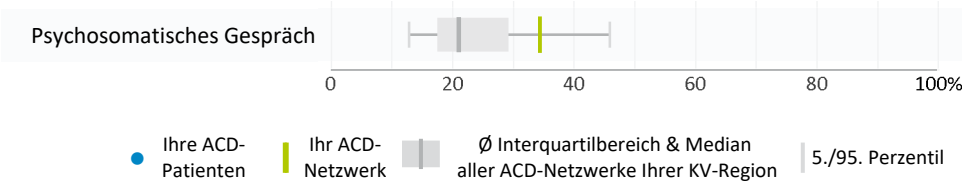


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch Alkohol / Opiode, gruppiert nach Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt zu mindestens einem Arzt der oben betrachteten Fachrichtungen

**Nenner:** Anzahl Patienten mit psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch Alkohol / Opiode

**Abbildung 15: Ambulante Prozesse in den ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten mit psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch Alkohol / Opiode, für die mind. eine der angegebenen Ziffern abgerechnet wurde: EBM 35100, 35110, 22221, 22222

**Nenner:** Patienten mit psychischen bzw. Verhaltensstörungen durch Alkohol / Opiode

## Anhang: Lesehilfe Netzwerkinformation

### ■ Allgemeine Hinweise

#### Erläuterung der Abbildungen

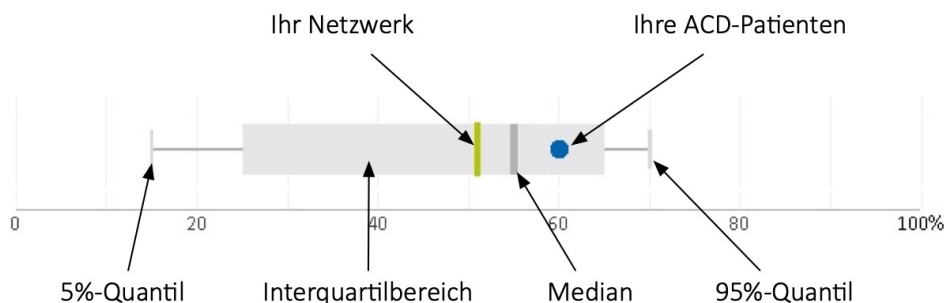
**Mittelwert (Mw):** Der Mittelwert berechnet sich aus der Summe aller Werte geteilt durch die Anzahl der Werte.

**Median:** Der Median beschreibt den Wert, der die Rangfolge der Messwerte in der Mitte teilt.

**Quantil:** Als Quantile bezeichnet man Grenzen einer aufsteigend sortierten Rangfolge von Messwerten, die diese Datenreihe in bestimmte Abschnitte aufteilen. So gilt z.B. für das 20%-Quantil, dass maximal 20% der Messwerte kleiner sind als der an dieser Grenze abgelesene Wert.

**Quartil:** Als Quartile bezeichnet man Messwerte, die die Datenreihe in 25%-Abschnitte aufteilen. Ein Viertel der beobachteten Werte liegen zwischen dem Minimum und dem ersten Quartil (Q1). Ein weiteres Viertel liegt zwischen dem ersten und zweiten Quartil (Q2), was dem Median entspricht. Bis zum dritten Quartil (Q3) folgt nochmals ein Viertel der beobachteten Werte und zwischen Q3 und dem Maximum liegen die letzten 25% (Q4).

**Interquartilbereich (IQR):** Als IQR bezeichnet man die mittleren 50% einer aufsteigend geordneten Rangfolge von Messwerten. Zu seiner Bestimmung werden die beiden Grenzwerte abgelesen, die in der Rangfolge die unteren 25% und die oberen 75% der Messwerte (Q2, Q3) abschneiden. Damit gibt dieses Verteilungsmaß eine Information über die Variabilität der Ausprägungen dieses Merkmals in einer Gruppe, und zwar unabhängig vom eventuellen Auftreten von Extremwerten.



Für ausgesuchte Indikatoren können Sie im Boxplot ablesen, ob Ihr Wert (blauer Punkt) unter- bzw. oberhalb des Mittelwerts in Ihrem ACD-Netzwerk liegt (grüne Markierung), sowie innerhalb- oder außerhalb des Interquartilbereichs (grauer Balken), also dem Bereich, in dem die Hälfte aller Messwerte des ACD-Netzwerks der KV-Region liegen.

#### Anzahl der Patienten in den Diagnosegruppen:

Die dargestellten Patientenzahlen beziehen sich immer auf gemeinsam versorgte Patienten der Indikationsgruppen. Dies bedeutet zum einen, dass innerhalb eines Jahres mindestens zwei Ärzte des Netzwerks an der Versorgung der Patienten beteiligt gewesen sein müssen und zum anderen dass die relevanten Diagnosen bei der Abrechnung auch festgehalten wurden. Ein Teil der Indikationsgruppen (z.B. Herzinsuffizienz) erfordert, dass eine Diagnose mindestens zweimal innerhalb eines Jahres gestellt wurde damit ein Patient dieser Indikationsgruppe zugeordnet wird. Indikationsgruppen wurden anhand folgender ICD Codes und Diagnosesicherheiten berücksichtigt. Als zusätzliche Informationen werden Werte weiterer ACD Interventionsnetzwerke in der KV Region sowie die über die individuelle LANR behandelten Patienten dargestellt.

Indikationsgruppen wurden anhand folgender ICD-Codes und Diagnosesicherheiten berücksichtigt:

Diagnosegruppe	ICD-10	M2Q	Diagnosesicherheit
Ischämische Herzkrankheiten	I20.-, I25.-	•	Zustand nach UND /ODER gesichert
Ischämische Herzkrankheiten	I21.- bis I24.-	•	Zustand nach
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioide	F10.-, F11.-	•	Zustand nach UND /ODER gesichert

**M2Q:** Zwei Diagnosen ambulant in 2 verschiedenen Quartalen mit den o.g. Diagnosesicherheiten  
 Ausschluss von Dialysepatienten (im Berichtszeitraum mindestens eine Diagnose Z49.-, Z99.2, gesichert UND/ODER Zustand nach)

**Datengrundlage:** Die berechneten Indikatoren basieren auf Routinedaten. Datengrundlage und Beobachtungsjahr sind das dritte und vierte Quartal 2016, sowie das erste und zweite Quartal 2017 (Berichtszeitraum). Die Informationen basieren auf Routinedaten von volljährigen AOK- und TK-Patienten, die im Berichtszeitraum mindestens 360 Tage versichert waren oder verstorben sind. Die Verwendung von Versichertendaten bildet unter Umständen nicht immer die Versorgungsrealität ab, kann aber Hinweise auf die gemeinsame Versorgung von Patienten liefern. Sofern die Verwendung der Routinedaten bei der Darstellung von Informationen mit besonderen Einschränkungen verbunden ist, wird an der entsprechenden Stelle darauf hingewiesen.

**Patientenbezogene Darstellungen:** Alle Daten werden lediglich in pseudonymisierter und aggregierter Form dargestellt, sodass kein Rückschluss auf individuelle Patienten möglich ist. Aus diesem Grund werden Indikatoren mit weniger als 5 Patienten nicht abgebildet, entsprechende Werte werden mit "< 5", relative Häufigkeiten mit "-" maskiert.

**Unterschiede zwischen wahrgenommenen Netzwerken und den ACD-Netzwerken:** Die auf Basis von Abrechnungsdaten gebildeten informellen Netzwerke können von der wahrgenommenen Versorgungsrealität abweichen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn Sie gemeinsam weniger als 20 Patienten der in das ACD-Projekt eingeschlossenen 14 Indikationsgruppen versorgen. Sollten Patienten mit den relevanten Diagnosen nicht in den Abrechnungsdaten festgehalten worden sein, sind diese in der Netzwerk-Identifikation leider nicht berücksichtigt.

## ■ Hinweise zu den Indikatoren

**Abkürzungen:** FA Facharzt;\* beinhalten auch alle untergeordneten ATC- bzw. OPS-Codes. Mehrstellige ICD-Codes sind, sofern nicht ausgeschrieben, dreistellig abgekürzt.

**Multimorbidität:** In der internationalen Literatur wird bei mindestens zwei bis drei Diagnosen von einem multimorbiden Patienten gesprochen (Barnett et al. 2012). Die in der Netzwerkinformation ermittelte Angabe zur Multimorbidität wurde auf Basis der Indikationsgruppen ermittelt und stellt Patienten mit zwei oder mehr relevanten Diagnosegruppen als multimorbide dar.

**Facharztgruppen:** Die Ermittlung von Arztgruppen ist durch die LANR nicht immer eindeutig möglich. In diesen Fällen wird zusätzlich anhand der abgerechneten Leistungen eine Facharztgruppe ermittelt. Diese lässt sich allerdings nicht immer eindeutig bestimmten Facharztgruppen zuordnen und kann unter Umständen von der Realität abweichen.

**Ambulante Prozesse:** Alle Darstellungen basieren auf den Informationen von Abrechnungsdaten. Wurden Diagnosen oder Leistungen nicht kodiert, so können diese anhand der Darstellungen nicht aufgezeigt werden. Weiterhin werden Diagnosen und Abrechnungskontakte nur quartalsweise erfasst. Eine genaue Angabe in den Daten über Arztkontakte von Patienten ist somit ausgeschlossen. Weiterhin können auch nur Leistungen in die Auswertung mit einbezogen werden, welche durch die AOK und TK abgerechnet wurden. IGeL-Leistungen können nicht abgebildet werden.

**Medikation:** Aufgrund der Limitationen von Abrechnungsdaten lassen sich nur jene Rezepte für die Berechnung nutzen, die ambulant ausgestellt und von Patienten eingelöst wurden. Sollte Medikation im Krankenhaus ausgegeben worden sein, so kann dies nicht abgebildet werden. Weiterhin kann in den Daten nicht abgebildet werden, sofern ein Medikament auch rezeptfrei oder über Privatrezepte erworben wurde. Packungsgrößen werden in den Darstellungen nicht berücksichtigt, können aber in der Realität Verordnungsunterschiede erklären. Es kann auch nicht dargestellt werden, ob Patienten ihre Medikamente wie verordnet einnehmen.

## Spezifische Hinweise zu den Indikatoren

### Anzahl durchschnittlich geteilter Patienten pro Netzwerk

**Limitationen:** Netzwerkzuordnung erfolgt exklusiv, das heißt, dass Patienten nicht mehreren Netzwerken zugeordnet werden, obwohl sie Ärzte mehrerer Netzwerke aufgesucht haben.

**Größe des ACD-Netzwerks:** Anzahl an Ärzten im ACD-Netzwerk.

**Limitationen:** Netzwerkzuordnung erfolgt exklusiv. Das bedeutet, dass Ärzte nicht mehreren ACD-Netzwerken zugeordnet werden, obwohl sie u.U. in mehreren ACD-Netzwerken tätig sind.

### Anzahl der ACD-Patienten mit Krankenhausaufenthalten

Die Darstellung der Krankenhausaufenthalte ist risikoadjustiert nach Alter und Geschlecht.

**Limitationen:** Die Anzahl an Krankenhausaufenthalten kann durch das individuelle Krankheitsrisiko von Patienten bedingt sein, was unter anderem durch demografische Charakteristika, Gesundheitsverhalten von Patienten, Compliance, sozioökonomischen Faktoren, Präferenzen von Patienten und weiteren Faktoren bestimmt ist.

### Mortalitätsrate

**Zähler:** ACD-Patienten der jeweils betrachteten Indikationsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben.

**Nenner:** ACD-Patienten der Indikationsgruppe.

**Limitationen:** Es werden in den Daten keine Todesursachen geführt. Somit ist eine Schlussfolgerung über die Todesursache nicht möglich.

### Informationen zu Haus- und Facharztbesuchen

**Limitationen:** Es werden lediglich Abrechnungskontakte abgebildet.

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046



## Anlage 3.4.1. Anschreiben und Netzwerkinformationen

### *3. Netzwerkinformation*

*Beispielhafte 3. Netzwerkinformation eines Netzwerks in Nordrhein  
(Moderator:innen-Versionen ohne ärzt:innenindividuelle  
Indikatorenwerte) inklusive Einladung zur Feedbackbefragung*

Gefördert durch:



# Netzwerkinformation: Accountable Care in Deutschland (ACD)

Frau  
Erika Mustermann  
Praxis Dr. Erika Mustermann  
Neue Straße 123  
40123 Düsseldorf

## Innovationsfonds-Projekt „Accountable Care in Deutschland“

Kontakt	Barbara Gentges ACD Projektkoordinatorin
Telefon	0211/5970-8380
Telefax	0211/5970-9380
Email	Barbara.Gentges@kvno.de
Datum	12.07.2019

### Informationen zu Patientengruppen in Ihrem ACD-Netzwerk

Sehr geehrte Frau Mustermann

Mit diesem Schreiben erhalten Sie den dritten von insgesamt sechs Quartalsberichten im Rahmen des Innovationsfonds-Projektes „Accountable Care in Deutschland“ (kurz ACD).

Enthalten sind pseudonymisierte Informationen zu Patientencharakteristika, Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen sowie verschriebenen Arzneimitteln aller im Forschungsprojekt eingeschlossenen AOK- und TK-Patienten mit den Diagnosen „Herzinsuffizienz“ sowie „Grippe und Pneumonie“. Weitere Diagnosegruppen werden in den Folgeberichten thematisiert.

Die Quartalsberichte des ACD Patientennetzwerkes sollen eine Bereicherung Ihrer klinischen Erfahrung und eine Unterstützung für Sie im Praxisalltag darstellen.

Zusätzliche Erläuterungen sowie eine Lesehilfe finden Sie am Ende dieses Berichts und auf unserer Website unter [www.acd-projekt.de](http://www.acd-projekt.de).

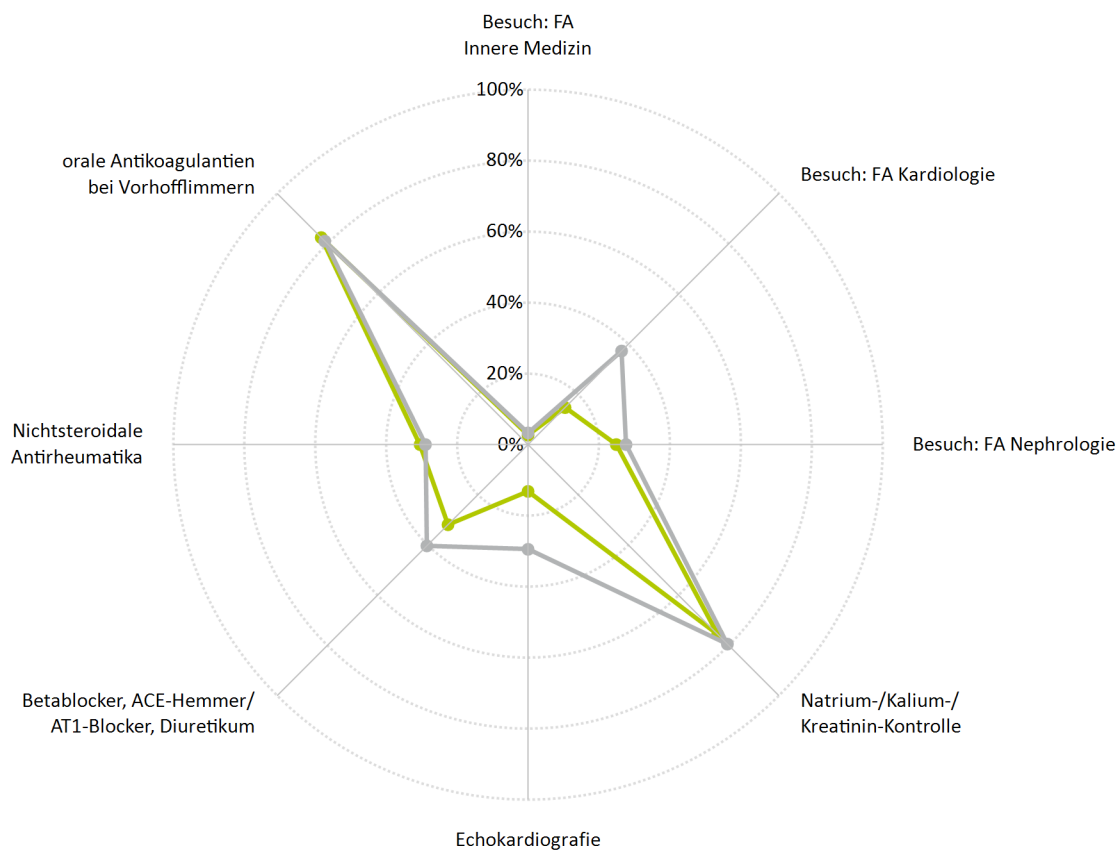
Für Rückfragen zum beigefügten Bericht steht Ihnen das ACD-Projekt-Team, geleitet von Prof. Leonie Sundmacher von der Ludwig-Maximilians-Universität München, unter der Rufnummer 089 - 2180 1660 gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr ACD-Projektteam

Die Messung von Qualität in der medizinischen Versorgung ist äußerst komplex und unterliegt auch angesichts der technischen Möglichkeiten einer rasanten Entwicklung. Hier möchte das Projekt einen wichtigen Beitrag leisten und die Quartalsberichte derart gestalten, dass diese für Sie eine wirkliche Unterstützung im Praxisalltag darstellen. Hierzu ist Ihre Rückmeldung entscheidend. Wir bitten Sie daher, sich 2-3 Minuten Zeit zu nehmen und an unserer Online-Befragung teilzunehmen. Sie finden diese unter <https://acd-projekt.de/umfrage/> (Passwort: #ACD2019).

## Ausgewählte Indikatoren der Patienten mit Herzinsuffizienz



■ Ihre ACD-Patienten   ■ Ihr ACD-Netzwerk   ■ Ø ACD-Netzwerke Ihrer KV-Region

Dieser Bericht enthält Auswertungen zu den Indikationsgruppen  
- Herzinsuffizienz  
- Grippe und Pneumonie



## ■ Arztgruppen in Ihrem ACD-Netzwerk

Ihr ACD-Netzwerk ist aus insgesamt 92 Ärzten der folgenden Fachgebiete zusammengesetzt:

*Übersicht 1: Ärzte in ihrem ACD-Netzwerk nach Fachgebieten*

Fachgebiet	Anzahl der Ärzte im ACD-Netzwerk
Allgemeinmedizin	44
Anästhesiologie	3
Augenheilkunde	3
Chirurgie	4
Orthopädie (und Unfallchirurgie)	4
Frauenheilkunde	9
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	6
Haut- und Geschlechtskrankheiten	5
fachärztliche Innere Medizin	1
Nephrologie	1
Pneumologie	1
Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie	2
Neurochirurgie	3
Urologie	4

Es können noch Ärzte weiterer Fachgebietsgruppen mit Ihrem ACD-Netzwerk zusammenarbeiten und an der Behandlung gemeinsamer Patienten beteiligt sein, welche aber mit einem anderen ACD-Netzwerk stärker verbunden sind. Diese Ärzte oder Psychotherapeuten wurden in einem solchen Fall dem anderen Netzwerk zugeordnet.

## Kurzübersicht der im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelten Patienten

Die Netzwerkinformation umfasst allgemeine Informationen zu Ihrem ACD-Netzwerk sowie indikationsspezifische Informationen zur Patientenversorgung (Betrachtung von zwei Indikationsgruppen). Im ACD-Netzwerk werden insgesamt 15.610 Patienten der folgenden Indikationsgruppen gemeinsam behandelt (davon 54 % weiblich und 46 % männlich).

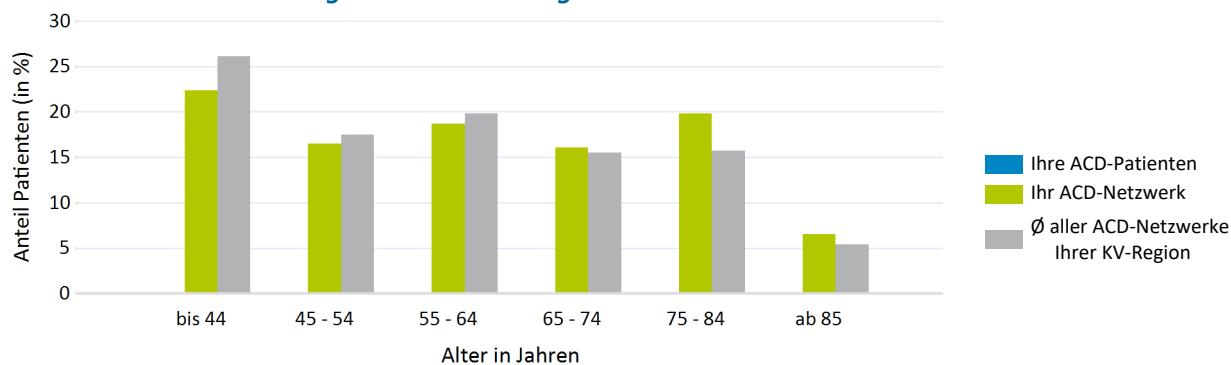
*Übersicht 2: Verteilung der ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk auf ausgewählte Indikationsgruppen sowie Anteil multimorbider Patienten*

Indikationsgruppe	ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk	Anteil der multimorbiden ACD-Patienten davon
Ischämische Herzkrankheiten	2.228	99%
<b>Herzinsuffizienz</b>	<b>1.548</b>	<b>100%</b>
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	5.017	96%
Bronchitis & COPD	3.952	92%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opiode	420	93%
Rückenbeschwerden	5.647	94%
Hypertonie	8.723	90%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	2.960	91%
Infektiöse Darmkrankheiten	1.243	81%
<b>Grippe und Pneumonie</b>	<b>490</b>	<b>93%</b>
HNO-Infektionen	5.364	75%
Depressive Störungen	2.854	94%
Diabetes mellitus Typ 1	358	94%
Diabetes mellitus Typ 2	3.148	97%
Gonarthrose	1.376	98%

Im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelte Patienten werden sowohl von Ärzten und Therapeuten im ACD-Netzwerk als auch von Ärzten und Therapeuten außerhalb des ACD-Netzwerks behandelt. Die ACD-Patienten waren durchschnittlich zu 76 % bei ACD-Netzwerkärzten in Behandlung.

Im Folgenden sehen Sie die Altersverteilung der von Ihnen betreuten ACD-Patienten, Ihres ACD-Netzwerkes sowie den Durchschnittswert der ACD-Netzwerke innerhalb Ihrer KV-Region.

**Abbildung 1: Altersverteilung der ACD-Patienten im ACD-Netzwerk**



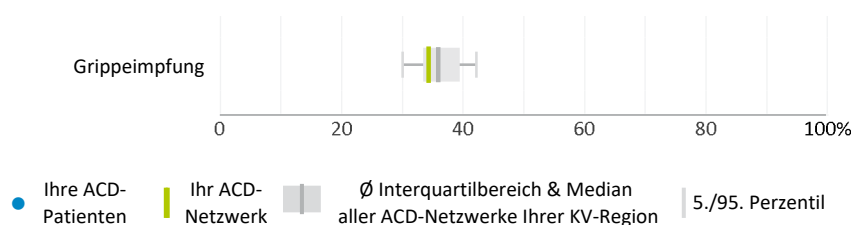
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl ACD-Patienten, gruppiert nach Alter

**Nenner:** Anzahl aller ACD-Patienten

Bei Personen älter als 65 Jahre und chronisch Kranken führt die Grippe häufig zu Komplikationen. Im Folgenden sehen Sie den Anteil der Grippeimpfungen Ihrer ACD-Patienten über 65 Jahre, im Vergleich zum Anteil in Ihrem ACD-Netzwerk sowie zu anderen ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region.

**Abbildung 2: Grippeimpfungen bei über 65-jährigen Patienten in ACD-Netzwerken**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten > 65 Jahre, die mind. eine Grippeimpfung erhielten (EBM 89111 / 89112 oder ATC J07BB)

**Nenner:** Patienten > 65 Jahre alt

## ■ Indikationsgruppe Herzinsuffizienz

Im Folgenden werden Ihnen Informationen zu Patientencharakteristika, Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen, verschriebenen Arzneimitteln und sektorübergreifenden Patienteninformationen dargestellt.

### Kurzübersicht der im Folgenden dargestellten Informationen

Alle ambulanten Indikatoren beziehen sich auf die ACD-Patienten der jeweiligen Indikationsgruppe, innerhalb des Berichtszeitraumes.

#### *Übersicht 3: Ambulante Indikatoren in Ihrem ACD-Netzwerk im Vergleich zum Ø der ACD-Netzwerke Ihrer KV-Region*

Ambulante Indikatoren: Anteil der Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Abweichung zum Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
Besuch: Hausarzt	99,9 %	+0,5 %
Besuch: FA Innere Medizin	2,6 %	-0,6 %
Besuch: FA Kardiologie	14,7 %	-22,5 %
Besuch: FA Nephrologie	24,9 %	-2,8 %
Besuch: FA Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	0,4 %	+0,2 %
Besuch: FA Radiologie	28,7 %	+1,6 %
Besuch: FA Physikalische u. Rehabilitative Medizin	0,3 %	-1,2 %
Natrium-/Kalium-/Kreatinin-Kontrolle	75,6 %	-3,9 %
Echokardiografie	13,2 %	-16,3 %
Hausbesuch	15,1 %	-9,6 %
Verordnung: Betablocker, ACE-Hemmer/AT1-Blocker, Diuretikum	31,9 %	-8,4 %
Verordnung: Betablocker	64,0 %	-5,8 %
Verordnung: ACE-Hemmer/AT1-Blocker	78,4 %	+1,5 %
Verordnung: Nichtsteroidale Antirheumatika	30,4 %	+1,5 %
Verordnung: Glitazone/Thiazolidindione	0,0 %	+0,0 %
Verordnung: Diltiazem/Verapamil	2,5 %	+0,2 %
Verordnung: orale Antikoagulantien bei Vorhofflimmern	82,4 %	+1,4 %

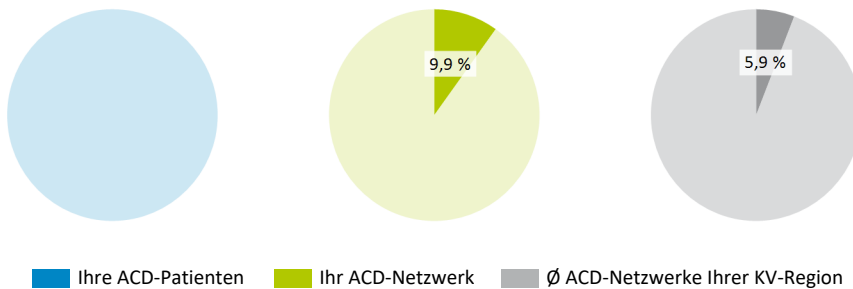
Im Folgenden zeigen wir Ihnen ausgewählte Patientencharakteristika der Patienten mit Herzinsuffizienz in Ihrem ACD-Netzwerk, Ihrer ACD-Patienten sowie die Durchschnittswerte der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region.

#### Übersicht 4: ACD-Patienten mit Herzinsuffizienz

	Ihre ACD-Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
<b>Anzahl Patienten mit Herzinsuffizienz</b>		<b>1.548</b>	<b>525</b>
Multimorbiditätsrate	-	99,9 %	99,4 %
Mortalitätsrate	-	4,6 %	5,9 %
Patienten mit ambulanter Behandlung in der Notaufnahme (KH)	-	21,6 %	22,3 %
Patienten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Herzinsuffizienz*	-	92,8 %	92,0 %
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Herzinsuffizienz*	-	98,5 %	97,9 %
Patienten mit stat. Aufenthalt aufgrund von Herzinsuffizienz, ambulante Weiterbehandlung im gleichen bzw. Folgequartal	-	93,3 %	91,0 %

-: weniger als 5 Patienten; \*: risikoadjustiert (s. Lesehilfe)

Abbildung 3: Anteil der ACD-Patienten mit Herzinsuffizienz



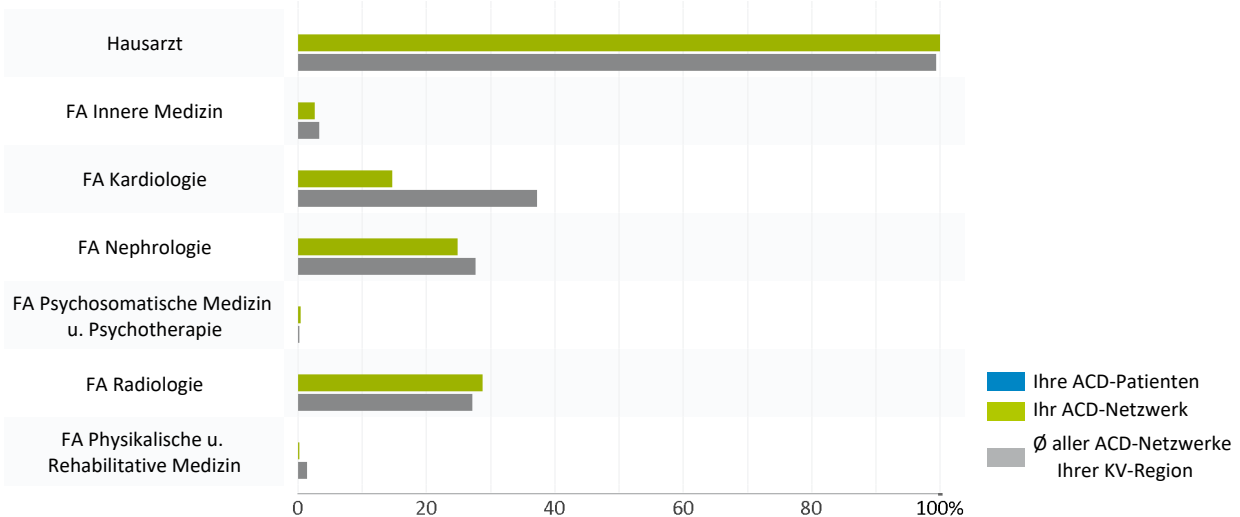
#### Berechnungsgrundlage

**Zähler:** Anzahl ACD-Patienten mit Herzinsuffizienz

**Nenner:** Anzahl aller Patienten mit den ACD-Indikationsgruppen

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über ausgewählte Fachgruppen, die von den ACD-Patienten Ihres ACD-Netzwerks aufgesucht wurden. Neben dem Anteil der ACD-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung wird ausgewiesen, wie häufig ein Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztliche innere Medizin) im Jahr aufgesucht wurde, ob ein Facharztbesuch nach Überweisung erfolgte und ob mehrere unterschiedliche Praxen der jeweiligen Fachrichtung aufgesucht wurden.

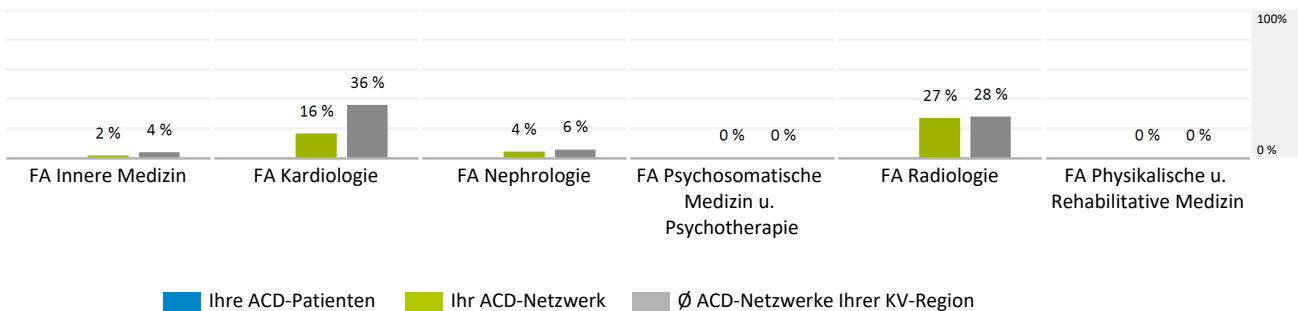
**Abbildung 4: Patienten mit Herzinsuffizienz in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Herzinsuffizienz, für die mindestens eine Leistung von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung erbracht wurde  
**Nenner:** Anzahl Patienten mit Herzinsuffizienz

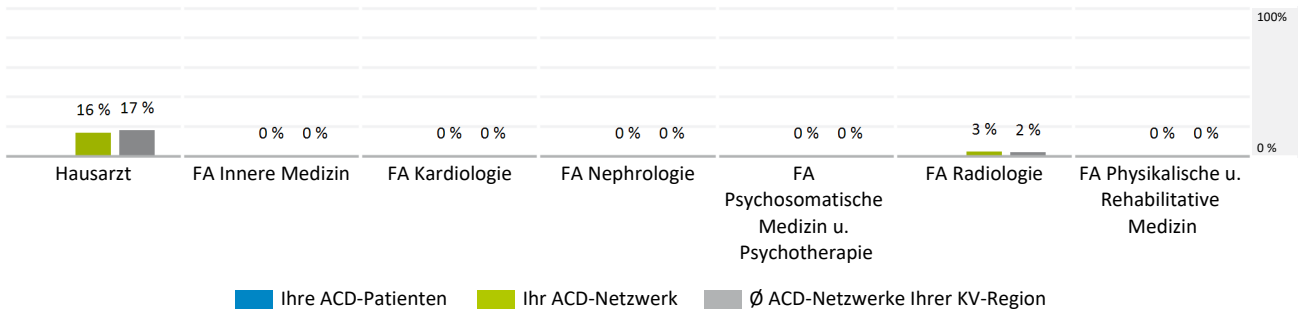
**Abbildung 5: Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz in fachärztlicher Behandlung nach Überweisung**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Herzinsuffizienz, die Fachärzte der jeweiligen Fachrichtung mit Überweisung aufgesucht haben  
**Nenner:** Anzahl Patienten mit Herzinsuffizienz  
**Hinweis:** Da die Auswertung der "Facharztbesuche nach Überweisung" auf einer anderen Datenbasis fußt als die weiteren facharztbezogenen Auswertungen, kann es hier zu abweichenden Ergebnissen kommen.

**Abbildung 6: Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchten**



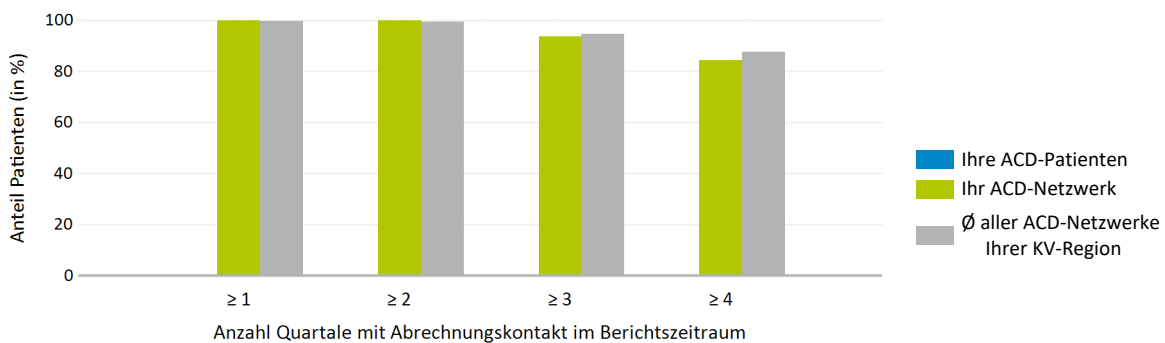
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Herzinsuffizienz, für die Leistungen von Fachärzten der jeweiligen Fachrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsstätten erbracht wurden

**Nenner:** Anzahl Patienten Herzinsuffizienz

In Abbildung 7 zeigen wir Ihnen die relativen Anteile, in wie vielen Quartalen im Berichtszeitraum ACD-Patienten Ärzte und Therapeuten der betrachteten Facharztgruppen aufgesucht haben.

**Abbildung 7: Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt (alle Fachrichtungen)**

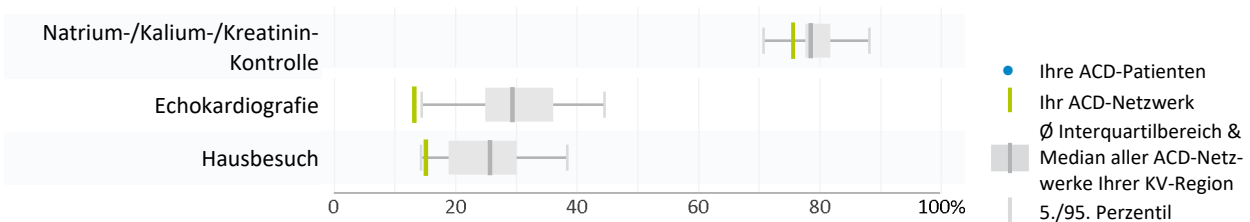


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Herzinsuffizienz, gruppiert nach Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt zu mindestens einem Arzt der oben betrachteten Fachrichtungen

**Nenner:** Anzahl Patienten mit Herzinsuffizienz

**Abbildung 8: Ambulante Prozesse in den ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten mit Herzinsuffizienz, für die mind. eine der angegebenen Ziffern abgerechnet wurde:

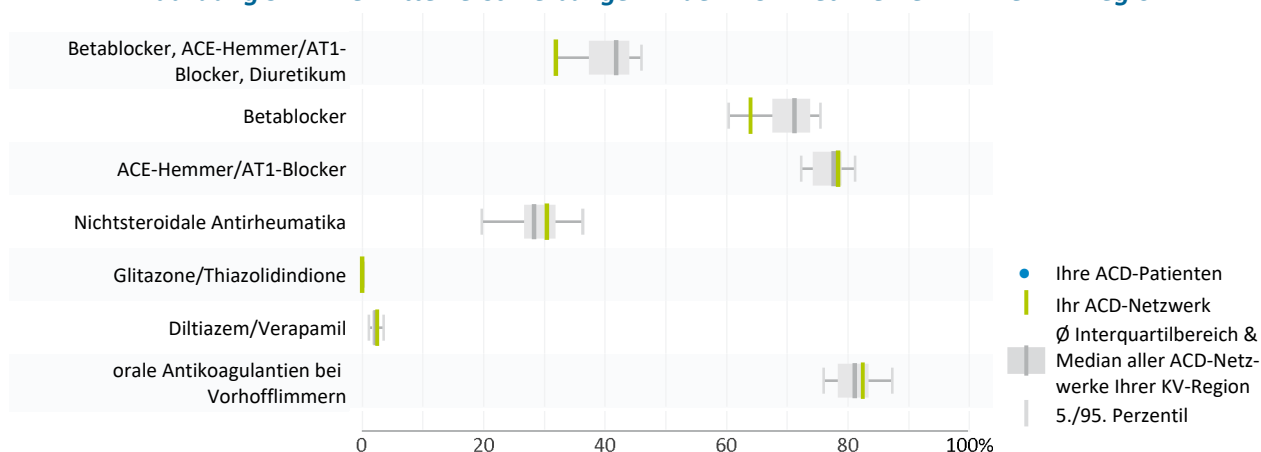
**Laborleistung Natrium, Kalium, Kreatinin:** EBM 32066, 32067, 32081, 32083

**Echokardiografie:** EBM 13545, 13550 (bei einem FA Kardiologie)

**Hausbesuch:** EBM 01410, 01411, 01413, 01415, 01418, 38100, 38105, 03062, 03063

**Nenner:** Patienten mit Herzinsuffizienz

**Abbildung 9: Arzneimittelverschreibungen in den ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten mit Herzinsuffizienz mit mindestens einer Verschreibung:

*Betablocker:* ATC C07

*ACE-Hemmer/AT1 Blocker:* ATC C09A, C09B, C09C, C09D

*Diuretikum, Aldosteronantagonist:* ATC C03

*NSAID:* ATC M01A, M01B

*Glitazone/Thiazolidindione:* ATC A10BG, A10BD03, A10BD04, A10BD05, A10BD06, A10BD09, A10BD12

*Diltiazem/Verapamil:* ATC C08D

*orale Antikoagulantien:* ATC B01AA, B01AF, B01AE

**Nenner:** Patienten mit Herzinsuffizienz

Patienten mit Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern: ICD I48.-

## ■ Indikationsgruppe Grippe und Pneumonie

Im Folgenden werden Ihnen Informationen zu Patientencharakteristika, Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen, verschriebenen Arzneimitteln und sektorübergreifenden Patienteninformationen dargestellt.

### Kurzübersicht der im Folgenden dargestellten Informationen

Alle ambulanten Indikatoren beziehen sich auf die ACD-Patienten der jeweiligen Indikationsgruppe, innerhalb des Berichtszeitraumes.

**Übersicht 5: Ambulante Indikatoren in Ihrem ACD-Netzwerk im Vergleich zum Ø der ACD-Netzwerke Ihrer KV-Region**

Ambulante Indikatoren: Anteil der Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Abweichung zum Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
Besuch: Hausarzt	100,0 %	+1,1 %
Besuch: FA HNO	32,9 %	+4,8 %
Besuch: FA Innere Medizin	1,6 %	-1,2 %
Besuch: FA Pneumologie	16,7 %	+0,9 %
Besuch: FA Radiologie	36,1 %	-2,9 %
Verordnung: Antibiotika bei Pneumonie	74,1 %	-4,5 %
Verordnung: empfohlene Antibiotika bei Pneumonie	66,7 %	-2,6 %

Im Folgenden zeigen wir Ihnen ausgewählte Patientencharakteristika der Patienten mit Grippe bzw. Pneumonie in ihrem ACD-Netzwerk, Ihrer ACD-Patienten sowie die Durchschnittswerte der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region.

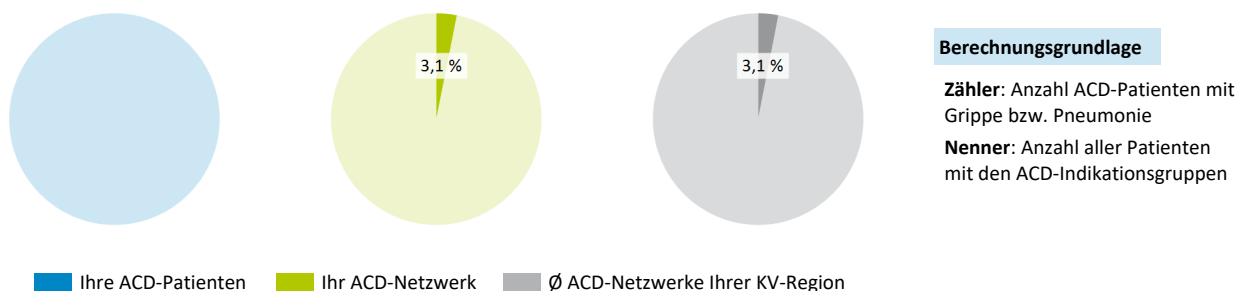
**Übersicht 6: ACD-Patienten mit Grippe bzw. Pneumonie**

	Ihre ACD-Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
<b>Anzahl Patienten mit Grippe bzw. Pneumonie</b>		<b>490</b>	<b>266</b>
Multimorbiditätsrate	-	92,9 %	90,7 %
Mortalitätsrate	-	5,7 %	5,0 %
Patienten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Grippe u. Pneumonie*	-	93,0 %	91,7 %
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Grippe u. Pneumonie*	-	99,5 %	99,3 %
Patienten mit stat. Aufenthalt aufgrund von Grippe bzw. Pneumonie, ambulante Weiterbehandlung im gleichen bzw. Folgequartal	-	100,0 %	100,0 %

-: weniger als 5 Patienten; \*: risikoadjustiert (s. Lesehilfe)

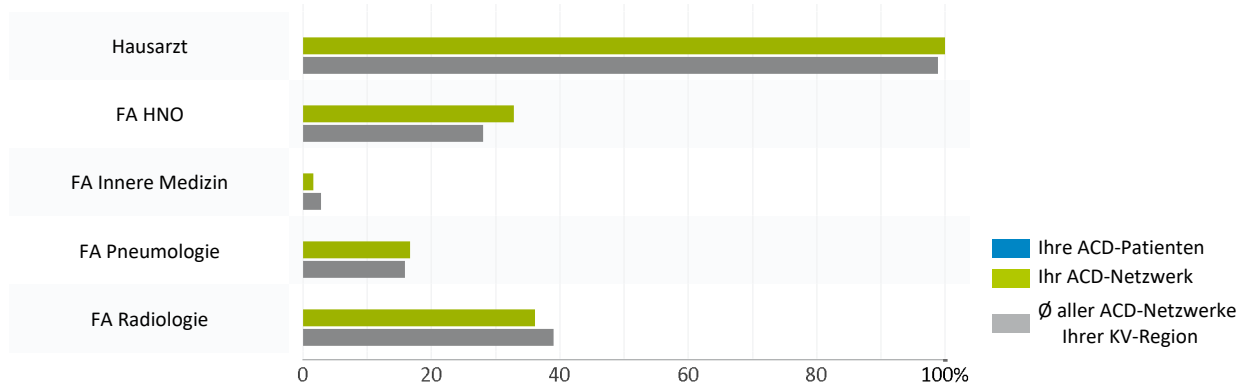


**Abbildung 10: Anteil der ACD-Patienten mit Grippe bzw. Pneumonie**



Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über ausgewählte Fachgruppen, die von den ACD-Patienten Ihres ACD-Netzwerks aufgesucht wurden. Neben dem Anteil der ACD-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung wird ausgewiesen, wie häufig ein Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztliche innere Medizin) im Jahr aufgesucht wurde, ob ein Facharztbesuch nach Überweisung erfolgte und ob mehrere unterschiedliche Praxen der jeweiligen Fachrichtung aufgesucht wurden.

**Abbildung 11: Patienten mit Grippe bzw. Pneumonie in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung**

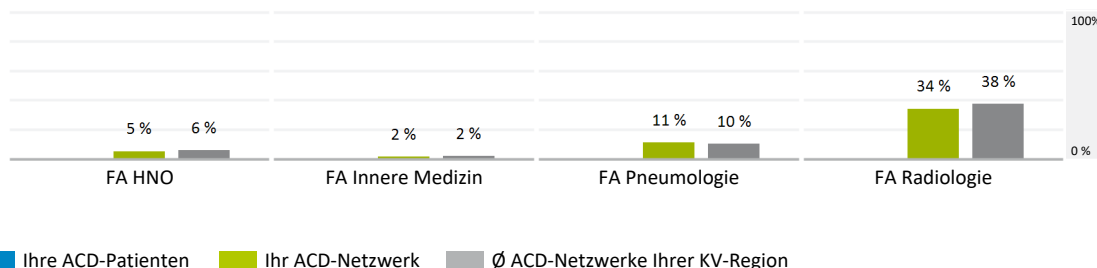


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Grippe bzw. Pneumonie, für die mindestens eine Leistung von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung erbracht wurde

**Nenner:** Anzahl Patienten mit Grippe bzw. Pneumonie

**Abbildung 12: Anteil der Patienten mit Grippe bzw. Pneumonie in fachärztlicher Behandlung nach Überweisung**



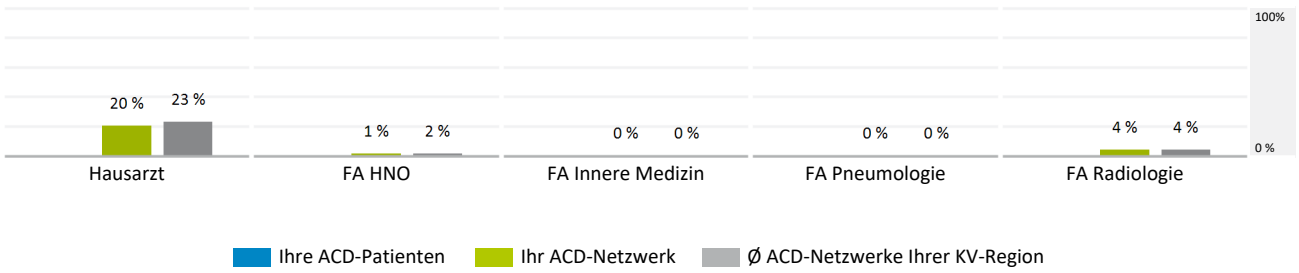
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Grippe bzw. Pneumonie, die Fachärzte der jeweiligen Fachrichtung mit Überweisung aufgesucht haben

**Nenner:** Anzahl Patienten mit Grippe bzw. Pneumonie

**Hinweis:** Da die Auswertung der "Facharztbesuche nach Überweisung" auf einer anderen Datenbasis fußt als die weiteren facharztbezogenen Auswertungen, kann es hier zu abweichenden Ergebnissen kommen.

**Abbildung 13: Anteil der Patienten mit Grippe bzw. Pneumonie in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchten**

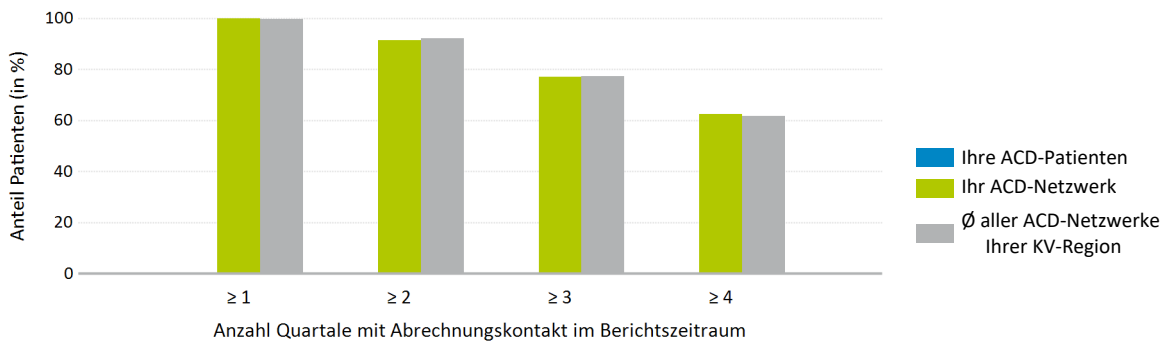


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Grippe bzw. Pneumonie, für die Leistungen von Fachärzten der jeweiligen Fachrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsstätten erbracht wurden  
**Nenner:** Anzahl Patienten Grippe bzw. Pneumonie

In Abbildung 14 zeigen wir Ihnen die relativen Anteile, in wie vielen Quartalen im Berichtszeitraum ACD-Patienten Ärzte und Therapeuten der betrachteten Facharztgruppen aufgesucht haben.

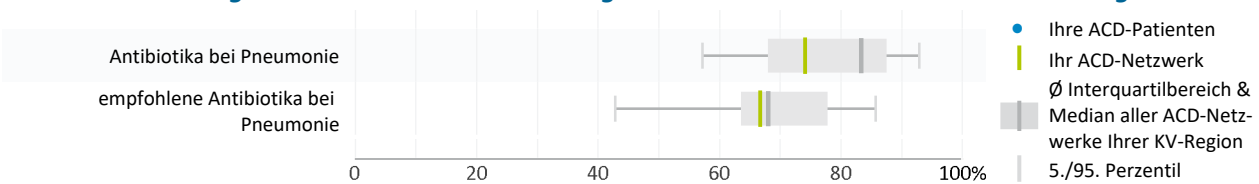
**Abbildung 14: Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt (alle Fachrichtungen)**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Grippe bzw. Pneumonie, gruppiert nach Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt zu mindestens einem Arzt der oben betrachteten Fachrichtungen  
**Nenner:** Anzahl Patienten mit Grippe bzw. Pneumonie

**Abbildung 15: Arzneimittelverschreibungen in den ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten mit Grippe bzw. Pneumonie mit mindestens einer Verschreibung:  
**Antibiotika:** ATC J01  
**empfohlene Antibiotika:** ATC J01CR, J01FA, J01DB, J01DC, J01DD, J01DE, J01DH, J01AA, J01MA, J01G  
**Nenner:** Patienten mit Grippe bzw. Pneumonie und einer der Diagnosen ICD J12.-, J13.-, J14.-, J15.-

## Anhang: Lesehilfe Netzwerkinformation

### ■ Allgemeine Hinweise

#### Erläuterung der Abbildungen

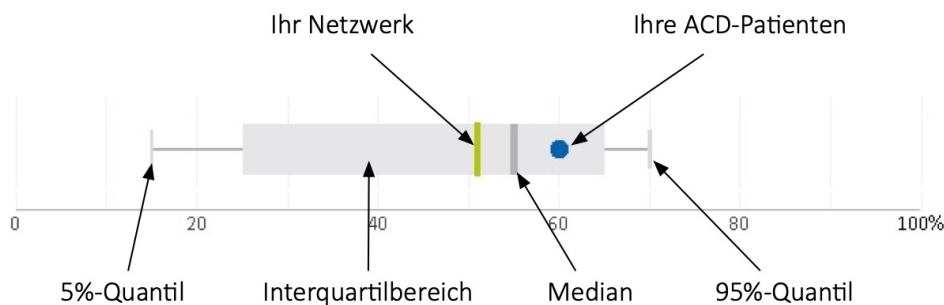
**Mittelwert (Mw):** Der Mittelwert berechnet sich aus der Summe aller Werte geteilt durch die Anzahl der Werte.

**Median:** Der Median beschreibt den Wert, der die Rangfolge der Messwerte in der Mitte teilt.

**Quantil:** Als Quantile bezeichnet man Grenzen einer aufsteigend sortierten Rangfolge von Messwerten, die diese Datenreihe in bestimmte Abschnitte aufteilen. So gilt z.B. für das 20%-Quantil, dass maximal 20% der Messwerte kleiner sind als der an dieser Grenze abgelesene Wert.

**Quartil:** Als Quartile bezeichnet man Messwerte, die die Datenreihe in 25%-Abschnitte aufteilen. Ein Viertel der beobachteten Werte liegen zwischen dem Minimum und dem ersten Quartil (Q1). Ein weiteres Viertel liegt zwischen dem ersten und zweiten Quartil (Q2), was dem Median entspricht. Bis zum dritten Quartil (Q3) folgt nochmals ein Viertel der beobachteten Werte und zwischen Q3 und dem Maximum liegen die letzten 25% (Q4).

**Interquartilbereich (IQR):** Als IQR bezeichnet man die mittleren 50% einer aufsteigend geordneten Rangfolge von Messwerten. Zu seiner Bestimmung werden die beiden Grenzwerte abgelesen, die in der Rangfolge die unteren 25% und die oberen 75% der Messwerte (Q2, Q3) abschneiden. Damit gibt dieses Verteilungsmaß eine Information über die Variabilität der Ausprägungen dieses Merkmals in einer Gruppe, und zwar unabhängig vom eventuellen Auftreten von Extremwerten.



Für ausgesuchte Indikatoren können Sie im Boxplot ablesen, ob Ihr Wert (blauer Punkt) unter- bzw. oberhalb des Mittelwerts in Ihrem ACD-Netzwerk liegt (grüne Markierung), sowie innerhalb- oder außerhalb des Interquartilbereichs (grauer Balken), also dem Bereich, in dem die Hälfte aller Messwerte des ACD-Netzwerks der KV-Region liegen.

#### Anzahl der Patienten in den Diagnosegruppen:

Die dargestellten Patientenzahlen beziehen sich auf die versorgten Patienten innerhalb der Diagnosegruppen, von denen ein Teil arztindividuell und ein weiterer Teil die geteilten Patienten im ACD-Netzwerk darstellt. Ein Teil der Diagnosegruppen (z.B. Herzinsuffizienz) erfordert, dass eine Diagnose mindestens zweimal innerhalb eines Jahres gestellt wurde damit ein Patient dieser Diagnosegruppe zugeordnet wird. Diagnosegruppen wurden anhand folgender ICD Codes und Diagnosesicherheiten berücksichtigt. Als zusätzliche Informationen werden Werte weiterer ACD Interventionsnetzwerke in der KV Region sowie die über die individuelle LANR behandelten Patienten dargestellt.

Indikationsgruppen wurden anhand folgender ICD-Codes und Diagnosesicherheiten berücksichtigt:

Diagnosegruppe	ICD-10	M2Q	M1Q	Diagnosesicherheit
Herzinsuffizienz	I50.-	•		Zustand nach UND /ODER gesichert
Grippe und Pneumonie	J10.- bis J16.-, J18.-		•	Gesichert

**M1Q:** Mindestens eine Diagnose im ambulanten Bereich mit der o.g. Diagnosesicherheit

**M2Q:** Zwei Diagnosen ambulant in 2 verschiedenen Quartalen mit den o.g. Diagnosesicherheiten

Ausschluss von Dialysepatienten (im Berichtszeitraum mindestens eine Diagnose Z49.-, Z99.2, gesichert UND/ODER Zustand nach)

**Datengrundlage:** Die berechneten Indikatoren basieren auf Routinedaten. Datengrundlage und Beobachtungsjahr ist das Jahr 2017 (Berichtszeitraum). Die Informationen basieren auf Routinedaten von volljährigen AOK- und TK-Patienten, die im Berichtszeitraum mindestens 360 Tage versichert waren oder verstorben sind. Die Verwendung von Versichertendaten bildet unter Umständen nicht immer die Versorgungsrealität ab, kann aber Hinweise auf die gemeinsame Versorgung von Patienten liefern. Sofern die Verwendung der Routinedaten bei der Darstellung von Informationen mit besonderen Einschränkungen verbunden ist, wird an der entsprechenden Stelle darauf hingewiesen.

**Patientenbezogene Darstellungen:** Alle Daten werden lediglich in pseudonymisierter und aggregierter Form dargestellt, sodass kein Rückschluss auf individuelle Patienten möglich ist. Aus diesem Grund werden Indikatoren mit weniger als 5 Patienten nicht abgebildet, entsprechende Werte werden mit "< 5", relative Häufigkeiten mit "-" maskiert.

**Unterschiede zwischen wahrgenommenen Netzwerken und den ACD-Netzwerken:** Die auf Basis von Abrechnungsdaten gebildeten informellen Netzwerke können von der wahrgenommenen Versorgungsrealität abweichen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn Sie gemeinsam weniger als 20 Patienten der in das ACD-Projekt eingeschlossenen 14 Indikationsgruppen versorgen. Sollten Patienten mit den relevanten Diagnosen nicht in den Abrechnungsdaten festgehalten worden sein, sind diese in der Netzwerk-Identifikation leider nicht berücksichtigt.

## ■ Hinweise zu den Indikatoren

**Abkürzungen:** FA Facharzt;\* beinhalten auch alle untergeordneten ATC- bzw. OPS-Codes. Mehrstellige ICD-Codes sind, sofern nicht ausgeschrieben, dreistellig abgekürzt.

**Multimorbidität:** In der internationalen Literatur wird bei mindestens zwei bis drei Diagnosen von einem multimorbiden Patienten gesprochen (Barnett et al. 2012). Die in der Netzwerkinformation ermittelte Angabe zur Multimorbidität wurde auf Basis der Indikationsgruppen ermittelt und stellt Patienten mit zwei oder mehr relevanten Diagnosegruppen als multimorbide dar.

**Facharztgruppen:** Die Ermittlung von Arztgruppen ist durch die LANR nicht immer eindeutig möglich. In diesen Fällen wird zusätzlich anhand der abgerechneten Leistungen eine Facharztgruppe ermittelt. Diese lässt sich allerdings nicht immer eindeutig bestimmten Facharztgruppen zuordnen und kann unter Umständen von der Realität abweichen.

**Ambulante Prozesse:** Alle Darstellungen basieren auf den Informationen von Abrechnungsdaten. Wurden Diagnosen oder Leistungen nicht kodiert, so können diese anhand der Darstellungen nicht aufgezeigt werden. Weiterhin werden Diagnosen und Abrechnungskontakte nur quartalsweise erfasst. Eine genaue Angabe in den Daten über Arztkontakte von Patienten ist somit ausgeschlossen. Weiterhin können auch nur Leistungen in die Auswertung mit einbezogen werden, welche durch die AOK und TK abgerechnet wurden. IGeL-Leistungen können nicht abgebildet werden.

**Medikation:** Aufgrund der Limitationen von Abrechnungsdaten lassen sich nur jene Rezepte für die Berechnung nutzen, die ambulant ausgestellt und von Patienten eingelöst wurden. Sollte Medikation im Krankenhaus ausgegeben worden sein, so kann dies nicht abgebildet werden. Weiterhin kann in den Daten nicht abgebildet werden, sofern ein Medikament auch rezeptfrei oder über Privatrezepte erworben wurde. Packungsgrößen werden in den Darstellungen nicht berücksichtigt, können aber in der Realität Verordnungsunterschiede erklären. Es kann auch nicht dargestellt werden, ob Patienten ihre Medikamente wie verordnet einnehmen.

## Spezifische Hinweise zu den Indikatoren

### Anzahl durchschnittlich geteilter Patienten pro Netzwerk

**Limitationen:** Netzwerkzuordnung erfolgt exklusiv, das heißt, dass Patienten nicht mehreren Netzwerken zugeordnet werden, obwohl sie Ärzte mehrerer Netzwerke aufgesucht haben.

**Größe des ACD-Netzwerks:** Anzahl an Ärzten im ACD-Netzwerk.

**Limitationen:** Netzwerkzuordnung erfolgt exklusiv. Das bedeutet, dass Ärzte nicht mehreren ACD-Netzwerken zugeordnet werden, obwohl sie u.U. in mehreren ACD-Netzwerken tätig sind.

### Anzahl der ACD-Patienten mit Krankenhausaufenthalten

Die Darstellung der Krankenhausaufenthalte ist risikoadjustiert nach Alter und Geschlecht.

**Limitationen:** Die Anzahl an Krankenhausaufenthalten kann durch das individuelle Krankheitsrisiko von Patienten bedingt sein, was unter anderem durch demografische Charakteristika, Gesundheitsverhalten von Patienten, Compliance, sozioökonomischen Faktoren, Präferenzen von Patienten und weiteren Faktoren bestimmt ist.

### Mortalitätsrate

**Zähler:** ACD-Patienten der jeweils betrachteten Indikationsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben.

**Nenner:** ACD-Patienten der Indikationsgruppe.

**Limitationen:** Es werden in den Daten keine Todesursachen geführt. Somit ist eine Schlussfolgerung über die Todesursache nicht möglich.

### Informationen zu Haus- und Facharztbesuchen

**Limitationen:** Es werden lediglich Abrechnungskontakte abgebildet.

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046



## Anlage 3.4.1. Anschreiben und Netzwerkinformationen

### *4. Netzwerkinformation*

*Beispielhafte 4. Netzwerkinformation eines Netzwerks in Nordrhein inklusive Einladung zur Feedbackbefragung*

Gefördert durch:



Frau  
Erika Mustermann  
Praxis Dr. Erika Mustermann  
Neue Straße 123  
40123 Düsseldorf

## Innovationsfonds-Projekt „Accountable Care in Deutschland“

Kontakt	Barbara Gentges ACD Projektkoordinatorin
Telefon	0211/5970-8380
Telefax	0211/5970-9380
Email	Barbara.Gentges@kvno.de
Datum	23.09.2019

### Informationen zu Patientengruppen in Ihrem ACD-Netzwerk

Sehr geehrte Frau Mustermann

Mit diesem Schreiben erhalten Sie den vierten von insgesamt sechs Quartalsberichten im Rahmen des Innovationsfonds-Projektes „Accountable Care in Deutschland“ (kurz ACD).

Enthalten sind pseudonymisierte Informationen zu Patientencharakteristika, Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen sowie verschriebenen Arzneimitteln aller im Forschungsprojekt eingeschlossenen AOK- und TK-Patienten mit den Diagnosen *Bronchitis & COPD* sowie *Infektiöse Darmkrankheiten*. Weitere Diagnosegruppen werden in den Folgeberichten thematisiert.

Das ACD-Studienteam möchte die Quartalsberichte gerne derart gestalten, dass diese für Sie eine wirkliche Unterstützung im Praxisalltag darstellen und hat hierzu bereits zahlreiche Rückmeldungen durch unsere Online-Befragung erhalten. Falls Sie Ihr Votum noch nicht abgegeben haben, möchten wir Sie bitten, sich 2-3 Minuten Zeit zu nehmen und an unserer Online-Befragung teilzunehmen. Sie finden diese unter <https://acd-projekt.de/umfrage/> (Passwort: #ACD2019). Für Ihre Teilnahme möchten wir uns im Voraus ganz herzlich bei Ihnen bedanken.

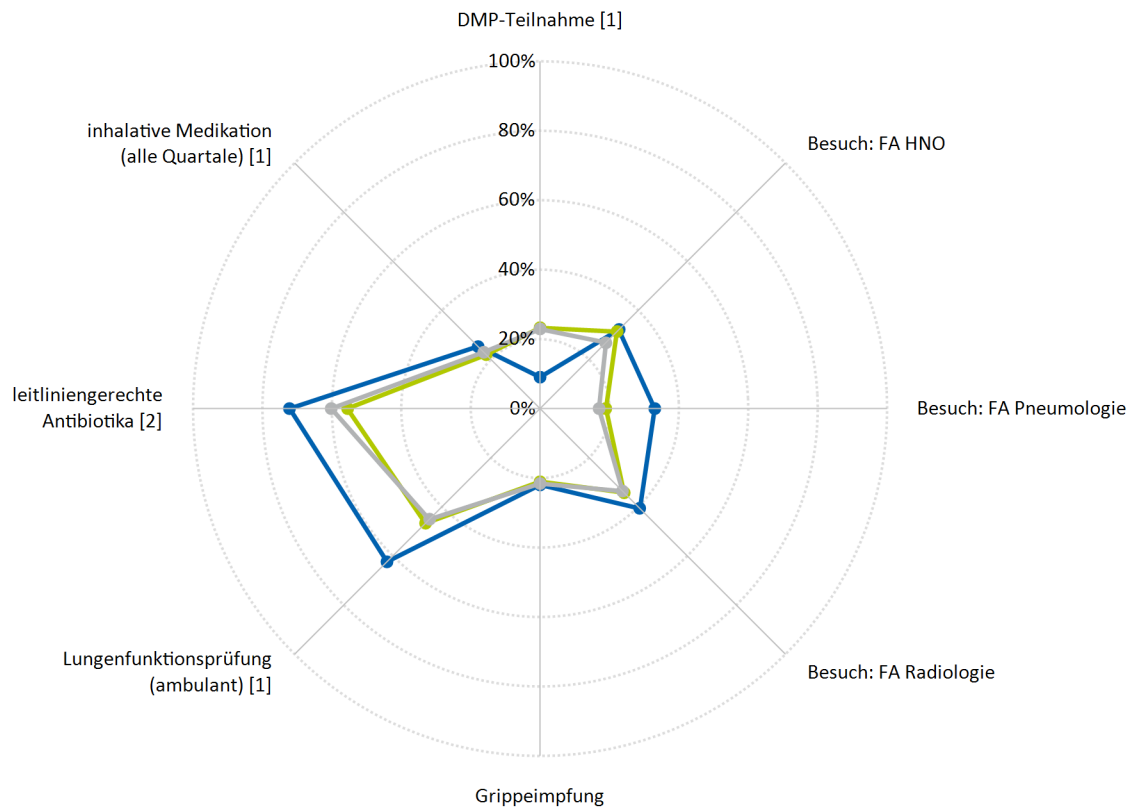
Zusätzliche Erläuterungen sowie eine Lesehilfe finden Sie am Ende dieses Berichts und auf unserer Website unter [www.acd-projekt.de](http://www.acd-projekt.de). Für Rückfragen zum beigefügten Bericht steht Ihnen das ACD-Projekt-Team, geleitet von Prof. Leonie Sundmacher von der Ludwig-Maximilians-Universität München, unter der Rufnummer 089 - 2180 1660 gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,  
Ihr ACD-Projektteam

Das ACD-Studententeam möchte die Quartalsberichte gerne derart gestalten, dass diese für Sie eine wirkliche Unterstützung im Praxisalltag darstellen und hat hierzu bereits zahlreiche Rückmeldungen durch unsere Online-Befragung erhalten. Falls Sie Ihr Votum noch nicht abgegeben haben, möchten wir Sie bitten, sich 2-3 Minuten Zeit zu nehmen und an unserer Online-Befragung teilzunehmen. Sie finden diese unter <https://acd-projekt.de/umfrage/> (Passwort: #ACD2019). Für Ihre Teilnahme möchten wir uns im Voraus ganz herzlich bei Ihnen bedanken.



## Ausgewählte Indikatoren der Patienten mit Bronchitis & COPD



[1] Patientengruppe mit COPD  
 [2] Patientengruppe mit Bronchitis

■ Ihre ACD-Patienten   ■ Ihr ACD-Netzwerk   ■ Ø ACD-Netzwerke Ihrer KV-Region

Dieser Bericht enthält Auswertungen zu den Indikationsgruppen  
 - Bronchitis & COPD  
 - Infektiöse Darmkrankheiten

## ■ Arztgruppen in Ihrem ACD-Netzwerk

Ihr ACD-Netzwerk ist aus insgesamt 92 Ärzten der folgenden Fachgebiete zusammengesetzt:

*Übersicht 1: Ärzte in ihrem ACD-Netzwerk nach Fachgebieten*

Fachgebiet	Anzahl der Ärzte im ACD-Netzwerk
Urologie	4
Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie	2
Neurochirurgie	3
Haut- und Geschlechtskrankheiten	5
Nephrologie	1
Pneumologie	1
fachärztliche Innere Medizin	1
Frauenheilkunde	9
Augenheilkunde	3
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	6
Chirurgie	4
Orthopädie (und Unfallchirurgie)	4
Allgemeinmedizin	44
Anästhesiologie	3

Es können noch Ärzte weiterer Fachgebietsgruppen mit Ihrem ACD-Netzwerk zusammenarbeiten und an der Behandlung gemeinsamer Patienten beteiligt sein, welche aber mit einem anderen ACD-Netzwerk stärker verbunden sind. Diese Ärzte oder Psychotherapeuten wurden in einem solchen Fall dem anderen Netzwerk zugeordnet.

## Kurzübersicht der im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelten Patienten

Die Netzwerkinformation umfasst allgemeine Informationen zu Ihrem ACD-Netzwerk sowie indikationsspezifische Informationen zur Patientenversorgung (Betrachtung von zwei Indikationsgruppen). Im ACD-Netzwerk werden insgesamt 15.610 Patienten der folgenden Indikationsgruppen gemeinsam behandelt (davon 54 % weiblich und 46 % männlich).

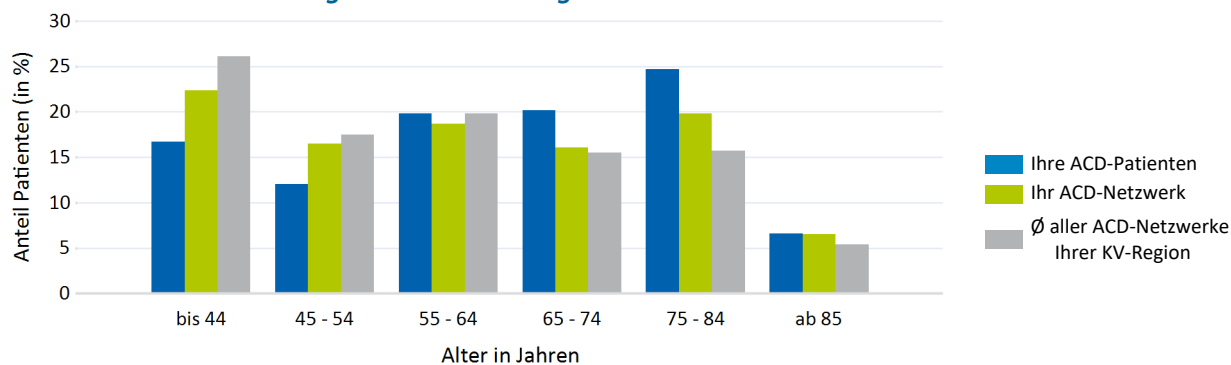
*Übersicht 2: Verteilung der ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk auf ausgewählte Indikationsgruppen sowie Anteil multimorbider Patienten*

Indikationsgruppe	ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk	Anteil der multimorbiden ACD-Patienten davon
Ischämische Herzkrankheiten	2.228	99%
<b>Herzinsuffizienz</b>	<b>1.548</b>	<b>100%</b>
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	5.017	96%
Bronchitis & COPD	3.952	92%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opiode	420	93%
Rückenbeschwerden	5.647	94%
Hypertonie	8.723	90%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	2.960	91%
<b>Infektiöse Darmkrankheiten</b>	<b>1.243</b>	<b>81%</b>
Grippe und Pneumonie	490	93%
HNO-Infektionen	5.364	75%
Depressive Störungen	2.854	94%
Diabetes mellitus Typ 1	358	94%
Diabetes mellitus Typ 2	3.148	97%
Gonarthrose	1.376	98%

Im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelte Patienten werden sowohl von Ärzten und Therapeuten im ACD-Netzwerk als auch von Ärzten und Therapeuten außerhalb des ACD-Netzwerks behandelt. Die ACD-Patienten waren durchschnittlich zu 76 % bei ACD-Netzwerkärzten in Behandlung.

Im Folgenden sehen Sie die Altersverteilung der von Ihnen betreuten ACD-Patienten, Ihres ACD-Netzwerkes sowie den Durchschnittswert der ACD-Netzwerke innerhalb Ihrer KV-Region.

**Abbildung 1: Altersverteilung der ACD-Patienten im ACD-Netzwerk**



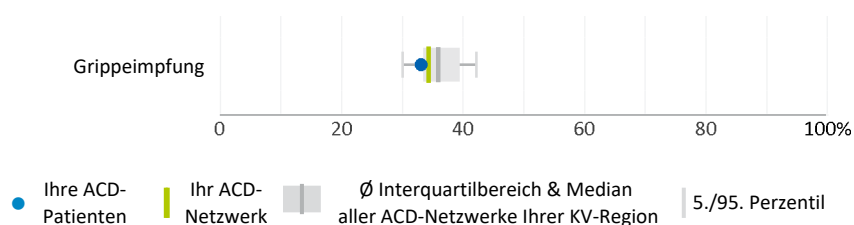
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl ACD-Patienten, gruppiert nach Alter

**Nenner:** Anzahl aller ACD-Patienten

Bei Personen älter als 65 Jahre und chronisch Kranken führt die Grippe häufig zu Komplikationen. Im Folgenden sehen Sie den Anteil der Grippeimpfungen Ihrer ACD-Patienten über 65 Jahre, im Vergleich zum Anteil in Ihrem ACD-Netzwerk sowie zu anderen ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region.

**Abbildung 2: Grippeimpfungen bei über 65-jährigen Patienten in ACD-Netzwerken**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten > 65 Jahre, die mind. eine Grippeimpfung erhielten (EBM 89111 / 89112 oder ATC J07BB)

**Nenner:** Patienten > 65 Jahre alt

## ■ Indikationsgruppe Bronchitis & COPD

Im Folgenden werden Ihnen Informationen zu Patientencharakteristika, Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen, verschriebenen Arzneimitteln und sektorübergreifenden Patienteninformationen dargestellt.

### Kurzübersicht der im Folgenden dargestellten Informationen

Alle ambulanten Indikatoren beziehen sich auf die ACD-Patienten der jeweiligen Indikationsgruppe, innerhalb des Berichtszeitraumes.

**Übersicht 3: Ambulante Indikatoren in Ihrem ACD-Netzwerk im Vergleich zum Ø der ACD-Netzwerke Ihrer KV-Region**

Ambulante Indikatoren: Anteil der Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Abweichung zum Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
Besuch: Hausarzt	99,8 %	+1,1 %
Besuch: FA HNO	31,4 %	+4,6 %
Besuch: FA Innere Medizin	1,9 %	-0,9 %
Besuch: FA Kardiologie	8,2 %	-6,4 %
Besuch: FA Pneumologie	18,9 %	+1,9 %
Besuch: FA Pneumologie [1]	35,0 %	+4,7 %
Besuch: FA Radiologie	34,3 %	+0,7 %
Besuch: FA Physikalische u. Rehabilitative Medizin	0,2 %	-1,0 %
DMP-Teilnahme [1]	23,3 %	+0,4 %
DMP-Schulung [1]	14,7 %	+4,6 %
Grippeimpfung	21,1 %	-0,5 %
Lungenfunktionsprüfung (ambulant) [1]	46,6 %	+1,6 %
Röntgen Thorax (ambulant) [1]	1,8 %	+0,2 %
Hausbesuche [1]	8,8 %	-4,4 %
Verordnung: Antibiotika [2]	57,9 %	-4,2 %
Verordnung: leitliniengerechte Antibiotika [2]	55,4 %	-4,7 %
Verordnung: Beta-2-Mimetika / Anticholinergika [1]	61,7 %	+1,2 %
Verordnung: inhalative Medikation (alle Quartale) [1]	22,0 %	-1,0 %

[1]: Patientengruppe mit COPD  
[2]: Patientengruppe mit Bronchitis

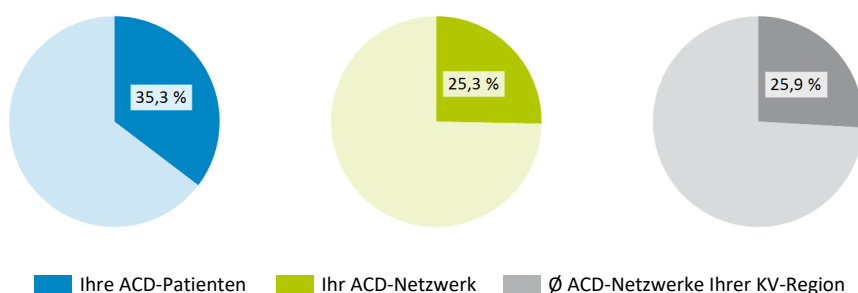
Im Folgenden zeigen wir Ihnen ausgewählte Patientencharakteristika der Patienten mit Bronchitis bzw. COPD in ihrem ACD-Netzwerk, Ihrer ACD-Patienten sowie die Durchschnittswerte der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region.

#### Übersicht 4: ACD-Patienten mit Bronchitis bzw. COPD

	Ihre ACD-Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
<b>Anzahl Patienten mit Bronchitis bzw. COPD</b>	<b>478</b>	<b>3.952</b>	<b>2.231</b>
Multimorbiditätsrate	94,6 %	91,6 %	89,9 %
Mortalitätsrate	1,3 %	2,3 %	2,3 %
Anzahl ambulante Notfälle im Krankenhaus (Exazerbation, ICD J44.-)	-	50	26
Anzahl ambulante Notfälle im Krankenhaus [1]	58	602	337
Patienten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Bronchitis bzw. COPD*	97,7 %	97,1 %	97,5 %
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Bronchitis bzw. COPD*	99,6 %	99,4 %	99,4 %
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von COPD [1]*	99,0 %	98,4 %	98,6 %

[1]: Patientengruppe mit COPD  
\*: risikoadjustiert (s. Lesehilfe)

Abbildung 3: Anteil der ACD-Patienten mit Bronchitis bzw. COPD



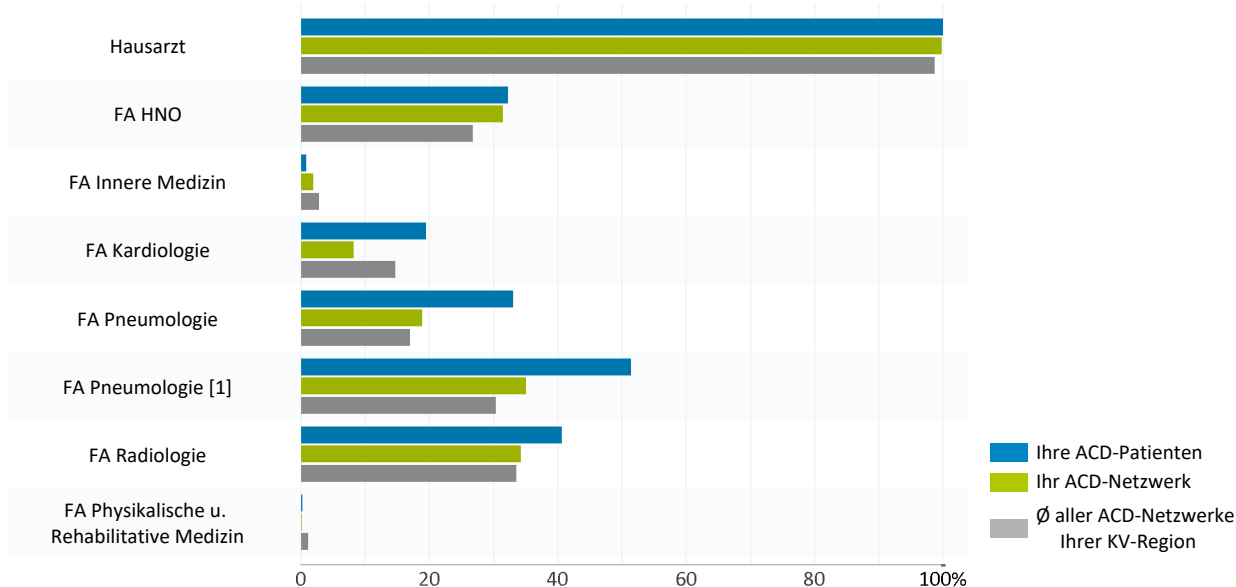
#### Berechnungsgrundlage

**Zähler:** Anzahl ACD-Patienten mit Bronchitis bzw. COPD

**Nenner:** Anzahl aller Patienten mit den ACD-Indikationsgruppen

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über ausgewählte Fachgruppen, die von den ACD-Patienten Ihres ACD-Netzwerks aufgesucht wurden. Neben dem Anteil der ACD-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung wird ausgewiesen, wie häufig ein Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztliche innere Medizin) im Jahr aufgesucht wurde, ob ein Facharztbesuch nach Überweisung erfolgte und ob mehrere unterschiedliche Praxen der jeweiligen Fachrichtung aufgesucht wurden.

**Abbildung 4: Patienten mit Bronchitis bzw. COPD in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung**



**Berechnungsgrundlage**

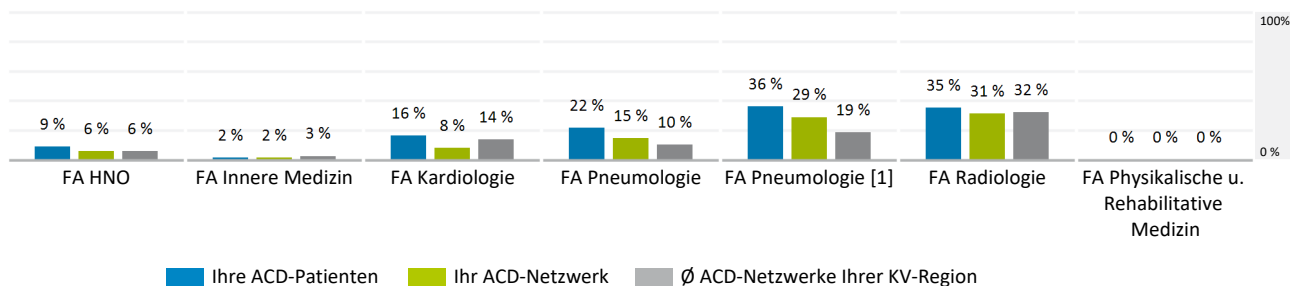
**Zähler:** Anzahl Patienten mit Bronchitis bzw. COPD, für die mindestens eine Leistung von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung erbracht wurde

[1]: Anzahl Patienten mit COPD, für die mindestens eine Leistung von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung erbracht wurde

**Nenner:** Anzahl Patienten mit Bronchitis bzw. COPD

[1]: Anzahl Patienten mit COPD

**Abbildung 5: Anteil der Patienten mit Bronchitis bzw. COPD in fachärztlicher Behandlung nach Überweisung**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Bronchitis bzw. COPD, die Fachärzte der jeweiligen Fachrichtung mit Überweisung aufgesucht haben

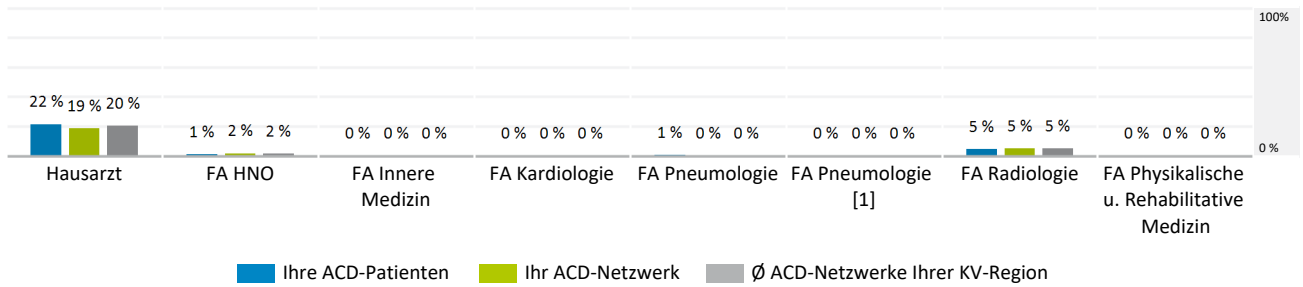
[1]: Anzahl Patienten mit COPD, die Fachärzte der jeweiligen Fachrichtung mit Überweisung aufgesucht haben

**Nenner:** Anzahl Patienten mit Bronchitis bzw. COPD

[1]: Anzahl Patienten mit COPD

**Hinweis:** Da die Auswertung der "Facharztbesuche nach Überweisung" auf einer anderen Datenbasis fußt als die weiteren facharztbezogenen Auswertungen, kann es hier zu abweichenden Ergebnissen kommen.

**Abbildung 6: Anteil der Patienten mit Bronchitis bzw. COPD in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchten**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Bronchitis bzw. COPD, für die Leistungen von Fachärzten der jeweiligen Fachrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsstätten erbracht wurden

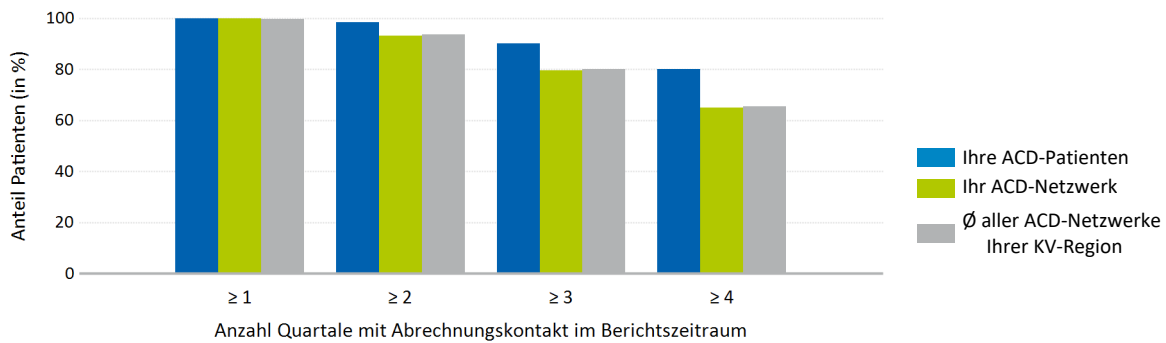
[1]: Anzahl Patienten mit COPD, für die Leistungen von Fachärzten der jeweiligen Fachrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsstätten erbracht wurden

**Nenner:** Anzahl Patienten Bronchitis bzw. COPD

[1]: Anzahl Patienten mit COPD

In Abbildung 7 zeigen wir Ihnen die relativen Anteile, in wie vielen Quartalen im Berichtszeitraum ACD-Patienten Ärzte und Therapeuten der betrachteten Facharztgruppen aufgesucht haben.

**Abbildung 7: Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt (alle Fachrichtungen)**

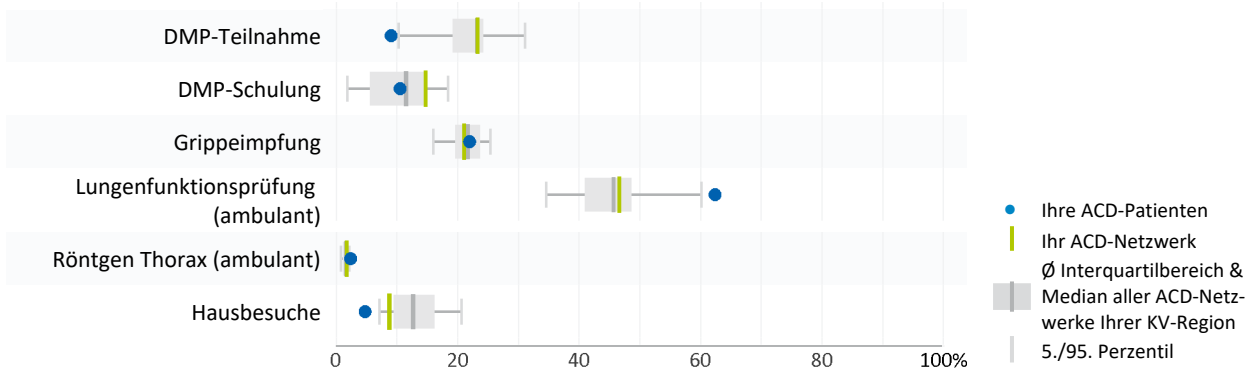


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Bronchitis bzw. COPD, gruppiert nach Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt zu mindestens einem Arzt der oben betrachteten Fachrichtungen

**Nenner:** Anzahl Patienten mit Bronchitis bzw. COPD

**Abbildung 8: Ambulante Prozesse in den ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten mit COPD, für die mind. eine der angegebenen Ziffern abgerechnet wurde:

*DMP-Schulung:* EBM 90240, 90241, 90242

*Grippeimpfung:* EBM 89111, 89112 oder ATC J07BB (auch Patienten mit Bronchitis)

*Lungenfunktionsprüfung:* EBM 13650, 03330

*Röntgen Thorax:* EBM 34220

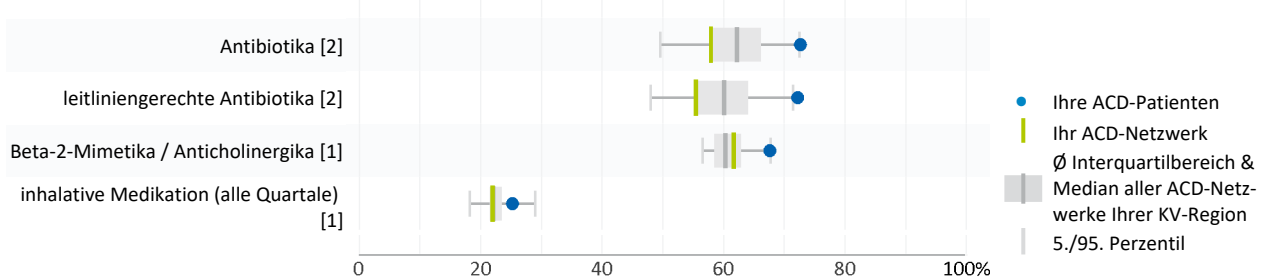
*Hausbesuch:* EBM 01410, 01411, 01413, 01415, 38100, 38105, 03062, 03063

**Nenner:** Patienten mit COPD (ICD J43.-, J44.-, J47)

*DMP-Schulung:* Patienten mit DMP Einschreibung im Beobachtungsjahr

*Grippeimpfung:* auch Patienten mit Bronchitis (ICD J20.- oder J21.-)

**Abbildung 9: Arzneimittelverschreibungen in den ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten mit COPD [1] bzw. Bronchitis [2] mit mindestens einer Verschreibung:

*Antibiotika:* ATC J01

*leitliniengerechte Antibiotika:* ATC J01CA, J01CR, J01FA, J01DB, J01DC, J01DD, J01DE, J01AA, J01MA

*Beta-2-Mimetika/Anticholinergika:* ATC R03A, R03BB

*inhalative Medikation:* Beta-2-Mimetika, Anticholinergika, inhalative Glucocorticoide: ATC R03A, R03B

**Nenner:** [1] Patienten mit COPD: ICD J43.-, J44.-, J47

[2] Patienten mit akuter Bronchitis/Bronchiolitis: ICD J20.- oder J21.-



## ■ Indikationsgruppe Infektiöse Darmkrankheiten

Im Folgenden werden Ihnen Informationen zu Patientencharakteristika, Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen, verschriebenen Arzneimitteln und sektorübergreifenden Patienteninformationen dargestellt.

### Kurzübersicht der im Folgenden dargestellten Informationen

Alle ambulanten Indikatoren beziehen sich auf die ACD-Patienten der jeweiligen Indikationsgruppe, innerhalb des Berichtszeitraumes.

#### Übersicht 5: Ambulante Indikatoren in Ihrem ACD-Netzwerk im Vergleich zum Ø der ACD-Netzwerke Ihrer KV-Region

Ambulante Indikatoren: Anteil der Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Abweichung zum Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
Besuch: Hausarzt	99,4 %	+0,1 %
Besuch: FA Laboratoriumsmedizin	43,0 %	-7,8 %
Besuch: FA Innere Medizin	2,2 %	-0,7 %
Besuch: FA Gastroenterologie	1,8 %	-6,2 %

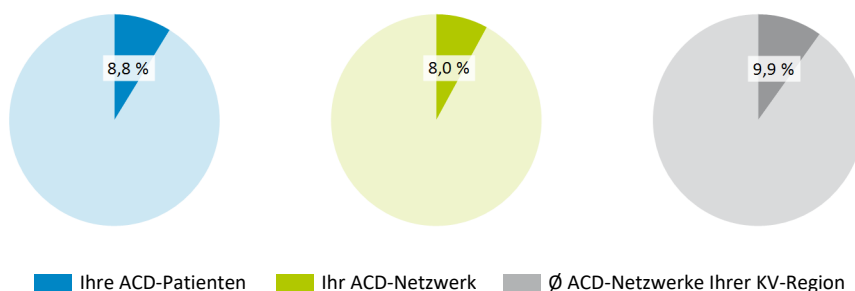
Im Folgenden zeigen wir Ihnen ausgewählte Patientencharakteristika der Patienten mit infektiösen Darmkrankheiten in ihrem ACD-Netzwerk, Ihrer ACD-Patienten sowie die Durchschnittswerte der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region.

#### Übersicht 6: ACD-Patienten mit infektiösen Darmkrankheiten

	Ihre ACD-Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
<b>Anzahl Patienten mit infektiösen Darmkrankheiten</b>	<b>119</b>	<b>1.243</b>	<b>873</b>
Multimorbiditätsrate	80,7 %	81,4 %	83,5 %
Mortalitätsrate	0,0 %	1,8 %	1,1 %
Patienten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Infektiösen Darmkrankheiten*	99,2 %	98,6 %	98,6 %
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Infektiösen Darmkrankheiten*	100,0 %	99,9 %	99,9 %

\*: risikoadjustiert (s. Lesehilfe)

Abbildung 10: Anteil der ACD-Patienten mit infektiösen Darmkrankheiten



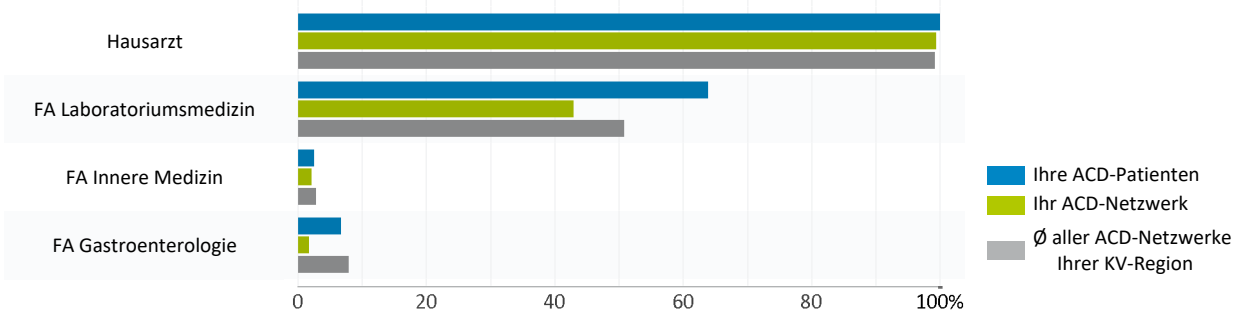
#### Berechnungsgrundlage

**Zähler:** Anzahl ACD-Patienten mit infektiösen Darmkrankheiten

**Nenner:** Anzahl aller Patienten mit den ACD-Indikationsgruppen

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über ausgewählte Fachgruppen, die von den ACD-Patienten Ihres ACD-Netzwerks aufgesucht wurden. Neben dem Anteil der ACD-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung wird ausgewiesen, wie häufig ein Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztliche innere Medizin) im Jahr aufgesucht wurde, ob ein Facharztbesuch nach Überweisung erfolgte und ob mehrere unterschiedliche Praxen der jeweiligen Fachrichtung aufgesucht wurden.

**Abbildung 11: Patienten mit infektiösen Darmkrankheiten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung**

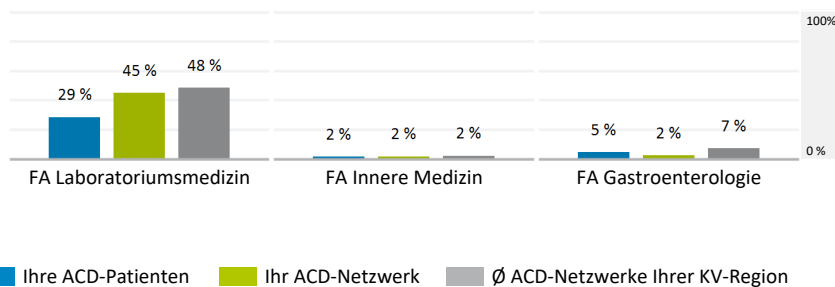


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit infektiösen Darmkrankheiten, für die mindestens eine Leistung von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung erbracht wurde

**Nenner:** Anzahl Patienten mit infektiösen Darmkrankheiten

**Abbildung 12: Anteil der Patienten mit infektiösen Darmkrankheiten in fachärztlicher Behandlung nach Überweisung**



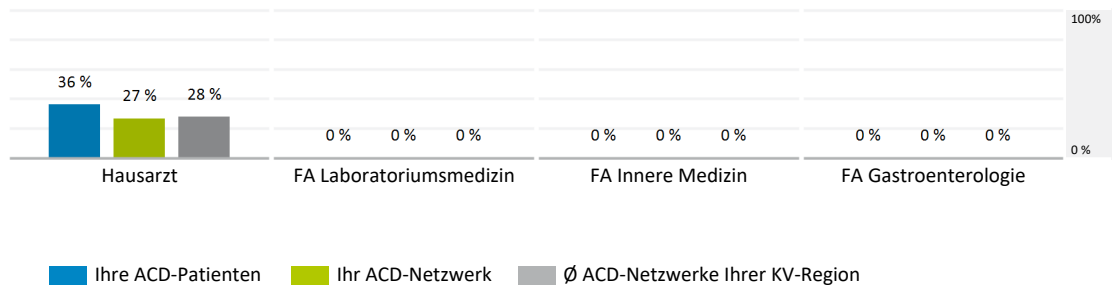
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit infektiösen Darmkrankheiten, die Fachärzte der jeweiligen Fachrichtung mit Überweisung aufgesucht haben

**Nenner:** Anzahl Patienten mit infektiösen Darmkrankheiten

**Hinweis:** Da die Auswertung der "Facharztbesuche nach Überweisung" auf einer anderen Datenbasis fußt als die weiteren facharztbezogenen Auswertungen, kann es hier zu abweichenden Ergebnissen kommen.

**Abbildung 13: Anteil der Patienten mit infektiösen Darmkrankheiten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchten**



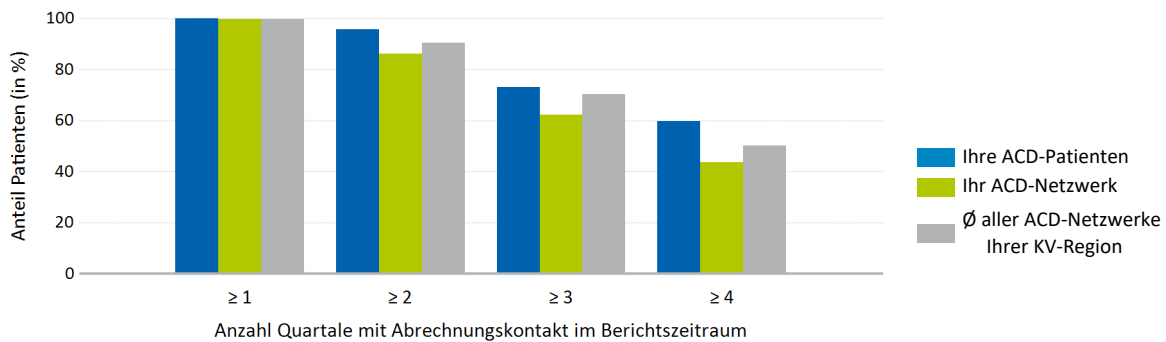
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit infektiösen Darmkrankheiten, für die Leistungen von Fachärzten der jeweiligen Fachrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsstätten erbracht wurden

**Nenner:** Anzahl Patienten infektiösen Darmkrankheiten

In Abbildung 14 zeigen wir Ihnen die relativen Anteile, in wie vielen Quartalen im Berichtszeitraum ACD-Patienten Ärzte und Therapeuten der betrachteten Facharztgruppen aufgesucht haben.

**Abbildung 14: Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt (alle Fachrichtungen)**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit infektiösen Darmkrankheiten, gruppiert nach Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt zu mindestens einem Arzt der oben betrachteten Fachrichtungen

**Nenner:** Anzahl Patienten mit infektiösen Darmkrankheiten

## Anhang: Lesehilfe Netzwerkinformation

### ■ Allgemeine Hinweise

#### Erläuterung der Abbildungen

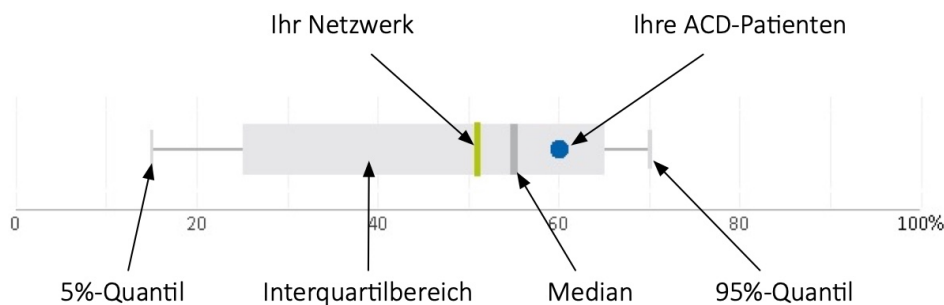
**Mittelwert (Mw):** Der Mittelwert berechnet sich aus der Summe aller Werte geteilt durch die Anzahl der Werte.

**Median:** Der Median beschreibt den Wert, der die Rangfolge der Messwerte in der Mitte teilt.

**Quantil:** Als Quantile bezeichnet man Grenzen einer aufsteigend sortierten Rangfolge von Messwerten, die diese Datenreihe in bestimmte Abschnitte aufteilen. So gilt z.B. für das 20%-Quantil, dass maximal 20% der Messwerte kleiner sind als der an dieser Grenze abgelesene Wert.

**Quartil:** Als Quartile bezeichnet man Messwerte, die die Datenreihe in 25%-Abschnitte aufteilen. Ein Viertel der beobachteten Werte liegen zwischen dem Minimum und dem ersten Quartil (Q1). Ein weiteres Viertel liegt zwischen dem ersten und zweiten Quartil (Q2), was dem Median entspricht. Bis zum dritten Quartil (Q3) folgt nochmals ein Viertel der beobachteten Werte und zwischen Q3 und dem Maximum liegen die letzten 25% (Q4).

**Interquartilbereich (IQR):** Als IQR bezeichnet man die mittleren 50% einer aufsteigend geordneten Rangfolge von Messwerten. Zu seiner Bestimmung werden die beiden Grenzwerte abgelesen, die in der Rangfolge die unteren 25% und die oberen 75% der Messwerte (Q2, Q3) abschneiden. Damit gibt dieses Verteilungsmaß eine Information über die Variabilität der Ausprägungen dieses Merkmals in einer Gruppe, und zwar unabhängig vom eventuellen Auftreten von Extremwerten.



Für ausgesuchte Indikatoren können Sie im Boxplot ablesen, ob Ihr Wert (blauer Punkt) unter- bzw. oberhalb des Mittelwerts in Ihrem ACD-Netzwerk liegt (grüne Markierung), sowie innerhalb- oder außerhalb des Interquartilbereichs (grauer Balken), also dem Bereich, in dem die Hälfte aller Messwerte des ACD-Netzwerks der KV-Region liegen.

#### Anzahl der Patienten in den Diagnosegruppen:

Die dargestellten Patientenzahlen beziehen sich auf die versorgten Patienten innerhalb der Diagnosegruppen, von denen ein Teil arztindividuell und ein weiterer Teil die geteilten Patienten im ACD-Netzwerk darstellt. Ein Teil der Diagnosegruppen (z.B. Herzinsuffizienz) erfordert, dass eine Diagnose mindestens zweimal innerhalb eines Jahres gestellt wurde damit ein Patient dieser Diagnosegruppe zugeordnet wird. Diagnosegruppen wurden anhand folgender ICD Codes und Diagnosesicherheiten berücksichtigt. Als zusätzliche Informationen werden Werte weiterer ACD Interventionsnetzwerke in der KV Region sowie die über die individuelle LANR behandelten Patienten dargestellt.

Indikationsgruppen wurden anhand folgender ICD-Codes und Diagnosesicherheiten berücksichtigt:

Diagnosegruppe	ICD-10	M2Q	M1Q	Diagnosesicherheit
Bronchitis	J20.- bis J22, J40 bis J43.-		•	Gesichert
COPD	J44.-, J47	•		Zustand nach UND /ODER gesichert
Infektiöse Darmkrankheiten	A00.- bis A09.-		•	Gesichert

**M1Q:** Mindestens eine Diagnose im ambulanten Bereich mit der o.g. Diagnosesicherheit

**M2Q:** Zwei Diagnosen ambulant in 2 verschiedenen Quartalen mit den o.g. Diagnosesicherheiten

Ausschluss von Dialysepatienten (im Berichtszeitraum mindestens eine Diagnose Z49.-, Z99.2, gesichert UND/ODER Zustand nach)

**Datengrundlage:** Die berechneten Indikatoren basieren auf Routinedaten. Datengrundlage und Beobachtungsjahr ist das Jahr 2017 (Berichtszeitraum). Die Informationen basieren auf Routinedaten von volljährigen AOK- und TK-Patienten, die im Berichtszeitraum mindestens 360 Tage versichert waren oder verstorben sind. Die Verwendung von Versichertendaten bildet unter Umständen nicht immer die Versorgungsrealität ab, kann aber Hinweise auf die gemeinsame Versorgung von Patienten liefern. Sofern die Verwendung der Routinedaten bei der Darstellung von Informationen mit besonderen Einschränkungen verbunden ist, wird an der entsprechenden Stelle darauf hingewiesen.

**Patientenbezogene Darstellungen:** Alle Daten werden lediglich in pseudonymisierter und aggregierter Form dargestellt, sodass kein Rückschluss auf individuelle Patienten möglich ist. Aus diesem Grund werden Indikatoren mit weniger als 5 Patienten nicht abgebildet, entsprechende Werte werden mit "< 5", relative Häufigkeiten mit "-" maskiert.

**Unterschiede zwischen wahrgenommenen Netzwerken und den ACD-Netzwerken:** Die auf Basis von Abrechnungsdaten gebildeten informellen Netzwerke können von der wahrgenommenen Versorgungsrealität abweichen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn Sie gemeinsam weniger als 20 Patienten der in das ACD-Projekt eingeschlossenen 14 Indikationsgruppen versorgen. Sollten Patienten mit den relevanten Diagnosen nicht in den Abrechnungsdaten festgehalten worden sein, sind diese in der Netzwerk-Identifikation leider nicht berücksichtigt.

## ■ Hinweise zu den Indikatoren

**Abkürzungen:** FA Facharzt;\* beinhalten auch alle untergeordneten ATC- bzw. OPS-Codes. Mehrstellige ICD-Codes sind, sofern nicht ausgeschrieben, dreistellig abgekürzt.

**Multimorbidität:** In der internationalen Literatur wird bei mindestens zwei bis drei Diagnosen von einem multimorbiden Patienten gesprochen (Barnett et al. 2012). Die in der Netzwerkinformation ermittelte Angabe zur Multimorbidität wurde auf Basis der Indikationsgruppen ermittelt und stellt Patienten mit zwei oder mehr relevanten Diagnosegruppen als multimorbide dar.

**Facharztgruppen:** Die Ermittlung von Arztgruppen ist durch die LANR nicht immer eindeutig möglich. In diesen Fällen wird zusätzlich anhand der abgerechneten Leistungen eine Facharztgruppe ermittelt. Diese lässt sich allerdings nicht immer eindeutig bestimmten Facharztgruppen zuordnen und kann unter Umständen von der Realität abweichen.

**Ambulante Prozesse:** Alle Darstellungen basieren auf den Informationen von Abrechnungsdaten. Wurden Diagnosen oder Leistungen nicht kodiert, so können diese anhand der Darstellungen nicht aufgezeigt werden. Weiterhin werden Diagnosen und Abrechnungskontakte nur quartalsweise erfasst. Eine genaue Angabe in den Daten über Arztkontakte von Patienten ist somit ausgeschlossen. Weiterhin können auch nur Leistungen in die Auswertung mit einbezogen werden, welche durch die AOK und TK abgerechnet wurden. IGeL-Leistungen können nicht abgebildet werden.

**Medikation:** Aufgrund der Limitationen von Abrechnungsdaten lassen sich nur jene Rezepte für die Berechnung nutzen, die ambulant ausgestellt und von Patienten eingelöst wurden. Sollte Medikation im Krankenhaus ausgegeben worden sein, so kann dies nicht abgebildet werden. Weiterhin kann in den Daten nicht abgebildet werden, sofern ein Medikament auch rezeptfrei oder über Privatrezepte erworben wurde. Packungsgrößen werden in den Darstellungen nicht berücksichtigt, können aber in der Realität Verordnungsunterschiede erklären. Es kann auch nicht dargestellt werden, ob Patienten ihre Medikamente wie verordnet einnehmen.

## Spezifische Hinweise zu den Indikatoren

### Anzahl durchschnittlich geteilter Patienten pro Netzwerk

**Limitationen:** Netzwerkzuordnung erfolgt exklusiv, das heißt, dass Patienten nicht mehreren Netzwerken zugeordnet werden, obwohl sie Ärzte mehrerer Netzwerke aufgesucht haben.

**Größe des ACD-Netzwerks:** Anzahl an Ärzten im ACD-Netzwerk.

**Limitationen:** Netzwerkzuordnung erfolgt exklusiv. Das bedeutet, dass Ärzte nicht mehreren ACD-Netzwerken zugeordnet werden, obwohl sie u.U. in mehreren ACD-Netzwerken tätig sind.

### Anzahl der ACD-Patienten mit Krankenhausaufenthalten

Die Darstellung der Krankenhausaufenthalte ist risikoadjustiert nach Alter und Geschlecht.

**Limitationen:** Die Anzahl an Krankenhausaufenthalten kann durch das individuelle Krankheitsrisiko von Patienten bedingt sein, was unter anderem durch demografische Charakteristika, Gesundheitsverhalten von Patienten, Compliance, sozioökonomischen Faktoren, Präferenzen von Patienten und weiteren Faktoren bestimmt ist.

### Mortalitätsrate

**Zähler:** ACD-Patienten der jeweils betrachteten Indikationsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben.

**Nenner:** ACD-Patienten der Indikationsgruppe.

**Limitationen:** Es werden in den Daten keine Todesursachen geführt. Somit ist eine Schlussfolgerung über die Todesursache nicht möglich.

### Informationen zu Haus- und Facharztbesuchen

**Limitationen:** Es werden lediglich Abrechnungskontakte abgebildet.

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046



## Anlage 3.4.1. Anschreiben und Netzwerkinformationen

### *5. Netzwerkinformation*

*Beispielhafte 5. Netzwerkinformation eines Netzwerks in Nordrhein inklusive Änderungsdaten für Diabetes mellitus Typ 2*

Gefördert durch:



# Netzwerkinformation: Accountable Care in Deutschland (ACD)

Frau  
Erika Mustermann  
Praxis Dr. Erika Mustermann  
Neue Straße 123  
40123 Düsseldorf

## Innovationsfonds-Projekt „Accountable Care in Deutschland“

Kontakt	Dr. Johannes Pollmanns Projektleiter Versorgungsprojekte
Telefon	0211/5970-8793
Telefax	0211/5970-9380
Email	Johannes.Pollmanns@kvno.de
Datum	30.01.2020

## Informationen zu Patientengruppen in Ihrem ACD-Netzwerk

Sehr geehrte Frau Mustermann

Mit diesem Schreiben erhalten Sie den vierten von insgesamt sechs Quartalsberichten im Rahmen des Innovationsfonds-Projektes „Accountable Care in Deutschland“ (kurz ACD).

Enthalten sind pseudonymisierte Informationen zu Patientencharakteristika, Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen sowie verschriebenen Arzneimitteln aller im Forschungsprojekt eingeschlossenen AOK- und TK-Patienten mit den Diagnosen *Rückenbeschwerden* sowie *HNO-Infektionen*. Weitere Diagnosegruppen werden in den Folgeberichten thematisiert.

Die Quartalsberichte des ACD Patientennetzwerkes sollen eine Bereicherung Ihrer klinischen Erfahrung und eine Unterstützung für Sie im Praxisalltag darstellen.

Zusätzliche Erläuterungen sowie eine Lesehilfe finden Sie am Ende dieses Berichts und auf unserer Website unter [www.acd-projekt.de](http://www.acd-projekt.de).

Für Rückfragen zum beigefügten Bericht steht Ihnen das ACD-Projekt-Team, geleitet von Prof. Leonie Sundmacher von der Ludwig-Maximilians-Universität München, unter der Rufnummer 089 - 2180 1660 gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,  
Ihr ACD-Projektteam

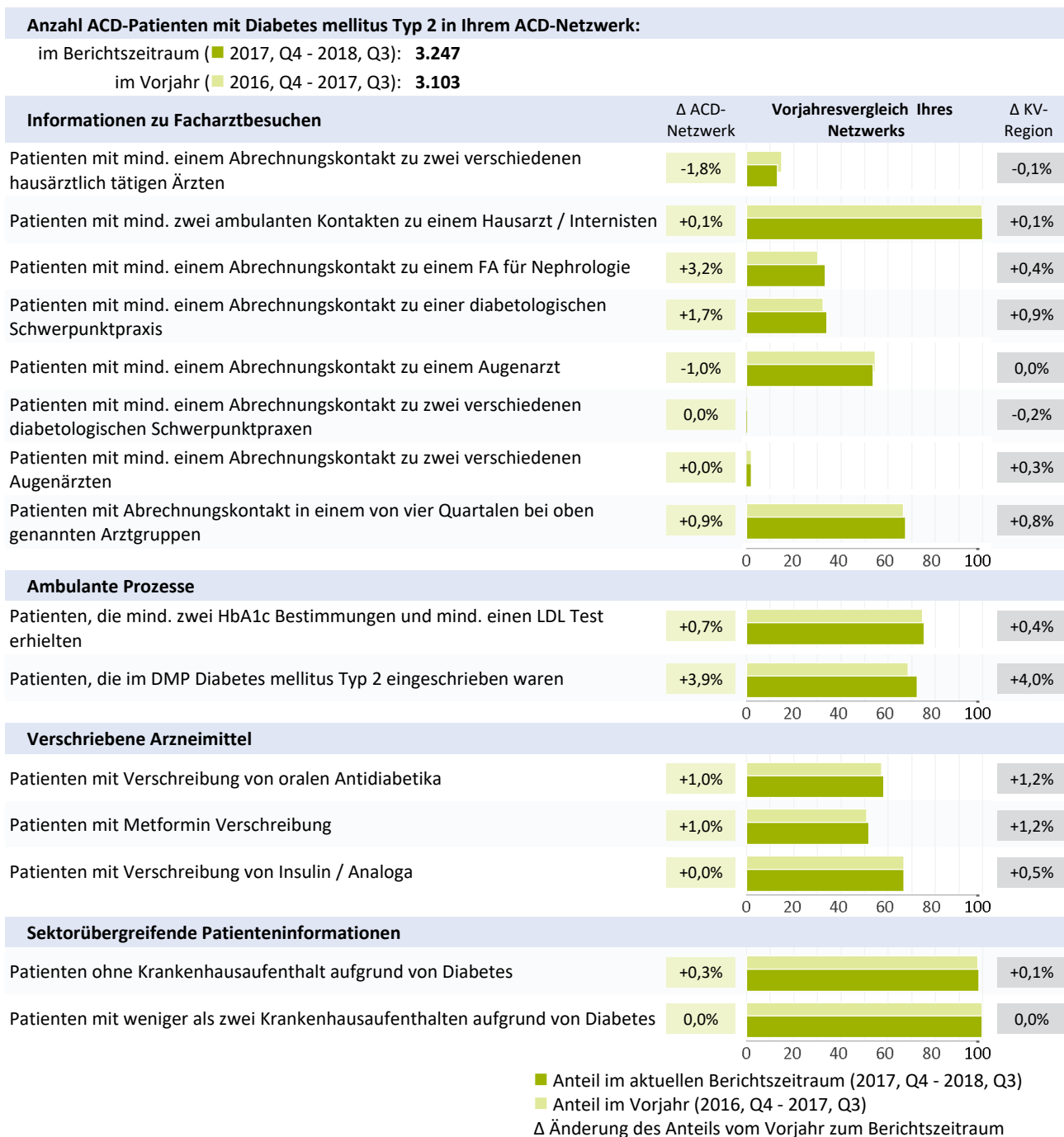




## ■ Änderungsraten Diabetes mellitus Typ 2

Im Folgenden sind Änderungsraten ausgewählter Indikatoren des Krankheitsbildes Diabetes mellitus Typ 2 Ihres ACD-Netzwerkes im Vergleich zweier Beobachtungsjahre und im Verhältnis zu Ihrer KV Region dargestellt. Die dargestellten Änderungsraten beziehen sich auf die im ACD-Projekt untersuchten Patienten der AOK und TK. Die Ergebnisse können als Grundlage für weiterführende, kollegiale Gespräche in den ACD-Netzwerktreffen genutzt werden. Sie sind als deskriptive Analyse zu verstehen und bilden keine Signifikanzlevel der Änderungsraten ab. Eine mögliche Ableitung zur Alltagsrelevanz haben wir Ihnen im Anhang beigefügt.

### Übersicht 1: Ausgewählte Indikatoren des Krankheitsbildes Diabetes mellitus Typ 2 im Zeitverlauf



## ■ Arztgruppen in Ihrem ACD-Netzwerk

Ihr ACD-Netzwerk ist aus insgesamt 92 Ärzten der folgenden Fachgebiete zusammengesetzt:

**Übersicht 2: Ärzte in ihrem ACD-Netzwerk nach Fachgebieten**

Fachgebiet	Anzahl der Ärzte im ACD-Netzwerk
Allgemeinmedizin	44
Anästhesiologie	3
Augenheilkunde	3
Chirurgie	4
fachärztliche Innere Medizin	1
Frauenheilkunde	9
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	6
Haut- und Geschlechtskrankheiten	5
Nephrologie	1
Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie	2
Neurochirurgie	3
Orthopädie (und Unfallchirurgie)	4
Pneumologie	1
Urologie	4

Es können noch Ärzte weiterer Fachgebietsgruppen mit Ihrem ACD-Netzwerk zusammenarbeiten und an der Behandlung gemeinsamer Patienten beteiligt sein, welche aber mit einem anderen ACD-Netzwerk stärker verbunden sind. Diese Ärzte oder Psychotherapeuten wurden in einem solchen Fall dem anderen Netzwerk zugeordnet.

## Kurzübersicht der im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelten Patienten

Die Netzwerkinformation umfasst allgemeine Informationen zu Ihrem ACD-Netzwerk sowie indikationsspezifische Informationen zur Patientenversorgung (Betrachtung von zwei Indikationsgruppen). Im ACD-Netzwerk werden insgesamt 16.898 Patienten der folgenden Indikationsgruppen gemeinsam behandelt (davon 54 % weiblich und 46 % männlich).

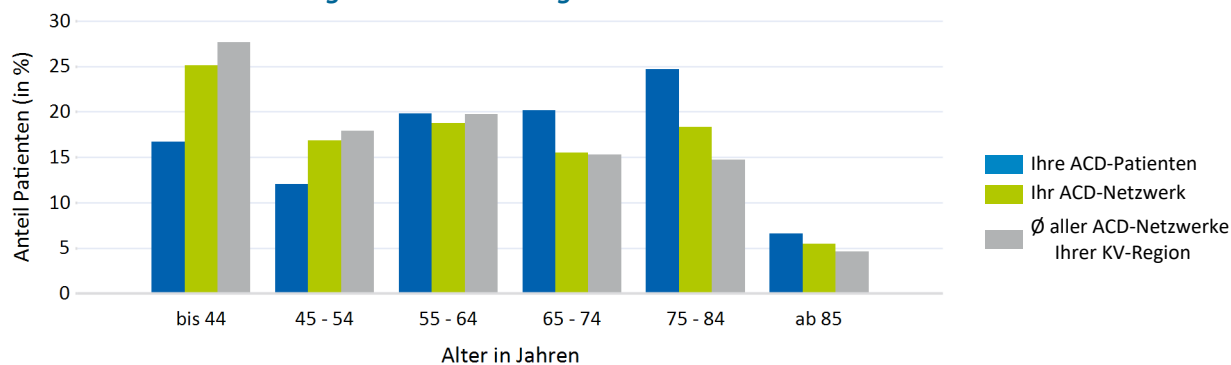
**Übersicht 3: Verteilung der ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk auf ausgewählte Indikationsgruppen sowie Anteil multimorbider Patienten**

Indikationsgruppe	ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk	Anteil der multimorbiden ACD-Patienten davon
Ischämische Herzkrankheiten	2.308	99%
Herzinsuffizienz	1.586	100%
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	5.382	96%
Bronchitis & COPD	4.389	92%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opiode	443	92%
<b>Rückenbeschwerden</b>	<b>6.111</b>	<b>93%</b>
Hypertonie	9.158	91%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	3.288	91%
Infektiöse Darmkrankheiten	1.463	82%
Grippe und Pneumonie	614	91%
<b>HNO-Infektionen</b>	<b>6.067</b>	<b>75%</b>
Depressive Störungen	3.074	95%
Diabetes mellitus Typ 1	336	93%
Diabetes mellitus Typ 2	3.247	97%
Gonarthrose	1.463	98%

Im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelte Patienten werden sowohl von Ärzten und Therapeuten im ACD-Netzwerk als auch von Ärzten und Therapeuten außerhalb des ACD-Netzwerks behandelt. Die ACD-Patienten waren durchschnittlich zu 74 % bei ACD-Netzwerkärzten in Behandlung.

Im Folgenden sehen Sie die Altersverteilung der von Ihnen betreuten ACD-Patienten, Ihres ACD-Netzwerkes sowie den Durchschnittswert der ACD-Netzwerke innerhalb Ihrer KV-Region.

**Abbildung 1: Altersverteilung der ACD-Patienten im ACD-Netzwerk**



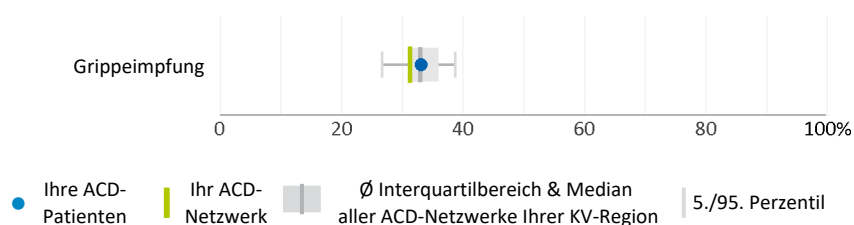
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl ACD-Patienten, gruppiert nach Alter

**Nenner:** Anzahl aller ACD-Patienten

Bei Personen älter als 65 Jahre und chronisch Kranken führt die Grippe häufig zu Komplikationen. Im Folgenden sehen Sie den Anteil der Grippeimpfungen Ihrer ACD-Patienten über 65 Jahre, im Vergleich zum Anteil in Ihrem ACD-Netzwerk sowie zu anderen ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region.

**Abbildung 2: Grippeimpfungen bei über 65-jährigen Patienten in ACD-Netzwerken**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten > 65 Jahre, die mind. eine Grippeimpfung erhielten (EBM 89111 / 89112 oder ATC J07BB)

**Nenner:** Patienten > 65 Jahre alt

## ■ Indikationsgruppe Rückenbeschwerden

**i** Rückenschmerzen stellen ein häufiges und komplexes Anliegen von Patient\_innen dar, dem nahezu alle Facharztgruppen im Rahmen ihrer Sprechstunden begegnen. Idealerweise arbeiten hier viele Disziplinen zusammen, indem sie jeweilige Stärken einbringen. Rückenbeschwerden sind eines von vielen Symptomen vieler kardiologischer und angiologischer Beratungsanlässe. Häufig sind kardiologische Erkrankungen Differenzialdiagnosen bei Rückenbeschwerden als Beratungsanlass.

Im Folgenden werden Ihnen Informationen zu Patientencharakteristika, Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen, verschriebenen Arzneimitteln und sektorübergreifenden Patienteninformationen dargestellt.

### Kurzübersicht der im Folgenden dargestellten Informationen

Alle ambulanten Indikatoren beziehen sich auf die ACD-Patienten der jeweiligen Indikationsgruppe, innerhalb des Berichtszeitraumes.

Die orange markierten Indikatoren stellen beispielhaft ausgewählte Indikatoren über die Versorgung von Patienten mit Rückbeschwerden dar.

#### Übersicht 4: Ambulante Indikatoren in Ihrem ACD-Netzwerk im Vergleich zum Ø der ACD-Netzwerke Ihrer KV-Region

Ambulante Indikatoren: Anteil der Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Abweichung zum Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
<b>Besuch: Hausarzt</b>	<b>99,1 %</b>	<b>+0,4 %</b>
Besuch: FA Anästhesiologie	8,9 %	+2,4 %
Besuch: FA Chirurgie	27,3 %	+5,8 %
Besuch: FA Rheumatologie	2,4 %	-0,5 %
Besuch: FA Neurologie / Neurochirurgie	22,2 %	+9,7 %
<b>Besuch: FA Orthopädie / Unfallchirurgie</b>	<b>49,2 %</b>	<b>+3,0 %</b>
<b>Besuch: FA Orthopädie / Unfallchirurgie (mehrere Praxen)</b>	<b>5,1 %</b>	<b>+0,0 %</b>
Besuch: FA Psychiatrie u. Psychotherapie	5,2 %	+0,3 %
Besuch: FA Neurologie u. Psychiatrie	10,5 %	+0,6 %
Besuch: FA Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	0,1 %	-0,1 %
Besuch: Psychotherapeut	2,1 %	-0,7 %
Besuch: FA Radiologie	39,5 %	-1,6 %
Besuch: FA Physikalische u. Rehabilitative Medizin	0,3 %	-1,9 %
<b>Röntgen der Wirbelsäule (ambulant)</b>	<b>12,0 %</b>	<b>-1,8 %</b>
<b>MRT der Wirbelsäule (ambulant)</b>	<b>9,1 %</b>	<b>-0,9 %</b>
<b>Verordnung: keine Opiode</b>	<b>82,6 %</b>	<b>-1,8 %</b>

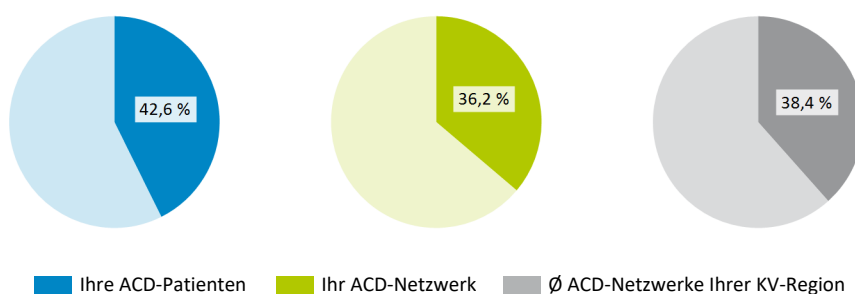
Im Folgenden zeigen wir Ihnen ausgewählte Patientencharakteristika der Patienten mit Rückenbeschwerden in ihrem ACD-Netzwerk, Ihrer ACD-Patienten sowie die Durchschnittswerte der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region.

### Übersicht 5: ACD-Patienten mit Rückenbeschwerden

	Ihre ACD-Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
<b>Anzahl Patienten mit Rückenbeschwerden</b>	<b>577</b>	<b>6.111</b>	<b>3.451</b>
Multimorbiditätsrate	93,6 %	93,0 %	91,5 %
Mortalitätsrate	1,7 %	1,4 %	1,4 %
Patienten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Rückenbeschwerden*	97,9 %	97,4 %	97,9 %
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Rückenbeschwerden*	99,8 %	99,6 %	99,7 %

\*: risikoadjustiert (s. Lesehilfe)

Abbildung 3: Anteil der ACD-Patienten mit Rückenbeschwerden



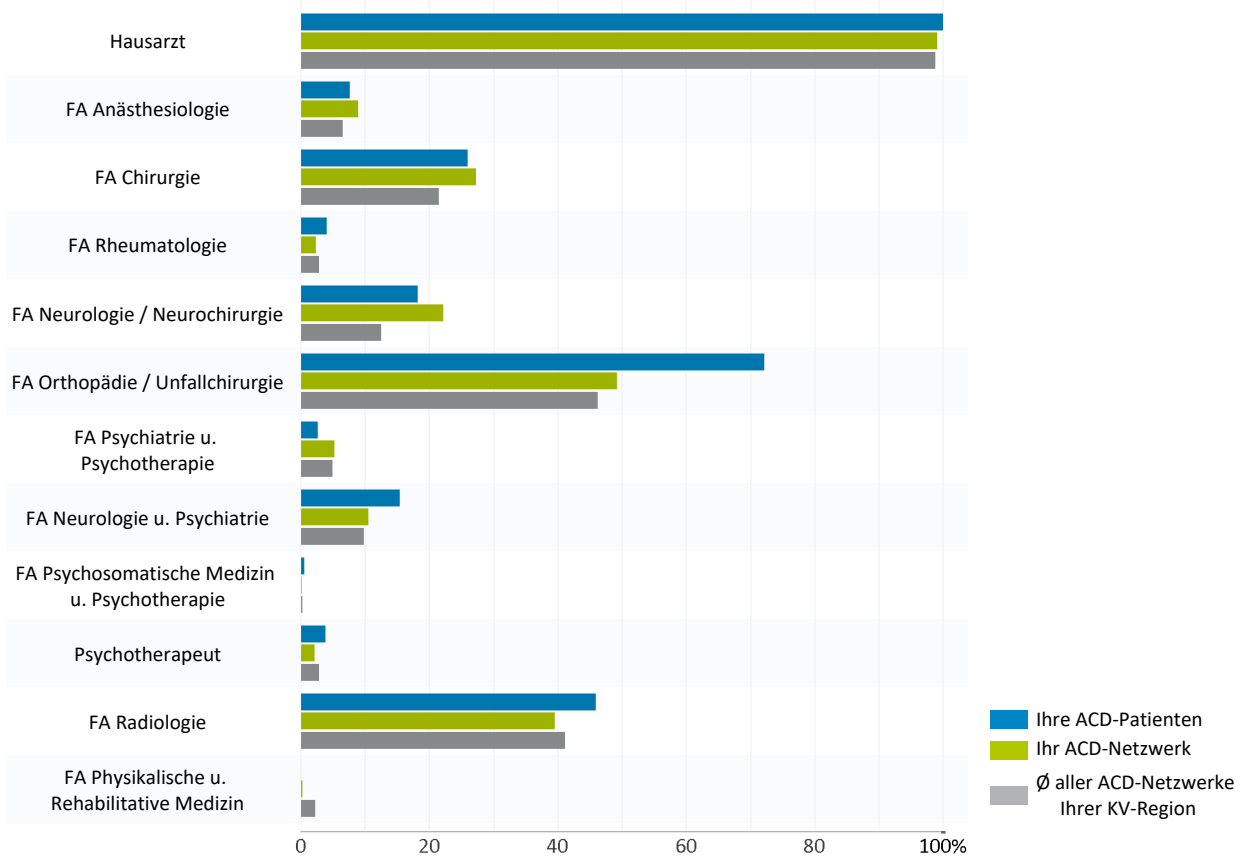
#### Berechnungsgrundlage

**Zähler:** Anzahl ACD-Patienten mit Rückenbeschwerden

**Nenner:** Anzahl aller Patienten mit den ACD-Indikationsgruppen

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über ausgewählte Fachgruppen, die von den ACD-Patienten Ihres ACD-Netzwerks aufgesucht wurden. Neben dem Anteil der ACD-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung wird ausgewiesen, wie häufig ein Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztliche innere Medizin) im Jahr aufgesucht wurde, ob ein Facharztbesuch nach Überweisung erfolgte und ob mehrere unterschiedliche Praxen der jeweiligen Fachrichtung aufgesucht wurden.

**Abbildung 4: Patienten mit Rückenbeschwerden in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung**

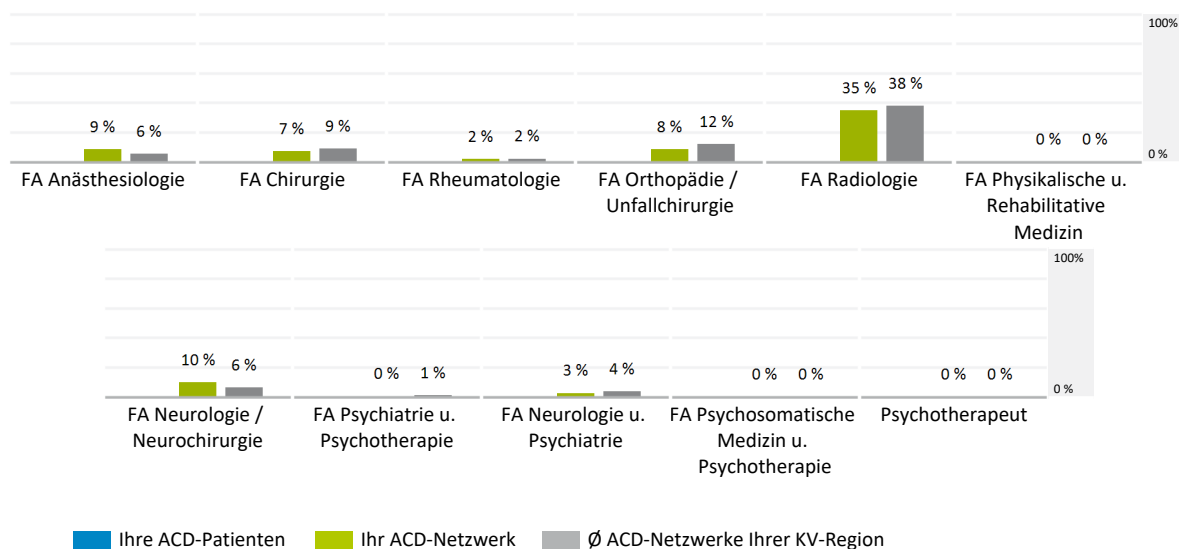


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Rückenbeschwerden, für die mindestens eine Leistung von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung erbracht wurde

**Nenner:** Anzahl Patienten mit Rückenbeschwerden

**Abbildung 5: Anteil der Patienten mit Rückenbeschwerden in fachärztlicher Behandlung nach Überweisung**



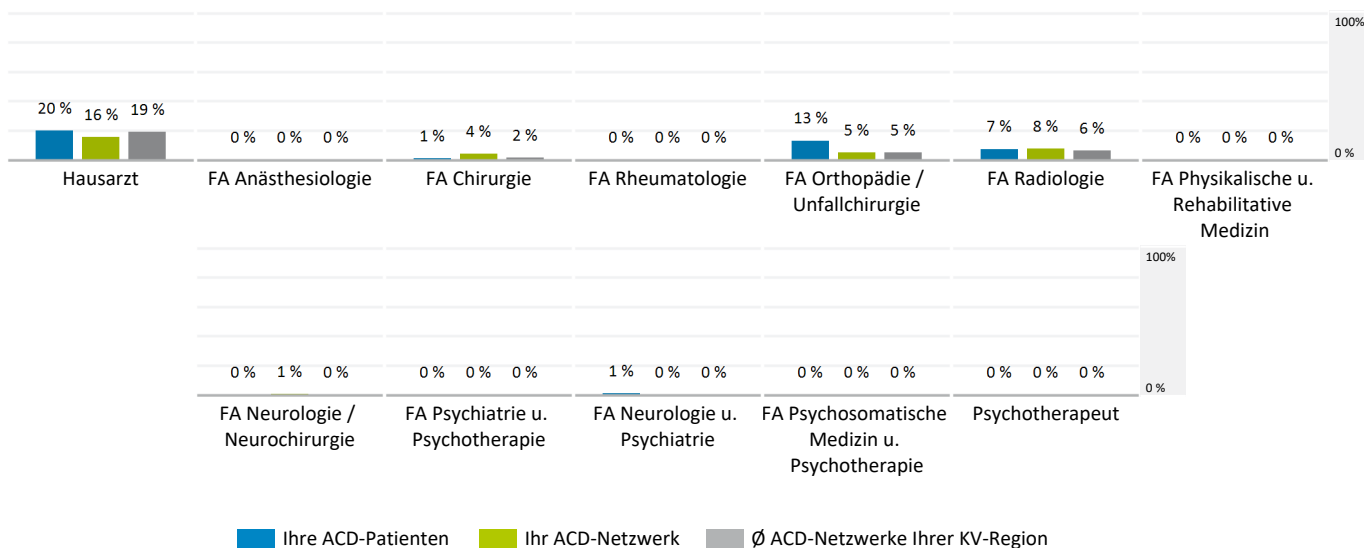
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Rückenbeschwerden, die Fachärzte der jeweiligen Fachrichtung mit Überweisung aufgesucht haben

**Nenner:** Anzahl Patienten mit Rückenbeschwerden

**Hinweis:** Da die Auswertung der "Facharztbesuche nach Überweisung" auf einer anderen Datenbasis fußt als die weiteren facharztbezogenen Auswertungen, kann es hier zu abweichenden Ergebnissen kommen.

**Abbildung 6: Anteil der Patienten mit Rückenbeschwerden in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchten**



**Berechnungsgrundlage**

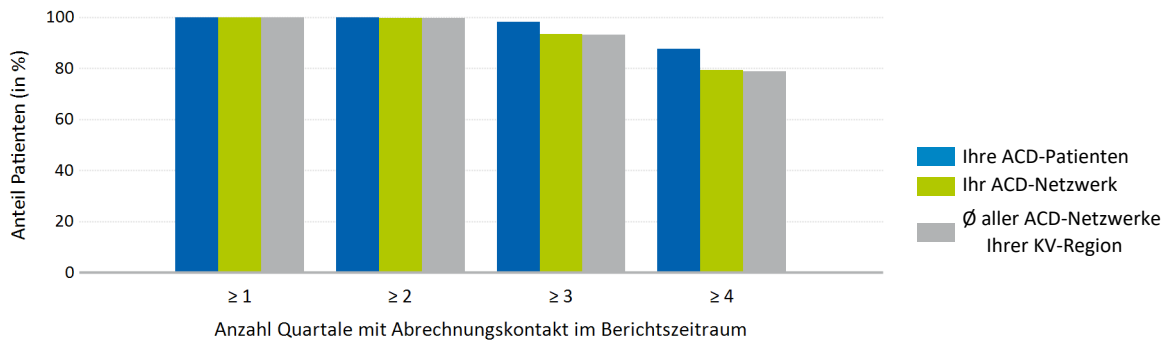
**Zähler:** Anzahl Patienten mit Rückenbeschwerden, für die Leistungen von Fachärzten der jeweiligen Fachrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsstätten erbracht wurden

**Nenner:** Anzahl Patienten Rückenbeschwerden



In Abbildung 7 zeigen wir Ihnen die relativen Anteile, in wie vielen Quartalen im Berichtszeitraum ACD-Patienten Ärzte und Therapeuten der betrachteten Facharztgruppen aufgesucht haben.

**Abbildung 7: Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt (alle Fachrichtungen)**

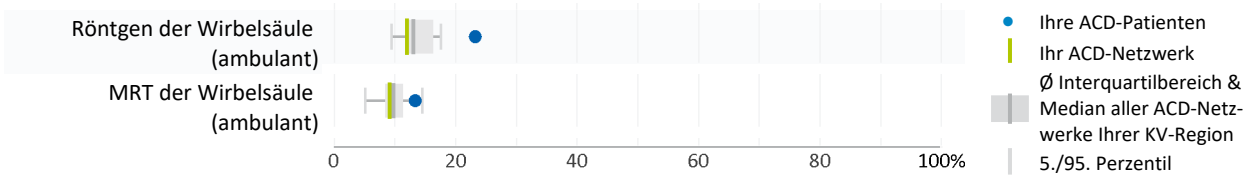


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Rückenbeschwerden, gruppiert nach Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt zu mindestens einem Arzt der oben betrachteten Fachrichtungen

**Nenner:** Anzahl Patienten mit Rückenbeschwerden

**Abbildung 8: Ambulante Prozesse in den ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region**



**Berechnungsgrundlage**

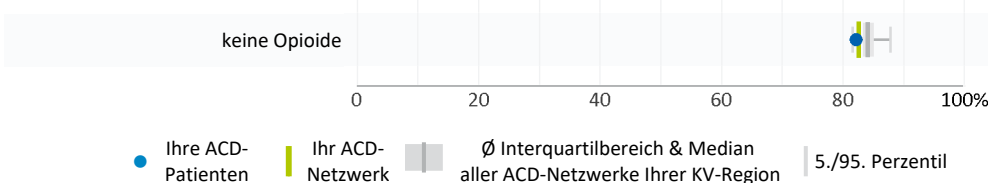
**Zähler:** Patienten mit Rückenbeschwerden, für die mind. eine der angegebenen Ziffern abgerechnet wurde:

*Röntgen der Wirbelsäule:* EBM 34221, 34222

*MRT der Wirbelsäule:* EBM 34411

**Nenner:** Patienten mit Rückenbeschwerden

**Abbildung 9: Arzneimittelverschreibungen in den ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten mit Rückenbeschwerden ohne mindestens einer Opiod-Verschreibung (ATC N02A)

**Nenner:** Patienten mit Rückenbeschwerden

## ■ Indikationsgruppe HNO-Infektionen

Im Folgenden werden Ihnen Informationen zu Patientencharakteristika, Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen, verschriebenen Arzneimitteln und sektorübergreifenden Patienteninformationen dargestellt.

### Kurzübersicht der im Folgenden dargestellten Informationen

Alle ambulanten Indikatoren beziehen sich auf die ACD-Patienten der jeweiligen Indikationsgruppe, innerhalb des Berichtszeitraumes.

**Übersicht 6: Ambulante Indikatoren in Ihrem ACD-Netzwerk im Vergleich zum Ø der ACD-Netzwerke Ihrer KV-Region**

Ambulante Indikatoren: Anteil der Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Abweichung zum Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
Besuch: Hausarzt	98,1 %	-0,1 %
Besuch: FA HNO	44,9 %	+8,0 %
Besuch: FA Pneumologie	8,0 %	+0,4 %
Besuch: FA Radiologie	28,3 %	-0,8 %
Verordnung: Antibiotika bei Sinusitis	69,8 %	+1,1 %
Verordnung: Antibiotika bei Otitis media/ Myringitis	64,0 %	+1,1 %
Verordnung: empfohlene Antibiotika bei Otitis media/ Myringitis	34,9 %	+5,2 %
Verordnung: empfohlene Antibiotika bei Pharyngitis	10,5 %	-0,9 %
Verordnung: andere Antibiotika als empfohlene bei Pharyngitis	46,2 %	-1,3 %

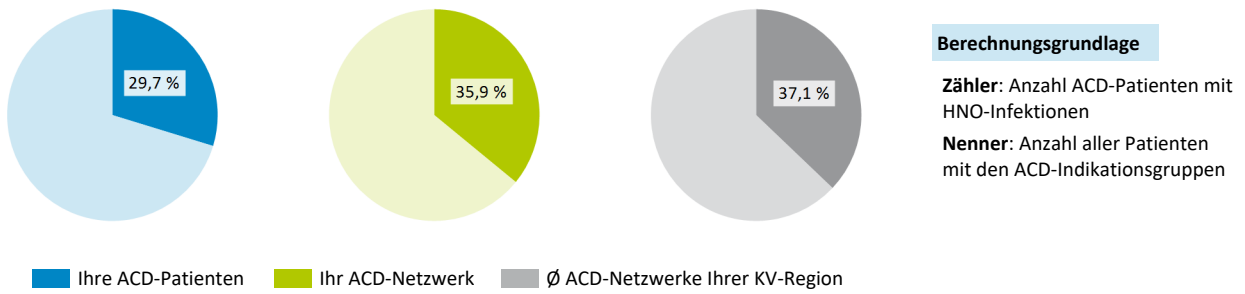
Im Folgenden zeigen wir Ihnen ausgewählte Patientencharakteristika der Patienten mit HNO-Infektionen in ihrem ACD-Netzwerk, Ihrer ACD-Patienten sowie die Durchschnittswerte der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region.

**Übersicht 7: ACD-Patienten mit HNO-Infektionen**

	Ihre ACD-Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
<b>Anzahl Patienten mit HNO-Infektionen</b>	<b>402</b>	<b>6.067</b>	<b>3.276</b>
Multimorbiditätsrate	87,1 %	74,7 %	75,0 %
Mortalitätsrate	0,2 %	0,5 %	0,5 %
Patienten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von HNO Infektionen*	98,8 %	99,5 %	99,4 %
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von HNO Infektionen*	99,8 %	100,0 %	100,0 %

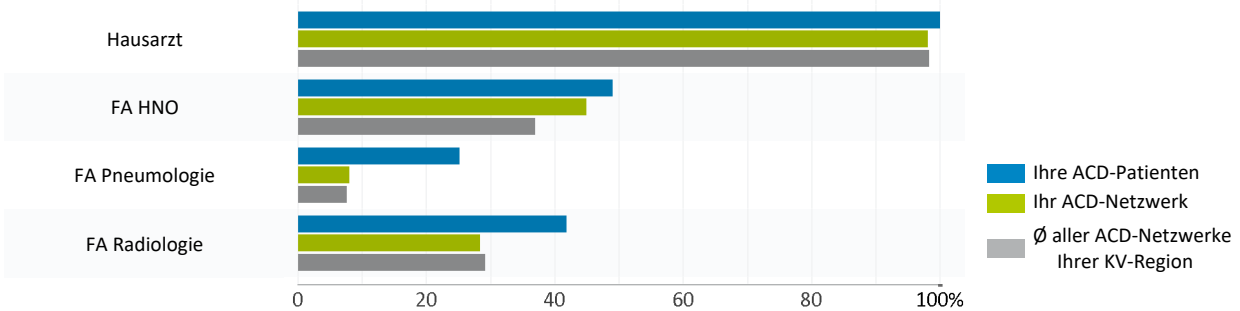
\*: risikoadjustiert (s. Lesehilfe)

**Abbildung 10: Anteil der ACD-Patienten mit HNO-Infektionen**



Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über ausgewählte Fachgruppen, die von den ACD-Patienten Ihres ACD-Netzwerks aufgesucht wurden. Neben dem Anteil der ACD-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung wird ausgewiesen, wie häufig ein Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztliche innere Medizin) im Jahr aufgesucht wurde, ob ein Facharztbesuch nach Überweisung erfolgte und ob mehrere unterschiedliche Praxen der jeweiligen Fachrichtung aufgesucht wurden.

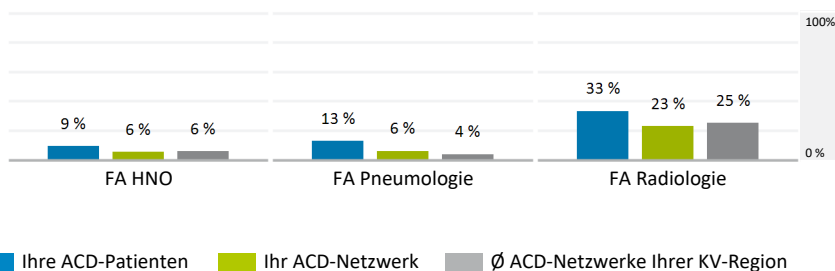
**Abbildung 11: Patienten mit HNO-Infektionen in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit HNO-Infektionen, für die mindestens eine Leistung von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung erbracht wurde  
**Nenner:** Anzahl Patienten mit HNO-Infektionen

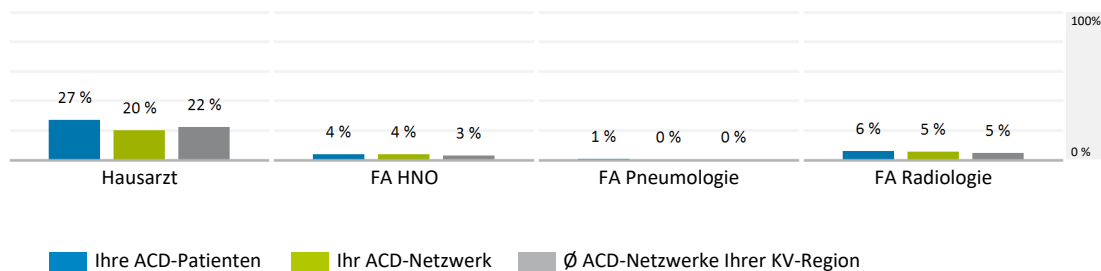
**Abbildung 12: Anteil der Patienten mit HNO-Infektionen in fachärztlicher Behandlung nach Überweisung**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit HNO-Infektionen, die Fachärzte der jeweiligen Fachrichtung mit Überweisung aufgesucht haben  
**Nenner:** Anzahl Patienten mit HNO-Infektionen  
**Hinweis:** Da die Auswertung der "Facharztbesuche nach Überweisung" auf einer anderen Datenbasis fußt als die weiteren facharztbezogenen Auswertungen, kann es hier zu abweichenden Ergebnissen kommen.

**Abbildung 13: Anteil der Patienten mit HNO-Infektionen in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchten**



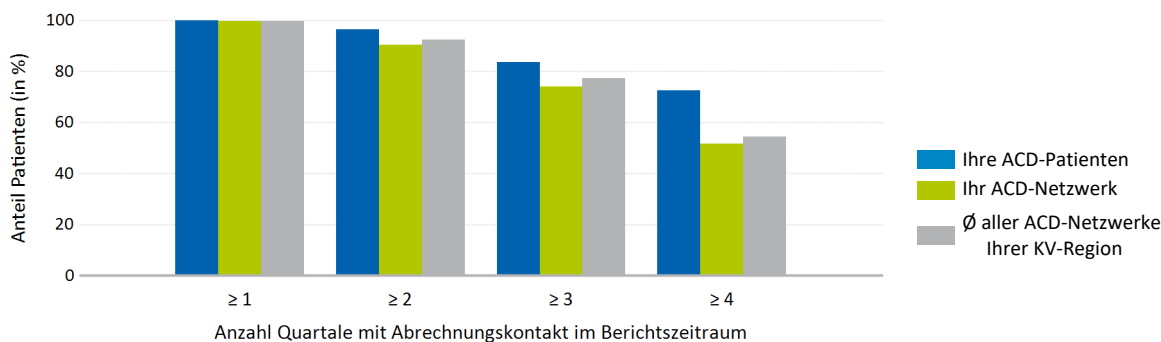
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit HNO-Infektionen, für die Leistungen von Fachärzten der jeweiligen Fachrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsstätten erbracht wurden

**Nenner:** Anzahl Patienten HNO-Infektionen

In Abbildung 14 zeigen wir Ihnen die relativen Anteile, in wie vielen Quartalen im Berichtszeitraum ACD-Patienten Ärzte und Therapeuten der betrachteten Facharztgruppen aufgesucht haben.

**Abbildung 14: Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt (alle Fachrichtungen)**

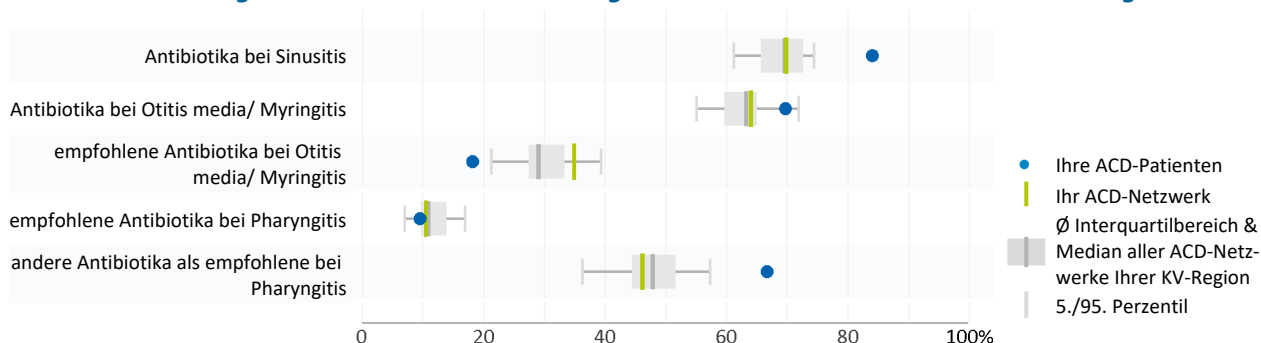


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit HNO-Infektionen, gruppiert nach Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt zu mindestens einem Arzt der oben betrachteten Fachrichtungen

**Nenner:** Anzahl Patienten mit HNO-Infektionen

**Abbildung 15: Arzneimittelverschreibungen in den ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten mit mindestens einer Verschreibung:

*Antibiotika bei Sinusitis:* ATC J01

*empfohlene Antibiotika\* bei Otitis media / Myringitis:* ATC J01CA, J01E, J01CE; kein J01M

*empfohlene Antibiotika\*\* bei Pharyngitis:* ATC J01CE02, J01FA01

\*: Amoxicillin (Penicilline), Sulfonamide/Trimethoprim, Phenoxyethyl-Penicilline

\*\* : Phenoxyethylpenicillin, Erythromycin

**Nenner:** Patienten mit

*Sinusitis:* ICD J32, J01

*Otitis media / Myringitis:* ICD H65.-, H66.-, H73.-, H67.-\*, H68.-, H69.-, H70.-

*Pharyngitis:* ICD R07.0, J03.-, J02.-, J06.0, J35.-

## Anhang: Lesehilfe Netzwerkinformation

### ■ Allgemeine Hinweise

#### Erläuterung der Abbildungen

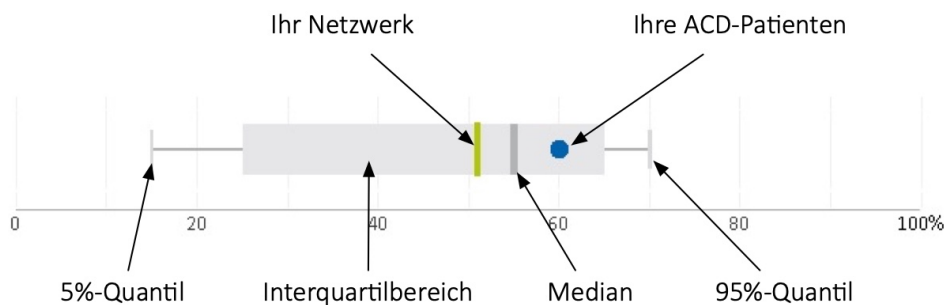
**Mittelwert (Mw):** Der Mittelwert berechnet sich aus der Summe aller Werte geteilt durch die Anzahl der Werte.

**Median:** Der Median beschreibt den Wert, der die Rangfolge der Messwerte in der Mitte teilt.

**Quantil:** Als Quantile bezeichnet man Grenzen einer aufsteigend sortierten Rangfolge von Messwerten, die diese Datenreihe in bestimmte Abschnitte aufteilen. So gilt z.B. für das 20%-Quantil, dass maximal 20% der Messwerte kleiner sind als der an dieser Grenze abgelesene Wert.

**Quartil:** Als Quartile bezeichnet man Messwerte, die die Datenreihe in 25%-Abschnitte aufteilen. Ein Viertel der beobachteten Werte liegen zwischen dem Minimum und dem ersten Quartil (Q1). Ein weiteres Viertel liegt zwischen dem ersten und zweiten Quartil (Q2), was dem Median entspricht. Bis zum dritten Quartil (Q3) folgt nochmals ein Viertel der beobachteten Werte und zwischen Q3 und dem Maximum liegen die letzten 25% (Q4).

**Interquartilbereich (IQR):** Als IQR bezeichnet man die mittleren 50% einer aufsteigend geordneten Rangfolge von Messwerten. Zu seiner Bestimmung werden die beiden Grenzwerte abgelesen, die in der Rangfolge die unteren 25% und die oberen 75% der Messwerte (Q2, Q3) abschneiden. Damit gibt dieses Verteilungsmaß eine Information über die Variabilität der Ausprägungen dieses Merkmals in einer Gruppe, und zwar unabhängig vom eventuellen Auftreten von Extremwerten.



Für ausgesuchte Indikatoren können Sie im Boxplot ablesen, ob Ihr Wert (blauer Punkt) unter- bzw. oberhalb des Mittelwerts in Ihrem ACD-Netzwerk liegt (grüne Markierung), sowie innerhalb- oder außerhalb des Interquartilbereichs (grauer Balken), also dem Bereich, in dem die Hälfte aller Messwerte des ACD-Netzwerks der KV-Region liegen.

#### Anzahl der Patienten in den Diagnosegruppen:

Die dargestellten Patientenzahlen beziehen sich auf die versorgten Patienten innerhalb der Diagnosegruppen, von denen ein Teil arztindividuell und ein weiterer Teil die geteilten Patienten im ACD-Netzwerk darstellt. Ein Teil der Diagnosegruppen (z.B. Herzinsuffizienz) erfordert, dass eine Diagnose mindestens zweimal innerhalb eines Jahres gestellt wurde damit ein Patient dieser Diagnosegruppe zugeordnet wird. Diagnosegruppen wurden anhand folgender ICD Codes und Diagnosesicherheiten berücksichtigt. Als zusätzliche Informationen werden Werte weiterer ACD Interventionsnetzwerke in der KV Region sowie die über die individuelle LANR behandelten Patienten dargestellt.

Indikationsgruppen wurden anhand folgender ICD-Codes und Diagnosesicherheiten berücksichtigt:

Diagnosegruppe	ICD-10	M2Q	M1Q	Diagnosesicherheit
Rückenbeschwerden	M42.-, M47.-, M50.-, M51.-, M53.-, M54.-	•		Zustand nach UND /ODER gesichert
HNO-Infektionen	J01.- bis J04.-, J06.-, J31.-, J32.-, J35.-, H65.-, H66.-, H73.-, R07.0		•	Gesichert

**M1Q:** Mindestens eine Diagnose im ambulanten Bereich mit der o.g. Diagnosesicherheit

**M2Q:** Zwei Diagnosen ambulant in 2 verschiedenen Quartalen mit den o.g. Diagnosesicherheiten

Ausschluss von Dialysepatienten (im Berichtszeitraum mindestens eine Diagnose Z49.-, Z99.2, gesichert UND/ODER Zustand nach)

### Datengrundlage:

Die berechneten Indikatoren basieren auf Routinedaten. Datengrundlage und Beobachtungsjahr ist das Jahr 2017 (Berichtszeitraum). Die Informationen basieren auf Routinedaten von volljährigen AOK- und TK-Patienten, die im Berichtszeitraum mindestens 360 Tage versichert waren oder verstorben sind. Die Verwendung von Versichertendaten bildet unter Umständen nicht immer die Versorgungsrealität ab, kann aber Hinweise auf die gemeinsame Versorgung von Patienten liefern. Sofern die Verwendung der Routinedaten bei der Darstellung von Informationen mit besonderen Einschränkungen verbunden ist, wird an der entsprechenden Stelle darauf hingewiesen.

### Patientenbezogene Darstellungen:

Alle Daten werden lediglich in pseudonymisierter und aggregierter Form dargestellt, sodass kein Rückschluss auf individuelle Patienten möglich ist. Aus diesem Grund werden Indikatoren mit weniger als 5 Patienten nicht abgebildet, entsprechende Werte werden mit "< 5", relative Häufigkeiten mit "-" maskiert.

### Unterschiede zwischen wahrgenommenen Netzwerken und den ACD-Netzwerken:

Die auf Basis von Abrechnungsdaten gebildeten informellen Netzwerke können von der wahrgenommenen Versorgungsrealität abweichen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn Sie gemeinsam weniger als 20 Patienten der in das ACD-Projekt eingeschlossenen 14 Indikationsgruppen versorgen. Sollten Patienten mit den relevanten Diagnosen nicht in den Abrechnungsdaten festgehalten worden sein, sind diese in der Netzwerk-Identifikation leider nicht berücksichtigt.

### Alltagsrelevanz der Änderungsraten Diabetes mellitus Typ 2:

Die dargestellten Vergleichswerte stellen Änderungen in der Versorgung von ACD-Netzwerkpatienten im Verlauf dar. Diese können sich durch eine veränderte Patientenpopulation ergeben haben, aber auch auf Änderungen in der Versorgung von Patienten hinweisen. Die Angabe über die Änderungswerte in der KV-Region lässt zusätzlich eine Einordnung dieser Änderungswerte zu: Es kann bewertet werden, ob Änderungen denen der KV-Region gleichen, oder ob die Versorgungssituation im Netzwerk Besonderheiten unterliegt, die beispielweise in einem ACD Netzwerktreffen thematisiert werden können.

## ■ Hinweise zu den Indikatoren

**Abkürzungen:** FA Facharzt;\* beinhalten auch alle untergeordneten ATC- bzw. OPS-Codes. Mehrstellige ICD-Codes sind, sofern nicht ausgeschrieben, dreistellig abgekürzt.

**Multimorbidität:** In der internationalen Literatur wird bei mindestens zwei bis drei Diagnosen von einem multimorbiden Patienten gesprochen (Barnett et al. 2012). Die in der Netzwerkinformation ermittelte Angabe zur Multimorbidität wurde auf Basis der Indikationsgruppen ermittelt und stellt Patienten mit zwei oder mehr relevanten Diagnosegruppen als multimorbide dar.

**Facharztgruppen:** Die Ermittlung von Arztgruppen ist durch die LANR nicht immer eindeutig möglich. In diesen Fällen wird zusätzlich anhand der abgerechneten Leistungen eine Facharztgruppe ermittelt. Diese lässt sich allerdings nicht immer eindeutig bestimmten Facharztgruppen zuordnen und kann unter Umständen von der Realität abweichen.

**Ambulante Prozesse:** Alle Darstellungen basieren auf den Informationen von Abrechnungsdaten. Wurden Diagnosen oder Leistungen nicht kodiert, so können diese anhand der Darstellungen nicht aufgezeigt werden. Weiterhin werden Diagnosen und Abrechnungskontakte nur quartalsweise erfasst. Eine genaue Angabe in den Daten über Arztkontakte von Patienten ist somit ausgeschlossen. Weiterhin können auch nur Leistungen in die Auswertung mit einbezogen werden, welche durch die AOK und TK abgerechnet wurden. IGeL-Leistungen können nicht abgebildet werden.

**Medikation:** Aufgrund der Limitationen von Abrechnungsdaten lassen sich nur jene Rezepte für die Berechnung nutzen, die ambulant ausgestellt und von Patienten eingelöst wurden. Sollte Medikation im Krankenhaus ausgegeben worden sein, so kann dies nicht abgebildet werden. Weiterhin kann in den Daten nicht abgebildet werden, sofern ein Medikament auch rezeptfrei oder über Privatrezepte erworben wurde. Packungsgrößen werden in den Darstellungen nicht berücksichtigt, können aber in der Realität Verordnungsunterschiede erklären. Es kann auch nicht dargestellt werden, ob Patienten ihre Medikamente wie verordnet einnehmen.

## Spezifische Hinweise zu den Indikatoren

### Anzahl durchschnittlich geteilter Patienten pro Netzwerk

**Limitationen:** Netzwerkzuordnung erfolgt exklusiv, das heißt, dass Patienten nicht mehreren Netzwerken zugeordnet werden, obwohl sie Ärzte mehrerer Netzwerke aufgesucht haben.

**Größe des ACD-Netzwerks:** Anzahl an Ärzten im ACD-Netzwerk.

**Limitationen:** Netzwerkzuordnung erfolgt exklusiv. Das bedeutet, dass Ärzte nicht mehreren ACD-Netzwerken zugeordnet werden, obwohl sie u.U. in mehreren ACD-Netzwerken tätig sind.

### Anzahl der ACD-Patienten mit Krankenhausaufenthalten

Die Darstellung der Krankenhausaufenthalte ist risikoadjustiert nach Alter und Geschlecht.

**Limitationen:** Die Anzahl an Krankenhausaufenthalten kann durch das individuelle Krankheitsrisiko von Patienten bedingt sein, was unter anderem durch demografische Charakteristika, Gesundheitsverhalten von Patienten, Compliance, sozioökonomischen Faktoren, Präferenzen von Patienten und weiteren Faktoren bestimmt ist.

### Mortalitätsrate

**Zähler:** ACD-Patienten der jeweils betrachteten Indikationsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben.

**Nenner:** ACD-Patienten der Indikationsgruppe.

**Limitationen:** Es werden in den Daten keine Todesursachen geführt. Somit ist eine Schlussfolgerung über die Todesursache nicht möglich.

### Informationen zu Haus- und Facharztbesuchen

**Limitationen:** Es werden lediglich Abrechnungskontakte abgebildet.

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046



## Anlage 3.4.1. Anschreiben und Netzwerkinformationen

### *6. Netzwerkinformation*

*Beispielhafte 6. Netzwerkinformation eines Netzwerks in Nordrhein inklusive Änderungsdaten für Ischämische Herzkrankheiten*

Gefördert durch:





# Netzwerkinformation: Accountable Care in Deutschland (ACD)

Frau  
Erika Mustermann  
Praxis Dr. Erika Mustermann  
Neue Straße 123  
40123 Düsseldorf

## Innovationsfonds-Projekt „Accountable Care in Deutschland“

Kontakt	Dr. Johannes Pollmanns Projektleiter Versorgungsprojekte
Telefon	0211/5970-8793
Telefax	0211/5970-9380
Email	Johannes.Pollmanns@kvno.de
Datum	24.03.2020

## Accountable Care in Deutschland (ACD): Wir sagen Danke

Sehr geehrte Frau Mustermann

mit diesem Schreiben erhalten Sie den letzten Quartalsbericht im Rahmen des Innovationsfonds-Projektes „Accountable Care in Deutschland“ (kurz ACD). Dieser enthält pseudonymisierte Informationen zu Patientencharakteristika, Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen sowie verschriebenen Arzneimitteln aller im Forschungsprojekt eingeschlossenen AOK- und TK-Patienten mit den Indikationen *Depressive Störungen* sowie *Gonarthrose*. Weiterhin haben wir Änderungsraten für ausgewählte Indikatoren der Indikation *Koronare Herzkrankheiten* für Sie zusammengestellt.

Mit diesem Schreiben möchten wir uns herzlich bei Ihnen für Ihr Interesse an der Forschungsstudie, ob aktiv oder passiv, bedanken. Auf der zweiten Seite haben wir Ihnen erste Zwischenergebnisse und Meilensteine präsentiert. Das Ergebnis der Intervention wird in circa einem Jahr öffentlich bekannt werden. Wenn Sie weiterhin Interesse an der Netzwerkarbeit haben, gehen Sie gerne auf Ihren Moderator oder Ihren KV-Ansprechpartner zu, welche Möglichkeiten im Anschluss an die Forschungsstudie für Sie bestehen.

Für weitere Informationen nach Projektabschluss können Sie sich auch gerne auf unserer Projektwebseite [www.acd-projekt.de](http://www.acd-projekt.de) im Kontaktformular registrieren und den Newsletter für die neusten Ergebnisse abonnieren.

Wie gewohnt stehen wir Ihnen unter der Rufnummer 089 - 2180 1660 für Rückfragen zum beigefügten Bericht gerne zur Verfügung.

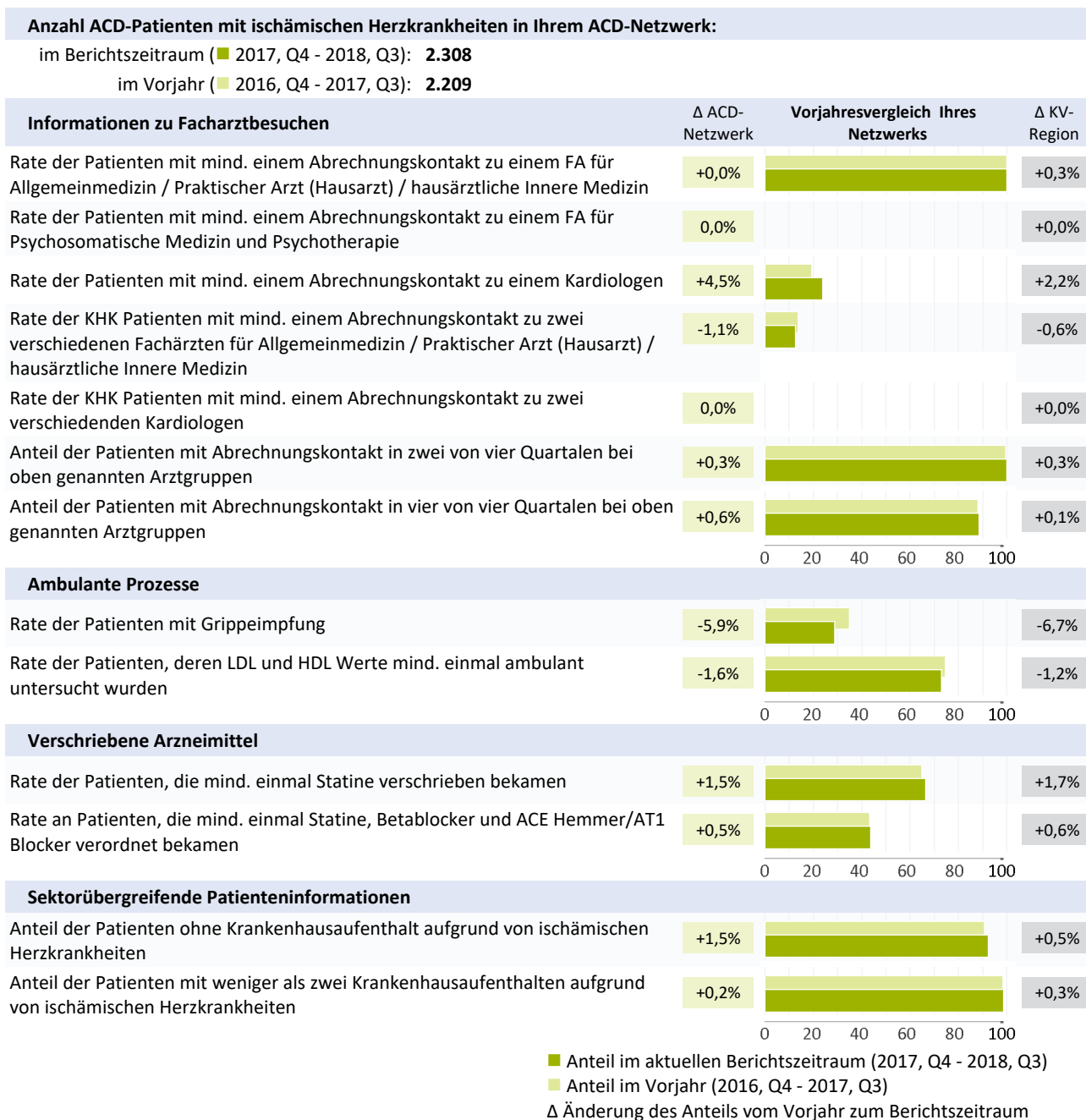
Ganz herzlichen Dank sagt ein vorerst letztes Mal  
Ihr ACD-Projektteam



## ■ Änderungsraten Ischämische Herzkrankheiten

Im Folgenden sind Änderungsraten ausgewählter Indikatoren des Krankheitsbildes Ischämische Herzkrankheiten Ihres ACD-Netzwerkes im Vergleich zweier Beobachtungsjahre und im Verhältnis zu Ihrer KV Region dargestellt. Die dargestellten Änderungsraten beziehen sich auf die im ACD-Projekt untersuchten Patienten der AOK und TK. Die Ergebnisse können als Grundlage für weiterführende, kollegiale Gespräche in den ACD-Netzwerktreffen genutzt werden. Sie sind als deskriptive Analyse zu verstehen und bilden keine Signifikanzlevel der Änderungsraten ab. Eine mögliche Ableitung zur Alltagsrelevanz haben wir Ihnen im Anhang beigefügt.

### Übersicht 1: Ausgewählte Indikatoren des Krankheitsbildes Ischämische Herzkrankheiten im Zeitverlauf



## ■ Arztgruppen in Ihrem ACD-Netzwerk

Ihr ACD-Netzwerk ist aus insgesamt 92 Ärzten der folgenden Fachgebiete zusammengesetzt:

*Übersicht 2: Ärzte in ihrem ACD-Netzwerk nach Fachgebieten*

Fachgebiet	Anzahl der Ärzte im ACD-Netzwerk
Allgemeinmedizin	44
Anästhesiologie	3
Augenheilkunde	3
Chirurgie	4
fachärztliche Innere Medizin	1
Frauenheilkunde	9
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	6
Haut- und Geschlechtskrankheiten	5
Nephrologie	1
Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie	2
Neurochirurgie	3
Orthopädie (und Unfallchirurgie)	4
Pneumologie	1
Urologie	4

Es können noch Ärzte weiterer Fachgebietsgruppen mit Ihrem ACD-Netzwerk zusammenarbeiten und an der Behandlung gemeinsamer Patienten beteiligt sein, welche aber mit einem anderen ACD-Netzwerk stärker verbunden sind. Diese Ärzte oder Psychotherapeuten wurden in einem solchen Fall dem anderen Netzwerk zugeordnet.

## Kurzübersicht der im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelten Patienten

Die Netzwerkinformation umfasst allgemeine Informationen zu Ihrem ACD-Netzwerk sowie indikationsspezifische Informationen zur Patientenversorgung (Betrachtung von zwei Indikationsgruppen). Im ACD-Netzwerk werden insgesamt 16.898 Patienten der folgenden Indikationsgruppen gemeinsam behandelt (davon 54 % weiblich und 46 % männlich).

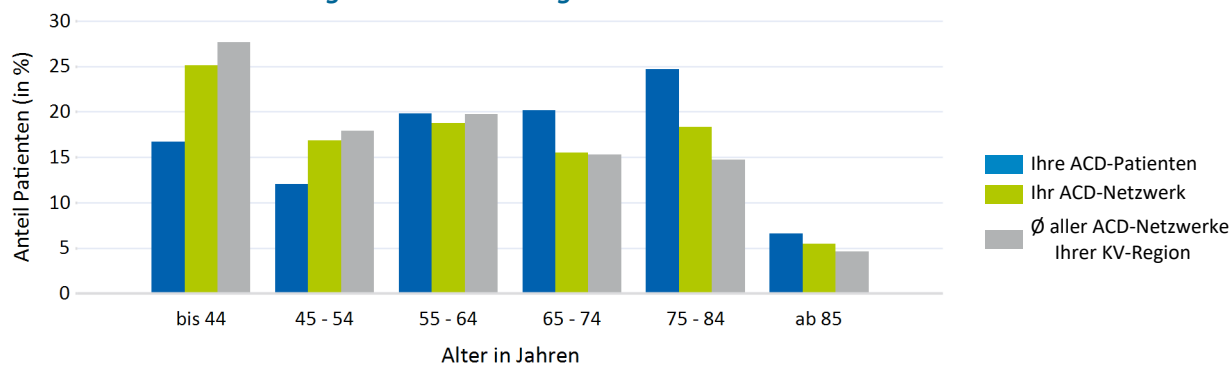
*Übersicht 3: Verteilung der ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk auf ausgewählte Indikationsgruppen sowie Anteil multimorbider Patienten*

Indikationsgruppe	ACD-Patienten in Ihrem ACD-Netzwerk	Anteil der multimorbiden ACD-Patienten davon
Ischämische Herzkrankheiten	2.308	99%
Herzinsuffizienz	1.586	100%
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	5.382	96%
Bronchitis & COPD	4.389	92%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opiode	443	92%
Rückenbeschwerden	6.111	93%
Hypertonie	9.158	91%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	3.288	91%
Infektiöse Darmkrankheiten	1.463	82%
Grippe und Pneumonie	614	91%
HNO-Infektionen	6.067	75%
<b>Depressive Störungen</b>	<b>3.074</b>	<b>95%</b>
Diabetes mellitus Typ 1	336	93%
Diabetes mellitus Typ 2	3.247	97%
<b>Gonarthrose</b>	<b>1.463</b>	<b>98%</b>

Im ACD-Netzwerk gemeinsam behandelte Patienten werden sowohl von Ärzten und Therapeuten im ACD-Netzwerk als auch von Ärzten und Therapeuten außerhalb des ACD-Netzwerks behandelt. Die ACD-Patienten waren durchschnittlich zu 74 % bei ACD-Netzwerkärzten in Behandlung.

Im Folgenden sehen Sie die Altersverteilung der von Ihnen betreuten ACD-Patienten, Ihres ACD-Netzwerkes sowie den Durchschnittswert der ACD-Netzwerke innerhalb Ihrer KV-Region.

**Abbildung 1: Altersverteilung der ACD-Patienten im ACD-Netzwerk**



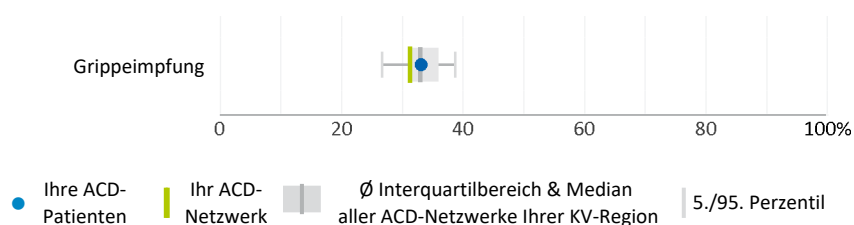
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl ACD-Patienten, gruppiert nach Alter

**Nenner:** Anzahl aller ACD-Patienten

Bei Personen älter als 65 Jahre und chronisch Kranken führt die Grippe häufig zu Komplikationen. Im Folgenden sehen Sie den Anteil der Grippeimpfungen Ihrer ACD-Patienten über 65 Jahre, im Vergleich zum Anteil in Ihrem ACD-Netzwerk sowie zu anderen ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region.

**Abbildung 2: Grippeimpfungen bei über 65-jährigen Patienten in ACD-Netzwerken**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten > 65 Jahre, die mind. eine Grippeimpfung erhielten (EBM 89111 / 89112 oder ATC J07BB)

**Nenner:** Patienten > 65 Jahre alt

## ■ Indikationsgruppe Depressive Störungen

**i** Depressive Störungen stellen ein häufiges und komplexes Anliegen von Patientinnen und Patienten dar, dem nahezu alle Facharztgruppen begegnen. Depressionen sind eine der häufigsten Begleiterkrankungen chronisch kranker Patientinnen und Patienten und haben beträchtlichen Einfluss auf die Prognose häufiger Erkrankungen, wie zum Beispiel der KHK. Idealerweise arbeiten hier viele Disziplinen zusammen.

Im Folgenden werden Ihnen Informationen zu Patientencharakteristika, Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen, verschriebenen Arzneimitteln und sektorübergreifenden Patienteninformationen dargestellt.

### Kurzübersicht der im Folgenden dargestellten Informationen

Alle ambulanten Indikatoren beziehen sich auf die ACD-Patienten der jeweiligen Indikationsgruppe, innerhalb des Berichtszeitraumes.

**Übersicht 4: Ambulante Indikatoren in Ihrem ACD-Netzwerk im Vergleich zum Ø der ACD-Netzwerke Ihrer KV-Region**

Ambulante Indikatoren: Anteil der Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Abweichung zum Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
Besuch: Hausarzt	98,8 %	+0,8 %
Besuch: FA Gynäkologie	33,4 %	+1,7 %
Besuch: FA Neurologie / Neurochirurgie	31,3 %	+16,1 %
Besuch: FA Psychiatrie u. Psychotherapie	16,8 %	+1,5 %
Besuch: FA Neurologie u. Psychiatrie	23,7 %	+3,9 %
Besuch: FA Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	0,5 %	-0,3 %
Besuch: Psychotherapeut	7,3 %	-1,6 %
Psychosomatisches Gespräch	33,2 %	-0,2 %
Verordnung: Anxiolytika / Hypnotika / Sedativa	14,1 %	-2,3 %
Verordnung: Anxiolytika / Hypnotika / Sedativa und Antidepressiva	20,3 %	-2,4 %
Verordnung: Antidepressivum bei mind. mittelschwerer Episode	56,1 %	-4,7 %
Verordnung: Antidepressivum bei mind. mittelschwerer Episode *	74,7 %	-1,2 %

\*: Patienten mit mindestens mittelschwerer Episode, die nachdem sie zum ersten Mal ein Antidepressivum erhielten, innerhalb desselben oder des Folgequartals eine weitere Verschreibung für ein Antidepressivum erhielten

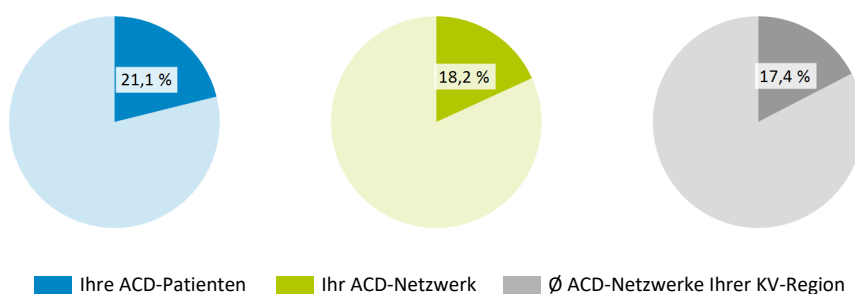
Im Folgenden zeigen wir Ihnen ausgewählte Patientencharakteristika der Patienten mit depressiven Störungen in ihrem ACD-Netzwerk, Ihrer ACD-Patienten sowie die Durchschnittswerte der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region.

### Übersicht 5: ACD-Patienten mit depressiven Störungen

	Ihre ACD-Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
<b>Anzahl Patienten mit depressiven Störungen</b>	<b>286</b>	<b>3.074</b>	<b>1.561</b>
Multimorbiditätsrate	93,4 %	95,0 %	92,4 %
Mortalitätsrate	2,1 %	1,7 %	2,2 %
Patienten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Depressiven Störungen*	95,7 %	97,7 %	97,7 %
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Depressiven Störungen*	99,3 %	99,6 %	99,6 %

\*: risikoadjustiert (s. Lesehilfe)

Abbildung 3: Anteil der ACD-Patienten mit depressiven Störungen



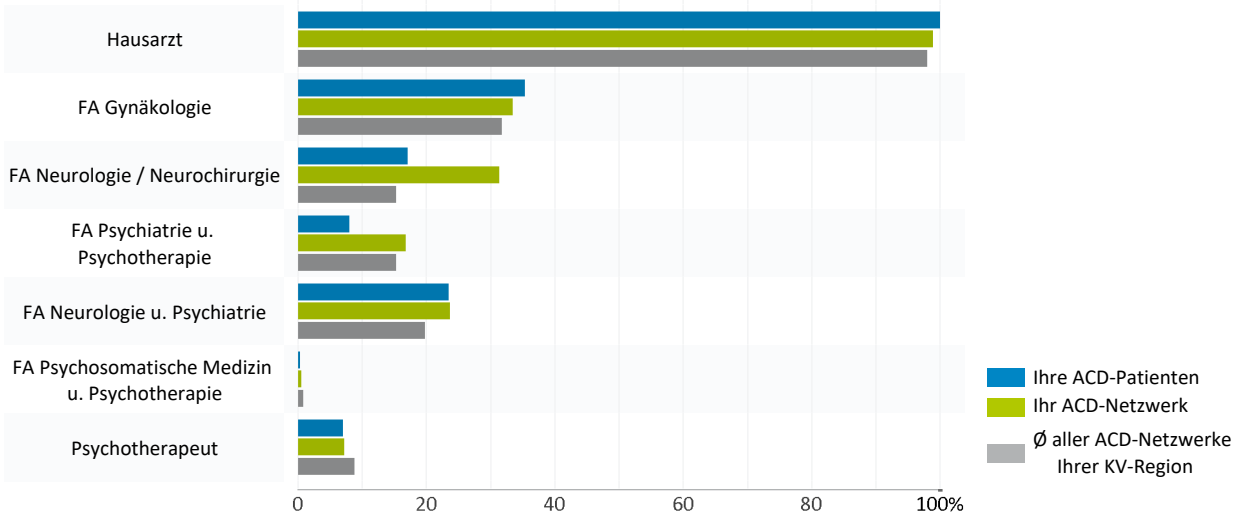
#### Berechnungsgrundlage

**Zähler:** Anzahl ACD-Patienten mit depressiven Störungen

**Nenner:** Anzahl aller Patienten mit den ACD-Indikationsgruppen

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über ausgewählte Fachgruppen, die von den ACD-Patienten Ihres ACD-Netzwerks aufgesucht wurden. Neben dem Anteil der ACD-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung wird ausgewiesen, wie häufig ein Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztliche innere Medizin) im Jahr aufgesucht wurde, ob ein Facharztbesuch nach Überweisung erfolgte und ob mehrere unterschiedliche Praxen der jeweiligen Fachrichtung aufgesucht wurden.

**Abbildung 4: Patienten mit depressiven Störungen in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung**

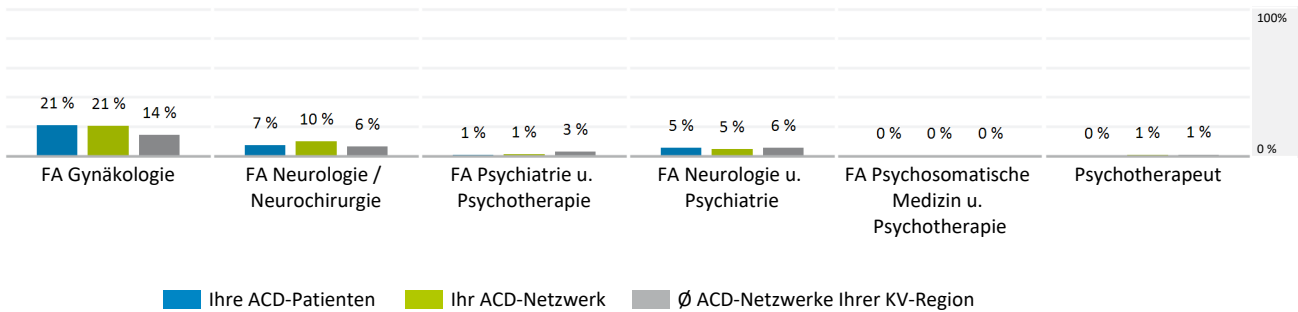


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit depressiven Störungen, für die mindestens eine Leistung von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung erbracht wurde

**Nenner:** Anzahl Patienten mit depressiven Störungen

**Abbildung 5: Anteil der Patienten mit depressiven Störungen in fachärztlicher Behandlung nach Überweisung**



**Berechnungsgrundlage**

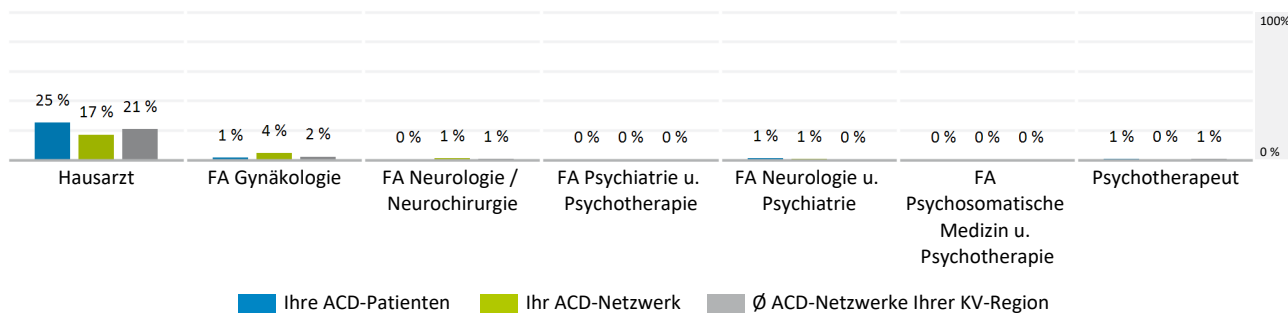
**Zähler:** Anzahl Patienten mit depressiven Störungen, die Fachärzte der jeweiligen Fachrichtung mit Überweisung aufgesucht haben

**Nenner:** Anzahl Patienten mit depressiven Störungen

**Hinweis:** Da die Auswertung der "Facharztbesuche nach Überweisung" auf einer anderen Datenbasis fußt als die weiteren facharztbezogenen Auswertungen, kann es hier zu abweichenden Ergebnissen kommen.



**Abbildung 6: Anteil der Patienten mit depressiven Störungen in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchten**



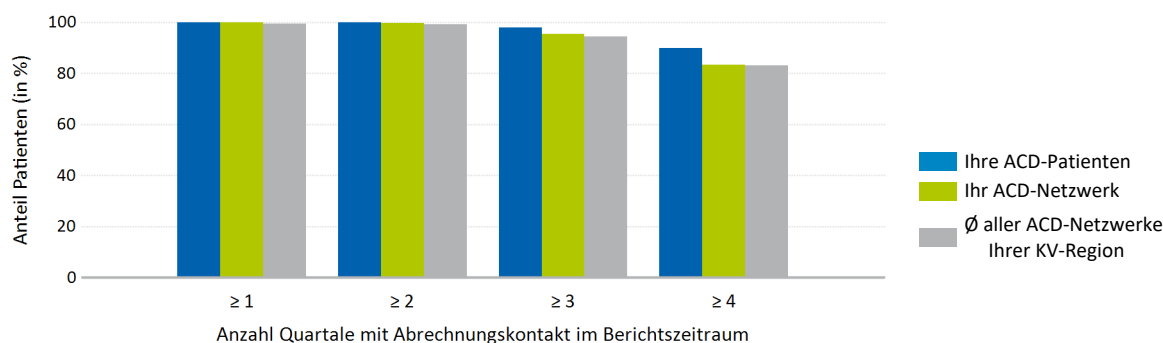
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit depressiven Störungen, für die Leistungen von Fachärzten der jeweiligen Fachrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsstätten erbracht wurden

**Nenner:** Anzahl Patienten depressiven Störungen

In Abbildung 7 zeigen wir Ihnen die relativen Anteile, in wie vielen Quartalen im Berichtszeitraum ACD-Patienten Ärzte und Therapeuten der betrachteten Facharztgruppen aufgesucht haben.

**Abbildung 7: Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt (alle Fachrichtungen)**

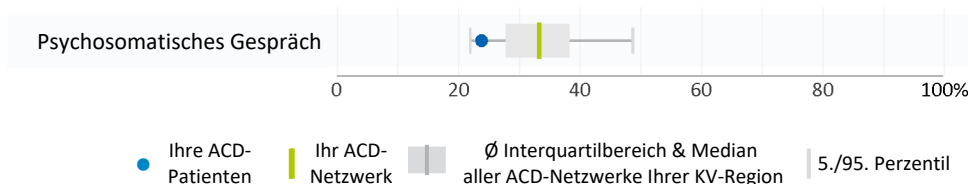


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit depressiven Störungen, gruppiert nach Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt zu mindestens einem Arzt der oben betrachteten Fachrichtungen

**Nenner:** Anzahl Patienten mit depressiven Störungen

**Abbildung 8: Ambulante Prozesse in den ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region**

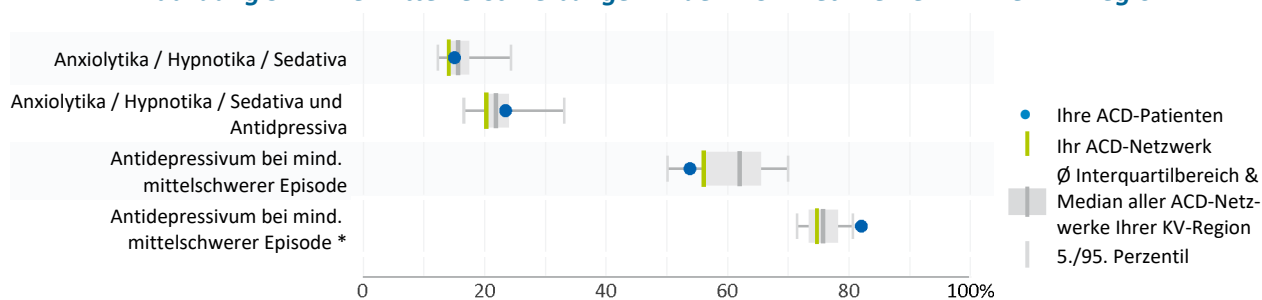


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten mit depressiven Störungen, für die mind. eine der angegebenen Ziffern abgerechnet wurde: EBM 35100, 35110, 22221, 22222

**Nenner:** Patienten mit depressiven Störungen

**Abbildung 9: Arzneimittelverschreibungen in den ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region**



\*: Patienten mit mindestens mittelschwerer Episode, die nachdem sie zum ersten Mal ein Antidepressivum erhielten, innerhalb desselben oder des Folgequartals eine weitere Verschreibung für ein Antidepressivum erhielten

**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten mit mindestens einer Verschreibung:

*Antidepressiva:* ATC N06A)

*Anxiolytika, Hypnotika oder Sedativa:* ATC N05B, N05C

**Nenner:** Patienten mit depressiven Störungen

Patienten mit depressiven Störungen

u. mind. mittelschwere Episode: ICD F32.1, F32.2, F32.3, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4

## ■ Indikationsgruppe Gonarthrose

Im Folgenden werden Ihnen Informationen zu Patientencharakteristika, Facharztbesuchen, ambulanten Prozessen, verschriebenen Arzneimitteln und sektorübergreifenden Patienteninformationen dargestellt.

### Kurzübersicht der im Folgenden dargestellten Informationen

Alle ambulanten Indikatoren beziehen sich auf die ACD-Patienten der jeweiligen Indikationsgruppe, innerhalb des Berichtszeitraumes.

**Übersicht 6: Ambulante Indikatoren in Ihrem ACD-Netzwerk im Vergleich zum Ø der ACD-Netzwerke Ihrer KV-Region**

Ambulante Indikatoren: Anteil der Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Abweichung zum Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
Besuch: Hausarzt	99,5 %	+0,5 %
Besuch: FA Anästhesiologie	9,7 %	+2,1 %
Besuch: FA Chirurgie	30,8 %	+6,6 %
Besuch: FA Rheumatologie	2,5 %	-0,7 %
Besuch: FA Orthopädie / Unfallchirurgie	54,9 %	+1,8 %
Besuch: FA Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	0,1 %	-0,1 %
Besuch: FA Radiologie	37,7 %	-4,4 %
Besuch: FA Physikalische u. Rehabilitative Medizin	0,2 %	-2,4 %
Verordnung: keine Opiode	76,7 %	-3,4 %

Im Folgenden zeigen wir Ihnen ausgewählte Patientencharakteristika der Patienten mit Gonarthrose in ihrem ACD-Netzwerk, Ihrer ACD-Patienten sowie die Durchschnittswerte der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region.

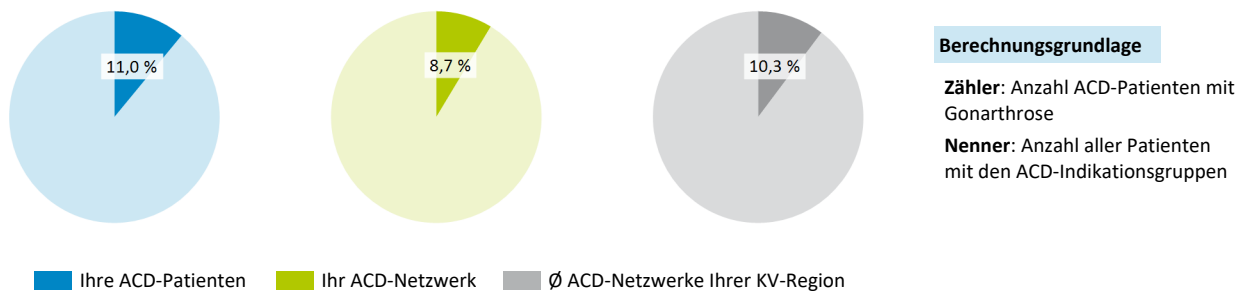
**Übersicht 7: ACD-Patienten mit Gonarthrose**

	Ihre ACD-Patienten	Ihr ACD-Netzwerk	Ø der ACD-Netzwerke in Ihrer KV-Region
<b>Anzahl Patienten mit Gonarthrose</b>	<b>149</b>	<b>1.463</b>	<b>933</b>
Multimorbiditätsrate	98,7 %	98,2 %	97,5 %
Mortalitätsrate	0,0 %	2,8 %	2,0 %
Patienten ohne Krankenhausaufenthalt aufgrund von Gonarthrose*	95,3 %	97,3 %	97,2 %
Anzahl der Patienten mit Gonarthrose, die eine Knieendoprothese eingesetzt bekamen	4,0 %	2,9 %	2,8 %
Patienten mit Einsatz einer Knieendoprothese, die innerhalb von 6 Monaten keine Thrombose / Lungenembolie hatten	-	71,4 %	96,0 %
Patienten mit weniger als zwei Krankenhausaufenthalten aufgrund von Gonarthrose*	100,0 %	99,8 %	99,9 %

-: weniger als 5 Patienten

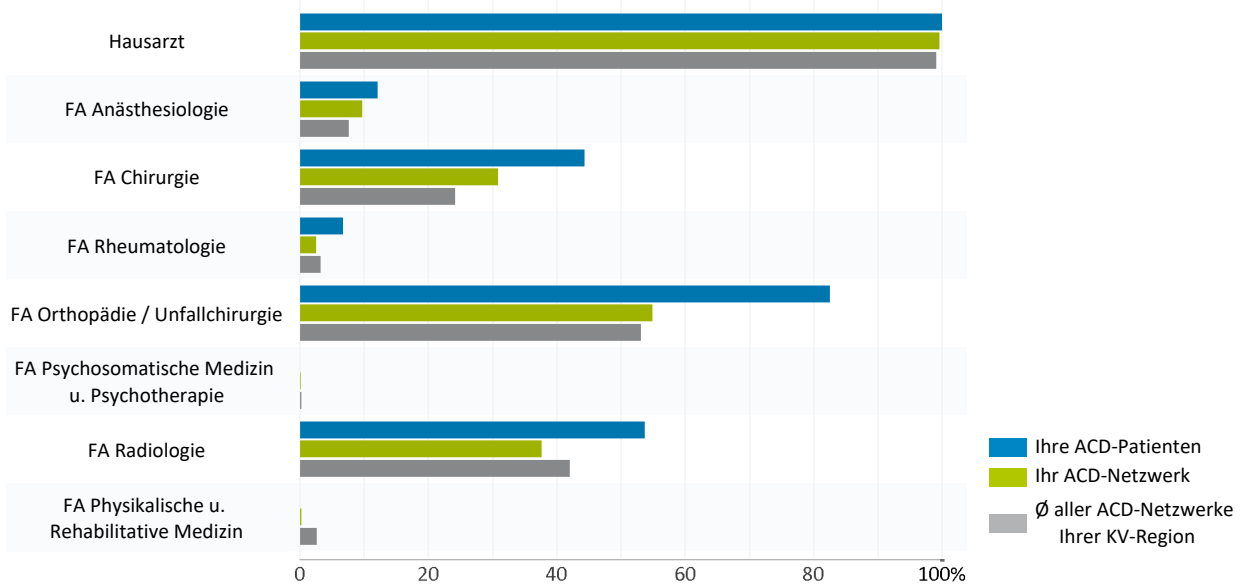
\*: risikoadjustiert (s. Lesehilfe)

**Abbildung 10: Anteil der ACD-Patienten mit Gonarthrose**



Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über ausgewählte Fachgruppen, die von den ACD-Patienten Ihres ACD-Netzwerks aufgesucht wurden. Neben dem Anteil der ACD-Patienten in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung wird ausgewiesen, wie häufig ein Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztliche innere Medizin) im Jahr aufgesucht wurde, ob ein Facharztbesuch nach Überweisung erfolgte und ob mehrere unterschiedliche Praxen der jeweiligen Fachrichtung aufgesucht wurden.

**Abbildung 11: Patienten mit Gonarthrose in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung**

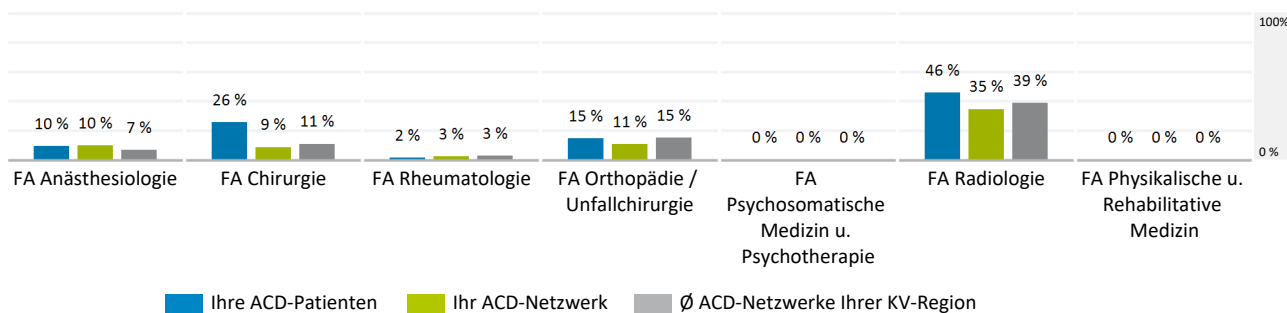


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Gonarthrose, für die mindestens eine Leistung von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung erbracht wurde

**Nenner:** Anzahl Patienten mit Gonarthrose

**Abbildung 12: Anteil der Patienten mit Gonarthrose in fachärztlicher Behandlung nach Überweisung**



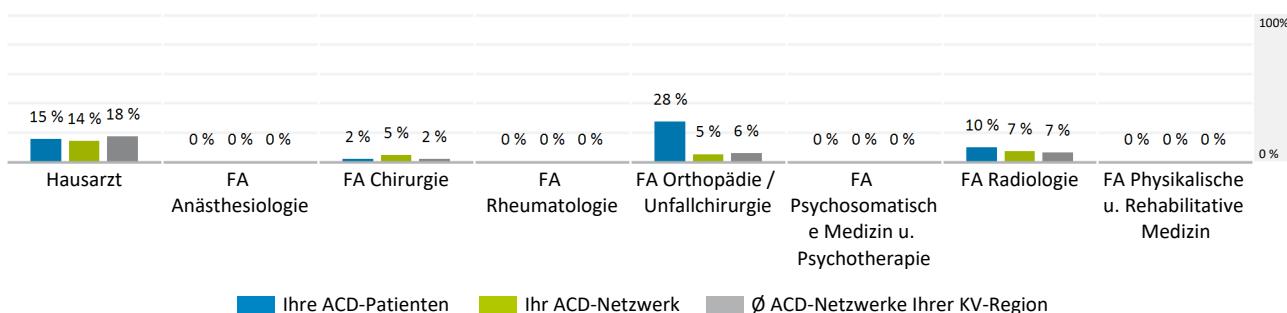
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Gonarthrose, die Fachärzte der jeweiligen Fachrichtung mit Überweisung aufgesucht haben

**Nenner:** Anzahl Patienten mit Gonarthrose

**Hinweis:** Da die Auswertung der "Facharztbesuche nach Überweisung" auf einer anderen Datenbasis fußt als die weiteren facharztbezogenen Auswertungen, kann es hier zu abweichenden Ergebnissen kommen.

**Abbildung 13: Anteil der Patienten mit Gonarthrose in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung, die mehr als eine Praxis einer Fachrichtung aufsuchten**



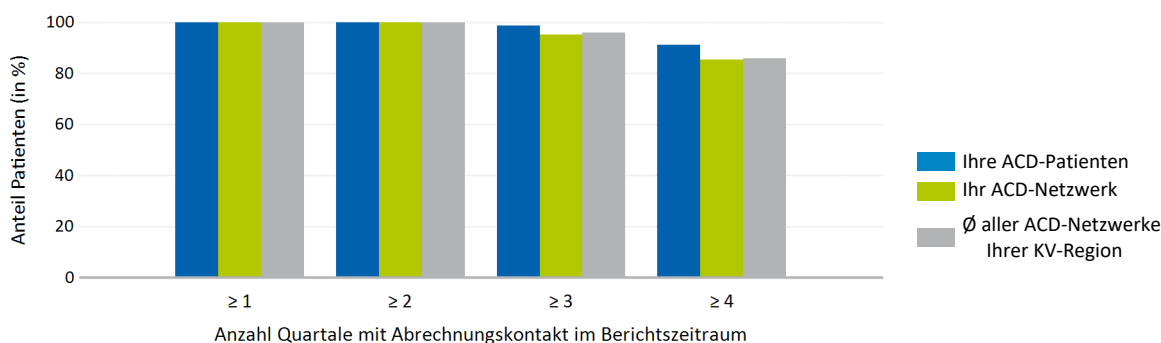
**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Gonarthrose, für die Leistungen von Fachärzten der jeweiligen Fachrichtung in mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsstätten erbracht wurden

**Nenner:** Anzahl Patienten Gonarthrose

In Abbildung 14 zeigen wir Ihnen die relativen Anteile, in wie vielen Quartalen im Berichtszeitraum ACD-Patienten Ärzte und Therapeuten der betrachteten Facharztgruppen aufgesucht haben.

**Abbildung 14: Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt (alle Fachrichtungen)**

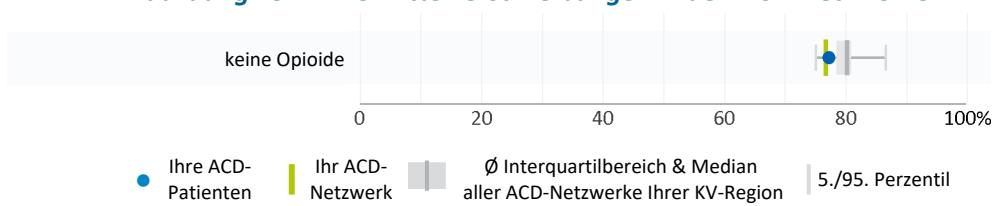


**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Anzahl Patienten mit Gonarthrose, gruppiert nach Anzahl der Quartale mit Abrechnungskontakt zu mindestens einem Arzt der oben betrachteten Fachrichtungen

**Nenner:** Anzahl Patienten mit Gonarthrose

**Abbildung 15: Arzneimittelverschreibungen in den ACD-Netzwerken in Ihrer KV-Region**



**Berechnungsgrundlage**

**Zähler:** Patienten mit Gonarthrose ohne einer Verschreibung ATC N02A

**Nenner:** Patienten mit Gonarthrose

## Anhang: Lesehilfe Netzwerkinformation

### ■ Allgemeine Hinweise

#### Erläuterung der Abbildungen

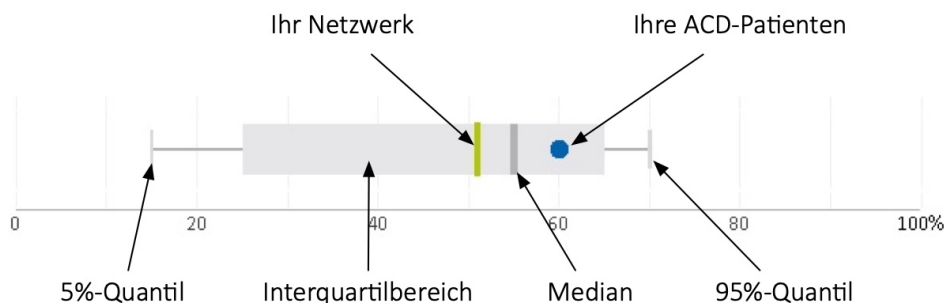
**Mittelwert (Mw):** Der Mittelwert berechnet sich aus der Summe aller Werte geteilt durch die Anzahl der Werte.

**Median:** Der Median beschreibt den Wert, der die Rangfolge der Messwerte in der Mitte teilt.

**Quantil:** Als Quantile bezeichnet man Grenzen einer aufsteigend sortierten Rangfolge von Messwerten, die diese Datenreihe in bestimmte Abschnitte aufteilen. So gilt z.B. für das 20%-Quantil, dass maximal 20% der Messwerte kleiner sind als der an dieser Grenze abgelesene Wert.

**Quartil:** Als Quartile bezeichnet man Messwerte, die die Datenreihe in 25%-Abschnitte aufteilen. Ein Viertel der beobachteten Werte liegen zwischen dem Minimum und dem ersten Quartil (Q1). Ein weiteres Viertel liegt zwischen dem ersten und zweiten Quartil (Q2), was dem Median entspricht. Bis zum dritten Quartil (Q3) folgt nochmals ein Viertel der beobachteten Werte und zwischen Q3 und dem Maximum liegen die letzten 25% (Q4).

**Interquartilbereich (IQR):** Als IQR bezeichnet man die mittleren 50% einer aufsteigend geordneten Rangfolge von Messwerten. Zu seiner Bestimmung werden die beiden Grenzwerte abgelesen, die in der Rangfolge die unteren 25% und die oberen 75% der Messwerte (Q2, Q3) abschneiden. Damit gibt dieses Verteilungsmaß eine Information über die Variabilität der Ausprägungen dieses Merkmals in einer Gruppe, und zwar unabhängig vom eventuellen Auftreten von Extremwerten.



Für ausgesuchte Indikatoren können Sie im Boxplot ablesen, ob Ihr Wert (blauer Punkt) unter- bzw. oberhalb des Mittelwerts in Ihrem ACD-Netzwerk liegt (grüne Markierung), sowie innerhalb- oder außerhalb des Interquartilbereichs (grauer Balken), also dem Bereich, in dem die Hälfte aller Messwerte des ACD-Netzwerks der KV-Region liegen.

#### Anzahl der Patienten in den Diagnosegruppen:

Die dargestellten Patientenzahlen beziehen sich auf die versorgten Patienten innerhalb der Diagnosegruppen, von denen ein Teil arztindividuell und ein weiterer Teil die geteilten Patienten im ACD-Netzwerk darstellt. Ein Teil der Diagnosegruppen (z.B. Herzinsuffizienz) erfordert, dass eine Diagnose mindestens zweimal innerhalb eines Jahres gestellt wurde damit ein Patient dieser Diagnosegruppe zugeordnet wird. Diagnosegruppen wurden anhand folgender ICD Codes und Diagnosesicherheiten berücksichtigt. Als zusätzliche Informationen werden Werte weiterer ACD Interventionsnetzwerke in der KV Region sowie die über die individuelle LANR behandelten Patienten dargestellt.

Indikationsgruppen wurden anhand folgender ICD-Codes und Diagnosesicherheiten berücksichtigt:

Diagnosegruppe	ICD-10	M2Q	Diagnosesicherheit
Depressive Störungen	F32.-, F33.-	•	Zustand nach UND /ODER gesichert
Gonarthrose	M17.-	•	Zustand nach UND /ODER gesichert

**M2Q:** Zwei Diagnosen ambulant in 2 verschiedenen Quartalen mit den o.g. Diagnosesicherheiten  
 Ausschluss von Dialysepatienten (im Berichtszeitraum mindestens eine Diagnose Z49.-, Z99.2, gesichert UND/ODER Zustand nach)

### Datengrundlage:

Die berechneten Indikatoren basieren auf Routinedaten. Datengrundlage und Beobachtungsjahr ist das Jahr 2017 (Berichtszeitraum). Die Informationen basieren auf Routinedaten von volljährigen AOK- und TK-Patienten, die im Berichtszeitraum mindestens 360 Tage versichert waren oder verstorben sind. Die Verwendung von Versichertendaten bildet unter Umständen nicht immer die Versorgungsrealität ab, kann aber Hinweise auf die gemeinsame Versorgung von Patienten liefern. Sofern die Verwendung der Routinedaten bei der Darstellung von Informationen mit besonderen Einschränkungen verbunden ist, wird an der entsprechenden Stelle darauf hingewiesen.

### Patientenbezogene Darstellungen:

Alle Daten werden lediglich in pseudonymisierter und aggregierter Form dargestellt, sodass kein Rückschluss auf individuelle Patienten möglich ist. Aus diesem Grund werden Indikatoren mit weniger als 5 Patienten nicht abgebildet, entsprechende Werte werden mit "< 5", relative Häufigkeiten mit "-" maskiert.

### Unterschiede zwischen wahrgenommenen Netzwerken und den ACD-Netzwerken:

Die auf Basis von Abrechnungsdaten gebildeten informellen Netzwerke können von der wahrgenommenen Versorgungsrealität abweichen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn Sie gemeinsam weniger als 20 Patienten der in das ACD-Projekt eingeschlossenen 14 Indikationsgruppen versorgen. Sollten Patienten mit den relevanten Diagnosen nicht in den Abrechnungsdaten festgehalten worden sein, sind diese in der Netzwerk-Identifikation leider nicht berücksichtigt.

### Alltagsrelevanz der Änderungsraten Ischämische Herzkrankheiten:

Die dargestellten Vergleichswerte stellen Änderungen in der Versorgung von ACD-Netzwerkpatienten im Verlauf dar. Diese können sich durch eine veränderte Patientenpopulation ergeben haben, aber auch auf Änderungen in der Versorgung von Patienten hinweisen. Die Angabe über die Änderungswerte in der KV-Region lässt zusätzlich eine Einordnung dieser Änderungswerte zu: Es kann bewertet werden, ob Änderungen denen der KV-Region gleichen, oder ob die Versorgungssituation im Netzwerk Besonderheiten unterliegt, die beispielweise in einem ACD Netzwerktreffen thematisiert werden können.



## ■ Hinweise zu den Indikatoren

**Abkürzungen:** FA Facharzt;\* beinhalten auch alle untergeordneten ATC- bzw. OPS-Codes. Mehrstellige ICD-Codes sind, sofern nicht ausgeschrieben, dreistellig abgekürzt.

**Multimorbidität:** In der internationalen Literatur wird bei mindestens zwei bis drei Diagnosen von einem multimorbiden Patienten gesprochen (Barnett et al. 2012). Die in der Netzwerkinformation ermittelte Angabe zur Multimorbidität wurde auf Basis der Indikationsgruppen ermittelt und stellt Patienten mit zwei oder mehr relevanten Diagnosegruppen als multimorbide dar.

**Facharztgruppen:** Die Ermittlung von Arztgruppen ist durch die LANR nicht immer eindeutig möglich. In diesen Fällen wird zusätzlich anhand der abgerechneten Leistungen eine Facharztgruppe ermittelt. Diese lässt sich allerdings nicht immer eindeutig bestimmten Facharztgruppen zuordnen und kann unter Umständen von der Realität abweichen.

**Ambulante Prozesse:** Alle Darstellungen basieren auf den Informationen von Abrechnungsdaten. Wurden Diagnosen oder Leistungen nicht kodiert, so können diese anhand der Darstellungen nicht aufgezeigt werden. Weiterhin werden Diagnosen und Abrechnungskontakte nur quartalsweise erfasst. Eine genaue Angabe in den Daten über Arztkontakte von Patienten ist somit ausgeschlossen. Weiterhin können auch nur Leistungen in die Auswertung mit einbezogen werden, welche durch die AOK und TK abgerechnet wurden. IGeL-Leistungen können nicht abgebildet werden.

**Medikation:** Aufgrund der Limitationen von Abrechnungsdaten lassen sich nur jene Rezepte für die Berechnung nutzen, die ambulant ausgestellt und von Patienten eingelöst wurden. Sollte Medikation im Krankenhaus ausgegeben worden sein, so kann dies nicht abgebildet werden. Weiterhin kann in den Daten nicht abgebildet werden, sofern ein Medikament auch rezeptfrei oder über Privatrezepte erworben wurde. Packungsgrößen werden in den Darstellungen nicht berücksichtigt, können aber in der Realität Verordnungsunterschiede erklären. Es kann auch nicht dargestellt werden, ob Patienten ihre Medikamente wie verordnet einnehmen.

## Spezifische Hinweise zu den Indikatoren

### Anzahl durchschnittlich geteilter Patienten pro Netzwerk

**Limitationen:** Netzwerkzuordnung erfolgt exklusiv, das heißt, dass Patienten nicht mehreren Netzwerken zugeordnet werden, obwohl sie Ärzte mehrerer Netzwerke aufgesucht haben.

**Größe des ACD-Netzwerks:** Anzahl an Ärzten im ACD-Netzwerk.

**Limitationen:** Netzwerkzuordnung erfolgt exklusiv. Das bedeutet, dass Ärzte nicht mehreren ACD-Netzwerken zugeordnet werden, obwohl sie u.U. in mehreren ACD-Netzwerken tätig sind.

### Anzahl der ACD-Patienten mit Krankenhausaufenthalten

Die Darstellung der Krankenhausaufenthalte ist risikoadjustiert nach Alter und Geschlecht.

**Limitationen:** Die Anzahl an Krankenhausaufenthalten kann durch das individuelle Krankheitsrisiko von Patienten bedingt sein, was unter anderem durch demografische Charakteristika, Gesundheitsverhalten von Patienten, Compliance, sozioökonomischen Faktoren, Präferenzen von Patienten und weiteren Faktoren bestimmt ist.

### Mortalitätsrate

**Zähler:** ACD-Patienten der jeweils betrachteten Indikationsgruppe, die im Beobachtungsjahr verstarben.

**Nenner:** ACD-Patienten der Indikationsgruppe.

**Limitationen:** Es werden in den Daten keine Todesursachen geführt. Somit ist eine Schlussfolgerung über die Todesursache nicht möglich.

### Informationen zu Haus- und Facharztbesuchen

**Limitationen:** Es werden lediglich Abrechnungskontakte abgebildet.

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046



## Anlage 3.4.1. Anschreiben und Netzwerkinformationen

### *Factsheet Pregabalin*

Gefördert durch:



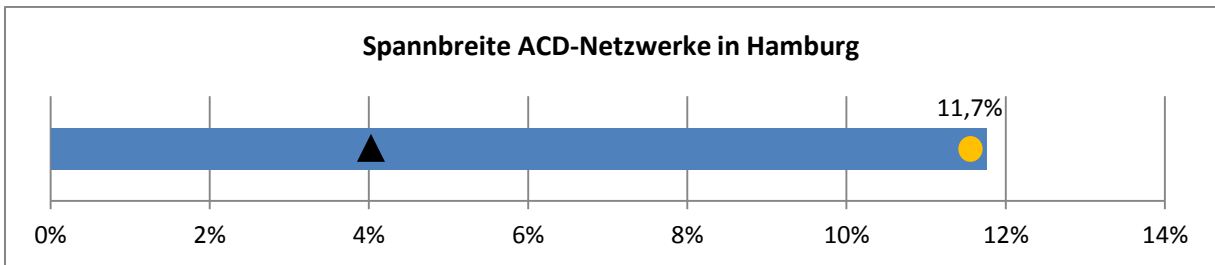
### Arzneimittel Pregabalin im ACD-Netzwerk

Wert des ACD-Netzwerkes als farbiger Punkt dargestellt ●

Durchschnitt aller ACD-Netzwerke in Hamburg als farbiges Dreieck dargestellt ▲

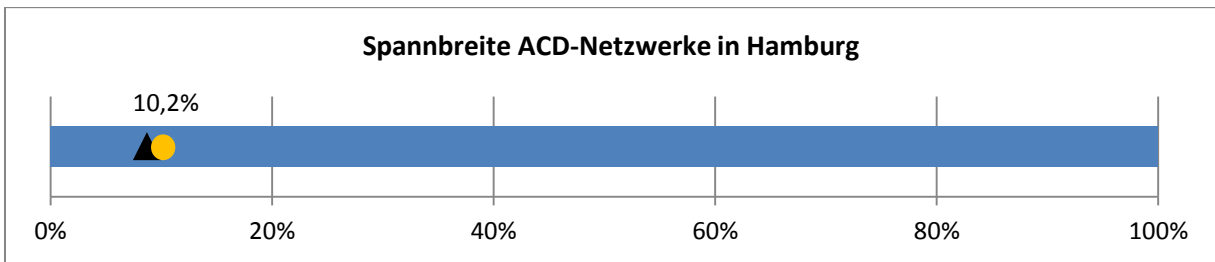
Spannbreite aller Hamburger ACD-Netzwerke als blauer Balken ■

**Indikator 1:** Anteil der ACD-Patienten mit der Diagnose F10 und einer Verschreibung von Pregabalin



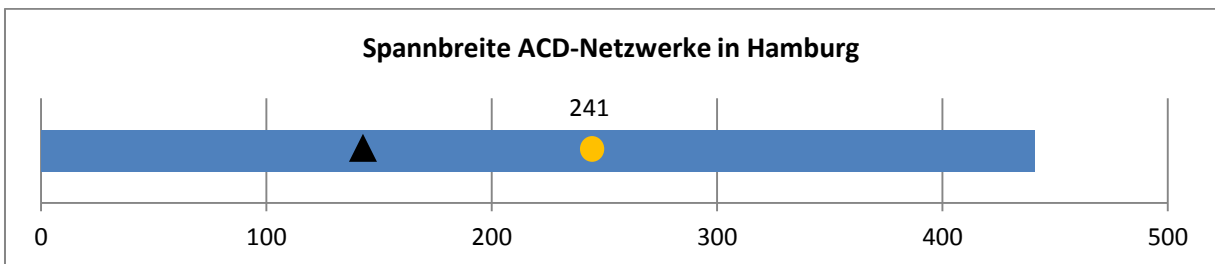
Zähler: ACD-Patienten mit einer Verschreibung von Pregabalin (ATC Code N03AX16)  
 Nenner: Alle ACD-Patienten mit Diagnose F10

**Indikator 2:** Anteil der ACD-Patienten mit der Diagnose F11 und einer Verschreibung von Pregabalin



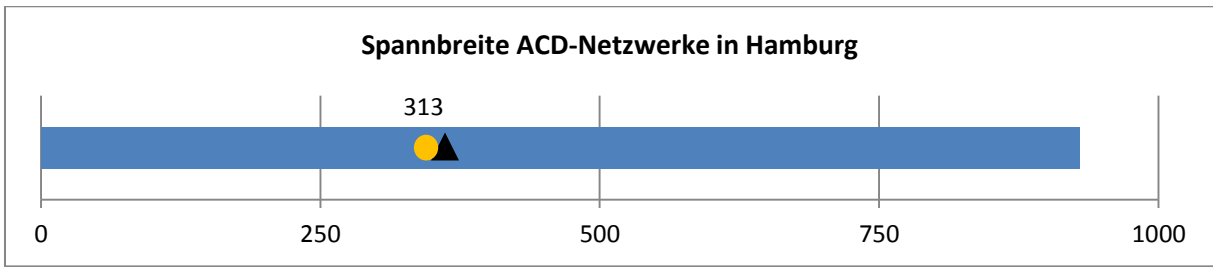
Zähler: ACD-Patienten mit einer Verschreibung von Pregabalin (ATC Code N03AX16)  
 Nenner: Alle ACD-Patienten mit Diagnose F11

**Indikator 3:** Durchschnittlich verschriebene Dosis Pregabalin in Tagesdosen bei Patienten mit der Diagnose F10



Zähler: Durchschnittlich verschriebene Tagesdosen in DDD (Die Tagesdosis bezieht sich auf die mittlere Tagesdosis für Erwachsene, die für die Hauptindikation entsprechend dem ATC-Code empfohlen wird.)  
 Nenner: Alle ACD-Patienten mit Diagnose F10

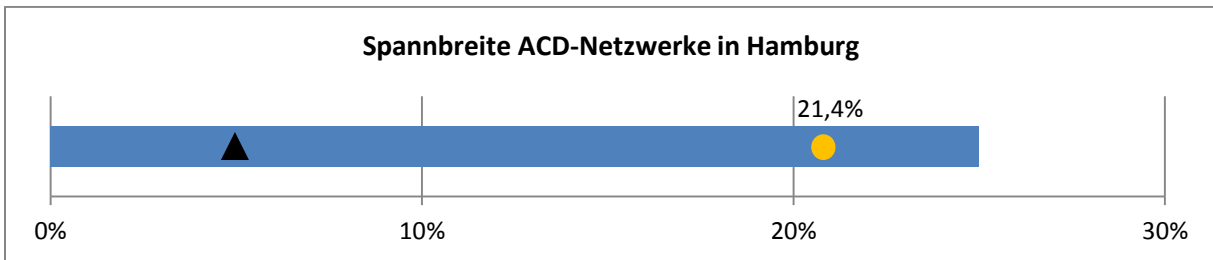
**Indikator 4:** Durchschnittlich verschriebene Dosis Pregabalin in Tagesdosen bei Patienten mit der Diagnose F11



Zähler: Durchschnittlich verschriebene Tagesdosen in DDD (Die Tagesdosis bezieht sich auf die mittlere Tagesdosis für Erwachsene, die für die Hauptindikation entsprechend dem ATC-Code empfohlen wird.)

Nenner: Alle ACD-Patienten mit Diagnose F11

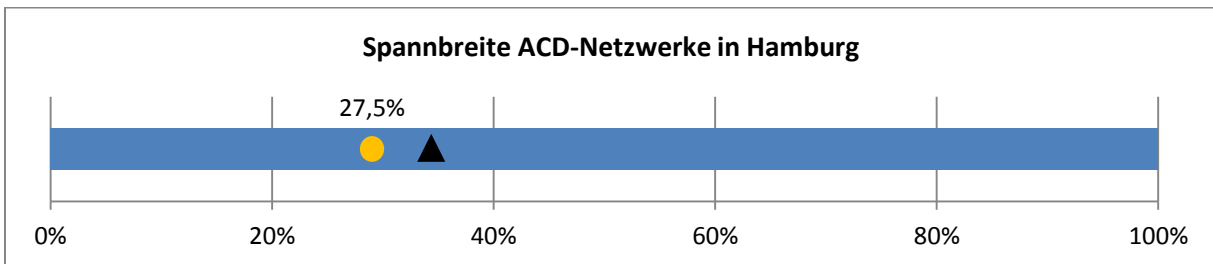
**Indikator 5:** Anteil der Patienten mit der Diagnose F10 und Verschreibungen von Pregabalin mit mehr als 360 Tagesdosen



Zähler: Anteil der ACD-Patienten mit mehr als 360 verschriebenen Tagesdosen (Die Tagesdosis bezieht sich auf die mittlere Tagesdosis für Erwachsene, die für die Hauptindikation entsprechend dem ATC-Code empfohlen wird.)

Nenner: Alle ACD-Patienten mit Diagnose F10

**Indikator 6:** Anteil der Patienten mit der Diagnose F11 und Verschreibungen von Pregabalin mit mehr als 360 Tagesdosen



Zähler: Anteil der ACD-Patienten mit mehr als 360 verschriebenen Tagesdosen (Die Tagesdosis bezieht sich auf die mittlere Tagesdosis für Erwachsene, die für die Hauptindikation entsprechend dem ATC-Code empfohlen wird.)

Nenner: Alle ACD-Patienten mit Diagnose F11

Akronym: ACD

Förderkennzeichen: 01VSF16046



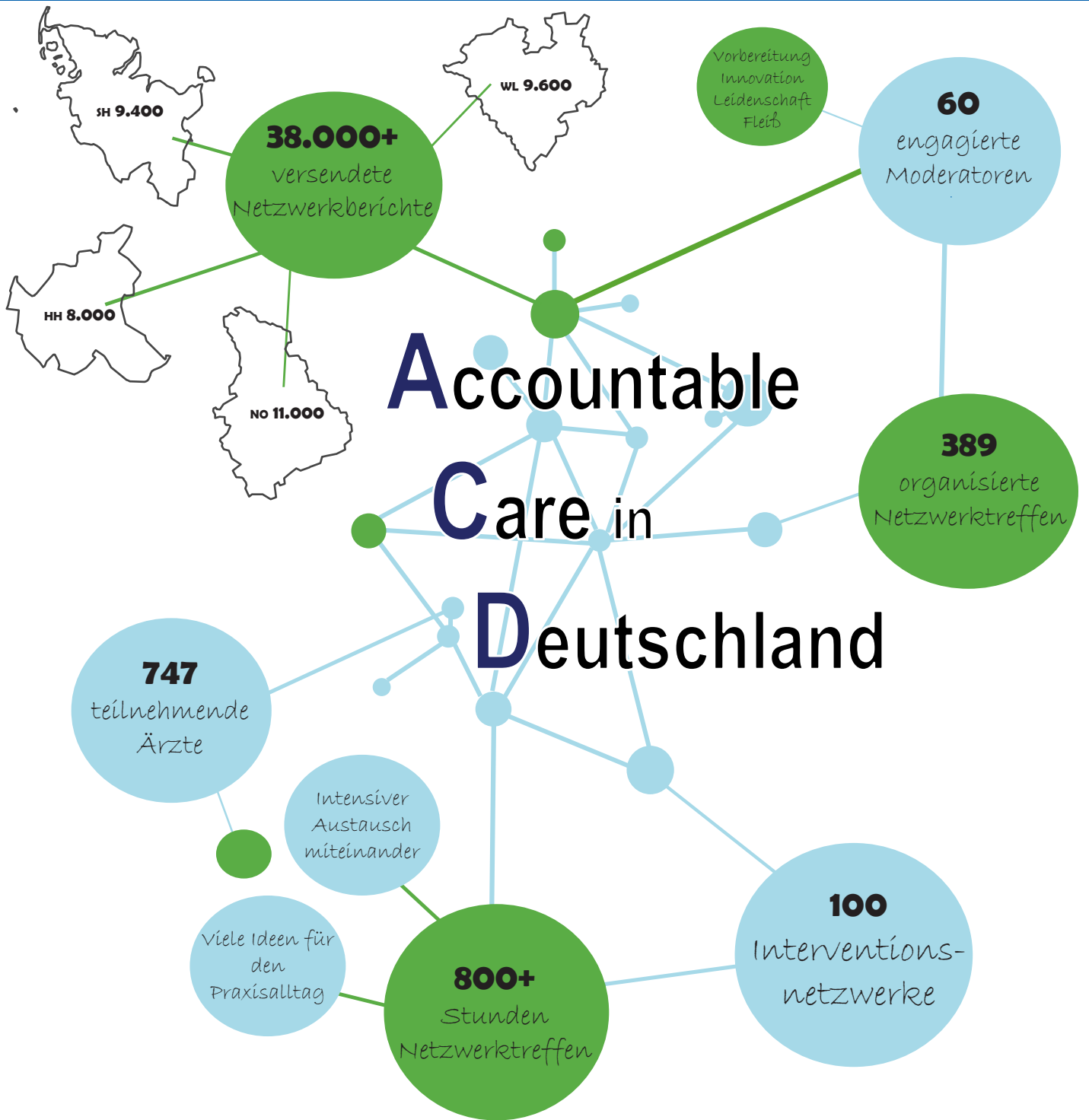
## Anlage 3.4.1. Anschreiben und Netzwerkinformationen

### *Dankesflyer*

Gefördert durch:



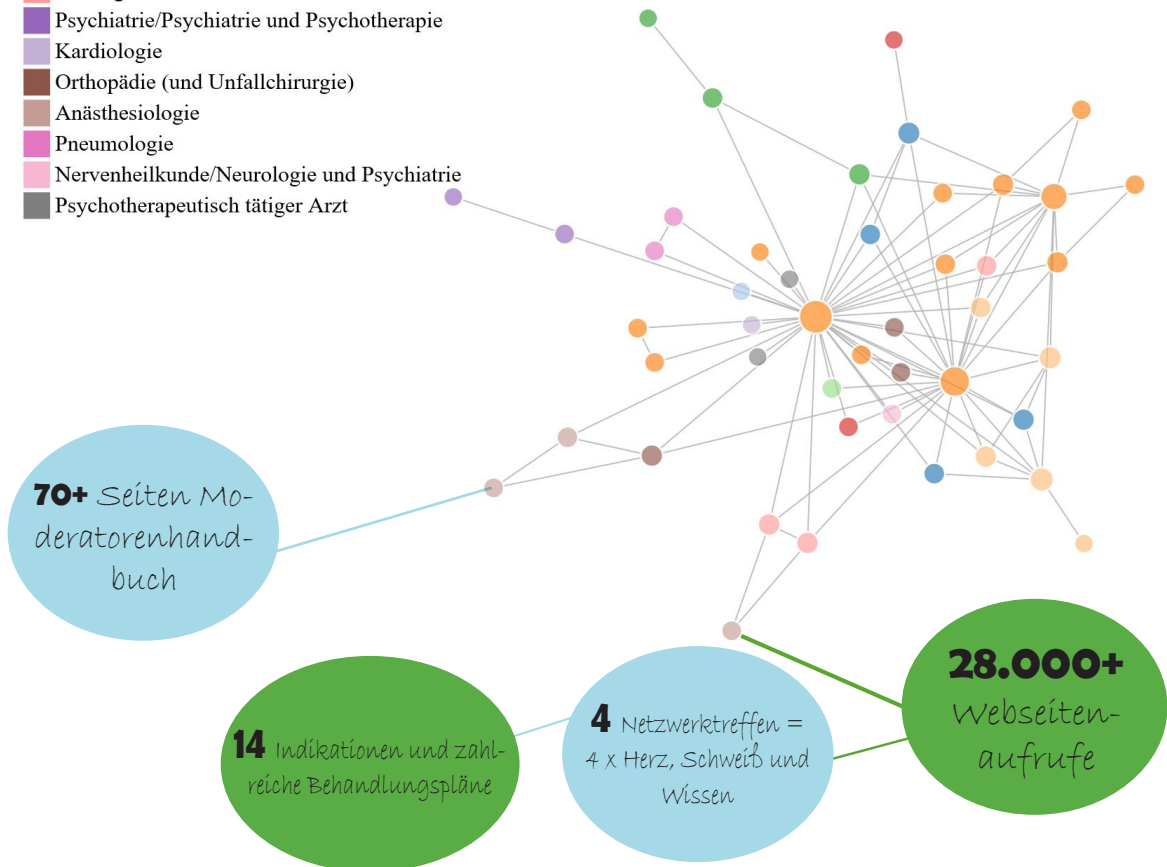
# Wir sagen Danke - Accountable Care in Deutschland (ACD)



# Wir sagen Danke - Accountable Care in Deutschland (ACD)

- Endokrinologie/Diabetologie
- Hämatologie/Onkologie
- Frauenheilkunde
- Nuklearmedizin
- Gastroenterologie
- Rheumatologie (der Inneren Medizin)
- Allgemeinmedizin
- Chirurgie
- Psychiatrie/Psychiatrie und Psychotherapie
- Kardiologie
- Orthopädie (und Unfallchirurgie)
- Anästhesiologie
- Pneumologie
- Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie
- Psychotherapeutisch tätiger Arzt

## Beispiel ACD-Netzwerk



## Arterielle Hypertonie

### Definition, Pathophysiologie, Epidemiologie und sozialmedizinische Bedeutung

Arterielle Hypertonie ist nach europäischer Leitlinie ESH/ESC definiert als ein Blutdruckmesswert von  $\geq 140/90$  mmHG. Bei diesem Blutdruck überwiegen die, durch Studien belegten, Vorteile einer Therapie (entweder Lebensstiländerung oder Medikation) deren Nachteile.

Die chronische arterielle Hypertonie verdoppelt das Risiko für die Entwicklung bzw. Progression der KHK, Herzinsuffizienz, Schlaganfälle, Niereninsuffizienz und paV. Eine adäquate medikamentöse Therapie führt zur deutlichen Senkung der Risiken. In Deutschland werden 48 % der Hypertoniker\_innen nicht oder nicht ausreichend behandelt, 52 % erhalten eine Therapie.

Die isolierte Betrachtung des Blutdrucks greift zur Risikoabschätzung und Therapieplanung bei Patient\_innen mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko insgesamt zu kurz. Eine effektive Minimierung des kardiovaskulären Risikos ist nach DEGAM Leitlinie nur über eine patient\_innenindividuelle Therapie zu erreichen. Rauchen, Erhöhung von Blutdruck und/oder Cholesterin, Typ-2-Diabetes Mellitus, positive Familienanamnese (Gefäßerkrankung bei Verwandten 1. Grades, Männer bis 55, Frauen bis 65 Jahre), Übergewicht mit bauchnaher Fettverteilung oder Adipositas sollten berücksichtigt werden.

Das kardiovaskuläre Risiko kann über den PROCAM-Score einfach ermittelt werden. (Der PROCAM-Schnelltest basiert auf der PROCAM-Studie und gilt für Frauen und Männer im Alter von 20 bis 75 Jahren zur Ermittlung des Risikos für einen Herzinfarkt innerhalb der nächsten 10 Jahre). Im Sinne der SDM (Shared Decision Making) empfiehlt sich eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem arriba® tool [<https://arriba-hausarzt.de/>].

Pathophysiologisch steht der arterielle Druck über zwei Hauptdeterminanten. 1. Herzminutenvolumen (HMV) und 2. den peripheren Gefäßwiderstand in Beziehung. Das HMV ist eine Funktion von Frequenz und Schlagvolumen, der Gefäßwiderstand eine Funktion von Gefäßstruktur und –funktion. Über das komplexe Zusammenspiel dieser Faktoren ergeben sich Folgen für die möglichen Endorganschädigungen an Herz, Niere, Gehirn und Gefäßsystem. Dazu sei auf die Literatur verwiesen (s.u.). Die essentielle (primäre) Hypertonie ist mit 40 % im bundesweiten Durchschnitt die häufigste Abrechnungsdiagnose in der Fachgruppe der Hausärzt\_innen. Die Geschlechtsverteilung liegt bei 38 % Frauen und 42 % Männer. Frauen sind nach der Menopause häufiger betroffen als Männer, die schon in jüngeren Altersbereichen hypertone Blutdruckmesswerte aufweisen.

Eine sekundäre Hypertonie, liegt bei bis zu 15 % der Hochdruck-Patient\_innen vor. Ursächlich zu nennen sind am häufigsten Nierenerkrankungen (renovaskuläre oder renoparenchymatöse Erkrankungen), hormonelle Störungen (z.B. Graviditätshochdruck), Schilddrüsenüberfunktion, Erkrankung der Nebennierenrinde, Medikamente z.B. orale Kontrazeptiva, Glukokortikoide. Das Schlafapnoe-Syndrom und eine angeborene Stenose der Aorta gehören gleichfalls hierher. Die Therapie des erhöhten Blutdrucks besteht in der Behandlung der Grunderkrankung.

Die europäische Leitlinie ESH/ESC 2018 empfiehlt die Senkung des arteriellen Druckes unter 140/90 mmHg und (erstmalig in einer Leitlinie) nicht unter 120/70mmHG! Mit der neuen Hypertonie-Leitlinie 2018 wird erstmalig die Initialtherapie mit einer fixen 2-fach Kombination empfohlen (in D nicht Zulassungskonform!). Insgesamt ist die Orientierung am KBV Medikationskatalog zu empfehlen (s.u.).

Die Messung des Blutdrucks beim Hausarzt oder bei der Hausärztin stellt immer noch den Goldstandard der Detektion von bislang nicht behandelten Patient\_innen mit erhöhtem Blutdruck dar; trotz aller bekannten Nachteile (Weißkittel-Hochdruck). Der in der Praxis gemessene Blutdruck bildet eine kontinuierliche Beziehung zur Inzidenz kardiovaskulärer Ereignisse ab, einschließlich Schlaganfall, Myokardinfarkt, plötzlicher Herztod, Herzinsuffizienz und periphere arterielle Verschlusskrankheit sowie terminale Niereninsuffizienz.



Häusliche Blutdruckselbstmessung, 24-h RR-Messung und andere definierte Methoden sind keine konkurrierenden Modelle zur Praxismessung, sondern ergänzen das Spektrum der Diagnostik. Die Methoden sollten anhand von Leitlinienstandards angewandt werden, insbesondere um seltenere Formen der BD-Erhöhung zu detektieren (maskierte Hypertonie).

Blutdruckerhöhung tritt i.d.R. nicht isoliert auf und bedarf der multidisziplinären Zusammenarbeit. Hausarzt/Hausärztin, Diabetologie, Kardiologie, Nephrologie, Physiotherapie, Lipidologie und andere sind im Rahmen von Diagnostik und Therapie ggf. gefragt.

Die maligne Hypertonie ist ein hypertensiver Notfall und wird klinisch definiert als ein sehr stark erhöhter Blutdruck assoziiert mit ischämischen Organschäden in Retina, Nieren, Herz oder Gehirn. Häufig ist es notwendig diese Patient\_innen stationär einzuweisen. Die stationäre Behandlung basiert auf Medikamenten, die mittels intravenöser Infusion appliziert und titriert werden können.

## Webseiten und Literatur

- [1] <http://www.eshonline.org/guidelines/arterial-hypertension/>
- [2] [https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-024\\_Risikobewertung%20kardiovaskul.%20Praevention/053-024k\\_Hausaerztliche%20Risikobewertung%20kardiovaskul.%20Praevention.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-024_Risikobewertung%20kardiovaskul.%20Praevention/053-024k_Hausaerztliche%20Risikobewertung%20kardiovaskul.%20Praevention.pdf)
- [3] <https://leitlinien.dgk.org/2014/pocket-leitlinie-management-der-arteriellen-hypertonie/>
- [4] [https://www.hochdruckliga.de/tl\\_files/content/dhl/downloads/2014\\_Pocket-Leitlinien\\_Arterielle\\_Hypertonie.pdf](https://www.hochdruckliga.de/tl_files/content/dhl/downloads/2014_Pocket-Leitlinien_Arterielle_Hypertonie.pdf)
- [5] <https://www.aerzteblatt.de/archiv/195187/Arterielle-Hypertonie-Das-Leid-mit-den-Leitlinien>
- [6] [https://www.hochdruckliga.de/tl\\_files/content/dhl/presse/Bluthochdruck-Zahlen-2017.pdf](https://www.hochdruckliga.de/tl_files/content/dhl/presse/Bluthochdruck-Zahlen-2017.pdf)
- [7] <http://www.kbv.de/html/medikationskatalog.php?disallow=true>
- [8] Harrisons Lehrbuch der Inneren Medizin 2012 Band 2 Seite 2198 – 2216
- [9] Praktische Telemedizin in Kardiologie und Hypertensiologie 2009 ISBN: 9783131560513 Thieme

## COPD

### Definition, Pathophysiologie, Epidemiologie und sozialmedizinische Bedeutung

Die COPD ist eine chronische Lungenerkrankung mit progredienter, auch nach Gabe von Bronchodilatoren und/oder Corticosteroiden nicht vollständig reversible Atemwegsobstruktion. Die Einschränkung der Lungenfunktion wird nach Spirometrie in verschiedene Schweregrade eingeteilt. Die wichtigsten Symptome der COPD sind Atemnot bei Anstrengung und chronischer Husten mit oder ohne Auswurf. Schwächegefühl, Anorexie und Gewichtsverlust können mit fortschreitender Krankheit auftreten.

Die Atemwegsobstruktion hat zwei wesentliche Ursachen: Eine Entzündung im Bereich der kleinen Atemwege (obstruktive Bronchiolitis) und eine Destruktion von Lungengewebe (Emphysem). Die chronische Bronchitis (3 Monate an 2 aufeinander folgenden Jahren mit Husten und Auswurf) kann der COPD vorausgehen oder nachfolgen. Tabakrauchen ist vor beruflichen inhalativen Noxen und anderen endogenen und exogenen Faktoren der wichtigste Risikofaktor.

Prävalenzschätzungen der COPD in der Gesamtbevölkerung liegen bei ca. 1 % bezogen auf alle Altersgruppen und Geschlecht mit einem steilen Anstieg auf über 10 % für Personen ab dem 40. Lebensjahr. Bis zum Jahr 2020 kann man, bei Fortsetzung des gegenwärtigen Trends, mit einer Zunahme der Morbidität und Mortalität rechnen. Das bedeutet COPD rückt auf Platz 3 der Todesursachenstatistik auf.

Stationäre Einweisungen tragen mit einem Anteil von 40-60 % erheblich zu den direkten Krankheitskosten bei, die besonders bei akuten Exazerbationen erforderlich werden. Deutschland weist eine der weltweit höchsten Krankenhauseinweisungsraten auf (200 pro 100.000 Einwohner). Aus gesundheitsökonomischer Sicht kommt daher einer Verzögerung der Schweregradprogression und einer Reduktion der Exazerbationsraten eine besondere Bedeutung zu.

Von besonderer Bedeutung im Rahmen der ambulanten Versorgung von manifester COPD oder Risikopatient\_innen sind anzusehen:

- Diagnostik (insbes.: Raucher- und Arbeits-Anamnese, Spirometrie, Plethysmographie, BGA, CLCO, Bildgebung)
- Therapie nach Stufenschema (medikamentöse Therapie siehe Medikationskatalog der KBV)
- Prävention (Rauchentwöhnung, Impfungen, körperliches Training)
- Maßnahmen bei Exacerbation (leichte bis sehr schwere Exazerbationen)
- Rehabilitation

### Disease Management Programme (DMP)

In Deutschland wird dieses Gesamtbehandlungskonzept im Rahmen von so genannten Disease-Management-Programmen umgesetzt. Disease Management Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, die vom Bundesversicherungsamt (BVA) zugelassen sind. Zur Förderung der DMP erhalten die Krankenkassen im Rahmen des „morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für jeden eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten.

**Konfliktfelder:** Teilweise offensives Vorgehen der Krankenkassen um Versicherte im DMP einzuschreiben.

Keine scharfen Grenzen für Überweisungen auf die nächste Ebene der Versorgung, da die Therapieziele individualisiert sind.

Strukturierte Feedback-Berichte werden vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) zur Verfügung gestellt. Diese habe eine Ähnlichkeit zu den Netzwerkberichten, aber im DMP wird die einzelne Praxis in der Zielerreichung vertraglich vereinbarter Qualitätsziele dargestellt.

## Webseiten und Literatur

- [1] [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/020-006l\\_S2k\\_COPD\\_chronisch-obstruktive-Lungenerkrankung\\_2018-01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-006l_S2k_COPD_chronisch-obstruktive-Lungenerkrankung_2018-01.pdf)
- [2] <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/copd/archiv/copd-vers1.9-lang.pdf>
- [3] <https://www.patienten-information.de/mdb/downloads/nvl/copd/copd-1aufl-vers1-4-pll.pdf>
- [4] <https://www.erswhitebook.org/>
- [5] <https://www.g-ba.de/downloads/40-268-21/2004-09-21-dmp-copd-grund.pdf>
- [6] <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/139/>
- [7] <https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/copd/therapien/index.html>
- [8] <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/76/>
- [9] <http://www.kbv.de/html/medikationskatalog.php>

## Influenza

### Definition, Pathophysiologie, Epidemiologie und sozialmedizinische Bedeutung

Grippe ist eine schwere, in der Regel saisonale, epidemisch auftretende, impfpräventable Erkrankung (60-70 % Impfschutz, bei Menschen >65 geringer) der oberen und unteren Luftwege mit möglichen erheblichen individuellen Krankheitsfolgen bis hin zum Tod sowie erheblichen sozioökonomischen Auswirkungen.

Ätiologisch sind Influenzaviren A und B mit saisonal variabler Antigenzusammensetzung in 0-22 % für eine Pneumonie verantwortlich, je nach epidemiologischer Situation. Der Aufbau einer lebenslangen Immunität beim Individuum ist durch die Eigenschaften des Influenzavirus erschwert und macht es erforderlich Impfstoffe an die Antigenvariabilität des Virus in jeder Saison erneut anzupassen.

Die ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die jährliche Impfung gegen die saisonale Influenza aktuell für Personengruppen (siehe aktuelle STIKO-Empfehlungen) jeden Alters mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens. Die Anwendung eines quadrivalenten Impfstoffes mit aktueller, von der WHO empfohlener, Antigenkombination ist in Deutschland zur Saison 2018/2019 Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

Risikogruppen sind Kinder bis zum 4. Lebensjahr, Senioren über 65 Jahre, Schwangere, Kinder und Jugendliche die dauerhaft ASS einnehmen (Reye-Syndrom), Erwachsene und Kinder mit Diabetes, Nierenfunktionsstörungen, Immunschwäche (z.B. iatrogen, HIV) sowie Bewohner\_innen von Pflegeeinrichtungen. Neben den pulmonalen Komplikationen treten auch extrapulmonale Komplikationen auf die v.a. auf einer Verschlechterung bestehender chronischer Grundleiden im renalen und kardiopulmonalen Bereich beruhen. Neurologische Komplikationen und Myositiden sind insgesamt selten. Die Influenzapneumonie kann zu einer sekundären bakteriellen Pneumonie Anlass geben. Diese ist dann mit einer höheren Mortalität behaftet.

### Webseiten und Literatur

- [1] <http://www.dvv-ev.de/Therapieempfehlungen/KonsTab1.pdf>
- [2] <http://www.dvv-ev.de/Therapieempfehlungen/default.html>
- [3] <https://www.pei.de/DE/infos/fachkreise/impfungen-impfstoffe/influenza-grippeimpfstoffe-saisonal/influenza-grippeimpfstoffe-node.html#related-0>
- [4] <https://influenza.rki.de/Arbeitsgemeinschaft.aspx>
- [5] <https://influenza.rki.de/>
- [6] Harrison's Textbook of Internal Medicine Band 2 German Edition S.1605 - 1612

## Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

### Definition, Pathophysiologie, Epidemiologie und sozialmedizinische Bedeutung

Die Pneumonie ist eine durch Mikroorganismen hervorgerufene Infektion mit konsekutiver Entzündung im Bereich der Alveolen mit oder ohne Beteiligung der Bronchien und/oder der Bronchiolen. Der ambulant erworbenen Pneumonie (CAP: community-acquired pneumonia) steht die nosokomiale (in der Klinik erworbene) Pneumonie gegenüber.

Der häufigste Pathomechanismus ist die Aspiration aus dem Oropharynx. Tröpfcheninhalation bei epidemischem Auftreten (z.B. Grippepneumonie) steht an zweiter Stelle der Ursachen. Hämatogene Fortleitung ist selten Ursache für Pneumonie. Ätiologisch nachweisbar sind Strep. Pneumoniae (30-40 %), gefolgt von Mykoplasma pneumoniae, Haemophilus infl. und respiratorischen Viren (Influenza, Parainfluenza, RSV, Adenoviren je 10 %), Legionellen (<5 %). Sehr selten sind Staph. aureus. sowie Enterokokken. Für ca-MRSA-Pneumonie werden bislang nur Einzelfälle in Deutschland gemeldet.

Das Alter der Patient\_innen, die Funktionalität und die Immunkompetenz spielen bei der Entstehung einer CAP eine wichtige Rolle. Ältere und jüngere Menschen tragen auf Grund ihrer eingeschränkten Immunität und anderer altersbedingter Faktoren die Hauptkrankheitslast an Pneumonien. Die STIKO gibt folgende Empfehlung zur Impfung gegen Pneumokokken:

- Personen  $\geq$  60 Jahre (Standardimpfung)
- Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer der folgenden Grundkrankheiten (Indikationsimpfung):
  1. Angeborene oder erworbene Immundefekte bzw. Immunsuppression
  2. Sonstige chronische Krankheiten
  3. Anatomische und Fremdkörper-assoziierte Risiken

### Fazit

Die ambulant erworbene CAP ist die weltweit am häufigsten tödlich verlaufende Infektionserkrankung. CAP sollte mit Hilfe der in den Leitlinien aufgeführten Scores einer ambulanten oder stationären Versorgung durch eine Risikostratifizierung unmittelbar zugeführt werden. Ein vereinfachtes Assessment des/der Patient\_in ist damit ohne Einbußen für die Sicherheit auch im ambulanten Bereich möglich. Die CAP wird, verglichen mit akuten kardiovaskulären Erkrankungen wie z.B. dem akuten Koronarsyndrom, in ihrer Letalität deutlich unterschätzt und ist bei erwachsenen hospitalisierten Patient\_innen mit bis zu ca. 13 % weiterhin hoch. Da andererseits die CAP in einem erheblichen Anteil der erwachsenen Patient\_innen ein mögliches terminales Ereignis in einem hohen Lebensalter bei schwerer Komorbidität bzw. schlechter Funktionalität darstellt, sollte die Frage nach dem Therapieziel bereits am Tag der Diagnose im Einklang mit dem Willen des/der Patient\_in geklärt werden.

Die Kosten einer stationären Behandlung der CAP übersteigen die Kosten einer ambulanten Behandlung ca. um den Faktor 20. Die Entscheidung für eine ambulante Behandlung ist nicht einfach und sollte zu allererst auf Grund der ärztlichen Einschätzung, ergänzt um evaluierte Scores z.B. des CRB-65 sowie Einbeziehung von Funktionalität und Komorbidität getroffen werden. Eine Gruppierung der erwachsenen Patient\_innen nach Leitlinie der DGP (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin) NHAP 1a, 1b und 2 (NHAP: nursing-home-acquired-pneumonia) ist zur Einschätzung des Schweregrades hilfreich.

Wichtige einschränkende Faktoren, die die ambulante Behandlung der CAP trotz leichten Schweregrades „0“ im CRB-65 Score sind:

- Hypoxämie/Sauerstoffpflichtigkeit
- instabile Komorbiditäten
- Komplikationen (z. B. Pleuraerguss)
- soziale Faktoren (z. B. fehlende häusliche Versorgung)
- nicht gewährleistete ärztliche Reevaluation nach 48 bis 72 Stunden

Diagnostische Prozeduren z.B. Thoraxröntgen, Laboruntersuchungen, Messung der Oxygenierung richten sich nach Alter, Komorbidität und Funktionalität des/der Patient\_in und in erster Linie nach der klinischen Einschätzung des Arztes. Bei einer kalkulierten Antibiotikaverordnung sollte das zu erwartende Erregerspektrum berücksichtigt werden. Die in Frage kommenden Therapieoptionen der antibiotischen Therapie sind dem Medikationskatalog der KBV zu entnehmen.

## Webseiten und Literatur

- [1] [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/020-020I\\_S3\\_ambulant\\_erworbene\\_Pneumonie\\_Behandlung\\_Praevention\\_2016-02-2.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-020I_S3_ambulant_erworbene_Pneumonie_Behandlung_Praevention_2016-02-2.pdf)
- [2] [https://pneumologie.de/fileadmin/user\\_upload/Leitlinien/s-0042-101873.pdf](https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/Leitlinien/s-0042-101873.pdf)
- [3] [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/048-013I\\_S2k\\_pCAP\\_ambulant\\_erworbene\\_Pneumonie\\_\\_Kinder\\_Jugendliche\\_2017-06.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/048-013I_S2k_pCAP_ambulant_erworbene_Pneumonie__Kinder_Jugendliche_2017-06.pdf)
- [4] <https://www.aerzteblatt.de/archiv/195086/Ambulant-erworbene-Pneumonie-bei-Erwachsenen>
- [5] <http://www.kbv.de/html/medikationskatalog.php>

## Vorhofflimmern

### Definition, Pathophysiologie, Epidemiologie und sozialmedizinische Bedeutung

Vorhofflimmern (VHF) ist die häufigste chronische Herzrhythmusstörung. 1-2 % der Bevölkerung sind in Deutschland betroffen, das heißt ca. 1,8 Millionen Menschen. Die Dunkelziffer ist hoch. VHF ist eine Erkrankung des mittleren Lebensalters. Die Häufigkeit von VHF steigt mit zunehmendem Alter und liegt bei 80-jährigen bei 10 % bei 85-jährigen bei 18 %. Männer sind 1,5 Mal häufiger betroffen als Frauen. VHF ist eine chronisch fortschreitende Störung der Vorhoferregung mit irregulärem Kammerrhythmus. Am Beginn kann VHF asymptomatisch sein und im späteren Verlauf zu individuell unterschiedlichen Beschwerden führen. Die Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit ist sehr variabel. Tod, Schlaganfall, Krankenhausaufenthalte, Minderung der Lebensqualität, linksventrikuläre Insuffizienz, kognitive Defizite und Demenz sind die häufigsten Ereignisse, die Morbidität und Mortalität bei VHF bestimmen.

Das Risiko von Schlaganfällen und die Entstehung einer Herzinsuffizienz ist mit 15 % hoch. VHF bleibt häufig unerkannt, bei 50-80 % der Patient\_innen verläuft die Erkrankung asymptomatisch und paroxysmal. Es besteht ein linearer Zusammenhang zwischen Zeitdauer des VHF und Auftreten von Embolien und Schlaganfällen. Bei Patient\_innen >65 Jahre ist das Risiko 2,5fach erhöht unter VHF einen Schlaganfall zu erleiden. VHF lässt sich anhand der Frequenz (normofrequent, tachykard, bradykard), von der Dauer der Arrhythmie (paroxysmal, persistierend, permanent) und auf Grund der Pathogenese (valvulär betreffend die Mitralklappe und nicht-valvulär) einteilen. Ursachen und Verstärker des VHF sind vielfältig, zu 50 % entsteht VHF idiopathisch.

Allein durch kardiologische Routinediagnostik (EKG, 24 h EKG, Herzsonografie) kann ein großer Teil der Patient\_innen mit VHF nicht erkannt werden. Stumme Episoden mit VHF sind 12mal häufiger als symptomatische und genauso gefährlich wie permanentes AF (atriales Flimmern). Die Abklärung von Gefäßerkrankungen und anderen Komorbiditäten müssen in die Diagnostik eingeschlossen sein.

### Hat eine Antikoagulation für den betreffenden Patient\_innen einen Nutzen?

Die in den ESC-Guidelines gegebenen Empfehlungen sind umfangreich und orientieren sich an zahlreichen Patient\_innenfaktoren wie Alter, Vorerkrankungen, Gravidität etc. und haben gemeinsam zum Ziel thrombembolische Risiken zu minimieren. Verschiedene Scores und Entscheidungshilfen sind zur Abschätzung von Schlaganfall- und Blutungsrisiko und dem Einsatz der verfügbaren Antikoagulantien verfügbar, z.B. **CHA2DS2-VASc** und **HAS-BLED Score** (in der Leitlinie und online zu finden).

Antikoagulanzen sind das Mittel der Wahl zur Schlaganfallprophylaxe. Die Auswahl der Medikation NOAKs versus Vitamin K-Antagonisten könnte ein Diskussionsgegenstand bei den Netzwerktreffen werden. ASS und Clopidogrel sind keine leitliniengerechte Optionen zur Schlaganfallprophylaxe. Die Entscheidung ob eine und wenn ja welche Antikoagulation, kann möglicherweise im Konsens durch behandelnde Ärzte und Ärztinnen (stationär/ambulant/Kardiologie/Hausarzt&Hausärztin) und Patient\_in/Angehörige getroffen werden.

### Webseiten und Literatur

- [1] <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/LF/PDF/OAKVHF.pdf>
- [2] [https://leitlinien.dgk.org/files/2016\\_PLL\\_Vorhofflimmern\\_2Auflage\\_%c3%bcberarbeitet.pdf](https://leitlinien.dgk.org/files/2016_PLL_Vorhofflimmern_2Auflage_%c3%bcberarbeitet.pdf)
- [3] <http://www.kbv.de/html/medikationskatalog.php>
- [4] <https://arriba-hausarzt.de/was-ist-arriba/module>
- [5] KV-Ebene: regionale Wirkstoffvereinbarungen

## Divertikulose und Divertikelkrankheit

### Definition, Pathophysiologie, Epidemiologie und sozialmedizinische Bedeutung

Die Divertikulose (asymptomatisches Vorhandensein von Pseudodivertikeln des Dickdarms) und die Divertikelkrankheit (Divertikulose mit klinisch signifikanten Symptomen) gehören mit einer Prävalenz zwischen 28-45 % in der Gesamtbevölkerung und über 60 % bei den über 70-jährigen zu den häufigsten Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts. Komplikationen einer Divertikulose sind Entzündung (Abszessbildung, gedeckte oder nicht Perforation, Peritonitis), Vernarbungen, Fisteln mit Nachbarorganen und Blutungen.

Studien geben Hinweise, dass die Lebensqualität nach einer akuten Divertikulitis gemindert ist und die komplizierte akute Divertikulitis hat eine relevante Letalität (bis zu 25 %). In den westlichen Ländern ist in den letzten Jahrzehnten eine weitere Zunahme der Hospitalisierungsrate wegen Komplikationen der Divertikelkrankheit zu beobachten.

### Diagnose und Therapie

Die Feststellung von Divertikeln ohne Symptome hat keinen Krankheitswert und erfordert keine Behandlung. Dennoch sollten beeinflussbare Risikofaktoren untersucht werden, um Komplikationen vorzubeugen. Das diagnostische Vorgehen bei Divertikel-Krankheit sollte folgende Fragen zu beinhalten:

- Bestehen Risikofaktoren für einen komplizierten Verlauf? (insbesondere Medikamente und Komorbiditäten)
- Ist eine Behandlung nötig?
- Wenn ja:
  - Dringlichkeit der Behandlung?
  - Therapie stationär oder ambulant?
  - Antibiotikagabe notwendig? Oral oder parenteral?
  - OP-Indikation? Wann?

Die Leitlinie empfiehlt einen diagnostischen Algorithmus und eine neue Klassifikation (Classification of diverticular disease-CDD, Tabelle 10, S.67), sowie Entscheidungskriterien, um diese Fragen beantworten zu können.

### Webseiten und Literatur

- [1] S2k Leitlinie Divertikelkrankheit/Divertikulitis (bis 31.12.2018 gültig, befindet sich in Überarbeitung)  
Online: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/021-020.html>
- [2] WSES Guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting  
Sartelli et al. World Journal of Emergency Surgery (2016)
- [3] Divertikelkrankheit und Divertikulitis - Althergebrachte Vorstellungen werden auf den Kopf gestellt -  
Deutsches Ärzteblatt | Jg. 112 | Heft 21–22 | 25. Mai 2015 A
- [4] Patient\_innen Ratgeber: Divertikel des Dickdarms Gastro Liga  
Online: [https://www.gastro-liga.de/fileadmin/download/Divertikel\\_des\\_Dickdarms-132-06-17.pdf](https://www.gastro-liga.de/fileadmin/download/Divertikel_des_Dickdarms-132-06-17.pdf)



<b>Klassifikation der Divertikulitis / Divertikelkrankheit</b> <b>Classification of diverticular disease - CDD</b>		
<b>Typ 0</b>	<b>Asymptomatische Divertikulose</b>	
		Zufallsbefund; asymptomatisch Keine Krankheit
<b>Typ 1</b>	<b>Akute unkomplizierte Divertikelkrankheit / Divertikulitis</b>	
<b>Typ 1a</b>	Divertikulitis/Divertikelkrankheit ohne Umgebungsreaktion	Auf die Divertikel beziehbare Symptome Entzündungszeichen (Labor): optional Typische Schnittbildgebung
<b>Typ 1b</b>	Divertikulitis mit phlegmonöser Umgebungsreaktion	Entzündungszeichen (Labor): obligat Schnittbildgebung: phlegmonöse Divertikulitis
<b>Typ 2</b>	<b>Akute komplizierte Divertikulitis wie 1b, zusätzlich:</b>	
<b>Typ 2a</b>	Mikroabszess	Gedechte Perforation, kleiner Abszess ( $\leq 1\text{cm}$ ); minimale parakolische Luft
<b>Typ 2b</b>	Makroabszeß	Para- oder mesokolischer Abszess ( $>1\text{cm}$ )
<b>Typ 2c</b>	Freie Perforation	Freie Perforation, freie Luft / Flüssigkeit generalisierte Peritonitis
<b>Typ 2c1</b>	Eitrige Peritonitis	
<b>Typ 2c2</b>	Fäkale Peritonitis	
<b>Typ 3</b>	<b>Chronische Divertikelkrankheit</b> Rezidivierende oder anhaltende symptomatische Divertikelkrankheit	
<b>Typ 3a</b>	Symptomatische unkomplizierte Divertikelkrankheit (SUDD)	Typische Klinik Entzündungszeichen (Labor): optional
<b>Typ 3b</b>	Rezidivierende Divertikulitis ohne Komplikationen	Entzündungszeichen (Labor) vorhanden Schnittbildgebung: typisch
<b>Typ 3c</b>	Rezidivierende Divertikulitis mit Komplikationen	Nachweis von Stenosen, Fisteln, Konglomerat
<b>Typ 4</b>	<b>Divertikelblutung</b>	Nachweis der Blutungsquelle

## Nicht Traumatische Gonarthrose

### Definition, Pathophysiologie, Epidemiologie und sozialmedizinische Bedeutung

[4;5;6]

Die Gonarthrose ist eine multifaktoriell bedingte, degenerative Erkrankung des Femorotibial- und oder Femoropatellargelenks (Kniegelenks). Sie führt zu einer progressiven Zerstörung des Knorpels unter Mitbeteiligung der weiteren Gelenkstrukturen. Sie ist eine im Alter häufige Erkrankung und führt zu Schmerzen und Funktionsminderung bis zum Funktionsverlust des Kniegelenks.

In der ambulanten Versorgung gehört die Kniegelenksarthrose zu den 30 häufigsten Einzeldiagnosen: Gonarthrose war 2010 für 48,8 % aller durch Arthrose veranlassten Krankenhausfälle verantwortlich und wird immer häufiger durch einer Knie-TEP behandelt. Muskuloskeletale Erkrankungen sind die zweithäufigste Ursache für vorzeitige Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

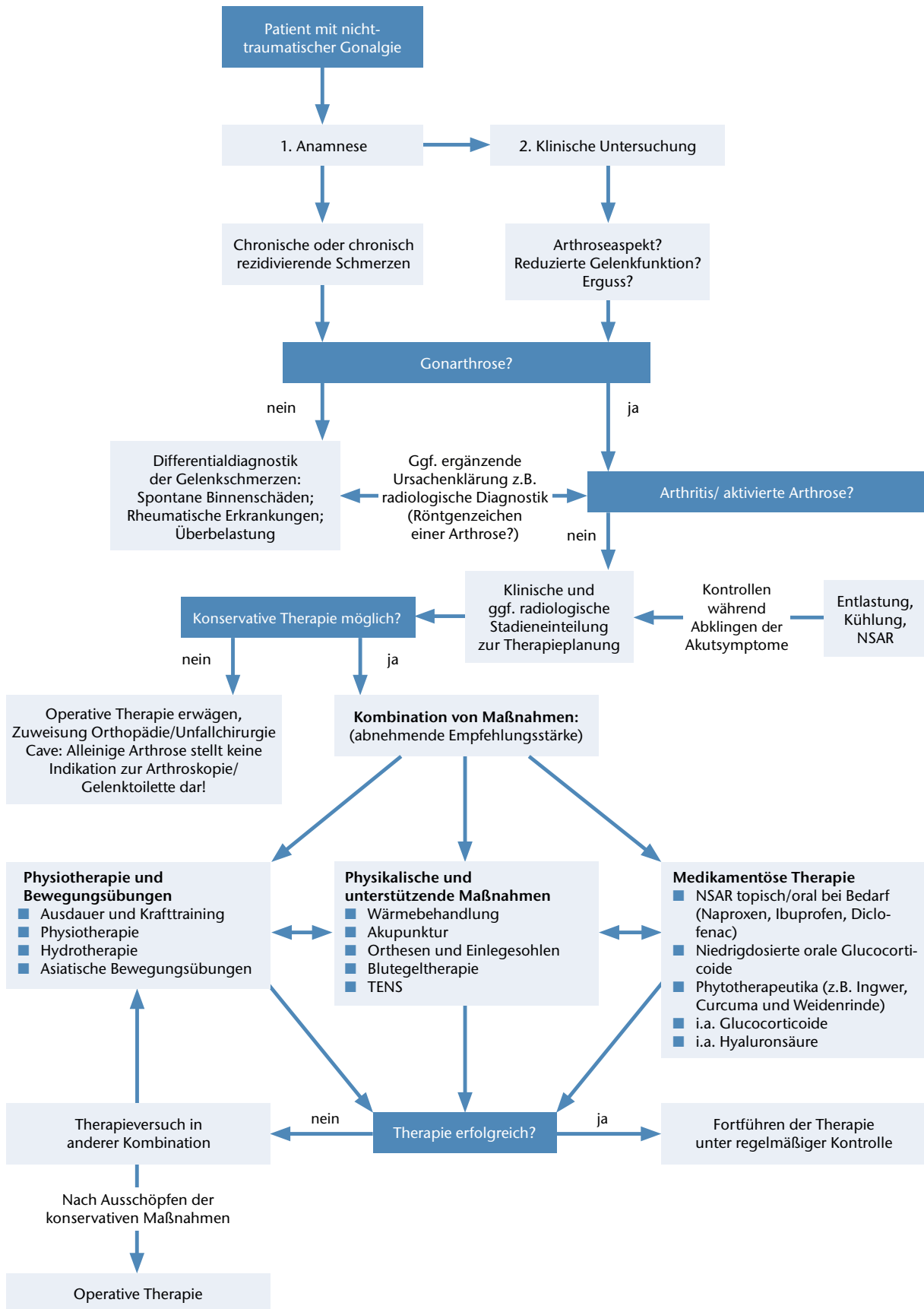
### Diagnosestellung und Behandlung

Diagnostik und Therapie wird in der DEGAM S1 Handlungsempfehlung zusammengefasst (Siehe Grafik S.2). Anlass zur Diskussion könnten die Indikationen operativer Verfahren bieten:

- Die alleinige Arthrose ist keine Indikation zur Arthroskopie/Gelenktoilette und seit 01.04.2016 ist die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen deutlich eingeschränkt.
- In der Behandlung nehmen Knie TEP deutlich schneller zu als die Gonarthrose selbst und es wird von der DEGAM das Einholen einer Zweitmeinung vor chirurgischen Verfahren empfohlen. In der S2k-LL Indikation Knieendoprothese befindet sich eine Checkliste zur Indikation/Kontraindikation für Knie-TEP.

### Webseiten und Literatur

- [1] EBM schränkt die Arthroskopie bei Gonarthrose ab 1. April 2016 deutlich ein
- [2] S2k Leitlinie Gonarthrose  
Online: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/033-004l\\_S2k\\_Gonarthrose\\_2018-01\\_1.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-004l_S2k_Gonarthrose_2018-01_1.pdf)
- [3] S2k-LL Indikation Knieendoprothese  
Online: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/033-052l\\_S2k\\_Knieendoprothese\\_2018-05.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-052l_S2k_Knieendoprothese_2018-05.pdf)
- [4] Robert Koch Institut (RKI). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI; 2015.  
Online: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/GiD/2015/02\\_gesundheit\\_in\\_deutschland.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/GiD/2015/02_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile)
- [5] Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2015) Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen Praxis nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen.
- [6] DEGAM S1-Handlungsempfehlung Chronischer Schmerz (2013, gültig bis 09/18)



## Rückenschmerzen

Die vorliegende Moderationsvorbereitung berücksichtigt zwei sich ergänzende Leitlinien für Kreuzschmerz.

### Definition, Pathophysiologie, Epidemiologie und sozialmedizinische Bedeutung [3;4;5]

Für Kreuzschmerzen gibt es eine Vielzahl von Ursachen und es wird zwischen spezifischen und unspezifischen Kreuzschmerzen unterschieden. Spezifische Rückenschmerzen sind die Folge von Erkrankungen, Verletzungen oder Entzündungen (z. B. Bandscheibenvorfall, Osteoporose). Unspezifische Kreuzschmerzen werden auch als funktionell bezeichnet. Mit einem Verhältnis 1:>4 sind unspezifische Kreuzschmerzen in der Praxis deutlich häufiger.

Kreuzschmerzen gehören zu den häufigsten Beschwerden in Deutschland. Die deutsche Rückenschmerzstudie 2003/2006 ergab, dass bis zu 85 % der Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben Kreuzschmerzen bekommen. Sie führen zu Minderung der Lebensqualität und einer hohen Inanspruchnahme des Gesundheitssystems.

In der ambulanten Versorgung gehören Rückenschmerzen zu den 30 häufigsten Einzeldiagnosen und sind seit Jahren die führende Ursache für Arbeitsunfähigkeit und medizinische Rehabilitation. Muskuloskeletale Erkrankungen stehen bei vorzeitiger Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit an zweiter Stelle. Am häufigsten betroffen sind Personen über 60, Frauen und Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status.

### Diagnose

Anamnese und körperliche Untersuchung sind die Basis der Diagnostik und dienen folgende Zielen:

- Erkennen von Notfällen, die einer dringlichen Behandlung bedürfen (Sogenannte Red Flags)
- Erkennen von Ursachen der Beschwerden, die eine spezifische Therapie erfordern
- Gezielte Steuerung weiterführender Untersuchungen und Vermeiden unnötiger und belastender Untersuchungen, die keine therapeutische Konsequenz haben
- Erkennen von Faktoren („yellow, blue, black flags“), die ein Risiko für die Chronifizierung der Schmerzen sind

Bei Anhalt für spezifischen Kreuzschmerz, werden rechtzeitige spezifische Diagnostik und Therapie empfohlen.

### Wichtige Punkte der Behandlung unspezifischer Kreuzschmerzen

- Partizipative Entscheidungsfindung und gemeinsam vereinbarte Therapieziele
- Frühzeitig multidisziplinäre Herangehensweise
- Interdisziplinäre Koordination
- Gefahr Chronifizierung: psychosoziale und arbeitsbedingte Risikofaktoren frühzeitig erkennen und behandeln.
- Bewegung statt Ruhe, ergonomische Anpassung des Arbeitsplatzes (z.B. höhenverstellbarer Schreibtisch, Stehhilfen etc.)
- Schmerztherapie: so viel wie nötig, so wenig wie möglich. NSAR bevorzugt einsetzen sofern keine Kontraindikationen bestehen

## Webseiten und Literatur

- [1] Nationale Versorgungsleitlinie „Nicht spezifischer Kreuzschmerz“ (betrifft die Diagnosen M54.5; M54.86, -7; M54.96, -7) 2017
- [2] S2k Leitlinie, Spezifischer Kreuzschmerz, Dezember 2017, Stand 26.01.2018 (betrifft die Diagnosen M 42.16-17-18-19-96-97-98-99; M47.26-27-29-86-87-88-99; M54.5; M54.16)
- [3] Robert Koch Institut (RKI). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI; 2015.
- [4] Robert Koch Institut (RKI), Raspe H. Rückenschmerzen. Berlin: RKI; 2012 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 53).
- [5] Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2015) Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen Praxis nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen.
- [6] Leitlinie für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, DGN 2017 „Zervikale Radikulopathie“ M54.12
- [7] DEGAM S1 Handlungsempfehlung Nackenschmerzen (M54.82, M54.92)
- [8] Leitlinie für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, DGN 2012 „Lumbale Radikulopathie“ M54.16 >4 Jahre, wird zurzeit überprüft!
- [9] Leitlinie der DGOOC und BVO „Morbus Scheuermann“ M42.0 (2010)
- [10] DEGAM S1-Handlungsempfehlung Chronischer Schmerz (2013, gültig bis 09/18)
- [11] S3-Leitlinie „Nichtspezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“
- [12] S3-Leitlinie „Fibromyalgiesyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie“ hingewiesen werden.

## Wichtige Punkte aus den Leitlinien

- [13] Ärzte und Patient\_innen Information zur Leitlinie Unspezifischer Kreuzschmerz:  
Online: <https://www.leitlinien.de/nvl/kreuzschmerz>
- [14] Was ist neu in der Nationale Versorgungsleitlinie „Nicht spezifischer Kreuzschmerz“ (betrifft die Diagnosen M54.5; M54.86, -7; M54.96, -7):  
Online: <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/ph/kreuzschmerz-2aufli-flyer.pdf>  
Online: <http://www.dgu-online.de/news-detailansicht/neue-leitlinie-spezifischer-kreuzschmerz.html>

## Chronische Herzinsuffizienz

In der vorliegenden Nationalen Versorgungsleitlinie [1] wird als Schwellenwert für eine reduzierte linksventrikuläre systolische Globalfunktion eine Ejektionsfraktion (LVEF) < 35-40 % angesehen.

Formen der chronischen Herzinsuffizienz:

1. Herzinsuffizienz mit reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion LVEF < 40 %
2. Herzinsuffizienz mit gering eingeschränkter linksventrik. Ejektionsfraktion LVEF 40-49 %
3. Herzinsuffizienz mit erhaltener linksventrik. Ejektionsfraktion LVEF  $\geq$  50 %

Im ambulanten Bereich sollte die Bestimmung der Plasmakonzentration der natriuretischen **Peptide BNP** und **NT-proBNP** nicht generell empfohlen werden. Bei Patient\_innen mit chronischer Herzinsuffizienz sollten weiterführende, insbesondere aufwändige und invasive diagnostische Maßnahmen von **Hausarzt/Hausärztin und Kardiologie gemeinschaftlich geplant werden**.

Die Diagnostik bei V.a. Chronische Herzinsuffizienz ist im klinischen Algorithmus zur Diagnostik der chronischen Herzinsuffizienz zusammengefasst. Basiert auf Anamnese, klinische Untersuchung, EKG, Labor und Echokardiographie. (Abb. 3, Seite 12, NVL-Herzinsuffizienz) Bei herzinsuffizienten Patient\_innen, mit nach Basisdiagnostik und Echokardiographie unklarer Ätiologie der Herzinsuffizienz, für die sich aus einer Herzkatheteruntersuchung therapeutische Konsequenzen ergeben können, soll eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt werden.

**Therapie** (s. Medikationskatalog der KBV [2])

Die NVL empfiehlt einen angepassten Impfschutz, insbesondere eine Grippeimpfung.

### Einweisungskriterien

Eine unmittelbare stationäre Einweisung bei Patient\_innen mit bekannter chronischer Herzinsuffizienz **soll** bei folgenden Indikationen erwogen werden:

- Hypotension oder hydropische Dekompensation als Hinweis auf eine schwere dekompensierte Herzinsuffizienz
- Ruhedyspnoe (Ruhetachypnoe, Sauerstoffsättigung < 90 %)
- Häodynamisch relevante Arrhythmie (inkl. neu aufgetretenem Vorhofflimmern)
- Wiederholte ICD-Schocks
- Bedeutende Elektrolytverschiebungen (Hyponatriämie, Hypo- oder Hyperkaliämie)
- Neu aufgetretene oder dekompensierte Komorbidität (z. B. Pneumonie, Lungenembolie, diabetische Ketoazidose, Schlaganfall, akutes Nierenversagen usw.)
- Dekompensation der Grunderkrankung (z. B. akutes Koronarsyndrom, Ischämie, Klappenfehler usw.)

Eine unmittelbare stationäre Einweisung bei Patient\_innen mit bekannter chronischer Herzinsuffizienz **kann** bei folgenden Konstellationen nach gründlicher Anamnese und klinischer Untersuchung erwogen werden:

- Volumenüberlastung, auch ohne Dyspnoe (typischerweise mit anderweitig nicht erklärter Gewichtszunahme)
- Zeichen und Symptome einer pulmonalen oder systemischen Volumenbelastung auch ohne Gewichtszunahme
- verschlechterte Nierenfunktion
- zunehmende hirnorganische Beeinträchtigung

### Versorgungskoordination

Diagnostische Befunde, Therapieempfehlungen, Informationen und die Länge der Kontrollintervalle sollen zwischen dem betreuenden Hausarzt oder der Hausärztin und weiteren beteiligten Fachärzten/Fachärztinnen präzise kommuniziert und gemeinschaftlich abgestimmt werden. Diagnostische Bewertungen und Therapieempfehlungen sollen in Textform und zügig mitgeteilt werden.

## Primärärztliche und fachspezifische Versorgung

Bei **Verdacht auf Herzinsuffizienz** soll im Rahmen der **Erstdiagnostik** eine Überweisung zur **Kardiologie** erfolgen, um die verursachende Erkrankung zu diagnostizieren, die Art und das Ausmaß der Herzinsuffizienz zu bestimmen und ggf. Ansätze für eine kausale Therapie zu identifizieren.

Allen Patient\_innen mit chronischer Herzinsuffizienz **sollen regelmäßige fachkardiologische Verlaufsuntersuchungen angeboten werden**. Dies gilt auch für wenig symptomatische/asymptomatische Patient\_innen mit kardialer Dysfunktion zur Frage nach Verbesserung oder Verschlechterung unter Therapie. Die Länge der Intervalle soll der Schwere der Erkrankung angepasst werden.

Patient\_innen, die **nach kardialer Dekompensation aus einer stationären Behandlung** entlassen wurden, **sollen** engmaschig kardiologisch kontrolliert werden.

Insbesondere bei folgenden Konstellationen **sollen Hausarzt/Hausärztin und Kardiologie** Patient\_innen mit chronischer Herzinsuffizienz auch **außerhalb der Kontrolluntersuchungen in Kooperation** behandeln:

- Bei Vorliegen einer Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF) bei allen Problemen, die sich während oder nach Einstellung mit Pharmaka ergeben, dazu zählen insbesondere Hypotension und Bradykardie
- Wenn Unsicherheiten hinsichtlich der Umsetzung der Therapieempfehlungen der vorliegenden Leitlinie bestehen
- Bei Problemen mit Vorhof- oder Kammerrhythmusstörungen, insbesondere Tachykardien
- Bei Patient\_innen, die gemäß der vorliegenden Leitlinie behandelt werden und bezüglich der Herzinsuffizienz, aber auch bezüglich evtl. bestehender Angina-pectoris-Symptomatik keine Symptomverbesserung erfahren, zur Prüfung weiterer Therapieoptionen
- Bei Patient\_innen mit therapierefraktären Symptomen der Herzinsuffizienz
- Bei Patient\_innen mit Indikation zu medikamentöser antiarrhythmischer Therapie oder zur Implantation eines Schrittmacher- und/oder Defibrillatorsystems
- Bei Patient\_innen zur Klärung weiterführender interventioneller oder operativer Therapieverfahren

Bei Patient\_innen mit chronischer Herzinsuffizienz sollte die Behandlung in **Kooperation zwischen Hausarzt/Hausärztin und Kardiologie und weiteren Fachdisziplinen** insbesondere bei den unten aufgeführten Konstellationen erfolgen.

### Nephrologie

- Stark eingeschränkte oder sich deutlich verschlechternde Nierenfunktion
- Neu aufgetretene Proteinurie

### Pneumologie

- Unzureichender Erfolg einer Therapie gegen Asthma/COPD
- Dyspnoe mit Verdacht auf pulmonale Ursachen
- Wenn eine Langzeittherapie mit oralen Kortikosteroiden besteht

### Diabetologie

- Stoffwechseleinstellung/Antidiabetische Differentialtherapie
- Wenn individuell vereinbarte Therapieziele nicht erreicht werden

### Psychiatrie

- Verdacht auf und bei Persistenz psychischer bzw. psychosomatischer Störungen (insbesondere Depression, Anpassungs-, Angst-, somatoforme Störung, posttraumatische Belastungsstörung)
- Interaktionsprobleme von Antidepressiva mit der Herzinsuffizienzmedikation
- ätiologisch relevante Suchterkrankung
- zunehmende kognitive Beeinträchtigung

## Geriatric

- Ggf. zur Aufrechterhaltung von Teilhabe und Autonomie
- Bei komplexen Fragestellungen aus Multimorbidität und Polypharmazie

## Palliativversorgung

- Bei erhöhter Betreuungsintensität, z. B. bei
- Krisenräftigen Krankheitsverläufen (z. B. häufige Hospitalisierungen)
- Bei unkontrollierbaren Symptomen (z. B. Atemnot, progrediente Schwäche)
- Zunehmendem pflegerischen Unterstützungsbedarf (der ADL)
- Einem hohen Maß an psychosozialen Belastungen

## Webseiten und Literatur

- [1] <https://www.leitlinien.de/nvl/html/nvl-chronische-herzinsuffizienz>
- [2] <http://www.kbv.de/html/medikationskatalog.php>



## Koronare Herzkrankheit (KHK)

### Definition, Pathophysiologie, Epidemiologie und sozialmedizinische Bedeutung

Die koronare Herzerkrankung (KHK) ist die klinisch relevante Manifestation der Artherosklerose an den Herzkranzarterien. Sie führt häufig zu einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und Sauerstoffangebot im Herzmuskel. Eine KHK ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden und manifestiert sich typischerweise als Angina pectoris. Abhängig von Häufigkeit und Intensität ist bei Angina-pectoris-Beschwerden oder Belastungsdyspnoe die Lebensqualität vermindert.

Definition der Angina pectoris nach ESC-Leitlinie:

- retrosternale Symptomatik von kurzer Dauer
- Auslösung durch körperliche oder psychische Belastung
- Rückgang in Ruhe und/oder innerhalb von wenigen Minuten nach Nitratapplikation

Unterschieden werden **zwei Formen einer Koronarsklerose**:

1. Asymptomatische Form ohne Ischämienachweis („nicht-stenosierende-KHK)
2. Symptomatische Form mit Ischämienachweis („stenosierende KHK)

Hier wird letztere näher betrachtet.

Weiter ist zwischen der **chronischen und der akuten Form der KHK** zu unterscheiden. Das „akute Koronarsyndrom“ ist eine Notfallsituation, die i.d.R. eine klinische Behandlung der betroffenen Patient\_innen erforderlich macht und an dieser Stelle nicht behandelt werden soll. Dazu gehören: die instabile Angina pectoris und der plötzliche Herztod.

Ursachen für die KHK sind insbesondere: Rauchen, arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus, Bewegungsmangel, Adipositas, psychosoziale Faktoren, niedriger sozialökonomischer Status und eine genetische Disposition. Das Risiko für einen Herzinfarkt in den nächsten 10 Jahren lässt sich anhand unterschiedlicher Scores, so z.B. mit dem PROCAM-Score abschätzen. Mit dem Arriba-Rechner können Hausärzte für Patient\_innen unter anderem das persönliche Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall berechnen.

Die chronische koronare Herzkrankheit (KHK) und der akute Myokardinfarkt sind „Volkskrankheiten“ und führen die Todesursachenstatistik in Deutschland an. In Deutschland wurden 2014 schätzungsweise 900 000 Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt. Bei 40% dieser Untersuchungen erfolgte eine perkutane Katheterintervention.

### Hausärztliche Versorgungsebene

Im hausärztlichen Versorgungsbereich ist das Leitsymptom „Brustschmerz“ der Ausgangspunkt der differentialdiagnostischen Überlegungen bei Personen ohne Vorgeschichte einer KHK (siehe DEGAM Leitlinie Kurz- u. Langfassung). Bei 8-11 % der Personen die den Hausarzt mit dem Symptom „Brustschmerz“ als Beratungsanlass aufsuchen, ist KHK Ursache der Beschwerden. Differentialdiagnostisch relevant sind daneben besonders das Brustwand Syndrom (46%), psychogene Ursachen (-12 %), Erkrankungen der Atemwege (-12 %), ösophageale Ursachen (-7 %), hypertensive Krise (-4 %), Arrhythmie (-2 %), sowie Lungenembolie, Aortenstenose, Myo-u. Perikarditis, Kardiomyopathie, Aortendissektion als seltene Ursachen (<0,5 %).

Die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer KHK soll auf Hausarztebene anhand des Marburger Herz-Scores eingeschätzt werden. Ein Marburger Herz-Score-Wert  $\leq 2$  Punkte weist auf eine Wahrscheinlichkeit einer zugrundeliegenden stenosierenden KHK von durchschnittlich kleiner 5 % hin. Bei der Interpretation ist stets auch das klinische Gesamtbild zu berücksichtigen.

Aus der großen Variabilität des Krankheitsbildes und der nicht geringen psychogenen Überlagerung ergibt sich als starke positive Empfehlung: Psychische, somatische und soziale Informationen sollen von Beginn erhoben und verknüpft werden, um eine frühzeitige Fixierung auf somatische Ursachen zu vermeiden.

## Kardiologische Versorgungsebene

Die Wahl nicht-invasiver diagnostischer Verfahren soll abhängig gemacht werden von der Vortestwahrscheinlichkeit für eine stenosierende KHK, der Eignung des/der Patient\_in für den entsprechenden Test; testbezogenen Risiken und den vor Ort verfügbaren Gerätschaften sowie der lokalen Expertise. Eine invasive Koronarangiographie soll nicht durchgeführt werden bei niedriger Wahrscheinlichkeit für eine stenosierende KHK; bei mittlerer Wahrscheinlichkeit für eine stenosierende KHK und fehlendem Ischämie-Nachweis nach nicht-invasiver Diagnostik; bei hoher Komorbidität, bei der das Risiko der Koronarangiographie größer ist als der Nutzen durch die Sicherung der Diagnose und hieraus resultierender therapeutischer Maßnahmen; bei Patient\_innen ohne symptomatische Indikation, die nach der Beratung mit der Patient\_inneninformation „Verdacht auf koronare Herzkrankheit: Brauche ich eine Herzkatheter-Untersuchung?“ zu einer Bypass-OP aus prognostischer Indikation nicht bereit sind; nach Intervention (Bypass-OP oder PCI) ohne erneute Angina pectoris und ohne Ischämienachweis in der nicht-invasiven Diagnostik oder ohne Befundänderung in der nicht-invasiven Bildgebung im Vergleich zum Status vor Intervention.

## Therapie

Die Hemmung der Thrombozytenaggregation sowie die Lipid- und Blutdrucksenkung haben sich als effektive Maßnahmen zur Verbesserung der Prognose bei Menschen mit KHK erwiesen (Siehe Medikationskatalog der KBV). Zusätzlich sind Lebensstilveränderungen anzustreben.

## Disease Management Programme (DMP) [11]

In Deutschland wird dieses Gesamtbehandlungskonzept im Rahmen von so genannten Disease-Management-Programmen umgesetzt. Disease Management Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, die vom Bundesversicherungsamt (BVA) zugelassen sind. Zur Förderung der DMP erhalten die Krankenkassen im Rahmen des „morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für jeden eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten.

### Konfliktfelder

Teilweise offensives Vorgehen der Krankenkassen um Versicherte im DMP einzuschreiben. Keine scharfe Grenzen für Überweisungen auf die nächste Ebene der Versorgung, da die Therapieziele individualisiert sind. Strukturierte Feedback-Berichte [12] werden vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zur Verfügung gestellt. Diese habe eine Ähnlichkeit zu den Netzwerkberichten aber im DMP wird die einzelne Praxis in der Zielerreichung vertraglich vereinbarter Qualitätsziele dargestellt.

## Webseiten und Literatur

- [1] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungs-Leitlinie Chronische KHK – Langfassung, 5. Auflage. Konsultationsfassung. 2018 [cited: 2018-10-11]. [www.khk.versorgungsleitlinien.de](http://www.khk.versorgungsleitlinien.de).
- [2] [www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de)
- [3] [www.awmf.org](http://www.awmf.org)
- [4] [https://leitlinien.dgk.org/files/2015\\_PLL\\_Stabile\\_KHK\\_Internet.pdf](https://leitlinien.dgk.org/files/2015_PLL_Stabile_KHK_Internet.pdf)
- [5] <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/khk/archiv/khk-5aufl-konsultation.pdf>
- [6] [https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Leitlinien-Entwuerfe/053-023\\_Brustschmerz/LL-15\\_Langfassung\\_Brustschmerz.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Leitlinien-Entwuerfe/053-023_Brustschmerz/LL-15_Langfassung_Brustschmerz.pdf) (wird überarbeitet)
- [7] [https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Leitlinien-Entwuerfe/053-023\\_Brustschmerz/LL-15\\_Kurzfassung\\_Brustschmerz.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Leitlinien-Entwuerfe/053-023_Brustschmerz/LL-15_Kurzfassung_Brustschmerz.pdf)
- [8] <https://www.aerzteblatt.de/archiv/194031/Diagnostik-der-chronischen-koronaren-Herzkrankheit>
- [9] [https://leitlinien.dgk.org/files/2012\\_Pocket-Leitlinie\\_Akutes\\_Koronarsyndrom\\_NSTE-ACS.pdf](https://leitlinien.dgk.org/files/2012_Pocket-Leitlinie_Akutes_Koronarsyndrom_NSTE-ACS.pdf)
- [10] KBV\_Medikationskatalog\_Diabetes\_mellitus\_Typ\_2\_2018.pdf (Seite 10)
- [11] <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/76/>
- [12] [https://www.zi-dmp.de/Files/Feedback/DMP\\_D2\\_Feedback\\_Muster.pdf](https://www.zi-dmp.de/Files/Feedback/DMP_D2_Feedback_Muster.pdf)

## Diabetes mellitus Typ 2, Diabetes mellitus Typ 1

### Definition

Ein manifester Diabetes mellitus Typ liegt vor, wenn Gelegenheitsplasmaglukose  $\geq 200$  mg/dl (11,1 mmol/l) oder Nüchternplasmaglukose (NPG)  $\geq 126$  mg/dl (7,0 mmol/l) oder HbA1c  $\geq 6,5$  %.

### Hinweise

Jeweils wiederholte (mind. 2-malige) Messung erforderlich. Streifentests sind nicht geeignet zur NPG-Messung. Oraler Glukose-Toleranztest (oGTT) spielt keine Rolle in der Hausarztpraxis; DDG/DGIM sehen den oGTT als Goldstandard. Bei unklarer Diagnose erneute Risiko- und HbA1c-Bestimmung nach einem Jahr.

## Diabetes mellitus Typ 1

### Therapiebeginn – Therapieziele

Aufklärung und Schulung von Patient\_innen.

Es sollten individuelle Therapieziele vereinbart werden. Bei Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes sollte ein HbA1c-Wert  $\leq 7,5$ % ( $\leq 58$  mmol/mol) angestrebt werden, solange keine problematischen Hypoglykämien auftreten. [6] Die Einstellung der Patienten auf Insulin ganz überwiegend als intensivierete Therapie (Mahlzeiten adaptiertes Kurzzeitinsulin und Verzögerungsinsulin). Verwendet werden Humaninsulin und Insulinanaloga, ggf. in einer Insulinpumpentherapie. Eine kontinuierliche Glukosemessung sollte den Patient\_innen angeboten werden, wenn die individuellen Therapieziele sonst nicht erreicht werden. [6]

## Diabetes mellitus Typ 2 [1]

### Therapiebeginn – Therapieziele

Aufklärung und Schulung von Patient\_innen.

Lebensstilmodifizierende, nichtmedikamentöse Maßnahmen (Ernährung, Bewegung) initiieren und begleiten.

Anamnese weiterer Risikofaktoren: z. B. Lipide, Blutdruck, Gewicht, Nierenfunktion, Raucherstatus, Komorbidität.

Ermittlung des kardiovaskulären Risikos (Siehe [www.arriba-hausarzt.de](http://www.arriba-hausarzt.de)).

Abwägen von potenziellem Nutzen und Schaden der einzusetzenden Wirkstoffe. Patientenpräferenzen, Alter und Komorbidität und Komedikation beachten.

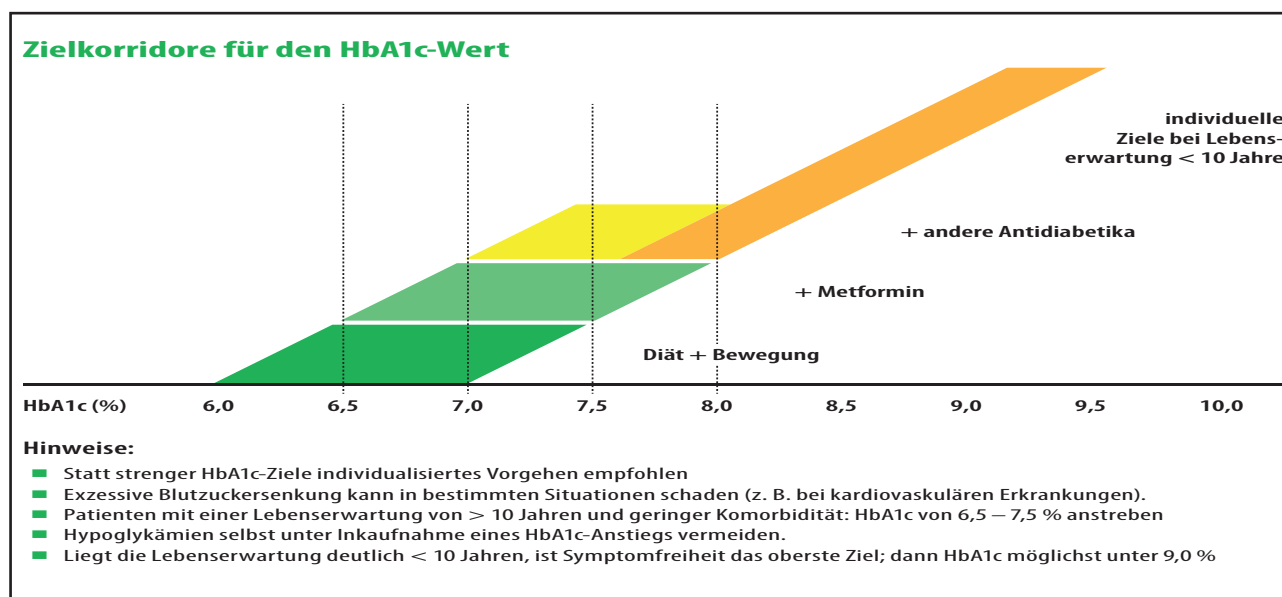
Erwartete Verträglichkeit bei der Wirkstoffauswahl berücksichtigen.

Festlegen von individuellen Therapiezielen zusammen mit den Patient\_innen.

Die Auswahl der Medikation sollte sich an den Empfehlungen der KBV ausrichten. [2] Ein guter Entscheidungsbaum findet sich auf der Seite 10 des Medikationskatalog. [3]

## Hinweise

Je höher die Lebenserwartung und je gesünder der/die Patient\_in, umso länger ist die Behandlungszeit und umso größer der zu erwartende Nutzen. Nicht-pharmakologische Maßnahmen ausschöpfen: Bewegung, Ernährungsumstellung, Gewichtsreduktion, Nikotinverzicht und Schulung. Die Indikation zur medikamentösen Therapie zur Prognoseverbesserung, insbesondere im Alter, muss gut begründet sein. Therapieziele individualisiert festlegen.



Quelle Grafik [1, S.2]

Das Einleiten der Therapie ist gerechtfertigt, wenn trotz einer Veränderung des Lebensstils das HbA1c über mehrere Quartale im diabetischen Bereich (über 7 %) liegt; empfohlen wird dies in der Regel für Patienten mit > 10 Jahren Lebenserwartung.

Erhöhte Nüchternblutglukose gilt als Indikator für einen Therapiebeginn, erhöhtes HbA1c als Hinweis, die Therapie zu verändern.

## Hinweise

Statt strenger HbA1c-Ziele ist ein individualisiertes Vorgehen empfohlen.

Exzessive Blutzuckersenkung kann in bestimmten Situationen schaden (z. B. bei kardiovaskulären Erkrankungen). Patient\_innen mit einer Lebenserwartung von > 10 Jahren und geringer Komorbidität: HbA1c von 6,5 – 7,5 % anstreben. Hypoglykämien selbst unter Inkaufnahme eines HbA1c-Anstiegs vermeiden.

Liegt die Lebenserwartung deutlich < 10 Jahren, ist Symptombefreiheit das oberste Ziel; dann HbA1c möglichst unter 9,0 %

Selbstmessung der Blutglukose: Grundsätzlich nur, wenn sich daraus therapeutische Konsequenzen ergeben (z. B. Insulintherapie). Nicht sinnvoll bei Antidiabetika, die keine Hypoglykämien verursachen: z. B. Metformin, DPP-4-Inhibitoren, Dapagliflozin, Acarbose, Pioglitazon.

## Gesamtbehandlungskonzept

- Kontinuierliche Betreuung auf Basis gegenseitigen Vertrauens
- Individualisierung des Behandlungskonzeptes
- Besonders hilfreich: Informationsveranstaltungen, Schulungen und eine enge Hausarzt-Patienten-Bindung  
Hilfestellung zur Beendigung des Rauchens und zur Änderung des Lebensstils
- Recall-System, um auftretenden Problemen proaktiv zu begegnen
- HbA1c-Kontrolle zur Abschätzung des Stoffwechsels alle 3 bis 6 Monate (nur validierte Testmethoden einsetzen, keine Messstreifen!)
- Regelmäßige Kontrolle der Füße, des Blutdrucks, der Nierenfunktion und des Augenhintergrundes
- Einsatz von blutdrucksenkenden Substanzen, Statinen und ASS, Verordnung von podologischen Leistungen, Einlagen und ggf. orthopädischem Schuhwerk

## Disease Management Programme (DMP) [4]

In Deutschland wird dieses Gesamtbehandlungskonzept im Rahmen von so genannten Disease-Management-Programmen umgesetzt. Disease Management Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, die vom Bundesversicherungsamt (BVA) zugelassen sind. Zur Förderung der DMP erhalten die Krankenkassen im Rahmen des „morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für jeden eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten.

### Konfliktfelder

Teilweise offensives Vorgehen der Krankenkassen um Versicherte im DMP einzuschreiben.

Keine scharfe Grenzen für Überweisungen auf die nächste Ebene der Versorgung, da die Therapieziele individualisiert sind.

Strukturierte Feedback-Berichte [5] werden vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zur Verfügung gestellt. Diese haben eine Ähnlichkeit zu den Netzwerkberichten, aber im DMP wird die einzelne Praxis in der Zielerreichung vertraglich vereinbarter Qualitätsziele dargestellt.

## Webseiten und Literatur

- [1] [https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/Interdisziplinaere%20Leitlinien/NVL-001\\_Typ-2-Diabetes/DEGAM-NVL\\_Diabetes\\_Kurzversion\\_2013\\_web.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/Interdisziplinaere%20Leitlinien/NVL-001_Typ-2-Diabetes/DEGAM-NVL_Diabetes_Kurzversion_2013_web.pdf)
- [2] <http://www.kbv.de/html/medikationskatalog.php>
- [3] KBV\_Medikationskatalog\_Diabetes\_mellitus\_Typ\_2\_2018.pdf (Seite 10)
- [4] <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/76/>
- [5] [https://www.zi-dmp.de/Files/Feedback/DMP\\_D2\\_Feedback\\_Muster.pdf](https://www.zi-dmp.de/Files/Feedback/DMP_D2_Feedback_Muster.pdf)
- [6] [https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Evidenzbasierte\\_Leitlinien/2018/S3-LL-Therapie-Typ-1-Diabetes-Auflage-2-Langfassung-09042018.pdf](https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Evidenzbasierte_Leitlinien/2018/S3-LL-Therapie-Typ-1-Diabetes-Auflage-2-Langfassung-09042018.pdf)

## Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Opiode

### F10 - Epidemiologie:

It. Schätzungen erfüllen ca. 1,9 Millionen Erwachsene (18 bis 64 Jahre) in Deutschland die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit, jährlich kommt es zu etwa 74.000 Todesfällen durch zu hohen Alkoholkonsum [1,2].

Tabelle 1: Definition alkoholbezogener Störungen [1,2]

Einstufung des Konsums/der Störung incl. ICD	Männer	Frauen
<b>Risikoarm</b>	Maximalmenge Reinalkohol (RA) < 24g tgl.	Maximalmenge RA < 12g tgl.
<b>Riskant</b>	Maximalmenge RA > 24g tgl.	Maximalmenge RA > 12g tgl.
<b>Rauschtrinken</b>	> 5 Getränke pro Gelegenheit	> 4 Getränke pro Gelegenheit
<b>Akute Intoxikation: ICD 10: F10.0</b>	Akuter Rausch: vorübergehendes Zustandsbild nach Aufnahme von Alkohol. Diagnose soll nur dann als Hauptdiagnose gestellt werden, wenn zum Zeitpunkt der Intoxikation keine längerdauernden Probleme mit Alkohol bestehen.	
<b>Schädlicher Alkoholgebrauch: ICD 10: F10.1</b>	Alkoholgebrauch mit nachweislicher Folgeschädigung psychischer o. physischer Gesundheit. Schädliches Verhalten wird häufig von anderen kritisiert u. hat oft unterschiedl. neg. soziale Folgen. Nicht zu diagnostizieren bei Vorliegen von F10.2	
<b>Alkoholabhängigkeitssyndrom: ICD-10: F10.2</b>	<p>Mind. <b>3</b> der folgenden <b>Kriterien während des letzten Jahres gemeinsam</b> erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren</li> <li>- Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren</li> <li>- Körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird</li> <li>- Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz</li> <li>- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten der Alkoholeinnahme. Es wird viel Zeit verwandt, Alkohol zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.</li> <li>- Fortdauernder Alkoholgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen</li> <li>- Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol</li> </ul>	
<b>Alkoholentzugssyndrom</b>	Symptomkomplex unterschiedlicher Zusammensetzung und wechselnden Schweregrades. Entsteht bei relativem oder absolutem Entzug von Alkohol, der wiederholt und zumeist über einen längeren Zeitraum und in hoher Dosierung konsumiert worden ist. Diagnose dann, wenn es Grund für die gegenwärtige Konsultation ist u. das Erscheinungsbild so schwer ist, dass es eine besondere medizinische Behandlung erfordert.	
<b>ICD 10: F10.3</b>	<p><b>Symptome:</b> Zittern, Unruhe, Schwitzen, Schlafstörungen, Kreislaufstörungen, psychische Störungen (z.B. Angst, Depressionen, Schlafstörungen)</p> <p><b>Komplikationen:</b> Krampfanfälle (ICD-10 F10.31) <b>Delir (ICD-10 F10.4)</b> mit (ICD-10 F10.41) oder ohne Krampfanfälle (ICD-10 F10.40)</p>	

**Körperliche Folgeschäden** an nahezu allen Organen/Organsystemen möglich, **hohe psychische Komorbidität** (Angst, Depression, posttraumatische Belastungsstörung, Psychose, Schizophrenie, bipolare Störung, AD(H)S, Nikotinabhängigkeit u.a.) → **Zusammenarbeit ist die Herausforderung.** Einzelheiten in [1] Kap. 3.5.-3.6., S.113ff oder [2] S.15ff

Sowohl **Fragebögen** als auch **Zustandsmarker, können einzeln und in Kombination hilfreich** sein bei Früherkennung, exakter Diagnosestellung, Schweregradeinschätzung, Verlaufs- und Prognosebeurteilung sowie Therapie alkoholbezogener Störungen u. um Folgeerkrankungen zu vermeiden. Im Einzelnen siehe [1] Kap. 2.1., S.10ff: oder [2] S.10f

**Kurzinterventionen:** Motivation zur Trinkmengenreduktion oder Abstinenz bei problematischem Alkoholkonsum in nicht-spezialisierten Settings: Max. Dauer bis 60 Minuten bei bis zu fünf Sitzungen enthaltend: 1.) personalisiertes Feedback, 2.) individuelle Zielfindung sowie 3.) konkrete Ratschläge. Ergänzung durch schriftliches Infomaterial oder computergestützte Darbietung möglich. Im Einzelnen siehe [1] S.43ff oder [2] S.12f

**Entzugsbehandlung:** Körperliche Entgiftung=Minimalvoraussetzung + **qualifizierter Entzug** (Q.E.: suchtpsychiatrische bzw. suchtmedizinische Akutbehandlung, die über die körperliche Entgiftung hinausgeht)→ **Hinweise auf bessere Wirksamkeit. Pharmakotherapie** und Einzelheiten in [1] Kap. 3.2-3.4., S.63-112 oder [2] S.13ff

**Post-Akut-Therapie und Langzeittherapie:** Herausforderungen/Ziele und Empfehlungen: **Vernetzte Angebote abgestimmt auf Alter und Sozioökonomische Situation, Psychotherapie!** Pharmakotherapie möglich (nicht erste Wahl) abhängig von Komorbidität. Einzelheiten in [1] Kap. 3.7.-3.8., S 224-333, sowie [2] S.24ff

**Versorgungsorganisation:** Hoch anspruchsvoll und vielschichtig. Einzelheiten: nur [1] Kap.4, S.334ff

## F11 - Zwei Gruppen:

### 1) Intoxikation, Missbrauch und Abhängigkeit von illegal beschafften und konsumierten Opioiden

Behandlung durch suchtmedizinisch qualifizierte Ärzt\_innen in der Regel mittels Substitution: Deutsche Regularien finden sich in [5]; Hintergründe finden sich in [6]

### 2) Intoxikation, Missbrauch und Abhängigkeit von (ärztlich verordneten) Opioidanalgetika [3, 4]

Medikamentöse **Therapieoption in der kurzfristigen (4 bis 12 Wochen) Behandlung** von chronischen Schmerzen bei **Arthrose, diabetischer Polyneuropathie, Postzosterneuralgie und chronischen Rückenschmerzen**. Von einer **Langzeittherapie (≥ 26 Wochen)** bei diesen Erkrankungen **profitieren nur circa 25 %** der Patient\_innen. **Bei anderen Krankheitsbildern** ist eine kurz- und langfristige Therapie mit opioidhaltigen Analgetika als **individueller Therapieversuch** zu bewerten.

Trotzdem: **Zunahme der Erstverschreibung von Opioiden** bei chronischen, nichttumorbedingten Schmerzen in Deutschland zwischen 2000 und 2010 um 37 %. Jede Opioidverordnung bei chronischen, nichttumorbedingten Schmerzen sollte regelmäßig geprüft werden. Eine medikamentöse Schmerztherapie sollte mit weiteren therapeutischen Maßnahmen kombiniert werden.

**Kontraindikationen:** Primäre Kopfschmerzen, Schmerzen bei funktionellen Störungen von Organsystemen wie dem Reizdarmsyndrom, Fibromyalgiesyndrom (mit der Ausnahme von Tramadol, Wirkung basiert mutmaßlich auf Hemmung der Wiederaufnahme von Noradrenalin und Serotonin), chronische Schmerzen, die auf eine psychische Störung zurückzuführen sind (zum Beispiel posttraumatische Belastungsstörung, atypische Depression, generalisierte Angststörung), chronisch entzündliche Darmerkrankungen und chronische Pankreatitis (mit Ausnahme des akuten Schubs und einer Therapiedauer unter 4 Wochen), komorbide, schwere affektive Störungen und/oder Suizidalität, unverantwortlicher Umgang mit Medikamenten, bestehende oder geplante Schwangerschaft

**Hohes Missbrauchsrisiko** u.a. bei jungen Patient\_innen (Odds Ratio [OR] = 6,74) u. Substanzmissbrauch in der Vorgeschichte (OR = 2,34). Zur **Abgrenzung von Abhängigkeit, Fehlgebrauch** und **Pseudoabhängigkeit** siehe [4] S.215, Kasten 2.

**Auffälliges Verhalten** (Rezeptverlust, eigenmächtige Dosiserhöhung)→ weitere **Abklärung im Arzt-Patienten-Gespräch**.

Ggf. hilfreich: Urinuntersuchungen auf Drogen und deren Abbauprodukte zur Identifikation von Beigebrauch. Therapieziel im Falle von Abhängigkeit ist die Opioidkarenz, die durch schrittweises Abdosieren erreicht werden kann. Sollte dies nicht erfolgreich sein, kann eine stationäre Entzugstherapie oder eine substitutionsgestützte Suchttherapie angeboten werden.

## Webseiten und Literatur

- [1] S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen"  
Online: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-001l\\_S3-Leitlinie\\_Alkohol\\_2016-02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf)
- [2] S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" Kurzfassung.  
Online: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-001k\\_S3\\_Alkohol\\_2016-02\\_01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001k_S3_Alkohol_2016-02_01.pdf)
- [3] Häuser W, Bock F, Engeser P, Tölle T, Willweber-Strumpf A, Petzke F: Clinical practice guideline: Long-term opioid use in non-cancer pain. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 732–40. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0732
- [4] Just J, Mücke M, Bleckwenn M: Dependence on prescription opioids—prevention, diagnosis and treatment. Dtsch Arztebl Int 2016; 113: 213–20. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0213
- [5] Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger.  
Online: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf)
- [6] Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS) et al. Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 1. Auflage, 2017  
Online: <http://oegabs.at/userfiles/files/publikationen/Leitlinie-Qualitätsstandards-Opioid-Substitutionstherapie.pdf>



## HNO - Akute Otits media (AOM)

### Ursache

Schmerzhafte Entzündung der Schleimhäute des Mittelohres, in der Regel durch ascendierende Infektion über die Nase und die Tuba Eustachii bei bestehendem oder vorangegangenen oberen Luftweginfekt (= rhinogene Infektion). [1] Circa **80 %** der AOM **heilen spontan (ohne Antibiotikagabe)** innerhalb von 2 bis 3 Tagen aus.

### Diagnostik

- Otoskopie
- **Labordiagnostik nur bei kompliziertem Verlauf** (keine Besserung/Verschlechterung innerhalb 24 Stunden), in der Routine nicht empfohlen! [1]

bei komplizierter, rezidivierender Otitis Überweisung zum Spezialisten (HNO).

### Therapie

1. Analgetika: Paracetamol, Ibuprofen (analgetische Ohrentropfen werden nicht empfohlen). Kurzfristige Kontrollen.
2. Antibiotika: Für die Entscheidung für oder gegen Antibiotika spielen die Faktoren „Alter“ und „Symptomausprägung“ eine wesentliche Rolle. (s. Medikationskatalog der KBV [4])

In ca 60 % der Fälle kommt es zu einer spontanen Besserung innerhalb von 24 Stunden, in etwa 80 – 85 % der Fälle innerhalb der ersten 2 bis 3 Tage und in 90 % der Fälle nach 4 bis 7 Tagen. **Antibiotikagabe verhindert die Komplikationen nicht!** [1]

**Komplikationen** sind selten und gehören in die Hand des Spezialisten, ggf. ist eine OP indiziert.

- Mastoiditis (Rötung retroaurikulär, abstehende Ohrmuschel, Mastoid-Klopfschmerz)
- Mastoidabszess
- Meningitis
- Innenohrbeteiligung (Labyrinthitis)
- Fazialisparese

## HNO - Pharyngitis/Tonsillitis

### Ursache

- 50 - 80 % viral bedingt
- 15 - 30 % Beta-Hämolysierende Streptokokken Gruppe A (GAS)
- 5 - 10 % Beta-Hämolysierende Streptokokken Gruppe B u C

### Diagnostik

Die Diagnostik ist vorwiegend klinisch. Halsschmerzen dauern in der Regel 3,5 bis 5 Tage an. Fieber klingt nach 3 Tagen ab. [2] **Scores** ermöglichen es, die Wahrscheinlichkeit einer GAS-Pharyngitis abzuschätzen (Gruppe A Streptokokken, Streptokokkus pyogenes im Rachenabstrich). **Centor-Score** (Gültig für Pat >15 J) [2, S.31] **Mclsaac-Score** (Gültig für Pat. >3 – 15 J) [2, S.31]

**Rachenabstrich:** Nur bei Entscheidungsrelevanz/bei Centor-Score > 3 [2, S.31]. Unterscheidet nicht zwischen Träger- und Erregerstatus! Eine asymptomatische Person hat auch bei positivem Erregernachweis keine GAS-Pharyngitis! [2] Ein **Bluttest** (CRP, ASL) ist nicht zielführend; nicht erforderlich. [2]

### Differentialdiagnosen:

- Scharlach: Fieber, Ggf. Tonsillitis (z.B. Exanthem, Enanthem, „Scharlachzunge“)
- Mononukleose: Tonsillopharyngitis. Fieber, LK-Schwellung, ggf. Hepatosplenomegalie [2]

## Therapie

**Für alle:** Paracetamol oder Ibuprofen

**Klinischer V.a. GAS-Pharyngits:** Antibiose (Siehe Medikationskatalog der KBV [4]). Nach GAS-Pharyngitis ist keine Blut- oder Urin-Untersuchung oder EKG erforderlich. [2]

**Abwendbar gefährliche Verläufe / spezifische Probleme:**

- Stridor – Atembeeinträchtigung: Sofortige Einweisung!
- V.a. Peritonsillarabszess (Einseitige Schwellung, einseitige Schmerzen, Vorwölbung des Gaumensegels und der Uvula) -> HNO-Arzt

**Komplikationen** (eitrige Otitis, Peritonsillarabszess) sind sehr selten. **Akutes Rheumatisches Fieber** und **akute Poststreptokokken-Glomerulonephritis** sind extrem selten. Beide rechtfertigen keine prophylaktische Gabe von Antibiotika. [2]

## HNO - Rhinosinusitis

### Differenzierung

**Diagnostik** und **Therapie** unterscheiden sich grundsätzlich je nach Vorliegen einer akuten (ARS) oder einer chronischen Rhinosinusitis (CRS): [3]

**ARS** (akute Rhinosinusitis): Spontanheilung in 80-90 % der Fälle innerhalb von 2 Wochen

**CRS** (chronische Rhinosinusitis): Dauer > 12 Wochen; bisweilen Jahre - bis lebenslange Verläufe

### Diagnostik

**ARS:** Klinisch, keine Bildgebung, ggf. Labor (CRP, BSG) - bei starken Schmerzen - zur Klärung Antibiotika-Indikation, kein Abstrich, kein Allergietest

**CRS:** Endoskopie, CT oder DVT nur in Hinblick auf Op-Indikation, kein Labor (ggf. bei V.a. Systemerkrankung), Abstrich mit Antibiotogramm bei Pat. mit Abwehrschwäche

### Therapie

**ARS:** Abschwellende Nasentropfen (nicht länger als 10 Tage), Schmerzmittel, Inhalation mit NaCl und heißen Dämpfen (38-42°C), ggf. Phytotherapeutika, Primär keine Antibiotika (ggf. bei Risikofaktoren wie COPD oder Immunsuppression)

**Antibiotika:** Nur bei akuter Exacerbation einer ARS oder rez. ARS, Fieber >38,5°, starkem Krankheitsgefühl, CRP >10, BSG >10 (Männer) oder 20 > (Frauen) (Siehe Medikationskatalog der KBV [4])

**CRS:** Keine abschwellenden Nasentropfen! (Cave Rhinitis medicamentosa) Inhalation von Salzlösungen und hypertone Spülung mit Nasendusche

**Abwendbar gefährliche Verläufe sind selten!**

Ausbreitung einer eitrig-entzündlichen Entzündung der Sinus in Schädelbasis oder Augenhöhle (eher bei Kindern, bei Erwachsenen sehr selten).

Abszesse, Meningitis, Orbitaphlegmone, Osteomyelitis, Sinusvenenthrombose.

Symptome: Gesichtsschwellung, Rötung, anhaltendes Fieber, Lethargie, neurolog. Symptome Einweisung

**Hinweis zur Otitis media:** Studien wurden in erster Linie bei Kindern durchgeführt, Studien mit Erwachsenen sind selten.

## Webseiten und Literatur

- [1] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). S-3 Leitlinie Ohrenschmerzen.  
Online: [https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Leitlinien-Entwuerfe/053-009\\_Ohrenschmerzen/LL-07\\_Ohrenschmerzen\\_Langfassung\\_20141222.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Leitlinien-Entwuerfe/053-009_Ohrenschmerzen/LL-07_Ohrenschmerzen_Langfassung_20141222.pdf) (Stand: 02.11.2018).
- [2] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). S-3 Leitlinie Halsschmerzen.  
Online: [https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Leitlinien-Entwuerfe/053-010\\_Halsschmerzen/LL-14\\_Langfassung\\_ZD.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Leitlinien-Entwuerfe/053-010_Halsschmerzen/LL-14_Langfassung_ZD.pdf) (Stand: 02.11.2018).
- [3] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM, Hrsg.). S-3 Leitlinie Rhinosinusitis.  
Online: [https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S2-Leitlinien/053-012\\_Rhinosinusitis%20\(S2k\)/017-049\\_053-012k\\_Rhinosinusitis\\_18-12-17.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S2-Leitlinien/053-012_Rhinosinusitis%20(S2k)/017-049_053-012k_Rhinosinusitis_18-12-17.pdf) (Stand: 02.11.2018).
- [4] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Antibiotikatherapie bei Infektionen der oberen Atemwege.  
Online: <http://www.kbv.de/html/medikationskatalog.php> (Stand 02.11.2081)

## Unipolare Depression (ICD F32 und F33) [1]

### Definition

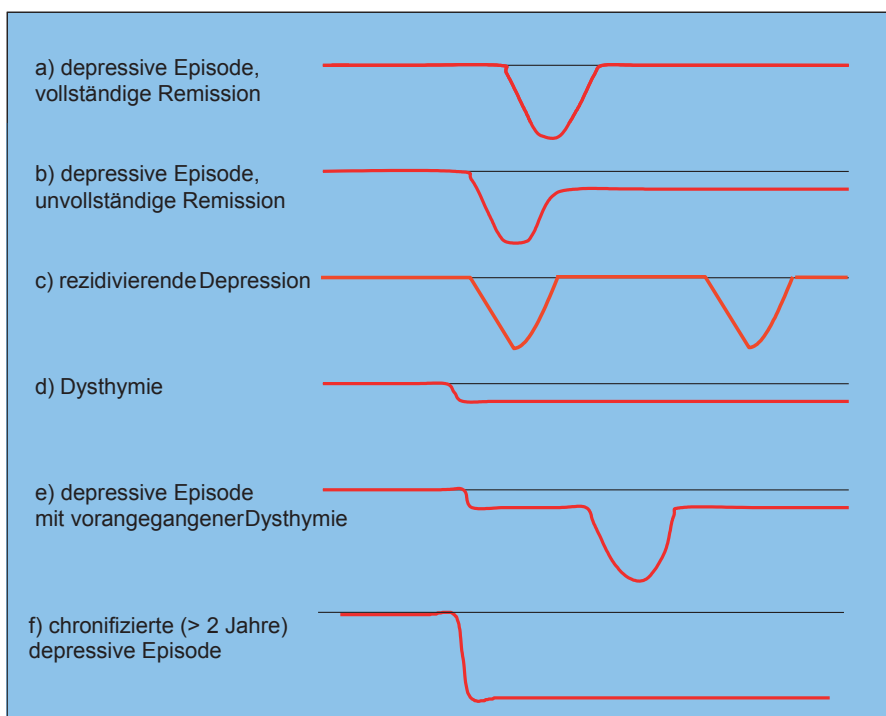
Die WHO definiert depressive Störungen (DS) als „psychische Störung, die durch Traurigkeit, Interesselosigkeit und Verlust an Genussfähigkeit, Schuldgefühle und geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwächen gekennzeichnet sein kann“. [2]

**Entstehung multifaktoriell:** Wechselwirkung von biologischen und psychosozialen Faktoren. Studien finden familiäre Häufung. Nach Verlaufsform Unterscheidung von unipolarer DS (monophasisch oder rezidivierend/chronisch) und bipolaren Störungen (ICD: F31 - neben depressiven Episoden zusätzlich manische oder hypomanische Episoden, sind in der Indikationsgruppe nicht enthalten).

**Lebenszeitprävalenz:** Insgesamt 11,6 % für eine diagnostizierte Depression (Frauen: 15,4 %, Männer: 7,8 %). 12-Monats-Prävalenz: 6,0 % (Frauen: 8,1 %, Männer: 3,8 %) [4]. Dysthymie (länger anhaltende depressive Verstimmung, s.u.) 2 %. [5] In Hausarztpraxen Punkt-Prävalenz: 10,9 % (Frauen: 11,9 %, Männer 9,4 %). [6]

**Probleme/Bedeutung:** DS oft großes individuelles, auch langdauerndes oder wiederholtes Leid und nicht zuletzt ein etwa 30-fach erhöhtes Suizidrisiko. Häufig als komorbide Störung sowohl anderer psychischer als auch körperlicher (!) Störungen/Erkrankungen.

Abbildung 1: Verlaufsformen unipolarer Depression. Quelle: NVL unipolare Depression, S.26 [1]



**Episodischer Verlauf:** Krankheitsphasen sind zeitlich begrenzt und klingen häufig auch ohne therapeutische Maßnahmen ab; große interindividuelle Variabilität (Siehe Abbildung 1).

**Diagnostik:** Nach ICD entscheidend für Diagnose und Klassifizierung der Schwere Vorhandensein sogenannte Haupt- und Nebensymptome (Siehe Tabelle 1).

**Primäre Behandlungsstrategien** neben aktiv-abwartender Begleitung: medikamentöse Behandlung, psychotherapeutische Behandlung sowie eine Kombinationstherapie. Für alle anerkannten Verfahren der Richtlinienpsychotherapie existieren gute Wirksamkeitsnachweise (Vgl. [1] S.94ff). Einzelheiten zu Auswahl von und Umgang mit Antidepressiva finden sich in [1] S.66ff, Anhang 2 S.181ff.

**Zusätzlich mögliche Therapieverfahren** (Auswahl): Lichttherapie, Sport- und Bewegungstherapie, psychosoziale Therapien; in schweren und schwersten Fällen: spezielle Verfahren wie Wachttherapie oder Elektrokrampftherapie.

**Grundprinzipien:** Ausführliche Patient\_inneninformation, gemeinsame Entscheidungsfindung, Einbeziehen von Angehörigen/Bezugspersonen. Regelmäßige (alle 1 bis 4 Wochen) Reevaluation und Therapiemodifikation/-eskalation bei Symptombesserung <50 %.

**Vorgehen/Zuständigkeit:** Initial Beratung, Psychoedukation, Abwarten/Beobachten; nach 14 Tagen je nach Schweregrad Empfehlung/Durchführung von (partizipative Entscheidungsfindung):

- Leicht: Supportion, Psychoedukation (auch der Angehörigen und Bezugspersonen), Begleitung i.R. der psychosomatischen Grundversorgung (PSGV), im Verlauf ggf. Psychotherapie
- Mittelschwer: Wie leicht, außerdem frühzeitig bevorzugt Psychotherapie oder Pharmakotherapie, ggf. Facharzt oder Fachärztin.
- Schwer/ psychotische Symptome: Psychotherapie und Pharmakotherapie, möglichst Facharzt oder Fachärztin, ggf. stat.Behandlung. **Spezialfall akute Suizidalität:** regelhaft stat. Behandlung erforderlich

Tabelle 1: Diagnostik depressiver Störungen nach ICD (in Anlehnung an [1] S.33)

Nach ICD: DS wenn Symptome (s.u.) > 2 Wochen bestehen,

Verlauf: monophasisch (ICD: F32-), rezidivierend/chronisch (ICD: F33-), bipolar (ICD: F31-)

Schweregrad der Episode zu klassifizieren nach Zahl der Symptome als	Leicht (ICD: -.0)	Mittelschwer (ICD: -.1)	Schwer (ICD: -.2)
<b>Hauptsymptome (HS):</b>			
- Depressive, gedrückte Stimmung			
- Interessenverlust und Freudlosigkeit	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
- Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit (oft selbst nach kleinen Anstrengungen) und Aktivitätseinschränkung			
<b>Zusatzsymptome (ZS):</b>			
- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit			
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen			
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit			
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven	<b>+2</b>	<b>+3-4</b>	<b>+&gt;4</b>
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen			
- Schlafstörungen			
- Verminderter Appetit			

## Weitere Symptome:

### Psychotische Symptome (ICD: -.3)

### Somatisches Syndrom (ICD: -.8):

- Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten
- Mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren
- Frühmorgendliches Erwachen, zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit
- Morgentief
- Der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit
- Deutlicher Appetitverlust
- Gewichtsverlust, häufig mehr als 5 % des Körpergewichts im vergangenen Monat
- Deutlicher Libidoverlust

## Webseiten und Literatur

- [1] S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie: unipolare Depression; Langfassung; Version 5. 11.2015  
Online: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-005l\\_S3\\_Unipolare\\_Depression\\_2017-05.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf)
- [2] WHO-Regionalbüro für Europa. Definition einer Depression  
Online: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>
- [3] DGBS e.V. und DGPPN e.V.: S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion, 2012 (derzeit in Aktualisierung)  
Online: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-019l\\_S3\\_Bipolare\\_Stoerungen\\_2012-09-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-019l_S3_Bipolare_Stoerungen_2012-09-abgelaufen.pdf)
- [4] Busch MA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, U. H. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2013; 5(6): 733–739
- [5] Jacobi F, Höfler M, Strehle S, Mack S, Gerschler A, Scholl L et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt 2014; 85(1): 77–87.
- [6] Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. Hum Psychopharmacol. 2002 Jun;17 Suppl 1:S1-11. DOI: 10.1002/hup.398

**Prozessevaluation in der ACD Studie:****Teil 1: Moderatorenttraining**

Der folgende Kurzfragebogen dient der Prozessevaluation gemäß MRC-Guidance, welche darauf abzielt, die Wirkmechanismen der ACD Intervention zu identifizieren. Wir bitten Sie, jeweils die zutreffende Antwort anzukreuzen, beziehungsweise die offenen Fragen in Stichworten zu beantworten. Bitte versuchen Sie, die Fragen möglichst spontan und intuitiv zu beantworten. Damit unterstützen Sie eine sachgemäße Evaluation des Projekts. Wir danken Ihnen für Ihre Kooperation!

Für weitere Fragen zur Prozessevaluation während der Projektlaufzeit steht Ihnen Frau Isabel Geiger, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Fachbereichs Health Services Management an der Ludwig-Maximilians-Universität München (Telefon: 089 / 2180 6790, E-Mail: [geiger@bwl.lmu.de](mailto:geiger@bwl.lmu.de)) gerne zur Verfügung.

1. In welcher KV-Region üben Sie Ihre Tätigkeit als Moderator\_in aus?

2. Seit wie vielen Jahren üben Sie Ihre ärztliche Tätigkeit aus (Mehrfachnennungen möglich)?

< 1    1-2    3-5    6-10    11-15    > 15 Jahre    ich bin im Ruhestand

3. Wie viele Jahre Erfahrung haben Sie in der *peer-to-peer* Gruppenmoderation, wie bei der Moderation von Qualitätszirkeln?

< 1    1-2    3-5    6-10    11-15    > 15 Jahre    bisher keine Erfahrung

4. Es ist nachvollziehbar, wie die ACD Intervention funktioniert und wie sie sich von der Regelversorgung unterscheidet.

Trifft völlig zu    trifft zu    teils/teils    trifft nicht zu    trifft gar nicht zu

5. Ich kenne meine Aufgaben im ACD Projekt und die der Projektpartner.

Trifft völlig zu    trifft zu    teils/teils    trifft nicht zu    trifft gar nicht zu

6. Ich kann den potenziellen Nutzen und den Wert der ACD Intervention nachvollziehen.

Trifft völlig zu    trifft zu    teils/teils    trifft nicht zu    trifft gar nicht zu

7. Ich glaube, dass die ACD Intervention in ihrer jetzigen Form gut von den Ärzten\_innen in den Netzwerken angenommen wird.

Trifft völlig zu    trifft zu    teils/teils    trifft nicht zu    trifft gar nicht zu

8. Die Qualität und der Inhalt des zur Verfügung stehenden Materials sind ausreichend, um die Netzwerktreffen gemäß dem Projektziel abzuhalten.

- Trifft völlig zu    trifft zu    teils/teils    trifft nicht zu    trifft gar nicht zu

Folgende Inhalte wären noch wünschenswert:

9. Die ACD Intervention sieht für jedes Netzwerk vier moderierte Netzwerktreffen vor. Ich glaube, dass diese Anzahl an Netzwerktreffen ausreichend ist, um den gewünschten Effekt (beispielsweise bessere Vernetzung/Zusammenarbeit) der Intervention zu erreichen.

- Trifft völlig zu    trifft zu    teils/teils    trifft nicht zu    trifft gar nicht zu

10. Ich glaube die Netzwerktreffen sind schwer mit den Arbeitszeiten der Ärzte\_innen in den Netzwerken zu vereinbaren.

- Trifft völlig zu    trifft zu    teils/teils    trifft nicht zu    trifft gar nicht zu

11. Es stehen aus meiner Sicht genügend Ressourcen (Materialien, Personen etc.) zur Verfügung, um die ACD Intervention ohne Probleme durchführen zu können.

- Trifft völlig zu    trifft zu    teils/teils    trifft nicht zu    trifft gar nicht zu

12. Ich weiß, an wen ich mich wenden kann, wenn ich Fragen zum Projekt (Abläufe, Dauer, Verpflichtungen etc.) habe.

- Trifft völlig zu    trifft zu    teils/teils    trifft nicht zu    trifft gar nicht zu

13. Das Projekt ist meiner Einschätzung nach so geplant, dass regelmäßiges Feedback der Moderator\_innen an das Studienteam genutzt werden kann, um die ACD Intervention laufend zu verbessern.

- Trifft völlig zu    trifft zu    teils/teils    trifft nicht zu    trifft gar nicht zu

14. Warum haben Sie sich entschieden, das Projekt als Moderator\_in zu unterstützen?



15. Welche Schwierigkeiten antizipieren Sie bei der Durchführung der Netzwerktreffen?

16. Worin sehen Sie die Stärken des ACD Projekts?

17. Gibt es noch weitere Aspekte, auf die Sie gerne hinweisen wollen?

Wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme!

## Prozessevaluation in der ACD Studie:

### Teil 1b: Refresher Training

Der folgende Kurzfragebogen dient der Prozessevaluation gemäß MRC-Guidance, welche darauf abzielt, die Wirkmechanismen der ACD Intervention zu identifizieren. Wir bitten Sie, jeweils die zutreffende Antwort anzukreuzen, beziehungsweise die offenen Fragen in Stichworten zu beantworten. Bitte versuchen Sie, die Fragen möglichst spontan und intuitiv zu beantworten. Damit unterstützen Sie eine sachgemäße Evaluation des Projekts. Wir danken Ihnen für Ihre Kooperation!

Für weitere Fragen zur Prozessevaluation während der Projektlaufzeit steht Ihnen Frau Isabel Geiger, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Fachbereichs Health Services Management an der Ludwig-Maximilians-Universität München (Telefon: 089 / 2180 6790, E-Mail: [geiger@bwl.lmu.de](mailto:geiger@bwl.lmu.de)) gerne zur Verfügung.

1. In welcher KV-Region üben Sie Ihre Tätigkeit als Moderator\_in aus?

2. Wie viele Jahre Erfahrung haben Sie in der *peer-to-peer* Gruppenmoderation, wie bei der Moderation von Qualitätszirkeln?

< 1    1-2    3-5    6-10    11-15    > 15 Jahre    bisher keine Erfahrung

3. Ich kann den potenziellen Nutzen und den Wert der ACD Intervention durch das extra Training besser nachvollziehen.

Trifft völlig zu    trifft zu    teils/teils    trifft nicht zu    trifft gar nicht zu

4. Ich glaube, dass die ACD Intervention in ihrer jetzigen Form gut von den Ärzten\_innen in den Netzwerken angenommen wird.

Trifft völlig zu    trifft zu    teils/teils    trifft nicht zu    trifft gar nicht zu

5. Die Qualität und der Inhalt des zur Verfügung stehenden Materials sind ausreichend, um die Netzwerktreffen gemäß dem Projektziel abzuhalten.

Trifft völlig zu    trifft zu    teils/teils    trifft nicht zu    trifft gar nicht zu

Folgende Inhalte wären noch wünschenswert:

6. Der Refresher hat mir geholfen bestehende Unsicherheiten zu beseitigen und offene Fragen zu den Netzwerktreffen und den Netzwerkinformationen zu klären.

Trifft völlig zu    trifft zu    teils/teils    trifft nicht zu    trifft gar nicht zu

Folgende Fragen/Unsicherheiten wären noch zu klären:

7. Zu folgenden Themen und Inhalten habe ich durch das Training neue Erkenntnisse gewonnen, die ich im Rahmen der Moderation von Netzwerktreffen gut anwenden kann:

8. Aus Ihrer jetzigen Perspektive, welche Aspekte sehen Sie als besonders wichtig - insbesondere bezogen auf ergänzendes Material, welches von der Studiengruppe zusätzlich zu den genannten Unterlagen zur Verfügung gestellt werden sollte - um eine erfolgreiche Durchführung der Netzwerktreffen zu ermöglichen?

9. Haben Sie weitere Anregungen zur Durchführung der Intervention?

Wir danken Ihnen für Ihre erneute Teilnahme!

**Prozessevaluation in der ACD - Studie**

**Teil 2: Dokumentation und Anregungen zu den Netzwerktreffen**

**Zielgruppe: ACD Moderator\_innen**

Die Dokumentation der Netzwerktreffen dient der Prozessevaluation gemäß MRC-Guidance<sup>1</sup>, welche darauf abzielt die Wirkmechanismen der ACD Intervention zu identifizieren. Teil 1 der Prozessevaluation startete bereits bei den ACD Trainings. Der folgende Teil erfolgt bezüglich der Moderator\_innen nicht anonymisiert, um die Möglichkeit zu schaffen etwaige Rückfragen zu Ihrem Feedback zu stellen, damit wir bestmöglich auf Ihre Anmerkungen eingehen können, um damit die ACD Intervention zu optimieren. Selbstverständlich verbleiben Ihre personenbezogenen Antworten lediglich beim Studienteam und werden nur in aggregierter Form ausgewertet. Bitte achten Sie beim Ausfüllen darauf, dass Sie in Bezug auf die Teilnehmenden nur in allgemeiner, nicht personenbezogener Form berichten.

Für weitere Fragen zur Prozessevaluation steht Ihnen Frau Isabel Geiger, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Fachbereichs Health Services Management der LMU München (Telefon: 089/2180-6790, E-Mail: [geiger@bwl.lmu.de](mailto:geiger@bwl.lmu.de)) gerne zur Verfügung. Für organisatorische Fragen wenden sie sich bitte wie gewohnt an Ihre Kassenärztliche Vereinigung.

Netzwerk Name:	Netzwerktreffennummer:	1.	2.	3.	4.	Netzwerktreffen
Name des/der Moderator_in:						
Datum:	Beginn:	Ende:				
Anzahl der Teilnehmenden:	Veranstaltungsort:					
Hausärzte:	Orthopäden:					
Augenärzte:	Frauenärzte:					
Hautärzte:	Chirurgen:					
HNO Ärzte:	Psychotherapeuten:					
Fachinternisten:	Zusätzlich anwesende Personen, die nicht Teil des ACD Netzwerks sind:					
Sonstige Fachärzte:						
<small>Benennung der sonstigen Fachärzte:</small>						
Skizzieren Sie bitte kurz, welches Thema bzw. welche Indikationsgruppen vorwiegend in dem Netzwerktreffen besprochen wurden.						
Konnten Sie das vorgesehene Programm durchführen oder gab es Ereignisse (z.B. andauernde Meinungsverschiedenheiten), die den Ablauf verändert haben? Falls ja, skizzieren Sie bitte inwiefern der Ablauf verändert wurde.						
Wurde ein Versorgungspfad oder ein Konsens hinsichtlich zukünftiger Behandlungs- und Arbeitsweisen erarbeitet?						
ja		nein			teilweise	

<sup>1</sup> Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. The BMJ. 2015;350:h1258. doi:10.1136/bmj.h1258.

Skizzieren Sie den Bereich, in dem der Konsens erzielt wurde, bitte kurz.

Bitte kreuzen Sie die jeweils aus Ihrer Sicht zutreffende Antwort zu den folgenden Aussagen an. Versuchen Sie bitte, die Fragen möglichst spontan und intuitiv zu beantworten.

Die Netzwerktreffen wirken aus meiner Sicht positiv auf...

a. ... Ihre eigene Berufszufriedenheit.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

b. ... die Berufszufriedenheit der Teilnehmenden.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

c. ... die Koordination zwischen den Teilnehmenden.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

d. ... die Patientenversorgung im Allgemeinen.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

e. ... die Patientenversorgung für die im heutigen Netzwerktreffen besprochene Indikationsgruppe.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Die Netzwerkinformation bietet eine Diskussionsgrundlage für die Arbeit im Netzwerk und enthält relevante Informationen.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Die Teilnehmenden scheinen motiviert an künftigen Netzwerktreffen teilzunehmen.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Die Teilnehmenden wollen weitere an der Versorgung Beteiligte zu den Netzwerktreffen einladen.

trifft völlig zu      trifft eher zu      teils/teils      trifft eher nicht zu      trifft gar nicht zu

Benennung der Professionen (falls genannt):

Aus Ihrer Sicht wie bewerten Sie die Netzwerktreffen hinsichtlich...

a. ...Ihres zeitlichen Aufwands in Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung?

überw. Negativ      eher negativ      indifferent      eher positiv      überw. positiv

b. ...den vom ACD Studienteam zur Verfügung gestellten Materialien?

überw. negativ      eher negativ      indifferent      eher positiv      überw. positiv

c. ...Ihrer eigenen Motivation zur Durchführung weiterer Netzwerktreffen?

überw. negativ      eher negativ      indifferent      eher positiv      überw. positiv

Haben Sie weitere Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge für das ACD Studienteam?

### Prozessevaluation für Teilnehmende der ACD Studie

Der folgende Fragebogen dient der Prozessevaluation<sup>1</sup> zur Ermittlung der Wirkmechanismen der ACD Intervention. Dazu würden wir gerne Ihre Einschätzungen und Sichtweisen in Erfahrung bringen. Wir bitten Sie, die Fragen möglichst spontan und intuitiv zu beantworten. Damit unterstützen Sie die Evaluation des Projekts. Wir danken Ihnen für Ihre Kooperation!

Für Fragen zur Prozessevaluation steht Ihnen Frau Isabel Geiger, Fachbereich Health Services Management der LMU München (Telefon: 089/2180-6790, E-Mail: [geiger@bwl.lmu.de](mailto:geiger@bwl.lmu.de)) zur Verfügung.

<b>Datum:</b>	<b>Veranstaltungsort:</b>				
<b>Bitte kreuzen Sie an, wie viele ACD Netzwerktreffen (inklusive heute) Sie bisher besucht haben.</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Netzwerktreffen
<b>In welcher KV-Region üben Sie Ihre ärztliche Tätigkeit aus?</b>	HH <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SH <input type="checkbox"/>	WL <input type="checkbox"/>	andere <input type="checkbox"/>
<b>Seit wie vielen Jahren üben Sie Ihre Tätigkeit als Facharzt/-ärztin in der ambulanten Versorgung aus?</b>					
<input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> 1 - 2 <input type="checkbox"/> 3 - 5 <input type="checkbox"/> 6 - 10 <input type="checkbox"/> 11 - 15 <input type="checkbox"/> > 15 Jahre					
<p><i>Die ACD Intervention besteht aus vier moderierten Netzwerktreffen und Netzwerkberichten zu sechs von den Teilnehmenden ausgewählten Indikationsgruppen. Bitte kreuzen Sie die jeweils aus Ihrer Sicht zutreffende Antwort zu den folgenden Aussagen an. Versuchen Sie bitte, die Antworten möglichst spontan und intuitiv zu geben.</i></p> <p><b>Ich bin mir darüber im Klaren...</b></p> <p><b>a. ... welche Ziele die ACD Intervention verfolgt.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>b. ... dass die Netzwerke basierend auf gemeinsam versorgten Patienten/innen gebildet wurden.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>c. ... welcher Nutzen durch die ACD Intervention entsteht.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>Die vorab versandten Netzwerkinformationen bieten eine gute Diskussionsgrundlage für die Arbeit im Netzwerktreffen.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>Die Inhalte der Netzwerkinformationen können Entscheidungen in meinem Arbeitsalltag beeinflussen.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>Die Netzwerktreffen können sich positiv auswirken auf...</b></p> <p><b>a. ... die Koordination zwischen mir und den anderen Teilnehmenden.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>b. ... die Patientenversorgung im Allgemeinen.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>c. ... die Patientenversorgung für die im heutigen Netzwerktreffen besprochene Indikationsgruppe.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <p><b>d. ... meine Zufriedenheit im Arbeitsalltag.</b></p> <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu					

<sup>1</sup>Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. 1 The BMJ. 2015;350:h1258. doi:10.1136/bmj.h1258.

**Die Netzwerktreffen fördern den direkten Austausch mit meinen Kollegen/innen.**

trifft zu    trifft eher zu    teils/teils    trifft eher nicht zu    trifft nicht zu

**Die Teilnahme an den Netzwerktreffen ist sinnvoll und nützlich für meine Arbeit.**

trifft zu    trifft eher zu    teils/teils    trifft eher nicht zu    trifft nicht zu

**Ich bin motiviert, an künftigen Netzwerktreffen teilzunehmen.**

trifft zu    trifft eher zu    teils/teils    trifft eher nicht zu    trifft nicht zu

**Wie bewerten Sie die Netzwerktreffen hinsichtlich...**

**a. ... der Einladung und Terminierung des Treffens?**

überw. positiv    eher positiv    indifferent    eher negativ    überw. negativ

**b. ... der Erreichbarkeit des Veranstaltungsorts?**

überw. positiv    eher positiv    indifferent    eher negativ    überw. negativ

**c. ... ihrer inhaltlichen Planung und Durchführung?**

überw. positiv    eher positiv    indifferent    eher negativ    überw. negativ

**d. ... des halbjährlichen Angebots der Treffen?**

überw. positiv    eher positiv    indifferent    eher negativ    überw. negativ

**Gab es aus Ihrer Sicht während des Netzwerktreffens genügend Zeit für Rückfragen?**

ja    nein

**Falls nicht, welche Fragen hätten Sie gerne noch besprochen?**

**Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die vorab versandten Netzwerkinformationen, so dass Sie diese besser im Alltag nutzen können?**

**Haben Sie weitere Anliegen oder Anmerkungen, die Sie dem ACD Studienteam gerne mitgeben wollen?**

Wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme!

Fragebogen Feedback zum Feedback [online Fragebogen]

*Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,*

*vielen Dank für Ihre Teilnahme am Feedback zur Netzwerkinformation im Innovationsfondsprojekt Accountable Care in Deutschland. Die Umfrage sollte nicht länger als 5 Minuten dauern und wird bis auf Ihre KV-Region vollständig anonymisiert.*

*Wenn Sie Fragen haben, melden Sie sich gerne bei unserem Studientelefon der Ludwig-Maximilians-Universität München (089/2180 1660) oder bei Ihrem/ Ihrer KV-Ansprechpartner\_in.*

*Ihr ACD Studienteam*

Item
[Abfrage der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung]
[freiwillige Angabe: Abfrage des Geschlechts]
[freiwillige Angabe: Abfrage des Alters]
[freiwillige Angabe: Abfrage der Facharztgruppe]
Ist Ihnen das Projekt Accountable Care in Deutschland bekannt?
Sind Ihnen die Ziele des Projekts Accountable Care in Deutschland bekannt?
Wie viele Netzwerkinformationen haben Sie bereits erhalten?
Die Netzwerkinformationen sind eine sinnvolle fachliche Ergänzung.
Ich würde die Netzwerkinformation auch über das ACD-Projekt hinaus in Anspruch nehmen wollen.
Die Auswertungen der Netzwerkinformationen sind verständlich beschrieben.
Die Darstellungsformen sind verständlich gewählt.
Die Netzwerkinformationen bieten einen schnellen fachlichen Überblick.
Die Auswertungen sind eine Unterstützung für meinen Arbeitsalltag.
Die Auswertungen sind fachlich interessant.
Die Auswertungen zeigen mir Inhalte, welche mir vorher nicht bekannt waren.
Die gewählten Indikatoren sind interessant.
Die gewählten Indikatoren haben eine hohe Relevanz für mich.
Das Layout und die Darstellung der Netzwerkinformationen sind optisch ansprechend.
Die Unterteilung in eigene ACD-Patienten, ACD-Patienten des ACD-Netzwerks und regionale Durchschnittswerte ist verständlich.
Was können wir besser machen in Bezug auf die Netzwerkinformationen?
Sonstige Anmerkungen zum ACD Projekt



### Teilnehmendenbefragung in der ACD-Studie

Der folgende Fragebogen dient der Prozessevaluation<sup>1</sup> der ACD-Intervention. Wir sind sehr an Ihren Einschätzungen und Sichtweisen zu der ACD Studie im Allgemeinen und den Auswirkungen der Coronakrise auf die Netzwerktreffen interessiert. Wir bitten Sie, die Fragen möglichst spontan und intuitiv zu beantworten. Damit unterstützen Sie die Evaluation des Studienprojekts. Wir danken Ihnen für Ihre Kooperation!

Für Fragen zur Prozessevaluation steht Ihnen Frau Isabel Geiger, Fachbereich Health Services Management der LMU München (Telefon: 089/2180 6790, E-Mail: [geiger@bwl.lmu.de](mailto:geiger@bwl.lmu.de)) sowie unser ACD-Studientelefon (089/2180 1660) gerne zur Verfügung.

In welcher KV-Region üben Sie hauptsächlich Ihre ärztliche Tätigkeit aus? HH NO SH WL

Seit wie vielen Jahren üben Sie Ihre Tätigkeit als Ärztin oder Arzt in der ambulanten Versorgung aus?  
 < 5  5 - 9  10 - 14  > 14 Jahre  keine Angabe

#### In welchem medizinischen Fachgebiet sind Sie überwiegend tätig?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin                 | <input type="checkbox"/> Urologie       | <input type="checkbox"/> Gynäkologie                           |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde                   | <input type="checkbox"/> Neurologie     | <input type="checkbox"/> Chirurgie                             |
| <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Psychiatrie    | <input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Schwerpunkt: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde        | <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                       |
|   | <input type="checkbox"/> Orthopädie     |  |

Bitte kreuzen Sie die jeweils aus Ihrer Sicht zutreffende Antwort zu den folgenden Aussagen an. Versuchen Sie bitte, die Antworten möglichst spontan und intuitiv zu geben.

#### Ich habe die bereits versendeten ACD Netzwerkinformationen gelesen.

ja  unsicher  nein  keine Angabe

#### Die Inhalte der ACD Netzwerkinformationen und deren Relevanz waren für mich klar verständlich.

trifft zu  trifft eher zu  teils/teils  trifft eher nicht zu  trifft nicht zu  keine Angabe

#### Ich finde es wichtig/sinnvoll die Inhalte der ACD Netzwerkinformationen mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zu besprechen.

trifft zu  trifft eher zu  teils/teils  trifft eher nicht zu  trifft nicht zu  keine Angabe

#### Gibt es aus Ihrer Sicht derzeit den Bedarf die Information über die eigenen Versorgungsdaten im Vergleich zum Durchschnitt der Region in Form von Netzwerkinformationen zu erhalten?

ja  unsicher  nein  keine Angabe

#### Ich habe am vierten ACD Netzwerktreffen teilgenommen.

ja  unsicher  nein  keine Angabe

Falls nicht:

#### Was sind Ihre Gründe, warum Sie nicht am vierten ACD Netzwerktreffen teilgenommen haben?

(bitte ankreuzen; mehrere Kreuze möglich)

- Das Treffen hat noch nicht stattgefunden (Teilnahme geplant).
- Das Treffen wurde wegen der Corona-Regelungen abgesagt.
- Vorherige Treffen sind auch schon abgesagt worden.
- Ich hatte keine Zeit.
- Wegen der aktuellen Entwicklungen zu Corona wollte ich nicht teilnehmen.
- Es haben sich zu wenige Teilnehmende angemeldet.
- Ich hatte kein Interesse.
- Sonstige:

#### Wie bewerten Sie die ACD Netzwerktreffen hinsichtlich... (bitte ankreuzen)

	überwiegend positiv	eher positiv	indifferent	eher negativ	überwiegend negativ	keine Angabe
... der zuvor versendeten Einladung und Terminierung des Treffens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Erreichbarkeit des Veranstaltungsorts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ihrer inhaltlichen Planung und Durchführung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... des halbjährlichen Angebots der Treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Die Teilnahme an interdisziplinären Netzwerktreffen finde ich generell sinnvoll und nützlich für meine Arbeit.

trifft zu  trifft eher zu  teils/teils  trifft eher nicht zu  trifft nicht zu  keine Angabe

#### Gibt es aus Ihrer Sicht derzeit den Bedarf, interdisziplinäre Treffen zur besseren Vernetzung verschiedener Arztgruppen als Teil der Regelversorgung zu etablieren?

ja  unsicher  nein  keine Angabe

#### Welche Rahmenbedingungen sind für Sie ausschlaggebend, damit Sie an interdisziplinären Netzwerktreffen teilnehmen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie an, wie viele ACD Netzwerktreffen Sie bisher besucht haben. 0 1 2 3 4 Netzwerktreffen

#### Falls Sie an einem ACD Netzwerktreffen teilgenommen haben, welche Gründe haben Sie dazu bewogen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Haben Sie noch weitere Anliegen oder Anmerkungen, die Sie dem ACD Studienteam gerne mitgeben wollen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Teilnahme!

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen im vorfrankierten Rückumschlag, per Fax an die 089/2180 99 1660 der LMU München oder gescannt per E-Mail an [hsm-research@bwl.lmu.de](mailto:hsm-research@bwl.lmu.de).

<sup>1</sup>Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. The BMJ. 2015;350:h1258. doi:10.1136/bmj.h1258.

## Prozessevaluation für KV Koordinatorinnen und Koordinatoren

Der folgende Fragebogen dient der Prozessevaluation des ACD-Projekts. Er zielt insbesondere auf die Erkenntnisse aus der Implementierungs- und Umsetzungsphase ab, welche für einen Transfer in die Regelversorgung nach Projektende relevant wären. Hierzu wollen wir auch die Expertise und Erfahrungen der KV Koordinatoren einholen.

Bitte beschreiben Sie im Folgenden die einzelnen Schritte, die zur Vorbereitung und Durchführung aus Sicht der KV erforderlich sind, um einen erfolgreichen Ablauf der Interventionselemente (Netzwerkinformationen und Netzwerktreffen) zu ermöglichen.

1. Welche Erwartungen hatten Sie an das ACD-Projekt, als Sie zum ersten Mal davon gehört haben?

### A: Erfahrungen zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Intervention:

2. Zu Beginn des Projekts mussten Moderatorinnen und Moderatoren gesucht werden. Wie haben Sie die Suche in Ihrer KV Region erlebt?

a. Vorgehen bei der Ansprache:

b. Bereitschaft von potentiellen ACD Moderatorinnen und Moderatoren:

c. Unterstützung durch Akteure/Personen in der Region:

3. Welche Kompetenzen sind bei der Auswahl von Moderatorinnen und Moderatoren für Netzwerktreffen Ihrer Einschätzung nach wichtig?

4. Wie sind sie konkret bei der Vorbereitung der Treffen vorgegangen? Was mussten Sie beachten?

a. Organisatorische Vorbereitung Netzwerktreffen und Netzwerkinformationen:

b. Ansprache der Netzwerkmitglieder:

c. Unterstützung der Moderatorinnen und Moderatoren:

5. Bevor die Netzwerktreffen geplant wurden, mussten Fortbildungspunkte beantragt werden. Welche Prozessschritte waren hierfür notwendig? (bitte kurz beschreiben)

6. Gab es während eines Netzwerktreffens Aufgaben, die durch Sie als Koordinatorin/Koordinator erledigt werden mussten?

Nein                      Ja                      Keine Angabe

Wenn ja, welche (bitte möglichst konkret beschreiben):

7. Welche Prozessschritte sind zur Nachbereitung eines einzelnen Netzwerktreffens nötig?

8. Wie viel Zeit müsste somit für die Organisation eines Netzwerktreffens insgesamt veranschlagt werden? Wie setzt sich diese Zahl in etwa zusammen?

9. Wurden von der KV Aufwandsentschädigungen für die Teilnahme an den Netzwerktreffen angeboten?

Nein                      Ja                      Keine Angabe

a. Wenn ja, bitte kreuzen Sie an bei welchen Netzwerktreffen die Möglichkeit angeboten wurde?

1.      2.      3.      4.      Treffen

b. In welcher Höhe wurden die Aufwandsentschädigungen pro Treffen in den Einladungen/Informationsmaterialien beworben?

c. Wie viele Teilnehmende haben in Ihrer KV Region insgesamt eine Aufwandsentschädigung beantragt?

d. Wie konnten Teilnehmende die Auszahlung der Aufwandsentschädigung beantragen?

**B: Begleitung der Moderatorinnen und Moderatoren**

10. Welche Maßnahmen haben Sie in Ihrer KV Region genutzt, um die Moderatorinnen und Moderatoren über den Interventionszeitraum zur Durchführung von Netzwerktreffen zu motivieren?

a. Welche der Maßnahmen zur Förderung der Motivation haben sich Ihrer Ansicht nach als besonders hilfreich erwiesen?

11. Wie würden Sie insgesamt die Mitwirkung der Moderatorinnen und Moderatoren (z.B. in Bezug auf zeitgerechte Terminfindung, Rückmeldungen zur Prozessevaluation, Erreichbarkeit) beschreiben?

12. Gab es Regelungen im ACD-Projekt, wozu besonders viel Abstimmung mit den Moderatorinnen und Moderatoren erforderlich war?

Nein                      Ja                      Keine Angabe

a. Wenn ja, welche?

### **C: Begleitung der Ärztinnen und Ärzte aus ACD-Netzwerken**

13. Wie häufig und in welchem zeitlichen Umfang sind die Netzwerkärztinnen und -ärzte mit der KV in Kontakt getreten?

14. Welche Themen schienen in Ihrem Austausch mit den Netzwerkärztinnen und -ärzten besonders von Bedeutung zu sein?

15. Wie würden Sie insgesamt das Engagement der Teilnehmenden von Netzwerktreffen (z.B. in Bezug auf Inanspruchnahme der Aufwandsentschädigung, Rückmeldungen zur Prozessevaluation, Zu- und Absagen zu Netzwerktreffen) einschätzen?

16. Gab es Regelungen im ACD-Projekt, wozu besonders viel Abstimmung mit den Netzwerkärztinnen und -ärzte erforderlich war?

Nein                      Ja                      Keine Angabe

a. Wenn ja, welche?

#### **D: Allgemeine Einschätzung der Intervention**

17. Was waren Ihrer Meinung nach Herausforderungen bei der Durchführung des ACD-Projekts aus Sicht der KV? Wie haben diese sich bemerkbar gemacht?

18. Mit den Erfahrungen von heute: Was wäre bei der erfolgreichen Umsetzung der Intervention (in die Regelversorgung) zu beachten? (z.B. Prozesse, Vorbereitung, etc.)

19. Gibt es noch weitere Themen, die Sie ergänzen möchten?

## Accountable Care in Deutschland – Prozessevaluation

### Qualitative Befragung von Studienteilnehmenden (Netzwerkärzt\_innen)

**Ziel: Prozessevaluation der Interventionsphase und Ermittlung von Optimierungspotenzial**

- Umsetzung und Praxisbezug der Netzwerktreffen
- Relevanz und Praxisbezug der Netzwerkinformationen
- Organisatorische Aspekte bezogen auf die Studiendurchführung (Informationsmaterial, Einladungen, Erreichbarkeit etc.)

(Die kursiv gestellten Fragen sind Beispiele für weitergehende Fragen, die nicht immer gestellt werden müssen bzw. auch nicht immer gestellt werden können.)

Bitte darauf achten, dass alle Fragen offen formuliert werden.

Pausen aushalten – nach der Frage ruhig einige Sekunden abwarten

#### ***Vor dem Interview:***

- Telefonische Anmeldung, Vorstellung, Terminvereinbarung
- Testen: Aufnahmegerät bei Telefoninterview  
(mit Lautsprecherfunktion, mögliche Rückkopplungen ausschließen)
- Am Termin überprüfen:
  - Aufnahmegerät? Aufnahmegerät intakt? Ersatzbatterien?
  - Memobogen?
  - Genügend Zeit für die Vor- und Nachbereitung eingeplant?

## ***Einleitung des Interviews***

### **Vorstellung**

Ich bin wissenschaftliche\_r Mitarbeiter\_in am ....

Sie sind Mitglied des Netzwerkes in der Studie „Accountable Care in Deutschland“ und haben sich bereit erklärt an einem Telefoninterview zum Studienverlauf teilzunehmen. Im Rahmen der Studie haben Sie verschiedene Netzwerkinformationen erhalten und an Netzwerktreffen teilgenommen. Wir wollen heute über Ihre Einschätzung zum bisherigen Prozess und Ihre Erfahrungen mit den ACD-Netzwerktreffen sprechen.

Ich habe dazu einige Fragen vorbereitet, die wir im Gesprächsverlauf ansprechen. Wie angekündigt, wird das Interview ca. 30 Minuten dauern.

Damit uns nichts verlorenght, würde ich das Gespräch gerne aufzeichnen. Darf ich Sie um Ihre Erlaubnis bitten das Interview aufzuzeichnen?

[Zusicherung der Anonymität, mündliche Einwilligungsbestätigung,  
Hinweis auf Gesprächsnotizen]:

Alle Informationen werden selbstverständlich anonymisiert.

[Hinweis auf Validierung durch Interview-Teilnehmende

Die Ergebnisse, die aus dem Interview gewonnen werden, werden Ihnen selbstverständlich gerne zugeschickt, so dass Sie uns nochmal eine Rückmeldung geben können, ob wir Ihre Aussagen richtig erfasst haben.

[Aufnahmegerät einschalten]

Wie eben besprochen, habe ich jetzt das Aufnahmegerät eingeschaltet. Können Sie mir bitte noch einmal kurz bestätigen, dass Sie mit der Aufnahme einverstanden sind? Vielen Dank!



## Interview – Einstieg:

1. Wenn Sie jetzt an das letzte ACD-Netzwerktreffen, an dem Sie teilgenommen haben, zurückdenken .... Wie haben Sie das Treffen erlebt?  
*Was ist Ihnen besonders in Erinnerung geblieben?*

*Was ist da passiert? Wie haben Sie das Netzwerktreffen erlebt?*

[Sollte Interviewer\_in merken, dass der Arzt/die Ärztin sich nicht mehr genau an das Treffen erinnert, dann Gedächtnisstützen einbauen wie z.B.]

*Sie haben von der KV \_\_\_\_\_ eine Einladung erhalten und haben dann in der Gruppe zu Versorgungsfragen diskutiert.*

*Da gab es diese Netzwerkberichte zu \_\_\_\_\_*

[bisher verschickt: Diabetes Mellitus, Ischämische Herzkrankheiten, Herzinsuffizienz...] [...]

[Bei Nachfrage:] *was Ihnen spontan einfällt. Welche Gedanken kommen Ihnen dazu in den Sinn, wenn Sie an das ACD-Netzwerktreffen denken?*

## Erleben / mögliche Wirkmechanismen der Netzwerktreffen

(Implementierungsprozess)

2. Wie haben Sie die Zusammensetzung der Gruppe wahrgenommen?

*Nachfragen: Welche Facharztgruppen waren vertreten? Wer hätte aus Ihrer Sicht noch unbedingt dabei sein müssen?*

*Wenn Sie an die Teilnehmenden denken:*

- *waren da z.B. bekannte Kolleg\_innen dabei?*
- *welche Überschneidungen gab es möglicherweise zu anderen Netzwerken, in denen Sie aktiv sind? Was ist denn das für ein Netzwerk?*

[Studienfragen: Waren die Teilnehmer bereits bekannt? Ist die Person auch in anderen Netzwerken oder Qualitätszirkeln aktiv?]

3. Wie haben Sie den Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen erlebt?  
*Welche Themen zur gemeinsamen Arbeit scheinen Ihnen aus der Diskussion von besonderer Bedeutung?*

Was fanden Sie schwierig an der Diskussion? Was wäre Ihnen für den gemeinsamen Austausch wichtig gewesen?

4. Welche Anregungen haben Sie für sich aus dem Treffen mitgenommen?  
Was hat Sie besonders überrascht?

[Wenn hierzu bereits Punkte gesagt wurden, dann hier nochmal zusammenfassen – gilt auch für die folgenden Fragen]

*Sie haben eben gesagt, Sie hat am Treffen überrascht, dass .... Welche anderen Dinge haben Sie für sich / in Ihren Alltag mitgenommen?*

5. Uns interessiert, was Sie bewogen hat, an dem Netzwerktreffen teilzunehmen...

*Mit welchen Erwartungen sind Sie zum Netzwerktreffen gegangen?*

*Inwiefern wurden die Erwartungen erfüllt/nicht erfüllt?*

6. Was erwarten Sie von Netzwerktreffen für Ihre eigene Arbeit?

*Welche Bedeutung haben solche Treffen für die Versorgung?*

*Welchen Einfluss können Sie aus Ihrer Sicht z.B. auf die Zusammenarbeit / Kommunikation / Versorgung von Patient\_innen haben?*

*Wie sieht das bspw. mit der Entwicklung von gemeinsamen Standards / Behandlungspfaden... aus?*

7. Das Netzwerktreffen wurde ja von einem ärztlichen Moderator / einer ärztlichen Moderatorin geleitet... wie haben Sie das erlebt? Wie wichtig ist es Ihnen, dass eine ärztliche Kollegin / ein ärztlicher Kollege die Moderation solcher Treffen übernimmt?

## Erleben / mögliche Wirkmechanismen der Netzwerkinformationen /

8. Wir haben Ihnen vor den Netzwerktreffen auch einige Materialien (Netzwerkinformationen) in Ihre Praxis geschickt. Was ist Ihnen aus den Netzwerkinformationen besonders in Erinnerung geblieben?

(erst auf Inhalte eingehen, wenn Arzt / Ärztin sie explizit danach fragt. Studienfragen: Werden die NW Infos wahrgenommen? Welche Inhalte sind dem Arzt / der Ärztin in Erinnerung geblieben und wie werden diese bewertet.)

*Welche Informationen fanden Sie besonders hilfreich für Ihren Praxisalltag?  
Was hätten Sie sich sonst gewünscht?*

*Hat Sie an den Daten vielleicht etwas überrascht? Was war das? Welche positiven / negativen Assoziationen haben Sie, wenn Sie an die Netzwerkinformation denken?*

[Unbedingt Stichpunkte machen und diese nochmals vertiefend nachfragen]

*Sie sagten eben „.....“, können sie das nochmal erläutern?*

[Zwischendurch Erzählaufforderungen geben:]

*Da gab es diese Netzwerkberichte zu \_\_\_\_\_ [Diabetes Mellitus, Ischämische Herzkrankheiten, Herzinsuffizienz...]*

*Sie haben eben das Thema \_\_\_\_\_ aufgegriffen.... Was genau hätten Sie sich da für die Netzwerkinformation gewünscht?*

9. Wie hilfreich finden Sie es, bei den Treffen gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen auf diese Daten zu schauen und dazu zu diskutieren?  
*Welche Anregungen konnten Ihnen die Daten liefern? Können sie das an einem Beispiel erläutern*

## **Zu organisatorischen Aspekten der Intervention (Implementierung)**

Wenn wir nun noch mal auf die organisatorischen Aspekte schauen...

10. Das Treffen fand ja am Nachmittag / Abend statt – wie war der Zeitpunkt für Sie? Wie konnten Sie Ihre Teilnahme organisieren? (Uhrzeit, Praxisorganisation, Private Gründe, Anfahrt etc.)
11. Wenn Sie nochmal an die Dauer des Treffens denken... wie war das für Sie? (Länge, Uhrzeit etc.)
12. Was können wir an den Rahmenbedingungen des Netzwerktreffens verbessern? Was würde dazu beitragen, dass noch mehr Kollegen und Kolleginnen aus dem Netzwerk teilnehmen? (Einladung, Ansprache, Finanzielle Anreize)

*Warum glauben Sie, dass andere Ärzt\_innen nicht an Netzwerktreffen teilnehmen?*

13. Sie haben ja von uns im Projektverlauf Einladungen zu Treffen und Materialien (Netzwerkinformationen) erhalten...

was wäre Ihnen zukünftig wichtig? Was können wir besser machen? (Zeitpunkt des Anschreibens, Form, Kontaktfrequenz etc.)

14. Wie haben Sie den Kontakt zum Projektteam bisher erlebt?

### **Gesprächsabschluss:**

15. Wie schätzen Sie eine Übertragung des Projekts in die Regelversorgung ein?

*Hürden, Herausforderungen, aber auch Chancen*

16. Wenn Sie sich vorstellen, Sie könnten sich für die Arbeit in Ihrem ACD-Netzwerk etwas wünschen?

*Was wäre da wichtig für Sie? Was würden Sie sich wünschen?*

*Haben Sie einen Vorschlag... was können wir konkret besser machen?*

Vielen Dank für den Hinweis. Ich nehme das auf alle Fälle mit in die Projektgruppe und wir werden versuchen, diese Idee aufzugreifen.

So, das war schon die letzte Frage. Wir haben jetzt über Ihre Erfahrungen im ACD-Projekt und den Netzwerktreffen gesprochen und ich habe nochmal ganz viele wichtige Hinweise von Ihnen bekommen.

Gibt es darüber hinaus noch einen Aspekt, der für Sie wichtig ist und den wir bisher nicht angesprochen haben? Gibt es etwas, was Sie uns noch mitgeben wollen? ...

Uns würde sehr interessieren, wie Sie das Projekt im weiteren Verlauf erleben. Es könnte sein, dass wir dazu im nächsten Jahr einige Ärzt\_innen ein zweites Mal kontaktieren. Dürfte ich mich da evtl. auch bei Ihnen im kommenden Jahr nochmal melden?

**Ich möchte mich ganz herzlich bei Ihnen für das spannende Gespräch bedanken und dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben!!!**

Ihre Einschätzung und Ihre Erfahrungen sind für uns und unsere Studie wichtig.

## Accountable Care in Deutschland – Prozessevaluation

### Qualitative Befragung von Netzwerk Moderator\_innen

**Ziel: Prozessevaluation der Interventionsphase und Ermittlung von Optimierungspotenzial**

- Umsetzung und Praxisbezug der Netzwerktreffen
- Relevanz und Praxisbezug der Netzwerkinformationen
- Organisatorische Aspekte bezogen auf die Studiendurchführung  
(Informationsmaterial, Einladungen, Erreichbarkeit etc.)

(Die kursiv gestellten Fragen sind Beispiele für weitergehende Fragen, die nicht immer gestellt werden müssen bzw. auch nicht immer gestellt werden können.)

Bitte darauf achten, dass alle Fragen offen formuliert werden.

Pausen aushalten – nach der Frage ruhig einige Sekunden abwarten

#### ***Vor dem Interview:***

- Telefonische Anmeldung, Vorstellung, Terminvereinbarung
- Testen: Aufnahmegerät bei Telefoninterview  
(mit Lautsprecherfunktion, mögliche Rückkopplungen ausschließen)
- Am Termin überprüfen:
  - Aufnahmegerät? Aufnahmegerät intakt? Ersatzbatterien?
  - Memobogen?
  - Genügend Zeit für die Vor- und Nachbereitung eingeplant?

## ***Einleitung des Interviews***

### **Vorstellung**

Ich bin wissenschaftliche\_r Mitarbeiter\_in am ....

Sie sind Moderator\_in von Netzwerktreffen, die im Rahmen der „Accountable Care in Deutschland“ Studie angeboten wurden und haben sich bereit erklärt an einem Telefoninterview zum Studienverlauf teilzunehmen. Vielen Dank dafür!

Wir wollen heute über Ihre Erfahrungen als Moderator\_in und Einschätzung zur ACD-Intervention sprechen. Ich habe dazu einige Fragen vorbereitet, die wir im Gesprächsverlauf ansprechen. Wie angekündigt, wird das Interview ca. 30 Minuten dauern.

Damit uns nichts verlorenght, würde ich das Gespräch gerne aufzeichnen. Darf ich Sie um Ihre Erlaubnis bitten das Interview aufzuzeichnen?

[Zusicherung der Anonymität, mündliche Einwilligungsbestätigung,  
Hinweis auf Gesprächsnotizen]:

Alle Informationen werden selbstverständlich pseudonymisiert.

Hinweis auf Validierung durch Interview-Teilnehmende

Die aggregierten Ergebnisse, die aus dem Interview gewonnen werden, werden Ihnen selbstverständlich gerne zugeschickt, so dass Sie uns nochmal eine Rückmeldung geben können, ob wir Ihre Aussagen richtig erfasst haben.

[Aufnahmegerät einschalten]

Wie eben besprochen, habe ich jetzt das Aufnahmegerät eingeschaltet. Können Sie mir bitte noch einmal kurz bestätigen, dass Sie mit der Aufnahme einverstanden sind? Vielen Dank!

## **Interview – Einstieg:**

1. Wenn Sie jetzt an ein ACD-Netzwerktreffen zurückdenken, das Ihnen besonders in Erinnerung geblieben ist .... Was ist da passiert?  
*Was ist Ihnen besonders in Erinnerung geblieben?*  
*Wie haben Sie das Netzwerktreffen erlebt?*

[Bei Nachfrage:] *was Ihnen spontan einfällt. Welche Gedanken kommen Ihnen dazu in den Sinn, wenn Sie an die ACD-Netzwerktreffen denken, die Sie moderiert haben?*

## **Erleben / mögliche Wirkmechanismen der Netzwerktreffen**

2. Wie haben Sie die Zusammensetzung der Gruppe bei den Netzwerktreffen wahrgenommen?

*Nachfragen: Welche Facharztgruppen waren vertreten? Wer hätte aus Ihrer Sicht noch unbedingt dabei sein müssen?*

*Wenn Sie an die Teilnehmenden denken:*

- *Wie haben Sie die Gruppendynamik erlebt?*
- *Wie waren aus Ihrem Erleben heraus die Beziehungen zwischen den Teilnehmenden? Wie haben die Teilnehmenden auf die Kolleg\_innen aus dem Netzwerk reagiert?*
- *Welche überraschenden Momente gab es in der Gruppe?*

[Studienfragen: Waren die Teilnehmer bereits untereinander bekannt?]

3. Wie haben Sie den Austausch in der Gruppe erlebt? Welche Themen zur gemeinsamen Arbeit scheinen Ihnen aus der Diskussion von besonderer Bedeutung?

*Was fanden Sie schwierig an der Diskussion? Was wäre Ihnen für den Austausch in der Gruppe wichtig gewesen?*

4. Was hat Sie an dem Austausch / der Diskussion besonders überrascht?



[Wenn hierzu bereits Punkte gesagt wurden, dann hier nochmal zusammenfassen – gilt auch für die folgenden Fragen]

*Sie haben eben gesagt, Sie hat am Treffen überrascht, dass .... Welche anderen Dinge wurden angesprochen, wo Sie denken, das ist relevant für den Arbeitsalltag der Kolleg\_innen?*

5. Uns interessiert, was Sie bewogen hat, das ACD Projekt als Moderator / Moderatorin zu unterstützen?

*Mit welchen Erwartungen sind Sie in das Projekt gestartet?*

*Inwiefern wurden die Erwartungen erfüllt/nicht erfüllt?*

6. Sie sind selbst als Arzt / Ärztin tätig – inwiefern haben Sie das als hilfreich erlebt in der Moderation von Netzwerktreffen?

*Wie wichtig ist es aus Ihrer Erfahrung heraus, dass eine ärztliche Kollegin / ein ärztlicher Kollege die Moderation solcher Treffen übernimmt?*

*Welche herausfordernden Situationen haben Sie erlebt? Welche positiven Erlebnisse hatten Sie in der Moderation?*

### **Erleben / mögliche Wirkmechanismen der Netzwerkinformationen /**

7. Wir haben den Netzwerkärzt\_innen vor den Treffen auch einige Materialien (Netzwerkinformationen) in ihre Praxen geschickt. Wie haben Sie die Arbeit mit dem Material bei den Treffen erlebt?

[Nicht im Detail auf Inhalte eingehen. Studienfragen: Werden die NW Infos von den NW-Ärzt\_innen genutzt? Welche Inhalte sind in Erinnerung geblieben und wie werden diese bewertet.]

*Welche Informationen fanden Sie hilfreich für die Diskussion und Bewertung der gemeinsamen Versorgung? Was hätten Sie oder die Teilnehmenden sich sonst gewünscht?*

*Welche Assoziationen (positiven / negativen) haben Sie, wenn Sie an die Arbeit mit Netzwerkinformation beim Treffen denken?*

[Unbedingt Stichpunkte machen und diese nochmals vertiefend nachfragen]

*Sie sagten eben „.....“, können sie das nochmal erläutern?*

[Zwischendurch Erzählaufforderungen geben:]

Da gab es Netzwerkberichte zu \_\_\_\_\_ [Diabetes Mellitus, Ischämische Herzkrankheiten, Herzinsuffizienz...]

Sie haben eben das Thema \_\_\_\_\_ aufgegriffen.... Was genau hätten Sie sich da für die Netzwerkinformation gewünscht?

8. Wie hilfreich finden Sie es, bei den Treffen gemeinsam mit den Teilnehmenden auf diese Daten zu schauen und dazu zu diskutieren?

*Welche Anregungen konnten die Daten der Gruppe liefern? Können sie das an einem Beispiel erläutern.*

*Wie sind Sie sonst vorgegangen, wenn die Gruppe die Netzwerkberichte nicht nutzen wollte?*

### **Zu organisatorischen Aspekten des Projektes (Implementierung)**

Wenn wir nun noch mal auf die organisatorischen Aspekte schauen...

9. Was war in der Vorbereitung und Durchführung der Netzwerktreffen für Sie hilfreich? Was hätten Sie sich noch gewünscht?

10. Wie haben Sie den Austausch mit der Studiengruppe / Projektteam erlebt?

*KV-Ansprechpartner\_innen – Vorbereitung der Treffen / Begleitung, Wissenschaftliche Mitarbeiter\_innen LMU (München) und ifam (Düsseldorf) – Moderator\_innen-Training, Begleitung, inhaltliche Rückfragen andere Moderator\_innen – Austausch bei Intervisionstreffen*

11. Wie sind Sie mit den Materialien zurechtgekommen, die Ihnen von der Studiengruppe zur Verfügung gestellt wurden

*z.B. Moderator\_innen-Handbuch, Factsheets zu Indikationsgruppen, Netzwerkberichte, Unterlagen für die Treffen etc.*

12. Wie haben Sie die Abstimmung der Termine und Räumlichkeiten für die Netzwerktreffen erlebt?

*(Uhrzeit, Praxisorganisation, Private Gründe, Anfahrt etc.)*

13. Wenn Sie nochmal an die Dauer des Treffens denken... wie war das für Sie?  
(Länge, Uhrzeit etc.)

**Gesprächsabschluss:**

14. Wie schätzen Sie eine Übertragung des Projekts in die Regelversorgung ein?

*Hürden, Herausforderungen, aber auch Chancen*

*Was würde Sie selbst motivieren, an Netzwerktreffen teilzunehmen?*

*Was kann aus Ihrer Erfahrung dazu beitragen, dass Kollegen und Kolleginnen teilnehmen? (Rahmenbedingungen, Themen, Einladung, Ansprache, Finanzielle Anreize)*

*Warum glauben Sie, nehmen manche Ärzt\_innen nicht an solchen Netzwerktreffen teil?*

15. Mit Ihren Erfahrungen aus dem ACD-Projekt, was würden Sie sich für die Vernetzung in der Versorgung wünschen?

*Was wäre Ihnen wichtig?*

So, das war schon die letzte Frage. Wir haben jetzt über Ihre Erfahrungen im ACD-Projekt und die Moderation der Netzwerktreffen gesprochen und ich habe nochmal ganz viele wichtige Hinweise von Ihnen bekommen.

Gibt es darüber hinaus noch einen Aspekt, der für Sie wichtig ist und den wir bisher nicht angesprochen haben? Gibt es etwas, was Sie uns noch mitgeben wollen? ...

**Ich möchte mich ganz herzlich bei Ihnen für das spannende Gespräch bedanken und dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben!!!**

Ihre Einschätzung und Ihre Erfahrungen sind für uns und unsere Studie wichtig.