



KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG

---

# AQUIK® - AMBULANTE QUALITÄTSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN

ABTEILUNG QUALITÄTSMANAGEMENT,  
QUALITÄTSZIRKEL,  
PATIENTENSICHERHEIT

24. OKTOBER 2023

# INHALT

---

<b>EINLEITUNG</b>	<b>3</b>
<b>WAS SIND QUALITÄTSINDIKATOREN UND WAS KÖNNEN SIE LEISTEN?</b>	<b>3</b>
<b>WIE KÖNNEN QUALITÄTSINDIKATOREN IN DAS PRAXISINTERNE QM INTEGRIERT WERDEN?</b>	<b>3</b>
<b>WAS IST DAS AQUIK®-SET?</b>	<b>4</b>
<b>ANWENDUNGSBEISPIEL</b>	<b>4</b>
<b>AQUIK®-INDIKATOREN</b>	<b>6</b>

---

# GEBRAUCHSANLEITUNG FÜR QUALITÄTSINDIKATOREN

## EINLEITUNG

In einem zunehmend wettbewerblich orientierten Gesundheitssystem und der damit einhergehenden Weiterentwicklung der Vertrags- und Versorgungsstrukturen nehmen qualitätsbezogene Aspekte einen immer höheren Stellenwert ein. Neben der Menge der erbrachten Leistungen oder der Morbidität der behandelten Patienten wird zunehmend auch das Merkmal Qualität als Bemessungsgrundlage für die Vergütung diskutiert. Qualitätsindikatoren (QI) als qualitätsbezogene Kennzahlen stellen dabei ein wichtiges Instrument dar, um Aspekte von Versorgungsqualität abbilden, vergleichen und weiterentwickeln zu können. Mit „AQUIK® - Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ (2009 entwickelt und 2013 überarbeitet) steht dafür ein Set an Qualitätsindikatoren für die Anwendung in der ambulanten Versorgung zur Verfügung. Das Projekt AQUIK® fokussiert auf Qualitätsindikatoren mit Relevanz für die vertragsärztliche Versorgung, die international bereits genutzt werden. Obwohl in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland bereits Qualitätsindikatoren im Rahmen von Disease-Management-Programmen, Qualitätssicherungs-Richtlinien oder Qualitätsmanagement-Systemen Anwendung finden und verschiedene Berufsverbände und medizinische Fachgesellschaften eigene Qualitätsindikatoren nutzen, stellen systematisch entwickelte und konsentrierte Qualitätsindikatoren in der ambulanten Versorgung immer noch die Ausnahme dar.

Auch in QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® (siehe QEP-Manual<sup>plus</sup>) wird auf Qualitätsindikatoren aus dem AQUIK®-Set verwiesen, die auf freiwilliger Basis zur quantitativen Darstellung und Verbesserung der Versorgungsqualität im Rahmen vom Qualitätsmanagement (QM) genutzt werden können. Da Qualitätsindikatoren im ambulanten Bereich in Deutschland bislang nicht flächendeckend eingesetzt werden, ergeben sich immer wieder Fragen zu ihrer Bedeutung und Anwendung sowie der Interpretation und Umsetzung der erhaltenen Ergebnisse.

## WAS SIND QUALITÄTSINDIKATOREN UND WAS KÖNNEN SIE LEISTEN?

Qualität in der Gesundheitsversorgung ist ein „abstraktes Konstrukt“ und daher nicht direkt messbar. Qualitätsindikatoren nutzt man deshalb als Hilfsgrößen, anhand derer man Aspekte von Qualität bzw. Qualitätsziele messbar machen möchte.

Basierend auf dem Qualitätsmodell von A. Donabedian wird üblicherweise zwischen drei verschiedenen Qualitätsdimensionen unterschieden: Strukturqualität (z. B. Mitarbeiterzahl und -qualifikation; Anzahl, Alter und Zustand von Geräten), Prozessqualität (z. B. Abläufe in der Praxis während der Diagnose, Therapie und Beratung von Patienten; Praxismanagement) und Ergebnisqualität (z. B. Therapieerfolg, Überlebensraten, Patientenzufriedenheit). Qualitätsindikatoren sollen helfen, zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/ oder Ergebnissen zu unterscheiden.

Durch die Einbindung von Qualitätsindikatoren in das Qualitätsmanagement-System der Praxis/ des MVZ kann sowohl die aktuelle Versorgungsqualität (z. B. mithilfe von statistischen Erhebungen, Qualitätsberichten) als auch deren Weiterentwicklung (z. B. durch internes Feedback oder den Vergleich mit anderen Praxen/ MVZ) dargestellt werden. Dabei können die Qualitätsindikatoren helfen, Qualitätsziele zu konkretisieren, deren Erreichung anhand von genauen Werten zu überprüfen und so die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern.

## WIE KÖNNEN QUALITÄTSINDIKATOREN IN DAS PRAXISINTERNE QM INTEGRIERT WERDEN?

Eine Praxis mit Qualitätsmanagement nutzt den PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) (Abb.1) zur kontinuierlichen Verbesserung. Sich nach einer Selbstbewertung konkrete Ziele zu setzen, Aufgabenverteilung und Zeitplanung festzulegen (Plan) und mit der Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen zu starten (Do), sind die ersten

Schritte. Danach folgen eine regelmäßige Überprüfung des Erreichten (Check) und bei Bedarf die Anpassung der Vorgehensweise und gegebenenfalls auch der Ziele (Act). Qualitätsindikatoren können diesen Prozess transparent unterstützen.

Viele Qualitätsindikatoren werden als Quotient dargestellt (s. Anwendungsbeispiel). Durch die Bildung von Zähler und Nenner auf Grundlage der eigenen Daten kann jede Praxis ihren individuellen bzw. praxisbezogenen Wert errechnen. Ein Referenzbereich gibt an, innerhalb welcher Grenzen die Ausprägung eines Qualitätsindikators noch als „gut“ oder „unauffällig“ definiert wird. Ein Referenzwert definiert hingegen lediglich einen Schwellenwert zur Differenzierung qualitativ unauffälliger bzw. auffälliger Ergebnisse.

Der Referenzwert/-bereich für einen Qualitätsindikator kann z. B. anhand von Werten des Vorjahres/-quartals, der Werte anderer Praxen innerhalb eines Qualitätszirkels oder anhand von Angaben aus der Literatur festgelegt werden.

## WAS IST DAS AQUIK®-SET?

Das Set umfasst 65 Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung durch Haus- und Fachärzte zu Themen wie ADHS, AIDS/HIV, arterieller Hypertonie, Impfen und Praxismanagement. Für die Entwicklung wurden international etablierte Indikatoren-Sets von Experten und Praxen bewertet und hinsichtlich ihrer Relevanz, Machbarkeit und Übertragbarkeit auf das deutsche Versorgungssystem überprüft.

AQUIK® (Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen) soll so als Steuerungsinstrument im Rahmen des medizinischen Qualitätsmanagements dienen und Sie dabei unterstützen, die Versorgungsqualität in Ihrer Praxis abzubilden, zu vergleichen und bei Bedarf weiterzuentwickeln.

Eine Übersicht aller AQUIK-Indikatoren sind auch im Anhang des QEP-Manual<sup>plus</sup> thematisch aufgeführt und davon vier Beispiele mit Zähler und Nenner dargestellt.

## ANWENDUNGSBEISPIEL

ANWENDUNGSBEISPIEL	
<b>Plan</b>	<p>Eine Praxis entschließt sich, ihre Versorgungsqualität im Bereich Prävention/Vorsorge zu überprüfen und erhebt dazu den QI (Qualitätsindikator) zur Gripeschutzimpfung.</p> <p><u>Definition des QI 2.12 des AQUIK®-Sets Impfen – Gripeschutz:</u></p> <p>Anteil der Patienten ab einem Alter über 60 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, denen in diesem Zeitraum eine Gripeschutzimpfung angeboten wurde oder in deren Akte dokumentiert ist, dass sie diese bereits woanders erhielten. Der Indikator berechnet sich wie folgt: Zähler = Anzahl der Patienten ab einem Alter über 60 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, denen in diesem Zeitraum eine Gripeschutzimpfung angeboten wurde oder in deren Akte dokumentiert ist, dass sie sie bereits woanders erhielten geteilt durch Nenner = Anzahl aller Patienten ab einem Alter über 60 Jahre innerhalb der letzten 12 Monate</p>
<b>DO</b>	<p>Um den Zähler des QIs zu erhalten, erstellt die Praxis eine Liste der Patienten &gt; 60 Jahre, bei denen im letzten Jahr eine Pseudo-Abrechnungsziffer für Gripeschutzimpfung abgerechnet wurde. Außerdem nimmt sie alle Patienten</p>

## ANWENDUNGSBEISPIEL

	<p>mit in die Liste auf, die eine Beratung zur Gripeschutzimpfung oder die Impfung bei einem anderen Arzt erhalten haben (z. B. 1051 Patienten).</p> <p>Um den Nenner zu ermitteln, wird die Anzahl aller Patienten &gt; 60 Jahre, die im letzten Jahr in Behandlung waren, benötigt. Hier hat die Praxis ebenfalls eine Liste erstellt (z. B. 2632 Patienten).</p> <p>Hieraus errechnet die Praxis ihren individuellen Wert = 1051 geteilt durch 2632 = 0,399; gerundet 0,4 (d.h. 40 %)</p>
<b>CHECK/ACT</b>	<p>Vergleich des Ergebnisses mit verfügbarem Referenzwert/-bereich. Das könnte bspw. ein Wert von Kollegen aus dem Qualitätszirkel, ein Wert aus der Fachgruppe oder des Vorjahresquartals der eigenen Praxis sein.</p> <p>Bei der ersten Ermittlung des QI 2.12 Impfen – Gripeschutz hat die Praxis einen Indikator von gerundet 0,4 erreicht. D. h. 40% aller Patienten &gt; 60 Jahre haben innerhalb der letzten 12 Monate eine Gripeschutzimpfung erhalten oder angeboten bekommen.</p> <p>Als zukünftiges Ziel setzt sich die Praxis einen Wert von 50%, den sie in den nächsten 12 Monaten erreichen möchte.</p> <p>Ein Jahr später überprüft die Praxis den QI und stellt fest, dass der Anteil der Patienten &gt; 60 Jahre, denen innerhalb der letzten 12 Monate eine Gripeschutzimpfung angeboten oder verabreicht wurde, auf 54% gestiegen ist. Damit wurde der intern bestimmte Zielwert von 50% für diesen QI nicht nur erreicht, sondern sogar übertroffen.</p>

### Fazit des Anwendungsbeispiels:

Die Praxis konnte, die im Rahmen des QM neu eingeführten Prozesse erfolgreich umsetzen und ihre Versorgungsqualität im Bereich Gripeschutzimpfung steigern.

### Weiterführende Informationen:

Für weiterführende wissenschaftliche Hintergrundinformationen zum Thema empfehlen wir z. B. äzq (2009): Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren -, Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien von BÄK, KBV und AWMF, äzq Schriftreihe, Band 36; online abrufbar unter:  
<https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe36.pdf>.

### Ansprechpartner:

Abteilung Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel, Patientensicherheit  
Tel.: 030 4005-1208, QQP@kbv.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin  
QQP@kbv.de, www.kbv.de

# AQUIK®-INDIKATOREN

## (AQUIK-Projektbericht 2009, Starterset)

### INDIKATOR ADHS - DIAGNOSEKRITERIEN

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten von 6 bis 18 Jahren mit neu diagnostiziertem ADHS innerhalb der letzten 12 Monate, in deren Patientenakte die Abklärung nach DSM-IV- oder ICD-10- Kriterien dokumentiert ist
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten von 6 bis 18 Jahren mit neu diagnostiziertem ADHS innerhalb der letzten 12 Monate, in deren Patientenakte die Abklärung nach DSM-IV- oder ICD- 10-Kriterien dokumentiert ist
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten von 6 bis 18 Jahren mit neu diagnostiziertem ADHS innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten von 6 bis 18 Jahren mit ADHS dokumentiert, deren Diagnose innerhalb der letzten 12 Monate mit Hilfe des DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision) oder der ICD-10 gestellt wurde. Ziel ist es, die Anwendung formaler Diagnosekriterien für ADHS zu stärken. Die Leitlinie der AG ADHS legt, wie die Leitlinien der American Academy of Pediatrics, für den Krankheitsbegriff die Kriterien nach DSM-IV zugrunde. Damit findet auch der vorwiegend unaufmerksame Subtyp („ADS“) die klinisch notwendige diagnostische und therapeutische Berücksichtigung. Diese Patienten würden mit der strengeren Definition nach den ICD-10-Kriterien nicht erfasst, da dabei in allen drei Bereichen (Aufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität) Probleme vorhanden sein müssen. Nach den European clinical guidelines for hyperkinetic disorder– first upgrade ist es hilfreich, beide Konzepte gestuft zu benutzen [Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte 2007].
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte 2007 Leitlinie der Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 2007 (S1) <i>(Die Gültigkeit der Leitlinie ist abgelaufen.)</i>  <i>Leitlinien-Anmeldung (S3, geplante Fertigstellung war Ende 2013): ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen</i>
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose ADHS (ICD-Code), neu diagnostiziert und im Alter von 6 bis 18 Jahren  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Die Abklärung der Diagnose erfolgte nach DSM-IV-TR- oder ICD-10-Kriterien
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in primary care for school age children and adolescents: percentage of patients newly diagnosed with ADHD whose medical record contains documentation of DSM-IV-TR or DSM-PC criteria being addressed
<b>Autor und Set</b>	Institute for Clinical System Improvement 2012: National Quality Measures Clearing- house

### Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	87%
Machbarkeit des Indikators gegeben	40%
Indikator fachlich positiv bewertet	55%

**INDIKATOR****ADHS - ERSTVERSCHREIBUNG**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten im Alter von 6 bis 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen 30 Tage nach der Erstverschreibung einer ADHS-Medikation eine Wiedervorstellung stattfand
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten im Alter von 6 bis 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen 30 Tage nach Erstverschreibung einer ADHS-Medikation ein Wiedervorstellungstermin stattfand
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten von 6 bis 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose ADHS und Erstverschreibung einer ADHS-Medikation
<b>Bezugsgrößen</b>	ADHS-Medikation: Methylphenidat, DL-Amphetamin, Atomoxetin
<b>Erläuterung</b>	Hier soll der prozentuale Anteil der Patienten im Alter von 6 bis 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose ADHS und Erstverschreibung einer ADHS-Medikation beziffert werden, bei denen innerhalb von 30 Tagen nach Erstverschreibung eine Wiedervorstellung stattfand. Ziel ist die Verbesserung der medikamentösen Behandlung von ADHS-Patienten durch eine engmaschige Betreuung, insbesondere in der Initialphase der Therapie.
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte 2007 Leitlinie der Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 2007 (S1) <i>(Die Gültigkeit der Leitlinie ist abgelaufen.)</i>  <i>Leitlinien-Anmeldung (S3, geplante Fertigstellung war Ende 2013): ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen</i>
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose ADHS (ICD-Code) und mit einer Erstverschreibung eines ADHS-Medikaments und im Alter von 6 bis 18 Jahren  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: 30 Tage nach Erstverschreibung der ADHS-Medikation fand ein Wiedervorstellungstermin statt
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Follow-up care for children prescribed ADHD medication (initiation phase): percentage of members 6 - 12 years of age as of the Index Prescription Episode Start Date with an ambulatory prescription dispensed for ADHD medication who had one follow-up visit with a practitioner with prescribing authority during the 30-Day initiation phase.
<b>Autor und Set</b>	National Committee for Quality Assurance (NCQA) 2012: National Quality Measures Clearinghouse

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja



## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	92%
Machbarkeit des Indikators gegeben	38%
Indikator fachlich positiv bewertet	82%

**INDIKATOR****ADHS - FOLGEKONTAKTE**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten im Alter von 6 bis 18 Jahren mit ADHS und einer ADHS- Medikation innerhalb der letzten 12 Monate, in deren Patientenakte zwei Folgekontakte im Jahr dokumentiert sind, in deren Rahmen jeweils folgende Themen besprochen wurden: Größe, Gewicht, Medikation, schulischer Fortschritt und Behandlungsplan
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert. Der Indikator wurde erweitert, formal ist eine Neubewertung des ergänzten Indikators durch Experten erforderlich.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten im Alter von 6 bis 18 Jahren mit ADHS und einer ADHS- Medikation innerhalb der letzten 12 Monate, deren Patientenakte zwei Folge- kontakte im Jahr dokumentiert in deren Rahmen die folgenden Punkte besprochen wurden: Größe, Gewicht, Medikation, schulischer Fortschritt und Behandlungsplan
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten im Alter von 6 bis 18 Jahren mit ADHS und einer ADHS- Medikation innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgrößen</b>	ADHS-Medikation: Methylphenidat, DL-Amphetamin, Atomoxetin
<b>Erläuterung</b>	Hier soll der prozentuale Anteil der Patienten im Alter von 6 bis 18 Jahren mit der Diagnose ADHS und ADHS- Medikation innerhalb der letzten 12 Monate beziffert werden, bei dem mindestens zwei Vorstellungen pro Jahr erfolgten. Während dieser Folgekontakte sollen jeweils die folgenden Themen besprochen worden sein: Größe, Gewicht, Medikation, schulischer Fortschritt und der Behandlungsplan. Eine optimale medikamentöse Behandlung allein ist anderen Einflussgrößen auf die Kernsymptome einer ADHS-Erkrankung überlegen. Ziel ist also zum einen die Verbesserung der medikamentösen Behandlung von ADHS- Patienten durch eine engmaschige Betreuung. Zum anderen scheint die Verschlechterung des klinischen Bildes von ADHS-Patienten in der Adoleszenz weniger auf eine falsch dosierte medikamentöse Behandlung zurückzuführen zu sein, sondern vielmehr auf Veränderungen in den äußeren Einflüssen und Komorbiditäten des Patienten. Daher sollen vor einer Dosisanpassung diese möglichen Einflussgrößen erfasst werden.
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte 2007 Leitlinie der Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 2007 (S1) <i>(Die Gültigkeit der Leitlinie ist abgelaufen.)</i>  <i>Leitlinien-Anmeldung (S3, geplante Fertigstellung war Ende 2013): ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen</i>
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose ADHS (ICD-Code) und mit einer dauerhaften ADHS-Medikation und im Alter von 6 bis 18 Jahren  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Innerhalb der letzten 12 Monate fanden mindestens 2 Folgekontakte statt, in deren Rahmen die folgenden Punkte besprochen wurden: Größe, Gewicht, Medikation, schulischer Fortschritt und Behandlungsplan.
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in primary care for school age children and adolescents: percentage of patients treated with psychostimulant medication for the diagnosis of ADHD whose medical record contains documentation of a follow-up visit twice a year and had the following discussed at each of the visits: height, weight, medication, school progress and a care plan.

**Autor und Set**

Institute for Clinical System Improvement 2012: National Quality Measures Clearinghouse

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

Indikator relevant	ja
Indikator machbar	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

Datenverfügbarkeit gegeben	93%
Machbarkeit des Indikators gegeben	52%
Indikator fachlich positiv bewertet	75%

## INDIKATOR

## ADHS - SCHULISCHE UNTERSTÜTZUNG

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten von 6 bis 18 Jahren mit ADHS innerhalb der letzten 12 Monate, in deren Patientenakte dokumentiert ist, dass der behandelnde Arzt den Bedarf an schulischer Unterstützung und Möglichkeiten der Erziehungshilfe für Kinder mit ADHS besprochen hat
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten von 6 bis 18 Jahren mit ADHS innerhalb der letzten 12 Monate, in deren Patientenakte dokumentiert ist, dass der Bedarf an schulischer Unterstützung und Möglichkeiten der Erziehungshilfe besprochen wurde
<b>Nenner</b>	Anteil aller Patienten von 6 bis 18 Jahren mit ADHS innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Erläuterung</b>	Dieser Indikator erfasst den prozentualen Anteil der 6 bis 18jährigen ADHS-Patienten innerhalb der letzten 12 Monate, in deren Patientenakte dokumentiert ist, dass der behandelnde Arzt den Bedarf an schulischer Unterstützung und Möglichkeiten der Erziehungshilfe für Kinder mit ADHS besprochen hat. Ziel ist es, den multimodalen Therapieansatz zu fördern.
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte 2007 Leitlinie der Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 2007 (S1) <i>(Die Gültigkeit der Leitlinie ist abgelaufen.)</i>  <i>Leitlinien-Anmeldung (S3, geplante Fertigstellung war Ende 2013): ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen</i>
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate und mit der Diagnose ADHS (ICD-Code) und im Alter von 6 bis 18 Jahren  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Der Bedarf an schulischer Unterstützung und Möglichkeiten der Erziehungshilfe wurde besprochen
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in primary care for school age children and adolescents: percentage of patients diagnosed with ADHD whose medical record contains documentation that the clinician discussed the need for school-based supports and educational service options for children with ADHD
<b>Autor und Set</b>	Institute for Clinical System Improvement 2012: National Quality Measures Clearinghouse

### Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

### Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	88%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	34%
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	57%

## INDIKATOR AIDS/HIV – HEPATITIS-C-STATUS

<b>Indikator</b>	Anteil der Hepatitis-C-negativen Patienten mit HIV-Infektion ab einem Alter von 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen der Hepatitis-C-Status innerhalb der letzten 12 Monate in der Patientenakte dokumentiert wurde
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie D: Der Originalindikator wurde von den Autoren zurückgezogen; aktuelle, valide Quellen, die die Evidenz des AQUIK-Indikators stützen, oder ein Alternativindikator, waren nicht verfügbar.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Hepatitis-C-negativen Patienten mit HIV-Infektion ab einem Alter von 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen der Hepatitis-C-Status innerhalb der letzten 12 Monate in der Patientenakte dokumentiert wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Hepatitis-C-negativen Patienten mit HIV-Infektion ab einem Alter von 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgröße</b>	Zeitraum: HIV-Patienten innerhalb der letzten 12 Monate Alter: Patienten ab 18 Jahren
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Hepatitis-C-negativen Patienten mit HIV-Infektion ab einem Alter von 18 Jahren beziffert, bei denen seit HIV-Erstdiagnose innerhalb der letzten 12 Monate der Hepatitis-C-Status dokumentiert wurde. Ziel ist die Erfassung relevanter Komorbiditäten, um diese einer Behandlung zugänglich zu machen und die Transmissionsrate zu senken.
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitlinien der Deutschen Aids-Gesellschaft und der Österreichischen Aids-Gesellschaft (S2k) in Abstimmung mit weiteren Fachgesellschaften, 2011/2012
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose HIV (ICD-Code) und im Alter von $\geq 18$ Jahren  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Dokumentation des Hepatitis-C-Status innerhalb der letzten 12 Monate in der Patientenakte erfolgt
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Percentage of adult and adolescent patients for whom hepatitis-C-status was documented in the medical record.
<b>Autor und Set</b>	New York Health Aids Institute: National Quality Measures Clearinghouse (QI zurückgezogen)

### Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess

<b>Indikator relevant</b>	unsicher
<b>Indikator machbar</b>	nein

Der Qualitätsindikator wurde entsprechend den Hinweisen aus dem Fachgruppenprozess adaptiert und in der oben angegebenen Formulierung in der Machbarkeitsanalyse erneut bewertet.

### Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	75%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	11%
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	29%

**INDIKATOR****AIDS/HIV - VIRUSLASTBESTIMMUNG**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten mit HIV-Infektion unter antiretroviraler Therapie innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen mindestens einmal alle 4 Monate eine Viruslastbestimmung und eine CD4-Bestimmung durchgeführt wurden
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie C: Der Originalindikator wurde zurückgezogen. Es gibt aber einen alternativen Indikator bzw. andere Quellen, die die Evidenz des AQUIK-Indikators stützen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten mit HIV-Infektion unter antiretroviraler Therapie innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen mindestens einmal alle 4 Monate eine Viruslastbestimmung und eine CD4-Bestimmung durchgeführt wurden
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten mit HIV-Infektion unter antiretroviraler Therapie innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgröße</b>	Alter: keine Einschränkung
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der HIV-/AIDS-Patienten unter antiretroviraler Therapie innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, bei denen die Viruslast und eine CD4-Bestimmung mindestens einmal alle 4 Monate quantitativ erfasst wird. Voraussetzung für den Therapieerfolg ist die Einhaltung der Therapie. Diese kann am besten anhand der Verlaufsbeobachtung der wichtigsten Laborparameter bei einer HIV-Infektion (CD4+-Lymphozyten und der HIV-RNA) eingeschätzt werden.
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitlinien der Deutschen Aids-Gesellschaft und der Österreichischen Aids-Gesellschaft (S2k) in Abstimmung mit weiteren Fachgesellschaften: Antiretrovirale Therapie der HIV-Infektion, 2011/2012
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose HIV (ICD-Codes) und unter antiretroviraler Therapie  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Viruslastbestimmung und CD4-Bestimmung mindestens einmal alle 4 Monate durchgeführt
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	1. Percentage of adult and adolescent patients for whom a viral load test was performed every four months  2. Percentage of adult and adolescent patients for whom a CD4 count test was performed every four months
<b>Autor und Set</b>	New York Health Aids Institute: National Quality Measures Clearinghouse ( <i>QI zurückgezogen</i> )
<b>Alternativquellen</b>	New York State Department of Health AIDS Institute 2011: Primary Care Approach to the HIV-Infected Patient, <a href="http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/adults/primary-care-approach-to-the-hiv-infected-patient/">http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/adults/primary-care-approach-to-the-hiv-infected-patient/</a>  Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. Available at <a href="http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf">http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf</a>

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	67%
Machbarkeit des Indikators gegeben	25%
Indikator fachlich positiv bewertet	33%

**INDIKATOR****AIDS/HIV - VIRUSLASTREDUKTION**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten mit HIV-Infektion unter antiretroviraler Therapie innerhalb der letzten 12 Monate, deren Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze lag oder bei denen eine signifikante Reduktion der Viruslast bestand
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie C: Der Originalindikator wurde zurückgezogen. Es gibt aber einen alternativen Indikator bzw. andere Quellen, die die Evidenz des AQUIK-Indikators stützen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten mit HIV-Infektion unter antiretroviraler Therapie, deren Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze lag oder bei denen eine signifikante Reduktion der Viruslast bestand
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten mit HIV-Infektion unter antiretroviraler Therapie
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten mit HIV-Infektion und antiretroviraler Therapie innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, deren Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze lag oder bei denen eine signifikante Reduktion der Viruslast bestand. Ziel der antiretroviralen Therapie ist eine möglichst niedrige Viruslast. Dadurch werden sowohl die Symptome als auch die Resistenzentwicklung des Virus günstig beeinflusst.
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitlinien der Deutschen Aids-Gesellschaft und der Österreichischen Aids-Gesellschaft (S2k) in Abstimmung mit weiteren Fachgesellschaften: Antiretrovirale Therapie der HIV-Infektion, 2011/2012
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose HIV (ICD-Codes) und unter antiretroviraler Therapie  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze oder signifikante Reduktion der Viruslast innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Indikatorart</b>	Ergebnisqualität
<b>Originalindikator</b>	Percentage of adult and adolescent patients who are stable on antiretroviral (ARV) therapy for whom viral load is monitored every four months.
<b>Autor und Set</b>	New York Health Aids Institute: National Quality Measures Clearinghouse (QI zurückgezogen)
<b>Alternativquellen</b>	New York State Department of Health AIDS Institute 2011: Primary Care Approach to the HIV-Infected Patient, <a href="http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/adults/primary-care-approach-to-the-hiv-infected-patient/">http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/adults/primary-care-approach-to-the-hiv-infected-patient/</a>  Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. Available at <a href="http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf">http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf</a>

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	74%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	17%
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	33%



**INDIKATOR****ARTERIELLE HYPERTONIE – BEHANDLUNGSPLAN**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten mit einem systolischen Blutdruckwert größer oder gleich 140 mmHg oder einem diastolischen Blutdruckwert größer oder gleich 90 mmHg innerhalb der letzten 12 Monate mit einem dokumentierten Behandlungsplan für Bluthochdruck
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie C: Der Originalindikator wurde zurückgezogen. Es gibt aber einen alternativen Indikator bzw. andere Quellen, die die Evidenz des AQUIK-Indikators stützen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten mit einem systolischen Blutdruckwert größer oder gleich 140 mmHg oder einem diastolischen Blutdruckwert größer oder gleich 90 mmHg innerhalb der letzten 12 Monate mit einem dokumentierten Behandlungsplan für Bluthochdruck
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten mit einem systolischen Blutdruckwert größer oder gleich 140 mmHg oder einem diastolischen Blutdruckwert größer oder gleich 90 mmHg innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgrößen</b>	Dokumentierter Behandlungsplan: Leitliniengerechte Therapie, beinhaltet sowohl nicht-pharmakologische als auch pharmakologische Module.
<b>Erläuterung</b>	<p>Hier wird der Anteil der Patienten mit einem systolischen Blutdruckwert größer oder gleich 140 mmHg oder einem diastolischen Blutdruckwert größer oder gleich 90 mmHg innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, für die ein Behandlungsplan für Bluthochdruck dokumentiert wurde.</p> <p>Das Ziel besteht darin, durch ein strukturiertes Vorgehen bei der Behandlung der arteriellen Hypertonie das Risiko für Folgeerkrankungen zu senken.</p>
<b>Deutsche Quellen</b>	<p>Leitliniengruppe Hessen: Hausärztliche Leitlinie Hypertonie Therapie der Hypertonie 2010 (<i>Leitlinie und Therapieempfehlung sind abgelaufen.</i>)</p> <p>Leitlinien der Dt. Hypertonie Gesellschaft/Dt. Hochdruckliga e.V. zur Behandlung der arteriellen Hypertonie 2008 (S2); Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie der arteriellen Hypertonie 2004 (<i>Leitlinie und Therapieempfehlung sind abgelaufen.</i>)</p>
<b>Datenerhebung</b>	<p>Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose Bluthochdruck (ICD-Code)</p> <p>Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Es existiert ein dokumentierter Behandlungsplan für Bluthochdruck</p>
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Percentage of patient visits during which either systolic blood pressure is greater than or equal to 140 mm Hg or diastolic blood pressure is greater than or equal to 90 mm Hg, with documented plan of care for hypertension.
<b>Autor und Set</b>	American College of Cardiology/American Heart Association/Physician Consortium for Performance Improvement: National Quality Measures Clearinghouse ( <i>Q/ zurückgezogen</i> )
<b>Alternativquelle</b>	<p>Hypertension diagnosis and treatment: percentage of uncomplicated hypertensive patients age 18 through 60 with a blood pressure reading of greater than 140/90 mmHg who have a plan of care.</p> <p>Institute for Clinical Systems Improvement 2012: National Quality Measures Clearinghouse</p>

### Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess

Indikator relevant	ja
Indikator machbar	ja

### Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	89%
Machbarkeit des Indikators gegeben	21%
Indikator fachlich positiv bewertet	71%

**INDIKATOR****ARTERIELLE HYPERTONIE - BERATUNG RISIKOFAKTOREN**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten mit Bluthochdruck innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen eine Beratung zu veränderbaren Risikofaktoren in der Patientenakte dokumentiert ist
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie C: Der Originalindikator wurde zurückgezogen. Es gibt aber einen alternativen Indikator bzw. andere Quellen, die die Evidenz des AQUIK-Indikators stützen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten mit Bluthochdruck innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen eine Beratung zu veränderbaren Risikofaktoren in der Patientenakte dokumentiert ist
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten mit Bluthochdruck innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgrößen</b>	Beratung zu veränderbaren Risikofaktoren: ggf. Gewichtsreduktion, vermehrte körperliche Aktivität, natriumarme Diät, ggf. Alkoholreduktion, Nikotinkarenz, gesundheitsfördernde Diät
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten mit Bluthochdruck innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, bei denen eine Beratung zu veränderbaren Risikofaktoren in der Patientenakte dokumentiert ist. Um das Risiko für Folgeerkrankungen zu reduzieren, werden in Leitlinien Maßnahmen zur Beeinflussung von unten genannten, veränderbaren Risikofaktoren empfohlen.
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitliniengruppe Hessen: Hausärztliche Leitlinie Hypertonie Therapie der Hypertonie 2010 ( <i>Leitlinie und Therapieempfehlung sind abgelaufen.</i> )  Leitlinien der Dt. Hypertonie Gesellschaft/Dt. Hochdruckliga e.V. zur Behandlung der arteriellen Hypertonie 2008 (S2); Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie der arteriellen Hypertonie 2004 ( <i>Leitlinie und die Therapieempfehlung sind abgelaufen.</i> )
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose (primärer) Bluthochdruck (ICD-Code)  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Es erfolgte Beratung zu veränderbaren Risikofaktoren innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Hypertension diagnosis and treatment: percentage of patients with hypertension presenting in clinic within the last month for whom patient education about modifiable risk factors has been documented in the medical record.
<b>Autor und Set</b>	Institute for Clinical System Improvement (ICSI): National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) ( <i>QI zurückgezogen</i> )
<b>Alternativquellen</b>	NHS Information Centre for Health and Social Care 2011/12 (QOF PP2): Proportion of patients newly diagnosed with hypertension who are given lifestyle advice. <a href="https://mqi.ic.nhs.uk/IndicatorDefaultView.aspx?ref=1.09.02.23">https://mqi.ic.nhs.uk/IndicatorDefaultView.aspx?ref=1.09.02.23</a>  QiSA - Band C3 1.0: Anteil der Hypertoniker mit kardiovaskulärer Risikoberatung

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	90%
Machbarkeit des Indikators gegeben	25%
Indikator fachlich positiv bewertet	65%

**INDIKATOR****ARTERIELLE HYPERTONIE - BLUTDRUCKKONTROLLE**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten ab 18 Jahren mit Bluthochdruck, deren Blutdruck mindestens einmal innerhalb der letzten 6 Monate kontrolliert und dokumentiert wurde
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten ab 18 Jahren mit Bluthochdruck, deren Blutdruck mindestens einmal innerhalb der letzten 6 Monate kontrolliert und dokumentiert wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten ab 18 Jahren mit Bluthochdruck
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten ab 18 Jahren mit Bluthochdruck beziffert, deren Blutdruck mindestens einmal innerhalb der letzten 6 Monate kontrolliert und dokumentiert wurde. Zur Kontrolle des Therapieerfolges werden in Leitlinien als Mindeststandard halbjährliche bis zweijährliche Blutdruckmessungen empfohlen.
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitliniengruppe Hessen: Hausärztliche Leitlinie Hypertonie Therapie der Hypertonie 2010 ( <i>Leitlinie und Therapieempfehlung sind abgelaufen.</i> )  Leitlinien der Dt. Hypertonie Gesellschaft/Dt. Hochdruckliga e.V. zur Behandlung der arteriellen Hypertonie 2008 (S2); Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie der arteriellen Hypertonie 2004 ( <i>Leitlinie und Therapieempfehlung sind abgelaufen.</i> )
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose Bluthochdruck (ICD-Code) und im Alter von $\geq 18$ Jahren  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Blutdruckmessung mindestens einmal innerhalb der letzten 6 Monate erfolgt
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Anteil der Patienten mit Bluthochdruck, deren Blutdruck mindestens einmal innerhalb der letzten 12 Monate kontrolliert wurde.
<b>Autor und Set</b>	AQUA-Institut und AOK-Bundesverband 2010: QiSA - das Qualitätsindikatorsystem für die ambulante Versorgung (Band C3)

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	93%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	45%
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	87%

**INDIKATOR****ARTHROSE - ANALGETIKA**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten mit der Diagnose Arthrose innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen die Einnahme frei verkäuflicher Analgetika erhoben wurde
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten mit der Diagnose Arthrose innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen die Einnahme frei verkäuflicher Analgetika erhoben wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten mit der Diagnose Arthrose innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten mit der Diagnose Arthrose innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, bei denen die Einnahme frei verkäuflicher Analgetika erhoben wurde. Das Ziel besteht darin, den Gebrauch dieser Substanzen zu kontrollieren, um das Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen zu reduzieren.
<b>Deutsche Quellen</b>	Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie der degenerativen Gelenkerkrankungen 2008
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose Arthrose (ICD-Code)  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Die Einnahme frei verkäuflicher Schmerzmittel wurde erhoben
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Osteoarthritis: Percentage of patient visits for patients aged 21 years and older with a diagnosis of osteoarthritis with an assessment for use of anti-inflammatory or analgesic over-the-counter (OTC) medications.
<b>Autor und Set</b>	American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS)/Physician Consortium for Performance Improvement (PCPI) 2010: National Quality Measures Clearinghouse (NQMC)

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	90%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	27%
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	33%

**INDIKATOR****ARZNEIMITTELTHERAPIESICHERHEIT - DAUERMEDIKATION**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten mit vier oder mehr Dauermedikamenten, deren Medikation in den letzten 12 Monaten überprüft wurde und in deren Akte dies dokumentiert wurde
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten mit vier oder mehr Dauermedikamenten, deren Medikation in den letzten 12 Monaten überprüft wurde und in deren Akte dies dokumentiert wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten mit vier oder mehr Dauermedikamenten
<b>Bezugsgrößen</b>	Zeitraum: 12 Monate Dauermedikament: ab einer Einnahmedauer von mindestens 6 Monaten
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten mit vier oder mehr Dauermedikamenten beziffert, deren Medikation in den letzten 12 Monaten überprüft wurde und in deren Akte dies dokumentiert wurde. Ziel ist es, den fortbestehenden Bedarf von Medikamenten/Dosierungen, insbesondere bei Patienten mit Polymedikation, regelmäßig zu überprüfen, um ggf. Korrekturen vornehmen zu können.
<b>Deutsche Quellen</b>	Hausärztlichen Leitlinie Multimedikation der Leitliniengruppe Hessen (2013)
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit a) beliebigem ICD-Code und b) Dokumentation einer Dauermedikation von 4 oder mehr Dauermedikamenten  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Dokumentation und Überprüfung der Medikation innerhalb der letzten 12 Monate nach Feststellung der Dauermedikation
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	A medication review is recorded in the notes in the preceding 15 months for all patients being prescribed four or more repeat medicines.
<b>Autor und Set</b>	National Health System 2011: NHS-Set für britische Hausärzte

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	87%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	22%
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	57%

**INDIKATOR****ARZNEIMITTHERAPIESICHERHEIT – ORALE ANTIKOAGULATION**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten unter dauerhafter oraler Antikoagulation innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen mindestens eine INR-Wert Bestimmung alle 6 Wochen erfolgte
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie C: Der Originalindikator wurde zurückgezogen. Es gibt aber einen alternativen Indikator bzw. andere Quellen, die die Evidenz des AQUIK-Indikators stützen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten unter dauerhafter oraler Antikoagulation innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen mindestens eine INR-Wert Bestimmung alle 6 Wochen erfolgte
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten unter dauerhafter oraler Antikoagulation innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten unter dauerhafter oraler Antikoagulation innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, bei denen mindestens eine INR-Wert Bestimmung alle 6 Wochen erfolgte. Ziel ist die Einhaltung des therapeutischen INR- Bereichs. Damit sollen sowohl Blutungskomplikationen als auch Thrombembolien vermieden werden.
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitliniengruppe Hessen: Antikoagulation, Hausärztliche Leitlinie, 2006
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate unter dauerhafter oraler Antikoagulation (ICD-Code)  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Es erfolgte mindestens eine INR-Wert-Bestimmung alle 6 Wochen.
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Percentage of patients with a 30-day supply (or more) of anticoagulants who had at least one blood clotting test per each 45-day period
<b>Autor und Set</b>	Manitoba Centre for Health Policy: National Quality Measurement Clearinghouse (NQMC)-Set ( <i>QI zurückgezogen</i> )
<b>Alternativquelle</b>	Percentage of patients with a 30-day supply (or more) of anticoagulants who had at least one blood clotting test per each 45-day period  Manitoba Centre for Health Policy 2004: Using Administrative Data to Develop Indicators of Quality in Family Practice <a href="http://mchp- appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/quality_wo.pdf">http://mchp- appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/quality_wo.pdf</a>

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	90%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	50%
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	70%



## INDIKATOR

## DEMENZ - DEPRESSIONS-SCREENING

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten ab 65 Jahren mit neu diagnostizierter Demenz innerhalb der letzten 12 Monate, die ein Screening auf das Vorliegen einer Depression innerhalb von drei Monaten nach Erstdiagnose der Demenz erhielten
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie B: Der Originalindikator wurde nicht aktualisiert, aber auch nicht zurückgezogen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit neu diagnostizierter Demenz innerhalb der letzten 12 Monate, die ein Screening auf das Vorliegen einer Depression innerhalb von drei Monaten nach Erstdiagnose der Demenz erhielten
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten ab 65 Jahren mit neu diagnostizierter Demenz innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Erläuterung</b>	<p>Hier wird der Anteil der Patienten mit der neu diagnostizierten Demenz innerhalb der letzten 12 Monate bemessen, die ein Screening auf das Vorliegen einer Depression innerhalb von drei Monaten erhielten.</p> <p>In einem Drittel aller Fälle geht eine Demenz mit anderen psychiatrischen Störungen einher, insbesondere mit Depression. Diese sollte bei der Diagnostik und Therapie Beachtung finden, da die Behandlung einer Depression die Symptome der Demenz lindern kann.</p>
<b>Deutsche Quellen</b>	<p>Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft 2004: Demenz <i>(Die Therapieempfehlungen sind nicht mehr gültig.)</i></p> <p>Universität Witten/Herdecke 2005: Demenz: Leitlinie zu Diagnose und Therapie <i>(Die Leitlinie wurde nicht aktualisiert.)</i></p> <p>Leitlinie Dt. Gesellschaft für Neurologie 2009: Diagnose und Therapie von Demenzen <i>(Die Leitlinie ist zum 30.11.2013 abgelaufen.)</i></p> <p>DEGAM-Leitlinie Demenz 2008 <i>(Die Leitlinie wurde nicht mehr aktualisiert.)</i></p> <p>Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S3, 2012)</p> <p><i>Leitlinien-Anmeldung: Demenzerkrankungen in der Hausarztpraxis (S3; Fertigstellung voraussichtlich Ende 2014)</i></p> <p><i>Leitlinien-Anmeldung: Nationale VersorgungsLeitlinie Demenz (S3; Fertigstellung voraussichtlich Mitte 2014)</i></p>
<b>Datenerhebung</b>	<p>Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose Demenz (ICD-Code), neu diagnostiziert innerhalb der letzten 12 Monate und im Alter von <math>\geq 65</math> Jahren</p> <p>Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Screening auf das Vorliegen einer Depression innerhalb von drei Monaten nach Erstdiagnose der Demenz ist erfolgt</p>
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	If a vulnerable elder has newly diagnosed dementia, then he or she should be screened for depression during the initial evaluation period, because the recognition and treatment of depression will improve symptoms of dementia.
<b>Autor und Set</b>	RAND Corporation 2007: RAND ACOVE-3-Set

### Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	90%
Machbarkeit des Indikators gegeben	37%
Indikator fachlich positiv bewertet	58%

**INDIKATOR****DEMENZ – MEDIKATIONSÜBERPRÜFUNG**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten ab 65 Jahren mit neu diagnostizierter Demenz innerhalb der letzten 12 Monate, deren Medikamentenliste hinsichtlich Substanzen überprüft wurde, die kognitive Beeinträchtigungen hervorrufen können
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie B: Der Originalindikator wurde nicht aktualisiert, aber auch nicht zurückgezogen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit neu diagnostizierter Demenz innerhalb der letzten 12 Monate, deren Medikamentenliste hinsichtlich Substanzen überprüft wurde, die kognitive Beeinträchtigungen hervorrufen können
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten ab 65 Jahren mit neu diagnostizierter Demenz innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgrößen</b>	Substanzen, die kognitive Beeinträchtigungen hervorrufen können: z. B. Antidepressiva, Anxiolytika, Hypnotika, Sedativa, Antiarrhythmika, Antihypertensiva, Antikonvulsiva (DEGAM-Leitlinie Demenz 2008)
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten ab 65 Jahren mit neu diagnostizierter Demenz innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, deren Medikamentenliste hinsichtlich Substanzen überprüft wurde, die kognitive Beeinträchtigungen hervorrufen können. Das Ziel besteht darin, reversible Ursachen für Demenz zu erkennen und damit einer Behandlung zugänglich zu machen.
<b>Deutsche Quellen</b>	Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft 2004: Demenz ( <i>Die Therapieempfehlungen sind nicht mehr gültig.</i> ) Universität Witten/Herdecke 2005: Demenz: Leitlinie zu Diagnose und Therapie ( <i>Die Leitlinie wurde nicht aktualisiert.</i> ) Leitlinie Dt. Gesellschaft für Neurologie 2009: Diagnose und Therapie von Demenzen ( <i>Die Leitlinie ist 30.11.2013 abgelaufen.</i> ) DEGAM-Leitlinie Demenz 2008 ( <i>Die Leitlinie wurde nicht aktualisiert.</i> )  Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S3, 2012) <i>Leitlinien-Anmeldung: Demenzerkrankungen in der Hausarztpraxis (S3; Fertigstellung voraussichtlich Ende 2014)</i>  <i>Leitlinien-Anmeldung: Nationale VersorgungsLeitlinie Demenz (S3; Fertigstellung voraussichtlich Mitte 2014)</i>
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate und mit einer Demenz (ICD-Code) und mit einer Erstdiagnose der Demenz in diesem Zeitraum und im Alter von ≥ 65 Jahren  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Medikamentenliste wurde hinsichtlich Substanzen überprüft, die kognitive Beeinträchtigungen hervorrufen können
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	If a vulnerable elder screens positive for dementia, then a physician should review the patient's medication (including over the counter) for any that may be associated with mental status changes, because medications can increase cognitive, physical, or functional disability; hasten decline; or necessitate institutionalization.
<b>Autor und Set</b>	RAND Corporation 2007: RAND ACOVE-3-Set

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	89%
Machbarkeit des Indikators gegeben	41%
Indikator fachlich positiv bewertet	73%

**INDIKATOR**
**DEMENZ – UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten ab 65 Jahren mit Demenz innerhalb der letzten 12 Monate, die über Diagnose, Prognose und Unterstützungsangebote informiert wurden und deren Angehörige/Betreuer einbezogen wurden
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie B: Der Originalindikator wurde nicht aktualisiert, aber auch nicht zurückgezogen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit Demenz innerhalb der letzten 12 Monate, die über Diagnose, Prognose und Unterstützungsangebote informiert wurden und deren Angehörige/Betreuer einbezogen wurden
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten ab 65 Jahren mit Demenz innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgrößen</b>	Unterstützungsangebote: z. B. Sozialdienst, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Schulungsangebote, Demenz-Pflegekonzepte, Physiotherapie, Verhaltenstherapie
<b>Erläuterung</b>	<p>Hier wird der Anteil der Patienten ab 65 Jahren mit Demenz innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, die über Unterstützungsangebote informiert wurden und deren Angehörige/Betreuer einbezogen wurde.</p> <p>Bei fortgeschrittenem Demenz-Syndrom ist der Hinweis auf Institutionen und Ansprechpartner einschließlich sozialer Hilfen vor Ort wichtig. Familie und eventuell weitere Betreuungspersonen sollten möglichst früh einbezogen werden, da Pflegebedürftigkeit so reduziert werden kann.</p>
<b>Deutsche Quellen</b>	<p>Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft 2004: Demenz (<i>Die Therapieempfehlungen sind nicht mehr gültig.</i>)</p> <p>Universität Witten/Herdecke 2005: Demenz: Leitlinie zu Diagnose und Therapie (<i>Die Leitlinie wurde nicht aktualisiert.</i>)</p> <p>Leitlinie Dt. Gesellschaft für Neurologie 2009: Diagnose und Therapie von Demenzen (<i>Die Leitlinie wurde aktualisiert (2009), lief aber zum 30.11.13 ab.</i>)</p> <p>DEGAM-Leitlinie Demenz 2008 (<i>Die Leitlinie wurde nicht mehr aktualisiert.</i>)</p> <p>Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S3, 2012)</p> <p><i>Leitlinien-Anmeldung: Demenzerkrankungen in der Hausarztpraxis (S3; Fertigstellung voraussichtlich Ende 2014)</i></p> <p><i>Leitlinien-Anmeldung: Nationale VersorgungsLeitlinie Demenz (S3; Fertigstellung voraussichtlich Mitte 2014)</i></p>
<b>Datenerhebung</b>	<p>Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose Demenz (ICD-Code) und Erstdiagnose Demenz innerhalb der letzten 12 Monate und im Alter von <math>\geq</math> 65 Jahren</p> <p>Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Patient wurde über Diagnose, Prognose und Unterstützungsangebote informiert und Angehörige/Betreuer wurden einbezogen</p>
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	If a vulnerable elder with dementia has a caregiver, then the patient or caregiver should be given information on dementia diagnosis, prognosis, and associated behavioural symptoms; home occupational safety; and community resources, because the patient's nursing home placement can be delayed and quality of life for the caregiver can be improved through educational interventions and comprehensive support and counselling.
<b>Autor und Set</b>	RAND Corporation 2007: RAND ACOVE-3-Set

### Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess

Indikator relevant	ja
Indikator machbar	ja

### Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	89%
Machbarkeit des Indikators gegeben	31%
Indikator fachlich positiv bewertet	58%

**INDIKATOR****DEPRESSION – EINSCHÄTZUNG FALLSCHWERE**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten mit neu diagnostizierter Depression innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen die Einschätzung der Fallschwere spätestens zu Beginn der Behandlung anhand eines validierten Hilfsmittels erfolgte
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten mit neu diagnostizierter Depression innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen die Einschätzung der Fallschwere spätestens zu Beginn der Behandlung anhand eines validierten Hilfsmittels erfolgte
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten mit neu diagnostizierter Depression innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgrößen</b>	Validierte Hilfsmittel: z. B.: Patient Health Questionnaire-Depression (PHQ-D; Löwe et al., 2001; Spitzer et al., 1999), Beck-Depressionsinventar (BDI; Beck et al., 1961; Hautzinger, Bailer, Keller & Worrall, 1995; BDI II: Beck, Steer & Braun, 1996; deutsch Hautzinger, Keller & Kühner, 2006), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Herrmann, Buss & Snaith, 1993), Klassifikation nach ICD-10-Kriterien
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten mit neu diagnostizierter Depression innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, bei denen die Einschätzung der Fallschwere zu Beginn der Behandlung anhand eines validierten Hilfsmittels erfolgte. Der Schweregrad einer Depression ist ein zentrales Kriterium für Therapieentscheidungen und sollte daher anhand validierter Hilfsmittel möglichst objektiv erfasst werden.
<b>Deutsche Quellen</b>	Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (S3, 2011) Leitlinie Bipolare Störungen (S3, 2012) Leitlinie Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Behandlung von (S3, 2013) Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S3, 2012)
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose Depression (ICD-Code) und Erstdiagnose Depression innerhalb der letzten 12 Monate Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Einschätzung der Fallschwere spätestens zu Beginn der Behandlung anhand eines validierten Hilfsmittels dokumentiert
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	In those patients with a new diagnosis of depression, recorded between the preceeding 1 April to 31 March, the percentage of patients who have had an as- sessment of severity at the outset of treatment using an assessment tool validated for use in primary care.
<b>Autor und Set</b>	National Health Service (NHS) 2011: Quality and Outcomes Framework (QOF)

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	85%
Machbarkeit des Indikators gegeben	34%
Indikator fachlich positiv bewertet	59%



**INDIKATOR****DEPRESSION – SCREENING BEI KHK UND/ODER DIABETES**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus und/oder neu diagnostizierter koronarer Herzerkrankung innerhalb der letzten 12 Monate, die mit zwei Screeningfragen auf Depression innerhalb der letzten 12 Monaten getestet wurden
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie C: Der Originalindikator wurde zurückgezogen. Es gibt einen alternativen Indikator bzw. andere Quellen, die die Evidenz des AQUIK-Indikators stützen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus und/oder neu diagnostizierter koronarer Herzerkrankung innerhalb der letzten 12 Monate, die mit zwei Screeningfragen auf Depression innerhalb der letzten 12 Monaten getestet wurden
<b>Nenner</b>	Patienten mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus und/oder neu diagnostizierter koronarer Herzerkrankung innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgrößen</b>	a) Hauptsymptome: depressive Stimmung, Interessenverlust/Freudlosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Antriebsmangel b) Zusatzsymptome: verminderte Konzentration/Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld/Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken/-handlungen Mögliche Instrumente zur Früherkennung: WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden [WHO, 1998], Gesundheitsfragebogen für Patienten (Kurzform PHQ-D) [Läwe et al., 2001; Spizer et al., 1999], 2-Fragen-Test [Whooley et al., 1997]
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten mit der Diagnose Diabetes mellitus und/oder koronarer Herzerkrankung innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, die zu einem Zeitpunkt in den letzten 12 Monaten mit zwei Screeningfragen auf Depression getestet wurden. Da depressive Störungen eine hohe Komorbidität mit kardiovaskulären Erkrankungen aufweisen, sollten in der Versorgung dieser Hochrisikogruppe Maßnahmen der Früherkennung eingesetzt werden.
<b>Deutsche Quellen</b>	Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (S3, 2011) Leitlinie Bipolare Störungen (S3, 2012) Leitlinie Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Behandlung von (S3, 2013) Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S3, 2012)
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose Diabetes mellitus und/oder KHK, neu diagnostiziert innerhalb der letzten 12 Monate Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Der Patient wurde mit zwei Screeningfragen auf Depression innerhalb der letzten 12 Monaten getestet
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	The percentage of patients with diabetes and/or coronary heart disease (CHD) for whom case finding for depression has been undertaken on one occasion during he previous 15 months using two standard screening questions.
<b>Autor und Set</b>	British Medical Association: National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) (QI zurückgezogen)
<b>Alternativquellen</b>	Institute for Clinical Systems Improvement 2012: National Quality Measures Clearinghouse AQUA-Institut und AOK-Bundesverband 2013: QiSA - Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (Band C6)

### Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess

Indikator relevant	ja
Indikator machbar	ja

### Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	79%
Machbarkeit des Indikators gegeben	26%
Indikator fachlich positiv bewertet	35%

**INDIKATOR****EPILEPSIE – ANFALLSFREIHEIT**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten mit medikamentöser Behandlung einer Epilepsie innerhalb der letzten 12 Monate, die in den letzten 12 Monaten anfallsfrei waren und in deren Akte dies dokumentiert wurde
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten mit medikamentöser Behandlung einer Epilepsie innerhalb der letzten 12 Monate, die in den letzten 12 Monaten anfallsfrei waren und in deren Akte dies dokumentiert wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten mit medikamentöser Behandlung einer Epilepsie innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten mit Epilepsie innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, die medikamentös behandelt werden und bei denen innerhalb der letzten 12 Monate eine Anfallsfreiheit dokumentiert wurde. Ziel einer effektiven Epilepsiebehandlung ist die Kontrolle der Anfallsfrequenz.
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitlinien der Gesellschaft für Neuropädiatrie: Diagnostische Prinzipien bei Epilepsie im Kindesalter, 2008 (S2) ( <i>Die Leitlinie ist abgelaufen und derzeit in Überarbeitung.</i> ) Deutsche Gesellschaft für Neurologie: Epilepsie im Erwachsenenalter, 2012 (S1) Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter (S1; 2012) Blitz-Nick-Salaam Epilepsie (West-Syndrom): Therapie (S3; 2009) <i>Epilepsien im Kindes- und Jugendalter: Therapie (angemeldetes Leitlinienvorhaben, Fertigstellung 2014)</i>
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose Epilepsie (ICD-Code) Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Der Patient war innerhalb der letzten 12 Monate anfallsfrei.
<b>Indikatorart</b>	Ergebnisqualität
<b>Originalindikator</b>	The percentage of patients aged 18 and over on drug treatment for epilepsy who have been seizure free for the last 12 months recorded in the last 12 months.
<b>Autor und Set</b>	National Health Service (NHS) 2013: Quality and Outcomes Framework (QOF)

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	88%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	34%
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	64%

**INDIKATOR****EPILEPSIE – DOKUMENTATION ANFALLSHÄUFIGKEIT**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten mit medikamentöser Behandlung einer Epilepsie innerhalb der letzten 12 Monate, deren Anfallshäufigkeit innerhalb der letzten 12 Monate dokumentiert worden ist
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert.
<b>Zähler</b>	Anzahl aller Patienten mit medikamentöser Behandlung einer Epilepsie innerhalb der letzten 12 Monate, deren Anfallshäufigkeit innerhalb der letzten 12 Monate dokumentiert worden ist
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten mit medikamentöser Behandlung einer Epilepsie innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten mit Epilepsie beziffert, die innerhalb der letzten 12 Monate medikamentös behandelt wurden und bei denen innerhalb der letzten 12 Monate die Anfallshäufigkeit dokumentiert wurde. Ziel ist es, durch die strukturierte Erfassung und Dokumentation der Anfallsfrequenz den Krankheitsverlauf zu bewerten und auf dieser Basis Therapieentscheidungen zu treffen.
<b>Deutsche Quellen</b>	Gesellschaft für Neuropädiatrie: Diagnostische Prinzipien bei Epilepsie im Kindes- alter, 2008 (S2) ( <i>Die Leitlinie ist abgelaufen und derzeit in Überarbeitung.</i> ) Deutsche Gesellschaft für Neurologie: Epilepsie im Erwachsenenalter, 2012 (S1) Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN): Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter (S1; 2012) Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP): Blitz-Nick-Salaam Epilepsie (West- Syndrom): Therapie (S3; 2009; <i>Die Leitlinie ist bis zum 31.3.2014 gültig und derzeit in Überarbeitung</i> ) Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP): Epilepsien im Kindes- und Jugendalter: Therapie ( <i>angemeldetes Leitlinienvorhaben, Fertigstellung 2014</i> )
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose Epilepsie (ICD-Code) und einer medikamentösen antiepileptischen Therapie Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Dokumentation der Anfallshäufigkeit
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	The percentage of patients aged 18 and over on drug treatment for epilepsy who have a record of seizure frequency in the previous 15 months.
<b>Autor und Set</b>	National Health Service (NHS) 2011: Quality and Outcomes Framework (QOF)

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	90%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	34%
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	68%

**INDIKATOR**
**EPILEPSIE – INFORMATION ANTIEPILEPTIKA**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten mit der Diagnose Epilepsie innerhalb der letzten 12 Monate, die sowohl hinsichtlich häufiger, als auch in Bezug auf ernste Nebenwirkungen der konkret verschriebenen antiepileptischen Medikamente informiert wurden
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert. Der Originalindikator entstammt keinem Set, sondern einer Publikation, die üblicherweise nicht aktualisiert und nicht zurückgezogen wird. Es existiert zudem ein aktuellerer Alternativindikator.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten mit der Diagnose Epilepsie innerhalb der letzten 12 Monate, die sowohl hinsichtlich häufiger, als auch in Bezug auf ernste Nebenwirkungen der konkret verschriebenen antiepileptischen Medikamente informiert wurden
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten mit der Diagnose Epilepsie innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten mit der Diagnose Epilepsie innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, die sowohl hinsichtlich häufiger als auch in Bezug auf ernste Nebenwirkungen der konkret verschriebenen antiepileptischen Medikamente informiert wurden. Die Pharmakotherapie der Epilepsie ist in vielen Fällen mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen assoziiert. Um das Ziel einer rechtzeitigen Dosisanpassung oder eines rechtzeitigen Präparatwechsels gewährleisten zu können, ist es wichtig, Patienten bezüglich der entsprechenden Nebenwirkungen zu informieren und zu sensibilisieren, damit sie sich bei Nebenwirkungen rechtzeitig ärztlich vorstellen können.
<b>Deutsche Quellen</b>	Gesellschaft für Neuropädiatrie: Diagnostische Prinzipien bei Epilepsie im Kindesalter, 2008 (S2) ( <i>Die Leitlinie ist abgelaufen und derzeit in Überarbeitung.</i> ) Deutsche Gesellschaft für Neurologie: Epilepsie im Erwachsenenalter, 2012 (S1) Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN): Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter (S1; 2012) Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP): Blitz-Nick-Salaam Epilepsie (West- Syndrom): Therapie (S3; 2009; <i>Die Leitlinie ist bis zum 31.3.2014 gültig und der zeit in Überarbeitung.</i> ) Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP): Epilepsien im Kindes- und Jugendalter: Therapie ( <i>angemeldetes Leitlinienvorhaben, Fertigstellung 2014</i> )
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose Epilepsie (ICD-Code) Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Der Patient wurde bezüglich häufiger und ernster Nebenwirkungen der verschriebenen antiepileptischen Medikamente informiert
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Family informed about potential common or serious side effects of specific AED prescribed, outlining plans to monitor.
<b>Autor und Set</b>	Caplin DA, Rao JK, Filloux F, Bale JF, Van Orman C: Development of Performance Indicators for the Primary Care, Management of Pediatric Epilepsy: Expert Consensus Recommendations Based on the Available Evidence. <i>Epilepsia</i> , 47(12):2011–2019, 2006 (kein Set)
<b>Aktuelle Zusatzquellen</b>	American Academy of Neurology (AAN) 2009: National Quality Measures Clearinghouse National Health Service (NHS): Quality and Outcomes Framework (QOF)QOF - EPILEP07

### Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess

Indikator relevant	ja
Indikator machbar	ja

### Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	86%
Machbarkeit des Indikators gegeben	34%
Indikator fachlich positiv bewertet	53%

## INDIKATOR

## GYNÄKOLOGISCHE INDIKATOREN – SCHWANGERSCHAFT / TABAKENTWÖHNUNG

<b>Indikator</b>	Anteil der Schwangeren ab 14 Jahren, die sich innerhalb der Schwangerschaft zur Vorsorgeuntersuchung vorstellten, die rauchen und bei denen mindestens einmal während der Schwangerschaftsvorsorge Strategien zur Tabakentwöhnung besprochen wurden
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie B: Der Originalindikator wurde nicht aktualisiert, aber auch nicht zurückgezogen.
<b>Zähler</b>	Anzahl aller Schwangeren ab 14 Jahren, die sich innerhalb der Schwangerschaft zur Vorsorgeuntersuchung vorstellten, die rauchen und bei denen mindestens einmal während der Schwangerschaftsvorsorge Strategien zur Tabakentwöhnung besprochen wurden
<b>Nenner</b>	Anzahl aller schwangeren Patientinnen ab 14 Jahren, die sich innerhalb der Schwangerschaft zur Vorsorgeuntersuchung vorstellten, die rauchen
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Schwangeren ab 14 Jahren, die sich innerhalb der Schwangerschaft zur Vorsorgeuntersuchung vorstellten, mit dem Risikofaktor Rauchen beziffert, bei denen mindestens einmal während der Schwangerschaftsvorsorge Strategien zur Tabakentwöhnung besprochen wurden. Die regelmäßige Beratung zur Tabakentwöhnung, insbesondere bei Schwangeren mit dem Ziel einer Nikotinkarenz, reduziert die assoziierten Risiken, wie z. B. niedriges Geburtsgewicht.
<b>Deutsche Quellen</b>	Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft: Tabakabhängigkeit 2010  Richtlinien des G-BA über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung, 2013  <i>Leitlinien-Anmeldung (S3, Fertigstellung voraussichtlich Mitte 2014) "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums"</i>
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patientinnen innerhalb der letzten 12 Monate mit Tabakkonsum bei vorliegender Schwangerschaft (ICD-Code) und im Alter von $\geq 14$ Jahren  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Mindestens einmal während der Schwangerschaftsvorsorge wurden Strategien zur Tabakentwöhnung besprochen.
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Pregnant women identified as smokers should receive counseling to stop smoking from their physician.
<b>Autor und Set</b>	RAND Corporation 2000: RAND Quality of Care Assessment Tools (QA Tools) - Quality of Care for Women

### Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	87%
Machbarkeit des Indikators gegeben	34%
Indikator fachlich positiv bewertet	58%



**INDIKATOR****GYNÄKOLOGISCHE INDIKATOREN – SEXUELL ÜBERTRAGBARE ERKRANKUNGEN / BERATUNG**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patientinnen mit dokumentierter Beratung über sexuell übertragbare Erkrankungen im Rahmen der Beratung zur Empfängnisregelung innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie B: Der Originalindikator wurde nicht aktualisiert, aber auch nicht zurückgezogen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit dokumentierter Beratung über sexuell übertragbare Erkrankungen im Rahmen der Beratung zur Empfängnisregelung innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patientinnen die eine Beratung zur Empfängnisregelung innerhalb der letzten 12 Monate erhielten
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Frauen beziffert, die im Rahmen der Beratung zur Empfängnisregelung auch eine Beratung über den Stellenwert von sexuell übertragbaren Erkrankungen und Möglichkeiten ihrer Prävention innerhalb der letzten 12 Monate erhielten. Ziel ist eine verbesserte Prävention der sexuell übertragbaren Erkrankungen.
<b>Deutsche Quellen</b>	Richtlinie des G-BA zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch 2011
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patientinnen innerhalb der letzten 12 Monate mit einer Beratung zur Empfängnisverhütung Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Eine Beratung über sexuell übertragbare Erkrankungen im Rahmen der Empfängnisverhütung ist erfolgt
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Record that counseling regarding sexually transmitted diseases is offered to sexually active patients
<b>Autor und Set</b>	Barnsley J, Berta W, Cockerill R, MacPhail J, Vayda E: Identifying Performance Indicators for Family Practice. Can Fam Physician; 51:700-701, 2005 (kein Set)

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	90%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	22%
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	54%

## INDIKATOR

## GYNÄKOLOGISCHE INDIKATOREN – ZERVIXSCREENING / NACHUNTERSUCHUNG

<b>Indikator</b>	Anteil der Patientinnen ab 20 Jahren mit einem auffälligen Pap-Abstrich im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen dokumentiert wurde, dass sie eine Nachuntersuchung erhielten
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie B: Der Originalindikator wurde nicht aktualisiert, aber auch nicht zurückgezogen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen ab 20 Jahren mit einem auffälligem Pap-Abstrich im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen eine Nachuntersuchung dokumentiert wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen ab 20 Jahren mit einem auffälligem Pap-Abstrich im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgrößen</b>	Auffälliger Pap-Abstrich: ab Gruppe III gemäß Münchner Nomenklatur II
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patientinnen ab 20 Jahren mit einer auffälligen zytologischen Untersuchung im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, bei denen dokumentiert wurde, dass sie eine Kontrolluntersuchung hatten. Ziel ist es, die Qualität des Follow-Ups der auffälligen Befunde zu steigern und damit die Effektivität des Screeningprogramms.
<b>Deutsche Quellen</b>	Diagnostik und Therapie des Zervix-Karzinoms 2008: Interdisziplinäre Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (S2) <i>(Die Gültigkeit der Leitlinie ist abgelaufen.)</i> Richtlinien des G-BA über die Früherkennung von Krebserkrankungen 2011 <i>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Krebsgesellschaft (DKG): Leitlinien-Anmeldung (S3, Fertigstellung voraussichtlich Anfang 2014) "Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom"</i> <i>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) Leitlinien- Anmeldung (S3, Fertigstellung voraussichtlich Ende 2014) "Zervixkarzinom: Prävention"</i>
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit einem auffälligen Pap-Abstrich im Rahmen der Krebsfrüherkennung (ICD-Code) und im Alter von $\geq 20$ Jahren Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Es erfolgte eine dokumentierte Nachuntersuchung
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Record that patients who have abnormal Pap test results are followed up
<b>Autor und Set</b>	Barnsley J, Berta W, Cockerill R, MacPhail J, Vayda E: Identifying Performance Indicators for Family Practice. Can Fam Physician; 51:700-701, 2005 (kein Set)

### Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	91%
Machbarkeit des Indikators gegeben	44%
Indikator fachlich positiv bewertet	96%

**INDIKATOR****HARNINKONTINENZ – BEHANDLUNGSOPTIONEN**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten ab 18 Jahren mit neu diagnostizierter Harninkontinenz innerhalb der letzten 12 Monate, die bezüglich der Behandlungsoptionen innerhalb von 3 Monaten beraten wurden
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie B: Der Originalindikator wurde nicht aktualisiert, aber auch nicht zurückgezogen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten ab 18 Jahren mit neu diagnostizierter Harninkontinenz innerhalb der letzten 12 Monate, die bezüglich der Behandlungsoptionen innerhalb von 3 Monaten beraten wurden
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten ab 18 Jahren mit neu diagnostizierter Harninkontinenz innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Erläuterung</b>	<p>Hier wird der Anteil der Patienten ab 18 Jahren mit neu diagnostizierter Harninkontinenz innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, die bezüglich der Behandlungsoptionen innerhalb von 3 Monaten beraten wurden.</p> <p>Eine dezidierte Beratung des Patienten bzw. der Angehörigen oder des Betreuers ermöglicht eine Anpassung des Behandlungsplans an die Vorstellungen des Patienten und verbessert dadurch die Therapietreue. Die drei wesentlichen Behandlungskategorien der Harninkontinenz sind verhaltenstherapeutische Maßnahmen einschließlich physikalischer Therapie, medikamentöse und chirurgische Therapie.</p>
<b>Deutsche Quellen</b>	<p>Dt. Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2007: Leitlinie Harninkontinenz (<i>Die Leitlinie wurde nicht aktualisiert.</i>)</p> <p>Leitliniengruppe Hessen: Hausärztliche Pharmakotherapie: Geriatrie Teil 2, 2009 (S2) (<i>Die Leitlinie wurde nicht aktualisiert.</i>)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG): Leitlinie Harninkontinenz (S2, 2009)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG): Leitlinie Belastungsinkontinenz der Frau (S2e, 2013)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU): Leitlinie Die überaktive Blase (ÜAB) (S2k, 2010)</p>
<b>Datenerhebung</b>	<p>Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit einer neu diagnostizierten Harninkontinenz (ICD-Code) und im Alter von <math>\geq 18</math> Jahren</p> <p>Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Eine Beratung bezüglich Behandlungsoptionen ist erfolgt</p>
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	If a vulnerable elder (VE) has new urinary incontinence (UI) or established UI with bothersome symptoms, then treatment options should be discussed within 3 months, because an explicit discussion of treatment options with a patient, family, or caregiver may improve the likelihood that a treatment plan consistent with the patient's goals is formulated and that the patient, family, or caregiver adheres to the treatment plan.
<b>Autor und Set</b>	RAND Corporation 2007: RAND ACOVE-3-Set

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	90%
Machbarkeit des Indikators gegeben	33%
Indikator fachlich positiv bewertet	53%

## INDIKATOR

## HARNINKONTINENZ – DIFFERENZIALDIAGNOSE

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten ab 18 Jahren mit neu diagnostizierter Harninkontinenz innerhalb der letzten 12 Monate, deren Genese differenzialdiagnostisch abgeklärt wurde
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten ab 18 Jahren mit neu diagnostizierter Harninkontinenz innerhalb der letzten 12 Monate, deren Genese differenzialdiagnostisch abgeklärt wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten ab 18 Jahren mit neu diagnostizierter Harninkontinenz innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten ab 18 Jahren mit neu diagnostizierter Harninkontinenz innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, bei denen die Art der Harninkontinenz abgeklärt wurde. Eine differenzialdiagnostische Zuordnung wird angestrebt, damit entsprechend der Einteilung therapeutische Maßnahmen besprochen und eingeleitet werden können.
<b>Deutsche Quellen</b>	Dt. Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2007: Leitlinie Harninkontinenz <i>(Die Leitlinie wurde nicht aktualisiert.)</i>  Leitliniengruppe Hessen: Hausärztliche Pharmakotherapie: Geriatrie Teil 2, 2009 (S2) <i>Die Leitlinie wurde nicht aktualisiert.)</i>  Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG): Leitlinie Harninkontinenz (S2, 2009)  Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG): Leitlinie Belastungsinkontinenz der Frau (S2e, 2013)  Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU): Leitlinie Die überaktive Blase (ÜAB) (S2k, 2010)
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose Harninkontinenz (ICD-Code) und mit Erstdiagnose der Harninkontinenz innerhalb der letzten 12 Monate und im Alter $\geq 18$ Jahre  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Die Genese der Harninkontinenz wurde differenzialdiagnostisch abgeklärt
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Percentage of female patients aged 65 years and older with a diagnosis of urinary incontinence whose urinary incontinence was characterized at least once within 12 months.
<b>Autor und Set</b>	AQA Alliance 2009: AQA-Set (formerly known as Ambulatory Care Quality Alliance)

### Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	90%
Machbarkeit des Indikators gegeben	36%
Indikator fachlich positiv bewertet	59%

**INDIKATOR****HERZINSUFFIZIENZ – DIAGNOSTIK**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten ab 18 Jahren mit Herzinsuffizienz innerhalb der letzten 12 Monate, deren linksventrikuläre Pumpfunktion untersucht wurde und deren quantitative oder qualitative Ergebnisse dokumentiert wurden
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten ab 18 Jahren mit Linksherzinsuffizienz innerhalb der letzten 12 Monate, deren linksventrikuläre Pumpfunktion untersucht wurde und deren quantitative oder qualitative Ergebnisse dokumentiert wurden
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten ab 18 Jahren mit Linksherzinsuffizienz innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten ab 18 Jahren mit Linksherzinsuffizienz innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, deren linksventrikuläre Pumpfunktion bestimmt und deren quantitative oder qualitative Ergebnisse dokumentiert wurde. Ziel dieses Indikators ist es, die Diagnosestellung durch die Quantifizierung der linksventrikulären Pumpfunktion zu objektivieren und die kausale Therapie der Herzinsuffizienz durch qualitative Angaben zu stärken. Diagnostischer Goldstandard ist die Echokardiographie.
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitlinien der dt. Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2006 (S3) <i>(Die Gültigkeit der Leitlinie ist abgelaufen.)</i>  Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft: Chronische Herzinsuffizienz 2007 <i>(Die Gültigkeit ist abgelaufen.)</i>  Leitlinie zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz, Dt. Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung 2005 <i>(Die Gültigkeit der Leitlinie ist abgelaufen.)</i>  Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz (S3, 2010)
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose Linksherzinsuffizienz (ICD-Code) und im Alter von ≥ 18 Jahren  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Die linksventrikuläre Pumpfunktion wurde untersucht und die qualitativen und quantitativen Ergebnisse dokumentiert
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Percentage of patients with heart failure (HF) with quantitative or qualitative results of left ventricular function (LVF) assessment recorded.
<b>Autor und Set</b>	American College of Cardiology, American Heart Association, Physician Consortium for Performance Improvement 2009: AQA-Set

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	88%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	38%
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	67%



**INDIKATOR****HERZINSUFFIZIENZ – GEWICHTSBESTIMMUNG**

<b>Indikator</b>	Anteil der Arztbesuche mit dokumentierter Gewichtsbestimmung für Patienten ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie C: Der Originalindikator wurde zurückgezogen. Es gibt aber einen alternativen Indikator bzw. andere Quellen, die die Evidenz des AQUIK-Indikators stützen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Arztbesuche mit dokumentierter Gewichtsbestimmung für Patienten ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Arztbesuche für Patienten ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgrößen</b>	Gewichtsmessung: in der Praxis oder auch durch Selbstmessung zu Hause
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Fälle mit der Diagnose Herzinsuffizienz bei Patienten ab 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, deren Gewicht innerhalb der letzten 12 Monate dokumentiert wurde. Ziel dieses Indikators ist es, die symptomatische Therapie der Herzinsuffizienz auf der Basis regelmäßiger Gewichtskontrollen zu optimieren.
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitlinien der dt. Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2006 (S3) <i>(Die Gültigkeit der Leitlinie ist abgelaufen.)</i>  Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft: Chronische Herzinsuffizienz 2007 <i>(Die Gültigkeit ist abgelaufen.)</i>  Leitlinie zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz, Dt. Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung 2005 <i>(Die Gültigkeit der Leitlinie ist abgelaufen.)</i>  Leitliniengruppe Hessen: Hausärztliche Leitlinie chronische Herzinsuffizienz 2007 <i>(Die Leitlinie wurde nicht aktualisiert.)</i>  Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz (S3, 2010, zuletzt geändert 2013)
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Vorstellungen der Patienten mit der Diagnose chronische Herzinsuffizienz (NYHA II-IV) (ICD-Code) im Alter ≥ 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Angabe: Anzahl der Vorstellungen der Patienten in der Praxis innerhalb der letzten 12 Monate mit dokumentierter Gewichtsbestimmung
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Percentage of patient visits with weight measurement recorded for patients aged greater than or equal to 18 years with diagnosed heart failure.
<b>Autor und Set</b>	American College of Cardiology, American Heart Association, Physician Consortium for Performance Improvement: National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) <i>(QI zurückgezogen)</i>
<b>Alternativquelle</b>	Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz (S3, 2010, zuletzt geändert 2013)

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	89%
Machbarkeit des Indikators gegeben	34%
Indikator fachlich positiv bewertet	69%

**INDIKATOR****IMPfung – GRIPPeschUTZ**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten ab einem Alter von 60 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, denen in diesem Zeitraum eine Gripeschutzimpfung angeboten wurde oder in deren Akte dokumentiert ist, dass sie diese bereits woanders erhielten
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie B: Der Originalindikator wurde nicht aktualisiert, aber auch nicht zurückgezogen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten ab einem Alter über 60 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, denen in diesem Zeitraum eine Gripeschutzimpfung angeboten wurde oder in deren Akte dokumentiert ist, dass sie diese bereits woanders erhielten
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten ab einem Alter über 60 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten ab einem Alter über 60 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, denen in diesem Zeitraum eine Gripeschutzimpfung angeboten wurde oder in deren Akte dokumentiert ist, dass sie diese bereits woanders erhielten. Das Ziel besteht darin, die Grippeinfektionsrate dieser Patienten durch eine flächendeckende Impfprophylaxe zu reduzieren. Personen ab einem Alter über 60 Jahren gelten als Risikogruppe für einen schweren Verlauf der Viruserkrankung. Die Impfung stellt die wirksamste präventive Maßnahme dar.
<b>Deutsche Quellen</b>	Epidemiologisches Bulletin Nr. 34, 2013: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate im Alter $\geq 60$ Jahren Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Vermerk über das Datum einer erhaltenen/angebotenen Gripeschutzimpfung
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	All patients aged 65 and over should have been offered influenza vaccine annually or have documentation that they received it elsewhere
<b>Autor und Set</b>	RAND Corporation 2000: RAND Quality of Care Assessment Tools (QA Tools)

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	76%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	44%
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	56%

**INDIKATOR****IMPfung – IMPFSTATUS ADOLESZENTER**

<b>Indikator</b>	Anteil der Jugendlichen von 12 bis 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, die mit den empfohlenen Impfungen im Zeitplan liegen
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie C: Der Originalindikator wurde zurückgezogen. Es gibt aber einen alternativen Indikator bzw. andere Quellen, die die Evidenz des AQUIK-Indikators stützen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Jugendlichen von 12 bis 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, die mit den empfohlenen Impfungen im Zeitplan liegen
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Jugendlichen von 12 bis 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgrößen</b>	vgl. Epidemiologisches Bulletin 2007: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Jugendlichen im Alter vom 12. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, die mit allen empfohlenen Impfungen im Zeitplan sind. Bezugsgröße ist der Impfkalendar mit den empfohlenen Standardimpfungen der STIKO. Ziel ist die vollständige Impfung aller Adoleszenten entsprechend den STIKO-Empfehlungen. Der Impfkalendar für Kinder und Adoleszente umfasst Impfungen zum Schutz vor Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B, Poliomyelitis, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Pneumokokken, Meningokokken, Humane Papillomviren (Standardimpfung für Mädchen), Rotaviren. Unabhängig von den vorgesehenen Terminen sollten fehlende Impfungen nachgeholt werden. Die Standardimpfungen des Impfkalendarers sind bedeutsam für den Gesundheitsschutz des Einzelnen und der Allgemeinheit.
<b>Deutsche Quellen</b>	Epidemiologisches Bulletin Nr. 34, 2013: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit mindestens einer Vorstellung in der Praxis und im Alter von 12 bis 18 Jahren  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Der Patient liegt mit allen empfohlenen Impfungen im Zeitplan
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Immunizations: percentage of adolescents who are on time with recommended immunizations (Hep B, MMR, tetanus, and verification of varicella immunity)
<b>Autor und Set</b>	Institute for Clinical Systems Improvement, ICSI/NQMC/AHRQ-Set ( <i>QI zurückgezogen</i> )
<b>Alternativquelle</b>	Wehrle D, Bussey S. 2011 clinical indicators report: 2010/2011 results: National Quality Measures Clearinghouse.

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	84%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	36%
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	61%

**INDIKATOR****IMPfung – IMPFSTATUS KLEINKINDER**

<b>Indikator</b>	Anteil der Kinder, die innerhalb der letzten 12 Monate das 2. Lebensjahr vollendet haben und einen vollständigen Impfschutz aufweisen
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie C: Der Originalindikator wurde zurückgezogen. Es gibt aber einen alternativen Indikator bzw. andere Quellen, die die Evidenz des AQUIK-Indikators stützen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Kinder, die innerhalb der letzten 12 Monate das 2. Lebensjahr vollendet haben und einen vollständigen Impfschutz aufweisen
<b>Nenner</b>	Anzahl der Kinder, die innerhalb der letzten 12 Monate das 2. Lebensjahr vollendet haben
<b>Bezugsgrößen</b>	Impfungen gegen die folgenden Erkrankungen: Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae Typ b, Poliomyelitis, Hepatitis B, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Kinder, die innerhalb der letzten 12 Monate das 2. Lebensjahr vollendet haben und einen vollständigen Impfschutz aufweisen, beziffert. Ziel ist die vollständige Impfung aller Kinder entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres. Der Impfkalender für Säuglinge und Kinder umfasst Impfungen zum Schutz vor Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B, Poliomyelitis, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Pneumokokken, Meningokokken, Rotaviren. Die Standardimpfungen des Impfkalenders sind bedeutsam für den Gesundheitsschutz des Einzelnen und der Allgemeinheit.
<b>Deutsche Quellen</b>	Epidemiologisches Bulletin Nr. 34, 2013: Empfehlungen der STIKO
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit mindestens einer Vorstellung in der Praxis und im Alter von 2 Jahren  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Bei Vollendung des 2. Lebensjahres bestand ein vollständiger Impfschutz
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Children fully vaccinated by second birthday
<b>Autor und Set</b>	District Health Boards New Zealand, DHBNZ/DHBNZ-Set (Die Originalquelle ist online nicht mehr verfügbar.)
<b>Alternativquelle</b>	National Committee for Quality Assurance (NCQA) 2012: National Quality Measures Clearinghouse

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	84%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	49%
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	72%

**INDIKATOR****IMPfung – TETANUS UND DIPHTHERIE**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten im Alter von unter 50 Jahren, die sich innerhalb der letzten 12 Monate in der Praxis vorstellten, in deren Patientenakte ein Vermerk über das Datum einer in den letzten 10 Jahren erhaltenen Tetanus- und Diphtherieimpfung enthalten ist
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie B: Der Originalindikator wurde nicht aktualisiert, aber auch nicht zurückgezogen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten im Alter von unter 50 Jahren, die sich innerhalb der letzten 12 Monate in der Praxis vorstellten, in deren Patientenakte ein Vermerk über das Datum einer in den letzten 10 Jahren erhaltenen Tetanus- und Diphtherieimpfung enthalten ist
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten unter 50 Jahre, die sich innerhalb der letzten 12 Monate in der Praxis vorstellten
<b>Erläuterung</b>	<p>Hier wird der Anteil der Patienten im Alter von unter 50 Jahren beziffert, die sich innerhalb der letzten 12 Monate in der Praxis vorstellten, in deren Patientenakte ein Vermerk über das Datum einer in den letzten 10 Jahren erhaltenen Tetanus- und Diphtherieimpfung enthalten ist.</p> <p>Ziel ist es, eine optimale Prävention der entsprechenden Erkrankungen durch einen empfehlungsgemäßen Impfstatus der Zielpopulation zu erreichen. Die Impfung gegen Diphtherie sollte in der Regel in Kombination mit der gegen Tetanus durchgeführt werden. Nach Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert- Koch-Institut (STIKO) geimpft werden sollen Personen bei fehlender/unvollständiger Grundimmunisierung oder wenn die letzte Impfung der Grundimmunisierung oder die letzte Auffrischimpfung länger als 10 Jahre zurückliegt.</p>
<b>Deutsche Quellen</b>	Epidemiologisches Bulletin Nr. 34, 2013: Empfehlungen der STIKO
<b>Datenerhebung</b>	<p>Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit beliebigem ICD- Code und im Alter von unter 50 Jahren</p> <p>Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Vermerk über das Datum einer in den letzten 10 Jahren erhaltenen Tetanus- und Diphtherieimpfung</p>
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	For patients under age 50, notation of the date that a patient received a tetanus/diphtheria booster within the last ten years should be included in the medical record.
<b>Autor und Set</b>	RAND Corporation 2000: RAND Quality of Care Assessment Tools (QA Tools)

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	85%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	49%
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	64%

**INDIKATOR****KREUZSCHMERZ – ALARMZEICHEN**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten mit akuten Kreuzschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen eine fokussierte Anamnese bezüglich Alarmzeichen (red flags) durchgeführt wurde
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie B: Der Originalindikator wurde nicht aktualisiert, aber auch nicht zurückgezogen. Eine aktuellere Quelle stützt die Evidenz des AQUIK-Indikators.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten mit akuten Kreuzschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen eine fokussierte Anamnese bezüglich Alarmzeichen (red flags) durchgeführt wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten mit akuten Kreuzschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgrößen</b>	Akute Kreuzschmerzen: Beginn der Schmerzepisode innerhalb der letzten 4 Wochen  Definition Alarmzeichen: Leitlinien, Therapieempfehlungen
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten mit akuten Kreuzschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, bei denen eine fokussierte Anamnese bezüglich Alarmzeichen (red flags) durchgeführt wurde. Ziel ist die Identifikation von Patienten mit möglicherweise schwerwiegenden Verläufen anhand von Alarmzeichen (red flags). Diese stellen ein Warnsignal für eine spezifische Ursache mit häufig dringendem diagnostischem und therapeutischem Handlungsbedarf dar.
<b>Deutsche Quellen</b>	Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz (S3, 2011)  <i>Leitlinien-Anmeldung: Spezifischer Kreuzschmerz (S2k, Fertigstellung voraussichtlich Ende 2014)</i>
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit akutem Kreuzschmerz (ICD-Code)  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Eine fokussierte Anamnese bezüglich Alarmzeichen (red flags) wurde durchgeführt
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Patients presenting with acute low back pain should receive a focused medical history and physical examination. The history should include questions about red flags in at least one of the following areas: spine fracture: trauma, prolonged use of steroids; cancer: history of cancer, unexplained weight loss, immunosuppression; infection: fever, IV drug use. Red flags for cauda equina syndrome (CES) or rapidly progressing neurologic deficit are: acute onset of urinary retention or overflow in- continence, loss of anal sphincter tone or fecal incontinence, saddle anesthesia, and global progressive motor weakness in the lower limbs.
<b>Autor und Set</b>	RAND Corporation 2000: RAND Quality of Care Assessment Tools (QA Tools)
<b>Aktuellere Zusatzquelle</b>	Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) 2012: National Quality Measures Clearinghouse

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	94%
Machbarkeit des Indikators gegeben	38%
Indikator fachlich positiv bewertet	67%



**INDIKATOR****PRAXISMANAGEMENT – HAUSBESUCHE**

<b>Indikator</b>	Die Praxis bietet, bezogen auf die letzten 12 Monate, Hausbesuche für schwer körperlich beeinträchtigte Patienten an
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie B: Der Originalindikator wurde nicht aktualisiert, aber auch nicht zurückgezogen.
<b>Zähler</b>	-
<b>Nenner</b>	-
<b>Erläuterung</b>	Hier wird dokumentiert, ob die Praxis, bezogen auf die letzten 12 Monate, Hausbesuche für körperlich beeinträchtigte Patienten anbietet. Damit soll der Anspruch auf Besuchsbehandlung von Patienten, denen das Aufsuchen der Praxis wegen Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist, sichergestellt werden.
<b>Deutsche Quellen</b>	QEP-Qualitätsziel-Katalog® kompakt, Version 2010, 1.1.5 (1)
<b>Indikatorart</b>	Strukturqualität
<b>Originalindikator</b>	Practice provides home visits for patients who have serious physical disabilities.
<b>Autor und Set</b>	Barnsley J, Berta W, Cockerill R, MacPhail J, Vayda E: Identifying performance indicators for family practice: assessing levels of consensus. <i>Can Fam Physician</i> 2005; 51:700-701

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	-
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	-
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	61%

**INDIKATOR****PRAXISMANAGEMENT – MEDIKAMENTENALLERGIEN**

<b>Indikator</b>	Die Dokumentation von Medikamentenallergien und unerwünschten Arzneimittelwirkungen innerhalb der letzten 12 Monate erfolgte nach einem Standardverfahren und ist klar erkennbar
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert.
<b>Zähler</b>	-
<b>Nenner</b>	-
<b>Erläuterung</b>	Hier wird nachgehalten, ob die Dokumentation von Medikamentenallergien und unerwünschten Arzneimittelwirkungen nach einem Standardverfahren erfolgt und klar erkennbar ist. Damit ist eine klare und standardisierte Dokumentation von Zwischenfällen und dem Auftreten von allergischen Reaktionen und Nebenwirkungen von Medikamenten gemeint.
<b>Deutsche Quellen</b>	QEP-Qualitätsziel-Katalog® kompakt, Version 2010, 1.3.2 (2) Leitliniengruppe Hessen, DEGAM, Hausärztliche Leitlinie Multimedikation, 2013
<b>Indikatorart</b>	Strukturqualität
<b>Originalindikator</b>	There is a designated place for the recording of drug allergies and adverse reactions in the notes and these are clearly recorded
<b>Autor und Set</b>	National Health Service (NHS) 2011: Quality and Outcomes Framework (QOF)

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	-
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	-
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	76%

**INDIKATOR****PRAXISMANAGEMENT – NACHBESPRECHUNG KRITISCHER EREIGNISSE**

<b>Indikator</b>	In der Praxis fanden im letzten Jahr mindestens drei Nachbesprechungen kritischer Ereignisse im Team statt
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert.
<b>Zähler</b>	-
<b>Nenner</b>	-
<b>Erläuterung</b>	Hier wird dokumentiert, ob in der Praxis innerhalb der letzten 12 Monate mindestens drei Nachbesprechungen kritischer Ereignisse im Team stattfanden. Sie dienen der Einbeziehung und Information der Mitarbeiter. Ferner können sie Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten und Lösungsvorschläge geben.
<b>Deutsche Quellen</b>	QEP-Qualitätsziel-Katalog® kompakt, Version 2010, 2.1.3 (1)
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	The practice has undertaken a minimum of three significant event reviews within the preceding year
<b>Autor und Set</b>	National Health Service (NHS) 2011: Quality and Outcomes Framework (QOF)

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	-
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	-
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	86%

**INDIKATOR****PRAXISMANAGEMENT – NOTFALLMEDIKAMENTE**

<b>Indikator</b>	Die Prüfung der Haltbarkeit von Notfallmedikamenten in der Praxis erfolgt mithilfe eines Standardverfahrens mindestens einmal pro Jahr
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert.
<b>Zähler</b>	-
<b>Nenner</b>	-
<b>Erläuterung</b>	Hier wird dokumentiert, ob die Prüfung der Haltbarkeit von Notfallmedikamenten in der Praxis mit Hilfe eines Standardverfahrens mindestens einmal pro Jahr erfolgt. Damit steht eine funktionsfähige Notfalleinrichtung in jeder Praxis zur Verfügung.
<b>Deutsche Quellen</b>	QEP-Qualitätsziel-Katalog® kompakt, Version 2010, 1.3.4 (2)
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	There is a system for checking the expiry dates of emergency drugs on at least an annual basis.
<b>Autor und Set</b>	National Health Service (NHS) 2011: Quality and Outcomes Framework (QOF)

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	-
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	-
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	88%

**INDIKATOR****PRAXISMANAGEMENT – WEITERBILDUNGSMAßNAHMEN**

<b>Indikator</b>	Alle ärztlichen und nicht ärztlichen Mitglieder des Praxispersonals nahmen innerhalb der letzten 36 Monate nachweislich an Aus- bzw. Weiterbildungsmaßnahmen für Erste Hilfe teil
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert.
<b>Zähler</b>	-
<b>Nenner</b>	-
<b>Bezugsgrößen</b>	Praxispersonal: Ärzte und nicht ärztliches Personal
<b>Erläuterung</b>	Hier wird dokumentiert, ob alle ärztlichen und nicht ärztlichen Mitglieder des Praxispersonals innerhalb der letzten 36 Monate nachweislich an Aus- bzw. Weiterbildungsmaßnahmen für Erste Hilfe teilnahmen. Dadurch wird sichergestellt, dass Notfallpatienten erkannt und unverzüglich versorgt werden.
<b>Deutsche Quellen</b>	QEP-Qualitätsziel-Katalog® kompakt, Version 2010, 1.3.4 (1)
<b>Indikatorart</b>	Strukturqualität
<b>Originalindikator</b>	There is a record of all practice-employed staff having attended training/updating in basic life support skills in the preceding 36 months.
<b>Autor und Set</b>	National Health Service (NHS) 2011: Quality and Outcomes Framework (QOF)

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	-
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	-
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	87%

**INDIKATOR****PRESBYAKUSIS – HÖRGERÄT**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten ab 65 Jahren mit einer Hörminderung ohne reversible Ursache innerhalb der letzten 12 Monate, denen eine formale Abklärung für ein Hörgerät angeboten wurde
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie B: Der Originalindikator wurde nicht aktualisiert, aber auch nicht zurückgezogen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit einer Hörminderung ohne reversible Ursache innerhalb der letzten 12 Monate, denen eine formale Abklärung für ein Hörgerät angeboten wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten ab 65 Jahren mit einer Hörminderung ohne reversible Ursache innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten ab 65 Jahren mit einer Hörminderung ohne reversible Ursache innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, denen eine formale Abklärung für ein Hörgerät angeboten wurde.
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Erstdiagnose Presbyakusis ohne reversible Ursache (ICD-Code) und im Alter von $\geq 65$ Jahren  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Dem Patienten wurde daraufhin eine formale Abklärung für ein Hörgerät angeboten.
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Patients age 65 and older noted to have a hearing problem or complaint without reversible cause or that persists despite treatment for reversible cause should have formal evaluation for amplification offered or discussed.
<b>Autor und Set</b>	RAND Corporation 2000: RAND Quality of Care Assessment Tools (QA Tools)

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	89%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	37%
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	53%

## INDIKATOR

## QUERSCHNITTSTHEMEN – BLUTDRUCKMESSUNG

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten ab 45 Jahren, die sich aus beliebigen Gründen innerhalb der letzten 12 Monate vorstellten, deren systolischer und diastolischer Blutdruck mindestens einmal im Jahr gemessen wurde
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie B: Der Originalindikator wurde nicht aktualisiert, aber auch nicht zurückgezogen. Aktuellere Quellen stützen die Evidenz des AQUIK-Indikators.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten ab 45 Jahren, die sich aus beliebigen Gründen innerhalb der letzten 12 Monate vorstellten und deren systolischer und diastolischer Blutdruck mindestens einmal im Jahr gemessen wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten ab 45 Jahren, die sich aus beliebigen Gründen innerhalb der letzten 12 Monate vorstellten
<b>Erläuterung</b>	<p>Hier wird Anteil der Patienten ab 45 Jahren mit Vorstellung in der Praxis aus beliebigen Gründen innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, deren Blutdruck mindestens einmal im Jahr gemessen wurde.</p> <p>Das Ziel besteht darin, durch regelmäßige Blutdruckkontrollen eine Voraussetzung für die frühzeitige Diagnose und Behandlung einer arteriellen Hypertonie zu schaffen. Hinsichtlich der routinemäßigen Blutdruckuntersuchung als Screeningverfahren variieren die Empfehlungen in unterschiedlichen Leitlinien. Bislang gibt es keine hinreichende Evidenz. Um das Vorliegen einer Arteriellen Hypertonie möglichst frühzeitig zu erkennen, werden in Leitlinien teilweise Blutdruckkontrollen alle 1 bis 5 Jahre empfohlen.</p>
<b>Deutsche Quellen</b>	<p>Leitliniengruppe Hessen: Hausärztliche Leitlinie Hypertonie Therapie der Hypertonie 2010 (<i>Leitlinie und Therapieempfehlung sind abgelaufen.</i>)</p> <p>Leitlinien der Dt. Hypertonie Gesellschaft/Dt. Hochdruckliga e.V. zur Behandlung der arteriellen Hypertonie 2008 (S2) (<i>Die Gültigkeit der Leitlinie ist abgelaufen.</i>)</p> <p>Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie der arteriellen Hypertonie 2004 (<i>Die Therapieempfehlungen sind nicht mehr gültig.</i>)</p>
<b>Datenerhebung</b>	<p>Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit beliebigem ICD-Code und im Alter von <math>\geq 45</math> Jahren</p> <p>Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Blutdruckmessung innerhalb der letzten 12 Monate</p>
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Systolic and diastolic blood pressure should be measured on patients otherwise presenting for care at least once each year
<b>Autor und Set</b>	RAND Corporation 2000: RAND Quality Tools Indicators
<b>Aktuellere Zusatzquellen</b>	<p>Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) 2012: National Quality Measures Clearinghouse</p> <p>Externe Qualitätssicherung in der Medizin/EQUAM-Stiftung, Schweiz, 2013: EQUAM Standards Modul C1 Arterielle Hypertonie</p>

### Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	86%
Machbarkeit des Indikators gegeben	36%
Indikator fachlich positiv bewertet	64%



## INDIKATOR

## QUERSCHNITTSTHEMEN – RAUCHERSTATUS

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten ab 12 Jahren, die sich während der letzten 24 Monate vorstellten und deren Raucherstatus während der letzten zwei Jahre mindestens einmal erhoben und dokumentiert wurde
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie B: Der Originalindikator wurde nicht aktualisiert, aber auch nicht zurückgezogen. Eine aktuellere Quelle stützt die Evidenz des AQUIK-Indikators.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten ab 12 Jahren, die sich während der letzten 24 Monate vorstellten und deren Raucherstatus während der letzten zwei Jahre mindestens einmal erhoben und dokumentiert wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten ab 12 Jahren, die sich während der letzten 24 Monate vorstellten
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten ab 12 Jahren, die sich während der letzten 24 Monate vorstellten, beziffert, deren Raucherstatus während der letzten zwei Jahre mindestens einmal erhoben wurde. Leitlinien empfehlen die regelmäßige Dokumentation des Raucherstatus. Die Identifikation von Rauchern stellt die Voraussetzung für eine Intervention dar. Sie ist Teil der 5-A-Strategie (vgl. Bezugsgrößen, Indikator Rauchen / Tabakentwöhnung).
<b>Deutsche Quellen</b>	Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft: Tabakabhängigkeit 2010 (Die Therapieempfehlungen wurden aktualisiert) Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin: Tabakentwöhnung bei COPD 2008 (S3) <i>(Die Gültigkeit der Leitlinie ist abgelaufen.)</i> Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP): "Tabakentwöhnung bei COPD" (2008) <i>(Gültigkeit abgelaufen)</i> <i>Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht) Leitlinien-Anmeldung (S3, Fertigstellung voraussichtlich Mitte 2014) "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums"</i> Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma (S3, 2011)
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten mit einer Vorstellung in der Praxis innerhalb der letzten 24 Monate und im Alter von $\geq 12$ Jahre Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Eine Erhebung und Dokumentation des Raucherstatus innerhalb der letzten 24 Monate ist erfolgt
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Preventive care and screening: percentage of patients who were queried about tobacco use one or more times during the two-year measurement period
<b>Autor und Set</b>	Physician Consortium for Performance Improvement 2005: NQMC/AHRQ-Set
<b>Aktuellere Zusatzquelle</b>	AQUA-Institut und AOK-Bundesverband 2009: QiSA - Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (Band E1)

### Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	82%
Machbarkeit des Indikators gegeben	30%
Indikator fachlich positiv bewertet	46%

**INDIKATOR**
**QUERSCHNITTSTHEMEN – TABAKENTWÖHNUNG**

<b>Indikator</b>	Anteil der Raucher innerhalb der letzten 12 Monate, denen Maßnahmen zum Beenden des Rauchens empfohlen wurden und in deren Akte dies dokumentiert wurde
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Raucher innerhalb der letzten 12 Monate, denen Maßnahmen zum Beenden des Rauchens empfohlen wurden und in deren Akte dies dokumentiert wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Raucher innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgrößen</b>	<p>Mögliche Maßnahmen zum Beenden des Rauchens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation des Raucherstatus bei jedem Patientenkontakt</li> <li>• individuelle Beratung bei jedem Raucher nach den 5 As (s. u.)</li> <li>• ggf. Vermittlung in Raucherentwöhnungsprogramme</li> <li>• ggf. medikamentöse Entwöhnungshilfen</li> </ul> <p>Die 5 As zur Kurzberatung von Rauchern (nach NVL Asthma 2011. Die Gültigkeit der NVL COPD ist abgelaufen.)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abfragen des Rauchstatus (Ask)</li> <li>2. Anraten des Rauchverzichts (Advise)</li> <li>3. Ansprechen der Aufhörmotivation (Assess)</li> <li>4. Assistieren beim Rauchverzicht (Assist)</li> <li>5. Arrangieren der Nachbetreuung (Arrange)</li> </ol>
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Raucher (nach ICD-10-Kriterien) innerhalb der letzten 12 Monate unter den Patienten quantifiziert, denen Maßnahmen zum Beenden des Rauchens empfohlen wurden und in deren Akte dies dokumentiert wurde. Ziel ist eine Nikotinkarenz bei möglichst vielen Patienten zu erzielen und damit die Anzahl bzw. das Ausmaß von Folgeerkrankungen zu reduzieren.
<b>Deutsche Quellen</b>	<p>Leitlinien der Dt. Ges. f. Suchtforschung u. Suchttherapie und der Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2004 (S2) <i>(Die Gültigkeit der Leitlinie ist abgelaufen.)</i></p> <p>Nationale Versorgungsleitlinie COPD 2008 <i>(Die Gültigkeit der Leitlinie ist abgelaufen.)</i></p> <p>Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft: Tabakabhängigkeit 2010 (Die Therapieempfehlungen wurden aktualisiert.)</p> <p>Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin: Tabakentwöhnung bei COPD 2008 (S3) <i>(Die Gültigkeit der Leitlinie ist abgelaufen.)</i></p> <p><i>Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) Leitlinien-Anmeldung (S3, Fertigstellung voraussichtlich Mitte 2014) "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums"</i></p> <p>Nationale Versorgungsleitlinie Asthma (S3, 2011)</p>
<b>Datenerhebung</b>	<p>Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit entsprechendem ICD-Code</p> <p>Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Empfehlung von Maßnahmen zum Beenden des Rauchens</p>
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Percentage of patients whose practitioner recommended or discussed smoking cessation methods or strategies.
<b>Autor und Set</b>	National Committee for Quality Assurance (NCQA) 2012: NQF-Endorsed Measures (QPS)

### Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess

Indikator relevant	ja
Indikator machbar	ja

### Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	86%
Machbarkeit des Indikators gegeben	17%
Indikator fachlich positiv bewertet	35%

**INDIKATOR****RHEUMATOIDE ARTHRITIS – BASIS THERAPIE**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten ab 18 Jahren mit einer neu diagnostizierten rheumatoiden Arthritis innerhalb der letzten 12 Monate, die mindestens eine Therapie mit einem krankheitsmodifizierenden antirheumatischen Medikament innerhalb der letzten 12 Monate erhielten
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie A: Der Originalindikator wurde aktualisiert.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten ab 18 Jahren mit einer neu diagnostizierten rheumatoiden Arthritis innerhalb der letzten 12 Monate, die mindestens eine Therapie mit einem krankheitsmodifizierenden antirheumatischen Medikament innerhalb der letzten 12 Monate erhielten
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten ab 18 Jahren mit einer neu diagnostizierten rheumatoiden Arthritis innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgrößen</b>	<b>Krankheitsmodifizierende antirheumatische Medikamente (DMARD)</b> Abatacept, Adalimumab, Anakinra, Antimalariamittel (Hydroxychloroquin, Chloro- quin), Azathioprin, Certolizumab, Cyclosporin, Etanercept, Golimumab, Infliximab, Leflunomid, Methotrexat, parenterales Gold, Rituximab, Sulfasalazin, Tocilizumab etc.
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil aller Patienten ab 18 Jahren mit neu diagnostizierter rheumatoider Arthritis (RA) innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, die innerhalb dieses Zeitraums mindestens eine Therapie mit einem krankheitsmodifizierenden antirheumatischen Medikament erhielten. Das Ziel besteht darin, durch die möglichst frühe Basistherapie die Krankheitsprogression zu verzögern und die Langzeitprognose zu verbessern. Diese sollte idealerweise innerhalb der ersten 3 Monate nach Krankheitsbeginn starten.
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitlinie der dt. Gesellschaft für Rheumatologie: Management der frühen rheumatoiden Arthritis, 2011 (S3)
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Erstdiagnose rheumatoide Arthritis (ICD-Code) in diesem Zeitraum und im Alter von ≥ 18 Jahren Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Therapie mit mindestens einem krankheitsmodifizierenden Medikament
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Disease-modifying anti-rheumatic drug therapy for rheumatoid arthritis: percentage of members who were diagnosed with rheumatoid arthritis and who were dispensed at least one ambulatory prescription for a disease modifying anti-rheumatic drug (DMARD)
<b>Autor und Set</b>	National Committee for Quality Assurance (NCQA) 2012: National Quality Measures Clearinghouse

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	94%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	53%



## INDIKATOR RHEUMATOIDE ARTHRITIS – DIAGNOSTIK

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten ab 18 Jahren mit der Diagnose einer rheumatoiden Arthritis innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen in angemessenen Intervallen die folgenden Untersuchungen dokumentiert sind: Gelenkuntersuchung von drei oder mehr Gelenkbereichen, Funktionsstatus, Krankheitsaktivität, akute Phasereaktion und Schmerz
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie C: Der Originalindikator wurde zurückgezogen. Es gibt aber einen alternativen Indikator bzw. andere Quellen, die die Evidenz des AQUIK-Indikators stützen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten ab 18 Jahren mit der Diagnose einer rheumatoiden Arthritis innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen in angemessenen Intervallen die folgenden Untersuchungen dokumentiert sind: Gelenkuntersuchung von drei oder mehr Gelenkbereichen, Funktionsstatus, Krankheitsaktivität, akute Phasereaktion und Schmerz
<b>Nenner</b>	Alle Patienten ab 18 Jahren mit der Diagnose einer rheumatoiden Arthritis innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgrößen</b>	Intervalle: alle 3 Monate Funktionsstatus: Gesamtbeurteilung des Krankheitsverlaufs durch den Patienten; Verwendung/Anlehnung an den Funktions-Fragebogen Hannover (FFBH) Krankheitsaktivität: Synovitis ja/nein Akute Phasereaktion: (BSG/CRP) Schmerz: z. B. mit visueller Analogskala Alternativ zu den vier letztgenannten Aspekten (Funktionsstatus, Krankheitsaktivität, Akute Phasereaktion, Schmerz) kann auch der Disease-Activity-Score (DAS) erhoben werden.
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten ab 18 Jahren mit der Diagnose einer rheumatoiden Arthritis innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, bei denen in angemessenen Intervallen die folgenden Untersuchungen dokumentiert sind: Gelenkuntersuchung von drei oder mehr Gelenkbereichen, Funktionsstatus, Krankheitsaktivität, akute Phasereaktion und Schmerz. Ziel ist die engmaschige Kontrolle des Krankheitsverlaufs. Ein nicht ausreichendes Ansprechen auf die Therapie, sollte umgehend zu einer Therapiemodifikation führen.
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitlinie der dt. Gesellschaft für Rheumatologie: Management der frühen rheumatoiden Arthritis, 2011 (S3)
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose Rheumatoide Arthritis (ICD-Code) und im Alter von $\geq 18$ Jahren  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Folgende Untersuchungen wurden in angemessenen Intervallen durchgeführt und dokumentiert: Gelenkuntersuchung von drei oder mehr Gelenkbereichen, Funktionsstatus, Krankheitsaktivität, akute Phasereaktion und Schmerz.
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Percentage of patients with a diagnosis of rheumatoid arthritis for whom each of the following are documented within 3 months of diagnosis and at appropriate time intervals thereafter: a joint examination of three or more joint areas, functional status, disease activity (presence/absence of synovitis), acute phase reactant (defined by erythrocyte sedimentation rate [ESR] or C-reactive protein [CRP]) and pain (by visual analog scale [VAS] or other mechanism)
<b>Autor und Set</b>	Arthritis Foundation: National Quality Measures Clearinghouse (QI zurückgezogen)
<b>Alternativquelle</b>	Leitlinie der dt. Gesellschaft für Rheumatologie: Management der frühen rheumatoiden Arthritis, 2011 (S3)

### Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess

Indikator relevant	ja
Indikator machbar	ja

### Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	91%
Machbarkeit des Indikators gegeben	36%
Indikator fachlich positiv bewertet	55%



**INDIKATOR****RHEUMATOIDE ARTHRITIS – KONTROLLE NEBENWIRKUNGEN**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten mit rheumatoider Arthritis ab 18 Jahren mit Behandlung mit einem krankheitsmodifizierenden antirheumatischen Medikament innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen eine Überwachung von Nebenwirkungen erfolgt
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie C: Der Originalindikator wurde zurückgezogen. Es gibt aber einen alternativen Indikator bzw. andere Quellen, die die Evidenz des AQUIK-Indikators stützen.
<b>Zähler</b>	Anzahl Patienten mit rheumatoider Arthritis ab 18 Jahren mit Behandlung mit einem krankheitsmodifizierenden antirheumatischen Medikament innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen eine Überwachung der Nebenwirkungen erfolgt
<b>Nenner</b>	Alle Patienten mit rheumatoider Arthritis ab 18 Jahren mit Behandlung mit einem krankheitsmodifizierenden antirheumatischen Medikament innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgrößen</b>	<b>Krankheitsmodifizierende antirheumatische Medikamente (DMARD)</b> Abatacept, Adalimumab, Anakinra, Antimalariamittel (Hydroxychloroquin, Chloro- quin), Azathioprin, Certolizumab, Cyclosporin, Etanercept, Golimumab, Infliximab, Leflunomid, Methotrexat, parenterales Gold, Rituximab, Sulfasalazin, Tocilizumab etc. Therapiekontrolle im Hinblick auf unerwünschte Nebenwirkungen nach Fachinformation oder Therapieüberwachungsbögen, z. B. des Kompetenznetzes Rheuma
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil aller Patienten ab 18 Jahren mit rheumatoider Arthritis und mit einer etablierten Behandlung mit einem DMARD innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, bei dem eine Überwachung der Nebenwirkungen erfolgt. Ziel dieser Erhebung ist eine rasche Identifizierung von Patienten mit Risiken für toxische Nebenwirkungen der DMARDs.
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitlinie der dt. Gesellschaft für Rheumatologie: Management der frühen rheumatoiden Arthritis, 2011 (S3)
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit einem entsprechenden ICD-Code und mit einer Behandlung mit einem DMARD und im Alter von $\geq 18$ Jahren  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Die Überwachung von Nebenwirkungen ist erfolgt.
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Percentage of patients with established treatment with a disease-modifying antirheumatic drug (DMARD) or glucocorticoids for whom monitoring for drug toxicity is performed
<b>Autor und Set</b>	Arthritis Foundation: National Quality Measures Clearinghouse ( <i>QI zurückgezogen</i> )
<b>Alternativquelle</b>	Resolution Health, Inc. 2012: National Quality Forum - NQF-Endorsed Measures

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	94%
Machbarkeit des Indikators gegeben	48%
Indikator fachlich positiv bewertet	70%

## INDIKATOR

## RHEUMATOIDE ARTHRITIS – THERAPIEINFORMATION

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten mit rheumatoider Arthritis ab 18 Jahren mit Neuverordnung einer krankheitsmodifizierenden antirheumatischen Therapie innerhalb der letzten 12 Monate, mit denen über Risiken versus Nutzen der gewählten Therapie gesprochen wurde und in deren Akte dieses dokumentiert ist
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie D: Der Originalindikator wurde von den Autoren zurückgezogen; aktuelle, valide Quellen, die die Evidenz des AQUIK-Indikators stützen, oder ein Alternativindikator waren nicht verfügbar.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten mit rheumatoider Arthritis ab 18 Jahren mit Neuverordnung einer krankheitsmodifizierenden antirheumatischen Therapie innerhalb der letzten 12 Monate, mit denen über Risiken versus Nutzen der gewählten Therapie gesprochen wurde und in deren Akte dieses dokumentiert ist
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten mit rheumatoider Arthritis ab 18 Jahren mit Neuverordnung einer krankheitsmodifizierenden antirheumatischen Therapie innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Bezugsgrößen</b>	<b>Krankheitsmodifizierende antirheumatische Medikamente (DMARD)</b> Abatacept, Adalimumab, Anakinra, Antimalariamittel (Hydroxychloroquin, Chloroquin), Azathioprin, Certolizumab, Cyclosporin, Etanercept, Golimumab, Infliximab, Leflunomid, Methotrexat, parenterales Gold, Rituximab, Sulfasalazin, Tocilizumab etc.
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten ab 18 Jahren mit rheumatoider Arthritis und Neuverschreibung einer DMARD-Therapie innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, mit denen über Risiken versus Nutzen der gewählten Therapie gesprochen wurde und in deren Akte dieses dokumentiert ist. Ziel ist die Information des Patienten. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der potenziell toxischen Therapie und dem chronischen Verlauf der Erkrankung von Bedeutung für die Therapietreue des Patienten und letztlich den Therapieerfolg.
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitlinie der dt. Gesellschaft für Rheumatologie: Management der frühen rheumatoiden Arthritis, 2011 (S3)
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose Rheumatoide Arthritis (ICD-Code) und mit einer Neuverordnung eines DMARD und im Alter von $\geq 18$ Jahren  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Über Risiken versus Nutzen der gewählten Therapie wurde gesprochen und dies in der Akte dokumentiert.
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Percentage of patients newly prescribed any of the following drugs: non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) (selective or non-selective), disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs), glucocorticoids, or narcotics for whom a discussion with the patient about the risks versus benefits of the chosen therapy is documented.
<b>Autor und Set</b>	Arthritis Foundation: National Quality Measures Clearinghouse ( <i>QI zurückgezogen</i> )

### Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	95%
Machbarkeit des Indikators gegeben	39%
Indikator fachlich positiv bewertet	62%

**INDIKATOR****VORHOFFLIMMERN – ORALE ANTIKOAGULATION**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten mit Vorhofflimmern oder Vorhofflattern und mit Risikofaktoren für ein thromboembolisches Ereignis innerhalb der letzten 12 Monate, die eine orale Antikoagulation erhalten
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie B: Der Originalindikator wurde nicht aktualisiert, aber auch nicht zurückgezogen. Er bildet den AQUIK-Indikator unverändert ab. Eine aktuellere Quelle stützt die Evidenz des AQUIK-Indikators.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten mit Vorhofflimmern oder Vorhofflattern und mit Risikofaktoren für ein thromboembolisches Ereignis innerhalb der letzten 12 Monate, die eine orale Antikoagulation erhalten
<b>Nenner</b>	Anteil aller Patienten mit Vorhofflimmern oder Vorhofflattern und mit Risikofaktoren für ein thromboembolisches Ereignis innerhalb der letzten 12 Monate abzüglich aller Patienten mit Kontraindikationen oder Ablehnung einer oralen Antikoagulation
<b>Bezugsgrößen</b>	Definition von Risikofaktoren für ein thromboembolisches Ereignis: siehe Instrumente zur Risikostratifizierung wie z. B. in Anlehnung an Leitlinien ACC/AHA/ESC 2011 oder Hessen 2006
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten mit Vorhofflimmern oder Vorhofflattern und mit Risikofaktoren für ein thromboembolisches Ereignis innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, die eine orale Antikoagulation erhalten. Um das Risiko für thromboembolische Ereignisse zu reduzieren, empfehlen die Leitlinien, in Abhängigkeit des Risikoprofils für Thrombembolien und des Blutungsrisikos, eine orale Antikoagulation.
<b>Deutsche Quellen</b>	Leitliniengruppe Hessen, Hausärztliche Leitlinie: Antikoagulation 2006; Deutsche Gesellschaft für Kardiologie: Verweis auf Leitlinien ACC/AHA/ESC 2011: Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose Vorhofflimmern oder Vorhofflattern intermittierend, persistierend oder permanent über eine Dauer von mindestens 48 Stunden (ICD-Code) und mit Risikofaktoren für ein thromboembolisches Ereignis und ohne Kontraindikation gegen eine orale Antikoagulation und ohne Ablehnung des Patienten einer oralen Antikoagulation  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Der Patient erhält eine orale Antikoagulation.
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Atrial fibrillation: the percentage of patients with atrial fibrillation who are currently treated with anti-coagulation drug therapy or an anti-platelet therapy.
<b>Autor und Set</b>	Institute for Clinical Systems Improvement: National Quality Measures Clearinghouse (NQMC)
<b>Aktuellere Zusatzquelle</b>	National Health Service (NHS): Quality and Outcomes Framework (QOF) QI AF003 <a href="http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/qof-2013-14.pdf">http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/qof-2013-14.pdf</a>

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

## Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse

Datenverfügbarkeit gegeben	96%
Machbarkeit des Indikators gegeben	27%
Indikator fachlich positiv bewertet	73%

**INDIKATOR****VORHOFFLIMMERN – SCHILDDRÜSENFUNKTION**

<b>Indikator</b>	Anteil der Patienten mit einem neu diagnostizierten Vorhofflimmern innerhalb der letzten 12 Monate, die binnen 2 Wochen nach der Vorstellung eine Schilddrüsenfunktionsuntersuchung erhielten
<b>Aktualisierung 2013</b>	Kategorie B: Der Originalindikator wurde nicht aktualisiert, aber auch nicht zurückgezogen. Eine aktuellere Quelle stützt die Evidenz des AQUIK-Indikators.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten mit einem neu diagnostizierten Vorhofflimmern innerhalb der letzten 12 Monate, die binnen 2 Wochen nach der Vorstellung eine Schilddrüsenfunktionsuntersuchung erhielten
<b>Nenner</b>	Anzahl aller Patienten mit einem neu diagnostizierten Vorhofflimmern innerhalb der letzten 12 Monate
<b>Erläuterung</b>	Hier wird der Anteil der Patienten mit neu diagnostiziertem Vorhofflimmern innerhalb der letzten 12 Monate beziffert, die binnen 2 Wochen nach der Vorstellung eine Schilddrüsenfunktionsuntersuchung erhielten. Eine Schilddrüsenüberfunktion kann ursächlich für Vorhofflimmern sein. In diesem Fall ist das Vorhofflimmern durch die Therapie der Schilddrüsenüberfunktion zumeist erfolgreich behandelbar (reversible Ursache).
<b>Deutsche Quellen</b>	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie: Verweis auf Leitlinien ACC/AHA/ESC 2011: Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation
<b>Datenerhebung</b>	Nenner: Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit Erstdiagnose Vorhofflimmern (ICD-Code)  Zähler: Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Eine TSH-Wert-Bestimmung ist binnen 2 Wochen nach der Erstdiagnose erfolgt.
<b>Indikatorart</b>	Prozessqualität
<b>Originalindikator</b>	Patients presenting with new-onset atrial fibrillation or atrial fibrillation of unknown duration should have a thyroid function checked within the first two weeks of presentation.
<b>Autor und Set</b>	RAND Corporation 2000: RAND Quality of Care Assessment Tools (QA Tools)
<b>Aktuellere Zusatzquelle</b>	Resolution Health, Inc. 2012: National Quality Forum - NQF-Endorsed Measures QI 0600: New Atrial Fibrillation: Thyroid Function Test <a href="http://www.qualityforum.org/Measures_Reports_Tools.aspx">http://www.qualityforum.org/Measures_Reports_Tools.aspx</a>

**Bewertung des Indikators im Fachgruppenprozess**

<b>Indikator relevant</b>	ja
<b>Indikator machbar</b>	ja

**Bewertung des Indikators in der Machbarkeitsanalyse**

<b>Datenverfügbarkeit gegeben</b>	95%
<b>Machbarkeit des Indikators gegeben</b>	40%
<b>Indikator fachlich positiv bewertet</b>	76%