



---

# Bericht

---

## *Primary Health Care (PHC):*

### *Erstellung eines Master-Evaluationskatalogs für österreichische PHC-Einrichtungen*

Projekt 1 für 2015

Kooperationsvereinbarung

zwischen dem

**Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

und der

**Medizinischen Universität Graz**

## **Projektteam**

### Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV)

Muna Abuzahra, BSc, MA

PD Dr. med. Karl Horvath

Dr. med. Klaus Jeitler

PD Dr. med. Stefan Korsatko

Dr. med. Nicole Posch

Mag. rer. nat. Thomas Semlitsch (Projektleiter)

Univ.-Prof. Dr. med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

### Scientific Board

Dr. med. Antje Erler, MPH

Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M., Deutschland

Dr. med. Florian Stigler, MPH

Krankenhaus der Elisabethinen Graz

Im folgenden Text wurde bei der Angabe von Personenbezeichnungen jeweils die männliche Form angewandt. Dies erfolgte ausschließlich zur Verbesserung der Lesbarkeit.

## **Inhaltsverzeichnis**

1. Zusammenfassung .....	5
2. Hintergrund .....	7
2.1. Primary Health Care als starkes Fundament.....	7
2.2. Primary Health Care in Österreich .....	7
2.3. Qualitätsorientierung in Primary Health Care .....	8
3. Zielsetzung .....	10
4. Methoden.....	11
4.1. Identifikation potenziell relevanter Qualitätsindikatoren .....	11
4.1.1. Ein-/Ausschlusskriterien.....	11
4.1.2. Literaturrecherche - Bibliografische Datenbanken.....	11
4.1.3. Literaturrecherche – Weitere Quellen .....	13
4.2. Datenextraktion .....	13
4.3. Panelverfahren.....	14
4.4. Auswertung und Auswahl der Qualitätsindikatoren.....	15
4.5. Darstellung der Qualitätsindikatoren.....	15
5. Ergebnisse .....	17
5.1. Ergebnisse der Literaturbeschaffung .....	17
5.2. Ergebnisse der Bewertung im Panelverfahren.....	17
6. Master-Evaluationskatalog .....	19
7. Literaturverzeichnis.....	69
Anhang A – Gesichtete Indikatordatenbanken.....	73
Anhang B – Teilnehmer des Expertenpanels .....	75
Anhang C – Übersicht über alle bewerteten Indikatoren .....	76
Anhang D – Angaben zu potenziellen Interessenskonflikten.....	79

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren des Master-Evaluationskatalogs für österreichische PHC-Einrichtungen. ....	6
Tabelle 2: Recherchestrategie MEDLINE® .....	12
Tabelle 3: Recherchestrategie PubMed. ....	12
Tabelle 4: Bewertungsbogen für die 1. Bewertungsrunde des Panelverfahrens. ....	13
Tabelle 4: Qualitätsindikatoren des Master-Evaluationskatalogs und jeweils beschriebene PHC-Kriterien und Qualitätsaspekte. ....	19

## Abkürzungen

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
AQUIK	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
CAHPS	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
HEDIS	Healthcare Effectiveness Data and Information Set
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NPCRDC	National Primary Care Research and Development Centre
ÖQmed	Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin
PCMH	Patient Centered Medical Home
PHAMEU	Primary Health Care Activity Monitor for Europe
PHC	Primary Health Care
QiSA	Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
QM	Qualitätsmanagement
RAND	Research ANd Development
WHO	World Health Organization

# 1. Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht beschreibt die Entwicklung und Auswahl von Qualitätsindikatoren zur übergeordneten Evaluation der in Österreich geplanten Primary Health Care (PHC)-Einrichtungen, welche den Anforderungen des Konzepts der Bundes-Zielsteuerungskommission zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich entsprechen.

Das methodische Vorgehen erfolgte dabei in Anlehnung an die Methodik zur Indikatorenentwicklung für das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QiSA) des deutschen Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA). Diese Methode stellt eine Kombination aus wissenschaftlicher Evidenz und einer strukturierten Bewertung durch ein Expertenpanel dar und wurde in internationalen Studien erprobt. Zur Ermittlung der Evidenz erfolgten Recherchen nach international bereits etablierten Qualitätsindikatoren für PHC in Indikatordatenbanken und den bibliographischen Datenbanken PubMed/MEDLINE<sup>®</sup> sowie eine Sichtung von grauer Literatur.

Insgesamt konnten aus den unterschiedlichen Quellen 281 potenziell relevante Indikatoren identifiziert werden, welche nach Sichtung und Gegenüberstellung auf 65 unterschiedliche Indikatoren zu PHC zusammengefasst werden konnten. Diese Indikatoren wurden anschließend in einem 2-stufigen Panelverfahren von einem 12 Personen umfassenden Expertengremium hinsichtlich Relevanz und Praktikabilität bewertet. Die Auswertung der einzelnen Bewertungen ergab schließlich jene nachfolgend angeführten 30 Qualitätsindikatoren, welche von den Experten im Konsens sowohl als relevant als auch praktikabel erachtet und somit in den Master-Evaluationskatalog für PHC-Einrichtungen in Österreich aufgenommen wurden (siehe Tabelle 5). Mit diesem Indikatorset werden somit sowohl alle Funktionen von Primary Health Care als auch alle Qualitätsaspekte abgedeckt.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren des Master-Evaluationskatalogs für österreichische PHC-Einrichtungen.

<b>Indikator Nr.</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>ZUGANG</b>	
1	Behandlungszugang
2	Wöchentliche Mindestöffnungszeit
3	Informationen über Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten
4	Wartezeit - nicht akuter Behandlungstermin
5	Wartezeit - akuter Behandlungstermin
<b>QUALITÄT DER VERSORGUNG</b>	
6	Verfügbarkeit von Informationen zum Versorgungsmodell und zu allgemeinen krankheitsspezifischen Themen
7	Informationen zur Behandlung aus Patientensicht
8	Patientenzufriedenheit mit der Kommunikation des Arztes
9	Shared Decision Making
10	Unterstützung zum Selbstmanagement chronischer Erkrankungen
11	Weiterempfehlung des Versorgungsmodells
12	Hausbesuche
13	Zahl der stationären Aufenthalte
14	Teilnahme an Qualitätszirkeln
15	Teilnahme an regionalen Informationsveranstaltungen zum Versorgungsmodell
16	Informiertheit über Ziele und Aktivitäten im Versorgungsmodell
17	Patientenschulungsangebot
18	Durchführung einer Patientenbefragung
19	Durchführung einer Teambefragung
20	Teilnahme an der Teambefragung
<b>KONTINUITÄT DER VERSORGUNG</b>	
21	Abgleich Medikation - Patientenakte
22	Wiederbestellsystem für chronisch Kranke
23	Verschiedene konsultierte Hausärzte je Patient
24	Zufriedenheit mit Ergebnissen des Versorgungsmodells
25	Teammitgliederfluktuation in einer PHC-Versorgungseinrichtung
<b>KOORDINATION DER VERSORGUNG</b>	
26	Facharztkonsultationen mit Überweisung
27	Überweisungsqualität
28	Kommunikation innerhalb eines Behandlungsteams
29	System zur Informationsverwaltung
<b>SICHERHEIT</b>	
30	Medikamentenallergien

## 2. Hintergrund

### 2.1. Primary Health Care als starkes Fundament

Dass „Primary Health Care“ (PHC) die Basis eines gut funktionierenden Gesundheitssystems bildet, wurde bereits früh erkannt. Deshalb hat sich die Staatengemeinschaft auf der World Health Organization (WHO)-Konferenz von Alma-Ata <sup>1</sup> bereits im Jahre 1978 zur Stärkung der Primärversorgung entschlossen.

Bei PHC handelt es sich um die erste Ebene eines Gesundheitswesens, in der ein Großteil der Arzt-Patienten-Kontakte stattfindet. PHC wurde dabei im Dokument von Alma-Ata, in den meisten professionellen Organisationen und Kommissionen <sup>2</sup> sowie im neuen Konzept für die Primärversorgung in Österreich ("Das Team um den Hausarzt")<sup>3</sup> mit folgenden vier Funktionen definiert: Zugang, kontinuierliche, umfangreiche und koordinierte Versorgung.

Dabei konnte immer wieder gezeigt werden, dass Gesundheitssysteme, die diese vier PHC-Funktionen besser erfüllen, bessere Gesundheit bei geringeren Krankenversorgungskosten erzielen konnten.<sup>4</sup>

### 2.2. Primary Health Care in Österreich

Eine aktuelle, im Auftrag der Europäischen Union durchgeführte Vergleichsstudie hat gezeigt, dass Österreich als Land mit einer schwach ausgeprägten Primärversorgung einzuschätzen ist.<sup>5</sup> Die freie Arztwahl, der direkte Zugang zu Fachärzten und Krankenhäusern, das geringe Ausmaß an interdisziplinärer Arbeit und Koordination im Gesundheitssystem und die arztzentrierte Versorgung sind Faktoren, die zu diesem Ergebnis beitragen. Eine weitere Studie<sup>6</sup> zeigte in der Bewertung mittels Primary Care Assessment Tools (PCAT)<sup>7</sup> eine geringe Güte des Primärversorgungssystems in Österreich und ein großes Verbesserungspotenzial. Daher sind die Bestrebungen der aktuellen Gesundheitsreform zu begrüßen, der „die Stärkung der Primärversorgung nach internationalem Vorbild [...] ein zentrales Anliegen [ist]“<sup>8</sup>, auch wenn in diesem Reformkonzept keine „Referenzen

---

<sup>1</sup> World Health Organisation. Primary health care - Declaration of Alma-Ata. 1978

<sup>2</sup> Starfield, B. Is Primary Care essential? The Lancet, 1994; 344(8930):1129-1133.

<sup>3</sup> Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur. "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. 2014

<sup>4</sup> Starfield, B, Shi, L. and Macinko, J. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly, 2005; 83;3:457-502.

<sup>5</sup> Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract 2013; 63(616): e742-750.

<sup>6</sup> Stigler FL, Starfield B, Sprenger M, et al. Assessing primary care in Austria: room for improvement. Fam Pract. 2013 Apr; 30 (2): 185-9

<sup>7</sup> Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. The Journal of Family Practice. 2001; 50 (2): 161-75

<sup>8</sup> Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur. "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. 2014

auf bestehende Modelle in anderen Ländern und internationale Standards“ enthalten sind.<sup>9</sup> Eine Verbesserung des österreichischen Gesundheitssystems in Zeiten von demographischem Wandel und Finanzkrisen soll daher über einen Ausbau und eine Stärkung von Primary Health Care erfolgen. Der Aufbau von multiprofessionellen Primärversorgungszentren und -netzwerken ist ein wichtiger erster Schritt.

### 2.3. Qualitätsorientierung in Primary Health Care

Im österreichischen Primary Care System, welches sich bekanntermaßen hauptsächlich durch die Behandlung in Einzel-Hausarztpraxen definiert, ist die Verpflichtung zur ärztlichen Qualitätssicherung im Ärztegesetz geregelt und durch die Qualitätssicherungsverordnung der Österreichischen Ärztekammer (QS-VO 2012) festgelegt.<sup>10</sup> Die Evaluierung erfolgt hauptsächlich über eine Selbstevaluierung mittels eines Fragebogens der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin (ÖQmed) und betrifft zu einem Großteil die Struktur- und Prozessqualität der Ordinationen. Kennzahlen werden keine erhoben, womit ein Qualitätsvergleich der Ordinationen nicht möglich ist.

Ein Hauptmerkmal von Primary-Health-Care-Institutionen ist ihre qualitätsorientierte und auf kontinuierliche Verbesserung ausgelegte Tätigkeit. Dies betrifft sowohl die Struktur-, die Prozess- als auch die Ergebnisqualität. Diese klassische, krankheitsorientierte Qualitätsbetrachtung („vertical care“) wird aber durch die individuen- und gesellschaftsbezogenen Bedürfnisse, welche in der Primärversorgung verstärkt berücksichtigt werden („horizontal care“), deutlich erschwert.<sup>11</sup>

Qualitätsindikatoren sind Maße, deren Ausprägungen eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen der Versorgung ermöglichen sollen.<sup>12</sup> Sie können als Anstoß zur Prüfung der Frage, ob in einem Versorgungsbereich alles optimal abläuft, sehr hilfreich sein, ihr Einsatz kann aber im Zusammenhang mit Honorierungssystemen vor allem dann zu Fehlsteuerungen führen, wenn die Erreichung eines Indikators mit Belohnung oder Sanktion verknüpft ist.<sup>13</sup>

Kritisch ist somit vor allem die Auswahl der Indikatoren. Es ist von größter Wichtigkeit, wenige, aber qualitativ hochwertige Indikatoren zu wählen, die einerseits praktikabel, messbar und national bzw.

---

<sup>9</sup> Tschachler E. Wunschzettel Primärversorgung. ÖKZ - Das österreichische Gesundheitswesen 2014; 55(8-9): 8-10.

<sup>10</sup> Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen (QS-VO 2012)

<sup>11</sup> Heath I, Rubinstein A, Stange KC, van Driel ML. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. BMJ 2009; 338: b1242.

<sup>12</sup> Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien – Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren. 2009

<sup>13</sup> Abholz H, Egidi G. Qualitätsindikatoren in der Hausärztlichen Versorgung – ein Provokationspapier. Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA) 2009; 85: 260-263.



international vergleichbar sind, gleichzeitig den Anwendern sinnvolle Informationen zur Verbesserung zukommen lassen und nicht den Eindruck einer staatlichen (finanziellen) Kontrolle erwecken.

Essentielle Faktoren wie Menschlichkeit, Empathie und Vertrauen sind nur schwer zu messen, tragen aber gleichzeitig zu einem großen Teil zum Erfolg bzw. Misserfolg der Patientenversorgung bei.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Floimayr A. Entwicklung eines Primärversorgungsmodells im Sinne von "Primary Health Care" nach internationalem Vorbild für Oberösterreich – mit konkretem Fokus auf Prüfung der Umsetzbarkeit am Beispiel der Modellregion Enns, Masterarbeit, Universitätslehrgang Public Health, Medizinische Universität Graz. 2015

### **3. Zielsetzung**

Ziel des Projekts ist es, Qualitätsindikatoren zu entwickeln, welche zur übergeordneten Evaluation der in Österreich geplanten PHC-Einrichtungen verwendet (Master-Evaluationskatalog) werden können. Diese sollen bereits bei den zukünftigen Pilotprojekten, welche den Anforderungen des neuen Konzept für die Primärversorgung in Österreich ("Das Team um den Hausarzt")<sup>15</sup> entsprechen, zur Anwendung kommen.

---

<sup>15</sup> Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur. "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. 2014

## **4. Methoden**

Das methodische Vorgehen in diesem Projekt erfolgt in Anlehnung an die Methodik zur Indikatorenentwicklung für das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QiSA) des deutschen Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA)<sup>16</sup>, welche sich wiederum von der RAND (Research ANd Development)- und NPCRDC (National Primary Care Research and Development Centre)-Methode<sup>17</sup> ableitet. Diese Methode stellt eine Kombination aus wissenschaftlicher Evidenz und einer strukturierten Bewertung durch Experten dar.

### **4.1. Identifikation potenziell relevanter Qualitätsindikatoren**

#### **4.1.1. Ein-/Ausschlusskriterien**

Als relevant galten für das Projekt Arbeiten in deutscher oder englischer Sprache, die Sammlungen und/oder Beschreibungen von Qualitätsindikatoren für Primary Health Care aus bereits vorhandenen, internationalen Indikatorsystemen enthalten. Als nicht relevant wurden jene Publikationen eingestuft, die ausschließlich krankheitsspezifische oder behandlungsspezifische Qualitätsindikatoren beinhalten, wie z.B. Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus oder Qualitätsindikatoren zur Verwendung von Injektionen, sowie Publikationen, die ausschließlich Qualitätsindikatoren enthalten, für die eine geringe Veränderungssensitivität in westlichen Industrieländern zu erwarten ist (z.B. Indikatoren zu Infrastrukturparametern in Afrika). Ebenso nicht berücksichtigt wurden Publikationen zu Anwendungsstudien von Qualitätsindikatoren.

#### **4.1.2. Literaturrecherche - Bibliografische Datenbanken**

Zur Ermittlung der Evidenz für Qualitätsindikatoren für PHC erfolgte eine systematische Literaturrecherche ohne zeitliche Einschränkung nach bereits publizierten Qualitätsindikatoren für PHC in den elektronischen Datenbanken PubMed/MEDLINE<sup>®</sup>. Dazu wurden ausgewählte Suchterme aus dem Bereich Primary Health Care mit solchen für Qualitätsindikatoren kombiniert (jeweils MeSH und Freitext). Tabelle 2 und Tabelle 3 zeigen die detaillierte Recherchestrategie für die Datenbanken MEDLINE<sup>®</sup> und Pubmed.

---

<sup>16</sup> AOK-Gesundheitspartner. Der AQUA-Ansatz zur Entwicklung der QiSA-Indikatoren. 2006

<sup>17</sup> Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. 2001

Tabelle 2: Recherchestrategie MEDLINE®.

Datenbanken: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) 1948 to Present	
Search	Query
1	exp Primary Health Care/
2	("primary healthcare" or "primary health care" or "primary health-care").ti,ab,ot.
3	phc.ti,ab,ot.
4	or/1-3
5	exp Quality Indicators, Health Care/
6	(performance adj3 (indicator\$ or measure\$)).ti,ab.
7	"quality of life".ti. /freq=1 not quality.ti. /freq=2
8	"quality of life".ti. /freq=2 not quality.ti. /freq=3
9	(quality adj3 (indicator\$ or measure\$ or improve\$)).ti. not (7 or 8)
10	"quality of life".ab. /freq=1 not quality.ab. /freq=2
11	"quality of life".ab. /freq=2 not quality.ab. /freq=3
12	(quality adj3 (indicator\$ or measure\$ or improve\$)).ab. not (10 or 11)
13	or/5-6,9,12
14	4 and 13
15	limit 14 to (case reports or clinical trial, all or clinical trial, phase i or clinical trial, phase ii or clinical trial, phase iii or clinical trial, phase iv or clinical trial or comment or comparative study or controlled clinical trial or editorial or letter or meta analysis or multicenter study or randomized controlled trial)
16	14 not 15
17	16 not Animals/
18	limit 17 to (english or german)

Tabelle 3: Recherchestrategie PubMed.

Datenbank: NLM Pubmed	
Search	Query
#2	Search "Primary Health Care"[Mesh]
#3	Search "primary healthcare"[tiab] OR "primary health care"[tiab] OR "primary health-care"[tiab]
#4	Search phc[tiab]
#5	Search #2 OR #3 OR #4
#7	Search "Quality Indicators, Health Care"[Mesh]
#9	Search performance[tiab] AND (indicator*[tiab] OR measure*[tiab])
#10	Search quality[tiab] AND (indicator*[tiab] OR measure*[tiab] OR improve*[tiab])
#11	Search "quality of life"[tiab]
#12	Search (#10) NOT #11
#13	Search #7 OR #9 OR #12
#14	Search #13 AND #5
#15	Search #13 AND #5 Filters: Clinical Trial; Clinical Trial, Phase II; Case Reports; Clinical Trial, Phase IV; Controlled Clinical Trial; Comparative Study; Comment; Editorial; Letter; Meta-Analysis; Multicenter Study; Randomized Controlled Trial; Clinical Trial, Phase I; Clinical Trial, Phase III
#16	Search #14 NOT #15
#17	Search #14 NOT #15 Filters: English; German
#18	Search #17 NOT medline[sb]

Die Sichtung der potenziell relevanten Arbeiten hinsichtlich Ein- oder Ausschluss erfolgte zunächst auf Basis der Titel bzw. Abstracts der aus der Recherche vorliegenden Referenzen und wurde durch zwei Reviewer unabhängig voneinander durchgeführt. Diskrepanzen in der Beurteilung wurden entweder im Konsens oder durch einen dritten Reviewer gelöst. Alle letztlich als potenziell relevant eingestuft Referenzen wurden anschließend im Volltext gesichtet. Auch dieser Schritt erfolgte wiederum von zwei Reviewern unabhängig voneinander.

### 4.1.3. Literaturrecherche – Weitere Quellen

Zusätzlich zur Recherche in bibliografischen Datenbanken erfolgte eine Suche nach Qualitätsindikatoren für PHC in internationalen Datenbanken für Qualitätsindikatoren, eine fokussierte Recherche im Internet unter Verwendung von Begriffen für Qualitätsindikator und Primary Health Care sowie eine Sichtung der von Mitgliedern des Scientific Boards und vom Auftraggeber zur Verfügung gestellten Literatur.

### 4.2. Datenextraktion

Alle allgemeinen, nicht krankheits- oder behandlungsspezifischen Qualitätsindikatoren zu PHC aus den im Rahmen der Literaturrecherche identifizierten relevanten Arbeiten wurden unter Angabe des jeweils zugrunde liegenden Indikatorsystems gesammelt und einander vergleichend gegenübergestellt, wobei gleichlautende oder ähnliche Indikatoren zusammengefasst wurden. Aus den so zusammengefassten, unterschiedlichen Qualitätsindikatoren wurden die für eine Bewertung im Panelverfahren notwendigen Daten anhand des in Tabelle 4 angeführten Bewertungsbogens extrahiert.

Tabelle 4: Bewertungsbogen für die 1. Bewertungsrunde des Panelverfahrens.

Indikator Nr.001:	Name des Indikators
<b>Beschreibung</b>	Beschreibung des Indikators mit Angaben der Zielpopulation/Versorgungsstruktur und des zu beobachtenden Ereignisses/Verfahrens (Anteil der Personen/Patienten, die...)
<b>Zähler</b>	Definition des Zählers (Anzahl der Personen/Patienten/Versorgungsstrukturen, für die das Ereignis zutrifft)
<b>Nenner</b>	Definition des Nenners (Grundgesamtheit, auf die sich der Indikator bezieht).
<b>Ausschlusskriterien</b>	Beschreibt Personengruppen innerhalb der Zielpopulation, für die eine Anwendung des Indikators nicht sinnvoll ist. Bei Indikatoren, die sich auf Einrichtungen/Versorgungsstrukturen beziehen, können Ausschlusskriterien für ganze Einrichtungen definiert werden.
<b>Qualitätsziel</b>	Welche Ausprägung des Indikators stellt eine gute Versorgung dar? Sind in der Literatur Zielwerte/Referenzbereiche genannt?
<b>Rationale</b>	Gründe, warum die Zielstellung des Indikators sinnvoll ist und warum die Erreichung des Qualitätsziels des Indikators sinnvoll ist.
<b>Anmerkungen</b>	Messtechnisches, Dokumentation, Verweise auf ähnliche Indikatoren, abweichende Zielwerte, ggf. Angaben zu Abweichungen vom Originalindikator
<b>Indikatortyp</b>	Struktur-, Prozess- oder Ergebnisindikator bzw. Dimension, die dieser Indikator abbildet
<b>Quellen/Literatur</b>	Angaben zu Quellen/Literatur (Indikatorsystem des Originalindikators, andere Indikatorsysteme, Hintergrundliteratur)
<b>Bewertung des Indikators (bitte ankreuzen bzw. ausfüllen):</b>	
<b>Relevanz</b>	1=überhaupt nicht relevant 9=sehr relevant
Ist der Indikator für das Thema relevant?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9
<b>Klarheit/Verständlichkeit</b>	
Ist der Indikator klar und verständlich formuliert?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?	

Quelle: AQUA-Institut, Deutschland (modifiziert)

### 4.3. Panelverfahren

Die in der Recherche ermittelten Qualitätsindikatoren wurden in einem 2-stufigen Panelverfahren einem Expertengremium zur Bewertung hinsichtlich Relevanz, Klarheit/Verständlichkeit und Praktikabilität/Umsetzbarkeit vorgelegt. Die Bewertung der Qualitätsindikatoren im Rahmen dieses Panelverfahrens erfolgte anhand einer 9-stufigen Bewertungsskala, wobei 1 für nicht relevant/praktikabel und 9 für sehr relevant/praktikabel stehen.

#### Auswahl des Expertengremiums:

Die Bewertung der Indikatoren erfolgte nach einem 2-stufigen Panelverfahren. Das Expertenpanel setzte sich dabei aus 12 Personen zusammen (Allgemeinmediziner aus den Bundesländern Steiermark, Salzburg, Tirol und Vorarlberg, Vertreter der Kassen, der Gesundheit Österreich GmbH und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie Mitglieder des Scientific Boards des Projekts). Neun Personen nahmen dabei auch an der zweiten Bewertungsrunde im Rahmen des Panelmeetings teil (siehe Anhang B).

#### Erste Bewertungsrunde:

Für diese Bewertungsrunde erfolgte eine Aussendung per E-Mail der gesammelten thematisch relevanten Qualitätsindikatoren an die Panelteilnehmer. Die Bewertung in dieser Runde erfolgte hinsichtlich Relevanz und Verständlichkeit für jeden Indikator.

Bei der Beurteilung der Relevanz wurden nachfolgend angeführten Kriterien berücksichtigt:

- es besteht ausreichende Evidenz oder fachlicher Konsens für einen Zusammenhang zwischen der Zielstellung des Indikators und dem zugrunde liegenden Verfahren,
- der Indikator kann zwischen schlechter und guter Leistung differenzieren,
- der Indikator ist von Bedeutung für Patienten,
- der Nutzen überwiegt bei Erfüllung des Indikators deutlich die möglichen Risiken bei Nichterfüllung,
- der Indikator wie auch der gemessene Sachverhalt sind für die Versorgung (die Versorgungskette) von Bedeutung,
- der Indikator ist von Bedeutung für das österreichische Gesundheitssystem.

Bei der Bewertung der Klarheit/Verständlichkeit wurde auf folgende Kriterien geachtet:

- Zähler und Nenner sind klar definiert,
- der Indikator ist eindeutig, unmissverständlich, reproduzierbar,
- die Formulierung ist überregional gültig,
- die Formulierung ist institutionsunabhängig.

### Zweite Bewertungsrunde:

Diese Bewertungsrunde erfolgte im Rahmen eines eintägigen Panelmeetings. Alle Indikatoren wurden dabei auf Grundlage der statistisch ausgewerteten Ergebnisse der ersten Bewertungsrunde und der Kommentare/Änderungsvorschläge zu den einzelnen Indikatoren diskutiert sowie erneut hinsichtlich der Relevanz und dieses Mal auch hinsichtlich der Praktikabilität/Umsetzbarkeit bewertet.

Bei der Bewertung der Praktikabilität ging es um die Einschätzung des Panels zur Umsetzbarkeit und späteren Anwendung der Indikatoren (z.B. unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen in Österreich). Vor dem Hintergrund der eigenen praktischen Erfahrung wurde von den Panelteilnehmern bewertet, ob die vorgeschlagenen Dokumentationsparameter und Datenquellen für den jeweiligen Indikator geeignet und mit angemessenem Aufwand zu erheben sind.

Zur Bewertung der Praktikabilität/Umsetzbarkeit wurden folgende Kriterien herangezogen:

- technische Umsetzbarkeit des Indikators (unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen bei einer Nutzung der Datenquellen)
- Verfügbarkeit der erforderlichen Information bei der Datenerfassung
- Daten, die über die Leistungserbringer erhoben werden, liegen als Routinedaten vor oder deren Erhebung erfordert einen vertretbaren zusätzlichen Aufwand
- angemessener Zeitaufwand zur Erhebung der geforderten Daten
- es steht keine andere Datenerhebungsmethode zur Verfügung, die mit geringerem Aufwand mindestens gleichwertige Ergebnisse liefert.

#### **4.4. Auswertung und Auswahl der Qualitätsindikatoren**

Das zentrale Element der Auswertungsmethode stellte der Median der Bewertungsergebnisse durch das Panel dar. Dabei wurden Qualitätsindikatoren, deren Mediane für die Kriterien „Relevanz“ und „Praktikabilität“ im oberen Drittel der Bewertungsskala liegen (7-9) und für die ein Konsens im Panelverfahren besteht, als relevant/praktikabel erachtet. Als Konsens wurde festgelegt, dass mindestens 75% der einzelnen Bewertungen ebenfalls im oberen Drittel der Bewertungsskala liegen müssen. Indikatoren, die diese Anforderungen erfüllten, wurden in das Indikatorset (Master-Evaluationskatalog) aufgenommen.

Qualitätsindikatoren mit einem Median im unteren Drittel (1-3) wurden vom Panel abgelehnt und solche mit einem Median zwischen 4-6 oder einem Dissens in den Einzelbewertungen als unsicher beurteilt. Diese wurden im Master-Evaluationskatalog nicht berücksichtigt.

#### **4.5. Darstellung der Qualitätsindikatoren**

Jene Qualitätsindikatoren, die im Panelverfahren als relevant erachtet und in den Master-Evaluationskatalog aufgenommen wurden, wurden im Detail ausgearbeitet und in einer vorab

definierten, einheitlichen Gliederung dargestellt und beschrieben. Dazu wurden folgende Parameter extrahiert bzw. dargestellt:

Beschreibung des Indikators

- Aussage
- Rationale/Begründung
- Zielstellung

Angaben zur Ermittlung des Indikators

- Erläuterung und Spezifikation (Zähler/Nenner)
- Benötigte Datenquellen
- Voraussetzungen zur Datenerhebung
- Bezugszeitraum

Angaben zur Messgüte des Indikators

Angaben zur bisherigen Anwendung und Evidenz

- Evidenz/Hintergrundliteratur
- Quell-Indikatorsystem sowie weitere Indikatorsysteme in denen ein inhaltlich entsprechender Indikator verwendet wird



## **5. Ergebnisse**

### **5.1. Ergebnisse der Literaturbeschaffung**

Die Literaturrecherche zu Qualitätsindikatoren für Primary Health Care in den bibliografischen Datenbanken MEDLINE® und PubMed erfolgte am 27.4.2015 und ergab insgesamt 3420 Treffer. Nach Ausschluss von 151 Duplikaten verblieben 3269 Referenzen, welche anhand ihres Titels bzw. Abstracts hinsichtlich Ein- oder Ausschluss von zwei Reviewern unabhängig voneinander gesichtet wurden. Davon konnten 3206 Referenzen als nicht relevant ausgeschlossen werden, sodass 63 Publikationen verblieben, welche auf Volltextebene überprüft wurden. Nach der Durchsicht der Volltexte verblieben neun Artikel, die für die Identifizierung der Qualitätsindikatoren herangezogen wurden.

Eine Sichtung der mittels fokussierter Internetrecherche gefundenen Literatur sowie der vom Auftraggeber bzw. vom Scientific Board zur Verfügung gestellten Literatur lieferte zusätzliche 16 potenziell relevante Publikationen.

Die Suchen nach Qualitätsindikatoren für PHC in den vorab definierten 45 internationalen Datenbanken für Qualitätsindikatoren (siehe Anhang A) erfolgten im Zeitraum zwischen 18. und 20.5.2015. Dabei konnten insgesamt 12 Datenbanken identifiziert werden, in denen sich Dokumente bzw. Indikatorsammlungen mit für PHC geeigneten Qualitätsindikatoren fanden.

Insgesamt konnten aus den unterschiedlichen Quellen 281 potenziell relevante Indikatoren identifiziert werden. Inhaltlich gleichlautende bzw. sehr ähnliche Indikatoren wurden anschließend zusammengefasst, sodass letztlich 65 unterschiedliche Indikatoren für die nachfolgende Bewertung im Panelverfahren zur Verfügung standen. Diese wurden auf Basis der PHC-Funktionen folgenden fünf Domänen zugeteilt:

- Zugang (11 Indikatoren)
- Qualität der Versorgung (29 Indikatoren)
- Kontinuität der Versorgung (10 Indikatoren)
- Koordination der Versorgung (8 Indikatoren)
- Sicherheit (7 Indikatoren)

### **5.2. Ergebnisse der Bewertung im Panelverfahren**

Nach Auswertung der Bewertungen aus dem Panelverfahren lagen letztlich 30 Indikatoren vor, welche sowohl die Kriterien für Relevanz als auch für Praktikabilität erfüllten und damit in den Master-Evaluationskatalog aufgenommen wurden. 13 Indikatoren wurden als insgesamt relevant, aber nicht praktikabel bewertet. Die übrigen 22 Indikatoren erfüllten die Bewertungskriterien weder für Relevanz

noch für Praktikabilität. Eine Liste der bewerteten Indikatoren inkl. der Medianwerte für Relevanz und Praktikabilität befindet sich in Anhang C.

## 6. Master-Evaluationskatalog

Die nachfolgende Tabelle 5 stellt einen Überblick der 30 Indikatoren des Master-Evaluationskatalog, die damit jeweils beschriebenen PHC-Kriterien und Qualitätsaspekte dar.

Tabelle 5: Qualitätsindikatoren des Master-Evaluationskatalogs und jeweils beschriebene PHC-Kriterien und Qualitätsaspekte.

Indikator Nr.	Bezeichnung	PHC-Kriterium	Qualitätsaspekt
1	Behandlungszugang	Zugang	Strukturqualität
2	Wöchentliche Mindestöffnungszeit	Zugang	Strukturqualität
3	Informationen über Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten	Zugang	Prozessqualität
4	Wartezeit - nicht akuter Behandlungstermin	Zugang	Ergebnisqualität
5	Wartezeit - akuter Behandlungstermin	Zugang	Ergebnisqualität
6	Verfügbarkeit von Informationen zum Versorgungsmodell und zu allgemeinen krankheitsspezifischen Themen	Qualität der Versorgung	Strukturqualität
7	Informationen zur Behandlung aus Patientensicht	Qualität der Versorgung	Ergebnisqualität
8	Patientenzufriedenheit mit der Kommunikation des Arztes	Qualität der Versorgung	Ergebnisqualität
9	Shared Decision Making	Qualität der Versorgung	Prozessqualität
10	Unterstützung zum Selbstmanagement chronischer Erkrankungen	Qualität der Versorgung	Prozessqualität
11	Weiterempfehlung des Versorgungsmodells	Qualität der Versorgung	Ergebnisqualität
12	Hausbesuche	Qualität der Versorgung	Strukturqualität
13	Zahl der stationären Aufenthalte	Qualität der Versorgung	Ergebnisqualität
14	Teilnahme an Qualitätszirkeln	Qualität der Versorgung	Ergebnisqualität
15	Teilnahme an regionalen Informationsveranstaltungen zum Versorgungsmodell	Qualität der Versorgung	Prozessqualität
16	Informiertheit über Ziele und Aktivitäten im Versorgungsmodell	Qualität der Versorgung	Ergebnisqualität
17	Patientenschulungsangebot	Qualität der Versorgung	Prozessqualität
18	Durchführung einer Patientenbefragung	Qualität der Versorgung	Prozessqualität
19	Durchführung einer Teambefragung	Qualität der Versorgung	Prozessqualität
20	Teilnahme an der Teambefragung	Qualität der Versorgung	Prozessqualität
21	Abgleich Medikation - Patientenakte	Kontinuität der Versorgung	Prozessqualität
22	Wiederbestellsystem für chronisch Kranke	Kontinuität der Versorgung	Prozessqualität
23	Verschiedene konsultierte Hausärzte je Patient	Kontinuität der Versorgung	Prozessqualität
24	Zufriedenheit mit Ergebnissen des Versorgungsmodells	Kontinuität der Versorgung	Ergebnisqualität
25	Teammitgliederfluktuation in einer PHC-Versorgungseinrichtung	Kontinuität der Versorgung	Ergebnisqualität
26	Facharztkonsultationen mit Überweisung	Koordination der Versorgung	Ergebnisqualität
27	Überweisungsqualität	Koordination der Versorgung	Prozessqualität
28	Kommunikation innerhalb eines Behandlungsteams	Koordination der Versorgung	Prozessqualität
29	System zur Informationsverwaltung	Koordination der Versorgung	Strukturqualität
30	Medikamentenallergien	Sicherheit	Prozessqualität

Nachfolgend werden diese Indikatoren strukturiert beschrieben. Die Struktur ist dabei an jene der QiSA-Bände des AQUA-Instituts<sup>18</sup> angelehnt. Neben der Beschreibung der Indikatoren finden sich Angaben zu den benötigten Daten, zu den Voraussetzungen für eine Erhebung (z.B. technische Voraussetzungen, Festlegung von Dokumentationstandards, Begriffsbestimmungen) sowie zur Messgüte. Ebenso wird auf ggf. vorhandene Hintergrundliteratur und auf Quellindikatoren sowie inhaltlich korrespondierende Indikatoren aus weiteren Indikatorsystemen verwiesen. Alle Ausführungen beruhen dabei im Wesentlichen auf den Angaben in den Quellindikatoren, wurden jedoch im Bedarfsfall an österreichische Gegebenheiten angepasst.

Ein wesentlicher Teil der Indikatoren bezieht sich auf Ergebnisse aus Patientenbefragungen, Befragungen der Kooperationspartner einer PHC-Versorgungseinrichtung (Fachärzte, andere Gesundheitsdienstleister, stationäre Einrichtungen,...) sowie Befragungen der jeweiligen PHC-Teammitglieder (Teambefragungen). Als PHC-Team wird dabei gemäß dem Konzept zur Primärversorgung in Österreich das Primärversorgungskernteam (Ärzte für Allgemeinmedizin, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Ordinationsassistenten) sowie alle weiteren strukturiert eingebundenen primärversorgungsrelevanten Berufsgruppen verstanden.<sup>19</sup> Entsprechende Befragungsbögen liegen zum Zeitpunkt der Berichtslegung in Österreich nicht vor und sollten für den Einsatz der Indikatoren entwickelt werden. Indikatoren, die auf Patientendaten beruhen, beziehen sich in allen Fällen auf Patienten, die als Regelfälle dokumentiert wurden (d.h. ohne Vertretungsfälle).

---

<sup>18</sup> AOK-Gesundheitspartner. Der AQUA-Ansatz zur Entwicklung der QiSA-Indikatoren. 2006

<sup>19</sup> Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur. "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. 2014

## Indikator 01: Behandlungszugang

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator beschreibt den Anteil der Patienten, für die es nach eigenen Angaben einfach war, die Behandlung im Rahmen der Primärversorgung zu bekommen.

*Begründung:* Eine Verbesserung des Zugangs zur Primärversorgung ist eines der wesentlichen Ziele des multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgungskonzepts für Österreich [1]. Ein erschwerter Zugang z.B. durch ungenügende Öffnungszeiten, lange Wartezeiten auf Termine oder schlechte örtliche Erreichbarkeit erhöht das Risiko, dass Erstkonsultationen wegen akuter Gesundheitsprobleme nicht stattfinden oder ist mit einer geringeren Kontinuität in der Patientenversorgung assoziiert [2]. Die Möglichkeit eine Behandlung im Bereich der Primärversorgung zu bekommen, wenn diese benötigt wird, stellt außerdem einen wesentlichen Faktor hinsichtlich der Verringerung von Notfällen und von unzweckmäßigen Gesundheitsleistungen z.B. Behandlung in Spitalsambulanzen dar [3, 4].

*Zielstellung:* Für möglichst alle Patienten ist es einfach, eine Behandlung im Rahmen der Primärversorgung zu bekommen.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr eine Behandlung in der Primärversorgungseinrichtung erhielten und in der Patientenbefragung angegeben haben, dass es einfach war, die Behandlung zu bekommen.

Nenner: Anzahl aller Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr eine Behandlung in der Primärversorgungseinrichtung erhielten und an der Patientenbefragung teilnahmen.

*Datenquellen:* Patientenbefragung (Patientenverzeichnis der Primärversorgungseinrichtung)

*Voraussetzungen:* Eine Liste aller Patienten einer Primärversorgungseinrichtung ist generierbar. Ein validierter Patientenfragebogen für die Primärversorgung ist vorhanden. Regelmäßige Patientenbefragungen werden von der Primärversorgungseinrichtung durchgeführt (siehe Indikator Nr. 18).

*Bezugszeitraum:* Die Patientenbefragung wird alle 2 Jahre durchgeführt. Der Indikator bezieht sich auf den Zeitraum von 12 Monaten vor der Befragung.

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Die Validität und Reliabilität der Befragungsergebnisse ist abhängig von der Qualität des Fragebogens, der Methode der Durchführung (Zufallsauswahl, Anonymität) und der Rücklaufquote. Diese Aspekte sind bei der Auswertung dieses Indikators zu berücksichtigen.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrundliteratur/Evidenz:* [1] Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur. "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. 2014 [online]. Available from: <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf> [Accessed 25.08.2015]

- [2] Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health*. 1998 Sep; 88 (9): 1330-6
- [3] Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract*. 2003 Jun; 20 (3): 311-7
- [4] van Uden CJ, Crebolder HF. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emerg Med J*. 2004 Nov; 21 (6): 722-3

*Indikatorsysteme  
(Quellindikator  
und weitere  
korrespondierende  
Indikatoren):*

National Quality Measures Clearinghouse, CAHPS® health plan survey and reporting kit 2008. Rockville (MD), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 01/2009: "Health plan members' experiences: percentage of adult health plan members who reported how often it was easy for them to get needed care."

Canadian Institute for Health Information, Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Development Project, Pan-Canadian Primary Health Care Indicators, Report 1, Volume 2, 2006: "Percentage of population, 18 years and over, who experienced difficulties obtaining required routine or ongoing PHC services / immediate care for an emergent but minor health problem, from their regular PHC provider, over the past 12 months."

## Indikator 02: Wöchentliche Mindestöffnungszeit

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator sagt aus, an wievielen der insgesamt 168 Wochenstunden eine Primärversorgungseinrichtung geöffnet hat.

*Begründung:* Die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit einer Primärversorgungseinrichtung ist ein wesentlicher Aspekt hausärztlicher Versorgung aus Patientensicht [1]. Die hausärztlichen Arztpraxen in einem dezentralen Versorgungsmodell sollten sich untereinander hinsichtlich ihrer Öffnungszeiten so absprechen, dass sich eine möglichst große Gesamtöffnungszeit ergibt. In einer zentralen Versorgungseinrichtung mit mehreren Hausärzten sollten die Arbeits-/Anwesenheitszeiten entsprechend aufeinander abgestimmt werden. Damit wird den Patienten der Zugang zur hausärztlichen Versorgung erleichtert.

*Zielstellung:* Eine zentrale Primärversorgungseinrichtung sollte tagsüber und am frühen Abend immer geöffnet haben und mit mindestens einem Hausarzt besetzt sein. Im dezentralen Versorgungsmodell sollte mindestens eine Hausarztpraxis in den entsprechenden Zeiträumen geöffnet haben. Es ist jedoch nicht praktikabel, zu jeder Uhrzeit Sprechzeiten anzubieten (z.B. nachts, sonntags). Ein realistischer Zielwert liegt daher bei maximal 40 %.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der Stunden, an denen ein Primärversorgungsmodell geöffnet hat. Summe der Wochentage mal der täglichen offiziellen Öffnungszeiten eines Versorgungsmodells. Bei dezentralen Versorgungsmodellen entspricht die tägliche Öffnungszeit jenem Zeitraum, in dem mindestens eine Hausarztpraxis geöffnet hat.  
Nenner: Anzahl der gesamten Wochenstunden (= 168). Dies bezieht sich auf eine Normalwoche ohne Feiertag.

*Datenquellen:* Verwaltungsunterlagen der PHC-Versorgungseinrichtung: Erhebung der Öffnungszeiten der Versorgungseinrichtung bzw. der einzelnen Hausarztpraxen in einem dezentralen Versorgungsmodell

*Voraussetzungen:* Dokumentation der offiziellen Öffnungszeiten.

*Bezugszeitraum:* Stichtag, einmal jährlich

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Dieser Indikator gibt eine Aussage über die offizielle wöchentliche Gesamtöffnungszeit einer PHC-Versorgungseinrichtung. Nicht berücksichtigt bleiben dabei mögliche, im Bedarfsfall über die offiziellen Zeiten hinausgehende Öffnungszeiten.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrund-literatur/Evidenz:* [1] Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care.* 2002 Apr; 14 (2): 111-8

*Indikatorsysteme (Quellindikator und weitere korrespondierende Indikatoren):* AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH/AOK-Bundesverband, QiSA - Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band B - Allgemeine Indikatoren, Version 1.0, 2009: "Anteil der Wochenstunden, an

denen mindestens eine hausärztliche Praxis geöffnet ist.“



## Indikator 03: Informationen über Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Dieser Indikator gibt an, ob Patienten aus ihrer Sicht von ihrer Primärversorgungseinrichtung ausreichend Informationen zu Hilfe außerhalb der Öffnungszeiten, z.B. am Abend oder an Wochenenden, erhielten.

*Begründung:* Die Verbesserung der Zugänglichkeit zur Primärversorgung insbesondere auch an Tagesrandzeiten und an Wochenenden ist ein wesentliches Ziel des multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgungskonzepts für Österreich [1]. Abhängig von den regionalen Gegebenheiten ist es nicht immer möglich, zu jeder Zeit Sprechzeiten in der einzelnen Primärversorgungseinrichtung anzubieten. Um den Patienten dennoch einen niederschweligen Zugang zur Versorgung zu ermöglichen, sind entsprechende Informationssysteme zu Hilfe außerhalb der Öffnungszeiten erforderlich. Die Wahrnehmung zur Gesundheitsversorgung aus Sicht der Patienten ist dabei eine wichtige Komponente der Versorgungsqualität.

*Zielstellung:* Möglichst alle Patienten sollen ausreichend Informationen zu Hilfe außerhalb der Öffnungszeiten, z.B. am Abend oder an Wochenenden, erhalten.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl aller Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr eine Behandlung in der Primärversorgungseinrichtung erhielten und in der Patientenbefragung angaben, dass sie aus ihrer Sicht ausreichend Informationen zu Hilfe außerhalb der Öffnungszeiten, z.B. am Abend oder an Wochenenden, erhielten.

Nenner: Anzahl aller Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr eine Behandlung in der Primärversorgungseinrichtung erhielten und an der Patientenbefragung teilnahmen.

*Datenquellen:* Patientenbefragung (Patientenverzeichnis der Primärversorgungseinrichtung)

*Voraussetzungen:* Eine Liste aller Patienten einer Primärversorgungseinrichtung ist generierbar. Ein validierter Patientenfragebogen für die Primärversorgung ist vorhanden. Regelmäßige Patientenbefragungen werden von der Primärversorgungseinrichtung durchgeführt (siehe Indikator Nr. 18).

*Bezugszeitraum:* Die Patientenbefragung wird alle 2 Jahre durchgeführt. Der Indikator bezieht sich auf den Zeitraum von 12 Monaten vor der Befragung.

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Die Validität und Reliabilität der Befragungsergebnisse ist abhängig von der Qualität des Fragebogens, der Methode der Durchführung (Zufallsauswahl, Anonymität) und der Rücklaufquote. Diese Aspekte sind bei der Auswertung dieses Indikators zu berücksichtigen.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrundliteratur/Evidenz:* [1] Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur. "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. 2014 [online]. Available from: <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS140430572>

*Indikatorsysteme  
(Quellindikator und  
weitere  
korrespondierende  
Indikatoren):* National Quality Measures Clearinghouse, National Committee for Quality Assurance (NCQA). HEDIS 2014: specifications for the CAHPS® PCMH survey. Washington (DC), NCQA; 2013: “Patient-centered medical home patients' experiences: percentage of patients who reported whether their provider's office gave them information about what to do if they needed care during evenings, weekends, or holidays.”

## **Indikator 04: Wartezeit - nicht akuter Behandlungstermin**

### **(I) Beschreibung**

*Aussage:* Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil der Patienten mit Erstkonsultation wegen eines nicht akuten Gesundheitsproblems im Bezugszeitraum ist, die einen Termin in der Primärversorgungseinrichtung innerhalb des definierten Zeitrahmens erhielten.

*Begründung:* Zugang ist eines der wesentlichen Kriterien eines starken Primärversorgungssystems [1]. Lange Wartezeiten sind ein häufiger Kritikpunkt der Versorgung und können eine Barriere hinsichtlich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung darstellen [2].

*Zielstellung:* Möglichst alle Patienten, die sich wegen eines nicht akuten Gesundheitsproblems an eine Primärversorgungseinrichtung wenden, sollten einen Termin zur Erstkonsultation innerhalb des definierten Zeitrahmens erhalten.

### **(II) Erstellung**

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr die Primärversorgungseinrichtung wegen eines nicht akuten Gesundheitsproblems kontaktierten und in der Patientenbefragung angaben, dass sie einen Termin für eine Erstkonsultation innerhalb des definierten Zeitrahmens erhielten.

Nenner: Anzahl der Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr die Primärversorgungseinrichtung wegen eines nicht akuten Gesundheitsproblems kontaktierten und an der Patientenbefragung teilnahmen.

*Datenquellen:* Patientenbefragung (Patientenverzeichnis der Primärversorgungseinrichtung)

*Voraussetzungen:* Ein entsprechender, angemessener Zeitrahmen zwischen Kontakt durch den Patienten (persönlich, telefonisch, elektronisch) und Termin für eine Erstkonsultation wegen nicht akuter Gesundheitsprobleme ist (unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse) definiert. Einheitliche Definition und Dokumentation von Erstkonsultationen bei nicht akuten Gesundheitsproblemen.

Eine Liste aller Patienten einer Primärversorgungseinrichtung ist generierbar. Ein validierter Patientenfragebogen für die Primärversorgung ist vorhanden. Regelmäßige Patientenbefragungen werden von der Primärversorgungseinrichtung durchgeführt (siehe Indikator Nr. 18).

*Bezugszeitraum:* Die Patientenbefragung wird alle 2 Jahre durchgeführt. Der Indikator bezieht sich auf den Zeitraum von 12 Monaten vor der Befragung.

### **(III) Anmerkung zur Messgüte**

Die Validität und Reliabilität der Befragungsergebnisse ist abhängig von der Qualität des Fragebogens, der Methode der Durchführung (Zufallsauswahl, Anonymität) und der Rücklaufquote. Diese Aspekte sind bei der Auswertung dieses Indikators zu berücksichtigen.

Der Indikator bezieht sich auf den Anteil der Patienten mit Erstkonsultation innerhalb eines definierten Zeitrahmens. Er ermöglicht jedoch keine Angaben zur Länge der Wartezeit bei jenen Patienten, die keinen Termin innerhalb des definierten Zeitrahmens erhielten.

### **(IV) Evidenz und bisherige Anwendung**

*Hintergrund-  
literatur/Evidenz:*

[1] Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83 (3): 457-502

[2] Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA.* 2003 Feb 26; 289 (8): 1035-40

*Indikatorsysteme  
(Quellindikator  
und weitere  
korrespondierende  
Indikatoren):*

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Practice-level indicators of safety and quality for primary health care specification, Version 1.0; 2012: "The percentage of clients whose wait from first contact to first service is within the locally agreed timeframe."

National Quality Measures Clearinghouse, National Committee for Quality Assurance (NCQA). HEDIS 2014: specifications for the CAHPS® PCMH survey. Washington (DC), NCQA; 2013: "Patient-centered medical home patients' experiences: percentage of patients who reported how many days they usually had to wait for an appointment when they needed care right away."

## Indikator 05: Wartezeit - akuter Behandlungstermin

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil der Patienten mit Erstkonsultation wegen eines akuten Gesundheitsproblems im Bezugszeitraum ist, die einen Termin in der Primärversorgungseinrichtung innerhalb des definierten Zeitrahmens erhielten.

*Begründung:* Zugang ist eines der wesentlichen Kriterien eines starken Primärversorgungssystems [1]. Lange Wartezeiten sind ein häufiger Kritikpunkt der Versorgung und können eine Barriere hinsichtlich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung darstellen [2].

*Zielstellung:* Möglichst alle Patienten, die sich wegen eines akuten Gesundheitsproblems an eine Primärversorgungseinrichtung wenden, sollten einen Termin zur Erstkonsultation innerhalb des definierten Zeitrahmens erhalten.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr die Primärversorgungseinrichtung wegen eines akuten Gesundheitsproblems kontaktierten und in der Patientenbefragung angegeben haben, dass sie einen Termin für eine Erstkonsultation innerhalb des definierten Zeitrahmens erhielten.

Nenner: Anzahl der Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr die Primärversorgungseinrichtung wegen eines akuten Gesundheitsproblems kontaktierten und an der Patientenbefragung teilnahmen.

*Datenquellen:* Patientenbefragung (Patientenverzeichnis der Primärversorgungseinrichtung)

*Voraussetzungen:* Ein entsprechender, angemessener Zeitrahmen zwischen Kontakt durch den Patienten (persönlich, telefonisch, elektronisch) und Termin für eine Erstkonsultation wegen akuter Gesundheitsprobleme ist im Konzept für die österreichischen PHC-Versorgungseinrichtungen definiert. Ebenso ist der Terminus „akute Gesundheitsprobleme“ entsprechend einheitlich zu definieren.

Eine Liste aller Patienten einer Primärversorgungseinrichtung ist generierbar. Ein validierter Patientenfragebogen für die Primärversorgung ist vorhanden. Regelmäßige Patientenbefragungen werden von der Primärversorgungseinrichtung durchgeführt (siehe Indikator Nr. 18).

*Bezugszeitraum:* Die Patientenbefragung wird alle 2 Jahre durchgeführt. Der Indikator bezieht sich auf den Zeitraum von 12 Monaten vor der Befragung.

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Die Validität und Reliabilität der Befragungsergebnisse ist abhängig von der Qualität des Fragebogens, der Methode der Durchführung (Zufallsauswahl, Anonymität) und der Rücklaufquote. Diese Aspekte sind bei der Auswertung dieses Indikators zu berücksichtigen.

Der Indikator bezieht sich auf den Anteil der Patienten mit Erstkonsultation innerhalb eines definierten Zeitrahmens. Er ermöglicht jedoch keine Angaben zur Länge der Wartezeit bei jenen Patienten, die keinen Termin innerhalb des definierten Zeitrahmens erhielten.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrund-* [1] Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health

*literatur/Evidenz:* systems and health. Milbank Q. 2005; 83 (3): 457-502

[2] Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. JAMA. 2003 Feb 26; 289 (8): 1035-40

*Indikatorsysteme  
(Quellindikator  
und weitere  
korrespondierende  
Indikatoren):*

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Practice-level indicators of safety and quality for primary health care specification, Version 1.0; 2012 “The percentage of clients who are high priority according to locally agreed criteria, and whose wait from first contact to first service is within the locally agreed timeframe.”

Canadian Institute for Health Information, Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Development Project, Pan-Canadian Primary Health Care Indicators, Report 1, Volume 2, 2006 “Average length of time in days between client/patient appointment request with their regular PHC provider and the appointment for an emergent but minor health problem.”

National Quality Measures Clearinghouse, National Committee for Quality Assurance (NCQA). HEDIS 2014: specifications for the CAHPS® PCMH survey. Washington (DC), NCQA; 2013: “Patient-centered medical home patients' experiences: percentage of patients who reported how many days they usually had to wait for an appointment when they needed care right away.”

## **Indikator 06: Verfügbarkeit von Informationen zum Versorgungsmodell und zu allgemeinen krankheitsspezifischen Themen**

### **(I) Beschreibung**

*Aussage:* Der Indikator beschreibt den Anteil jener Kriterien aus einem Bewertungsbogen zur Qualität und Verfügbarkeit von Informationsmaterialien zur Versorgungseinrichtung und zu allgemeinen krankheitsspezifischen Themen für Patienten, die von einer Primärversorgungseinrichtung erfüllt werden.

*Begründung:* Der Indikator stellt das Spektrum der Maßnahmen dar, die der Information der Patienten dienen. Sowohl im Sinne der Patientenorientierung als auch im Hinblick auf die allgemeine Kommunikation nach außen ist es wichtig, dass wesentliche Informationen zur Versorgungseinrichtung, zu deren Aktivitäten sowie Materialien zu krankheitsbezogenen Themen (z.B. Patienteninformationen) aktuell und in einer guten Qualität verfügbar sind. Die ausreichende Verfügbarkeit von verständlichen Informationen ist eine Voraussetzung für die aktive Mitarbeit der Patienten bei der Behandlung ihrer Erkrankung [1, 2]. Insbesondere die Informationen zu krankheitsspezifischen Themen sollten patientengerecht aufbereitet sein [3].

*Zielstellung:* Möglichst viele Kriterien aus dem Bewertungsbogens sollen erfüllt sein.

### **(II) Erstellung**

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der erfüllten Kriterien gemäß Bewertungsbogen  
Nenner: Anzahl aller Kriterien eines für die österreichischen PHC-Versorgungseinrichtungen definierter Bewertungsbogen zu Qualität und Verfügbarkeit von Informationsmaterialien.

*Datenquellen:* Ein für die österreichischen PHC-Versorgungseinrichtungen definierter Bewertungsbogen. In Anlehnung an den Bewertungsbogen des deutschen AQUA-Instituts werden folgende Inhalte empfohlen:

- Verfügt die PHC-Versorgungseinrichtung über eine allgemeine Darstellung der wesentlichen Merkmale und Ziele?
- Wenn ja, enthält diese Darstellung:
  - Eine Adresse/Person, an die sich Patienten mit allgemeinen Fragen richten können?
  - Eine Adresse/Person, an die sich Patienten mit Beschwerden richten können?
  - Die Namen/Adressen aller in der PHC-Versorgungseinrichtung tätigen Ärzte bzw. sonstigen Gesundheitsdienstleister?
  - Eine Beschreibung besonderer Leistungsangebote der Versorgungseinrichtung?
- Werden Patientenvertreter in die Entwicklung der Informationsmaterialien eingebunden?
- Werden evidenzbasierte Patienteninformationen für die Patienten verfügbar gemacht?
- Gibt es verantwortliche Personen für die Aktualisierung aller Materialien?

*Voraussetzungen:* Bei einer Evaluation über einen längeren Zeitraum lassen sich mit diesem Indikator Veränderungen hinsichtlich der Qualität und Verfügbarkeit von

Informationsmaterialien in einer Primärversorgungseinrichtung messen.

*Bezugszeitraum:* Stichtag 1 mal jährlich.

### **(III) Anmerkung zur Messgüte**

Der Bewertungsbogen sollte nicht nur ausgefüllt werden, sondern die Angaben auch glaubhaft belegt werden (Vorlage der Informationsmaterialien).

### **(IV) Evidenz und bisherige Anwendung**

*Hintergrund-  
literatur/Evidenz:* [1] Scheibler F. Shared Decision-Making – Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber; 2003

[2] Stauss B. Beschwerdenmanagement als Beitrag zur patientenzentrierten Evaluation – Ziele, Aufgaben und spezifische Probleme. Experten Fragen – Patienten antworten Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen; Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik. Sankt Augustin: Asgard-Verlag; 1998

[3] Steckelberg A, Berger B, Kopke S, et al. Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen. Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 2005; 99 (6): 343-51

*Indikatorsysteme  
(Quellindikator  
und weitere  
korrespondierende  
Indikatoren):*

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH/AOK-Bundesverband, QiSA - Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band B - Allgemeine Indikatoren, Version 1.0, 2009 „Qualität und Verfügbarkeit von Informationen zum Versorgungsmodell und zu krankheitsspezifischen Themen für die Versicherten.“



## Indikator 07: Informationen zur Behandlung aus Patientensicht

### (I) Beschreibung

- Aussage:* Dieser Indikator beschreibt den Anteil der Patienten einer Versorgungseinrichtung, die angeben, dass sie von ihrer Versorgungseinrichtung eine ausreichende Aufklärung zu Erkrankung, Behandlung und Kontrollterminen erhalten haben.
- Begründung:* Nach der aktuellen Gesetzeslage, dürfen Behandlungen, außer in bestimmten Ausnahmefällen, nur nach ausdrücklicher Einwilligung des Patienten erfolgen. Wirksam einwilligen kann dieser jedoch erst, wenn er eingehend über die Art seiner Erkrankung, deren mutmaßlichen Verlauf, die Möglichkeiten der Behandlung sowie die Risiken mit bzw. ohne Therapie aufgeklärt wurde [1].
- Zielstellung:* Möglichst alle Patienten erhalten eine ausreichende Aufklärung zu Erkrankung, Behandlung und Kontrollterminen.

### (II) Erstellung

- Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr eine Behandlung in der Primärversorgungseinrichtung erhielten und in der Patientenbefragung angaben, dass sie von ihrer Versorgungseinrichtung ausreichend Aufklärung zu Erkrankung, Behandlung und Kontrollterminen erhalten haben.  
Nenner: Anzahl aller Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr eine Behandlung in der Primärversorgungseinrichtung erhielten und an der Patientenbefragung teilnahmen.
- Datenquellen:* Patientenbefragung (Patientenverzeichnis der Primärversorgungseinrichtung)
- Voraussetzungen:* Eine Liste aller Patienten einer Primärversorgungseinrichtung ist generierbar. Ein validierter Patientenfragebogen für die Primärversorgung ist vorhanden. Regelmäßige Patientenbefragungen werden von der Primärversorgungseinrichtung durchgeführt (siehe Indikator Nr. 18).
- Bezugszeitraum:* Die Patientenbefragung wird alle 2 Jahre durchgeführt. Der Indikator bezieht sich auf den Zeitraum von 12 Monaten vor der Befragung.

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Die Validität und Reliabilität der Befragungsergebnisse ist abhängig von der Qualität des Fragebogens, der Methode der Durchführung (Zufallsauswahl, Anonymität) und der Rücklaufquote. Diese Aspekte sind bei der Auswertung dieses Indikators zu berücksichtigen.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

- Hintergrund-literatur/Evidenz:* [1] Schara J, Brandt L. Patientenaufklärung – Rechtliche und humanitäre Forderungen. Schmerz. 2008 Feb; 22 (1): 91-8; quiz 9-100
- Indikatorsysteme (Quellindikator und weitere korrespondierende Indikatoren):* National Quality Measures Clearinghouse, CAHPS® Clinician & Group Surveys. Adult 12-month survey with patient-centered medical home (PCMH) items. Rockville (MD), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 01/2011: "Patients' experiences: percentage of adult patients who reported whether their provider gave them information about care and other appointments."

The Royal New Zealand College of General Practitioners, RNZCGP Standard for New Zealand General Practice; 4<sup>th</sup> edition, 2011: “Patients are provided with information to enable them to make informed choices about their health care.”

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Practice-level indicators of safety and quality for primary health care specification, Version 1.0; 2012: “The percentage of clients (and/or their carers) who have discussed information about the purpose, treatment options, benefits, risks and costs of care, with a healthcare practitioner.”

## Indikator 08: Patientenzufriedenheit mit der Kommunikation des Arztes

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Dieser Indikator beschreibt den Anteil der Patienten einer PHC-Versorgungseinrichtung, die angeben, dass sie mit der Kommunikation mit dem Arzt zufrieden waren.

*Begründung:* Kommunikation ist ein Schlüsselfaktor im Bereich der medizinischen Versorgung. Eine gute Qualität der Kommunikation ist von entscheidender Bedeutung für die Arzt-Patienten-Beziehung [1] und trägt wesentlich zu einer verbesserten Therapieadhärenz, Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit bei [2].

*Zielstellung:* Möglichst alle Patienten sind mit der Kommunikation mit ihrem Arzt zufrieden.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr zumindest ein Gespräch mit einem Arzt einer Primärversorgungseinrichtung hatten und in der Patientenbefragung angegeben haben, dass sie mit der Kommunikation mit dem Arzt zufrieden waren.  
Nenner: Anzahl aller Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr zumindest ein Gespräch mit einem Arzt einer Primärversorgungseinrichtung hatten und an der Patientenbefragung teilnahmen.

*Datenquellen:* Patientenbefragung (Patientenverzeichnis der Primärversorgungseinrichtung)

*Voraussetzungen:* Eine Liste aller Patienten einer Primärversorgungseinrichtung ist generierbar. Ein validierter Patientenfragebogen für die Primärversorgung ist vorhanden. Regelmäßige Patientenbefragungen werden von der Primärversorgungseinrichtung durchgeführt (siehe Indikator Nr. 18).

*Bezugszeitraum:* Die Patientenbefragung wird alle 2 Jahre durchgeführt. Der Indikator bezieht sich auf den Zeitraum von 12 Monaten vor der Befragung.

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Die Validität und Reliabilität der Befragungsergebnisse ist abhängig von der Qualität des Fragebogens, der Methode der Durchführung (Zufallsauswahl, Anonymität) und der Rücklaufquote. Diese Aspekte sind bei der Auswertung dieses Indikators zu berücksichtigen.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrund-literatur/Evidenz:* [1] Shields CG, Epstein RM, Franks P, et al. Emotion language in primary care encounters: reliability and validity of an emotion word count coding system. *Patient Educ Couns.* 2005 May; 57 (2): 232-8

[2] Weinert M, Mayer H, Zojer E. Geschulte Kommunikation als „Intervention“ – Modelle zur systematischen Kommunikation im Gesundheitswesen. *Anaesthesist.* 2015 Feb; 64 (2): 137-44

*Indikatorsysteme (Quellindikator und weitere korrespondierende Indikatoren):* National Quality Measures Clearinghouse, National Committee for Quality Assurance (NCQA). HEDIS 2014: specifications for the CAHPS® PCMH survey. Washington (DC): NCQA; 2013: “Patient-centered medical home patients' experiences: percentage of patients who reported how often their provider communicated well.”

National Health Service (NHS), Health & Social Care Information Centre indicators, GP Patient Survey; 2010/11: “Patient experience of the GP explaining tests and treatments.”

## Indikator 09: Shared Decision Making

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator sagt aus, wie groß der Anteil der Patienten einer PHC-Versorgungseinrichtung ist, die angeben, dass sie in die Entscheidung in Bezug auf ihre Behandlung mit einbezogen wurden.

*Begründung:* Das Einbinden des Patienten in die klinische Entscheidungsfindung und Therapieplanung spiegelt die Bereitschaft eines Arztes wider, auf die Bedürfnisse seiner Patienten einzugehen. Die Wahrnehmung eines Patienten, als gleichwertiger Partner an der Behandlungsentscheidung beteiligt zu sein, kann einen entscheidenden Einfluss auf den Gesundheitszustand haben [1, 2]. Die Übereinkunft zwischen Arzt und Patient in der Therapie stellt einen Schlüsselfaktor im Hinblick auf deren Ergebnisse dar [1]. Die Beteiligung der Patienten an dem klinischen Entscheidungsprozess stellt sicher, dass familiäre, berufliche und gesellschaftliche Umstände Berücksichtigung finden und erleichtert somit die Therapieadhärenz [2-4].

*Zielstellung:* Möglichst alle Patienten sollen, sofern sie es wünschen, in die Entscheidung in Bezug auf ihre Behandlung miteinbezogen werden.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl aller Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr eine Behandlung in der Primärversorgungseinrichtung erhielten und in der Patientenbefragung angaben, dass sie in die Entscheidung in Bezug auf ihre Behandlung mit einbezogen wurden.  
Nenner: Anzahl aller Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr eine Behandlung in der Primärversorgungseinrichtung erhielten und an der Patientenbefragung teilnahmen.

*Datenquellen:* Patientenbefragung (Patientenverzeichnis der Primärversorgungseinrichtung)

*Voraussetzungen:* Eine Liste aller Patienten einer Primärversorgungseinrichtung ist generierbar. Ein validierter Patientenfragebogen für die Primärversorgung ist vorhanden. Regelmäßige Patientenbefragungen werden von der Primärversorgungseinrichtung durchgeführt (siehe Indikator Nr. 18).

*Bezugszeitraum:* Die Patientenbefragung wird alle 2 Jahre durchgeführt. Der Indikator bezieht sich auf den Zeitraum von 12 Monaten vor der Befragung.

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Die Validität und Reliabilität der Befragungsergebnisse ist abhängig von der Qualität des Fragebogens, der Methode der Durchführung (Zufallsauswahl, Anonymität) und der Rücklaufquote. Diese Aspekte sind bei der Auswertung dieses Indikators zu berücksichtigen. Möglicherweise möchten nicht alle Patienten in die Entscheidung in Bezug auf ihre Behandlung einbezogen werden bzw. trauen sich nicht alle Patienten eine Mitbestimmung zu. Dies muss in der Entwicklung des Fragebogens entsprechend berücksichtigt werden.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrund-literatur/Evidenz:* [1] Starfield B, Wray C, Hess K, et al. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health.* 1981 Feb; 71 (2): 127-31  
[2] Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000 Sep; 49 (9): 796-804

[3] Brown JB, Weston WW, Stewart MA. Patient-Centred Interviewing Part II: Finding Common Ground. *Can Fam Physician*. 1989 Jan; 35: 153-7

[4] Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995 May 1; 152 (9): 1423-33

*Indikatorsysteme  
(Quellindikator  
und weitere  
korrespondierende  
Indikatoren):*

National Quality Measures Clearinghouse, National Committee for Quality Assurance (NCQA). HEDIS 2014: specifications for the CAHPS® PCMH survey. Washington (DC): NCQA; 2013: “Patient-centered medical home patients' experiences: percentage of patients who reported if their provider included them in shared decision making.”

Canadian Institute for Health Information, Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Development Project, Pan-Canadian Primary Health Care Indicators, Report 1, Volume 2, 2006: “Percentage of PHC clients/patients, 18 years and over, who were involved in clinical decision-making regarding their health, with their regular PHC provider, over the past 12 months.”

## **Indikator 10: Unterstützung zum Selbstmanagement chronischer Erkrankungen**

### **(I) Beschreibung**

*Aussage:* Der Indikator sagt aus, wie hoch der Anteil der Patienten mit chronischen Erkrankungen ist, die angeben, dass sie von ihrer PHC-Versorgungseinrichtung hinsichtlich Selbst-Management und Selbsthilfegruppen (Kontaktdaten, Informationsmaterial,...) unterstützt werden.

*Begründung:* Es wird angenommen, dass Selbst-Management-Programme bei Patienten mit chronischen Erkrankungen einerseits den Gesundheitszustand verbessern und andererseits auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verringern können [1, 2]. PHC-Versorgungseinrichtungen, die ihren Patienten einen einfachen Zugang zu entsprechenden Ressourcen ermöglichen (z.B. durch Vermittlung von Selbsthilfegruppen oder Schulungen zu Selbstmanagement), unterstützen diese somit darin, ihre Krankheit sowie mögliche Therapieoptionen besser zu verstehen und damit umzugehen [3].

*Zielstellung:* Möglichst alle chronisch kranken Patienten sollen von der PHC-Versorgungseinrichtung hinsichtlich Selbst-Management und Selbsthilfegruppen unterstützt werden.

### **(II) Erstellung**

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der chronisch kranken Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr eine Behandlung in der Primärversorgungseinrichtung erhielten und in der Patientenbefragung angaben, dass sie von der PHC-Versorgungseinrichtung hinsichtlich Selbst-Management und Selbsthilfegruppen unterstützt werden.  
Nenner: Anzahl aller chronisch kranken Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr eine Behandlung in der Primärversorgungseinrichtung erhielten und an der Patientenbefragung teilnahmen.

*Datenquellen:* Patientenbefragung (Patientenverzeichnis der Primärversorgungseinrichtung)

*Voraussetzungen:* Eine Liste aller chronisch kranken Patienten einer Primärversorgungseinrichtung ist generierbar. Für die Auswertung des Qualitätsindikators ist im Vorfeld die Spezifikation für chronische Erkrankung festzulegen. Ein validierter Patientenfragebogen für die Primärversorgung ist vorhanden. Regelmäßige Patientenbefragungen werden von der Primärversorgungseinrichtung durchgeführt (siehe Indikator Nr. 18).

*Bezugszeitraum:* Die Patientenbefragung wird alle 2 Jahre durchgeführt. Der Indikator bezieht sich auf den Zeitraum von 12 Monaten vor der Befragung.

### **(III) Anmerkung zur Messgüte**

Die Validität und Reliabilität der Befragungsergebnisse ist abhängig von der Qualität des Fragebogens, der Methode der Durchführung (Zufallsauswahl, Anonymität) und der Rücklaufquote. Diese Aspekte sind bei der Auswertung dieses Indikators zu berücksichtigen.

### **(IV) Evidenz und bisherige Anwendung**

*Hintergrund-literatur/Evidenz:* [1] Chodosh J, Morton SC, Mojica W, et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med.* 2005 Sep 20; 143 (6): 427-38  
[2] Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, et al. Effect of a self-management

program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract.* 2001 Nov-Dec; 4 (6): 256-62

[3] World Health Organization. *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action.* 2002 [online]. Available from: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf> [Accessed 25.08.2015]

*Indikatorsysteme  
(Quellindikator  
und weitere  
korrespondierende  
Indikatoren):*

Canadian Institute for Health Information, Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Development Project, Pan-Canadian Primary Health Care Indicators, Report 1, Volume 2, 2006: "Percentage of PHC clients/patients, 18 years and over, with a chronic health condition(s), whose PHC organization provided them with resources to support self-management or self-help groups."

National Quality Measures Clearinghouse, National Committee for Quality Assurance (NCQA). *HEDIS 2014: specifications for the CAHPS® PCMH survey.* Washington (DC): NCQA; 2013 "Patient-centered medical home patients' experiences: percentage of patients who reported whether they received self-management support."



## Indikator 11: Weiterempfehlung des Versorgungsmodells

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil der Patienten ist, die so zufrieden mit der Betreuung in einer PHC-Versorgungseinrichtung sind, dass sie diese anderen weiterempfehlen würden.

*Begründung:* Da PHC-Versorgungseinrichtungen dazu dienen sollen, die Qualität der medizinischen Versorgung für alle Patienten zu steigern, sind die Erfahrungen der Patienten wesentlich für eine Bewertung der einzelnen Versorgungseinrichtungen. Sie stellen eine eigene Form von Ergebnisqualität dar. Die angemessene Einbindung der Patienten bei der (Neu-)Gestaltung von Versorgungsprozessen ist von wesentlicher Bedeutung für deren Wirksamkeit und Erfolg [1]. Darüber hinaus belegen amerikanische Studien, dass die meisten Patienten sich bei der Entscheidung über ihre medizinische Versorgung sehr stark von der Empfehlung ihrer Freunde und Verwandten leiten lassen [2].

*Zielstellung:* Möglichst hoch

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die in der Patientenbefragung angegeben haben, dass sie die PHC-Versorgungseinrichtung anderen weiterempfehlen würden.  
Nenner: Anzahl aller Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die an der Patientenbefragung teilnahmen.

*Datenquellen:* Patientenbefragung (Patientenverzeichnis der Primärversorgungseinrichtung)

*Voraussetzungen:* Eine Liste aller Patienten einer Primärversorgungseinrichtung ist generierbar. Ein validierter Patientenfragebogen für die Primärversorgung ist vorhanden. Regelmäßige Patientenbefragungen werden von der Primärversorgungseinrichtung durchgeführt (siehe Indikator Nr. 18).

*Bezugszeitraum:* Die Patientenbefragung wird alle 2 Jahre durchgeführt. Der Indikator bezieht sich auf den Zeitraum von 12 Monaten vor der Befragung.

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Die Weiterempfehlungsbereitschaft hängt vor allem von der Zufriedenheit der Patienten mit der PHC-Versorgungseinrichtung ab. Sie ist daher beeinflussbar, indem Erwartungen, Erfahrungen und Wünsche von Patienten berücksichtigt werden.

Die Validität der Befragungsergebnisse ist darüber hinaus abhängig von der Qualität des Fragebogens, der Methode der Durchführung (Zufallsauswahl, Anonymität) und der Rücklaufquote. Diese Aspekte sind bei der Auswertung dieses Indikators zu berücksichtigen.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrund-literatur/Evidenz:* [1] Broge B, Schneider A, Szecsenyi J. Umsetzung von Verträgen zur Integrationsversorgung. Wann wird aus einem politischen Wunsch Wirklichkeit. In: Klusen N, Straub C, editors. Bausteine für ein neues Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2003. p. 121-33  
[2] Kaiser Family Foundation, Agency for Health Care Research and Quality. National Survey on Americans as Health Care Consumers: An Update to the Role of Quality Information. 2000 [online]. Available from: <http://archive.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality->

resources/tools/kffupdate/kffchartbk00.pdf [Accessed 25.05.2015]

*Indikatorsysteme  
(Quellindikator  
und weitere  
korrespondierende  
Indikatoren):*

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH/AOK-Bundesverband, QiSA - Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band B - Allgemeine Indikatoren, Version 1.0, 2009: “Anteil der Versicherten, die das Versorgungsmodell weiterempfehlen würden.“

## Indikator 12: Hausbesuche

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator gibt an, ob eine Versorgungseinrichtung in den letzten 12 Monaten Hausbesuche für Patienten durchgeführt hat, denen das Aufsuchen der Praxis nicht möglich oder nicht zumutbar war (z.B. auf Grund von Krankheit, Alter oder körperlicher Beeinträchtigung).

*Begründung:* Aufsuchende Dienste bzw. Hausbesuche stellen einen integralen Bestandteil einer guten Primärversorgung dar [1]. Dennoch wurde in den letzten zehn Jahren in vielen europäischen Ländern ein kontinuierlicher Rückgang an Hausbesuchen berichtet, was angesichts eines stetig steigenden Bevölkerungsanteils an älteren Personen zukünftig problematisch sein könnte [2]. Daher sind aufsuchende Dienste bzw. Hausbesuche als eine wesentliche Anforderung an eine PHC-Versorgungseinrichtung im österreichischen Konzept festgehalten [3].

*Zielstellung:* Die PHC-Versorgungseinrichtung bietet Hausbesuche für Patienten an, denen das Aufsuchen der Praxis nicht möglich oder nicht zumutbar ist und führt diese bei Bedarf auch durch.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: -  
Nenner: -

*Datenquellen:* Informationsmaterial Versorgungsmodell; Patientenakten in der Ordinationssoftware

*Voraussetzungen:* Die Versorgungseinrichtung verfügt über entsprechendes Informationsmaterial (Folder, Homepage,...), das auf das Angebot der Hausbesuche hinweist.  
Eine Liste der durchgeführten Hausbesuche ist generierbar.

*Bezugszeitraum:* Stichtag, einmal jährlich.

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Hausbesuche sollten nicht nur angeboten werden, sondern die Durchführung dieser auch glaubhaft (Vorlage einer Liste der durchgeführten Hausbesuche) dargelegt werden.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrund-literatur/Evidenz:* [1] Pereles L. Home visits. An access to care issue for the 21st century. Can Fam Physician. 2000 Oct; 46: 2044-8  
[2] Joyce C, Piterman L. Trends in GP home visits. Aust Fam Physician. 2008 Dec; 37 (12): 1039-42  
[3] Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur. "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. 2014 [online]. Available from: [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS140430572\\_2379/primaerversorgung.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS140430572_2379/primaerversorgung.pdf) [Accessed 25.08.2015]

*Indikatorsysteme (Quellindikator und* Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Ambulante Qualitätsindikatoren

*weitere  
korrespondierende  
Indikatoren):*

und Kennzahlen – AQUIK; 2013: „Die Praxis bietet, bezogen auf die letzten 12 Monate, Hausbesuche für schwer körperlich beeinträchtigte Patienten an.“

## Indikator 13: Zahl der stationären Aufenthalte

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator gibt an, wie hoch die Anzahl der stationären Krankenhausaufnahmen bezogen auf 1000 Patienten bezogen auf die PHC-Versorgungseinrichtung ist.

*Begründung:* Im österreichischen Gesundheitssystem stellen kurative stationäre Aufenthalte einen wesentlichen Faktor dar. Ein Teil dieser Aufenthalte ist potenziell vermeidbar. Eine bessere Koordinierung sowie zeitgerechte und effektive Primärversorgung könnte zu einer geringeren Inanspruchnahme der Krankenhäuser insgesamt führen [1]. Zumindest sollte der stationäre Versorgungsbedarf von Patienten anhand des Indikators laufend beobachtet werden.

*Zielstellung:* Möglichst gering.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der stationären Krankenhausaufnahmen im Bezugszeitraum bei Patienten einer PHC- Versorgungseinrichtung.  
Nenner: Anzahl der Patienten der PHC-Versorgungseinrichtung.  
Formel: (Zähler/Nenner) x 1000

*Datenquellen:* Patientenakte in der Ordinationssoftware, Zusatzdokumentation

*Voraussetzungen:* Eine Liste aller Patienten eines Primärversorgungsmodells ist generierbar. Stationären Aufnahmen werden routinemäßig an die PHC-Versorgungseinrichtung gemeldet und vom PHC-Team in der Patientenakte dokumentiert.

*Bezugszeitraum:* Ein Jahr.

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Die Zahl der stationären Aufenthalte ist u.a. auch von der Morbidität der Patienten im Einzugsgebiet der jeweiligen PHC-Versorgungseinrichtung abhängig. Deshalb ist für einen Vergleich der PHC-Versorgungseinrichtungen untereinander eine Risikostratifizierung bezüglich der jeweiligen Patientenpopulation erforderlich.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrund-literatur/Evidenz:* [1] Czypionka T, Röhrling G, Ulinski S, et al. Ambulatory Care Sensitive Conditions: Einflussmöglichkeiten und Ansätze zur Reduktion – internationale Evidenz. Health System Watch 2014; 2: 1-16

*Indikatorsysteme (Quellindikator und weitere korrespondierende Indikatoren):* AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH/AOK-Bundesverband, QiSA - Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band B - Allgemeine Indikatoren, Version 1.0, 2009: „Zahl der stationären Aufenthalte je 1000 eingeschriebene Versicherte.“

## Indikator 14: Teilnahme an Qualitätszirkeln

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator sagt aus, wie groß der Anteil der Teammitglieder einer PHC-Versorgungseinrichtung ist, die im vergangenen Jahr an mindestens zwei Qualitätszirkeltreffen teilgenommen haben, gemessen an allen Teammitgliedern einer PHC-Versorgungseinrichtung.

*Begründung:* Die Qualitätszirkelarbeit ist der Kern eines Qualitätsentwicklungskonzeptes und ist z.B. eine von der deutschen Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) anerkannte Methode der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. Sie fördern die Weitergabe von Wissen in die Praxis sowie die Bildung von beruflichen Netzwerken [1]. Eine ausreichende Zahl strukturiert durchgeführter Qualitätszirkel ist erforderlich, um eine Umsetzung der angestrebten Versorgungsziele zu erreichen. Gleichfalls ist es erforderlich, dass möglichst alle Teammitglieder einer PHC-Versorgungseinrichtung regelmäßig an der Qualitätszirkelarbeit teilnehmen. Die Teilnahme an mindestens zwei Qualitätszirkeln pro Jahr ist hier als Mindestkriterium zu verstehen, um von einer Regelmäßigkeit zu sprechen.

*Zielstellung:* Möglichst alle Teammitgliedern einer PHC-Versorgungseinrichtung sollen mindestens zweimal jährlich an Qualitätszirkel teilnehmen.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl jener Teammitglieder, die im Bezugszeitraum in einer PHC-Versorgungseinrichtung tätig waren und im selben Zeitraum an mind. 2 Qualitätszirkel-Treffen teilnahmen.  
Nenner: Anzahl aller im Bezugszeitraum in einer PHC-Versorgungseinrichtung tätigen Teammitglieder.

*Datenquellen:* Teilnehmerliste der jeweiligen Qualitätszirkeltreffen, Mitarbeiterverzeichnis der Versorgungseinrichtung.

*Voraussetzungen:* Routinemäßige Dokumentation der Teilnehmer bei Qualitätszirkeltreffen

*Bezugszeitraum:* Ein Jahr

### (III) Anmerkung zur Messgüte

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

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrund-literatur/Evidenz:* [1] Quasdorf I, Kleudgen S. 20 Jahre Qualitätszirkel - Unmittelbarer Nutzen für Patienten. Deutsches Ärzteblatt 2014; 111 (12): A500-2

*Indikatorsysteme (Quellindikator und weitere korrespondierende Indikatoren):* AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH/AOK-Bundesverband, QiSA - Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band B - Allgemeine Indikatoren, Version 1.0, 2009: „Anteil der Ärzte mit Teilnahme an mindestens vier Qualitätszirkeln/Jahr“

## **Indikator 15: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Versorgungseinrichtung**

### **(I) Beschreibung**

*Aussage:* Der Indikator gibt den Anteil der Teammitglieder der PHC-Versorgungseinrichtung an, die an Informationsveranstaltungen oder Versammlungen im Bezugszeitraum teilgenommen haben (z.B. Mitgliederversammlungen oder Netzwerkkonferenzen bei dezentralen Versorgungsmodellen).

*Begründung:* Die Teilnahme an gemeinsamen Informationsveranstaltungen bzw. Versammlungen ist eine Voraussetzung dafür, dass sich die Teammitglieder der PHC-Versorgungseinrichtung aktiv einbringen können und über aktuelle Entscheidungen und Pläne informiert sind.

*Zielstellung:* Möglichst alle Teammitglieder sollen regelmäßig an Informationsveranstaltungen teilnehmen.

### **(II) Erstellung**

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der Teammitglieder einer PHC-Versorgungseinrichtung mit Anwesenheit bei Informationsveranstaltungen zur Versorgungseinrichtung.

Nenner: Anzahl aller Teammitglieder einer PHC-Versorgungseinrichtung.

*Datenquellen:* Anwesenheitsliste der Informationsveranstaltung(en)

*Voraussetzungen:* Routinemäßige Dokumentation der Teilnehmer bei Informationsveranstaltungen.  
Regelmäßige Durchführung von Informationsveranstaltungen in einer PHC-Versorgungseinrichtung.

*Bezugszeitraum:* Ein Jahr.

### **(III) Anmerkung zur Messgüte**

Eine differenzierte Auswertung des Indikators nach Art der Veranstaltung ist möglich. Bei niedrigen Teilnahmequoten wird eine Befragung der Mitglieder nach Gründen der Nichtteilnahme empfohlen.

Gegebenenfalls muss beachtet werden, dass sich einzelne Veranstaltungen nicht an alle Teammitglieder richten.

### **(IV) Evidenz und bisherige Anwendung**

*Hintergrund-  
literatur/Evidenz:*

-

*Indikatorsysteme  
(Quellindikator und  
weitere  
korrespondierende  
Indikatoren):*

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH/AOK-Bundesverband, QiSA - Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band B - Allgemeine Indikatoren, Version 1.0, 2009: „Anteil der Ärzte, die an allen regionalen Informationsveranstaltungen zum Versorgungsmodell teilgenommen haben.“

## **Indikator 16: Informiertheit über Ziele und Aktivitäten der Versorgungseinrichtung**

### **(I) Beschreibung**

*Aussage:* Der Indikator gibt einen Hinweis darauf, wie gut sich die Teammitglieder über Ziele und Aktivitäten der PHC-Versorgungseinrichtung informiert fühlen.

*Begründung:* Dass Mitglieder einer PHC-Versorgungseinrichtung gut über gemeinsame Ziele und Aktivitäten informiert sind, ist eine wesentliche Voraussetzung, um diese Ziele zu erreichen.

*Zielstellung:* Möglichst alle Mitglieder eines PHC-Teams fühlen sich gut über die Ziele und Aktivitäten der Versorgungseinrichtung informiert.

### **(II) Erstellung**

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der Teammitglieder, die an einer Befragung teilnahmen und angaben, dass sie sich über die Ziele und Aktivitäten der PHC-Versorgungseinrichtung gut informiert fühlen.  
Nenner: Anzahl aller Teammitglieder, die an einer Befragung teilgenommen haben.

*Datenquellen:* Teambefragung

*Voraussetzungen:* Ein validierter Mitarbeiterfragebogen ist vorhanden. Regelmäßige Teambefragungen werden in der Primärversorgungseinrichtung durchgeführt (siehe Indikator Nr. 19). Informationsveranstaltungen zur PHC-Versorgungseinrichtung werden durchgeführt.

*Bezugszeitraum:* Ein Jahr

### **(III) Anmerkung zur Messgüte**

Eine niedrige Informiertheit kann sowohl auf ein Defizit an Informationsangeboten als auch auf fehlende Nachfrage nach diesen Informationen hindeuten. Zur weiteren Interpretation sollten die Indikatoren 15 (Teilnahme an Informationsveranstaltungen) und 18 (Teilnahme an Teambefragung) mitbetrachtet werden.

Die Validität und Reliabilität der Befragungsergebnisse ist abhängig von der Qualität des Fragebogens, der Methode der Durchführung und der Rücklaufquote. Diese Aspekte sind bei der Auswertung dieses Indikators zu berücksichtigen.

### **(IV) Evidenz und bisherige Anwendung**

*Hintergrund-  
literatur/Evidenz:*

*Indikatorsysteme  
(Quellindikator und  
weitere  
korrespondierende  
Indikatoren):* AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH/AOK-Bundesverband, QiSA - Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band B - Allgemeine Indikatoren, Version 1.0, 2009: „Anteil der Ärzte, die sich über Ziele und Aktivitäten im Versorgungsmodell gut informiert fühlen.“



## Indikator 17: Patientenschulungsangebot

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator gibt an, ob in einer Versorgungseinrichtung unabhängige und qualitätsgesicherte Patientenschulungen angeboten werden.

*Begründung:* Qualitativ hochwertige, unabhängige Patientenschulungen stellen ein wesentliches Element sowohl im Rahmen der Prävention als auch im Rahmen der Behandlung chronischer Krankheiten dar. Zahlreiche Publikationen haben gezeigt, dass ein unzureichendes Angebot an Patientenschulungen mit geringeren Therapieerfolgen, häufigeren Arztbesuchen und größerer Anzahl an iatrogenen Erkrankungen verbunden ist [1].

*Zielstellung:* Die PHC-Versorgungseinrichtung bietet regelmäßig unabhängige und qualitätsgesicherte Patientenschulungen an.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: -  
Nenner: -

*Datenquellen:* Teambefragung

*Voraussetzungen:* Dokumentation der angebotenen Patientenschulungen. Ein validierter Mitarbeiterfragebogen ist vorhanden. Regelmäßige Teambefragungen werden in der Primärversorgungseinrichtung durchgeführt (siehe Indikator Nr. 19).

*Bezugszeitraum:* Die Teambefragung wird jährlich durchgeführt. Der Bezugszeitraum umfasst das Jahr vor der Befragung.

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Neben der Nennung der Patientenschulungen selbst ist es notwendig, deren Inhalte und die jeweiligen Anbieter routinemäßig und einheitlich zu dokumentieren, um die Qualität und Unabhängigkeit der Schulung evaluieren zu können.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrund-literatur/Evidenz:* [1] Ritsema TS, Bingenheimer JB, Scholting P, et al. Differences in the delivery of health education to patients with chronic disease by provider type, 2005-2009. *Prev Chronic Dis.* 2014; 11: E33

*Indikatorsysteme (Quellindikator und weitere korrespondierende Indikatoren):* Primary Health Care Activity Monitor for Europe (PHAMEU), Primary Care Monitoring System; 2010: "To what extent are GPs (alone or with others) involved in groupwise health education to their patients (on topics like healthy diet; physical activity; smoking; use of alcohol etc)?"

## Indikator 18: Durchführung einer Patientenbefragung

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator gibt einen Hinweis darauf, ob von der PHC-Versorgungseinrichtung regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt werden.

*Begründung:* Qualitätsförderungsmaßnahmen können nur erfolgreich sein, wenn die Perspektive der Patienten ausreichend berücksichtigt wird. Patienten können wichtige Anregungen für das Qualitätsmanagement der PHC-Versorgungseinrichtung geben [1-3].

*Zielstellung:* Die PHC-Versorgungseinrichtung führt regelmäßig (zumindest alle 2 Jahre) Patientenbefragungen durch.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: -  
Nenner: -

*Datenquellen:* Verwaltungsunterlagen/QM-Unterlagen der PHC-Versorgungseinrichtung.

*Voraussetzungen:* Dokumentation der durchgeführten Patientenbefragung(en).

*Bezugszeitraum:* Patientenbefragungen sollten zumindest alle 2 Jahre durchgeführt werden.

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Patientenbefragung sollten nicht nur regelmäßig durchgeführt werden, eine adäquate Qualität des Fragebogens, die Methode der Durchführung sowie die Rücklaufquote sind für die Aussagekraft des Indikators ebenso von Bedeutung.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrund-literatur/Evidenz:* [1] Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Wie bewerten Patienten Hausärzte und ihre Praxen? Deutsche Ergebnisse der internationalen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP). Z Arztl Fortbild Qualitätssich. 1999; 93 (6): 437-45

[2] Klingenberg A, Szecsenyi J. Welchen Nutzen ziehen Ärzte aus einer Patientenbefragung? Z Allg Med 1998; 74 (17-18): 769-72

[3] Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. Int J Qual Health Care. 2002 Apr; 14 (2): 111-8

*Indikatorsysteme (Quellindikator und weitere korrespondierende Indikatoren):* AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH/AOK-Bundesverband, QiSA - Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band B - Allgemeine Indikatoren, Version 1.0, 2009: „Anteil der Ärzte, die in den letzten 36 Monaten eine Patientenbefragung in ihrer Praxis durchgeführt haben.“

## Indikator 19: Durchführung einer Teambefragung

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator gibt einen Hinweis darauf, ob in der PHC-Versorgungseinrichtung regelmäßig Teambefragungen durchgeführt werden.

*Begründung:* Befragungen sind ein wichtiger Baustein der Mitarbeiterorientierung [1]. Sie dienen dazu, die Arbeitsbelastung, die eigenen Entwicklungsperspektiven, die Klarheit von Verantwortlichkeiten für die eigenen Arbeitsbereiche, die Einschätzung der Zusammenarbeit im Praxisteam und die Zufriedenheit mit der Arbeit insgesamt strukturiert zu analysieren. Die Ergebnisse sind Basis für eine weitere Qualitätsentwicklung im Praxisteam.

*Zielstellung:* Die PHC-Versorgungseinrichtung führt regelmäßig Teambefragungen durch.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: -  
Nenner: -

*Datenquellen:* Verwaltungsunterlagen/Qualitätsmanagement (QM)-Unterlagen der PHC-Versorgungseinrichtung

*Voraussetzungen:* Dokumentation der durchgeführten Teambefragungen

*Bezugszeitraum:* Die Teambefragung sollte einmal jährlich durchgeführt werden.

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Teambefragungen sollten nicht nur regelmäßig durchgeführt werden, eine adäquate Qualität des Fragebogens sowie der Methode der Durchführung sind für die Aussagekraft des Indikators ebenso von Bedeutung.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrundliteratur/Evidenz:* [1] Borg I. Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung: Theorien, Tools und Praxiserfahrungen. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie; 2000

*Indikatorsysteme (Quellindikator und weitere korrespondierende Indikatoren):* AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH/AOK-Bundesverband, QiSA - Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band B - Allgemeine Indikatoren, Version 1.0, 2009: „Anteil der Ärzte, die in den letzten 36 Monaten eine Mitarbeiterbefragung in ihrer Praxis durchgeführt haben.“

## **Indikator 20: Teilnahme an der Teambefragung**

### **(I) Beschreibung**

*Aussage:* Der Indikator gibt den Anteil der Teammitglieder an, die an einer Teambefragung teilgenommen haben, gemessen an allen Teammitgliedern einer PHC-Versorgungseinrichtung (Rücklaufquote).

*Begründung:* Die Rücklaufquote der Befragung ist im Hinblick auf die Interpretation der Befragungsergebnisse wichtig. Fehlende Rückmeldungen der Teammitglieder schränken die Repräsentativität der Aussagen ein. Weiterhin ergeben sich hier auch Hinweise darauf, wie Angebote zur Meinungsäußerung und zur Beteiligung durch die Teammitglieder wahrgenommen werden.

*Zielstellung:* Möglichst alle Mitglieder eines PHC-Teams nehmen regelmäßig an Befragungen teil.

### **(II) Erstellung**

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der Teammitglieder einer PHC-Versorgungseinrichtung, die an der zuletzt durchgeführten Teambefragung teilgenommen haben.  
Nenner: Anzahl aller Teammitglieder einer PHC-Versorgungseinrichtung.

*Datenquellen:* Rücklaufquote der Teambefragung

*Voraussetzungen:* Eine Teambefragung wird in der Primärversorgungseinrichtung regelmäßig durchgeführt (siehe Indikator Nr. 19).

*Bezugszeitraum:* Ein Jahr (Die Teambefragung wird jährlich durchgeführt.)

### **(III) Anmerkung zur Messgüte**

Die Ursachen für geringe Rücklaufquoten können verschiedener Art sein: zu umfangreicher oder schwer verständlicher Fragebogen, ungünstiger Zeitpunkt der Befragung (z.B. Urlaubszeit) oder aber auch fehlendes Interesse auf Seiten der Mitarbeiter. Eine Auswertung des Indikators nach Berufsgruppe ist möglich.

### **(IV) Evidenz und bisherige Anwendung**

*Hintergrund-  
literatur/Evidenz:* -

*Indikatorsysteme  
(Quellindikator  
und weitere  
korrespondierende  
Indikatoren):* AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH/AOK-Bundesverband, QiSA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band B – Allgemeine Indikatoren, Version 1.0, 2009: „Anteil der Ärzte, die an der Arztbefragung teilgenommen haben.“

## Indikator 21: Abgleich Medikation - Patientenakte

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil der Patienten einer PHC-Versorgungseinrichtung ist, deren Medikamentenliste mit der tatsächlich laut Patientenakte/Therapieplan verschriebenen Medikation abgeglichen wurde.

*Begründung:* Die größte Gefahr für Medikamentenfehler besteht für Patienten beim Übergang in eine andere Versorgungsebene bzw. beim Wechsel der Versorgungseinrichtung/des Arztes. Um mögliche daraus resultierende, unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu reduzieren, wurde 2009 in den USA der Prozess des Medikamentenabgleichs für den stationären Bereich verpflichtend eingeführt [1]. Jedoch auch im niedergelassenen Bereich spielt dieser Medikamentenabgleich eine wichtige Rolle, da viele Patienten Medikamente von mehreren Ärzten verschrieben bekommen [2].

*Zielstellung:* Bei möglichst allen Patienten soll die Medikamentenliste regelmäßig mit der tatsächlich laut Patientenakte/Therapieplan verschriebenen Medikation abgeglichen werden.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr eine Behandlung in der Primärversorgungseinrichtung erhielten und deren Medikamentenliste mit der tatsächlich laut Patientenakte/Therapieplan verschriebenen Medikation abgeglichen wurde.

Nenner: Anzahl aller Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die im letzten Jahr eine Behandlung in der Primärversorgungseinrichtung erhielten.

*Datenquellen:* Patientenakte in der Ordinationssoftware, Zusatzdokumentation

*Voraussetzungen:* Eine Liste aller Patienten eines Primärversorgungsmodells ist generierbar. Verordnungsdaten werden standardisiert dokumentiert. Der regelmäßige Abgleich der Medikamentenliste der Patienten mit den Verordnungsdaten wird routinemäßig erfasst.

*Bezugszeitraum:* Ein Jahr.

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Wenn die Dokumentation standardisiert erfolgt, kann von einer Validität ausgegangen werden.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrund-literatur/Evidenz:* [1] Cutler T. Medication Reconciliation Victory after an Avoidable Error. 2009 [online]. Available from: <http://webmm.ahrq.gov/case.aspx?caseID=195> [Accessed 25.08.2015]

[2] Agency for Healthcare Research and Quality. Medication reconciliation. Patient safety primers. 2015 [online]. Available from: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=1>. [Accessed 25.08.2015]

*Indikatorsysteme (Quellindikator und weitere korrespondierende Indikatoren):* Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Practice-level indicators of safety and quality for primary health care specification, Version 1.0; 2012: "The percentage of clients whose medication list has been reconciled against the service's patient health record."



## Indikator 22: Wiederbestellsystem für chronisch Kranke

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil an chronisch kranken Patienten ist, die Wiederbestellungen und/oder Erinnerungen, wie sie im Therapie-/Behandlungsplan vorgesehen sind, erhalten.

*Begründung:* Wiederbestellungen und Erinnerungen stellen Prozesse dar, die Patienten z.B. an bereits vereinbarte zukünftige Termine oder Vorsorgeprogramme (z.B. Impfungen, routinemäßige Diabetes-Kontrollen) hinweisen sollen. Sie stellen dabei einen wesentlichen Aspekt zur Erreichung der Versorgungsziele in der Primärversorgung dar [1].

*Zielstellung:* Möglichst alle chronisch kranken Patienten erhalten regelmäßige Wiederbestellungen (wie im jeweiligen Therapie-/Behandlungsplan vorgesehen) und werden zeitgerecht an diese Termine erinnert.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der chronisch kranken Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die regelmäßig (wie im jeweiligen Therapieplan vorgesehen) in die PHC-Versorgungseinrichtung wiederbestellt werden und auch an diese Termine erinnert werden.

Nenner: Anzahl aller chronisch kranken Patienten (mit Therapie-/Behandlungsplan) ab dem 18. Lebensjahr einer Primärversorgungseinrichtung.

*Datenquellen:* Patientenakte in der Ordinationssoftware, Zusatzdokumentation

*Voraussetzungen:* Eine Liste aller chronisch kranken Patienten einer Primärversorgungseinrichtung ist generierbar. Für die Auswertung des Qualitätsindikators ist im Vorfeld die Spezifikation für chronische Erkrankung festzulegen (z.B. Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen, bei denen (überlicherweise) auch ein Therapie-/Behandlungsplan verfolgt wird). Wiederbestellungen werden in der Patientenakte routinemäßig erfasst. Erinnerungen dazu (telefonisch, elektronisch oder schriftlich) werden zu definierten Zeitpunkten (automatisch) generiert und dokumentiert.

*Bezugszeitraum:* Ein Jahr.

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Wenn die Dokumentation standardisiert erfolgt, kann von einer Validität ausgegangen werden.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrundliteratur/Evidenz:* [1] Mold J, Aspy C, Nagykaldi Z. Implementation of evidence-based preventive services delivery processes in primary care: an Oklahoma Physicians Resource/Research Network (OKPRN) study. Journal of the American Board of Family Medicine. 2008; 21 (4): 334-44

*Indikatorsysteme (Quellindikator und weitere korrespondierende* Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Practice-level indicators of safety and quality for primary health care specification, Version 1.0; 2012: "The percentage of clients with a complete care plan who were

*Indikatoren):* given recalls or reminders as recommended in the care plan.”



## Indikator 23: Verschiedene konsultierte Hausärzte je Patient

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator beschreibt die durchschnittliche Zahl der verschiedenen konsultierten Hausärzte (unabhängig davon, ob es Ärzte der PHC-Versorgungseinrichtung sind) bezogen auf alle Patienten, die im Bezugszeitraum mindestens einen Hausarztkontakt in der PHC-Versorgungseinrichtung hatten.

*Begründung:* Die Versorgungskontinuität der Versorgung stellt ein zentrales Attribut von PHC dar. Als ein wesentliches Merkmal der Versorgungskontinuität wird die Beziehung zwischen Patient und Leistungserbringer über die Zeit ohne personelle Wechsel gesehen [1]. Im Rahmen einer hausarztorientierten Versorgung in PHC-Versorgungseinrichtung, wie dies im österreichischen Konzept vorgesehen ist, ist zu erwarten, dass im Regelfall immer der gleiche Hausarzt konsultiert wird.

*Zielstellung:* Möglichst nahe bei 1.  
Patienten sollten möglichst immer den gleichen Hausarzt aufsuchen.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: Summe der Anzahl der verschiedenen konsultierten Hausärzte je Patienten, unabhängig davon, ob es Hausärzte der PHC-Versorgungseinrichtung oder externe Hausärzte waren.  
Nenner: Anzahl der Patienten, mit mindestens einem Hausarztkontakt in der PHC-Versorgungseinrichtung.

*Datenquellen:* Patientenakte in der Ordinationssoftware, Zusatzdokumentation

*Voraussetzungen:* Eine Liste aller Patienten einer Primärversorgungseinrichtung ist generierbar. Die Dokumentation externer Hausarztkontakte der Patienten ist erforderlich.

*Bezugszeitraum:* Ein Jahr

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Wenn die Dokumentation kontinuierlich und einheitlich erfolgt, kann von einer Validität ausgegangen werden.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrundliteratur/Evidenz:* [1] Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare. 2006 [online]. Available from: [http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr\\_contcare\\_e.pdf](http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf) [Accessed 25.08.2015]

*Indikatorsysteme (Quellindikator und weitere korrespondierende Indikatoren):* AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH/AOK-Bundesverband, QiSA - Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band B - Allgemeine Indikatoren, Version 1.0, 2009: „Zahl der verschiedenen konsultierten Hausärzte je eingeschriebenem Versicherten.“

## **Indikator 24: Zufriedenheit mit Ergebnissen der Versorgungseinrichtung**

### **(I) Beschreibung**

*Aussage:* Der Indikator gibt einen Hinweis darauf, wie hoch der Anteil der mit den Ergebnissen und dem Arbeitsumfeld der PHC-Versorgungseinrichtung zufriedenen Teammitglieder ist.

*Begründung:* Die Zufriedenheit der Teammitglieder mit den Ergebnissen der PHC-Versorgungseinrichtung bzw. mit dem Arbeitsumfeld (Arbeitssituation, Motivation, Urlaub etc.) in der Versorgungseinrichtung ist ein wesentlicher Ansatzpunkt zur Beurteilung des Erfolges der Arbeit. Allerdings ist zu bedenken, dass z.B. Unzufriedenheit mit einem sehr hohen (unrealistischen) Anspruchsniveau und Zufriedenheit mit einem sehr niedrigen Anspruchsniveau zusammenhängen können. Daher ist dieser Indikator vor allem in Zusammenhang mit anderen Ergebnissen und als Teil weiterer Analysen einer Befragung der Teammitglieder zu sehen.

*Zielstellung:* Möglichst alle Mitglieder eines PHC-Teams sind mit den Ergebnissen und dem Arbeitsumfeld der Versorgungseinrichtung zufrieden.

### **(II) Erstellung**

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der Teammitglieder, die in der Befragung angaben, dass sie mit den Ergebnissen (Arbeitssituation, Motivation, Urlaub etc) der PHC-Versorgungseinrichtung zufrieden sind.  
Nenner: Anzahl aller Teammitglieder, die an der Teambefragung teilnahmen.

*Datenquellen:* Teambefragung

*Voraussetzungen:* Ein validierter Teamfragebogen ist vorhanden. Regelmäßige Teambefragungen werden in der Primärversorgungseinrichtung durchgeführt (siehe Indikator Nr. 19).

*Bezugszeitraum:* Ein Jahr

### **(III) Anmerkung zur Messgüte**

Zufriedenheit ist ein sehr globales Konstrukt, das beispielsweise auch von individuellen Eigenschaften der Befragten beeinflusst wird. Daher ist es wichtig, das Resultat im Zusammenhang mit den anderen Ergebnissen des Teamfragebogens zu interpretieren.

Die Validität und Reliabilität der Befragungsergebnisse ist abhängig von der Qualität des Fragebogens, der Methode der Durchführung und der Rücklaufquote. Diese Aspekte sind bei der Auswertung dieses Indikators zu berücksichtigen.

### **(IV) Evidenz und bisherige Anwendung**

*Hintergrund-  
literatur/Evidenz:*

*Indikatorsysteme  
(Quellindikator und  
weitere  
korrespondierende  
Indikatoren):* AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH/AOK-Bundesverband, QiSA - Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band B - Allgemeine Indikatoren, Version 1.0, 2009: „Anteil der Ärzte, die mit den Ergebnissen des Versorgungsmodells im vergangenen Jahr zufrieden sind.“

## Indikator 25: Teammitgliederfluktuation in einer PHC-Versorgungseinrichtung

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator sagt aus, wie groß der Anteil der Austritte von Teammitgliedern einer PHC-Versorgungseinrichtung im Verhältnis zur Gesamtzahl der Teammitglieder einer PHC-Versorgungseinrichtung im Bezugszeitraum ist.

*Begründung:* Es besteht eine indirekte Korrelation zwischen Mitarbeiterzufriedenheit auf der einen Seite und Fluktuation und Absentismus auf der anderen Seite. D.h. je höher die Fluktuationsrate, desto geringer die Mitarbeiterzufriedenheit [1]. Auch aus Patientensicht ist eine geringe Fluktuationsrate wünschenswert, da sie auf eine kontinuierliche Versorgung mit einem gewachsenen bzw. wachsenden Vertrauensverhältnis setzen.

*Zielstellung:* Möglichst gering

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der ausgetretene Teammitglieder in einer Versorgungseinrichtung.  
Nenner: Anzahl aller Teammitglieder in einer Versorgungseinrichtung.

*Datenquellen:* Personalunterlagen der Versorgungseinrichtung

*Voraussetzungen:* -

*Bezugszeitraum:* Ein Jahr.

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Austrittsgründe wie z.B. Tod, Art der Kündigung, Ruhestand, Krankheit müssen bei der Interpretation berücksichtigt werden. Eine niedrige Quote weist darauf hin, dass die Teammitglieder mit den Ergebnissen und dem Arbeitsumfeld der Versorgungseinrichtung zufrieden sind (siehe Indikator 24). Eine Auswertung des Indikators nach Berufsgruppe ist möglich.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrundliteratur/Evidenz:* [1] Wolf L. Mitarbeiterzufriedenheit als Determinante der wahrgenommenen Dienstleistungsqualität - Das Beispiel der stationären Patientenversorgung. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag; 2005

*Indikatorsysteme (Quellindikator und weitere korrespondierende Indikatoren):* AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH/AOK-Bundesverband, QiSA - Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band B - Allgemeine Indikatoren, Version 1.0, 2009: „Arztfluktuation.“

## Indikator 26: Facharztkonsultationen mit Überweisung

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator bildet ab, wie groß der Anteil der Facharztkonsultationen ist, für die eine Überweisung der PHC-Versorgungseinrichtung des Patienten vorliegt, bezogen auf alle Facharztkonsultationen bei Patienten der PHC-Versorgungseinrichtung.

*Begründung:* Gemäß dem österreichischen Konzept sollen die neuen Primärversorgungsstrukturen als erste Anlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem fungieren. Im Rahmen der hausarztorientierten Versorgung in den PHC-Versorgungseinrichtungen sollten daher Facharztkonsultationen in der Regel mit Überweisungen erfolgen. Je höher der Anteil der Facharztkonsultationen mit Überweisung ist, desto mehr können die PHC-Versorgungseinrichtungen ihre Aufgabe der qualifizierten Weiterleitung bei spezialisiertem Versorgungsbedarf und die Übernahme der zugehörigen Terminorganisation wahrnehmen [1].

*Zielstellung:* Zu möglichst jeder Facharztkonsultation eines PHC-Patienten liegt eine Überweisung aus der PHC-Versorgungseinrichtung vor.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der Facharztkonsultationen im Bezugszeitraum mit Überweisung der PHC-Versorgungseinrichtung des Patienten.  
Nenner: Anzahl aller Konsultationen bei Fachärzten im Einzugsgebiet der PHC-Versorgungseinrichtung durch Patienten der PHC-Versorgungseinrichtung im Bezugszeitraum.

*Datenquellen:* Krankenkassendaten

*Voraussetzungen:* Eine Liste aller Facharztkonsultationen (getrennt nach Fachrichtung) im Einzugsgebiet einer PHC-Versorgungseinrichtung ist aus den Kassendaten generierbar. Eine Zuordnung der Facharztkonsultationen mit bzw. ohne Überweisung ist möglich. Eine Einschränkung auf Patienten mit zumindest einer Abrechnung durch die PHC-Versorgungseinrichtung in einem definierten Zeitraum (z.B. in den letzten 2 Jahren) ist möglich.

*Bezugszeitraum:* Ein Jahr.

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Wenn die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind, kann von einer hohen Validität ausgegangen werden. Eine differenzierte Analyse nach Art der Fachgruppen kann ggf. erfolgen. Fachgruppen, die weiterhin vorwiegend direkt in Anspruch genommen werden (z.B. Gynäkologen), werden bei der Erstellung des Indikators nicht berücksichtigt

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrund-literatur/Evidenz:* [1] Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur. "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. 2014 [online]. Available from: <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf> [Accessed 25.08.2015]

*Indikatorsysteme  
(Quellindikator und  
weitere  
korrespondierende  
Indikatoren):* AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im  
Gesundheitswesen GmbH/AOK-Bundesverband, QiSA - Das  
Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band B -  
Allgemeine Indikatoren, Version 1.0, 2009: „Anteil der  
Facharztkonsultationen mit Überweisung für eingeschriebene Versicherte.“

## Indikator 27: Überweisungsqualität

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator sagt aus, ob nach Angaben der Kooperationspartner, die Überweisungen einer PHC-Versorgungseinrichtung ausreichende und korrekte Informationen zu Patient und Therapie enthalten.

*Begründung:* Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Versorgungsebenen in der Medizin und im Gesundheitswesen basiert auf Überweisungsvorgängen. Die Vorgänge zeichnen sich dadurch aus, dass die überweisende Stelle dafür sorgt, dass bei der durchführenden Stelle alle für die dort zu leistende Arbeit erforderlichen Informationen zum Patienten vorliegen. Daher führen Überweisungen, in denen alle Informationen korrekt und in ausreichendem Umfang angeführt sind, zu einer zeitgerechten und adäquaten Behandlung und steigern das Vertrauen zwischen überweisender und durchführender Stelle sowie das Vertrauen des Patienten ins Gesundheitssystem [1].

*Zielstellung:* Möglichst alle Kooperationspartner einer PHC-Versorgungseinrichtung geben an, dass die Überweisungen ausreichende und korrekte Informationen zu Patient und Therapie enthalten.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der Kooperationspartner, die angeben, dass die Überweisungen aus einer PHC-Einrichtung ausreichende und korrekte Informationen zu Patient und Therapie enthalten.  
Nenner: Anzahl aller Kooperationspartner einer PHC-Versorgungseinrichtung

*Datenquellen:* Befragung der Kooperationspartner einer PHC-Versorgungseinrichtung

*Voraussetzungen:* Liste aller Kooperationspartner einer PHC-Versorgungseinrichtung ist generierbar. Regelmäßige Durchführung einer Befragung der Kooperationspartner.

*Bezugszeitraum:* Eine Befragung der Kooperationspartner sollte zumindest alle 2 Jahre durchgeführt werden. Der Indikator bezieht sich auf den Zeitraum von 12 Monaten vor der Befragung.

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Die Validität der Befragungsergebnisse ist darüber hinaus abhängig von der Qualität des Fragebogens, der Methode der Durchführung und der Rücklaufquote. Diese Aspekte sind bei der Auswertung dieses Indikators zu berücksichtigen.

Die Auswertung des Indikators kann getrennt nach Art des Kooperationspartners erfolgen.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrundliteratur/Evidenz:* [1] Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, et al. A study of communication between general practitioners and specialists. Br J Gen Pract. 1990 Nov; 40 (340): 445-9

*Indikatorsysteme (Quellindikator und weitere korrespondierende Indikatoren):* Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Practice-level indicators of safety and quality for primary health care specification, Version 1.0; 2012: "The percentage of service referrals that contain appropriate identifying, clinical and contact information, and a current medication list (if

relevant to the service).”

## **Indikator 28: Kommunikation innerhalb eines Behandlungsteams**

### **(I) Beschreibung**

*Aussage:* Der Indikator gibt den Anteil der Patienten an, bei denen alle Informationen betreffend Diagnose oder Änderung der Behandlung rasch und einfach für alle an der Behandlung beteiligten Personen zugänglich sind.

*Begründung:* Eine zeitnahe Weitergabe oder Zurverfügungstellung von neuen bzw. zusätzlichen Informationen an alle an einer Behandlung beteiligten Personen kann die Sicherheit, die Behandlungsqualität und letztlich den Gesundheitszustand des Patienten positiv beeinflussen. Fehlende Kommunikation kann im umgekehrten Sinn zu Behandlungsfehlern führen, welche wiederum die Sicherheit der Patienten gefährden [1].

*Zielstellung:* Bei möglichst allen Patienten mit mehr als einem Leistungserbringer sollen alle an der Behandlung beteiligten Personen betreffend Diagnose oder Änderung der Behandlung informiert werden.

### **(II) Erstellung**

*Benötigte Daten:* Zähler: Anzahl der Patienten, bei denen alle Informationen betreffend Diagnose oder Änderung der Behandlung rasch und einfach für alle an der Behandlung beteiligten Personen zugänglich sind.  
Nenner: Anzahl aller Patienten einer PHC-Versorgungseinrichtung, bei denen mehr als eine Person an der Behandlung beteiligt sind.

*Datenquellen:* Ordinationssoftware, Zusatzdokumentation

*Voraussetzungen:* Die Dokumentation der Behandler pro Patient ist erforderlich. Eine Liste aller Patienten einer PHC-Versorgungseinrichtung, bei denen mehr als eine Person an der Behandlung beteiligt sind, ist generierbar.  
Rechtliche und technische Voraussetzung zur Weitergabe der Informationen innerhalb des Behandlungsteams müssen gegeben sein.  
Gemeinsame Softwarelösung vor allem bei dezentralen PHC-Versorgungseinrichtungen bzw. in der Kommunikation mit Kooperationspartnern ist erforderlich. Einfache Abrufbarkeit der Daten ist routinemäßig überprüfbar.

*Bezugszeitraum:* Stichtag, einmal jährlich.

### **(III) Anmerkung zur Messgüte**

Die Messgüte ist abhängig von der Qualität der Dokumentation. Sofern die technischen Voraussetzungen gegeben sind, kann bei einheitlicher Dokumentation von einer Validität der Daten ausgegangen werden.

### **(IV) Evidenz und bisherige Anwendung**

*Hintergrundliteratur/Evidenz:* [1] O'Daniel M, Rosenstein A. Professional Communication and Team Collaboration. In: Hughes R, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008

*Indikatorsysteme (Quellindikator und weitere)* Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Practice-level indicators of safety and quality for primary health care specification, Version 1.0; 2012: "The percentage of clients where timely reporting of care



*korrespondierende Indikatoren):* assessments or outcomes was communicated to all relevant healthcare practitioners involved in the client's care.”

## Indikator 29: System zur Informationsverwaltung

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Dieser Indikator gibt an, ob die PHC-Versorgungseinrichtung über ein effizientes System/Protokoll zur Verwaltung und Dokumentation von Informationen (Korrespondenz, Testergebnisse, externe Untersuchungsergebnisse) aller Patienten verfügt.

*Begründung:* Das Vorhandensein eines effizienten und einheitlichen Systems bzw. eines klar festgelegten Protokolls zur Verwaltung und Dokumentation von Patienteninformationen soll dazu führen, dass keine Informationen verloren gehen und darüber hinaus sicher gestellt wird, dass alle Informationen so vorliegen, dass sie richtig, vollständig und zeitgerecht dem jeweiligen Behandler innerhalb der PHC-Versorgungseinrichtung zur Verfügung stehen.

*Zielstellung:* Die PHC-Versorgungseinrichtung verfügt über ein System zur Verwaltung bzw. über eine Verfahrensanweisung zur routinemäßigen und einheitlichen Dokumentation von wesentlichen Informationen zu allen Patienten.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: -  
Nenner: -

*Datenquellen:* Teambefragung, QM-Unterlagen der PHC-Versorgungseinrichtung, Verfahrensanweisung

*Voraussetzungen:* Ein validierter Teamfragebogen ist vorhanden. Regelmäßige Teambefragungen werden in der Primärversorgungseinrichtung durchgeführt (siehe Indikator Nr. 19).

*Bezugszeitraum:* Stichtag, einmal jährlich.  
(Die Arzt/ PHC-Teambefragung wird jährlich durchgeführt.)

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Das Vorhandensein eines Systems/Protokolls zur Verwaltung und Dokumentation von Informationen sollte glaubhaft (Vorlage der Verfahrensanweisung, Demonstration des Systems) dargelegt werden.

Die Validität und Reliabilität der Befragungsergebnisse ist abhängig von der Qualität des Fragebogens, der Methode der Durchführung und der Rücklaufquote. Diese Aspekte sind bei der Auswertung dieses Indikators zu berücksichtigen.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrundliteratur/Evidenz:* -

*Indikatorsysteme (Quellindikator und weitere korrespondierende Indikatoren):* The Royal New Zealand College of General Practitioners, RNZCGP Standard for New Zealand General Practice; 4th edition, 2011: "The practice has an effective system for the management of clinical correspondence, test results and other investigations."

## Indikator 30: Medikamentenallergien

### (I) Beschreibung

*Aussage:* Der Indikator gibt an, ob es in der PHC-Versorgungseinrichtung ein Standardverfahren zur Dokumentation von Medikamentenallergien und unerwünschten Arzneimittelwirkungen gibt.

*Begründung:* Eine Kohortenstudie im Primärversorgungsbereich hat gezeigt, dass in einem Zeitraum von drei Monaten bei ca. einem Drittel aller Patienten mit Medikamentenverschreibungen eine unerwünschte Arzneimittelwirkung auftrat, wobei 39% davon potenziell vermeidbar waren. Diese wurden hauptsächlich mit Kommunikationsfehlern zwischen Arzt und Patient oder Verschreibungsfehlern begründet [1]. Ziel einer adäquaten Dokumentation von Medikamentenallergien und unerwünschten Arzneimittelwirkungen ist es solche vermeidbaren unerwünschte Arzneimittelwirkung zu minimieren und damit Patienten vor zukünftigem Schaden durch Medikamente zu bewahren, durch die sie bereits ein unerwünschtes Ereignis erlitten haben.

*Zielstellung:* Die PHC-Versorgungseinrichtung verfügt über ein standardisiertes Verfahren zur Dokumentation von Medikamentenallergien und unerwünschten Arzneimittelwirkungen.

### (II) Erstellung

*Benötigte Daten:* Zähler: -  
Nenner: -

*Datenquellen:* Teambefragung, Ordinationssoftware

*Voraussetzungen:* Medikamentenallergien müssen bei Erstkonsultation routinemäßig, unerwünschte Arzneimittelwirkungen im Anlassfall erhoben und dokumentiert werden. Arzneimittel-Wechselwirkungen und Kontraindikationen werden von der Ordinationssoftware in der Regel automatisch angezeigt.  
Ein validierter Teamfragebogen ist vorhanden. Regelmäßige Teambefragungen werden in der Primärversorgungseinrichtung durchgeführt (siehe Indikator Nr. 19).

*Bezugszeitraum:* Stichtag, einmal jährlich.  
(Die Teambefragung wird jährlich durchgeführt.)

### (III) Anmerkung zur Messgüte

Das Vorhandensein eines Standardverfahrens zur Dokumentation von Medikamentenallergien und unerwünschten Arzneimittelwirkungen sollte glaubhaft dargelegt werden.

### (IV) Evidenz und bisherige Anwendung

*Hintergrund-literatur/Evidenz:* [1] Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, et al. Adverse drug events in ambulatory care. N Engl J Med. 2003 Apr 17; 348 (16): 1556-64

*Indikatorsysteme (Quellindikator und weitere korrespondierende Indikatoren):* Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen – AQUIK; 2013: „Die Dokumentation von Medikamentenallergien und unerwünschten Arzneimittelwirkungen innerhalb der letzten 12 Monate erfolgte nach einem Standardverfahren und ist klar

erkennbar“

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Practice-level indicators of safety and quality for primary health care specification, Version 1.0; 2012: “The percentage of clients whose known adverse drug reactions and medication allergies are documented in the service’s patient health record.”

## 7. Literaturverzeichnis

Abholz H, Egidi G. Qualitätsindikatoren in der Hausärztlichen Versorgung – ein Provokationspapier. Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA). 2009; 85: 260-3

Agency for Healthcare Research and Quality. Medication reconciliation. Patient safety primers. 2015 [online]. Available from: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=1>. [Accessed 25.08.2015]

AOK-Gesundheitspartner. Der AQUA-Ansatz zur Entwicklung der QiSA-Indikatoren. 2006 [online]. Available from: [http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/ueber\\_qisa/methodik/index\\_05754.html](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/ueber_qisa/methodik/index_05754.html) [Accessed 26.08.2015]

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien – Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren. 2009 [online]. Available from: <http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe36.pdf> [Accessed 28.08.2015]

Borg I. Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung: Theorien, Tools und Praxiserfahrungen. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie; 2000

Broge B, Schneider A, Szecsenyi J. Umsetzung von Verträgen zur Integrationsversorgung. Wann wird aus einem politischen Wunsch Wirklichkeit. In: Klusen N, Straub C, editors. Bausteine für ein neues Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2003. p. 121-33

Brown JB, Weston WW, Stewart MA. Patient-Centred Interviewing Part II: Finding Common Ground. Can Fam Physician. 1989 Jan; 35: 153-7

Chodosh J, Morton SC, Mojica W, et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. Ann Intern Med. 2005 Sep 20; 143 (6): 427-38

Cutler T. Medication Reconciliation Victory after an Avoidable Error. 2009 [online]. Available from: <http://webmm.ahrq.gov/case.aspx?caseID=195> [Accessed 25.08.2015]

Czypionka T, Röhrling G, Ulinski S, et al. Ambulatory Care Sensitive Conditions: Einflussmöglichkeiten und Ansätze zur Reduktion – internationale Evidenz. Health System Watch 2014; 2: 1-16

Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. 2001 [online]. Available from: [http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph\\_reports/2011/MR1269.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf) [Accessed 25.08.2015]

Floimayr A. Entwicklung eines Primärversorgungsmodells im Sinne von "Primary Health Care" nach internationalem Vorbild für Oberösterreich – mit konkretem Fokus auf Prüfung der Umsetzbarkeit am Beispiel der Modellregion Enns. Masterarbeit, Universitätslehrgang Public Health, Medizinische Universität Graz; 2015.

Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. Am J Public Health. 1998 Sep; 88 (9): 1330-6

Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, et al. Adverse drug events in ambulatory care. N Engl J Med. 2003 Apr 17; 348 (16): 1556-64

Heath I, Rubinstein A, Stange KC, et al. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. BMJ. 2009; 338: b1242

Joyce C, Piterman L. Trends in GP home visits. Aust Fam Physician. 2008 Dec; 37 (12): 1039-42

Kaiser Family Foundation, Agency for Health Care Research and Quality. National Survey on Americans as Health Care Consumers: An Update to the Role of Quality Information. 2000 [online].

Available from: <http://archive.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/kffupdate/kffchartbk00.pdf> [Accessed 25.05.2015]

Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Wie bewerten Patienten Hausärzte und ihre Praxen? Deutsche Ergebnisse der internationalen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP). *Z Arztl Fortbild Qualitätssich.* 1999; 93 (6): 437-45

Klingenberg A, Szecsenyi J. Welchen Nutzen ziehen Ärzte aus einer Patientenbefragung? *Z Allg Med* 1998; 74 (17-18): 769-72

Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract.* 2013 Nov; 63 (616): e742-50

Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract.* 2003 Jun; 20 (3): 311-7

Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, et al. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract.* 2001 Nov-Dec; 4 (6): 256-62

Mold J, Aspy C, Nagykalda Z. Implementation of evidence-based preventive services delivery processes in primary care: an Oklahoma Physicians Resource/Research Network (OKPRN) study. *Journal of the American Board of Family Medicine.* 2008; 21 (4): 334-44

Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA.* 2003 Feb 26; 289 (8): 1035-40

O'Daniel M, Rosenstein A. Professional Communication and Team Collaboration. In: Hughes R, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008

Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur. "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. 2014 [online]. Available from: <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf> [Accessed 25.08.2015]

Pereles L. Home visits. An access to care issue for the 21st century. *Can Fam Physician.* 2000 Oct; 46: 2044-8

Quasdorf I, Kleudgen S. 20 Jahre Qualitätszirkel - Unmittelbarer Nutzen für Patienten. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111 (12): A500-2

Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare. 2006 [online]. Available from: [http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr\\_contcare\\_e.pdf](http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf) [Accessed 25.08.2015]

Ritsema TS, Bingenheimer JB, Scholting P, et al. Differences in the delivery of health education to patients with chronic disease by provider type, 2005-2009. *Prev Chronic Dis.* 2014; 11: E33

Schara J, Brandt L. Patientenaufklärung – Rechtliche und humanitäre Forderungen. *Schmerz.* 2008 Feb; 22 (1): 91-8; quiz 9-100

Scheibler F. *Shared Decision-Making – Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung.* Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber; 2003

Shields CG, Epstein RM, Franks P, et al. Emotion language in primary care encounters: reliability and validity of an emotion word count coding system. *Patient Educ Couns.* 2005 May; 57 (2): 232-8

- Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994 Oct 22; 344 (8930): 1129-33
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83 (3): 457-502
- Starfield B, Wray C, Hess K, et al. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health*. 1981 Feb; 71 (2): 127-31
- Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice*. 2001; 50 (2): 161-75
- Stauss B. Beschwerdenmanagement als Beitrag zur patientenzentrierten Evaluation – Ziele, Aufgaben und spezifische Probleme. *Experten Fragen – Patienten antworten Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen; Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag; 1998
- Steckelberg A, Berger B, Kopke S, et al. Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich*. 2005; 99 (6): 343-51
- Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000 Sep; 49 (9): 796-804
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995 May 1; 152 (9): 1423-33
- Stigler FL, Starfield B, Sprenger M, et al. Assessing primary care in Austria: room for improvement. *Fam Pract*. 2013 Apr; 30 (2): 185-9
- Tschachler E. Wunschzettel Primärversorgung. *ÖKZ - Das österreichische Gesundheitswesen*. 2014; 55 (8-9): 8-10
- van Uden CJ, Crebolder HF. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emerg Med J*. 2004 Nov; 21 (6): 722-3
- Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen. 2012 [online]. Available from: [http://www.oeqmed.at/fileadmin/user\\_upload/Documents/Eval/QSVO\\_2012.pdf](http://www.oeqmed.at/fileadmin/user_upload/Documents/Eval/QSVO_2012.pdf) [Accessed 25.08.2015]
- Weinert M, Mayer H, Zojer E. Geschulte Kommunikation als „Intervention“ – Modelle zur systematischen Kommunikation im Gesundheitswesen. *Anaesthesist*. 2015 Feb; 64 (2): 137-44
- Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care*. 2002 Apr; 14 (2): 111-8
- Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, et al. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract*. 1990 Nov; 40 (340): 445-9
- Wolf L. Mitarbeiterzufriedenheit als Determinante der wahrgenommenen Dienstleistungsqualität - Das Beispiel der stationären Patientenversorgung. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag; 2005
- World Health Organization. Primary health care - Declaration of Alma-Ata. 1978 [online]. Available from: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) [Accessed 25.08.2015]
- World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. 2002 [online]. Available from: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf> [Accessed 25.08.2015]





## Anhang A – Gesichtete Indikatordatenbanken

Anbieter/Portal bzw. Indikatordatenbank	URL
AAMC - American Association of Medical Colleges (USA)	<a href="http://www.aamc.org">www.aamc.org</a>
ACHS - Australian Council on Healthcare Standards (Australien)	<a href="http://www.achs.org.au">www.achs.org.au</a>
AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality (USA)	<a href="http://www.qualityindicators.ahrq.gov">www.qualityindicators.ahrq.gov</a>
AIHW – Australian Institute of Health and Welfare (Australien)	<a href="http://www.aihw.gov.au">www.aihw.gov.au</a>
ANA - American Nurses Association`s Safety and Quality Initiative (USA)	<a href="http://www.nursingworld.org">www.nursingworld.org</a>
AOK-Indikatoren für Arztnetze (Deutschland)	<a href="http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/index.html">http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/index.html</a>
AQUA-Institut (Deutschland)	<a href="https://www.aqua-institut.de">https://www.aqua-institut.de</a>
AQUIK - Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Deutschland)	<a href="http://www.kbv.de/html/aquik.php">http://www.kbv.de/html/aquik.php</a>
Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (Australien)	<a href="http://www.safetyandquality.gov.au">www.safetyandquality.gov.au</a>
Australian Government of Health and Ageing (Australien)	<a href="http://www.health.gov.au">www.health.gov.au</a>
ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Deutschland)	<a href="http://www.aezq.de">www.aezq.de</a>
CAHPS - Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (USA)	<a href="https://cahps.ahrq.gov/index.html">https://cahps.ahrq.gov/index.html</a>
Care Quality Commission (UK)	<a href="http://www.cqc.org.uk">www.cqc.org.uk</a>
CIAP - Clinical Information Access Programme (Australien)	<a href="http://www.ciap.health.nsw.gov.au/home.html">http://www.ciap.health.nsw.gov.au/home.html</a>
CIHI - Canadian Institute for Health Information (Kanada)	<a href="http://www.cihi.ca/CIHI-external/internet/EN/TabbedContent/health+system+performance/indicators/health/cihi010654">http://www.cihi.ca/CIHI-external/internet/EN/TabbedContent/health+system+performance/indicators/health/cihi010654</a>
CMS - Center for Medicare and Medicaid Services (USA)	<a href="http://www.cms.gov">www.cms.gov</a>
Commonwealth Fund (USA)	<a href="http://www.commonwealthfund.org">www.commonwealthfund.org</a>
DK NIP - Det Nationale Indikatorprojekt (Dänemark)	<a href="http://www.kcks-vest.dk/manualer/">http://www.kcks-vest.dk/manualer/</a>
ESQH - European Society for Quality in Healthcare (International)	<a href="http://www.esqh.at">www.esqh.at</a>
EUPHORIC	<a href="http://www.euphoric-project.eu">www.euphoric-project.eu</a>
Health Canada (Kanada)	<a href="http://www.hc-sc.gc.ca/index-eng.php">www.hc-sc.gc.ca/index-eng.php</a>
Health Council of Canada (Kanada)	<a href="http://www.healthcouncilcanada.ca/">http://www.healthcouncilcanada.ca/</a>
HGRD – Health Grades Inc. (USA)	<a href="http://www.healthgrades.com">www.healthgrades.com</a>
IHI - Institute for Healthcare Improvement (USA)	<a href="http://www.ihl.org/Pages/default.aspx">http://www.ihl.org/Pages/default.aspx</a>
IQIP – International Quality Indicator Project (International)	<a href="http://www.epos-bg.de/iqip.html">http://www.epos-bg.de/iqip.html</a>
JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations Hospital Core Measures (USA)	<a href="http://www.jointcommission.org/">http://www.jointcommission.org/</a>

<b>Anbieter/Portal bzw. Indikatorendatenbank</b>	<b>URL</b>
Leapfrog – Leapfrog Group for Patient Safety (USA)	<a href="http://www.leapfroggroup.org">www.leapfroggroup.org</a>
Medicare (USA)	<a href="http://www.medicare.gov/">http://www.medicare.gov/</a>
National Board of Health and Welfare - Socialstyrelsen (Schweden)	<a href="http://www.socialstyrelsen.se/english">www.socialstyrelsen.se/english</a>
NCQA – National Committee for Quality Assurance (USA)	<a href="http://www.ncqa.org/tabid/59/Default.aspx">www.ncqa.org/tabid/59/Default.aspx</a>
NHMRC - National Health and Medical Research Council (Australien)	<a href="http://www.nhmrc.gov.au">http://www.nhmrc.gov.au</a>
NHS - National Institute for Health and Care Excellence (UK)	<a href="http://www.nice.org.uk">www.nice.org.uk</a>
NHS - The Information centre (UK)	<a href="http://www.hscic.gov.uk/indicatorportal">http://www.hscic.gov.uk/indicatorportal</a>
NIVEL - Netherlands institute for health services research (Niederlande)	<a href="http://www.nivel.eu">www.nivel.eu</a>
NQMC - National Quality Measures Clearinghouse (USA)	<a href="http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/">http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/</a>
OECD – Organisation of Economic Cooperation and Development (International)	<a href="http://www.oecd.org/health/">http://www.oecd.org/health/</a>
Office of Statewide Health Planning and Development – OSHPD (USA)	<a href="http://www.oshpd.ca.gov">www.oshpd.ca.gov</a>
Ontario Ministry of Health and long-term Care (Australien)	<a href="http://www.health.gov.on.ca/en/">http://www.health.gov.on.ca/en/</a>
Public Health Agency of Canada (Kanada)	<a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/index-eng.php">www.phac-aspc.gc.ca/index-eng.php</a>
Quinth (Deutschland)	<a href="http://quinth.gkv-spitzenverband.de/content/indikatorenliste.php">http://quinth.gkv-spitzenverband.de/content/indikatorenliste.php</a>
Rhode Island Health Quality Performance Measurement and Reporting Program (USA)	<a href="http://www.health.ri.gov">www.health.ri.gov</a>
SQG - Sektorenübergreifende Qualität im Gesundheitswesen (Deutschland)	<a href="http://www.sqg.de">www.sqg.de</a>
US-Department of Health and Human Services (USA)	<a href="http://www.hhs.gov">www.hhs.gov</a>
Verein Outcome (Schweiz)	<a href="http://www.hcri.ch">www.hcri.ch</a>
VGHI – Victorian Government Health Information – Clinical indicators in Victoria's hospitals (Australien)	<a href="http://www.health.vic.gov.au">www.health.vic.gov.au</a>

## **Anhang B – Teilnehmer des Expertenpanels**

Dr. med. Antje Erler, MPH – Institut für Allgemeinmedizin, Goethe Universität Frankfurt/Main

Dr. med. Christoph Fischer – Arzt für Allgemeinmedizin, Tirol

MMag. Andrea Floimayr, MPH – Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Dr. med. Bernhard Fürthauer – Arzt für Allgemeinmedizin, Salzburg

Mag. Katharina Hintringer, BA – Tiroler Gebietskrankenkasse

Dr. med. Oliver Lammel - Arzt für Allgemeinmedizin, Steiermark

PD Dr. med. Eva Mann-Baldauf\* – Ärztin für Allgemeinmedizin, Vorarlberg

Dr. med. Tanja Scarpatetti – Ärztin für Allgemeinmedizin, Steiermark

Mag. (FH) Matthias Schauppenlehner – Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger

Mag. Johann Seethaler, MHA / Mag. Petra Paretta\* – Gesundheit Österreich GmbH

Dr. med. Martin Sprenger, MPH\* – Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz

Dr. med. Florian Stigler, MPH\* – Krankenhaus der Elisabethinen Graz

-----  
\* Nur Teilnahme an der 1. Bewertungsrunde.

## Anhang C – Übersicht über alle bewerteten Indikatoren

Die Qualitätsindikatoren wurden anhand einer 9-stufigen Bewertungsskala hinsichtlich Relevanz und Praktikabilität bewertet, wobei 1 für nicht relevant/praktikabel und 9 für sehr relevant/praktikabel stehen.

Dunkelgrün hinterlegt sind jene 30 Indikatoren, die vom Expertenpanel als relevant und praktikabel bewertet wurden und somit den Master-Evaluationskatalog für PHC-Modelle in Österreich darstellen. Hellgrün hinterlegt sind jene Indikatoren die zwar als relevant, jedoch nicht praktikabel beurteilt wurden. Als relevant bzw. praktikabel wurden dabei jene Qualitätsindikatoren erachtet, bei denen der Median der Bewertungen jeweils im oberen Drittel der Bewertungsskala lag (7-9) UND darüber hinaus ein Konsens im Panelverfahren bestand. Als Konsens wurde festgelegt, dass mindestens 75% der einzelnen Bewertungen ebenfalls im oberen Drittel der Bewertungsskala liegen mussten. Bewertungen für die auch ein Konsens vorlag sind nachfolgend mit \* gekennzeichnet.

Laufende Nr. (Panelverfahren)	Indikator-Nr. Master-Evaluationskatalog	Indikator	Median Relevanz	Median Praktikabilität
1	1	Behandlungszugang	8*	8*
2		Behandlungszugang Tagesrand/Wochenende	8*	8
3	3	Informationen über Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten	8*	7,5*
4	2	Wöchentliche Mindestöffnungszeit	8*	9*
5		Einhaltung der vereinbarten Wartezeit vor Ort	7	6
6 (elekt) <sup>§</sup>	4	Wartezeit - nicht akuter Behandlungstermin	8*	8*
6a (akut) <sup>§</sup>	5	Wartezeit - akuter Behandlungstermin	9*	8*
7		Angebot Ordinationszeit	7	8
8		Telefonische Erreichbarkeit aus Patientensicht	7	8
9		E-mail Anfragen	3	6
10		Berücksichtigung kultureller und sprachlicher Faktoren	7	5
11		Sprachbarrieren - Übersetzungsservice	7*	6
12	6	Verfügbarkeit von Informationen zum Versorgungsmodell und zu allgemeinen krankheitsspezifischen Themen	8*	8*
13	7	Informationen zur Behandlung aus Patientensicht	9*	8*
14		Telefonkonsultationen	2	1
15		Patientenzufriedenheit, telefonische Auskunft	4	2
16	8	Patientenzufriedenheit mit der Kommunikation des Arztes	9*	8*
17	9	Shared Decision Making	8*	8*
18		Zufriedene Patienten in einem Versorgungsmodell	7	8
19		Beschwerdemanagement	3	4
20	11	Weiterempfehlung des Versorgungsmodells	8*	8*

Laufende Nr. (Panelverfahren)	Indikator-Nr. Master- Evaluationskatalog	Indikator	Median Relevanz	Median Praktikabilität
21		Dauer einer Routine-Arztkonsultation	5	2
22	<b>12</b>	Hausbesuche	9*	8*
23		Behandlungen ohne Überweisung	8*	7
24		Verfügbarkeit und Nutzung morbiditätsbezogener Informationen	9*	6
25		Erreichung Therapieziele	7*	5
26		Verbesserung Gesundheitszustand	4	4
27	<b>10</b>	Unterstützung zum Selbstmanagement chronischer Erkrankungen	9*	8*
28	<b>13</b>	Zahl der stationären Aufenthalte	9*	8*
29		Stationäre Aufnahmen bei "Ambulatory Care Sensitive Conditions" (ACSC)	8	5
30		Eingesetzte, im Versorgungsmodell konsentier- te Leitlinien pro Arzt	9*	2
31		Steuerung und Unterstützung der Qualitätszirkelarbeit	9*	8
32	<b>14</b>	Teilnahme an Qualitätszirkeln	9*	8*
33		Weiterbildungsmaßnahmen Erste Hilfe	8	8
34	<b>17</b>	Patientenschulungsangebot	8*	8*
35		Qualitätsverbesserung – Einbeziehung Patienten	5	7
36	<b>21</b>	Abgleich Medikation - Patientenakte	8*	8*
37		Therapieplan für Patienten mit chronischen Erkrankungen	8*	7
38		Patientenregister chronische Erkrankungen	9*	8
39		Spezifische Programme für chronische Erkrankungen	8*	8
40	<b>22</b>	Wiederbestellsystem für chronisch Kranke	8*	8*
41		Nachverfolgung Terminausfälle	6	6
42	<b>23</b>	Verschiedene konsultierte Hausärzte je Patient	7*	9*
43		Verschiedene konsultierte Fachärzte je Patienten	9*	4,5
44	<b>26</b>	Facharztkonsultationen mit Überweisung	9*	8*
45	<b>27</b>	Überweisungsqualität	9*	8*
46		Informationssystem zur Behandlung durch Ärzte außerhalb der Versorgungseinrichtung	8*	7
47	<b>28</b>	Kommunikation innerhalb eines Behandlungsteams	9*	8*
48		Berücksichtigung Therapie durch externe Behandler	7	7
49	<b>29</b>	System zur Informationsverwaltung	8*	8*
50		Behandlungskoordination - Arzt/ anderen Versorgungsebenen	9*	8
51		Behandlungskordinator bei chronischen Erkrankungen	3	6
52		Erkennen und Versorgen von Notfällen	8	7
53		Aufklärung Arzneimittelnebenwirkungen	8*	5

Laufende Nr. (Panelverfahren)	Indikator-Nr. Master- Evaluationskatalog	Indikator	Median Relevanz	Median Praktikabilität
54	<b>30</b>	Medikamentenallergien	9*	8*
55		Teilnahme an praxisübergreifendem Fehlerberichtssystem	9	3
56		Vermeidbare Todesfälle	5	2
57		Umgang mit vertraulichen Informationen	7	8
58		Schulung Infektionsprävention Mitarbeiter	7	8
59	<b>15</b>	Teilnahme an regionalen Informationsveranstaltungen zum Versorgungsmodell	7*	8*
60	<b>16</b>	Informiertheit über Ziele und Aktivitäten im Versorgungsmodell	8*	8*
61	<b>24</b>	Zufriedenheit mit Ergebnissen des Versorgungsmodells	8*	9*
62	<b>25</b>	Teammitgliederfluktuation in einer PHC-Versorgungseinrichtung	8*	8*
63	<b>20</b>	Teilnahme an der Teambefragung	9*	9*
64	<b>19</b>	Durchführung einer Teambefragung	8*	8*
65	<b>18</b>	Durchführung einer Patientenbefragung	8,5*	8,5*

§: Indikator 6 wurde im Rahmen des Panelmeetings in 2 Indikatoren („akute“ bzw. „nicht akute“ Behandlungstermine) aufgeteilt.

## **Anhang D – Angaben zu potenziellen Interessenskonflikten**

Bezüglich der Angaben zu potenziellen Interessenskonflikten aller Projektmitarbeiter und der Mitglieder des Scientific Boards verweisen wir auf die „Erklärung über Interessenkonflikte“ – Formblätter, welche beim Auftraggeber aufliegen.