

Endbericht

Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung in Österreich

Kooperationsvereinbarung
zwischen dem
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
und der
Medizinischen Universität Graz

Version 1.1



PROJEKTTEAM

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

Vorständin des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Stellvertretende Institutsdirektorin und Leiterin des Arbeitsbereichs „Chronische Krankheit und Versorgungsforschung“ am Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

Univ.-Ass. Karin Petschk, MPH (Projektleitung)

Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz

Sarah Burgmann, BSc, MA

Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz

Univ.-Ass. Mag. rer. nat. Thomas Semlitsch

Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz

Dr. med. Klaus Jeitler

Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz

Darlegung der Interessenskonflikte

Die Darlegung der Interessenskonflikte der Mitglieder des Projektteams erfolgt unter Verwendung des Formulars zur Erklärung über Interessenskonflikte des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger.



Im folgenden Text wurde bei der Angabe von Personenbezeichnungen jeweils die männliche Form angewandt. Es sind damit auch weibliche Personen gemeint. Dies erfolgte ausschließlich zur Verbesserung der Lesbarkeit.

Das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) der Medizinischen Universität Graz ist fachlich unabhängig und vermeidet jegliche externe Parteinahme und Beeinflussung. In seiner Arbeit legt das IAMEV höchsten Wert auf Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz.

Inhalt

1	HINTERGRUND.....	10
1.1	Qualitätsindikatoren.....	10
1.2	Kategorien von Qualitätsindikatoren.....	10
1.3	Eigenschaften von Qualitätsindikatoren.....	11
1.4	Evidenzbasierte Leitlinien und leitlinienbasierte Behandlungspfade für die ambulante Versorgung.....	12
2	ZIELSETZUNG	14
3	METHODEN.....	15
3.1	Arbeitsschritt 1	15
3.2	Arbeitsschritt 1a	15
3.2.1	Recherche.....	15
3.2.2	Selektion relevanter Methoden.....	16
3.3	Arbeitsschritt 1b	16
3.3.1	Charakterisierung der einzelnen Methoden zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren.....	16
3.3.2	Analyse der differierenden Methoden.....	16
3.3.3	Ausführliche Referierung der einzelnen Methoden	16
3.4	Arbeitsschritt 2	16
3.5	Arbeitsschritt 3	17
4	ERGEBNISSE	19
4.1	Ergebnis der Recherche.....	19
4.2	Ergebnis der Selektion	20
4.3	Ergebnis der Charakterisierung und Analyse der differierenden Methoden	21
4.3.1	Vorgehen im Rahmen der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL)	22
4.3.2	Leitliniengruppe - Onkologie.....	26
4.3.3	Entwicklung und Bewertung von Qualitätsindikatoren aus den Leitlinien Halsschmerzen, Nackenschmerzen und Demenz der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).....	28
4.4	Detaillierte Übersicht der drei Methodenpapiere.....	31
4.5	Unterschiede zwischen den identifizierten Methoden sowie jeweilige Vorteile und Nachteile	33

4.5.1	Berücksichtigung von nationalen und internationalen QI versus keine Berücksichtigung bestehender QI.....	33
4.5.2	Berücksichtigung von Behandlungszielen versus nur LL-Empfehlungen	34
4.5.3	Berücksichtigung von Level of Evidence versus nur GoR.....	34
4.5.4	Recherche von Dokumentationsanforderungen versus keine Recherche	35
4.5.5	Mehrere Präsenztreffen versus ein Präsenztreffen.....	35
4.5.6	Präsenztreffen versus Telefonkonferenz	35
4.5.7	Eingeschränkte Gruppe versus gesamte Gruppe	35
4.5.8	Einbindung von Methodikern versus keine Einbindung.....	36
4.5.9	Unterschiedliche Bewertungsskalen.....	36
4.5.10	Unterschiedliche Bewertungskriterien	36
5	KONZEPT der QI-METHODE für ÖSTERREICH	37
5.1	Leitlinienauswahl.....	37
5.2	Datenextraktion / Vorauswahl.....	37
5.3	„Arbeitsgruppe QI“ und Datenextraktion	37
5.4	Bewertung / Auswahlverfahren.....	38
5.4.1	Panel und Stakeholder	39
5.4.2	Bewertungskriterien.....	39
5.4.3	Skalen, Kategorisierung und Gesamtwertung	40
5.4.4	Erste Bewertungsrunde.....	41
5.4.5	Zweite Bewertungsrunde.....	41
6	PILOTIERUNG der für Österreich konzipierten Methode.....	44
6.1	COPD.....	44
6.1.1	Extraktion der GoR A-Empfehlungen	44
6.1.2	Operationalisierbarkeit	48
6.1.3	Panelverfahren.....	56
6.1.4	Endgültiges Qualitätsindikatoren-Set für COPD	63
6.2	Adipositas	72
6.2.1	Extraktion der GoR A - Empfehlungen	72
6.2.2	Operationalisierbarkeit	80
6.2.3	Panelverfahren.....	92
6.2.4	Endgültiges Qualitätsindikatoren-Set für Adipositas	98
6.3	Depression.....	107
7	INDIKATOREN, aus dem vorläufigen primären QI-Indikatoren-Set, die mittels ROUTINEDATEN der SV auswertbar sind.....	108

7.1 Routinedaten.....	119
8 DISKUSSION.....	121
9 REFERENZEN.....	122

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 deutschsprachige Leitlinienanbieter - Resultate der Recherchen	19
Tabelle 2 med.-wissenschaftliche Institute bzw. Zentren - Resultate der Recherchen	19
Tabelle 3 Fachzeitschriften - Resultate der Recherchen.....	20
Tabelle 4 GoR A-Empfehlungen des Behandlungspfades	45
Tabelle 5 Ergebnisse der ersten schriftlichen Bewertungsrunde.....	59
Tabelle 6 Ergebnis der zweiten schriftlichen Bewertung	61
Tabelle 7 GoR A-Empfehlungen des Behandlungspfades Adipositas Kinder u. Jugendliche	72
Tabelle 8 GoR A-Empfehlungen des Behandlungspfades Adipositas Erwachsene	77
Tabelle 9 QI-Kinder & Jugendliche - Adipositas - vorläufiges Gesamtergebnis.....	93
Tabelle 10 QI-Erwachsene-Adipositas-vorläufiges Gesamtergebnis.....	94
Tabelle 11 QI Kinder & Jugendliche - Adipositas	96
Tabelle 12 QI Erwachsene - Adipositas	97

ABBILDUNGEN

Abbildung 1 Übersicht der Recherche	21
Abbildung 2 Übersicht des österreichischen Entwicklungsprozesses	43
Abbildung 3 Verlaufsdarstellung: QI-COPD	64
Abbildung 4 Verlaufsdarstellung: QI Kinder & Jugendliche Adipositas.....	99
Abbildung 5 Verlaufserstellung: QI-Erwachsene-Adipositas	100

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AaDO ₂	Alveolo-arterielle Sauerstoffdifferenz
A-OQI	Austrian Outpatient Quality Indicators
ATC-Code	Anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
aQua	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
AXXON	Belgian Physical Therapy Association
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMI	Body-Mass-Index
CAD	Coronary artery disease
CAT	COPD Assessment Test
CTFPHC	Canadian Task Force on Preventive Health Care
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DMP	Disease Management Programm
EKG	Elektrokardiographie
FEV ₁	Forciertes expiratorisches Volumen
GF	Gesundheitsförderung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GoR	Grade of Recommendation
h	hours
IAMEV	Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement
ICPC-2	International Classification of Primary Care
ICS	Inhalative Kortikosteroide
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LABA	Long-Acting Beta-Agonists
LAMA	Long-acting muscarinic-antagonists
LBI-HTA	Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment
LEICON	Leistungscontrolling
LL	Leitlinie
LTOT	Long term oxygen therapy
LoE	Level of Evidence
NHLBI	National Heart, Lung and Blood Institute
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
NQMC	National Quality Measures Clearinghouse

NVL	Nationale VersorgungsLeitlinien
mMRC	Modified British Medical Research Council
OL-Office	Onkologie-Office
PDE	Phosphodiesterase
PSY III	Psychotherapeutische Medizin
PVE	Primärversorgungseinheit
QI	Qualitätsindikator
QISA	Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
RAM	RAND/UCLA Appropriateness Method
RAND	Research and Development Organization/
SBOT	Short burst oxygen therapy
SLK	Ständige Leitlinienkommission
SV	Sozialversicherung
UCLA	University of California, Los Angeles
UMIT	Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik
UoM	Unit of measure
WHO	World Health Organization
ZEFQ	Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen
ZFA	Zeitschrift für Allgemeinmedizin

1 HINTERGRUND

Um eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu erhalten und weiterzuentwickeln, sind eine zuverlässige Messung und Darstellung von Qualität entscheidend. Dabei werden für die Bewertung und Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität meist Qualitätsindikatoren (QI) eingesetzt [1]. Unter anderem werden QI im Qualitätsmanagement zwischen Leistungserbringern und für die leistungsorientierte Vergütung benutzt [2].

Qualitätsindikatoren dienen als Parameter, welche die Qualität einer Zusammengehörigkeit durch Zahlen beziehungsweise Zahlenverhältnisse indirekt abbilden. Rückschlüsse auf die Gesamtqualität der Patientenbetreuung, einer Ordination oder eines Leistungserbringers können durch einzelne QI nicht gezogen werden. Einzelne QI beziehen sich nur auf einzelne Qualitätsaspekte, jedoch nicht auf die Gesamtversorgung [3].

Das Konzept „Qualitätsmessung im ambulanten Bereich“, welches im Rahmen der Bundeszielsteuerung entwickelt wurde, hat das Bestreben, die Qualität der Patientenversorgung anhand bestimmter Parameter/Indikatoren zu analysieren, und mit den tätigen Ärzten im extramuralen Bereich zu diskutieren. Als thematische Schwerpunkte wurde in diesem Konzept vier Bereiche – Chronische Erkrankungen, Interventionen, Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit – angeführt. Für Austrian Outpatient Quality Indicators (A-OQI) erfolgte eine Vereinbarung zwischen Ländern, Bund, Sozialversicherungen und Ärztekammer. Ein Pilotprojekt wurde in den Bundesländern Steiermark und Oberösterreich im Bereich der chronischen Erkrankungen (Diabetes Mellitus Typ 2) realisiert [4].

Unterschiedliche methodische Vorgehensweisen zeigen aktuelle Publikationen zur Ableitung von Qualitätsindikatoren aus Leitlinien (LL) oder Behandlungspfaden auf [5]. Für die Überprüfung der Qualität der Versorgung basierend auf evidenzbasierten Leitlinien und leitlinienbasierten Behandlungspfaden im ambulanten Bereich gibt es bis jetzt kein systematisches einheitliches und methodisches Vorgehen, sodass die Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren erforderlich ist. Eine anerkannte und valide Entwicklungsmethode ist jedoch Voraussetzung für die effiziente Entwicklung qualitativ hochwertiger Indikatoren [2], da es bisher keinen nationalen und internationalen einheitlichen „Goldstandard“ gibt [5].

1.1 Qualitätsindikatoren

Definition von Qualitätsindikatoren:

1. Qualitätsindikatoren sind spezifische und messbare Elemente der Versorgung, die zur Bewertung dieser verwendet werden können. Basierend auf Expertenmeinungen, auf der Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz oder aus Leitlinien können Qualitätsindikatoren entwickelt werden [2].

2. Qualitätsindikatoren sind Maße, deren Prägnanz eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen oder Ergebnissen der Versorgung darstellen. Es sind Hilfsgrößen, die die Qualität einer Einheit durch Zahlen indirekt abbilden [6].

1.2 Kategorien von Qualitätsindikatoren

Aufgrund verschiedener Faktoren können Qualitätsindikatoren gruppiert werden. Die Qualitätsdimension ist ein wesentliches Klassifizierungsmerkmal, auf welches der Indikator abzielt. Angelehnt an die eingeführte Gliederung von Qualitätsdimensionen von Donabedian beziehen sich Qualitätsindikatoren gewöhnlich auf die Prozesse, Strukturen oder Ergebnisse

der Gesundheitsversorgung. Die Prozess- und Strukturindikatoren sind aber nur dann als valide Qualitätsindikatoren anzusehen, wenn sich ein verbesserter Outcome in diesem Zusammenhang zeigt. Ein weiteres Merkmal ist der **Geltungsbereich** der Qualitätsindikatoren. Hier kann der Geltungsbereich durch unterschiedliche Formulierungen als krankheitsspezifische und/oder generische Indikatoren spezifiziert werden. Darüber hinaus werden Indikatoren nach deren **Versorgungsbereich** (akut, präventiv oder chronisch), nach deren **Art der Intervention** (sonographische Untersuchung, Medikation) und deren **Funktion der Intervention** (Diagnostik, Screening, Behandlung) gegliedert [7].

1.3 Eigenschaften von Qualitätsindikatoren

Um die Versorgungsgegebenheiten anhand von Indikatoren zuverlässig abzubilden, müssen für diese Qualitätsindikatoren bestimmte Gütekriterien vorhanden sein [8].

Wichtige Teilaspekte der Versorgung werden durch das Gütekriterium der Kategorie „Relevanz“ abgebildet. Diese Kategorie beinhaltet zwei methodische Gütekriterien:

- ◆ Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem
- ◆ Werden potenzielle Risiken und Nebenwirkungen berücksichtigt bzw. werden die Risiken ausführlich beschrieben.

Die Kategorie Wissenschaftlichkeit prüft direkte systematische Eigenschaften des Qualitätsindikators. Acht methodische Gütekriterien schließt diese Kategorie ein, diese stellen sich wie folgt dar:

- ◆ Indikatorevidenz
- ◆ Klarheit der Definitionen
- ◆ Validität
- ◆ Reliabilität
- ◆ Spezifität
- ◆ Sensitivität
- ◆ Risikoadjustierung
- ◆ Statistische Unterscheidungsfähigkeit

Die praktische Umsetzbarkeit eines Indikators in einem speziellen Umfeld wird mit den Gütekriterien der Kategorie „Praktikabilität“ geprüft. Insgesamt beinhaltet diese Kategorie neun methodische Gütekriterien, die sich wie folgt darstellen:

- ◆ Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für Patienten und interessierte Öffentlichkeit
- ◆ Verständlichkeit für Ärzte und Pflegende
- ◆ Beeinflussbarkeit der Indikatoreausprägung
- ◆ Datenverfügbarkeit
- ◆ Erhebungsaufwand
- ◆ Implementationsbarrieren berücksichtigt
- ◆ Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden
- ◆ Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden
- ◆ Die Vollzähligkeit der Daten kann überprüft werden

Es liegt für jedes vorab genannte Gütekriterium eine eindeutige Definition vor [9].

1.3.1.1 Stärken und Schwächen von Qualitätsindikatoren

Nachfolgend eine Gliederung der Charakteristiken der Stärken und Schwächen von Qualitätsindikatoren (überarbeitet nach Marshall) [8].

Stärken	Schwächen
<p>Qualitätsindikatoren können:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergleiche zwischen Leistungsanbietern (Netzen, Krankenhäusern und Praxen) ermöglichen – im zeitlichen Verlauf oder gegenüber einem Goldstandard (falls vorhanden). Diese Vergleiche können Veränderungen anregen und hierzu motivieren • eine objektive Bewertung und den Vergleich von Anbietern ermöglichen und vereinfachen • verwendet werden, um Verantwortlichkeit zu sichern und inakzeptables Verhalten zu erkennen • eine Diskussion anregen über die Qualität der Versorgung und den Einsatz von Ressourcen • schnellere und weniger aufwändige Instrumente zur Qualitätsbewertung sein als andere Methoden • als Grundlage für Vereinbarungen mit Leistungserbringern und Krankenkassen dienen • über Transparenz Vertrauen fördern 	<p>Qualitätsindikatoren können:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine fragmentierte Betrachtung der Medizin, insbesondere der Allgemeinmedizin (als holistischer und integrativer Disziplin) begünstigen • nur leicht messbare Aspekte der Versorgung einbeziehen und die eher subjektiven Aspekte außer Acht lassen • schwer interpretierbar sein, z.B. könnten scheinbare Versorgungsunterschiede eher mit willkürlichen Schwankungen oder Fällverteilungen (case-mix) zusammenhängen, als dass sie wirkliche Unterschiede in der Qualität der Versorgung aufzeigen • kostspielig und zeitaufwändig in der Erstellung sein • Schuldzuweisungen fördern und die Motivation in medizinischen Professionen senken • Organisationen (z.B. Netze) dazu verleiten, sich eher auf gemessene Aspekte der Versorgung zu stützen als auf andere Aspekte, und sich damit eher einer kurzfristigen Strategie zu widmen, als eine Langzeitstrategie zu entwickeln

1.4 Evidenzbasierte Leitlinien und leitlinienbasierte Behandlungspfade für die ambulante Versorgung

Diese sollen für die Verbesserung der Versorgung im ambulanten Bereich angewendet werden. Um die Qualität einer leitlinienbasierten Versorgung in Österreich im ambulanten Bereich feststellen zu können, ist die Entwicklung von Qualitätsindikatoren indiziert. In Österreich wurden bzw. werden im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger nachfolgende leitlinienbasierte Behandlungspfade für die Primärversorgung erarbeitet:

- ◆ Übergewicht & Adipositas auf Primärversorgungsebene [10]
- ◆ Nicht-spezifischer Rückenschmerz auf Primärversorgungsebene
- ◆ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) auf Primärversorgungsebene [11]

2 ZIELSETZUNG

Ziel des Projektes war es, österreichweit einheitliche und abgestimmte methodische Standards für die Erstellung von Qualitätsindikatoren auf Basis von Leitlinien oder Behandlungspfaden für den ambulanten Bereich zu entwickeln und diese beispielhaft anzuwenden.

Das Projekt umfasst folgende Arbeitsschritte:

- 1) Entwicklung einer validen Methode zur Erstellung von Qualitätsindikatoren auf Basis von Empfehlungen aus Leitlinien oder Behandlungspfaden für den ambulanten Bereich in Österreich
- 2) Erstellung von Qualitätsindikatoren-Sets mittels der zuvor entwickelten Methode für vier ausgewählte Indikationen im ambulanten Bereich
- 3) Dissemination

3 METHODEN

3.1 Arbeitsschritt 1

Entwicklung einer validen Methode zur Erstellung von Qualitätsindikatoren auf Basis von Empfehlungen aus Leitlinien oder Behandlungspfaden für den ambulanten Bereich in Österreich.

3.2 Arbeitsschritt 1a

„Fokussierte Recherche im deutschsprachigen Raum nach Methoden zur Entwicklung von QI“

Dieser Arbeitsschritt teilte sich in folgende Teilaufgaben auf:

1. Fokussierte Recherche im deutschsprachigen Raum nach publizierten Methoden zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren
2. Selektion relevanter Methoden

3.2.1 Recherche

Eine Recherche nach publizierten Methoden zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren erfolgte in folgenden Quellen:

- ♦ Webseiten ausgewählter deutschsprachiger medizinisch-wissenschaftlicher Institute bzw. Zentren wie z.B. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT), Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA), Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV)
- ♦ Webseiten deutschsprachiger Leitlinienanbieter: z.B. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM), Leitliniengruppe Hessen, Leitlinienprogramm Onkologie, Guidelines.ch, Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) Programm Deutschland
- ♦ Handsuche in folgenden Fachzeitschriften: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA), Deutsches Ärzteblatt, das Gesundheitswesen
- ♦ Fokussierte Internet-Recherche (Google)
- ♦ Optional war eine Recherche in der bibliographischen Datenbank Pubmed ¹ vorgesehen. Diese erfolgte letztlich nicht, da genügend relevante Publikationen in den zuvor genannten Quellen identifiziert wurden.

Folgende Begriffe wurden dabei als Suchterme eingesetzt: Qualitätsindikatoren, Qualitätssicherung, Entwicklung, Methodik sowie entsprechende Synonyme.

¹ Eine Recherche in PubMed ist nur vorgesehen, wenn in den zuvor genannten Quellen keine relevanten Publikationen identifiziert werden konnten.

3.2.2 Selektion relevanter Methoden

Die Auswahl relevanter Methoden zur Entwicklung von QI erfolgte auf Basis folgender Kriterien:

a. Anwendbarkeit im ambulanten Bereich

Die im Rahmen der Recherche identifizierten Methoden zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren wurden dann berücksichtigt, wenn diese für den ambulanten Bereich im österreichischen Gesundheitswesen einsetzbar sind.

b. Verwendbarkeit für Leitlinien bzw. leitlinienbasierte Behandlungspfade

Es wurden nur jene Methoden weiter in Betracht gezogen und eingeschlossen, die zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis von Leitlinien bzw. leitlinienbasierter Behandlungspfade verwendet werden können.

3.3 Arbeitsschritt 1b

„Charakterisierung und Analyse der differierenden Methoden“

Der Arbeitsschritt 1b gliederte sich in folgende Aufgaben:

1. Charakterisierung der einzelnen relevanten Methoden zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren
2. Analyse der differierenden Methoden
3. Ausführliche Erörterung der einzelnen Methoden

3.3.1 Charakterisierung der einzelnen Methoden zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren

Auf unterschiedliche Art und Weise können Qualitätsindikatoren entwickelt werden. Im Rahmen dieser Arbeit wurden die unterschiedlichen Ansätze zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren aus den erhobenen Daten dargestellt.

3.3.2 Analyse der differierenden Methoden

Basierend auf der Charakterisierung erfolgte eine Analyse der variierenden Methoden mit dem Ziel, bei der Methode zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren auftretende Vorteile sowie auch Nachteile ausführlich darzulegen.

3.3.3 Ausführliche Referierung der einzelnen Methoden

Abschließend wurden die einzelnen Methoden zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren umfassend und sorgfältig beschrieben und auf Basis einer Gegenüberstellung dieser einzelnen Methoden unter Berücksichtigung der jeweiligen Vor- und Nachteile wurde eine geeignete Methode für Österreich festgelegt.

3.4 Arbeitsschritt 2

„Erstellung von Qualitätsindikator-Sets mittels der zuvor entwickelten Methode für vier ausgewählte Indikationen im ambulanten Bereich“

Anhand der in den ersten beiden Arbeitsschritten festgelegten und in diesem Bericht beschriebenen Methode wurden in weiterer Folge Qualitätsindikatoren für den ambulanten Bereich in Österreich entwickelt. Dies sollte auf Basis folgender Behandlungspfade bzw. Leitlinien erfolgen:

- ◆ Behandlungspfad Übergewicht und Adipositas [10]
- ◆ Behandlungspfad COPD [11]
- ◆ Leitlinie Depression (2020)
- ◆ Behandlungspfad unspezifischer Rückenschmerz (Entscheidung noch offen)

Für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren auf Basis von Behandlungspfaden wurden die zuvor angeführten Behandlungspfade des IAMEV herangezogen bzw. vorgeschlagen. Zum Thema Depression erfolgte eine fokussierte Recherche im Leitlinienportal der AWMF, um eine geeignete evidenzbasierte Leitlinie zu identifizieren.

Die Indikationen wurden nacheinander bearbeitet und zuvor jeweils mit dem Auftraggeber abgestimmt. Anschließend erfolgte eine Sichtung der Behandlungspfade bzw. der Leitlinie im Hinblick auf Empfehlungen, die sich als Basis für Qualitätsindikatoren eignen. Die Entwicklung der einzelnen QI erfolgte abschließend anhand der zuvor in Arbeitsschritt 1 festgelegten Methode.

Als Ergebnis wurden bis dato zwei der vier QI-Sets zu den festgelegten Indikationen (COPD, Übergewicht/Adipositas) zur Messung der leitlinien- bzw. behandlungspfad-gerechten Versorgung von Patienten im ambulanten Bereich in Österreich ausgearbeitet. Die beiden anderen Indikationen konnten zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur teilweise (Depression) oder gar nicht bearbeitet werden.

3.5 Arbeitsschritt 3

„Dissemination“

Im Arbeitsschritt 3 erfolgte die Strategie zur Dissemination der entwickelten QI im edukativen und informativen Bereich.

Im Bereich der ambulanten Versorgung dienen Qualitätsindikatoren primär als Unterstützung und Messung der leitlinien- bzw. behandlungspfad-gerechten Versorgung von Patienten. Die Dissemination im Bereich der Anwender ist daher vordringlich. Zusätzlich sollen die Qualitätsindikatoren bei den Stakeholdern (z.B. Sozialversicherung, Ärztekammern) bekannt sein.

Dissemination bei Anwendern

Zielgruppe: Anwender sind praktisch tätige Ärzte und Angehörige von Gesundheitsberufen

Ziel: In den verschiedenen Zielgruppen sind die Ergebnisse des Projektes bekannt.

Dissemination bei Stakeholdern

Zielgruppe: Stakeholder, mit Bezug zur allgemeinmedizinischen Versorgung im österreichischen Gesundheitssystem

Ziel: Den relevanten Entscheidungsträgern sind die Ergebnisse des Projektes bekannt.

Die Dissemination erfolgt bei Kongressen (Österreichischer Primärversorgungskongress, Steirische Akademie für Allgemeinmedizin), in den Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit als auch bei Weiterbildungen in den Primärversorgungseinheiten (PVE).

4 ERGEBNISSE

Basierend auf der Projektskizze Version 1.1 vom 13.12.2018 wurde im ersten Schritt eine Feinkonzeptionierung vorgenommen. Diese umfasste eine detaillierte Ausarbeitung des Projekt- und Zeitplans.

4.1 Ergebnis der Recherche

Eine fokussierte Recherche im deutschsprachigen Raum nach publizierten Methoden zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren wurde im Zeitraum vom 28.01.2019 – 13.02.2019 durchgeführt.

Nachstehend die Zusammenfassung der Ergebnisse der Recherchen auf Webseiten deutschsprachiger Leitlinienanbieter und auf Webseiten ausgewählter deutschsprachiger medizinisch-wissenschaftlicher Institute bzw. Zentren. Für die Suche wurden folgende Keywords verwendet: Qualitätsindikator, Methodenpapier, Methode, Entwicklung und Qualitätssicherung.

Tabelle 1 deutschsprachige Leitlinienanbieter - Resultate der Recherchen

Leitlinien-anbieter	Qualitäts-indikatoren	Methoden-papier	Methode	Entwicklung	Qualitäts-sicherung	Gesamtanzahl d. Treffer
AWMF	33	8	34	141	163	379
DEGAM	5	1	10	20	5	41
LL-Gruppe Hessen	0	0	0	0	0	0
LL-Programm Onkologie	5	1	10	20	0	36
Guidelines.ch	0	0	0	0	0	0
NVL	12	1	23	75	17	128

Tabelle 2 med.-wissenschaftliche Institute bzw. Zentren - Resultate der Recherchen

Institute bzw. Zentren	Qualitäts-indikatoren	Methoden-papier	Methode	Entwicklung	Qualitäts-sicherung	Gesamtanzahl d. Treffer
ÄZQ	20	2	38	107	29	196
IQTIG	1.505	15	0	0	0	1.520
IQWiG	48	0	13	4	162	227
AQUA	34	2	11	75	72	194
KBV	18	3	313	438	199	971
UMIT	0	0	0	0	0	0
LBI-HTA	6	0	192	24	19	241
GÖG	28	1	4	101	25	159
IAMEV	1	0	19	5	4	29

Eine Handsuche in ausgewählten Fachzeitschriften erfolgte ab dem Jahr 2010. Parallel zu den vorab angeführten Keywords wurde ein Filter bei den Rubriken angewendet. Die Recherche wurde in den Kategorien Medizinreport, Wissenschaft und Perspektiven durchgeführt.

Tabelle 3 Fachzeitschriften - Resultate der Recherchen

Fachzeit-schrift	Qualitäts-indikatoren	Methoden-papier	Methode	Entwicklung	Qualitäts-sicherung	Gesamtanzahl d. Treffer
ZEFQ	88	61	469	487	247	1.352
ZFA	74	1		1	1	77
Das Gesund-heitswesen	0	0	0	0	0	0
Deutsches Ärzteblatt ²	15	2	0	0	0	17

Bei der fokussierten Internet-Recherche (google) wurden einheitlich immer die ersten 20 Treffer je Suchterme (n=100) betrachtet.

Eine Recherche in der bibliographischen Datenbank Pubmed, welche optional in der Projektskizze angeführt wurde, erfolgte nicht, da ausreichend relevante Publikationen identifiziert wurden.

4.2 Ergebnis der Selektion

Die vorweg beschriebene und durchgeführte Recherche ergab insgesamt 5.667 Treffer. Bei der ersten Selektion wurden 5.565 Treffer verworfen, da diese nur individuell die Schlüsselwörter enthielten, jedoch nicht weiter relevant waren. Anschließend wurden 102 relevante Methodenpapiere dahingehend bewertet, ob eine Methodik zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren vorliegt. 10 Methodenpapiere wurden extrahiert. Danach erfolgte eine Prüfung, ob die im Methodenpapier angeführte Methodik zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis von Leitlinien bzw. leitlinienbasierter Behandlungspfade beruht. Ob diese Methodik für den ambulanten Bereich im österreichischen Gesundheitswesen einsetzbar ist, wurde als zusätzliches Aus- bzw. Einschlusskriterium verwendet. Zwei Reviewer sichteten unabhängig voneinander die Treffer hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien.

Nach Abschluss der Selektion blieben fünf relevante Methodenpapiere für die weitere Abhandlung in Hinblick auf die Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung in Österreich übrig. Nachfolgende Abbildung stellt das Ein- und Ausschlussverfahren der Recherche dar:

² 2019 – 2014 gab es keine Suchergebnisse

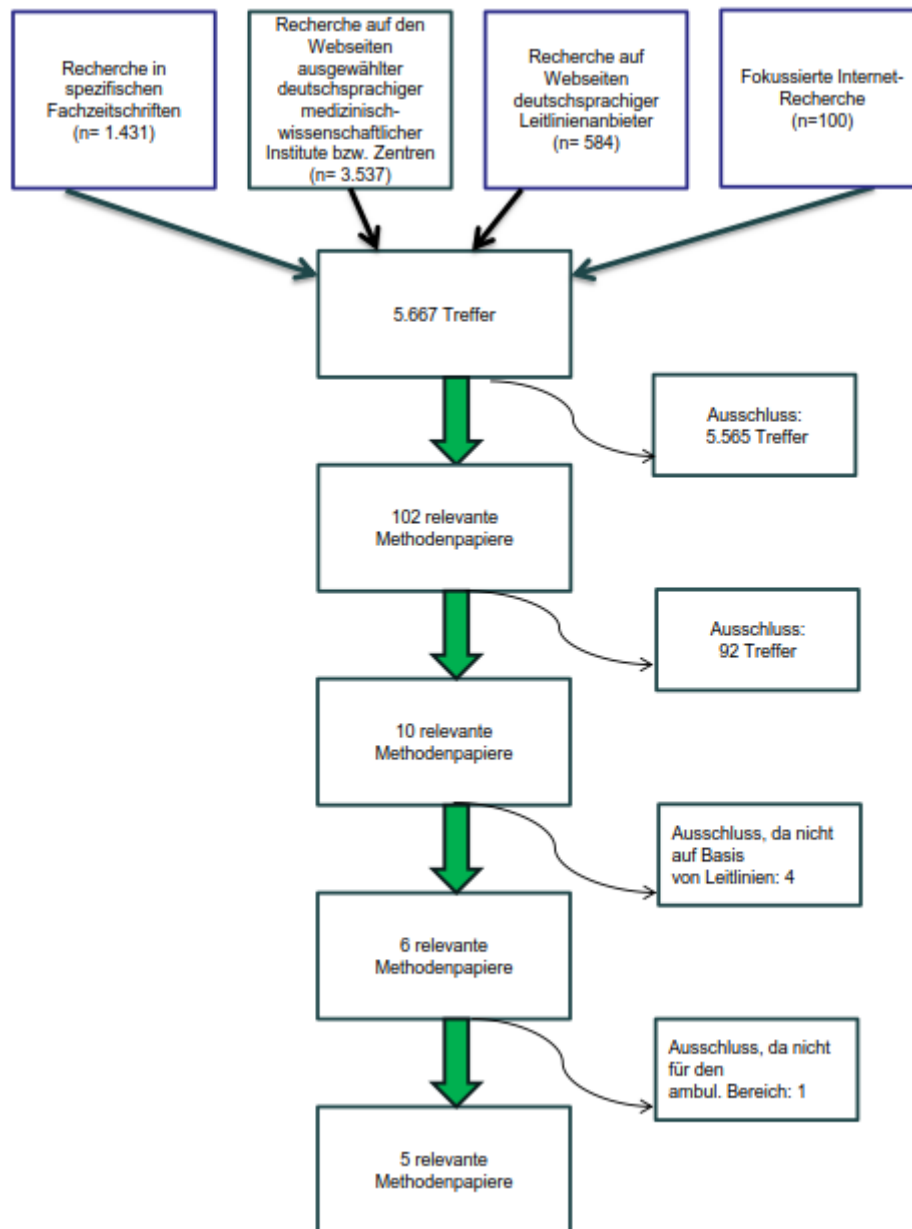


Abbildung 1 Übersicht der Recherche

4.3 Ergebnis der Charakterisierung und Analyse der differierenden Methoden

Für die ausführliche Referierung der einzelnen Methoden wurden fünf Methodenpapiere anhand der Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt:

- (1) *Qualitätsindikatoren zu Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL) am Beispiel der NVL Herzinsuffizienz [5]*
- (2) *Manual Qualitätsindikatoren. Manual für Autoren. Berlin: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2009 (ÄZQ Schriftenreihe; 36) [12]*

- (3) *Entwicklung von Leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren [13]*
- (4) *Onkologische Leitlinien – Herausforderungen und zukünftige Entwicklungen [14]*
- (5) *Entwicklung und Bewertung von Qualitätsindikatoren aus den Leitlinien Halsschmerzen, Nackenschmerzen und Demenz der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) [15]*

Die Methodenpapiere „Qualitätsindikatoren zu Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL) am Beispiel der NVL Herzinsuffizienz“ [5] und „Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien von BÄK, KBV und AWMF – Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren“ [12] verwenden als Basis die Nationalen VersorgungsLeitlinien. Deshalb werden diese beiden Methodenpapiere im weiteren Verlauf als ein Methodenpapier angesehen und mit der Bezeichnung „NVL“ versehen.

Das Methodenpapier „Leitlinienbasierte Qualitätsindikatoren und Zertifizierung als Grundlage für die Qualitätssicherung der Versorgung von Patienten mit Melanom“ [16] leitet sich vom Methodenpapier des Leitlinienprogramms Onkologie ab und wird zur weiteren Bearbeitung als ein Methodenpapier gesehen und mit der Bezeichnung „Onkologie“ benannt.

Nachfolgend werden die unterschiedlichen Charakteristiken der nunmehr drei identifizierten Methoden zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren ausführlich beschrieben.

4.3.1 Vorgehen im Rahmen der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL)

Anhand der Methodenpapiere „Qualitätsindikatoren zu Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL) am Beispiel der NVL Herzinsuffizienz“ und „Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien von BÄK, KBV und AWMF – Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren“ wird die Entwicklung von Qualitätsindikatoren beschrieben.

4.3.1.1 Erstellung und Adaption

Es werden Leitlinien aus dem NVL Leitlinien-Programm sowie alternativ qualitativ hochwertige Leitlinien für die Erstellung und Adaption akzeptiert. Durch die Leitlinien-Autoren erfolgen eine Identifikation und Extraktion von Empfehlungen mit dem **Empfehlungsgrad A (Grade of Recommendation [GoR A])** bzw. „soll“ und ggf. auch von einzelnen Behandlungszielen der Leitlinien. Die Hinzunahme von Behandlungszielen dient dazu ggf. auch Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität in das Indikatorenset aufzunehmen, da aus Leitlinienempfehlungen in den meisten Fällen Indikatoren zu Struktur- und Prozessqualität ableitbar sind.

Parallel dazu erfolgt eine Recherche nach **nationalen** und **internationalen** themenbezogenen **Qualitätsindikatoren** durch zwei Methodiker. Die Datenquellen für die Recherche und die Recherchestrategie werden nicht näher erörtert. Ebenso liegen keine Darstellung oder Definition der Kriterien für die Auswahl vorhandener Qualitätsindikatoren vor.

Es erfolgen eine Definition und Priorisierung der Kernziele auf Basis der übergeordneten Ziele und der Behandlungsziele der jeweiligen Leitlinien. Bei der Priorisierung werden folgende Kriterien berücksichtigt:

- ◆ Verbesserungspotential durch NVL
- ◆ Krankheiten mit sektorenübergreifender Behandlung
- ◆ Häufigkeit der Erkrankung
- ◆ Krankheitslast

Können Empfehlungen und Behandlungsziele nicht auf die erforderlichen Kernziele festgelegt werden, folgt ein Ausschluss dieser Empfehlung.

Im nächsten Schritt findet unter Einbeziehung der recherchierten nationalen und internationalen themenbezogenen Qualitätsindikatoren eine Synopse zu den Empfehlungen der Leitlinien und Behandlungszielen statt. Hier können mögliche Indikatoren bereits verfügbar sein. Anschließend wird eine Beurteilung der Empfehlungen und Behandlungsziele auf ihre Operationalisierbarkeit durchgeführt. Es erfolgt eine Einschätzung, ob die Inhalte der Empfehlungen und Behandlungsziele in einem ratenbasierten Indikator zu fassen sind. Ergänzend dazu erfolgt die erste Bewertung des Kriteriums „Klarheit der Definition“. Diese Bewertung zeigt an, ob die Empfehlung, in Bezug auf die aus der Leitlinie zu entnehmenden Informationen klar definiert werden kann oder um etwaige Informationen ergänzt werden muss, damit die Bestimmung eindeutiger ist. Ob die Empfehlungen sich inhaltlich auf die Kernziele der Leitlinien beziehen, wird weiterhin geprüft. Ist eine Operationalisierbarkeit nicht durchführbar, erfolgt ein Ausschluss der Leitlinie.

In mögliche Qualitätsindikatoren mit der Definition eines Nenners und eines Zählers werden die als grundsätzlich messbar eingestuft und einem Kernziel zugehörigen Empfehlungen mit Empfehlungsgrad A und Behandlungsziele übersetzt.

Den Leitlinienautoren wird die Synopse möglicher Qualitätsindikatoren zur Verfügung gestellt. Es besteht nun die Möglichkeit innerhalb eines bestimmten Zeitraums präzisierende oder ergänzende Vorschläge zur Formulierung eindeutiger Qualitätsindikatoren einzureichen. Bei ergänzenden Kommentaren kann es zu einer Neuformulierung kommen.

Als Ziel dieses Arbeitsschrittes steht ein **Set** aus adaptierten, konkret formulierten **potenziell relevanten Qualitätsindikatoren (=Primärset)**, definiert in Zähler und Nenner zu allen grundsätzlich operationalisierbaren, den Kernzielen der Leitlinie entsprechenden Empfehlungen mit GoR A bzw. „soll“ bzw. ggf. zu ausgewählten Behandlungszielen zur Verfügung.

4.3.1.2 Bewertung und Auswahl

Zur Bewertung der Qualitätsindikatoren wird dieses Primärset den Mitgliedern einer Expertengruppe vorgelegt. Diese Expertengruppe setzt sich multidisziplinär zusammen (Fachexperten, Stakeholder, Methodiker). Bei der Zusammensetzung der Expertengruppe ist auf fachliche und methodische Kompetenz sowie auf organisatorische Ausgewogenheit zu achten. Als zusätzliche Information für die Bewertung erhalten die Experten die Leitlinienempfehlungen sowie weitere Angaben, wie z.B. die in der Leitlinie genannte Evidenz. **Dezidiert** wird darauf hingewiesen, dass Qualitätsindikatoren, welche als Grundlage eine Leitlinienempfehlung oder Literatur haben, nur als vorübergehende Indikatoren anzusehen sind, da eine umfassende sowie abschließende Bewertung erst nach abgeschlossener Entwicklung der Indikatoren möglich ist. Dies bedeutet, dass die Frage nach der Verfügbarkeit der Daten erst endgültig beantwortet werden kann, wenn erhoben wird, welche Daten grundsätzlich benötigt werden.

Die Bewertung erfolgt in einem ersten Schritt **schriftlich** anhand der nachfolgend angeführten Kriterien des **Bewertungsinstrumentes „QUALIFY“**.

Bedeutung für das Versorgungssystem

Der Indikator erfasst wesentliche Aspekte der Morbidität, der Mortalität oder der Lebensqualität bzw. bezeichnet dafür wegweisende Versorgungsstrukturen oder Versorgungsprozesse. Die Bedeutsamkeit des Indikators begründet sich z.B. durch: die Frequenz und/oder den

Schweregrad einer unwillkommenen Begebenheit (hohes Risiko), eine hohe Fallzahl im beobachteten Versorgungsbereich; hohe Kosten; eine vermutete oder bekannte hohe Versorgungsvariabilität; ein insgesamt niedriges Versorgungsniveau; die Erfassung wesentlicher Schritte des Behandlungsprozesses, insbesondere die Erfassung schnittstellenübergreifender Prozesse; eine aktuelle Änderung der Versorgung oder von Leitlinien; eine aktuelle Änderung der Rahmenbedingungen (z.B. Vergütung, Disease Management Programm (DMP)) mit potenziellen Fehlanreizen für die Versorgung; die Übereinstimmung mit nationalen/regionalen Zielen für die Qualität im Gesundheitsversorgungssystem; ein hohes öffentliches Interesse, insbesondere der Patienten.

Um die Kernaussage umfassend bewerten zu können, sind möglichst viele relevante Informationen zusammenzustellen.

Informationsquellen können beispielsweise Daten aus der Qualitätssicherung, Daten aus Registern, epidemiologische Daten aus der Gesundheitsberichterstattung, administrative Routinedaten, Statistiken, nationale und internationale Publikationen sein.

Klarheit der Definitionen

Dieses Gütekriterium überprüft, ob sich der Indikator von der Erhebung bis zur Interpretation durch die Anwender durchgängig auf klare und eindeutige Festlegungen stützt. Es stellt eine wichtige Voraussetzung für eine hohe Reliabilität, Sensitivität und Spezifität dar. Damit ist dies ein zentrales Gütekriterium, das immer bewertet werden muss.

Im Rahmen der vorläufigen Bewertung werden nur die beiden ersten Aspekte der Klarheit der Definitionen berücksichtigt.

Zur Bewertung der Kernaussage sollen die Bewerter folgende Informationen prüfen: Ableitbarkeit einer eindeutigen Rechenregel (Zähler, Nenner), Möglichkeit der Anwendung einer Messmethode (z.B. Wundinfektionen werden nach CDC klassifiziert), Möglichkeit eines Referenzbereichs.

Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung

Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den bewerteten Akteuren beeinflusst werden kann. Dieses Kriterium ist eine wichtige Voraussetzung für Qualitätsverbesserungen durch den Einsatz von Qualitätsindikatoren und gilt auch in der Literatur als ein zentrales Kriterium. Wenn der bewertete Aspekt in der praktischen Versorgungssituation nicht veränderbar ist, so kann er keinen Nutzen im Sinne einer Qualitätsverbesserung bringen. Bei der Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung wird evaluiert, ob der bewertete Leistungserbringer unter den gegebenen Versorgungsstrukturen das Versorgungsergebnis über Prozesssteuerung tatsächlich beeinflussen kann.

Die Bewertung der Kernaussage erfolgt auf Basis der empirischen Erfahrungen der bewertenden Experten.

„Risiko für Fehlsteuerung“

Dieses Gütekriterium wird in zwei Schritten bewertet: Werden durch den Indikator potenzielle Fehlanreize gesetzt? Wenn ja: Werden solche Fehlanreize durch geeignete Maßnahmen, wie z.B. den Einsatz von Parallelindikatoren (Antagonisten), ausgeglichen?

Zur Bewertung der Kernaussage sollen möglichst viele relevante Informationen zusammengestellt werden. Informationsquellen können beispielsweise Informationen aus der Qualitätssicherung sein. Wird das Kriterium mit „Ja“ beantwortet, wird eine Liste mit potentiellen Fehlsteuerungsanreizen gebildet.

Die Bewertung erfolgt jeweils in **vier Antwortkategorien** „1=trifft nicht zu, 2=trifft eher zu, 3=trifft überwiegend zu, 4=trifft zu“. Die Antwortkategorien 1 und 2 werden als negativ bewertet angesehen. Es wird jeweils der Anteil der positiven Antworten – Antwortkategorie 3 und 4 – für die Auswertung herangezogen. Wenn **mindestens 75%** positive Bewertungen für jedes Kriterium vorliegen, gilt dieser Indikator als vorläufig angenommen. Für das Kriterium „Risiko für Fehlsteuerung“ werden die Antwortkategorien „Ja“ und „Nein“ angegeben. Als positiv bewertet gilt hier die Antwortkategorie „Nein“.

Die Kriterien Risikoadjustierung, Datenverfügbarkeit und Implementationsbarrieren werden in dieser schriftlichen Bewertung nicht bewertet, sondern von der Expertengruppe nur kommentiert.

Risikoadjustierung

Für das Ergebnis des Qualitätsindikators müssen alle bekannten relevanten Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Die Ergebnisse sind dahingehend bedeutsam, dass die Behandlungsqualität des bewerteten Leistungserbringers wiedergegeben wird. Patientenmerkmale wie Komorbidität und Krankheitsschwere sind Einflussfaktoren auf einen Indikator. Bei der Bewertung wird auf fachlich-medizinische und methodische Kompetenz der Experten gesetzt.

Datenverfügbarkeit

Beim Leistungserbringer werden die Daten routinemäßig dokumentiert und diese zusätzliche Erhebung sollte vertretbar sein. Für die Berechnung des Qualitätsindikators werden alle zu verwendenden Daten geprüft. Es wird zwischen „Administrative Routinedaten“ (Daten sind in der Datenbank elektronisch erfasst und verfügbar), „klinische Routinedaten“ (in Papierform sind diese Daten aufliegend oder müssen, wenn nicht schon elektronisch erfasst, noch elektronisch eingetragen werden) und „zusätzlich zu erhebende Daten“ (diese Daten müssen extra erhoben und elektronisch erfasst werden) unterschieden.

Implementationsbarrieren

Implementationsbarrieren sind nicht bekannt oder wurden durch geeignete Maßnahmen berücksichtigt. Widersprüchliche Empfehlungen bei konkurrierenden Leitlinien oder Mehrkosten im Versorgungssystem durch den Einsatz von Qualitätsindikatoren könnten solche Barrieren sein. Ebenso würden ein unangemessener Erhebungsaufwand oder mangelnde Verständlichkeit des Indikators Implementationsbarrieren darstellen.

Bei einer Priorisierung von Indikatoren für Leitlinien fließen diese drei Kriterien nicht in die Bewertung mit ein, da dies nicht zielführend wäre. Etwaige Informationen zu diesen Kriterien werden notiert und bei der weiteren Entwicklung des Indikators berücksichtigt.

Bei einem nachfolgenden Präsenztreffen kommt es zu einer formalen Konsentierung der Qualitätsindikatoren. Der Expertengruppe werden die Ergebnisse der schriftlichen Bewertung zur Verfügung gestellt. Es folgt eine Diskussion über die positiv sowie negativ bewerteten Qualitätsindikatoren unter Berücksichtigung der deskriptiven Kommentare zu den Kriterien Datenverfügbarkeit, Risikoadjustierung und Implementationsbarrieren. Gegebenenfalls erfolgen eine Umtextierung des Indikators und eine formale Konsentierung unter Anwendung der Technik des nominalen Gruppenprozesses. Bei **mindestens 75% Zustimmung** durch die anwesenden NVL-Autoren gilt der Indikator als endgültig angenommen. Nicht schriftlich

angenommene Indikatoren werden dahingehend geprüft, welche Gründe zur Ablehnung des Indikators führten und es erfolgt möglicherweise eine Neuabstimmung ([12], [5]).

4.3.2 Leitliniengruppe - Onkologie

Die Beschreibung der Methodik zur Erstellung von Qualitätsindikatoren bezieht sich sowohl auf das „Methodenpapier für das Leitlinienprogramm Onkologie“ [13] als auch auf die Arbeit „Leitlinienbasierte Qualitätsindikatoren und Zertifizierung als Grundlage für die Qualitätssicherung der Versorgung von Patienten mit Melanom“ [16], die sich vom Methodenpapier des Leitlinienprogramms Onkologie ableitet. Die Qualitätsindikatoren werden durch die Arbeitsgruppe Qualitätsindikatoren, die sich unmittelbar nach letzter Konsensuskonferenz der Leitlinienerstellung formiert, erarbeitet. Die Mitglieder sollen alle Themen der Leitlinie abdecken. Sie setzt sich wie folgt zusammen:

- ♦ Experten aus der Leitlinien-Entwicklungsgruppe (Auftrag zur Konstitution beim Kick-off der Leitlinien-Entwicklung; Interdisziplinär und multiprofessionell) (3-7 Personen)
- ♦ Patienten/Patientenvertreter aus der LL Entwicklergruppe (1-2 Personen)
- ♦ Vertreter eines klinischen Krebsregisters (1 Person)
- ♦ Vertreter der Zertifizierungskommission (1 Person)
- ♦ bei Bedarf ein Vertreter einer weiteren relevanten Institution (1 Person) und
- ♦ je ein Vertreter des Onkologie Office (OL-Office) und der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (je 1 Vertreter) (2) (nicht stimmberechtigt).

4.3.2.1 Erstellung und Adaptation

Am Beginn der Methodik steht eine Sammlung relevanter Dokumente, die durch externe Leitlinienmethodiker erfolgt.

Folgende Schritte finden hierbei parallel statt:

- ♦ Aus der ausgewählten Leitlinie werden **Empfehlungen** der **Empfehlungsstärke („Grade of Recommendation“ – GoR) A** bzw. mit der **Ausdrucksweise „soll“** sowie **Behandlungsziele der Leitliniengruppe** für die Erstellung der Qualitätsindikatoren identifiziert. Soweit möglich werden daraus Zähler und Nenner formuliert.
- ♦ Zudem erfolgt eine orientierende Suche nach **internationalen Qualitätsindikatoren** zum Zielthema der Leitlinie in den Datenbanken bzw. Quellen Medline via Pubmed, National Quality Measures Clearinghouse (NQMC), Webseiten von bekannten Institutionen, die Leitlinien und/oder Qualitätsindikatoren erstellen, sowie nach **Ergebnissen** zu **national erfassten, gemessenen** und **analysierten Qualitätsindikatoren**.
- ♦ Weiters wird nach bestehenden nationalen Dokumentationsanforderungen und -möglichkeiten recherchiert. Hierzu zählen **Quellen bereits existierender Messgrößen bzw. Datensätzen** (z.B. Register).

Anschließend erfolgt eine inhaltliche Zuordnung der recherchierten Qualitätsindikatoren zu den Empfehlungen und Behandlungszielen der herangezogenen Leitlinie.

Die Ergebnisse der Sammlung werden dann in einer Synopse zusammengefasst und diese für das weitere Vorgehen aufgearbeitet. Nun besteht eine Auflistung aller Empfehlungen mit GoR A bzw. Behandlungsziele der Leitliniengruppe und nach Möglichkeit bereits von diesen Empfehlungen und Behandlungszielen abgeleitete potentielle Qualitätsindikatoren, definiert in Zähler und Nenner. Wenn möglich ergänzend angeführt werden die recherchierten Qualitätsindikatoren, die Ergebnisse national eingesetzter Qualitätsindikatoren, gefundene

Datensätze sowie korrespondierende Dokumentationsanforderungen. Diese Aufstellung der Ergebnisse der Recherche wird an die Arbeitsgruppe Qualitätsindikatoren versandt.

In einem **1. Präsenztreffen** erfolgt durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe Qualitätsindikatoren eine mündliche Beurteilung der Empfehlungen bzw. Behandlungsziele auf *Operationalisierbarkeit* anhand der Zuordnung recherchierter Qualitätsindikatoren sowie durch Formulierung von Zähler und Nenner.

Zudem wird eine Vorauswahl potentieller Qualitätsindikatoren durch Beurteilung anhand von Kriterien des **Bewertungsinstrumentes „QUALIFY“** getroffen:

- ♦ *Verbesserungspotential*
- ♦ *Verständlichkeit* und/oder großer *Erhebungsaufwand im Verhältnis zum Nutzen*
- ♦ sowie sonstige Kriterien. Hierzu zählt beispielsweise die Dopplung eines Qualitätsindikators aus zwei verschiedenen Empfehlungen.

Zu beantworten sind diese mit „Ja“ und „Nein“. Lediglich in der Kategorie „Sonstiges“ sind Freitexteingaben zu machen. Ein Indikator gilt als potentiell angenommen, wenn alle Kriterien von mindestens 75% der stimmberechtigten Teilnehmer des Präsenztreffens positiv bewertet wurden.

Das **Set potentieller Qualitätsindikatoren (Primärset)** stellt eine Liste an verständlichen Qualitätsindikatoren, definiert in Zähler und Nenner zu allen grundsätzlich operationalisierbaren Empfehlungen mit GoR A bzw. Behandlungszielen dar, aus welchen es möglich ist, einen Hinweis auf Verbesserungspotential abzuleiten und welche mit vertretbarem Aufwand erhebbar sind.

4.3.2.2 Bewertung und Auswahl

Das Primärset wird anschließend mittels eines standardisierten Bogens durch alle Mitglieder der interdisziplinären Arbeitsgruppe Qualitätsindikatoren schriftlich bewertet. Hierzu werden **sieben Bewertungskategorien** angewandt, wobei sich die folgenden **drei** aus dem **QUALIFY** Instrument ableiten und anhand von 5 Fragen abgefragt werden:

- ♦ „Relevanz“ (inkl. „Berücksichtigung potentieller Risiken/Nebenwirkungen“),
- ♦ Wissenschaftlichkeit (ohne das Kriterium „Verständlichkeit“, Ergänzung um das Kriterium „Beeinflussbarkeit der Indikатораusprägung“) und
- ♦ „Praktikabilität“.

Die **zwei weiteren Kategorien** Risikoadjustierung und Implementierungsbarrieren sind zu kommentieren und fließen in diesem Schritt nicht in die Bewertung ein. Das Kriterium der Evidenz- und Konsensbasierung wird nicht extra abgefragt, da dieses durch die Darlegung der Evidenz der zugrundeliegenden Leitlinienempfehlung implizit beantwortet wird. Zur besseren Einschätzbarkeit des Erhebungsaufwandes werden im Dokument additiv Informationen zur Datenverfügbarkeit für die Umsetzung des Qualitätsindikators angegeben.

Zu **beantworten** sind die Kategorien durch „Ja“ und „Nein“. Es ist darauf zu achten, dass in der Kategorie 4 zu den Risiken „Nein“ als Zustimmung gilt. Auch für die schriftliche Bewertung wird der **Cut-off von >75%** für den Entscheid der Zustimmung herangezogen.

In einer anschließenden moderierten Telefonkonferenz werden die positiv und negativ bewerteten Qualitätsindikatoren der schriftlichen Bewertung durch die Arbeitsgruppe Qualitätsindikatoren diskutiert. Die Konsentierung erfolgt in einem nominalen

Gruppenprozess. Gegebenenfalls werden Umformulierungen aufgrund der Diskussionsergebnisse durchgeführt. So Änderungen der Einschätzungen der Bewerter während dieser vorgenommen werden, werden diese dokumentiert und das Bewertungsergebnis neu berechnet, wobei wiederum ein Cut-off von >75% für die Annahme gilt.

Als Ergebnis liegt eine Liste an bewerteten und konsentierten Qualitätsindikatoren, definiert in Zähler und Nenner zu allen grundsätzlich operationalisierbaren Empfehlungen mit GoR A bzw. Behandlungszielen, vor.

4.3.3 Entwicklung und Bewertung von Qualitätsindikatoren aus den Leitlinien Halsschmerzen, Nackenschmerzen und Demenz der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Als Entwicklergruppe fungiert die Ständige Leitlinienkommission (SLK) der DEGAM, die sich aus Leitlinienautoren thematisch unterschiedlicher DEGAM-Leitlinien zusammensetzt.

Für die einzelnen Entwicklungsschritte werden alle Mitglieder kontaktiert und um Teilnahme gebeten. Somit variiert die Zahl an Mitwirkenden in den Schritten der Entwicklung der Qualitätsindikatoren.

Die Methodik orientiert sich am Methodenpapier der RAND/UCLA sowie der Vorgehensweise des aQua-Instituts.

4.3.3.1 Erstellung und Adaptation

Am Beginn steht die Sammlung relevanter Dokumente. Die Entwicklergruppe der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin identifiziert hierzu Leitlinien-Empfehlungen der **Empfehlungsstärke A („Grade of Recommendation“ – GoR)** bzw. mit hohem **Evidenzgrad** „Level of evidence“ (LoE).

Auf Basis dieser werden Indikatorvorschläge erarbeitet und implizit die Operationalisierbarkeit beurteilt.

Die initialen Indikatorensets sollten die Themengebiete Diagnostik und Therapie abdecken und den aktuellen Stand dieser knapp, aber umfassend inklusive deren Qualität beschreiben. Pro Indikatorvorschlag werden strukturierte Bewertungsblätter erstellt und folgende Informationen angegeben:

- Beschreibung,
- Ein- und Ausschlusskriterien,
- Zielstellung,
- Begründung,
- Anmerkungen,
- Indikatortyp,
- Qualitätsdimensionen,
- Literatur/Quellen, Evidenzstufe (DEGAM LL).

Zur Ergänzung fehlender Informationen sowie Erläuterung der Begründung des Indikatorvorschlags werden diese Bewertungsblätter durch die SLK an Leitlinienautoren und Kleingruppenleiter versandt. *Dies ergibt implizit eine Präzisierung der Indikatorvorschläge.*

Somit besteht eine Sammlung an Beschreibungen zu Qualitätsindikatoren – definiert in Zähler und Nenner – zu allen grundsätzlich operationalisierbaren Empfehlungen mit GoR A bzw. hohem LoE inklusive weiteren Angaben, welche strukturiert auf Bewertungsblättern dargelegt werden.

4.3.3.2 Erstellung und Adaptation

Für eine erste **schriftliche Bewertung** werden die nun vollständig befüllten strukturierten Bewertungsblätter zu den Qualitätsindikatoren an die Entwicklergruppe bzw. Ständige Leitlinienkommission der DEGAM versandt. Die Bewertung findet anhand folgender Kriterien statt:

- ◆ „Relevanz“
- ◆ Klarheit/Verständlichkeit

Das Kriterium „Relevanz“ wird mittels neunstufiger Likert-Skala bewertet (1=überhaupt nicht relevant, 9=sehr relevant). Für die Auswertung erfolgt eine Dichotomisierung der Antwortkategorien in positiv (7-9) und negativ (1-6). Das „Kriterium Klarheit/Verständlichkeit“ wird mittels der Antwortmöglichkeiten „Ja“ / „Nein“ bewertet. Bei „Nein“ konnte ein alternativer Formulierungsvorschlag gemacht werden.

Als Grenzwert für die Annahme gelten mindestens 75% der Bewertungen in den jeweils höchsten drei Skalenwerten (7-9).

Die positiv und negativ bewerteten Qualitätsindikatoren werden in einem nachfolgenden **Präsenztreffen** anhand der Kriterien der schriftlichen Bewertungsrunde („Relevanz“ und Klarheit/Verständlichkeit) **diskutiert** und gegebenenfalls umformuliert.

Um diese zu schärfen, werden die Indikator- bzw. Formulierungsvorschläge während dieser Veranstaltung abermals **schriftlich bewertet**.

Anschließend werden die Indikatorvorschläge in einer weiteren **schriftlichen Bewertungsrunde** hinsichtlich der Eignung für

- ◆ die öffentliche Berichterstattung
- ◆ das interne Qualitätsmanagement (inkl. Eignung für den anonymen Vergleich zu anderen Praxen)
- ◆ die qualitätsorientierte Vergütung („pay-for-performance Systeme“)
- ◆ und die „Praktikabilität“ bzw. Umsetzbarkeit

bewertet. Die öffentlich zugänglichen Kennzahldarstellung stellt eine Schnittstellenthematik zwischen öffentlicher Berichterstattung und internem Qualitätsmanagement dar.

Diese Kriterien werden ebenfalls auf einer neunstufigen **Likert-Skala** bewertet (1=überhaupt nicht geeignet, 9=sehr geeignet). Wiederum erfolgt eine Dichotomisierung der Antwortkategorien in positiv (7-9) und negativ (1-6).

Als Grenzwert für die Auswertung gelten **mindestens 75% der Bewertungen** in den jeweils **höchsten drei Skalenwerten (7-9)**.

Das **abschließende Präsenztreffen** dient der **Diskussion** der zuvor in der schriftlichen Bewertungsrunde positiv und negativ bewerteten Qualitätsindikatoren.

Die Diskussion orientiert sich an den Kategorien der vorangegangenen schriftlichen Bewertungsrunde (Öffentliche Berichterstattung, internes Qualitätsmanagement inklusive Eignung für den anonymen Vergleich zu anderen Praxen, Qualitätsorientierte Vergütung/ „pay-for-performance-Systeme“ und „Praktikabilität“ bzw. Umsetzbarkeit). Diese sind auf neunstufigen **Likert-Skalen** zu beantworten. Die Antwortkategorien wurden dichotomisiert und eine Auswertung anhand des Grenzwerts von **mindestens 75% Bewertungen in den jeweils höchsten drei Skalenwerten (7-9)** durchgeführt.

Während dieser Veranstaltung findet nochmals eine abschließende **schriftliche Bewertungsrunde** der Qualitätsindikator- bzw. Formulierungsvorschläge statt. Darunter sind diese Qualitätsindikatoren zu verstehen, die zuvor bei Bedarf hinsichtlich Klarheit/Verständlichkeit angepasst wurden und im Kriterium „Relevanz“ mind. 75% Bewertungen in den höchsten drei Skalenwerten erhielten (7-9). Diese Qualitätsindikatoren wurden anhand folgender Kriterien bewertet:

- ◆ „Praktikabilität“
- ◆ Eignung für das interne Qualitätsmanagement oder Qualitätszirkel
- ◆ Öffentliche Berichterstattung
- ◆ Qualitätsorientierte Verfügung

Das finale Qualitätsindikatoren Set stellt eine Liste an bewerteten Qualitätsindikatoren dar, definiert in Zähler und Nenner inklusive weiteren Angaben zu allen grundsätzlich operationalisierbaren Empfehlungen mit GoR A bzw. hohem LoE.

4.4 Detaillierte Übersicht der drei Methodenpapiere

In einem Expertenpanel wurden die wichtigsten Kernelemente der jeweiligen Methodenpapiere gefiltert und tabellarisch zusammengefasst. Die farbliche Darstellung zeigt, welche/s Arbeitsgruppe/Expertenteam diese Tätigkeit laut den Angaben in den Methodenpapieren jeweils durchführt.

	NVL	Leitliniengruppe - Onkologie	DEGAM
Sammlung relevanter Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> Empfehlungen GoR A (LL-Autoren) Behandlungsziele (LL-Autoren) Nationale QI (Methodiker) International QI (Methodiker)* 	<ul style="list-style-type: none"> Empfehlungen GoR A Behandlungsziele Nationale QI Internationale QI Bestehende nat. Dokumentationsanforderungen und -möglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> Empfehlungen GoR A oder hoher LoE*
Bewertung und Auswahl	<ul style="list-style-type: none"> Bewertung d. Empfehlungen/Behandlungsziele hinsichtlich: <ul style="list-style-type: none"> Operationalisierbarkeit Übereinstimmung mit Kernzielen Ausschluss d. Empfehlungen/Behandlungsziele, die nicht den Kriterien entsprechen Definition eines Zählers/Nenners pro Empfehlung/Behandlungsziel Aussendung an LL-Autoren zur Ergänzung, Präzisierung und Umformulierung 	<ul style="list-style-type: none"> Bewertung d. Empfehlungen/Behandlungsziele hinsichtlich*: <ul style="list-style-type: none"> Operationalisierbarkeit Verbesserungspotential Verständlichkeit Erhebungsaufwand Sonstige Ausschluss d. Empfehlungen/Behandlungsziele, die nicht den Kriterien entsprechen Definition eines Zählers/Nenners pro Empfehlung/Behandlungsziel 	<ul style="list-style-type: none"> Bewertung d. Empfehlungen hinsichtlich: <ul style="list-style-type: none"> Operationalisierbarkeit Diagnose oder Therapie Ausschluss d. Empfehlungen, die nicht den Kriterien entsprechen Aussendung an LL-Autoren zur Ergänzung und Präzisierung
	<p>Schriftliche Bewertung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kriterien zur Bewertung: <ul style="list-style-type: none"> Bedeutung für das Versorgungssystem Klarheit der Definition Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung Risiko für Fehlsteuerung 	<p>Schriftliche Bewertung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kriterien zur Bewertung <ul style="list-style-type: none"> Relevanz (inkl. „Berücksichtigung potentieller Risiken/Nebenwirkungen“), Wissenschaftlichkeit (ohne das Kriterium „Verständlichkeit“ Ergänzung um das Kriterium „Beeinflussbarkeit 	<p>Schriftliche Bewertung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kriterien zur Bewertung <ul style="list-style-type: none"> Relevanz Klarheit/Verständlichkeit

	<p>Die Kriterien werden anhand einer 4-teiligen Likert-Skala bewertet. Es erfolgt eine Dichotomisierung der Antwortkategorien in positiv (3-4) und negativ (1-2).</p> <p>Das Kriterium „Risiko für Fehlsteuerung“ wird mit „Ja“/„Nein“ bewertet.</p> <p>Vorläufige Annahme eines Indikators: bei mehr als 75% positiven Bewertungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommentare (fließen nicht in Bewertung ein) <ul style="list-style-type: none"> ○ Risikoadjustierung ○ Datenverfügbarkeit ○ Implementationsbarrieren 	<p>der Indikatorausprägung“),</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Praktikabilität. <p>Die Kriterien werden mit „Ja“ und „Nein“ bewertet.</p> <p>Vorläufige Annahme eines Indikators: bei mehr als 75% positiven Bewertungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommentare (fließen nicht in Bewertung ein) <ul style="list-style-type: none"> ○ Risikoadjustierung ○ Implementationsbarrieren 	<p>Das Kriterium „Relevanz“ wird anhand einer neunstufigen Likert-Skala bewertet (1=überhaupt nicht relevant, 9=sehr relevant). Dichotomisierung der Antwortkategorien in positiv (7-9) und negativ (1-6).</p> <p>Das Kriterium „Klarheit/Verständlichkeit“ wurde mittels der Antwortmöglichkeiten „Ja“/„Nein“ bewertet. Bei „Nein“ konnte ein alternativer Formulierungsvorschlag gemacht werden.</p> <p>Vorläufige Annahme eines Indikators: mindestens 75% der Bewertungen in den jeweils höchsten drei Skalenwerten (7-9)</p>
	<p>Diskussion der Bewertungsergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Format: Präsenztreffen • Diskussion der positiv und negativ bewerteten QI • Berücksichtigung der Kommentare zu <ul style="list-style-type: none"> ○ Risikoadjustierung ○ Datenverfügbarkeit ○ Implementationsbarrieren • ggf. Umformulierung und Neubewertung der QI • Konsentierung in einem nominalen Gruppenprozess <p>Endgültige Annahme eines Indikators: bei mehr als 75% der Teilnehmer am Präsenztreffen.</p>	<p>Diskussion der Bewertungsergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Format: moderierte Telefonkonferenz • Diskussion der positiv und negativ bewerteten QI • Berücksichtigung der Kommentare zu <ul style="list-style-type: none"> ○ Risikoadjustierung ○ Implementationsbarrieren • ggf. Umformulierung und Neubewertung der QI • Konsentierung in einem nominalen Gruppenprozess <p>Endgültige Annahme eines Indikators: bei mehr als 75% der Teilnehmer am Präsenztreffen.</p>	<p>Diskussion der Bewertungsergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Format: Präsenztreffen • Diskussion d. positiv und negativ bewerteten QI • ggf. Umformulierung • schriftliche Neubewertung aller QI <p><i>Vorläufige Annahme</i> eines Indikators: mindestens 75% der Bewertungen in den jeweils höchsten drei Skalenwerten (7-9)</p>

			<p>Schriftliche Bewertung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kriterien zur Bewertung <ul style="list-style-type: none"> ○ Öffentliche Berichterstattung, ○ internes Qualitätsmanagement (inkl. Eignung für den anonymen Vergleich zu anderen Praxen), ○ Qualitätsorientierte Vergütung/ „pay-for-performance-Systeme“ ○ Praktikabilität bzw. Umsetzbarkeit <p>Die Kriterien wurden auf neunstufigen Likert-Skalen bewertet (1=überhaupt nicht geeignet, 9=sehr geeignet). Dichotomisierung der Antwortkategorien in positiv (7-9) und negativ (1-6). Als Grenzwert für die Auswertung galten mindestens 75% der Bewertungen in den jeweils höchsten drei Skalenwerten (7-9).</p>
			<p>Diskussion der Bewertungsergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Format: Präsenztreffen • Diskussion d. positiv und negativ bewerteten QI • schriftliche Neubewertung aller QI <p>Endgültige Annahme eines Indikators: bei mindestens 75% der Bewertungen in den jeweils höchsten drei Skalenwerten (7-9)</p>

Methodiker, Arbeitsgruppe-Qualitätsindikatoren, Leitlinien-Autoren

4.5 Unterschiede zwischen den identifizierten Methoden sowie jeweilige Vorteile und Nachteile

Die identifizierten Unterschiede der drei Methodenpapiere, NVL, Leitliniengruppe Onkologie und DEGAM, und die jeweiligen Vor- bzw. Nachteile dieser werden folgend deskriptiv dargestellt.

4.5.1 Berücksichtigung von nationalen und internationalen QI versus keine Berücksichtigung bestehender QI

Bei der Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren recherchieren die Experten sowie Methodiker laut Beschreibung zur NVL und dem Methodenpapier der

Leitliniengruppe Onkologie bei der Sammlung von relevanten Dokumenten nach bereits bestehenden nationalen und internationalen themenbezogenen Qualitätsindikatoren. Die Ständige Leitlinienkommission der DEGAM führt keine Recherche und Sammlung nach bereits bestehenden nationalen und internationalen themenbezogenen Qualitätsindikatoren durch.

Vorteil

Durch die Zuordnung/den Abgleich bereits bestehender nationaler und internationaler Qualitätsindikatoren erfolgt eine implizite Bewertung der Operationalisierbarkeit von Leitlinienempfehlungen und eine internationale Sichtweise zu den einzelnen Themen.

Nachteil

Die Recherche nach nationalen und internationalen themenbezogenen Qualitätsindikatoren erfordert einen Mehraufwand an personellen, fachlich-methodischen sowie temporalen Ressourcen. Bereits bestehende nationale und internationale Qualitätsindikatoren müssen gedolmetscht werden und eine Adaption auf die lokalen Gegebenheiten hat zu erfolgen. Dies impliziert zudem einen Mehraufwand an monetären Mitteln.

4.5.2 Berücksichtigung von Behandlungszielen versus nur LL-Empfehlungen

Als Unterschied zwischen den Entwicklungsmethoden wurde erhoben, dass nicht nur Leitlinien-Empfehlungen berücksichtigt werden, sondern auch Behandlungsziele.

Vorteil

Wenn Behandlungsziele berücksichtigt werden, können weitere zusätzliche Ergebnisindikatoren generiert werden.

Nachteil

Für die Erhebung von Behandlungszielen und Formulierung in Indikatoren ist ein personeller sowie zeitlicher Aufwand erforderlich.

4.5.3 Berücksichtigung von Level of Evidence versus nur GoR

Die DEGAM beschreibt in ihrem Methodenpapier neben der Extraktion von Empfehlungen mit dem Empfehlungsgrad A (Grad of Recommendation=GoR) zusätzlich die Berücksichtigung von Empfehlungen mit hohem Level of Evidence (LoE).

Vorteil

Dies erlaubt die Akzeptanz von Leitlinien-Empfehlungen für die ein LoE angegeben ist, aber kein GoR vorliegt. Additional können mehr Indikatoren aus Leitlinien-Empfehlungen dargestellt werden.

Nachteil

Da mehr Leitlinien-Empfehlungen herangezogen werden, kommt es zu einer erhöhten personellen und zeitlichen Aufwendung.

4.5.4 Recherche von Dokumentationsanforderungen versus keine Recherche

Bei der Sammlung von relevanten Inhalten erfolgt bei einem Methodenpapier eine Recherche nach bestehenden nationalen Dokumentationsanforderungen und -möglichkeiten.

Vorteil

Basierend auf der Recherche liegt eine zusätzliche Grundlage zur Einschätzung des Dokumentationsaufwandes und der Erhebungsmöglichkeit des jeweiligen Indikators vor.

Nachteil

Die Recherche von Dokumentationsanforderungen und -möglichkeiten ist mit einem erhöhten zeitlichen wie personellen Einsatz verbunden.

4.5.5 Mehrere Präsenztreffen versus ein Präsenztreffen

In variierender Anzahl wurden Präsenztreffen für die Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren veranstaltet.

Vorteil

Werden mehrere Präsenztreffen abgehalten, so ist der Zeitaufwand pro Treffen gering. Der Aufwand für die Vor- und Nachbereitungen pro Treffen ist minimal.

Nachteil

Es bedarf eines erhöhten Organisationsaufwands, wenn mehrere Präsenztreffen abgehalten werden. Die Dauer des Projektes verlängert sich, je mehr Treffen abgehalten werden und der monetäre Aufwand für das Projekt steigt.

4.5.6 Präsenztreffen versus Telefonkonferenz

Nach der schriftlichen Bewertung werden einerseits Präsenztreffen oder Telefonkonferenzen abgehalten.

Vorteil

Bei einem Präsenztreffen ist eine aktivere Teilnahme der Experten möglich. Die Interaktion während dem Treffen ist produktiv für den Gestaltungsprozess. Es liegt ein sehr geringes Risiko für ein technisches Problem vor.

Nachteil

Für ein Präsenztreffen müssen die Experten anreisen und eine Terminfindung (Zeit für An- und Abreise eingeplant) ist prekär.

4.5.7 Eingeschränkte Gruppe versus gesamte Gruppe

Eine eingeschränkte Gruppe aber auch eine gesamte Gruppe ist für die Sammlung von relevanten Dokumenten sowie für die Aufbereitung und Vorauswahl zuständig.

Vorteil

Eine eingeschränkte Gruppe ist ressourcensparend und der Abstimmungsprozess ist leichter und einfacher durchführbar.

Nachteil

Es werden mögliche potentiell relevante Aspekte nicht berücksichtigt.

4.5.8 Einbindung von Methodikern versus keine Einbindung

Für die Beurteilung der Empfehlung bzw. dem Behandlungsziel auf die Operationalisierbarkeit (Formulierung von Zähler und Nenner), können Methodiker eingebunden werden.

Vorteil

Durch die Einbindung von Methodikern bei der Operationalisierbarkeit wird die methodische Fachexpertise eingebracht.

Nachteil

Die Verfügbarkeit von Methodikern kann nicht vorausgesetzt werden.

4.5.9 Unterschiedliche Bewertungsskalen

Das Methodenpapier NVL verwendet eine 4-teilige Bewertungsskala (1=trifft nicht zu, 2=trifft eher nicht zu, 3=trifft eher zu, 4=trifft zu). Die Dichotomisierung der Antwortkategorien in positiv erfolgt für die Kategorien 3 und 4 und in negativ für die Kategorien 1 und 2.

Bei der LL-Onkologie erfolgt die Bewertung anhand der Kategorien „Ja“ und „Nein“. Eine neunstufige Likert-Skala (1=überhaupt nicht relevant, 9=sehr relevant) kommt beim Methodenpapier der DEGAM zum Einsatz. Hier erfolgt die Dichotomisierung der Antwortkategorien in positiv (7-9) und in negativ (1-6).

Konkrete Vor- oder Nachteile der unterschiedlichen Bewertungsskalen wurden nicht erkannt.

4.5.10 Unterschiedliche Bewertungskriterien

Es wurden unterschiedliche Bewertungskriterien erhoben, jedoch wurden keine konkreten Vor- oder Nachteile festgestellt. Jedes Kriterium ist konkret und kontextabhängig zu beurteilen.

5 KONZEPT der QI-METHODE für ÖSTERREICH

In einem Expertenpanel mit fünf Personen aus den Bereichen Versorgungsforschung und Evidenzbasierte Medizin wurde in mehreren Treffen aus den vorab erhobenen Methodenpapieren, den daraus extrahierten relevanten Kernelementen der Prozesse und den deskriptiv dargestellten Vor- und Nachteilen ein Entwurf für eine Methode zur Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung in Österreich erstellt.

Diese Methode wird nachfolgend deskriptiv sowie anhand eines graphischen Algorithmus dargestellt:

5.1 Leitlinienauswahl

Als Grundlage für die Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren sollen ausschließlich evidenzbasierte Leitlinien (äquivalent zu einer S3-Leitlinie nach der AWMF Klassifizierung) beziehungsweise ein darauf basierender Behandlungspfad dienen.

5.2 Datenextraktion / Vorauswahl

In diesem Stadium werden durch eine Arbeitsgruppe/Kleingruppe – in weiterer Folge „Arbeitsgruppe QI“ genannt – alle starken Empfehlungen aus der Leitlinie bzw. dem Behandlungspfad extrahiert und danach hinsichtlich ihrer Eignung und Relevanz für QI im ambulanten Bereich bewertet. Es wird ein vorläufiges primäres Indikatorenset erstellt, das die Grundlage für das nachfolgende Bewertungs-/Auswahlverfahren bildet.

5.3 „Arbeitsgruppe QI“ und Datenextraktion

Diese Arbeitsgruppe/Kleingruppe besteht aus mindestens zwei bis maximal vier Personen und ist im Idealfall zumindest teilweise mit Methodikern aus dem Bereich Leitlinienentwicklung bzw. Evidenzbasierte Medizin und wenn möglich mit Personen, die mit Routinedaten vertraut sind, besetzt.

Durch sie erfolgt zunächst die Extraktion und Sammlung relevanter Inhalte aus der ausgewählten Leitlinie bzw. dem Behandlungspfad. Als relevant gelten dabei in erster Linie alle klar erkennbaren Empfehlungen mit starkem Empfehlungsgrad (GoR=Grade of Recommendation). Falls in der ausgewählten Leitlinie kein GoR angegeben ist, können alternativ auch Empfehlungen mit hoher Evidenzstärke (LoE=Level of Evidence) herangezogen werden. Darüber hinaus können, so es notwendig erscheint, auch die in der Leitlinie formulierten Behandlungsziele als Basis zur Formulierung von Qualitätsindikatoren herangezogen werden.

Anschließend erfolgt eine Bewertung der extrahierten Empfehlungen (und Behandlungsziele) hinsichtlich der „Operationalisierbarkeit“. In diesem Kontext wird geprüft, ob die Bildung von Zähler und Nenner, wie dies für einen Qualitätsindikator notwendig ist, prinzipiell möglich ist. Zusätzlich erfolgt eine Beurteilung der „Relevanz“ für den ambulanten Versorgungsbereich. Mit dieser Beurteilung wird erhoben, ob der Indikator wichtige Gesichtspunkte der Lebensqualität, Mortalität oder Morbidität aufzeigt und die dafür notwendigen Prozesse bzw. Strukturen bezeichnet. Ebenso werden potenzielle oder vermutete Risiken zur Fehlsteuerung beschrieben und gegebenenfalls berücksichtigt.

Empfehlungen bzw. Behandlungsziele, die den oben angeführten Kriterien „Operationalisierbarkeit“ und „Relevanz“ für den ambulanten Versorgungsbereich nicht entsprechen, werden ausgeschlossen.

Aus den verbleibenden Empfehlungen (und Behandlungszielen) werden danach Qualitätsindikatoren abgeleitet, welche das vorläufige primäre Indikatorenset für die weitere Bewertung bilden. Inhaltlich überlappende Empfehlungen/Behandlungsziele können dabei ggf. in einem Qualitätsindikator zusammengefasst werden. Die Indikatoren des vorläufigen primären Indikatorensets erhalten eine eindeutige Nummer und Bezeichnung.

Es erfolgt eine deskriptive Darstellung der einzelnen Qualitätsindikatoren auf strukturierten Bewertungsformularen (Anhang 1). Diese beinhalten neben den Feldern zur Beschreibung der Indikatoren auch weitere Felder für Kommentare sowie die Bewertungskriterien einschließlich der Bewertungs-Skalen. Die Formulare basieren auf ähnlichen Formularen des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen“ (aQua) der QiSA-Bände sowie des Berichts „Erstellung eines Master-Evaluationskatalogs für österreichische PHC-Einrichtungen“ [17] des IAMEV mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen als Auftraggeber. Konkret wird damit Folgendes erfasst:

- ◆ Indikatortyp: Struktur-, Prozess- oder Ergebnisindikator
- ◆ Beschreibung: Beschreibung des Indikators mit Angaben der Zielpopulation/Versorgungsstruktur und des zu beobachtenden Ereignisses/Verfahrens
- ◆ Zähler: Definition des Zählers (Anzahl der Personen/Patienten/Versorgungsstrukturen, für die das Ereignis zutrifft)
- ◆ Nenner: Definition des Nenners (Grundgesamtheit, auf die sich der Indikator bezieht)
- ◆ Empfehlungen/Behandlungsziele: Benennung der zugrundeliegenden Empfehlung oder ggf. des Behandlungszieles
- ◆ Anmerkungen: ggf. Anmerkungen durch die Arbeitsgruppe, die für die nachfolgende Bewertung relevant sein könnten, z.B. mögliche Datenquellen
- ◆ Literaturangaben
- ◆ Kommentarfeld: Möglichkeit für die Bewerter, individuelle Kommentare zu den einzelnen Indikatoren abzugeben.
- ◆ Bewertungsfeld

5.4 Bewertung / Auswahlverfahren

Ein Panel aus Anwendern bewertet die QI jeweils schriftlich nach prädefinierten Kriterien in einem zweistufigen Prozess – zuerst jeder Teilnehmer für sich und im zweiten Schritt erneut im Rahmen eines Panelmeetings. Stakeholder haben dabei in beiden Schritten die Möglichkeit zu kommentieren. Vertreter der Arbeitsgruppe QI organisieren bzw. moderieren diese Bewertungsrunden. Sie analysieren jeweils die Bewertungsergebnisse und Kommentare und arbeiten diese bei der weiteren Aufbereitung der QI entsprechend ein. Auf diese Weise entsteht nach der ersten Bewertungsrunde ein überarbeitetes primäres Indikatorenset und nach der zweiten Runde schließlich das finale QI-Indikatoren-Set.

5.4.1 Panel und Stakeholder

Die schriftlichen Bewertungen des vorläufigen wie auch des überarbeiteten primären Indikatorensets erfolgt durch ein Panel bestehend aus etwa 10 Anwendern – d.h. Vertreter der in der jeweiligen Leitlinie benannten Anwender-Zielgruppe/n (Fachgesellschaft). Sie beurteilen die Indikatoren jeweils hinsichtlich der vordefinierten Kriterien (5.4.2 Bewertungskriterien) und können dazu auch Kommentare / Änderungsvorschläge verfassen. Die Organisation des Panels erfolgt durch die Arbeitsgruppe QI. Bei der Zusammensetzung des Panels ist auf eine Ausgewogenheit hinsichtlich folgender Parameter zu achten:

1. Stadt und Land
2. Alter
3. Geschlecht
4. Bundesland
5. Einzelpraxis bzw. Gruppenpraxis, PV
6. Allgemeinmedizin oder Facharzt

Die Stakeholder bekommen die Indikatorensets zu den gleichen Zeitpunkten wie die Panelteilnehmer übermittelt und haben jeweils die Möglichkeit, die Indikatoren zu kommentieren / diskutieren, Hinweise zu geben und ggf. Verbesserungsvorschläge zu machen (z.B. Adaptierung der Indikatoren hinsichtlich Erhebbarkeit aus Routinedaten). Eine Bewertung der Indikatoren anhand der prädefinierten Kriterien durch Stakeholder ist nicht vorgesehen. Bei Stakeholdern ist vor allem an Vertreter von Bund, Land und Sozialversicherung (SV) in Österreich zu denken. Ebenso kann eine schriftliche Stellungnahme durch die Gesundheit Österreich GmbH stattfinden.

5.4.2 Bewertungskriterien

Die schriftliche Bewertung erfolgt dabei anhand folgender vier Kriterien:

1. „Relevanz“
2. „Praktikabilität“
3. „Risiko für Fehlsteuerung“
4. „Klarheit und Verständlichkeit“

Nachfolgend angeführte Aspekte müssen dabei von den Bewertern für die einzelnen Kriterien beachtet werden.

1. „Relevanz“:
 - es besteht ausreichende Evidenz oder fachlicher Konsens für einen Zusammenhang zwischen der Zielstellung des Indikators und dem zugrundeliegenden 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.

2. „Praktikabilität“:

- 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.

3. „Risiko für Fehlsteuerung“:

- Setzt der Indikator potenzielle Fehlanreize?
- Erfolgt ein Ausgleich solcher Fehlanreize z.B. durch einen Parallelindikator?

4. „Klarheit und Verständlichkeit“:

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

5.4.3 Skalen, Kategorisierung und Gesamtwertung

Für die ersten drei Kriterien „Relevanz“, „Praktikabilität“ bzw. „Risiko für Fehlsteuerung“ erfolgt die Bewertung mittels einer neunstufigen Likert-Skala (von 1= „überhaupt nicht zutreffend“ bis 9= „sehr zutreffend“).

Im Zuge einer Kategorisierung dieser Antworten werden bei den Kriterien „Relevanz“ und „Praktikabilität“ Bewertungen mit 7-9 Punkten als „positiv“, mit 4-6 Punkten als „neutral“ und solche mit 1-3 Punkten als „negativ“ gewertet. Umgekehrt wird das Kriterium „Risiko für Fehlsteuerung“ bei 1-3 Punkten als „positiv“, bei 4-6 Punkten als „neutral“ und bei 7-9 Punkten als „negativ“ kategorisiert.

Für das vierte Kriterium „Klarheit und Verständlichkeit“ stehen als Antwortkategorien lediglich „Ja“ und „Nein“ zur Verfügung. Erfolgt eine Beantwortung mit „Nein“, so ist eine ergänzende Erklärung oder ein alternativer Formulierungsvorschlag im Kommentarfeld durch den Bewerter obligat. Dieses Kriterium wird nicht direkt bei der Gesamtbewertung der Qualitätsindikatoren berücksichtigt, beeinflusst diese aber indirekt.

Die Gesamtwertung eines Qualitätsindikators auf Panel-Ebene kann erst ermittelt werden, nachdem die vorhin beschriebene Kategorisierung der Kriterien für jeden der Panel-Teilnehmer erfolgt ist. Ein Qualitätsindikator gilt in der Gesamtwertung dann als „vorläufig angenommen“ bzw. „endgültig angenommen“ (1. bzw. 2. Bewertungsrunde), wenn alle drei Kriterien „Relevanz“, „Praktikabilität“ und „Risiko für Fehlsteuerung“ jeweils von mindestens 75% der Panel-Teilnehmer als „positiv“ bewertet wurden.

Wenn in der ersten Bewertungsrunde auch nur eines der drei Kriterien „Relevanz“, „Praktikabilität“ oder „Risiko für Fehlsteuerung“ von zumindest 75% der Panel-Teilnehmer als „negativ“ bewertet wurde, dann gilt der entsprechende Qualitätsindikator in der

Gesamtwertung als „abgelehnt“ und wird in die 2. Bewertungsrunde nicht mehr eingeschlossen.

Als „vorläufig abgelehnt“ gelten in der ersten Bewertungsrunde die übrigen Indikatoren, die in ihrer Gesamtwertung weder „vorläufig angenommen“ noch „abgelehnt“ werden. Sie werden in der 2. Bewertungsrunde jedoch weiterhin berücksichtigt.

In der zweiten Bewertungsrunde gelten alle Indikatoren als „abgelehnt“, die in der Gesamtwertung nicht als „angenommen“ eingestuft werden.

5.4.4 Erste Bewertungsrunde

Für diese erste schriftliche Bewertungsrunde wird von den Organisatoren aus der Arbeitsgruppe QI an alle Panel-Teilnehmer das vorläufige primäre Indikatorenset per E-Mail übermittelt (Anhang 1). Zusätzlich erhalten alle teilnehmenden Personen eine Erläuterung und Anleitung zur Bewertung (Anhang 2). Sie werden gebeten, ihre Bewertungen und Anmerkungen innerhalb einer vorgegebenen Frist (in der Regel zwei Wochen) zurückzuschicken.

Parallel hierzu erhalten auch die Vertreter der Stakeholder das vorläufige primäre Indikatorenset mit der Möglichkeit diese zu kommentieren, jedoch ohne die Möglichkeit eine Bewertung abzugeben (Anhang 3). Auch sie bekommen dazu eine Anleitung (Anhang 4) und werden um eine zeitnahe Rücksendung innerhalb der Frist gebeten.

Die Aufarbeitung und Zusammenfassung der schriftlichen Bewertungen durch die Panel-Teilnehmer sowie der Kommentierungen durch die Stakeholder wird durch die Arbeitsgruppe QI durchgeführt. Es wird – wie oben beschrieben – eine vorläufige Gesamtwertung der Indikatoren ermittelt und schließlich ein überarbeitetes primäres Indikatorenset erstellt.

5.4.5 Zweite Bewertungsrunde

Die Arbeitsgruppe QI organisiert und moderiert eine Webkonferenz mit Screen Sharing (alternativ auch ein Präsenztreffen) mit dem Ziel, das finale QI-Indikatoren-Set festzulegen. Die Panel-Teilnehmer erhalten dazu vorab das überarbeitete primäre Indikatorenset, in dem die Ergebnisse der schriftlichen Bewertung aus der ersten Runde sowie alle Kommentare und Änderungsvorschläge der Panel-Teilnehmer und Stakeholder enthalten sind (Anhang 5). An der Webkonferenz können auch die Vertreter der zuvor genannten Stakeholder teilnehmen, sie haben jedoch kein Stimmrecht, können sich aber in die Diskussion einbringen. Sie erhalten ebenfalls vorab entsprechende Arbeitsunterlagen (Anhang 6).

Im Rahmen der Webkonferenz werden alle Qualitätsindikatoren, die in der ersten Bewertungsrunde in ihrer Gesamtwertung als „vorläufig angenommen“ oder „vorläufig abgelehnt“ eingestuft wurden, unter Berücksichtigung der eingegangenen Kommentare zur Formulierung („Klarheit & Verständlichkeit“) und andere abstimmungsrelevante Kommentare („Risiko für Fehlsteuerung“) inhaltlich nochmals diskutiert und gegebenenfalls umformuliert. Dabei werden auch weitere Punkte, wie Datenquellen (Zusatzdokumentation, Aufwand, Routedokumentation), mögliche Erhebungszeiträume und Überlegungen zur Umsetzbarkeit erörtert.

Unmittelbar nach der Diskussion jedes Qualitätsindikators erfolgt durch die Panel-Teilnehmer abschließend eine neuerliche schriftliche Bewertung der Kriterien „Relevanz“, „Praktikabilität“ und „Risiko für Fehlsteuerung“. Diese Neubewertung der Kriterien erfolgt wiederum mittels neunstufiger Likert-Skala.

Die „Klarheit und Verständlichkeit“ eines Indikators wird durch die vorangegangene Diskussion und ggf. Umformulierung als gegeben betrachtet, weshalb dieses Kriterium nicht mehr erneut bewertet wird.

Nach der Webkonferenz übermitteln die Panel-Teilnehmer ihre Bewertungsbögen per E-Mail an die Arbeitsgruppe QI, die die Ergebnisse – wie oben beschrieben – zunächst wieder kategorisiert und schließlich eine Gesamtwertung des Panels für jeden Qualitätsindikator ermittelt. Dadurch ergibt sich das finale QI-Indikatoren-Set.

Schließlich folgt noch eine Aufbereitung des „finalen Qualitätsindikatoren-Sets“ durch die Arbeitsgruppe QI. Dabei werden die Bewertungskriterien vom Bewertungsformular entfernt sowie Ergänzungen zur näheren Beschreibung des Indikators eingefügt.

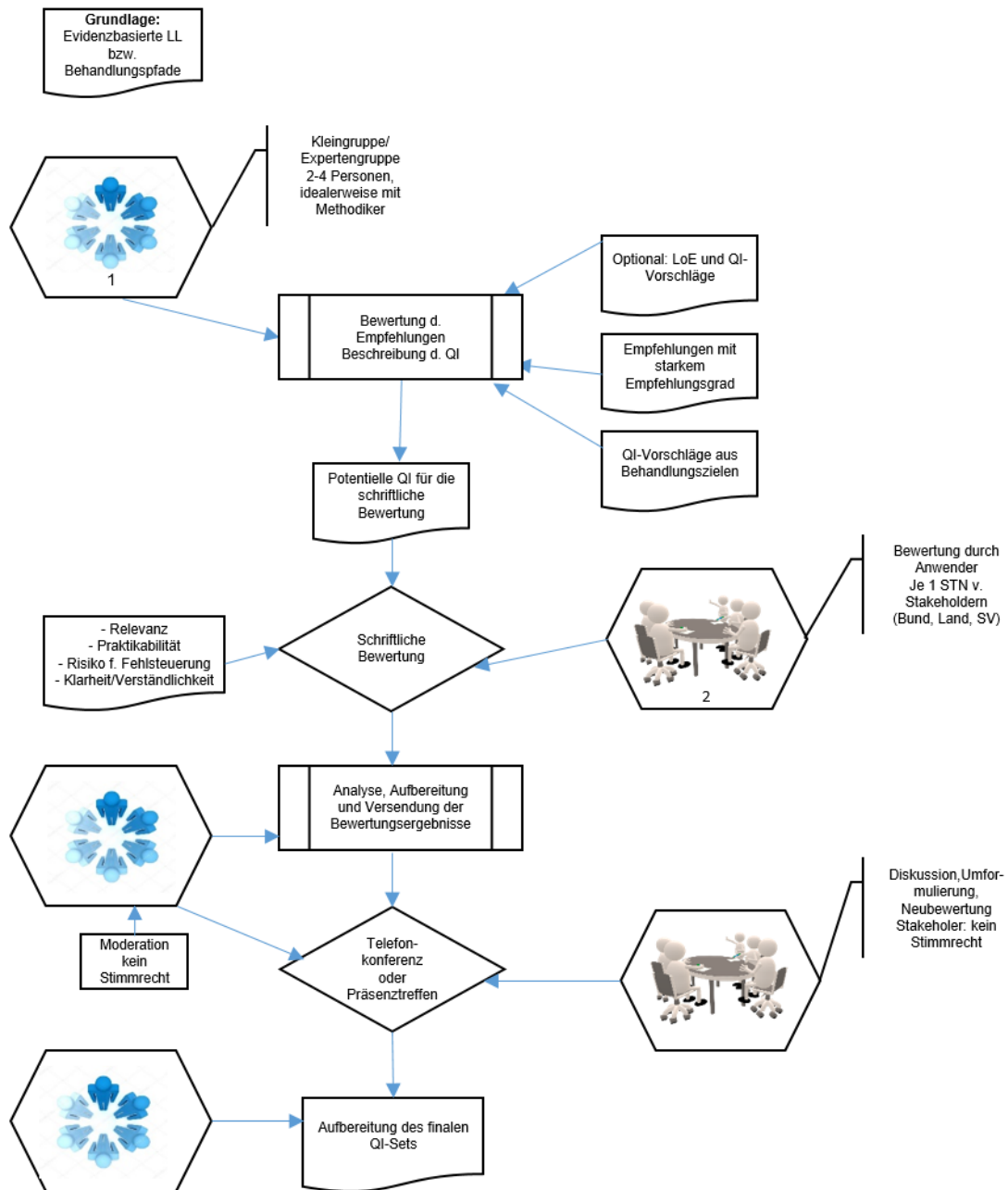


Abbildung 2 Übersicht des österreichischen Entwicklungsprozesses

¹ https://st.depositphotos.com/3336339/4581/i/950/depositphotos_45815911-stock-photo-symbol-icon-team-work-group.jpg

² https://cdn.pixabay.com/photo/2018/04/15/09/13/meeting-3321175_960_720.png

6 PILOTIERUNG der für Österreich konzipierten Methode

Die Pilotierung der für Österreich konzipierten Methode erfolgte für die vorgesehenen Indikationen nacheinander und jeweils nach vorheriger Abstimmung mit dem Auftraggeber. Nachfolgend sind die vier Themengebiete in der geplanten Reihenfolge der Pilotierung angeführt.

1. COPD (Kapitel 6.1)
Basis: Behandlungspfad chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) auf Primärversorgungsebene
2. Adipositas (Kapitel 6.2)
Basis: (Be-)Handlungspfad Übergewicht & Adipositas in der Primärversorgung
3. Depression (Kapitel 6.3)
Basis: Leitlinie NVL 2015 (redaktionelle Überarbeitung 2017) (Start: 12/2019)
4. Rückenschmerz
Basis: Behandlungspfad nicht-spezifischer Rückenschmerz auf Primärversorgungsebene (vorgeschlagen, keine definitive Entscheidung bezüglich dieser Indikation)

6.1 COPD

Gemäß der zuvor beschriebenen QI-Methode für Österreich wurden ausschließlich GoR A-Empfehlungen aus Leitlinien bzw. Behandlungspfaden herangezogen. Als Grundlage für die Indikation „COPD“ wurden die mit GoR A gekennzeichneten Empfehlungen aus den Infoboxen des Behandlungspfades „Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) auf Primärversorgungsebene“ [18], der vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger erstellt wurde, herangezogen.

Für die Erstellung und Bewertung der potentiellen Qualitätsindikatoren wurde ein Formular nach Vorlage des Bewertungsformulars des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua) für das Qualitätsindikatorensystem im ambulanten Bereich (QISA) sowie des Berichts „Erstellung eines Master-Evaluationskatalogs für österreichische PHC-Einrichtungen“ [17] des IAMEV mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen als Auftraggeber herangezogen.

6.1.1 Extraktion der GoR A-Empfehlungen

Aus diesem Behandlungspfad wurden von zwei Methodikern aus der Arbeitsgruppe QI alle als GoR A gekennzeichneten Empfehlungen – insgesamt 55 – extrahiert und in die Bewertungsformulare übertragen. Ergänzend wurden pro Empfehlung die zugrundeliegende/n Leitlinien-Empfehlung/en, der Indikatortyp und die entsprechenden Literaturzitate eingetragen. Bei den Anmerkungen wurden die Nummer der Infobox des Behandlungspfades inkl. Bezeichnung vermerkt, aus der die GoR A-Empfehlung extrahiert wurde, sowie individuelle weitere Informationen für diesen Qualitätsindikator. Nachfolgend werden alle extrahierten GoR A-Empfehlungen mit Nummerierung in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4 GoR A-Empfehlungen des Behandlungspfades

Nummer	GoR A-Empfehlung des Behandlungspfades
01	Bei allen Personen mit chronischem Husten und/oder Verdacht auf das Vorliegen einer COPD soll der Raucherstatus/Tabakkonsum regelmäßig erfragt und dokumentiert werden.
02	Personen über dem 40. Lebensjahr mit chronischem Husten, chronisch vermehrter Sputumproduktion, Atemnot jeweils mit oder ohne Risikofaktoren für COPD sollen hinsichtlich des Vorliegens einer manifesten COPD abgeklärt werden.
03	Bei Personen mit Verdacht auf das Vorliegen einer COPD sollen eine ausführliche Erhebung und Dokumentation der Anamnese und der medizinischen Vorgeschichte erfolgen.
04	Diagnosekriterium für das Vorliegen einer COPD ist eine relative Einsekundenkapazität unter 70% (Forciertes expiratorisches Volumen (FEV ₁)/FEV < 0,7), wenn diese auch nach Verabreichung von bronchodilatativen Substanzen vermindert bleibt.
05	Das Vorliegen anderer, nachfolgend angeführter Krankheitsentitäten mit ähnlicher Symptomatik wie COPD soll in Betracht gezogen werden, vor allem bei jüngeren (< 45 Jahre) und älteren (> 65 Jahre) Personen, Personen, die niemals geraucht haben bzw. keinen beruflichen Noxen ausgesetzt waren, sowie bei grenzwertigen Spirometrie-Ergebnissen.
06	Bei Patienten mit COPD und vermehrter Symptomatik soll das Vorliegen einer Exazerbation in Betracht gezogen werden, vor allem wenn es sich um Patienten handelt, die ein erhöhtes Risiko für Exazerbationen aufweisen (z.B. vorangegangene Exazerbationen, fortgeschrittener Schweregrad der COPD).
07	Exazerbationen sollen rasch (innerhalb von 24 hours [h]) diagnostiziert und behandelt werden.
08	Patienten mit COPD im Endstadium ohne Indikation für eine Long term oxygen therapy (LTOT) sollten auch im Rahmen der palliativen Versorgung keine Sauerstofftherapie erhalten.
09	Grundsätzlich wird für alle Patienten mit COPD ein supervidiertes (unter Anleitung eines Trainers/Therapeuten) pneumologisches Rehabilitationsprogramm empfohlen. Ziel ist dabei die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Verminderung der Atemnot, Verbesserung des Gesundheitszustandes und Wohlbefindens sowie die Reduktion des Exazerbationsrisikos.
10	Alle Patienten, die ein pneumologisches Rehabilitationsprogramm beendet haben, sollen zu einem weiterführenden körperlichen Training angehalten werden.
11	Das körperliche Trainingsprogramm im Rahmen des pneumologischen Rehabilitationsprogramms kann als kontinuierliches Training oder Intervalltraining erfolgen. Die Wahl soll dabei von Patienten und Therapeuten gemeinsam getroffen werden.
12	Die Dauer eines pneumologischen Rehabilitationsprogramms soll 6 – 12 Wochen mit mindestens 2 supervidierten (unter Anleitung eines Trainers/Therapeuten) Trainingseinheiten pro Woche betragen. Eine 3. Trainingseinheit pro Woche mit vorgegebenem Inhalt ist empfehlenswert, wobei diese auch ohne Supervision erfolgen kann. Dabei sollen Patienten insgesamt an mindestens 12 supervidierten Trainingseinheiten teilnehmen.
13	Patienten mit COPD und einer hohen Symptomlast – z.B. Atemnot (Modified British Medical Research Council (mMRC) Grad 1-4, siehe Box 6) oder eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit – und/oder hohem Exazerbationsrisiko sollen jedenfalls an einem supervidierten (unter Anleitung eines Trainers/Therapeuten) pneumologischen Rehabilitationsprogramm teilnehmen.
14	Grundsätzlich wird für alle Patienten mit COPD ein supervidiertes (unter Anleitung eines Trainers/Therapeuten) pneumologisches Rehabilitationsprogramm empfohlen. Ziel ist dabei die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Verminderung der Atemnot, Verbesserung des Gesundheitszustandes und Wohlbefindens sowie die Reduktion des Exazerbationsrisikos.
15	Eine Sauerstofftherapie mit mobilen Geräten soll nur Patienten mit verordneter Langzeitsauerstofftherapie unter folgenden Voraussetzungen angeboten werden: Personen mit häufigen Aktivitäten außer Haus.
16	Patienten mit COPD und einer verordneten Langzeitsauerstofftherapie sollen das erste Mal nach 3 Monaten und in weiterer Folge alle 6 – 12 Monate für eine

	Kontrolluntersuchung (Blutgasanalyse, Sauerstoff-Flussrate) zu einem Facharzt für Pneumologie überwiesen werden.
17	Patienten mit COPD und bestätigter Hypoxämie sollen eine Langzeit – Sauerstofftherapie (LTOT) standardmäßig über eine Nasenkanüle (0,5 – 2,0 Liter/Minute) erhalten. Als Zielwert ist eine Sauerstoff-Sättigung von 88 – 92 % anzustreben.
18	Eine kurzfristige Sauerstoffgabe (mittels Sauerstoffflasche) vor oder nach körperlicher Aktivität soll bei Patienten mit COPD (normoxisch oder hypoxämisch) nicht verschrieben werden.
19	Bei Patienten mit schwerer bis sehr schwerer COPD mit ≥ 1 Exazerbation im letzten Jahr kann die Therapie mit N-Acetylcystein in hoher Dosis oder mit anderen oxydativen Mukolytika in Ausnahmefällen erwogen werden, um die Häufigkeit von Exazerbationen zu reduzieren.
20	Eine langfristige Monotherapie mit Inhalative Kortikosteroide (ICS) und oralen Corticosteroiden wird nicht empfohlen.
21	Für Patienten mit COPD und Asthma ist eine Therapie mit Long-Acting Beta-Agonists (LABA) ohne ICS nicht empfohlen.
22	<p>GOLD Gruppe D: Patienten mit schwerer bis sehr schwerer stabiler COPD oder mit erhöhtem Exazerbationsrisiko und jeweils stärker ausgeprägter Symptomatik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiebeginn mit Long-acting muscarinic-antagonists (LAMA) Monotherapie oder mit einer Kombination von LAMA + LABA oder einer Kombination von LABA + ICS als Dauertherapie zur Symptomkontrolle und Prävention von Exazerbationen. ▪ Bei inadäquater Exazerbationskontrolle: Therapieintensivierung mit einer Kombination von LAMA + LABA + ICS. ▪ Bei weiterhin inadäquater Exazerbationskontrolle: zusätzlich weitere Medikation zur Therapieintensivierung (siehe Box 13b). ▪ Zusätzlich als Bedarfstherapie zur Symptomkontrolle: primär SAMA Monotherapie oder Kombination von SAMA + SABA, optional auch SABA Monotherapie.
23	<p>GOLD Gruppe C: Patienten mit schwerer bis sehr schwerer stabiler COPD oder mit erhöhtem Exazerbationsrisiko und jeweils gering ausgeprägter Symptomatik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiebeginn mit LAMA Monotherapie als Dauertherapie zur Symptomkontrolle und Prävention von Exazerbationen. ▪ Bei inadäquater Exazerbationskontrolle: Therapieintensivierung durch Kombination von LAMA + LABA oder Kombination von LABA + inhalativen Corticosteroiden (ICS). ▪ Zusätzlich als Bedarfstherapie zur Symptomkontrolle: primär SAMA Monotherapie oder Kombination von SAMA + SABA, optional auch SABA Monotherapie.
24	Alle Patienten mit stabiler COPD ab Gruppe B sollen eine inhalative Dauertherapie mit langwirksamen Bronchodilatoren (LAMA und/oder LABA) erhalten.
25	<p>GOLD Gruppe A: Patienten mit leichter bis mittelschwerer stabiler COPD, geringem Exazerbationsrisiko und gering ausgeprägter Symptomatik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiebeginn mit kurzwirksamen Bronchodilatoren (kurzwirksame Anticholinergika (SAMA) Monotherapie; optional auch kurzwirksame Beta-2-Agonisten (SABA)) Monotherapie als Bedarfstherapie zur Symptomkontrolle. ▪ Bei inadäquater Symptomkontrolle: Intensivierung der Bedarfstherapie durch Kombination von SABA + SAMA. ▪ Bei weiterhin inadäquater Symptomkontrolle: Beginn einer Dauertherapie mit langwirksamen Bronchodilatoren (langwirksame Anticholinergika (LAMA) Monotherapie oder langwirksame Beta-2-Agonisten (LABA) Monotherapie). Intensivierung der Dauertherapie durch Kombination von LAMA + LABA, falls erforderlich.
26	Für Patienten mit COPD und chronischer Ateminsuffizienz sollen zur Verabreichung der Bronchodilatoren vorzugsweise Druckluftvernebler oder Dosierinhalatoren mit und ohne Spacer verwendet werden.
27	Bei Patienten mit COPD, die eine inhalative Therapie erhalten, soll regelmäßig die Inhalationstechnik überprüft werden.
28	Bei Patienten mit symptomatischer COPD wird eine stufenweise medikamentöse Therapie empfohlen, bis eine adäquate Kontrolle der Symptome (Atemnot, Exazerbationshäufigkeit, funktionelle Lungenkapazität) erreicht ist.
29	Patienten mit COPD sollen eine Pneumokokken-Schutzimpfung erhalten.
30	Alle Patienten mit COPD sollen jährlich eine Grippe-Schutzimpfung erhalten.
31	Alle Patienten mit COPD sollen dazu ermutigt werden, Pflegepersonen und Familienangehörige in das Krankheitsmanagement einzubeziehen.

32	Alle Patienten mit COPD sollen im Selbstmanagement hinsichtlich einer realistischen Zielsetzung und -erreicherung unterstützt werden. Dazu soll eine Schulung erfolgen und ein schriftlicher Maßnahmenplan gemeinsam mit dem Patienten erstellt werden.
33	Bei Patienten, die die Medikamenteneinnahme möglicherweise nicht einhalten (z.B. aufgrund von Multimedikation, signifikanten Änderungen der Medikation, Verwirrtheit, Sehschwäche), soll ein Medikamentenreview durchgeführt werden.
34	Alle Patienten mit COPD sollen im Sinne eines gesunden Lebensstils zu regelmäßiger körperlicher Aktivität motiviert werden.
35	Bei Patienten mit COPD soll eine Physiotherapie/Atemphysiotherapie mit und ohne Hilfsmittel erwogen werden.
36	Raucherentwöhnungsprogramme sollen sowohl medikamentöse als auch psychosoziale Komponenten enthalten.
37	Bei allen Personen, die rauchen, soll zur Risikoreduktion eine Raucherberatung durchgeführt und ein Raucherentwöhnungsprogramm angeboten werden.
38	Patienten mit COPD, die nach einer akuten Exazerbation aus dem stationären Bereich entlassen werden, sollen innerhalb von 4 Wochen an einem pneumologischen Rehabilitationsprogramm teilnehmen, um das Exazerbationsrisiko zu reduzieren.
39	Patienten mit COPD, die nach einer Exazerbation aus dem stationären Bereich entlassen werden, sollen in nachfolgend angeführtem Zeitraum zu einem Facharzt für Pneumologie überwiesen werden: <ul style="list-style-type: none"> ○ bei Entlassung mit Sauerstofftherapie innerhalb von 30 – 90 Tagen.
40	Patienten mit COPD, die nach einer Exazerbation aus dem stationären Bereich entlassen werden und einen chronischen Husten sowie eine anhaltend vermehrte Sputumproduktion aufweisen, sollen engmaschig überwacht werden und hinsichtlich der Techniken zur Reinigung der Atemwege geschult werden.
41	Patienten mit COPD, die nach einer Exazerbation aus dem stationären Bereich entlassen werden, sollen innerhalb von 7 Tagen von einem Mitglied des Primärversorgungsteams gesehen werden.
42	Bei Patienten mit COPD und Exazerbationen <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit klinischen Zeichen einer Infektion oder ▪ mit Atemnot und vermehrtem oder purulentem Sputum wird die Verabreichung von Antibiotika für 5 – 7 Tage empfohlen.
43	Bei Patienten mit COPD und akuten Exazerbationen werden systemische Corticosteroide nicht als Dauertherapie zur Prävention einer Hospitalisierung aufgrund weiterer akuter Exazerbationen empfohlen.
44	Zur Behandlung akuter Exazerbationen werden systemische Corticosteroide (vorzugsweise oral) empfohlen. Die Behandlung dazu soll 5 – 7 Tage (max. 14 Tage) bei einer Dosis von 30 – 40 mg Prednisolon-Äquivalent pro Tag erfolgen.
45	Bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Exazerbation wird die Erhöhung der Dosis SABA auf 4 – 8 Hübe alle 3 – 4 Stunden mittels Dosierinhalatoren mit Spacer und eine weitere Titration entsprechend dem Therapieansprechen empfohlen.
46	Patienten und Pflegende sollen durch eine Kombination mehrerer nachfolgend angeführter Maßnahmen zum Umgang mit bzw. zur Prävention von Exazerbationen befähigt werden. <ul style="list-style-type: none"> ○ Unterstützung durch einen Case-Manager ○ Schulung im Selbstmanagement ○ Schriftliche Maßnahmenpläne Einzelne Maßnahmen alleine werden nicht empfohlen.
47	Ein Assessment auf mögliche Begleiterkrankungen (z.B. koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, gastroösophageale Refluxkrankheit, obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, metabolisches Syndrom, Osteoporose, Dysfunktion der Skelettmuskulatur, Depressionen und Angstzustände, Lungenerkrankungen) soll vor allem bei Patienten mit häufigen Exazerbationen erfolgen. Dazu sollen möglichst einfache Tests verwendet werden (z.B. Elektrokardiographie (EKG), Troponin, Brain Natriuretic Peptide (BNP), D-Dimer).
48	Der Schweregrad der COPD soll mittels Spirometrie, anhand der Symptome und der Häufigkeit von Exazerbationen festgestellt und zumindest jährlich reevaluiert werden.
49	Bei allen Patienten mit COPD soll regelmäßig die Einhaltung der nicht-medikamentösen Therapien (Rauchverzicht, Impfstatus, körperliche Aktivität, Sauerstofftherapie) und medikamentösen Therapien angesprochen werden.

50	Patienten und Pflegende sollen darin geschult werden, Exazerbationen zu erkennen.
51	Bei Patienten mit schwerer bis sehr schwerer COPD und häufigen Exazerbationen trotz maximaler inhalativer Therapie und/oder chronischer Bronchitis sollte eine Überweisung zum Facharzt für Pneumologie erfolgen, um die Indikation für eine Therapie mit Phosphodiesterase (PDE)-4-Inhibitoren zu prüfen.
52	Theophyllin soll nur in Ausnahmefällen (z.B. bei einem FEV ₁ < 40 %) und nur in geringer Dosis (max. 100 mg 2x täglich) zur Therapie der stabilen COPD verwendet werden.
53	Eine Statintherapie zur Prävention von Exazerbationen wird nicht empfohlen.
54	Patienten mit einer stabilen COPD sollen bei vermuteter chronischer Hypoxämie (SpO ₂ ≤ 92 % mittels Pulsoximetrie bei Raumluft) zu einem Facharzt für Pneumologie überwiesen werden, um den Bedarf einer Langzeitsauerstofftherapie abzuklären (Blutgasanalyse).
55	Bei Patienten mit COPD, die ihre körperliche Aktivität plötzlich einschränken, soll vorzeitig eine neuerliche Teilnahme an einem pneumologischen Rehabilitationsprogramm in Erwägung gezogen werden.

6.1.2 Operationalisierbarkeit

Durch die Arbeitsgruppe QI wurden in drei Treffen die vorab extrahierten 55 Empfehlungen hinsichtlich ihrer Operationalisierbarkeit (Formulierung von Zähler und Nenner) und ihrer grundsätzlichen Anwendbarkeit im extramuralen Bereich hin geprüft. Insgesamt konnten 35 GoR A-Empfehlungen als operationalisierbar und relevant identifiziert werden. Sieben Empfehlungen wurden als nicht operationalisierbar eingestuft. Als inhaltlich überlappend wurden vier Empfehlungen identifiziert und ggf. bei dem jeweils passenden Indikator inhaltlich integriert. Neun Empfehlungen wurden als nicht relevant für den extramuralen Bereich gekennzeichnet. Zu den 35 verbliebenen Empfehlungen wurden korrespondierende Qualitätsindikatoren formuliert. Nachfolgend werden diese resultierenden 35 potentiellen Indikatoren mit der Bezeichnung „C“ für COPD und Nummerierung, Beschreibung sowie Zähler und Nenner dargestellt.

Indikator Nr. C01: Raucherstatus bei Verdacht auf COPD

Beschreibung Bei allen Personen mit chronischem Husten und/oder Verdacht auf das Vorliegen einer COPD soll der Raucherstatus/Tabakkonsum regelmäßig erfragt und dokumentiert werden.

Benötigte Daten Zähler: Personen mit chronischem Husten und/oder Verdacht auf das Vorliegen einer COPD, bei denen regelmäßig der Raucherstatus/Tabakkonsum erfragt und dokumentiert wurde
Nenner: Personen mit chronischem Husten und/oder Verdacht auf das Vorliegen einer COPD (International Classification of Primary Care [ICPC-2]: R02, R05, R25, R79)

Indikator Nr. C02: Abklärung (Basisdiagnostik) COPD

Beschreibung Personen über dem 40. Lebensjahr mit chronischem Husten, chronisch vermehrter Sputumproduktion, Atemnot jeweils mit oder ohne Risikofaktoren für COPD sollen hinsichtlich des Vorliegens einer manifesten COPD abgeklärt werden.

Benötigte Daten Zähler: Personen ohne bekannte COPD ≥ 40 J. mit Atemnot, chronischem Husten und/oder chronisch vermehrtem Auswurf (Sputum), die hinsichtlich des Vorliegens einer manifesten COPD abgeklärt wurden
Nenner: Personen ohne bekannte COPD ≥ 40 J. mit Atemnot, chronischem Husten und/oder chronisch vermehrtem Auswurf (Sputum)
(ICPC-2: R02, R05, R25, R79)

Indikator Nr. C03: Differentialdiagnostik

Beschreibung Das Vorliegen anderer, nachfolgend angeführter Krankheitsentitäten mit ähnlicher Symptomatik wie COPD soll in Betracht gezogen werden, vor allem bei jüngeren (< 45 Jahre) und älteren (> 65 Jahre) Personen, Personen die niemals geraucht haben bzw. keinen beruflichen Noxen ausgesetzt waren sowie bei grenzwertigen Spirometrie-Ergebnissen.

Benötigte Daten Zähler: Alle Personen mit COPD-Symptomatik (Verdacht auf COPD) entweder im Alter <45 J. oder >65 Jahren oder die keinen Noxen (Rauchen, beruflich) ausgesetzt waren oder bei denen ein grenzwertiges Spirometrie Ergebnis vorliegt, bei denen eine Differentialdiagnostik durchgeführt wurde
Nenner: Alle Personen mit COPD-Symptomatik (Verdacht auf COPD) entweder im Alter <45 J. oder >65 Jahren oder die keinen Noxen (Rauchen, beruflich) ausgesetzt waren oder bei denen ein grenzwertiges Spirometrie Ergebnis vorliegt

Indikator Nr. C04: Assessment akute Exazerbation

Beschreibung Bei Patienten mit COPD und vermehrter Symptomatik soll das Vorliegen einer Exazerbation in Betracht gezogen werden, vor allem wenn es sich um Patienten handelt, die ein erhöhtes Risiko für Exazerbationen aufweisen (z.B. vorangegangene Exazerbationen, fortgeschrittener Schweregrad der COPD).

Benötigte Daten Zähler: Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD-10]: J44.1-) und vermehrter Symptomatik, die hinsichtlich einer Exazerbation abgeklärt werden
Nenner: Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.1-) und vermehrter Symptomatik

Indikator Nr. C05: Exazerbation – zeitnahe Diagnose und Behandlung

Beschreibung Exazerbationen sollen rasch (innerhalb von 24h) diagnostiziert und behandelt werden.

Benötigte Daten Zähler: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.1-) mit einer Exazerbation, die innerhalb von 24h diagnostiziert und behandelt wurden
Nenner: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.1-) mit einer Exazerbation

Indikator Nr. C06: Weiterführendes Training nach pneumologischer Rehabilitation

Beschreibung Alle Patienten, die ein pneumologisches Rehabilitationsprogramm beendet haben, sollen zu einem weiterführenden körperlichen Training angehalten werden.

Benötigte Daten Zähler: Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.1-) nach Beendigung eines pneumologischen Rehabilitationsprogramms, die bei der ersten Wiedervorstellung eine Beratung zur Weiterführung der körperlichen Aktivität erhalten haben
Nenner: Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.1-) nach Beendigung eines pneumologischen Rehabilitationsprogramms

Indikator Nr. C07: Überweisung - pneumologisches Rehabilitationsprogramm

Beschreibung Patienten mit COPD und einer hohen Symptomlast – z.B. Atemnot (mMRC Grad 1-4, siehe Box 6) oder eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit – und/oder hohem Exazerbationsrisiko sollen jedenfalls an einem supervidierten (unter Anleitung eines Trainers/Therapeuten) pneumologischen Rehabilitationsprogramm teilnehmen.

Benötigte Daten Zähler: Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.1-) und hoher Symptomlast oder hohem Exazerbationsrisiko, die zu einem pneumologischen Rehabilitationsprogramm überwiesen werden
Nenner: Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.1-) und hoher Symptomlast oder hohem Exazerbationsrisiko

Indikator Nr. C08: Empfehlung für pneumologische Rehabilitation

Beschreibung Grundsätzlich wird für alle Patienten mit COPD ein supervidiertes (unter Anleitung eines Trainers/Therapeuten) pneumologisches Rehabilitationsprogramm empfohlen. Ziel ist dabei die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Verminderung der Atemnot, Verbesserung des Gesundheitszustandes und Wohlbefindens sowie die Reduktion des Exazerbationsrisikos.

Benötigte Daten Zähler: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.1-), welchen eine Teilnahme an einem pneumologischen Rehabilitationsprogramm empfohlen wurde
Nenner: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.1-)

Indikator Nr. C09: Kontrolltermin Langzeitsauerstofftherapie

Beschreibung Patienten mit COPD und einer verordneten Langzeitsauerstofftherapie sollen das erste Mal nach 3 Monaten und in weiterer Folge alle 6 – 12 Monate für eine Kontrolluntersuchung (Blutgasanalyse, Sauerstoff-Flussrate) zu einem Facharzt für Pneumologie überwiesen werden.

Benötigte Daten Zähler: Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) u. Langzeitsauerstofftherapie, die zumindest einmal in den letzten 12 Monaten zu einer Kontrolluntersuchung zu einem Facharzt für Pneumologie überwiesen wurden (rezenter Befund oder Überweisung)
Nenner: Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) u. Langzeitsauerstofftherapie

Indikator Nr. C10: Langzeit-Sauerstofftherapie bei Hypoxämie

Beschreibung Patienten mit COPD und bestätigter Hypoxämie sollen eine Langzeit – Sauerstofftherapie (LTOT) standardmäßig über eine Nasenkanüle

(0,5 – 2,0 Liter/Minute) erhalten. Als Zielwert ist eine Sauerstoff-Sättigung von 88 – 92 % anzustreben.

Benötigte Daten Zähler: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: R09.1; J44.-) und bestätigter Hypoxämie, die eine Langzeit-Sauerstofftherapie erhalten
Nenner: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: R09.1; J44.-) und bestätigter Hypoxämie

Indikator Nr. C11: Short burst oxygen therapy (SBOT)

Beschreibung Eine kurzfristige Sauerstoffgabe (mittels Sauerstoffflasche) vor oder nach körperlicher Aktivität soll bei Patienten mit COPD (normoxisch oder hypoxämisch) nicht verschrieben werden.

Benötigte Daten Zähler: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), welchen eine SBOT vor oder nach körperlicher Aktivität (mittels Sauerstoffflasche) verschrieben wurde
Nenner: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-)

Indikator Nr. C12: Langfristige Monotherapie mit Corticosteroiden

Beschreibung Eine langfristige Monotherapie mit ICS (Inhalative Kortikosteroide) und oralen Corticosteroiden wird nicht empfohlen.

Benötigte Daten Zähler: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), welchen eine langfristige Monotherapie mit ICS oder eine langfristige Therapie mit oralen Corticosteroiden verschrieben wurde
Nenner: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-)

Indikator Nr. C13: ICS bei COPD und Asthma

Beschreibung Für Patienten mit COPD und Asthma ist eine Therapie mit LABA ohne ICS nicht empfohlen.

Benötigte Daten Zähler: Patienten mit COPD (ICPC-2: R95, R96; ICD-10: J45.-) und gleichzeitig vorliegendem Asthma mit einer LABA-Medikation, denen zusätzlich ein ICS verschrieben wird
Nenner: Patienten mit COPD (ICPC-2: R95, R96; ICD-10: J45.-) und gleichzeitig vorliegendem Asthma mit einer LABA-Medikation

Indikator Nr. C14: Therapie: Langwirksame Bronchodilatoren

Beschreibung Alle Patienten mit stabiler COPD ab Gruppe B sollen eine inhalative Dauertherapie mit langwirksamen Bronchodilatoren (LAMA und/oder LABA) erhalten.

Benötigte Daten Zähler: Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) der GOLD-Gruppen B-D mit bestehender Therapie mit langwirksamen Bronchodilatoren
Nenner: Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) der GOLD-Gruppen B-D

Indikator Nr. C15: Überprüfung der Inhalationstechnik

Beschreibung Bei Patienten mit COPD, die eine inhalative Therapie erhalten, soll regelmäßig die Inhalationstechnik überprüft werden.

Benötigte Daten Zähler: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) und inhalativer Therapie, bei denen eine regelmäßige Überprüfung der Inhalationstechnik dokumentiert wird
Nenner: Alle Patienten mit (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) und inhalativer Therapie

Indikator Nr. C16: Pneumokokken-Schutzimpfung

Beschreibung Patienten mit COPD sollen eine Pneumokokken-Schutzimpfung erhalten.

Benötigte Daten Zähler: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) und dokumentierter Pneumokokken-Schutzimpfung
Nenner: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-)

Indikator Nr. C17: Grippe-Schutzimpfung

Beschreibung Alle Patienten mit COPD sollen jährlich eine Grippe-Schutzimpfung erhalten.

Benötigte Daten Zähler: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) und dokumentierter Grippe-Schutzimpfung
Nenner: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-)

Indikator Nr. C18: Unterstützung im Krankheitsmanagement

Beschreibung Alle Patienten mit COPD sollen dazu ermutigt werden, Pflegepersonen und Familienangehörige in das Krankheitsmanagement einzubeziehen.

Benötigte Daten Zähler: Alle Patienten mit COPD, denen die Einbeziehung von Pflegepersonen und Familienangehörigen in das Krankheitsmanagement empfohlen wurde
Nenner: Alle Patienten mit COPD

Indikator Nr. C19: Schulung Selbstmanagement

Beschreibung Alle Patienten mit COPD sollen im Selbstmanagement hinsichtlich einer realistischen Zielsetzung und -erreicherung unterstützt werden. Dazu soll eine Schulung erfolgen und ein schriftlicher Maßnahmenplan gemeinsam mit dem Patienten erstellt werden.

Benötigte Daten Zähler: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), die eine Schulung im Selbstmanagement erhalten haben
Nenner: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-)

Indikator Nr. C20: Ermutigung zur körperlichen Aktivität

Beschreibung Alle Patienten mit COPD sollen im Sinne eines gesunden Lebensstils zu regelmäßiger körperlicher Aktivität motiviert werden.

Benötigte Daten Zähler: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), die zu regelmäßiger körperlicher Aktivität ermutigt wurden
Nenner: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-)

Indikator Nr. C21: Raucherberatung

Beschreibung Bei allen Personen, die rauchen, sollen zur Risikoreduktion eine Raucherberatung durchgeführt und ein Raucherentwöhnungsprogramm angeboten werden.

Benötigte Daten Zähler: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) mit aktivem Raucherstatus und dokumentierter Raucherberatung
Nenner: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) mit aktivem Raucherstatus

Indikator Nr. C22: Akute Exazerbation: Reha nach stat. Aufenthalt

Beschreibung Patienten mit COPD, die nach einer akuten Exazerbation aus dem stationären Bereich entlassen werden, sollen innerhalb von 4 Wochen an einem pneumologischen Rehabilitationsprogramm teilnehmen, um das Exazerbationsrisiko zu reduzieren.

Benötigte Daten Zähler: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) nach stationärem Aufenthalt wegen Exazerbation, die innerhalb von 4 Wochen ein pneumologisches Rehabilitationsprogramm begonnen haben
Nenner: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) nach stationärem Aufenthalt wegen Exazerbation

Indikator Nr. C23: Exazerbation: Überweisung Pneumologen nach stat. Entlassung

Beschreibung Patienten mit COPD, die nach einer Exazerbation aus dem stationären Bereich entlassen werden, sollen in nachfolgend angeführtem Zeitraum zu einem Facharzt für Pneumologie überwiesen werden:
○ bei Entlassung mit Sauerstofftherapie innerhalb von 30 – 90 Tagen.

Benötigte Daten Zähler: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) mit Sauerstofftherapie nach stationärem Aufenthalt wegen einer Exazerbation, die innerhalb von 90 Tagen an einen Facharzt für Pneumologie überwiesen wurden
Nenner: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) mit Sauerstofftherapie nach stationärem Aufenthalt wegen einer Exazerbation

Indikator Nr. C24: Exazerbation: PVE-Vorstellung nach stat. Entlassung

Beschreibung Patienten mit COPD, die nach einer Exazerbation aus dem stationären Bereich entlassen werden, sollen innerhalb von 7 Tagen von einem Mitglied des Primärversorgungsteams gesehen werden.

Benötigte Daten Zähler: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) nach stationärem Aufenthalt wegen einer Exazerbation, die innerhalb von 7 Tagen in einer Hausarztpraxis/PVE vorstellig wurden
Nenner: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) nach stationärem Aufenthalt wegen einer Exazerbation

Indikator Nr. C25: Antibiotika bei Exazerbation mit Atemwegsinfektion

Beschreibung Bei Patienten mit COPD und Exazerbationen

- mit klinischen Zeichen einer Infektion oder
- mit Atemnot und vermehrtem oder purulentem Sputum

wird die Verabreichung von Antibiotika für 5 – 7 Tage empfohlen.

Benötigte Daten Zähler: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) mit Exazerbation und Symptomen einer Atemwegsinfektion, denen ein Antibiotikum verschrieben wurde
Nenner: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) mit Exazerbation und Symptomen einer Atemwegsinfektion

Indikator Nr. C26: Exazerbation: Systemische Corticosteroide

Beschreibung Zur Behandlung akuter Exazerbationen werden systemische Corticosteroide (vorzugsweise oral) empfohlen. Die Behandlung dazu soll 5 – 7 Tage (max. 14 Tage) bei einer Dosis von 30 – 40 mg Prednisolon-Äquivalent pro Tag erfolgen.

Benötigte Daten Zähler: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) mit Exazerbation, die eine systemische Corticosteroid-Therapie erhielten
Nenner: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) mit Exazerbation

Indikator Nr. C27: Exazerbation: Systemische Corticosteroide

Beschreibung Bei Patienten mit COPD und akuten Exazerbationen werden systemische Corticosteroide nicht als Dauertherapie zur Prävention einer Hospitalisierung aufgrund weiterer akuter Exazerbationen empfohlen.

Benötigte Daten Zähler: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) mit Exazerbation und systemischer Corticosteroid-Therapie, die für max. 14 Tage verschrieben wurde
Nenner: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) mit Exazerbation und systemischer Corticosteroid-Therapie

Indikator Nr. C28: Exazerbation: Schulung für Fachkräfte und Laien

Beschreibung Patienten und Pflegende sollen durch eine Kombination mehrerer nachfolgend angeführter Maßnahmen zum Umgang mit bzw. zur Prävention von Exazerbationen befähigt werden.

- Unterstützung durch einen Case-Manager
- Schulung im Selbstmanagement
- Schriftliche Maßnahmenpläne

Einzelne Maßnahmen alleine werden nicht empfohlen.
Patienten und Pflegende sollen darin geschult werden, Exazerbationen zu erkennen.

Benötigte Daten Zähler: Alle Versorgungseinheiten in einem Versorgungsgebiet, die Exazerbations-Schulungen für Patienten und Pflegende (Fachkräfte und Laien) anbieten
Nenner: Alle Versorgungseinheiten in einem Versorgungsgebiet

Indikator Nr. C29: Häufige Exazerbationen: Assessment Begleiterkrankungen

Beschreibung Ein Assessment auf mögliche Begleiterkrankungen (z.B. koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, gastroösophageale Refluxkrankheit, obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, metabolisches Syndrom, Osteoporose, Dysfunktion der Skelettmuskulatur, Depressionen und Angstzustände, Lungenkrebs) soll vor allem bei Patienten mit häufigen Exazerbationen erfolgen. Dazu sollen möglichst einfache Tests verwendet werden (z.B. EKG, Troponin, Brain Natriuretic Peptide (BNP), D-Dimer).

Benötigte Daten Zähler: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) mit häufigen Exazerbationen, bei denen das Vorliegen möglicher Begleiterkrankungen abgeklärt wurde
Nenner: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) mit häufigen Exazerbationen

Indikator Nr. C30: Evaluierung COPD-Schweregrad (GOLD-Gruppe)

Beschreibung Der Schweregrad der COPD soll mittels Spirometrie, anhand der Symptome und der Häufigkeit von Exazerbationen festgestellt und zumindest jährlich reevaluiert werden.

Benötigte Daten Zähler: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), bei denen in den letzten 12 Monaten eine Re-/Evaluierung des COPD-Schweregrades (GOLD-Gruppe) stattgefunden hat
Nenner: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-)

Indikator Nr. C31: Erhebung der Aderhence nicht-medikamentöser/medikamentöser Therapien

Beschreibung Bei allen Patienten mit COPD soll regelmäßig die Einhaltung der nicht-medikamentösen Therapien (Rauchverzicht, Impfstatus, körperliche Aktivität, Sauerstofftherapie) und medikamentösen Therapien angesprochen werden.

Benötigte Daten Zähler: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), bei denen die Einhaltung mit nicht-medikamentösen und medikamentösen Therapien regelmäßig erhoben wurde
Nenner: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-)

Indikator Nr. C32: Fachärztliche Indikationsstellung PDE4-Inhibitor

Beschreibung Bei Patienten mit schwerer bis sehr schwerer COPD und häufigen Exazerbationen trotz maximaler inhalativer Therapie und/oder chronischer Bronchitis sollte eine Überweisung zum Facharzt für Pneumologie erfolgen, um die Indikation für eine Therapie mit PDE-4-Inhibitoren zu prüfen.

Benötigte Daten Zähler: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) der GOLD-Graduierung III und IV mit häufigen Exazerbationen bei bestehender maximaler inhalativer Therapie, die zur Indikationsstellung von PDE4-Inhibitoren zum Facharzt für Pneumologie überwiesen wurden

Nenner: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) der GOLD-Graduierung III und IV mit häufigen Exazerbationen bei bestehender maximaler inhalativer Therapie

Indikator Nr. C33: Stabile COPD: Theophyllin

Beschreibung Theophyllin soll nur in Ausnahmefällen (z.B. bei einem $FEV_1 < 40\%$) und nur in geringer Dosis (max. 100 mg 2x täglich) zur Therapie der stabilen COPD verwendet werden.

Benötigte Daten Zähler: Patienten mit stabiler COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) mit einer Theophyllin-Therapie
Nenner: Patienten mit stabiler COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-)

Indikator Nr. C34: Stabile COPD: Langzeitsauerstofftherapie

Beschreibung Patienten mit einer stabilen COPD sollen bei vermuteter chronischer Hypoxämie ($SpO_2 \leq 92\%$ mittels Pulsoximetrie bei Raumluft) zu einem Facharzt für Pneumologie überwiesen werden, um den Bedarf einer Langzeitsauerstofftherapie abzuklären (Blutgasanalyse).

Benötigte Daten Zähler: Patienten mit stabiler COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) und vermuteter chronischer Hypoxymie ($SpO_2 \leq 92\%$ mittels Pulsoximetrie bei Raumluft), die zur Indikationsstellung einer Langzeitsauerstofftherapie zu einem Facharzt für Pneumologie überwiesen wurden
Nenner: Patienten mit stabiler COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) und vermuteter chronischer Hypoxymie ($SpO_2 \leq 92\%$ mittels Pulsoximetrie bei Raumluft)

Indikator Nr. C35: Pneumologische Reha nach Aktivitätseinschränkung

Beschreibung Bei Patienten mit COPD, die ihre körperliche Aktivität plötzlich einschränken, soll vorzeitig eine neuerliche Teilnahme an einem pneumologischen Rehabilitationsprogramm in Erwägung gezogen werden.

Benötigte Daten Zähler: COPD Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) nach einer pneumologischen Rehabilitation, die ihre körperliche Aktivität beendet haben, bei denen eine vorzeitige erneute Teilnahme an einem pneumologischen Rehabilitationsprogramm erwogen wurde
Nenner: COPD Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) nach einer pneumologischen Rehabilitation, die ihre körperlicher Aktivität beendet haben

6.1.3 Panelverfahren

Die formulierten 35 potentiellen Qualitätsindikatoren wurden in einem 2-stufigen Panelverfahren einem Expertengremium zur Bewertung hinsichtlich „Relevanz“, „Klarheit & Verständlichkeit“, „Praktikabilität“ und „Risiko für Fehlsteuerung“ vorgelegt. Die Bewertung der Kriterien „Relevanz“ und „Praktikabilität“ erfolgte im Rahmen eines Panelverfahrens anhand einer 9-stufigen Likert-Skala, wobei „1“ für überhaupt nicht relevant/praktikabel und „9“ für sehr

relevant/praktikabel steht. Das Kriterium „Klarheit & Verständlichkeit“ konnte nur in der ersten Runde des Verfahrens mit „Ja“ oder „Nein“ bewertet werden, wobei ein Kommentar obligat war, wenn die Bewertung negativ entfiel. Auch bei einer Beantwortung mit „Ja“ waren Änderungsvorschläge in der Formulierung der Indikatoren möglich. Die Bewertung des Merkmals „Risiko für Fehlsteuerung“ erfolgte ebenso anhand einer 9-stufigen Likert-Skala, jedoch stand „1“ für kein Risiko und „9“ für hohes Risiko. Ebenfalls hatte man hier die Möglichkeit, Anmerkungen in einem Kommentarfeld einzufügen. Die näheren Details zum Panelverfahren sind im Abschnitt 5.4 beschrieben.

6.1.3.1 Auswahl des Expertengremiums

Für die Auswahl des Expertengremiums am Panelverfahren wurde auf eine Ausgewogenheit hinsichtlich folgender Parameter geachtet:

- ◆ Stadt und Land
- ◆ Alter
- ◆ Geschlecht
- ◆ Bundesland
- ◆ Einzelpraxis bzw. Gruppenpraxis, PV
- ◆ Allgemeinmedizin oder Facharzt

Insgesamt wurden 43 Personen, je vier Personen aus den Bundesländern Vorarlberg, Tirol, Salzburg, Kärnten, Oberösterreich, Niederösterreich, Kärnten und Burgenland (n= 32) und elf Personen aus der Steiermark, zur Teilnahme am Panelverfahren eingeladen.

Beim Parameter Stadt und Land fiel die Verteilung auf 22 Ordinationen im ruralen und 21 im urbanen Bereich. Die Einladung wurde an 22 Männer und 21 Frauen verschickt. 34 Einzelpraxen, sechs Primärversorgungseinheiten und drei Gruppenpraxen wurden für die Teilnahme am Panelverfahren ausgewählt und kontaktiert. Alle 43 Personen waren Ärzte für Allgemeinmedizin und eine Ärztin war zusätzlich auch Fachärztin für Kinder und Jugendheilkunde.

Am 04. Juli 2019 erhielten diese 43 ausgewählten Personen gezielte Informationen zum Projekt sowie die Einladung zur Teilnahme am Panelverfahren. Fünf Personen haben umgehend zur Teilnahme am Panelverfahren zugesagt. Von den verbliebenen 38 Personen kam keine Zu- oder Absage. Aufgrund der geringen Resonanz auf die erste Aussendung der Einladungen Anfang Juli 2019, erfolgte ein Reminder an die verbliebenen 38 Personen am 21. August 2019. Darauf übermittelte eine Person eine Absage zur Teilnahme am Panelverfahren.

Parallel zu diesem Expertengremium wurden sechs Personen als Vertreter der Stakeholder (eine Person vom Bund, vier Personen aus dem Bereich der Sozialversicherung und eine Person vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) am 2. Oktober 2019 zur Teilnahme am Panelverfahren eingeladen. Diese erhielten ebenso gezielte Informationen zum Projekt sowie die Einladung zur Teilnahme am Panelverfahren.

6.1.3.2 Erste schriftliche Bewertung

Eine Aussendung der 35 potentiellen Qualitätsindikatoren (Anhang 7) für die erste schriftliche Bewertungsrunde erfolgte per Email am 20. September 2019 an jene fünf Personen, die ihre Teilnahme am Panelverfahren zugesagt hatten. Für diese erste schriftliche Bewertungsrunde

erhielten alle teilnehmenden Personen eine Erläuterung und Anleitung zur Bewertung (Anhang 2).

Gleichzeitig erhielten die sechs Personen vom Bund, Sozialversicherung und Hauptverband ebenso die 35 potentiellen Qualitätsindikatoren und hatten die Möglichkeit, Anmerkungen bzw. Änderungsvorschläge zu den Qualitätsindikatoren in einem dafür vorgesehenen „Kommentarfeld“ abzugeben, sie hatten jedoch nicht die Möglichkeit, eine Bewertung abzugeben (Anhang 3).

6.1.3.3 Ergebnis der ersten schriftlichen Bewertungsrunde

Innerhalb von 14 Tagen erfolgte die Retournierung der bewerteten Qualitätsindikatoren von den Teilnehmern. Eine Teilnehmerin konnte aufgrund von technischen Problemen keine Bewertung absolvieren, somit kam es zu einer Bewertung der 35 Qualitätsindikatoren durch vier Experten. Die Ergebnisse der Bewertung je Indikator wurden in einer Excel-Datei erfasst und ausgewertet. Dazu wurden die Bewertungen jedes Teilnehmers für die unterschiedlichen Kriterien zunächst jeweils kategorisiert (positiv/neutral/negativ). Als positiv wurde gewertet, wenn auf der 9-stufigen Likert-Skala bei den Kriterien „Relevanz“ und „Praktikabilität“ vom Teilnehmer „7-9“ Punkte vergeben worden waren, bzw. wenn beim Kriterium „Risiko für Fehlsteuerung“ vom Teilnehmer „1-3“ Punkte vergeben worden waren. Für jedes der drei Kriterien wurde danach der Anteil der Teilnehmer mit positiver Bewertung ermittelt. Wenn dieser Anteil $\geq 75\%$ lag, wurde ein Kriterium als „vom Panel positiv bewertet“ eingestuft.

Kriterien, die nicht als „vom Panel positiv bewertet“ einzustufen waren, wurden einer weiteren Auswertung unterzogen, um solche mit besonders hohem Anteil an negativen Bewertungen durch die Panelteilnehmer zu identifizieren. Hierzu wurde analog zur „positiv“-Bewertung vorgegangen. Als negativ wurde gewertet, wenn auf der 9-stufigen Likert-Skala bei den Kriterien „Relevanz“ bzw. „Praktikabilität“ vom Teilnehmer nur „1-3“ Punkte vergeben wurde bzw. wenn das Kriterium „Risiko für Fehlsteuerung“ vom Teilnehmer mit „7-9“ Punkten als hoch bewertet wurde. Für jedes der drei Kriterien wurde danach der Anteil der Teilnehmer mit negativer Bewertung ermittelt. Wenn dieser Anteil $\geq 75\%$ lag, wurde ein Kriterium als „vom Panel negativ bewertet“ eingestuft.

Das Kriterium „Klarheit & Verständlichkeit“ konnte nur mit „Ja“ oder „Nein“ bewertet werden, wobei bei einer negativen Bewertung ein Kommentar im Kommentarfeld obligat war.

Als Abschluss der ersten Bewertungsrunde erfolgte schließlich für jeden potentiellen Qualitätsindikator eine vorläufige Gesamtbewertung. Ein Indikator galt als „vorläufig angenommen“, wenn jedes der drei Kriterien „Relevanz“, „Praktikabilität“ und „Risiko für Fehlsteuerung“ von $\geq 75\%$ der Teilnehmer als positiv bewertet worden war. Alle positiv bewerteten Indikatoren wurden in die 2. Stufe des Panelverfahrens einbezogen. Ein Indikator wurde als „abgelehnt“ eingestuft, wenn zumindest eine der drei Kriterien „Relevanz“, „Praktikabilität“ und/oder „Risiko für Fehlsteuerung“ von $\geq 75\%$ der Teilnehmer als negativ bewertet worden war. Negativ bewertete Indikatoren wurden in der 2. Stufe des Panelverfahrens nicht mehr berücksichtigt. Alle übrigen Qualitätsindikatoren wurden im vorläufigen Gesamtergebnis als „vorläufig abgelehnt“ bezeichnet und in die 2. Stufe des Panelverfahrens einbezogen.

Nachfolgend die Ergebnisse der ersten schriftlichen Bewertungsrunde:

Tabelle 5 Ergebnisse der ersten schriftlichen Bewertungsrunde

Indikator	Anteil der Teilnehmer mit positiver Bewertung			vorläufiges Gesamtergebnis
	„Relevanz“	„(kein) Risiko für Fehlsteuerung“	„Praktikabilität“	
C01	75%	100%	75%	vorläufig angenommen
C02	100%	75%	75%	vorläufig angenommen
C03	100%	50%	75%	vorläufig abgelehnt
C04	100%	75%	75%	vorläufig angenommen
C05	100%	100%	100%	vorläufig angenommen
C06	75%	100%	50%	vorläufig abgelehnt
C07	75%	100%	25%	vorläufig abgelehnt
C08	75%	100%	75%	vorläufig angenommen
C09	50%	100%	50%	vorläufig abgelehnt
C10	50%	75%	50%	vorläufig abgelehnt
C11	25%	50%	25%	vorläufig abgelehnt
C12	100%	75%	75%	vorläufig angenommen
C13	75%	50%	50%	vorläufig abgelehnt
C14	75%	100%	75%	vorläufig abgelehnt
C15	100%	75%	0%	vorläufig abgelehnt
C16	100%	100%	75%	vorläufig angenommen
C17	100%	100%	100%	vorläufig angenommen
C18	50%	100%	0%*	abgelehnt
C19	75%	50%	0%	vorläufig abgelehnt
C20	100%	100%	25%	vorläufig abgelehnt
C21	100%	75%	50%	vorläufig abgelehnt
C22	25%	75%	0%	vorläufig abgelehnt
C23	75%	100%	100%	vorläufig angenommen
C24	75%	75%	50%	vorläufig abgelehnt
C25	75%	75%	100%	vorläufig angenommen
C26	50%	100%	75%	vorläufig abgelehnt
C27	75%	50%	50%	vorläufig abgelehnt
C28	100%	75%	0%	vorläufig abgelehnt
C29	100%	75%	50%	vorläufig abgelehnt
C30	100%	100%	75%	vorläufig angenommen
C31	100%	100%	100%	vorläufig angenommen
C32	50%	50%	25%	vorläufig abgelehnt
C33	100%	50%	25%	vorläufig abgelehnt
C34	75%	100%	75%	vorläufig angenommen
C35	50%	100%	0%	vorläufig abgelehnt

grün: vorläufig angenommen, gelb: Diskussion, rot: wird weiter nicht mehr berücksichtigt

*75% d. TN bewerteten diesen QI negativ

Der Indikator C18 wurde, basierend auf dem Bewertungsergebnis der 1. Stufe, aus dem weiteren Bewertungsprozess herausgenommen und nicht weiter berücksichtigt. Eine neue

Reihung der Indikatoren erfolgte nicht, damit keine Irritationen bei den teilnehmenden Personen entstanden.

6.1.3.4 Aufbereitung der QI-Formulare für die Webkonferenz

Für die zweite schriftliche Bewertungsrunde im Rahmen der Webkonferenz wurden die strukturierten Bewertungsformulare um Ergebnisse und Kommentare aus der ersten schriftlichen Bewertungsrunde ergänzt, um den Teilnehmern einen Überblick über den aktuellen Stand zu geben. Dazu wurde einerseits das vorläufige Gesamtergebnis deskriptiv als „vorläufig angenommen“ bzw. „vorläufig abgelehnt“ dargestellt. Andererseits wurden die Ergebnisse der Kriterien „Relevanz“, „Praktikabilität“ und „Risiko für Fehlsteuerung“ als Medianwert von der ersten schriftlichen Bewertungsrunde in das Formular übertragen. Beim Kriterium „Klarheit & Verständlichkeit“ wurde die Antwortkategorien „Ja“ eingetragen bzw. wenn eine Bewertung mit „Nein“ vorlag, das Quantum je Antwortkategorie.

Alle genannten Kommentare von den Kriterien „Klarheit & Verständlichkeit“ sowie „Risiko für Fehlsteuerung“ wurden wörtlich übernommen.

Die Anmerkungen oder Änderungsvorschläge zu den Qualitätsindikatoren der Stakeholder wurden unter dem Attribut „Allgemeine Anmerkungen“ eingefügt.

6.1.3.5 Webkonferenz

Das Ziel der Webkonferenz am 13. November 2019 war, die bewerteten Qualitätsindikatoren, unter Berücksichtigung der eingegangenen Kommentare zur Formulierung („Klarheit & Verständlichkeit“) und weiteren abstimmungsrelevanten Kommentaren („Risiko für Fehlsteuerung“), inhaltlich nochmals zu diskutieren ggf. umzuformulieren und neu zu bewerten. Weitere Punkte, wie Datenquellen (Zusatzdokumentation, Aufwand, Routinedokumentation) mögliche Erhebungszeiträume und Überlegungen zur Umsetzbarkeit, wurden erörtert.

Insgesamt haben fünf Personen (vier Ärzte für Allgemeinmedizin und eine Ärztin eines Sozialversicherungsträgers) zugesagt, an der Webkonferenz teilzunehmen. Für die Webkonferenz wurden den teilnehmenden Personen per Email folgende Unterlagen übermittelt:

- 34 vorläufig angenommene bzw. vorläufig abgelehnte Qualitätsindikatoren für die Indikation COPD inkl. Ergebnissen und Kommentaren aus der ersten schriftlichen Bewertungsrunde
- Vorlagen zur neuerlichen Bewertung während der Webkonferenz
- Link mit Einwähldaten

Kurzfristig haben drei Personen abgesagt, so dass zwei Ärzte für Allgemeinmedizin an der Webkonferenz teilnahmen, die von Mitgliedern der Arbeitsgruppe QI moderiert wurde.

Jeder Qualitätsindikator wurde detailliert diskutiert, gegebenenfalls umgeändert oder ergänzt und seitens der teilnehmenden Ärzte erneut juriert. Das Kriterium „Klarheit & Verständlichkeit“ lag nicht mehr zur Bewertung auf, da die Deskription und Formulierung des Indikators, falls dies erforderlich war, während der Webkonferenz geändert werden konnte. Die abschließende Bewertung jedes Indikators erfolgte jeweils unmittelbar nach der Diskussion.

Die ausgefüllten Bewertungsformulare wurden anschließend per Email an das Projektteam übermittelt.

6.1.3.6 Ergebnis der zweiten schriftlichen Bewertungsrunde

In der zweiten schriftlichen Bewertungsrunde wurde die Auswertung der Teilnehmerbewertungen, wann Kriterien als "vom Panel positiv bewertet" bzw. wie das resultierende Gesamtergebnis "angenommen" zustande kommt ident der ersten schriftlichen Bewertungsrunde durchgeführt. Von den 34 Qualitätsindikatoren für die Indikation COPD wurden vier Qualitätsindikatoren als positiv bewertet und somit angenommen und 30 Qualitätsindikatoren wurden als nicht positiv bewertet und dadurch abgelehnt: Das Ergebnis der zweiten schriftlichen Bewertung stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 6 Ergebnis der zweiten schriftlichen Bewertung

Indikator	Anteil der Teilnehmer mit positiver Bewertung			End-/Gesamtergebnis
	„Relevanz“	(kein) „Risiko der Fehlsteuerung“	„Praktikabilität“	
C01	100%	100%	100%	angenommen
C02	100%	100%	100%	angenommen
C03	0%	0%	0%	abgelehnt
C04	0%	0%	0%	abgelehnt
C05	100%	0%	0%	abgelehnt
C06	100%	50%	50%	abgelehnt
C07	50%	50%	0%	abgelehnt
C08	100%	50%	100%	abgelehnt
C09	0%	0%	0%	abgelehnt
C10	0%	50%	0%	abgelehnt
C11	100%	0%	0%	abgelehnt
C12	100%	50%	0%	abgelehnt
C13	0%	50%	0%	abgelehnt
C14	100%	100%	50%	abgelehnt
C15	100%	100%	50%	abgelehnt
C16	100%	100%	100%	angenommen
C17	100%	100%	100%	angenommen
C19	100%	50%	0%	abgelehnt
C20	100%	100%	50%	abgelehnt
C21	50%	100%	100%	abgelehnt
C22	0%	0%	0%	abgelehnt
C23	0%	100%	0%	abgelehnt
C24	0%	0%	0%	abgelehnt
C25	0%	50%	50%	abgelehnt
C26	0%	100%	0%	abgelehnt
C27	0%	50%	0%	abgelehnt
C28	0%	50%	0%	abgelehnt
C29	50%	50%	0%	abgelehnt
C30	50%	50%	100%	abgelehnt

C31	50%	100%	50%	abgelehnt
C32	0%	50%	0%	abgelehnt
C33	0%	50%	0%	abgelehnt
C34	0%	100%	0%	abgelehnt
C35	0%	100%	0%	abgelehnt

Ergänzungen, Informationen oder Anmerkungen, die für die Erfassung bzw. Erhebung des Qualitätsindikators essentiell waren, wurden im Feld „Anmerkungen“ eingetragen. Alle Kommentare und Anmerkungen der ersten und zweiten Bewertungsrunde sind im Anhang 8 ersichtlich.

Die vier „dunkelgrün“ gekennzeichneten Qualitätsindikatoren wurden angenommen. Die drei „hellgrün“ markierten Qualitätsindikatoren wurden aufgrund der geringen Prozentzahl bei der „Praktikabilität“ derzeit nicht angenommen. Sollte sich in Zukunft eine Änderung bei der Dokumentation ergeben, so ist eine Annahme dieser Qualitätsindikatoren nicht ausgeschlossen.

Nachfolgend werden jene Indikatoren angeführt, bei welchen die Formulierung im Bereich Zähler oder Nenner, basierend auf die Erörterungen bei der Webkonferenz, geändert wurde. Die neue Textierung ist „fett“ im Text eingefügt und die vorangegangene Textierung wurde durchgestrichen dargestellt.

Indikator Nr. C08: Empfehlung für pneumologische Rehabilitation

Beschreibung Grundsätzlich wird für alle Patienten mit COPD ein supervidiertes (unter Anleitung eines Trainers/Therapeuten) pneumologisches Rehabilitationsprogramm empfohlen. Ziel ist dabei die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Verminderung der Atemnot, Verbesserung des Gesundheitszustandes und Wohlbefindens sowie die Reduktion des Exazerbationsrisikos.

Benötigte Daten Zähler: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), ~~denen eine Teilnahme~~ **die** an einem pneumologischen Rehabilitationsprogramm ~~empfohlen wurde~~ **teilgenommen haben**
Nenner: Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-)

Indikator Nr. C09: Kontrolltermin Langzeitsauerstofftherapie

Beschreibung Patienten mit COPD und einer verordneten Langzeitsauerstofftherapie sollen das erste Mal nach 3 Monaten und in weiterer Folge alle 6 – 12 Monate für eine Kontrolluntersuchung (Blutgasanalyse, Sauerstoff-Flussrate) zu einem Facharzt für Pneumologie **bzw. pulmologische Ambulanz** überwiesen werden.

Benötigte Daten Zähler: Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) u. Langzeitsauerstofftherapie, die zumindest einmal in den letzten 12 Monaten zu einer Kontrolluntersuchung zu einem Facharzt für Pneumologie **bzw. pulmologische Ambulanz** überwiesen wurden (rezyklischer Befund oder Überweisung)
Nenner: Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) u. Langzeitsauerstofftherapie

Indikator Nr. C21: Raucherberatung

Beschreibung Bei allen Personen, die rauchen, soll zur Risikoreduktion eine Raucherberatung durchgeführt und ein Raucherentwöhnungsprogramm angeboten werden.

Benötigte Daten Zähler: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) mit aktivem Raucherstatus, **die an einer Raucherberatung teilgenommen haben und dokumentierter Raucherberatung**
Nenner: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) mit aktivem Raucherstatus

Indikator Nr. C24: Exazerbation: PVE/Hausarztpraxis-Vorstellung nach stat. Entlassung

Beschreibung Patienten mit COPD, die nach einer Exazerbation aus dem stationären Bereich entlassen werden, sollen innerhalb von 7 Tagen von einem Mitglied eines Primärversorgungsteams/einer **Hausarztpraxis** gesehen werden.

Benötigte Daten Zähler: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) nach stationärem Aufenthalt wegen einer Exazerbation, die innerhalb von 7 Tagen in einer Hausarztpraxis/PVE vorstellig wurden
Nenner: COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) nach stationärem Aufenthalt wegen einer Exazerbation

6.1.4 Endgültiges Qualitätsindikatoren-Set für COPD

Abbildung 3 stellt den Verlauf von der Extraktion der GoR A-Empfehlung bis zum endgültigen Qualitätsindikator für die Indikation COPD dar.

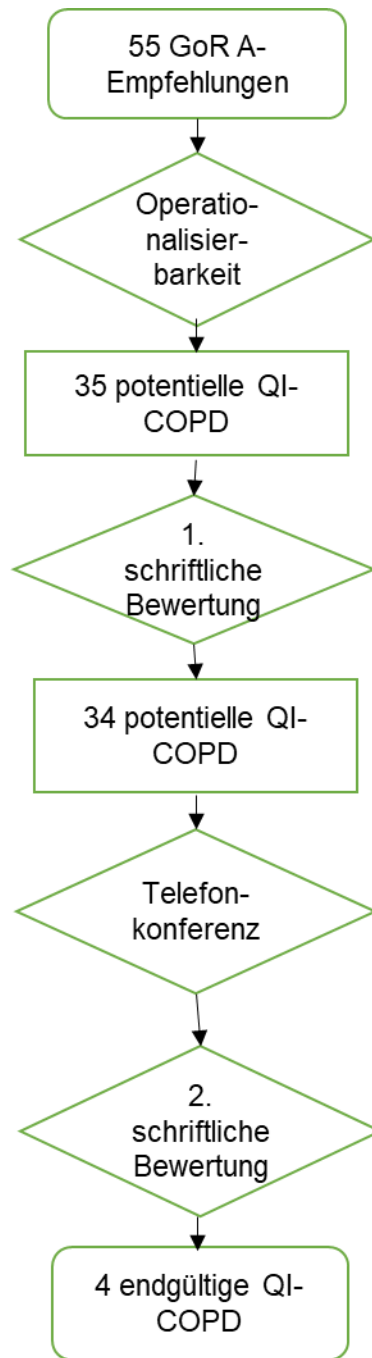


Abbildung 3 Verlaufsdarstellung: QI-COPD

Nachfolgend werden jene vier Qualitätsindikatoren für die Indikation COPD detailliert beschrieben, die basierend auf dem zweistufigen Bewertungsprozess und der Webkonferenz bei den Kriterien „Relevanz“, „Praktikabilität“ und „Risiko für Fehlsteuerung“ angenommen wurden.

Indikator Nr. C01: Raucherstatus bei Verdacht auf COPD

Beschreibung

Bei allen Personen mit chronischem Husten und/oder Verdacht auf das Vorliegen einer COPD soll der Raucherstatus/Tabakkonsum regelmäßig erfragt und dokumentiert werden.

Benötigte Daten	<p><u>Zähler:</u> Personen ab dem 18. Lebensjahr mit chronischem Husten und/oder Verdacht auf das Vorliegen einer COPD, bei denen regelmäßig der Raucherstatus (Raucher ja/nein)/Tabakkonsum erfragt und dokumentiert wurde</p> <p><u>Nenner:</u> Personen ab dem 18. Lebensjahr mit chronischem Husten und/oder Verdacht auf das Vorliegen einer COPD (R02-Kurzatmigkeit/Dyspnoe, R05-Husten, R25-Abnormes Sputum/Schleim, R79-Chronische Bronchitis)</p>
Begründung	<p>LL-Empfehlung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alle Patienten mit Husten sollen nach ihrem Tabakkonsum gefragt werden. Der Raucherstatus soll regelmäßig dokumentiert werden. 2. Document smoking history, current smoking status, and work history including occupational exposure in all patients with suspected COPD.
Voraussetzungen	<p>Eine einheitliche Codierung und Dokumentation des Raucherstatus (z.B. durch Anlegen einer Pseudoziffer in der Praxissoftware) sind wesentlich, besonders wenn die Auswertung des Indikators aggregiert erfolgen soll.</p>
Anmerkungen	<p><i>Vorschlag für die Erfassung:</i></p> <p>Nenner: Routinedokumentation (ICPC2 – wie im Nenner beschrieben)</p> <p>Zähler: Zusatzdokumentation: Raucherstatus/Tabakkonsum</p> <p><i>Vorschlag für die Operationalisierung:</i></p> <p>mindestens eine Erhebung pro Halbjahr</p> <p>Nenner: Personen, bei denen 12-24 Monate vor dem Auswertzeitpunkt, zwei Kontakte innerhalb von 6 Monaten mit den entsprechenden ICPC2 Nummern codiert wurden.</p> <p>Zähler: Personen, bei denen innerhalb der letzten 24 Monate mindestens 2x der Raucherstatus/Tabakkonsum (Raucher ja/nein) erhoben wurde.</p> <p><i>Box 1: Basis-Assessment</i></p> <p><i>Chronischer Husten:</i> Bei einer Dauer von zwei bis acht Wochen wird von einem subakuten Husten gesprochen, alles darüber wird als chronisch bezeichnet.</p>
Indikatortyp	<p>Prozessindikator</p>
Literatur	<p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM Leitlinien Nr. 11 - Husten. 2014 [cited 28.03.2017]; Available from: http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Leitlinien-Entwuerfe/053-013%20Husten/Langfassung_Leitlinie_Husten_20140323.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited</p>

26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf

Evidenz	<p>1. Benich JJ, 3rd, Carek PJ. Evaluation of the patient with chronic cough. American family physician. 2011;84(8):887-92. Symptomevaluation: Evidenzlevel III Therapie-Prävention: Ia</p> <p>2. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. Br Med J. 1977;1 (6077):1645-8. Evidenzlevel: SR - Strong Recommendation; Low Quality Evidence</p>
Zielstellung	Der Raucherstatus ist bei möglichst allen Patienten ab dem 18. Lebensjahr mit chronischem Husten zu dokumentieren.
Einbezogene Fachgruppen	Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Lungenheilkunde und Innere Medizin
Referenzwert	≥95% (< 5% Toleranz)

Indikator Nr. C02: Abklärung (Basisdiagnostik) COPD

Beschreibung	Personen über dem 40. Lebensjahr mit chronischem Husten, chronisch vermehrter Sputumproduktion, Atemnot jeweils mit oder ohne Risikofaktoren für COPD sollen hinsichtlich des Vorliegens einer manifesten COPD abgeklärt werden.
Benötigte Daten	<p><u>Zähler:</u> Personen ohne bekannte COPD ≥40 J. mit Atemnot, chronischem Husten und/oder chronisch vermehrtem Auswurf (Sputum), die hinsichtlich des Vorliegens einer manifesten COPD abgeklärt wurden</p> <p><u>Nenner:</u> Personen ohne bekannte COPD ≥40 J. mit Atemnot, chronischem Husten und/oder chronisch vermehrtem Auswurf (Sputum) (R02-Kurzatmigkeit/Dyspnoe, R05-Husten, R25-Abnormes, Sputum/ Schleim, R79-Chronische Bronchitis)</p>
Begründung	LL-Empfehlung Consider COPD in patients > 35 years of age with symptoms such as breathlessness, cough, and / or sputum production.
Voraussetzungen	Eine einheitliche Codierung der Diagnosen
Anmerkungen	<p><u>Erfassung:</u> Routinedokumentation (ICPC-2: R02, R05, R25, R79), Zusatzdokumentation <i>Box 1:</i> Basis-Assessment (Risikofaktoren) <i>Box 2:</i> Basis-Diagnostik COPD</p> <p><u>Abklärung:</u> Lungenröntgen, Herz-Echo <u>Atemnot:</u> Ich halte nach ca. 100 Metern Fußmarsch oder nach einigen Minuten auf ebenem Gelände inne. <u>Chronischer Husten:</u> Spricht man bei einer Dauer von bis zu zwei Wochen von akutem Husten; tritt dies mehrfach im Jahr</p>

auf, wird von rezidivierendem akuten Husten gesprochen. Bei einer Dauer von zwei bis acht Wochen wird von einem subakuten Husten gesprochen, alles darüber wird als chronisch bezeichnet.

Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p>
Evidenz	<p>Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. Br Med J. 1977;1(6077):1645-8.</p> <p>1. Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. American journal of respiratory and critical care medicine. 2002;166(5):675-9.</p> <p>Tashkin DP, Altose MD, Connett JE, Kanner RE, Lee WW, Wise RA. Methacholine reactivity predicts changes in lung function over time in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study Research Group. American journal of respiratory and critical care medicine. 1996;153(6):1802-11.</p> <p>BTS, C.C. Spirometry in practice: a practical guide to using spirometry in primary care. 2005 [cited 2013 20 March]; Available from: http://www.brit-thoracic.org.uk/Portals/O/Clinical%20Information/COPD/COPD%20Consortium/spirometry_in_practice051.pdf.</p> <p>Evidenzlevel: SR- Strong Recommendation; ME – Moderate Quality Evidence</p>
Zielstellung	Das Vorliegen einer möglichen COPD ist bei allen Patienten ab dem 40. Lebensjahr mit chronischem Husten abzufragen und zu dokumentieren.
Einbezogene Fachgruppen	Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Lungenheilkunde
Referenzwert	≥95% (< 5% Toleranz)

Indikator Nr. C16: Pneumokokken-Schutzimpfung

Beschreibung Patienten mit COPD sollen eine Pneumokokken-Schutzimpfung erhalten.

Benötigte Daten	<u>Zähler:</u> Alle Patienten mit COPD und dokumentierter Pneumokokken-Schutzimpfung <u>Nenner:</u> Alle Patienten mit COPD
Begründung	<p>LL-Empfehlungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pneumococcal vaccine (23vPPV): For those with newly diagnosed COPD who have never received pneumococcal immunisation: a first dose of 23vPPV is recommended at diagnosis followed by up to two additional doses. For older adults who have already received an age-based first dose of 23vPPV at age 65 years (non-Indigenous) or 50 years (Indigenous), a single revaccination dose of 23vPPV is recommended a minimum of 5 years after the previous dose. 2. Pneumococcal vaccine (23vPPV): For those with pre-existing COPD: the first revaccination dose of 23vPPV is recommended at a minimum of 5 years after the most recent dose of 23vPPV, followed by a third dose at 65 years of age or five years after the previous dose, whichever is the later. 3. We recommend offering prevention and risk reduction efforts including smoking cessation and vaccination. 4. Für die dort (NVL) ebenfalls empfohlene Schutzimpfung gegen Pneumokokken ist nach derzeitiger Evidenzlage für Patienten mit COPD eine protektive Wirkung nicht ausreichend belegt.
Voraussetzungen	Eine einheitliche Codierung und Dokumentation der COPD und Erfassung der Pneumokokken-Schutzimpfung (elektronischer Impfpass)
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Grundimmunisierung (sofern noch nicht vorhanden) soll möglichst zeitnah zur COPD-Diagnosestellung erfolgen. ▪ Die 1. Auffrischungsimpfung soll 5 Jahre nach Grundimmunisierung erfolgen. ▪ Die 2. Auffrischungsimpfung soll 5 Jahre nach der 1. Auffrischungsimpfung oder zum 65. Lebensjahr (zum jeweils späteren Zeitpunkt) erfolgen. <p><u>Erfassung:</u> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), Zusatzdokumentation (Impfung, e-Impfpass) <i>Box 12b</i> – Stabile COPD: Weitere Beratung / nicht-medikamentöse Maßnahmen <u>Ausnahme:</u> Patienten, die die Impfung ablehnen <u>Cave:</u> Die Patienten müssen diese Impfung selber bezahlen.</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from:

<http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf>

Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf

Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 12.2014 [cited 28.03.2017]; Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoD-COPDCPG2014.pdf>

Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 01.2016 [cited 05.04.2017]; Available from: <https://www.icsi.org/asset/yw83gh/COPD.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM Leitlinien Nr. 11 - Husten. 02.2014 [cited 28.03.2017]; Available from: http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Leitlinien-Entwuerfe/053-013%20Husten/Langfassung_Leitlinie_Husten_20140323.pdf

Evidenz

Nummerierung der LL-Empfehlungen

Ad.1. & 2. Walters JA, Smith S, Poole P, Granger RH, Wood-Baker R. Injectable vaccines for preventing pneumococcal infection in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010(11).

Evidenzlevel: SR- Strong Recommendation; ME – Moderate Quality Evidence

Ad. 3. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, Altose MD, Bailey WC, Sonia Buist A, et al. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease: the Lung Health Study. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2000;161 (2):381-90.

Ad. 3. Molinos L, Clemente M, Miranda B, Alvarez C, Del Busto B, Cocina B, et al. Community-acquired pneumonia in patients with and without chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Infection. 2009;58 (6):417-24.

Evidenzlevel: Smoking and Vaccination: A, Strong For

Ad. 4. Simberkoff MS, Cross AP, Al-Ibrahim M, Baltch AL, Geiseler PJ, Nadler J, et al. Efficacy of pneumococcal vaccine in high-risk patients. New England Journal of Medicine. 1986;315 (21):1318-27.

Ad. 4. WILLIAMS JH, MOSER KM. Pneumococcal vaccine and patients with chronic lung disease. Annals of internal medicine. 1986;104 (1):106-9.

Zielstellung	Die Pneumokokken-Schutzimpfung ist bei möglichst allen Patienten ab dem 18. Lebensjahr mit COPD zu dokumentieren.
Einbezogene Fachgruppen	Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Lungenheilkunde
Referenzwert	≥90% (<10% Toleranz)

Indikator Nr. 17: Grippe-Schutzimpfung

Beschreibung	Alle Patienten mit COPD sollen jährlich eine Grippe-Schutzimpfung erhalten.
Benötigte Daten	<u>Zähler:</u> Alle Patienten mit COPD und dokumentierter Grippe-Schutzimpfung <u>Nenner:</u> Alle Patienten mit COPD
Begründung	LL-Empfehlung 1. Eine Grippeimpfung wird bei allen COPD-Patienten empfohlen. 2. In patients with COPD, we recommend administering the influenza vaccine annually to prevent acute exacerbations of COPD. 3. Ensure all patients with COPD receive influenza vaccine immunisation. Influenza: annual immunisation is strongly recommended and should be actively promoted in patients with COPD.
Voraussetzung	Eine einheitliche Codierung und Dokumentation der COPD und Erfassung der Grippe-Schutzimpfung (elektronischer Impfpass)
Anmerkungen	<u>Erfassung:</u> Routedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44) <i>Box 12b</i> – Stabile COPD: Weitere Beratung / nicht-medikamentöse Maßnahmen <u>Ausnahme:</u> Patienten, die die Impfung ablehnen <u>Cave:</u> Die Patienten müssen diese Impfung selber bezahlen.
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/download/326/ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf

Criner GJ, Bourbeau J, Diekemper RL, et al. Prevention of acute exacerbations of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline. Chest. 2015 Apr; 147 (4): 894-942

Criner GJ, Bourbeau J, Diekemper RL, et al. Executive summary: prevention of acute exacerbation of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline. Chest. 2015 Apr; 147 (4): 883-93

Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from:

<http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf>

Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from:

http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf

Evidenz

Nummerierung der LL-Empfehlungen

1. Nichol KL, Margolis K, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. New England journal of medicine. 1994;331(12):778-84.

Poole P, Chacko EE, Wood-Baker R, Cates CJ. Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006(1).

Wongsurakiat P, Lertakyamanee J, Maranetra KN, Jongriratanakul S, Sangkaew S. Economic evaluation of influenza vaccination in Thai chronic obstructive pulmonary disease patients. Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet thangphaet. 2003;86(6):497-508.

Evidenzlevel: A

2. Poole P, Chacko EE, Wood-Baker R, Cates CJ. Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006(1).

2. Nichol KL, Margolis K, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. New England journal of medicine. 1994;331(12):778-84.

Evidenzlevel: I

Nichol KL, Margolis K, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. New England journal of medicine. 1994;331(12):778-84.

Poole P, Chacko EE, Wood-Baker R, Cates CJ. Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006(1).

Evidenzlevel: SR – Strong Recommendation, ME – Moderate Quality Evidence

Zielstellung

Alle Patienten ab dem 18. Lebensjahr mit dokumentierter COPD erhalten jährlich eine Grippe-Schutzimpfung.

**Einbezogene
Fachgruppen**

Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Lungenheilkunde

Referenzwert

≥95% (<5% Toleranz)

6.2 Adipositas

Gemäß der zuvor beschriebenen QI-Methode für Österreich wurden ausschließlich GoR A-Empfehlungen herangezogen. Als Grundlage für die Indikation „Adipositas“ wurden die mit GoR A-gekennzeichneten Empfehlungen aus den Infoboxen der Behandlungspfade „Erwachsene – Übergewicht und Adipositas“ sowie „Übergewicht bzw. Adipositas bei Kindern/Jugendlichen“ [10], der vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger erstellt wurden, herangezogen.

Für die Erstellung und Bewertung der potentiellen Qualitätsindikatoren wurde ein Formular nach Vorlage des Bewertungsformulars des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua) für das Qualitätsindikatorensystem im ambulanten Bereich (QISA) sowie des Berichts „Erstellung eines Master-Evaluationskatalogs für österreichische PHC-Einrichtungen“ [17] des IAMEV mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen als Auftraggeber herangezogen.

6.2.1 Extraktion der GoR A - Empfehlungen

Den ersten Schritt bildete die Extraktion aller GoR A-Empfehlungen aus den Infoboxen der Behandlungspfade, die auf GoR A-Empfehlungen der zugrundeliegenden Leitlinien beruhen, durch zwei Methodiker der Arbeitsgruppe QI. Für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche konnten den Infoboxen insgesamt 52 Empfehlungen und für die Zielgruppe Erwachsene 54 GoR A-Empfehlungen entnommen werden. Tabelle 7 listet die GoR A-Empfehlungen inklusive Nummerierung für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche und Tabelle 8 für die Zielgruppe Erwachsene.

Kinder und Jugendliche

Tabelle 7 GoR A-Empfehlungen des Behandlungspfades Adipositas Kinder u. Jugendliche

Kinder und Jugendliche	
Nummer	GoR A-Empfehlung des Behandlungspfades
01	Die Betreuung soll multidisziplinär durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte (Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Diätologe, Physiotherapeut sowie Psychotherapeut bzw. klinischer oder Gesundheitspsychologe) erfolgen.
02	Alle Interventionen für übergewichtige oder adipöse Kinder/Jugendliche müssen auch den Lebensstil in der Familie und soziale Settings berücksichtigen.
03	Die Betreuenden müssen verstehen, warum manche Kinder/Jugendliche Gewichtsprobleme haben, welche Erfahrungen sie bezüglich ihres Gewichts erleben und welche kulturellen Unterschiede es bezüglich Übergewicht und den möglichen Interventionen gibt.
04	Die Betreuenden sollen den Eltern das Thema Übergewicht bzw. Adipositas überzeugend und sensibel nahebringen. Sie sollen empathisch, respektvoll und vorurteilsfrei kommunizieren und gemeinschaftlich auf individuelle Bedürfnisse eingehen.

05	Die Bestimmung des Body-Mass-Index (BMI) soll bei Kindern/Jugendlichen mit Verdacht auf Übergewicht oder Adipositas erfolgen.
06	Die Diagnose von Übergewicht oder Adipositas soll anhand der geschlechts- und altersspezifischen Perzentilenkurven (BMI/Alter) der World Health Organization (WHO) 2006/2007 erfolgen: <ul style="list-style-type: none"> • Übergewicht: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alter 2-5 Jahre → > 97. bis < 99,9. Perzentile ○ Alter 6-18 Jahre → > 85. bis < 97. Perzentile • Adipositas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alter 2-5 Jahre → ≥ 99,9. Perzentile ○ Alter 6-18 Jahre → ≥ 97. Perzentile
07	Zur Feststellung potenzieller Ursachen für Übergewicht/Adipositas, zur Ermittlung, ob ein Lebensstilprogramm indiziert ist und als Grundlage für die Entwicklung eines umfassenden strukturierten Behandlungsplans soll Folgendes erhoben werden: <ul style="list-style-type: none"> • potenzielle zugrundeliegende Ursachen für Übergewicht/Adipositas • Medikation und Erkrankungen • Wachstums- und Pubertätsstatus • Lebensstil (Ernährung und Bewegung) • relevante soziale, familiäre und Umfeld-Faktoren, die Adipositas oder ihre Behandlung beeinflussen können • psychologische Stressoren wie niedriges Selbstwertgefühl, Hänselei oder Bullying • Einstellung der Familie (Eltern) hinsichtlich des Übergewichts/der Adipositas des Kindes • Einstellung und Wissen der Familie (Eltern) zu Ernährung, Bewegung und inaktivem Lebensstil • bereits durchgeführte Gewichtsreduktionsversuche und die Erfahrung daraus, Bereitschaft und Motivation zur Änderung (von Kind/Jugendlichen und seiner Familie)
08	Alle Entscheidungen hinsichtlich eines Gewichtsmanagements sollen mit dem Kind/Jugendlichen und der Familie gemeinsam, basierend auf deren Bedürfnissen und Vorlieben, getroffen werden.
09	Eltern oder Erziehungsberechtigte sollen die Verantwortung für die Lebensstiländerung des Kindes/Jugendlichen übernehmen, vor allem bei jüngeren Kindern bis zum 12. Lebensjahr.
10	Interventionen zum Gewichtsmanagement für Kinder/Jugendliche sollen die ganze Familie und das soziale Setting miteinbeziehen.
11	Eltern oder Erziehungsberechtigten sollen Methoden der positiven Einflussnahme beigebracht werden.
12	Eltern und Kinder/Jugendliche sollen darauf hingewiesen werden, dass ein Gewichtsmanagementprogramm der ganzen Familie helfen würde.
13	Übergewichtigen/adipösen Familienmitgliedern soll empfohlen werden auch abzunehmen, um ein gutes Vorbild zu sein. Sie sollen auch Informationen zu lokalen Lebensstilprogrammen erhalten.
14	Familien, die noch nicht bereit sind an dem Gewichtsmanagementprogramm teilzunehmen, soll <ul style="list-style-type: none"> • erklärt werden, wie sie in Zukunft daran teilnehmen können (auch durch ihre eigene Initiative) • nach ihrer Präferenz ein weiteres Gespräch in 3-6 Monaten angeboten werden • Informationen und Empfehlungen zu gesunder Ernährung, einem aktiven Lebensstil und einer Reduktion des inaktiven Lebensstils angeboten werden
15	Allen übergewichtigen und adipösen Kindern/Jugendlichen sollen Lebensstilinterventionen als Erstlinientherapie angeboten werden.
16	Übergewichtige Kinder/Jugendliche (2-18 Jahre) sowie adipöse Kinder im Alter von 2-5 Jahren sollen Lebensstilinterventionen mit dem Ziel der Gewichtsstabilisierung bzw. der Verlangsamung der Gewichtszunahme erhalten.

17	Adipöse Kinder/Jugendliche im Alter von 6-18 Jahren sollen Lebensstilinterventionen mit dem Ziel der Gewichtsreduktion erhalten.
18	Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas sollen auf Adipositas-assoziierte Begleiterkrankungen (wie z.B. Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Dyslipidämie, psychosoziale Dysfunktionen, Exazerbationen z.B. von Asthma) untersucht werden. Bestimmung von <ul style="list-style-type: none"> • Blutdruck • Lipidwerte • Nüchtern-Insulin bzw. Blutzucker • OGTT • Leberwerte • Hormonstatus
19	Eine Familienanamnese bezüglich Adipositas, Diabetes und kardiovaskulärer Erkrankung zur Bestimmung des Risikos für Begleiterkrankungen soll durchgeführt werden.
20	Bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas stellt die Änderung des Lebensstils die primäre Therapie dar. Diese soll als multifaktorielle Intervention inkl. Reduktion der Energiezufuhr und der Zeiten mit sitzenden Tätigkeiten, Steigerung der körperlichen Aktivität und Maßnahmen zur Unterstützung der Verhaltensänderung erfolgen.
21	Insgesamt soll die Energiebilanz nachhaltig negativ sein.
22	Bei Kindern mit Übergewicht oder Adipositas stellt eine Verringerung der Gewichtszunahme oder ein Gewichtserhalt in den meisten Situationen einen sinnvollen Therapieansatz dar.
23	Ein regelmäßiger Kontakt mit Personen aus den entsprechenden Gesundheitsberufen soll Teil des Gewichtsmanagements sein, wobei kurzfristig ein häufigerer Kontakt zu einem höheren Therapieerfolg führt. Langfristig muss die Häufigkeit an die individuellen Bedürfnisse der Familie und die zur Verfügung stehenden Ressourcen angepasst werden.
24	Mögliche Lebensstiländerungen sollen gemeinschaftlich mit der Familie identifiziert werden und Ziele gemeinschaftlich gesetzt werden.
25	<u>Stufe 1 - Prävention einer übermäßigen Gewichtszunahme: (übergewichtige Kinder/Jugendliche (2-18 Jahre))</u> <u>Stufe 2 - Stabilisierung des Gewichts (Prävention einer Gewichtszunahme): (übergewichtige Kinder/Jugendliche (2-18 Jahre) nach erfolgloser Stufe 1 bzw. adipöse Kinder (2-5 Jahre))</u> Stufe 3 - Reduktion des Gewichts mit Hilfe eines medizinisch-fachlich ausgearbeiteten Plans: (adipöse Kinder/Jugendliche (6-18 Jahre) ohne Begleiterkrankungen) <ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen zur (familiären) Verhaltensänderung • Ernährung mit negativer Energiebilanz (siehe Box 8) inkl. Beratung und Follow-up durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft (z.B. Diätologe) • Verordnung einer gesteigerten moderaten bis intensiven körperlichen Aktivität • Reduktion der Zeiten mit sitzenden Tätigkeiten
26	Stufe 4 - Reduktion des Gewichts mit Hilfe eines umfassenden multifaktoriellen Programms (Intensives Management): (adipöse Kinder/Jugendliche (6-18 Jahre) mit Begleiterkrankungen bzw. adipöse Kinder/Jugendliche (6-18 Jahre) ohne Begleiterkrankungen nach erfolgloser Stufe 3)
27	<ul style="list-style-type: none"> • Gewichtsreduktionsprogramme sollen die Familie miteinbeziehen und aus mehreren Komponenten bestehen <ul style="list-style-type: none"> ○ ausgewogene Ernährung und gesunde Ernährungsweisen ○ vermehrte körperliche Aktivität ○ Reduktion der bewegungsarmen Zeit ○ Verhaltensänderungsstrategien für Kinder/Jugendliche und ihre Familien

28	<ul style="list-style-type: none"> • Gewichtsreduktionsprogramme sollen von einem multidisziplinären Team entwickelt werden und die Perspektive von Kindern und deren Familien mitberücksichtigen. Das Team soll dabei folgende Spezialisten für Kinder und für Gewichtsmanagement beinhalten: <ul style="list-style-type: none"> ○ Arzt für Allgemeinmedizin ○ qualifizierte Ernährungsfachkraft (z.B. Diätologe) ○ qualifizierte Fachkraft für Bewegungs-/Sporttherapie (z.B. Physiotherapeut) ○ Vertreter von Gesundheitsberufen mit einer PSY-Kompetenz (z.B. Psychotherapeut, Gesundheits- oder klinischer Psychologe oder ein Kinder- und Jugendpsychiater) ○ Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder Kinder-Pflegefachkraft
29	<ul style="list-style-type: none"> • Ein regelmäßiger Kontakt mit Programmteilnehmern soll aufrechterhalten werden. Teilnehmer, die Einheiten versäumen, insbesondere jene aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen und jene die bereits früh Einheiten versäumt haben, sollen kontaktiert werden.
30	<ul style="list-style-type: none"> • Das Monitoring des Programms soll auf langfristige Erfolge abzielen. BMI-Messungen sollen daher erfolgen: <ul style="list-style-type: none"> ○ zu Programmbeginn ○ zu Programmende ○ 6 Monate nach Programmende ○ 12 Monate nach Programmende ○ im Rahmen von Routine-Ordinationsbesuchen
31	<ul style="list-style-type: none"> • Für den Zeitraum von mindestens einem Jahr nach Abschluss des Programmes sollen Follow-Up Sessions, die einfach erreichbar sind, angeboten werden.
32	<ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen zur Förderung der Akzeptanz und Annahme von Gewichtsreduktionsprogrammen <ul style="list-style-type: none"> ○ Zur Verbesserung der Compliance sollen die Programme sowohl als Gruppen- als auch Einzelprogramme, abhängig von den Wünschen der Familien, angeboten werden.
33	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn nach 6 Monaten keine Verbesserungen in der BMI-Perzentile erreicht wurde, soll ein Wechsel des Gewichtsreduktionsprogramms in Betracht gezogen werden. Wenn nach Beendigung des Programms die BMI-Perzentile wieder ansteigt oder die Eltern Bedenken bezüglich des Gewichts des Kindes/Jugendlichen oder des Beibehaltens des neuen Lebensstils äußern, soll eine neuerliche Überweisung zum gleichen Programm oder zu einem anderen Programm, das die Bedürfnisse der Familie besser erfüllt, erfolgen.
34	Ernährungsumstellungen sollen altersangepasst sein (Ernährungsanforderungen für Wachstum und Entwicklung des Kindes/Jugendlichen) und den allgemeinen Empfehlungen für eine gesunde und ausgewogene Ernährung entsprechen.
35	Ernährungsveränderungen sollen leistbar und kulturell akzeptabel sein.
36	Die Änderungen sollen auch die Geschmackspräferenzen des Kindes/Jugendlichen berücksichtigen.
37	Energiereiche Nahrungsmittel und zuckerhaltige Getränke sowie die Portionsgrößen sollen reduziert, der Anteil an Ballaststoffen soll erhöht werden.
38	Es soll täglich ein Frühstück mit Lebensmittel mit hoher Nährstoffdichte (hoher Gehalt von Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen bezogen auf den Energiegehalt) eingenommen werden.
39	Im Falle einer gewichtsreduzierenden Ernährung (Stufe 3 bzw. Stufe 4 der Lebensstilinterventionen) ist eine Gewichtsreduktion von 0,5-1 kg pro Woche ein angemessenes Therapieziel.
40	Kinder und Jugendliche sollen zu vermehrter körperlicher Aktivität ermutigt werden, auch wenn sie dadurch kein Gewicht verlieren (aufgrund der anderen positiven Gesundheitsauswirkungen wie reduziertes Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 oder kardiovaskuläre Erkrankungen).

41	Insgesamt mindestens eine Stunde/Tag aktives Spiel, andere Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Gehen, Radfahren, Treppen steigen) oder strukturierte Bewegung (z.B. Fußball, Schwimmen, Tanzen) mit moderater bis intensiver Belastung in einer bis mehreren Einheiten von mindestens 10 Minuten Dauer. Der Fokus soll dabei auf einfach durchzuführenden Aktivitäten liegen, die Spaß machen.
42	Die Aktivitäten sollen gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen ausgesucht werden, passend zu seinen Fähigkeiten und seinem Selbstbewusstsein.
43	Es sollen außerdem Muskel- und Knochen-stärkende Aktivitäten empfohlen werden, jedoch nur von qualifizierten Fachkräften in Bewegungs-/Sporttherapie (z.B. Physiotherapeuten) vorgeschrieben und überwacht, um eine sichere Ausführung zu garantieren.
44	Bei adipösen Kindern und Jugendlichen sollen vor Beginn eines Bewegungsprogramms folgende Untersuchungen erfolgen: <ul style="list-style-type: none"> • kardiovaskuläre, respiratorische und orthopädische Untersuchung • Medikamenten-Anamnese • Messung der Ausdauerleistungsfähigkeit • Messung der Muskelstärke (mittels „Grip-Strength-Test“ und Standweitsprung) • Feststellung von möglichen internen und externen Hürden gegenüber körperlicher Aktivität
45	Intensive verhaltensmodifizierende Programme als Teil eines multifaktoriellen Gewichtsreduktionsprogramms sollen folgende Aspekte berücksichtigen. <ul style="list-style-type: none"> ♦ Verhaltensänderungstechniken (z.B. motivierende Gesprächsführung) beinhalten, um die Motivation und das Vertrauen in die eigene Änderungsfähigkeit der Familien zu stärken. ♦ Ein detaillierter Plan, der für das Kind/den Jugendlichen und seine besondere Situation angemessen ist, inklusive Unterstützung darin sich selbst Ziele zu setzen, diese zu messen und Feedback zu bekommen. Diese Ziele sollen gemeinsam getroffen werden, klein, realistisch, flexibel und motivierend sein. Sie sollten regelmäßig gemessen werden, gemeinsam gefeiert werden und laufend angepasst werden. ♦ Bewusstsein schaffen, dass langfristige Verhaltensänderungen notwendig sind. ♦ Schulung und Unterstützung zu Selbstmanagement soll angeboten werden. ♦ Es soll weniger in Restaurants (insbesondere Fast-Food Restaurants) gegessen werden. ♦ Es sollen vermehrt Mahlzeiten mit der ganzen Familie gemeinsam eingenommen werden.
46	Medikamente zur Gewichtsreduktion sind für Kinder im Alter von 2 bis 11 Jahren generell nicht empfohlen, bei Kindern/Jugendlichen im Alter von 12 bis 18 Jahren sollen sie nicht routinemäßig zum Gewichtsmanagement eingesetzt werden.
47	Wenn mittels Lebensstilinterventionen allein keine Verbesserung des BMI erreicht werden kann, kann im Einzelfall bei adipösen Kindern/Jugendlichen über 12 Jahren mit schwerwiegenden körperlichen oder psychologischen Begleiterkrankungen, zusätzlich zu den Lebensstilinterventionen eine adjuvante pharmakologische Gewichtsreduktion mit Orlistat erfolgen.
48	Die Therapie mit Orlistat soll von einer speziellen pädiatrischen Einrichtung, mit einem multidisziplinären Team, das mit der Verschreibung des Medikaments in dieser Altersgruppe Erfahrung hat, eingeleitet werden.
49	Wenn Kindern/Jugendlichen Orlistat verschrieben wird, soll dies für die ersten 6-12 Monate unter Studienbedingungen erfolgen (engmaschige Überwachung inkl. Messung der Effektivität, Nebenwirkungen und Compliance). Danach kann die Therapie auf Primärversorgungsebene unter Verwendung eines gemeinsamen Protokolls fortgesetzt werden, wenn die örtlichen Gegebenheiten und Genehmigungen es erlauben.
50	Eine bariatrische Chirurgie ist für Kinder generell nicht empfohlen.
51	Alle Jugendlichen müssen vor der bariatrischen Operation eine umfangreiche psychologische, edukative, familiäre und soziale Untersuchung erhalten inkl. genetischem Screening, um seltene Erkrankungen als Ursache der Adipositas auszuschließen (z.B. Prader-Willi-Syndrom).
52	Eine bariatrische Operation soll nur durch ein multidisziplinäres Team mit kinderklinischer Expertise durchgeführt werden.

Erwachsene

Tabelle 8 GoR A-Empfehlungen des Behandlungspfades Adipositas Erwachsene

Erwachsene	
Nummer	GoR A-Empfehlungen des Behandlungspfades
01	Die Diagnose von Übergewicht oder Adipositas soll anhand des BMI erfolgen.
02	Zur individuellen Risikoabschätzung sollen BMI, Hüftumfang und das Vorliegen von Begleiterkrankungen und weitere Risikofaktoren herangezogen werden.
03	Zur Bestimmung des individuellen Gesamtgesundheitsrisikos sollen zusätzlich weitere Risikofaktoren wie Ethnie, Alter, Geschlecht u.a. berücksichtigt werden.
04	Personen mit Übergewicht oder Adipositas sollen über ihr persönliches Gesundheitsrisiko und mögliche Effekte einer Gewichtsreduktion informiert werden.
05	Personen, die derzeit nicht mit einer Therapie beginnen können oder wollen, sollen darauf hingewiesen werden, dass Beratung und Unterstützung jederzeit zur Verfügung stehen.
06	Zur Feststellung potenzieller Ursachen für Übergewicht/Adipositas und als Grundlage für die Entwicklung eines umfassenden strukturierten Behandlungsplans soll Folgendes erhoben werden: <ul style="list-style-type: none"> • potenzielle organische oder genetische Ursachen für Übergewicht/Adipositas • Medikamentenanamnese (insbesondere im Hinblick auf Ursachen für Übergewicht/Adipositas bzw. Möglichkeiten zur Optimierung der Medikation von Begleiterkrankungen (siehe Box 6)) • Gewichtsverlauf • persönliche Einschätzung des eigenen Körpergewichts, der Diagnose und der Gründe für die Gewichtszunahme • bereits durchgeführte Gewichtsreduktionsversuche und die Erfahrung daraus • psychosozialer Stress/psychologische Probleme • Familienanamnese hinsichtlich Übergewicht/Adipositas bzw. Co-Morbiditäten • Umfeld bzw. familiäre, soziale Faktoren • inwieweit eine gewichtsreduzierende Therapie im Hinblick auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands der einzelnen Person sinnvoll ist • Motivation und Bereitschaft abzunehmen
07	Lebensstilinterventionen stellen die Basistherapie bei allen Personen mit Indikation zu gewichtsreduzierenden Interventionen dar <ul style="list-style-type: none"> • eine gewichtsreduzierende Therapie ist in folgenden Fällen indiziert: <ul style="list-style-type: none"> § BMI ≥ 25 kg/m² mit Begleiterkrankungen/Risikofaktoren § bei BMI ≥ 25 kg/m² bis < 30 kg/m² ohne Begleiterkrankungen/Risikofaktoren kann eine gewichtsreduzierende Therapie optional erfolgen
08	Nachfolgende Interventionen können ggf. zusätzlich zu den Lebensstilinterventionen in Betracht gezogen werden: <ul style="list-style-type: none"> § BMI ≥ 30 kg/m² oder § BMI ≥ 28 kg/m² mit Begleiterkrankungen/Risikofaktoren Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen sollen dabei nicht routinemäßig, sondern nur im Einzelfall abhängig von der individuellen Situation des Patienten eingesetzt werden.
09	Nachfolgende Interventionen können ggf. zusätzlich zu den Lebensstilinterventionen in Betracht gezogen werden: <ul style="list-style-type: none"> • bariatrisch chirurgischer Eingriff nach vorausgegangenem, frustriert verlaufenem konservativem Therapieversuchen bei <ul style="list-style-type: none"> § BMI ≥ 40 kg/m² oder § BMI ≥ 35 kg/m² + Begleiterkrankungen/Risikofaktoren, die durch eine Gewichtsreduktion günstig beeinflusst werden können § bei Personen mit einem BMI > 50 kg/m² kann eine bariatrische Operation auch als Erstlinientherapie erwogen werden
10	Die Therapie soll dabei entsprechend den jeweiligen Leitlinien erfolgen.
11	Bei der Wahl neuer Medikation sollen Medikamente mit gewichtsneutraler bzw. gewichtsreduzierender Wirkung in Betracht gezogen werden.

12	Bei bestehender Medikation mit ungünstigem Einfluss auf das Körpergewicht soll eine Änderung dieser Medikation auf Medikamente mit gewichtsneutraler bzw. gewichtsreduzierender Wirkung erwogen werden.
13	Lebensstilinterventionen stellen die Basistherapie bei allen Personen mit Indikation zu gewichtsreduzierenden Interventionen dar.
14	Therapieziel ist ein Gewichtsverlust von 5-10 % des Ausgangsgewichts in 6 Monaten.
15	Interventionen zur Lebensstiländerung sollen immer folgende Komponenten umfassen § Änderung der Essgewohnheiten, kalorienreduzierte Diät § Steigerung der körperlichen Aktivität § unterstützende Maßnahmen zur Verhaltensänderung und zumindest 6 Monate dauern.
16	Durch die Maßnahmen soll ein Energiedefizit entstehen, d.h. der tägliche Energieverbrauch ist größer als die Energieaufnahme.
17	Die Maßnahmen zur Lebensstiländerung sollen dabei an die individuelle Situation der Personen (z.B. Fitness, Gesundheitszustand, aktueller Lebensstil) bzw. ihre Präferenzen angepasst werden. Das berufliche und persönliche Umfeld soll miteinbezogen werden.
18	Die Dauer der gewichtsreduzierenden Lebensstilintervention soll zumindest 6 Monate betragen.
19	Die Betreuung soll jeweils durch Personen mit einer Ausbildung in den entsprechenden Gesundheitsberufen erfolgen. Die Betreuung kann individuell oder in Gruppen erfolgen, wobei eine Gruppenbetreuung bevorzugt werden soll.
20	Folgendes soll vor Beginn einer kalorienreduzierten Ernährung erhoben werden: Essverhalten, Lebensmittelpräferenzen, Zusammensetzung und Kalorienmenge der derzeitigen Ernährung
21	Durch die kalorienreduzierte Diät soll ein tägliches Energiedefizit von 500 bis 700 kcal bezogen auf den Gesamtumsatz erreicht werden.
22	Die Diät soll an die individuellen Ernährungsgewohnheiten, die Präferenzen der Personen und deren Risikoprofil und Alter angepasst sein.
23	Als kalorienreduzierte Diät sind unterschiedliche Ernährungsformen gleich gut geeignet, sofern diese ausgewogen und gesund sind.
24	Zum Erreichen einer Kalorienreduktion werden folgende Ernährungsstrategien nicht empfohlen.
25	Zur Unterstützung der Einhaltung einer kalorienreduzierten Diät sind zusätzliche Interventionen möglich
26	Die Ernährungsberatung (inkl. Erstellung des Therapieplans und Monitoring) soll durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte (z.B. Diätologen) in Form von Einzel- oder Gruppenberatung durchgeführt werden.
27	Betroffenen Personen sollen über Ziele, Prinzipien und praktische Aspekte einer Ernährungsumstellung informiert werden.
28	Sehr niedrig kalorische Diäten (very low calorie diets) erfordern ein kontinuierliches Monitoring hinsichtlich Komplikationen und müssen auf eine maximale Dauer von 16 Wochen beschränkt sein.
29	Diese können bei Personen mit einem BMI ≥ 30 kg/m ² in Ausnahmefällen angewendet werden, insbesondere, wenn Begleiterkrankungen/-umstände vorliegen, die eine raschere Gewichtsreduktion erfordern, als mit konventioneller kalorienreduzierter Ernährung zu erreichen ist (z.B. geplanter Gelenksersatz, geplante In-vitro-Fertilisation, ausgewählte Fälle vor einem bariatrischen Eingriff).
30	Sehr niedrig kalorische Diäten sind mit einem erhöhten Komplikationsrisiko assoziiert.
31	Eine Information, dass nach Beendigung einer sehr niedrig kalorischen Diät wieder mit einer Gewichtszunahme zu rechnen ist, soll erfolgen.

32	Häufig ist auch die Supplementierung von Mineralstoffen (Kalium, Kalzium) bzw. Vitaminen erforderlich.
33	Die Aktivität soll unregelmäßige kurze intensive Einheiten und längere, kontinuierliche Übungen enthalten.
34	Verhaltenstherapeutische Interventionen sollen von Personen aus Gesundheitsberufen mit einer PSY-Kompetenz (z.B. klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut) im Rahmen von Einzel- oder Gruppensitzungen durchgeführt werden.
35	<ul style="list-style-type: none"> • Eine pharmakologische Intervention zur Gewichtsreduktion soll aktuell nur mit Orlistat erfolgen. • Orlistat soll nicht mit anderen Medikamenten zur Gewichtsreduktion kombiniert werden. • Ein „off-label“ -Einsatz von Arzneimitteln zur Gewichtsreduktion (z.B. Amphetamine, Diuretika, humanes Choriongonadotropin, Testosteron, Thyroxin und Wachstumshormone) soll nicht erfolgen.
36	Vor dem Beginn einer pharmakologischen Intervention zur Gewichtsreduktion sollen die zu erwartenden Effekte, Risiken und Nebenwirkungen, die notwendigen Kontrollen u.a. besprochen werden.
37	3 Monate nach Beginn einer pharmakologischen Intervention zur Gewichtsreduktion soll der Erfolg der Intervention evaluiert werden. Die Therapie ist nur dann fortzusetzen, wenn in diesem Zeitraum eine Reduktion des Körpergewichts um zumindest 5 % erreicht wurde.
38	Nach Absetzen einer pharmakologischen Therapie soll den betroffenen Personen eine ausreichende Unterstützung zur Aufrechterhaltung der Gewichtsreduktion angeboten werden.
39	Das multidisziplinäre Team zur Betreuung der Patienten soll alle Aspekte der prä-, peri- und postoperativen Betreuung abdecken und idealerweise folgende Berufsgruppen umfassen: <ul style="list-style-type: none"> • Arzt für Allgemeinmedizin und/oder Innere Medizin • Chirurg • Anästhesist • Vertreter von Gesundheitsberufen mit einer PSY-Kompetenz (z.B. klinischer Psychologe bzw. Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut oder Psychiater) • qualifizierte Ernährungsfachkräfte (z.B. Diätologen) • Pflegefachkraft (gehobener Dienst) • Sozialarbeiter
40	Für einen bariatrischen Eingriff liegen Kontraindikationen auf.
41	Bestehende gewichtsreduzierende Programme sollen präoperativ beibehalten werden und die Therapie von Begleiterkrankungen soll optimiert werden (z.B. Substitution einer Hypothyreose, Optimierung der Blutzucker- bzw. Blutdruck-Einstellung).
42	Eine umfassende präoperative Evaluierung soll erfolgen.
43	<ul style="list-style-type: none"> • Information/Beratung über die verschiedenen Verfahren, den möglichen Gewichtsverlust und die Risiken Der Patient erhält eine ausführliche Information/Beratung über die verschiedenen Verfahren, den möglichen Gewichtsverlust und die Risiken.
44	Ein regelmäßiges postoperatives Assessment (nach einem Monat, alle 3 Monate im ersten Jahr, danach alle 6-12 Monate) inkl. diätetisches und, falls erforderlich, chirurgisches Follow-up soll erfolgen.
45	Die Kontrolle des aktuellen BMI soll jährlich erfolgen.
46	Die folgenden Komponenten sollen langfristige gewichtserhaltende Interventionen umfassen.
47	Eine Information, dass eine Steigerung der körperlichen Aktivität auch unabhängig von einer Gewichtsreduktion günstige Effekte auf die Gesundheit hat, soll erfolgen.

48	Die körperliche Aktivität soll mit insgesamt moderater Intensität für zumindest 150 Minuten pro Woche (5 Einheit zu je 30 Minuten) erfolgen.
49	Eine Fortführung der pharmakologischen Therapie über 12 Monate hinaus soll nur nach nochmaliger Diskussion der Effekte, Limitationen, Risiken und Nebenwirkungen erfolgen.
50	Eine Beratung des Patienten hinsichtlich der potenziellen Gewichtseffekte von bestehender oder geplanter Medikation und möglichen Alternativen soll erfolgen.
51	Ein kontinuierliches Monitoring hinsichtlich Komplikationen (z.B. gestörter Elektrolythaushalt, erhöhte Leberenzyme, Gallensteine) ist erforderlich.
52	Für Patienten > 65 Jahren und Patienten mit BMI < 35 kg/m ² existiert aktuell keine Evidenz für eine verlässliche Abschätzung des Nutzen-/Schaden-Verhältnisses bariatrischer Eingriffe.
53	Verhaltenstherapeutische Maßnahmen sollen verschiedene Elemente enthalten.
54	Im ersten Jahr nach einer gewichtsreduzierenden Therapie sollen regelmäßige (monatlich oder öfter) Kontakte (persönlich oder telefonisch) mit einer entsprechend qualifizierten Fachkraft stattfinden, um die Beibehaltung eines gesunden Lebensstils zu unterstützen.

6.2.2 Operationalisierbarkeit

Die vorab extrahierten GoR A-Empfehlungen für die Indikation Adipositas wurden von der Arbeitsgruppe QI bezüglich ihrer Operationalisierbarkeit und „Relevanz“ für den ambulanten Versorgungsbereich beurteilt. Insgesamt wurden 19 operationalisierbare und potenziell relevante Empfehlungen für die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ und 25 operationalisierbare und potentiell relevante Empfehlungen für die Zielgruppe „Erwachsene“ identifiziert, zu welchen anschließend korrespondierende Qualitätsindikatoren formuliert wurden.

Für die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ wurden elf Empfehlungen als „nicht-operationalisierbar“, zwei als „inhaltlich überlappend“, neun als „nicht relevant/sinnvoll“ und 11 „aus anderen Gründen“ beurteilt. Nach Überprüfung der Operationalisierbarkeit und „Relevanz“ der Empfehlungen für den ambulanten Versorgungsbereich, fanden sich für die Zielgruppe „Erwachsene“ 12 Elemente im Ordner „nicht operationalisierbar“, zehn Elemente im Ordner „inhaltlich überlappend“ und sieben Elemente im Ordner „nicht relevant/sinnvoll“.

Im Anschluss erfolgte eine deskriptive Darstellung des vorläufigen primären Qualitätsindikatoren-Sets auf einem strukturierten Bewertungsformular.

Die Bewertungsformulare zu den potentiellen QI beinhalteten additiv Beschreibungen – die Formulierung der Infobox –, die originale/n LL-Empfehlung/en sowie Quellenangabe der Leitlinie, auf welchen die Empfehlung aus der Infobox zum Behandlungspfad beruht, Anmerkungen zur Empfehlung sowie den Indikatortyp –Struktur-/Prozess-/Ergebnisindikator. Die Bezeichnung der Indikatoren entstand durch die Kombination des Buchstabens „A“ für „Adipositas“, „E“ für Erwachsene oder „KJ“ für „Kinder und Jugendliche“, einer Nummerierung und der Bezeichnung.

KINDER UND JUGENDLICHE

Indikator Nr. AKJ01: Lebensstilinterventionen - Betreuung

Beschreibung Die Betreuung soll multidisziplinär durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte (Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Diätologin/Diätologe, Physiotherapeut/in sowie Psychotherapeut/in bzw. klinische/r oder Gesundheitspsychologin/Gesundheitspsychologe) erfolgen.

Benötigte Daten Zähler: Alle Kinder und Jugendlichen mit Adipositas, die hinsichtlich der Lebensstilinterventionen von entsprechend qualifizierten Fachkräften betreut wurden.
Nenner: Alle Kinder und Jugendlichen mit Adipositas

Indikator Nr. AKJ02: Lebensstilintervention – Plan zur Gewichtsreduktion

Beschreibung Reduktion des Gewichts mit Hilfe eines medizinisch-fachlich ausgearbeiteten Plans: (*adipöse Kinder/Jugendliche (6-18 Jahre) ohne Begleiterkrankungen*).

Benötigte Daten Zähler: Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas ohne Begleiterkrankungen, die einen medizinisch-fachlich ausgearbeiteten Plan zur Gewichtsreduktion erhalten haben
Nenner: Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas ohne Begleiterkrankungen

Indikator Nr. AKJ03: Lebensstilintervention – umfassendes Programm

Beschreibung Reduktion des Gewichts mit Hilfe eines umfassenden multifaktoriellen Programms (Intensives Management): (*adipöse Kinder/Jugendliche (6-18 Jahre) mit Begleiterkrankungen bzw. adipöse Kinder/Jugendliche (6-18 Jahre) ohne Begleiterkrankungen nach erfolgloser Stufe 3*).

Benötigte Daten Zähler: Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas und Begleiterkrankungen, die zu einem multifaktoriellen Gewichtsprogramm überwiesen wurden
Nenner: Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas und Begleiterkrankungen

Indikator Nr. AKJ04: Lebensstilinterventionen

Beschreibung Einschränken der Zeiten mit sitzenden Tätigkeiten (Fernsehen, Computerspiele etc.).

Benötigte Daten Zähler: Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas, welchen eine Einschränkung der Zeiten mit sitzenden Tätigkeiten (Fernsehen, Computerspiele, etc.) empfohlen wurde
Nenner: Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas

Indikator Nr. AKJ05: Diagnose

Beschreibung Die Diagnose von Übergewicht oder Adipositas soll anhand der geschlechts- und altersspezifischen Perzentilenkurven (BMI/Alter) der WHO 2006/2007 erfolgen.

Benötigte Daten	<u>Zähler</u> : Alle adipösen und übergewichtigen Kinder und Jugendlichen, bei welchen zur Bestimmung der Gewichtskategorien die Perzentilenkurven herangezogen wurden. <u>Nenner</u> : Alle adipösen und übergewichtigen Kinder und Jugendlichen
------------------------	--

Indikator Nr. AKJ06: Weiterführende Anamnese

Beschreibung	Zur Feststellung potenzieller Ursachen für Übergewicht/Adipositas, zur Ermittlung, ob ein Lebensstilprogramm indiziert ist und als Grundlage für die Entwicklung eines umfassenden strukturierten Behandlungsplans soll Folgendes erhoben werden: <ul style="list-style-type: none"> • potenzielle zugrundeliegende Ursachen für Übergewicht/Adipositas • Medikation und Erkrankungen • Wachstums- und Pubertätsstatus • Lebensstil (Ernährung und Bewegung) • relevante soziale, familiäre und Umfeld-Faktoren, die Adipositas oder ihre Behandlung beeinflussen können • psychologische Stressoren wie niedriges Selbstwertgefühl, Hänselei oder Bullying • Einstellung der Familie (Eltern) hinsichtlich des Übergewichts/der Adipositas des Kindes • Einstellung und Wissen der Familie (Eltern) zu Ernährung, Bewegung und inaktivem Lebensstil • bereits durchgeführte Gewichtsreduktionsversuche und die Erfahrung daraus • Bereitschaft und Motivation zur Änderung (von Kind/Jugendlichem und seiner Familie)
---------------------	--

Benötigte Daten	<u>Zähler</u> : Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas mit weiterführender Anamnese <u>Nenner</u> : Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas
------------------------	---

Indikator Nr. AKJ07: Aufklärung der Familie

Beschreibung	Familien, die noch nicht bereit sind an dem Gewichtsmanagementprogramm teilzunehmen, soll <ul style="list-style-type: none"> ▪ erklärt werden, wie sie in Zukunft daran teilnehmen können (auch durch ihre eigene Initiative) ▪ nach ihrer Präferenz ein weiteres Gespräch in 3-6 Monaten angeboten werden ▪ Informationen und Empfehlungen zu gesunder Ernährung, einem aktiven Lebensstil und einer Reduktion des inaktiven Lebensstils angeboten werden
---------------------	---

Benötigte Daten	<u>Zähler</u> : Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas in Familien, die nicht bereit sind an einem Gewichtsmanagementprogramm teilzunehmen, die darüber informiert wurden, dass eine Beratung/Unterstützung jederzeit zur Verfügung steht und welchen Informationen zu einem gesunden Lebensstil angeboten wurden <u>Nenner</u> : Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas in Familien, die nicht bereit sind, an einem Gewichtsmanagementprogramm teilzunehmen
------------------------	--

Indikator Nr. AKJ08: Aufklärung der Familie

Beschreibung	Interventionen zum Gewichtsmanagement für Kinder/Jugendliche sollen die ganze Familie und das soziale Setting miteinbeziehen.
Benötigte Daten	<u>Zähler:</u> Alle Kinder/Jugendlichen, bei denen die gesamte Familie bei den Interventionen zum Gewichtsmanagement miteinbezogen wurde <u>Nenner:</u> Alle Kinder/Jugendlichen mit Gewichtsmanagement

Indikator Nr. AKJ09: Risikoabschätzung

Beschreibung	Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas sollen auf Adipositas-assoziierte Begleiterkrankungen (wie z.B. Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Dyslipidämie, psychosoziale Dysfunktionen, Exazerbationen z.B. von Asthma) untersucht werden.
Benötigte Daten	<u>Zähler:</u> Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas, die auf assoziierte Begleiterkrankungen untersucht wurden <u>Nenner:</u> Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas

Indikator Nr. AKJ10: Risikoabschätzung

Beschreibung	Eine Familienanamnese bezüglich Adipositas, Diabetes und kardiovaskulärer Erkrankung zur Bestimmung des Risikos für Begleiterkrankungen soll durchgeführt werden.
Benötigte Daten	<u>Zähler:</u> Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas, bei denen eine Familienanamnese hinsichtlich Adipositas, Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen erfolgte <u>Nenner:</u> Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas

Indikator Nr. AKJ11: Lebensstilinterventionen

Beschreibung	<u>Bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas stellt die Änderung des Lebensstils die primäre Therapie dar.</u> Diese soll als multifaktorielle Intervention inkl. Reduktion der Energiezufuhr und der Zeiten mit sitzenden Tätigkeiten, Steigerung der körperlichen Aktivität und Maßnahmen zur Unterstützung der Verhaltensänderung erfolgen.
Benötigte Daten	<u>Zähler:</u> Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas, bei denen eine Beratung hinsichtlich eines gesunden Lebensstils als primäre Therapieform erfolgte <u>Nenner:</u> Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas

Indikator Nr. AKJ12: Lebensstilinterventionen

Beschreibung	Ein regelmäßiger Kontakt mit Personen aus den entsprechenden Gesundheitsberufen soll Teil des Gewichtsmanagements sein, wobei kurzfristig ein häufigerer Kontakt zu einem höheren Therapieerfolg führt. Langfristig muss die Häufigkeit an die individuellen Bedürfnisse der Familie und die zur Verfügung stehenden Ressourcen angepasst werden.
Benötigte Daten	<u>Zähler:</u> Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas mit Gewichtsmanagement, bei denen ein regelmäßiger Kontakt hinsichtlich des Gewichtsmanagement erfolgte

Nenner: Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas mit Gewichtsmanagement

Indikator Nr. AKJ13: Ernährung

Beschreibung Im Falle einer gewichtsreduzierenden Ernährung (Stufe 3 bzw. Stufe 4 der Lebensstilinterventionen) ist eine Gewichtsreduktion von 0,5-1 kg pro Woche ein angemessenes Therapieziel.

Benötigte Daten Zähler: Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas und einer gewichtsreduzierenden Therapie, bei denen eine kontinuierliche moderate Gewichtsreduktion im Ausmaß von 0,5 – 1 kg pro Woche erreicht wurde
Nenner: Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas und einer gewichtsreduzierenden Therapie

Indikator Nr. AKJ14: Steigerung der körperlichen Aktivität

Beschreibung Kinder und Jugendliche sollen zu vermehrter körperlicher Aktivität ermutigt werden, auch wenn sie dadurch kein Gewicht verlieren (aufgrund der anderen positiven Gesundheitsauswirkungen wie reduziertes Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 oder kardiovaskuläre Erkrankungen), insgesamt mindestens eine Stunde/Tag aktives Spiel, andere Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Gehen, Radfahren, Treppen steigen) oder strukturierte Bewegung (z.B. Fußball, Schwimmen, Tanzen) mit moderater bis intensiver Belastung in einer bis mehreren Einheiten von mindestens 10 Minuten Dauer. Der Fokus soll dabei auf einfach durchzuführenden Aktivitäten liegen, die Spaß machen.

Benötigte Daten Zähler: Alle Kinder/Jugendlichen, denen eine vermehrte körperliche Aktivität von mindestens 1 Stunde pro Tag empfohlen wurde
Nenner: Alle Kinder/Jugendlichen

Indikator Nr. AKJ15: Steigerung der körperlichen Aktivität

Beschreibung Es sollen außerdem muskel- und knochenstärkende Aktivitäten empfohlen werden, jedoch nur von qualifizierten Fachkräften in Bewegungs-/Sporttherapie (z.B. Physiotherapeuten) vorgeschrieben und überwacht, um eine sichere Ausführung zu garantieren.

Benötigte Daten Zähler: Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas, denen auch ein Krafttraining empfohlen wurde
Nenner: Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas

Indikator Nr. AKJ16: Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen

Beschreibung Medikamente zur Gewichtsreduktion sind für Kinder im Alter von 2 bis 11 Jahren generell nicht empfohlen.

Benötigte Daten Zähler: Alle Kinder unter 12 Jahren, welchen keine Medikamente zur Gewichtsreduktion verschrieben wurden
Nenner: Alle Kinder unter 12 Jahren

Indikator Nr. AKJ17: Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen

Beschreibung Die Therapie mit Orlistat soll von einer speziellen pädiatrischen Einrichtung, mit einem multidisziplinären Team, das mit der

Verschreibung des Medikaments in dieser Altersgruppe Erfahrung hat, eingeleitet werden.

Benötigte Daten Zähler: Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas und pharmakologischer Gewichtsreduktion, bei denen diese durch eine spezielle pädiatrische Einrichtung eingeleitet wurde
Nenner: Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas und pharmakologischer Gewichtsreduktion

Indikator Nr. AKJ18: Bariatrische Chirurgie

Beschreibung Alle Jugendlichen müssen vor der bariatrischen Operation eine umfangreiche psychologische, edukative, familiäre und soziale Untersuchung erhalten inkl. genetischem Screening, um seltene Erkrankungen als Ursache der Adipositas auszuschließen (z.B. Prader-Willi-Syndrom, ICD-10: Q87.-).

Benötigte Daten Zähler: Alle Kinder/Jugendlichen mit einem bariatrischen Eingriff und dokumentierter präoperativer umfassender Untersuchung
Nenner: Alle Kinder/Jugendlichen mit einem bariatrischen Eingriff

Indikator Nr. AKJ19: Bariatrische Chirurgie

Beschreibung Eine bariatrische Operation soll nur durch ein multidisziplinäres Team mit kinderklinischer Expertise durchgeführt werden.

Benötigte Daten Zähler: Alle Kinder/Jugendlichen mit einem bariatrischen Eingriff, bei denen dieser durch ein multidisziplinäres Team mit kinderklinischer Expertise durchgeführt wurde
Nenner: Alle Kinder/Jugendlichen mit einem bariatrischen Eingriff

ERWACHSENE

Indikator Nr. AE01: Risikoabschätzung

Beschreibung Zur individuellen Risikoabschätzung sollen BMI, Hüftumfang und das Vorliegen von Begleiterkrankungen und weitere Risikofaktoren herangezogen werden.

Benötigte Daten Zähler: Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas (ICD-10: E66.-; ICPC-2: T82, T83), bei denen eine individuelle Risikoabschätzung erfolgte
Nenner: Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas (ICD-10: E66.-; ICPC-2: T82, T83)

Indikator Nr. AE02: Aufklärung – Gesundheitsrisiken/Therapieeffekte

Beschreibung Personen mit Übergewicht oder Adipositas sollen über ihr persönliches Gesundheitsrisiko und mögliche Effekte einer Gewichtsreduktion informiert werden.

Benötigte Daten Zähler: Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -58, T82, T83), die über ihr persönliches Gesundheitsrisiko und mögliche Effekte einer Gewichtsreduktion informiert wurden
Nenner: Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -58, T82, T83)

Indikator Nr. AE03: Unterstützungsbereitschaft

Beschreibung Personen, die derzeit nicht mit einer Therapie beginnen können oder wollen, sollen darauf hingewiesen werden, dass Beratung und Unterstützung jederzeit zur Verfügung stehen.

Benötigte Daten Zähler: Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -58, T82, T83) ohne spezifische gewichtsreduzierende Therapie, die darüber informiert wurden, dass eine Beratung/Unterstützung jederzeit zur Verfügung steht.
Nenner: Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -58, T82, T83) ohne spezifische gewichtsreduzierende Therapie

Indikator Nr. AE04: Weiterführende Anamnese

Beschreibung Zur Feststellung potenzieller Ursachen für Übergewicht/Adipositas und als Grundlage für die Entwicklung eines umfassenden strukturierten Behandlungsplans soll Folgendes erhoben werden:

- potenzielle organische Ursachen für Übergewicht/Adipositas
- Medikamentenanamnese (insbesondere im Hinblick auf Ursachen für Übergewicht/Adipositas bzw. Möglichkeiten zur Optimierung der Medikation von Begleiterkrankungen)
- Gewichtsverlauf
- psychosozialer Stress/psychologische Probleme
- Familienanamnese hinsichtlich Übergewicht/Adipositas bzw. Co-Morbidität
- Umfeld bzw. familiäre, soziale Faktoren

Benötigte Daten Zähler: Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -30, T82, T83) mit weiterführender Anamnese
Nenner: Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -30, T82, T83)

Indikator Nr. AE05: Indikation zu gewichtsreduzierenden Lebensstilinterventionen

Beschreibung Lebensstilinterventionen stellen die Basistherapie bei allen Personen mit Indikation zu gewichtsreduzierenden Interventionen dar

- eine gewichtsreduzierende Therapie ist in folgenden Fällen indiziert:
 - BMI \geq 25 kg/m² mit Begleiterkrankungen/Risikofaktoren
 - bei BMI \geq 25 kg/m² bis $<$ 30 kg/m² ohne Begleiterkrankungen/Risikofaktoren kann eine gewichtsreduzierende Therapie optional erfolgen.

Benötigte Daten Zähler: Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83) und assoziierter Begleiterkrankung bzw. mit Adipositas, die gewichtsreduzierende Lebensstilinterventionen erhalten

Nenner: Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83) und assoziierter Begleiterkrankung bzw. mit Adipositas

Indikator Nr. AE06: Lebensstilinterventionen – Gewichtsverlust

Beschreibung Therapieziel ist ein Gewichtsverlust von 5-10 % des Ausgangsgewichts in 6 Monaten.

Benötigte Daten Zähler: Alle erwachsenen Personen mit Adipositas/Übergewicht (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83), bei denen eine gewichtsreduzierende Therapie begonnen wurde, die in den ersten 6 Monaten 5-10 % des Ausgangsgewichtes abgenommen haben
Nenner: Alle erwachsenen Personen mit Adipositas/Übergewicht (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83), bei denen eine gewichtsreduzierende Therapie begonnen wurde

Indikator Nr. AE07: Lebensstilinterventionen

Beschreibung Interventionen zur Lebensstiländerung sollen immer folgende Komponenten umfassen

- Änderung der Essgewohnheiten, kalorienreduzierte Diät
- Steigerung der körperlichen Aktivität
- unterstützende Maßnahmen zur Verhaltensänderung und zumindest 6 Monate dauern.

Benötigte Daten Zähler: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, deren Lebensstilintervention alle drei Komponenten (Ernährung, körperliche Aktivität, Verhaltensänderung) umfasst und zumindest 6 Monate dauert
Nenner: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, die eine gewichtsreduzierende Therapie erhalten

Indikator Nr. AE08: Lebensstilinterventionen

Beschreibung Die Betreuung soll jeweils durch Personen mit einer Ausbildung in den entsprechenden Gesundheitsberufen erfolgen.
Die Betreuung kann individuell oder in Gruppen erfolgen, wobei eine Gruppenbetreuung bevorzugt werden soll.

Benötigte Daten Zähler: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, die eine gewichtsreduzierende Therapie erhalten und hinsichtlich der Lebensstilinterventionen von entsprechenden qualifizierten Fachkräften betreut wurden.
Nenner: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, die eine gewichtsreduzierende Therapie erhalten

Indikator Nr. AE09: Kalorienreduzierte Ernährung

Beschreibung Durch die kalorienreduzierte Diät soll ein tägliches Energiedefizit von 500 bis 700 kcal bezogen auf den Gesamtumsatz erreicht werden.

Benötigte Daten Zähler: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, die

eine kalorienreduzierte Diät erhalten, deren tägliches Energiedefizit auf 700 kcal bezogen auf den Gesamtumsatz berechnet wurde

Nenner: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas

Indikator Nr. AE10: Ernährungsberatung

Beschreibung Die Ernährungsberatung (inkl. Erstellung des Therapieplans und Monitoring) soll durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte (z.B. Diätologen) in Form von Einzel- oder Gruppenberatung durchgeführt werden.

Benötigte Daten Zähler: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, die eine Ernährungsberatung durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte erhalten haben

Nenner: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas

Indikator Nr. AE11: Sehr niedrig kalorische Diät (very low calorie diet)

Beschreibung Sehr niedrig kalorische Diäten (very low calorie diets) erfordern ein kontinuierliches Monitoring hinsichtlich Komplikationen und müssen auf eine maximale Dauer von 16 Wochen beschränkt sein.

Benötigte Daten Zähler: Alle erwachsenen Personen mit Adipositas (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83), die im Beobachtungszeitraum eine sehr niedrig kalorische Diät erhalten haben, welche auf eine maximale Dauer von 16 Wochen beschränkt und von einem kontinuierlichen Monitoring begleitet war

Nenner: Alle erwachsenen Personen mit Adipositas (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83), die im Beobachtungszeitraum eine sehr niedrig kalorische Diät erhalten haben

Indikator Nr. AE12: Steigerung der körperlichen Aktivität

Beschreibung Die Aktivität soll unregelmäßige kurze intensive Einheiten und längere, kontinuierliche Übungen enthalten.

Benötigte Daten Zähler: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, mit denen eine körperliche Aktivität vereinbart wurde, die sowohl kurze intensive als auch längere kontinuierliche Übungen umfasst

Nenner: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas

Indikator Nr. AE13: Verhaltensänderung Profession

Beschreibung Verhaltenstherapeutische Interventionen sollen von Personen aus Gesundheitsberufen mit einer PSY-Kompetenz (z.B. klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut) im Rahmen von Einzel- oder Gruppensitzungen durchgeführt werden.

Benötigte Daten Zähler: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -58, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, die eine Verhaltenstherapie durch eine Person mit PSY-Kompetenz erhalten haben

Nenner: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -58, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, die eine Verhaltenstherapie erhalten

Indikator Nr. AE14: Verhaltensänderung Inhalte

Beschreibung Verhaltenstherapeutische Maßnahmen sollen verschiedene Elemente enthalten.

Benötigte Daten Zähler: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -58, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, die eine Verhaltenstherapie erhalten, die verschiedene Elemente umfasst
Nenner: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -58, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, die eine Verhaltenstherapie erhalten

Indikator Nr. AE15: Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen – Orlistat

Beschreibung

- Eine pharmakologische Intervention zur Gewichtsreduktion soll aktuell nur mit Orlistat erfolgen
- Orlistat soll nicht mit anderen Medikamenten zur Gewichtsreduktion kombiniert werden
- Ein „off-label“ -Einsatz von Arzneimitteln zur Gewichtsreduktion (z.B. Amphetamine, Diuretika, humanes Choriongonadotropin, Testosteron, Thyroxin und Wachstumshormone) soll nicht erfolgen

Benötigte Daten Zähler: Personen, die ausschließlich Orlistat (Anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem (ATC-Code): A08AB01) als pharmakologische Intervention zur Gewichtsreduktion erhalten
Nenner: Personen, die eine pharmakologische Intervention (z.B. ATC-Code: A08AB01) zur Gewichtsreduktion erhalten

Indikator Nr. AE16: Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen – Evaluation

Beschreibung 3 Monate nach Beginn einer pharmakologischen Intervention zur Gewichtsreduktion soll der Erfolg der Intervention evaluiert werden.

Benötigte Daten Zähler: Personen, die für mind. 3 Monate eine pharmakologische Intervention (z.B. ATC-Code: A08AB01) zur Gewichtsreduktion erhielten, bei denen nach 3 Monaten der Erfolg dieser pharmakologischen Intervention evaluiert wurde
Nenner: Personen, die für mind. 3 Monate eine pharmakologische Intervention (z.B. ATC-Code: A08AB01) zur Gewichtsreduktion erhielten

Indikator Nr. AE17: Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen – Therapiefortsetzung

Beschreibung 3 Monate nach Beginn einer pharmakologischen Intervention zur Gewichtsreduktion soll der Erfolg der Intervention evaluiert werden. Die Therapie ist nur dann fortzusetzen, wenn in diesem Zeitraum eine Reduktion des Körpergewichts um zumindest 5 % erreicht wurde.

Benötigte Daten Zähler: Personen, die länger als 3 Monate eine pharmakologische Intervention (z.B. ATC-Code: A08AB01) zur Gewichtsreduktion erhielten

und für die in den ersten 3 Monaten eine mind. 5 %-ige Gewichtsreduktion dokumentiert ist

Nenner: Personen, die länger als 3 Monate eine pharmakologische Intervention (z.B. ATC-Code: A08AB01) zur Gewichtsreduktion erhielten

Indikator Nr. AE18: Bariatrische Chirurgie – multiprofessionelle Betreuung

Beschreibung Das multidisziplinäre Team zur Betreuung der Patienten soll alle Aspekte der prä-, peri- und postoperativen Betreuung abdecken und idealerweise folgende Berufsgruppen umfassen:

- Arzt für Allgemeinmedizin und/oder Innere Medizin
- Chirurg
- Anästhesist
- Vertreter von Gesundheitsberufen mit einer PSY-Kompetenz (z.B. klinischer Psychologe bzw. Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut oder Psychiater)
- qualifizierte Ernährungsfachkräfte (z.B. Diätologen)
- Pflegefachkraft (gehobener Dienst)
- Sozialarbeiter

Benötigte Daten Zähler: Alle PVE bzw. allgemeinmedizinischen Ordinationen in einem definierten Versorgungsgebiet, die die professionellen Ressourcen für eine multidisziplinäre prä- und postoperative Betreuung im Zusammenhang mit bariatrischen Eingriffen gewährleisten.
Nenner: Alle PVE bzw. allgemeinmedizinischen Ordinationen in einem definierten Versorgungsgebiet

Indikator Nr. AE19: Bariatrische Chirurgie – präoperative Evaluierung

Beschreibung Eine umfassende präoperative Evaluierung soll erfolgen.

Benötigte Daten Zähler: Alle Personen, bei denen ein bariatrisch chirurgischer Eingriff angestrebt wird und bei denen auch eine umfassende präoperative Evaluierung dokumentiert ist
Nenner: Alle Personen, bei denen ein bariatrisch chirurgischer Eingriff angestrebt wird

Indikator Nr. AE20: Bariatrische Chirurgie – Nachsorgeuntersuchungen

Beschreibung Ein regelmäßiges postoperatives Assessment (nach einem Monat, alle 3 Monate im ersten Jahr, danach alle 6-12 Monate) inkl. diätetisches und, falls erforderlich, chirurgisches Follow-up soll erfolgen.

Benötigte Daten Zähler: Alle Personen nach einem bariatrisch chirurgischen Eingriff mit mind. einer spezifischen Nachsorgeuntersuchung im letzten Jahr
Nenner: Alle Personen nach einem bariatrisch chirurgischen Eingriff

Indikator Nr. AE21: Jährliche BMI-Kontrolle

Beschreibung Die Kontrolle des aktuellen BMI soll jährlich erfolgen.

Benötigte Daten Zähler: Personen, die ihr langfristiges Therapieziel erreicht haben mit mind. einer BMI Kontrolle im letzten Jahr
Nenner: Personen, die ihr langfristiges Therapieziel erreicht haben

Indikator Nr. AE22: Regelmäßiger Kontakt im ersten Jahr nach Gewichtsreduktion

Beschreibung Im ersten Jahr nach einer gewichtsreduzierenden Therapie sollen regelmäßige (monatlich oder öfter) Kontakte (persönlich oder telefonisch) mit einer entsprechend qualifizierten Fachkraft stattfinden, um die Beibehaltung eines gesunden Lebensstils zu unterstützen.

Benötigte Daten Zähler: Personen im ersten Jahr nach Erreichen des langfristigen Therapieziels mit dokumentiertem monatlichen Kontakt zu einem qualifizierten Berater
Nenner: Personen im ersten Jahr nach Erreichen des langfristigen Therapieziels

Indikator Nr. AE23: Steigerung der körperlichen Aktivität

Beschreibung Eine Information, dass eine Steigerung der körperlichen Aktivität auch unabhängig von einer Gewichtsreduktion günstige Effekte auf die Gesundheit hat, soll erfolgen.

Benötigte Daten Zähler: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -50, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, die darüber informiert wurden, dass eine Steigerung der körperlichen Aktivität, unabhängig von einer Gewichtsreduktion, günstige Effekte auf die Gesundheit hat
Nenner: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -50, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas

Indikator Nr. AE24: Steigerung der körperlichen Aktivität

Beschreibung Die körperliche Aktivität soll mit insgesamt moderater Intensität für zumindest 150 Minuten pro Woche (5 Einheiten zu je 30 Minuten) erfolgen.

Benötigte Daten Zähler: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -50, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, mit denen eine körperliche Aktivität im Ausmaß von zumindest 150 Minuten pro Woche (in zumindest moderater Intensität) vereinbart ist
Nenner: Alle erwachsenen Personen (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -50, T82, T83) mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas

Indikator Nr. AE25: Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen – Evaluation Langzeittherapie

Beschreibung Eine Fortführung der pharmakologischen Therapie über 12 Monate hinaus soll nur nach nochmaliger Diskussion der Effekte, Limitationen, Risiken und Nebenwirkungen erfolgen.

Benötigte Daten Zähler: Personen, die länger als 12 Monate eine pharmakologische Intervention (z.B. ATC-Code: A08AB01) zur Gewichtsreduktion erhielten und mit denen 12 Monate nach Beginn der Therapie ein Evaluationsgespräch erfolgte
Nenner: Personen, die länger als 12 Monate eine pharmakologische Intervention zur Gewichtsreduktion erhielten

6.2.3 Panelverfahren

Die Bewertung der vorläufigen primären Indikatorensets, bestehend aus 19 QI für die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ und 25 QI für die Zielgruppe „Erwachsene“ erfolgte in einem 2-stufigen Panelverfahren durch ein Expertengremium:

1. erste schriftliche Bewertungsrunde
2. Webkonferenz und zweite schriftliche Bewertungsrunde.

Dieses Expertengremium, das sich aus Anwendern aus dem Fachgebiet der Zielgruppe, an die sich die herangezogene Leitlinie richtet, sowie Stakeholdern zusammensetzte, nahm eine Bewertung hinsichtlich der Kriterien „Relevanz“, „Klarheit & Verständlichkeit“, „Praktikabilität“ und „Risiko für Fehlsteuerung“ auf den vorgefertigten Bewertungsformularen pro Indikator vor. Die Bewertung erfolgte analog zu den QI für COPD.

6.2.3.1 Auswahl des Expertengremiums

Die Einladung zum Panelverfahren wurde gleichzeitig für die Indikationen „COPD“ und „Adipositas“ per E-Mail am 04.07.2019 an 43 Allgemeinmediziner versandt. Zusätzlich wurden 42 Einladungsaussendungen am 11.09.2019 mit gezielten Informationen zum Projekt an Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde übermittelt, wobei vier unzustellbar waren. Eine Person bestätigte die Teilnahme am Panelverfahren.

Die Einladungen wurden an 18 Frauen und 24 Männer verschickt, zwei waren im Burgenland, fünf jeweils in Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Tirol, Vorarlberg, Wien und der Steiermark ansässig. 16 der 42 befanden sich im ruralen und 26 im urbanen Raum.

Zusätzlich wurden am 02. Oktober 2019 sechs Personen als Vertreter der Stakeholder zur Teilnahme am Panelverfahren per E-Mail eingeladen. Die Einladung erging an eine Person des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), vier Personen von Sozialversicherungsträgern und eine Personen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

6.2.3.2 Erste schriftliche Bewertung

Im Zuge der ersten schriftlichen Bewertungsrunde erfolgte am 18. Oktober 2019 die Aussendung der 19 potentiellen QI für die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ (Anhang 10) und den 25 potentiellen QI für die Zielgruppe „Erwachsene“ (Anhang 9) an die fünf Allgemeinmediziner sowie eine Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde. Eine Ärztin für Allgemeinmedizin konnte aufgrund von technischen Problemen nicht an der Bewertung teilnehmen. Somit nahmen nur vier Ärzte für Allgemeinmedizin teil. Für diese erste schriftliche Bewertungsrunde erhielten alle teilnehmenden Personen eine Erläuterung und Anleitung zur Bewertung (Anhang 2).

Gleichzeitig erhielten die sechs Vertreter der österreichischen Stakeholder (Bund, Sozialversicherung und Hauptverband) die Möglichkeit, Anmerkungen bzw. Änderungsvorschläge zu den Qualitätsindikatoren in einem dafür vorgesehenen „Kommentarfeld“ abzugeben, sie hatten jedoch nicht die Möglichkeit, eine Bewertung abzugeben.

6.2.3.3 Ergebnis der ersten schriftlichen Bewertungsrunde

Für die Bewertung hatten die sechs Panelteilnehmer 14 Tage Zeit. Die Ergebnisse der Bewertung je Indikator wurden in einer Excel-Datei erfasst und ausgewertet. Die Bewertung erfolgte gleich wie bei den Qualitätsindikatoren für COPD (6.1.3.3).

Nachfolgend die Ergebnisse der ersten schriftlichen Bewertungsrunde:

Kinder und Jugendliche

Tabelle 9 QI-Kinder & Jugendliche - Adipositas - vorläufiges Gesamtergebnis

Indikator	Anteil der Teilnehmer mit positiver Bewertung			vorläufiges Gesamtergebnis
	„Relevanz“	„(kein) Risiko für Fehlsteuerung“	„Praktikabilität“	
AKJ01	60%	80%	40%	vorläufig abgelehnt
AKJ02	60%	60%	40%	vorläufig abgelehnt
AKJ03	80%	40%	40%	vorläufig abgelehnt
AKJ04	60%	40%	40%	vorläufig abgelehnt
AKJ05	60%	80%	40%	vorläufig abgelehnt
AKJ06	80%	60%	20%	vorläufig abgelehnt
AKJ07	80%	80%	20%	vorläufig abgelehnt
AKJ08	80%	60%	20%	vorläufig abgelehnt
AKJ09	100%	80%	60%	vorläufig angenommen
AKJ10	60%	60%	20%	vorläufig abgelehnt
AKJ11	80%	80%	20%	vorläufig abgelehnt
AKJ12	60%	80%	60%	vorläufig abgelehnt
AKJ13	60%	60%	40%	vorläufig abgelehnt
AKJ14	80%	80%	20%	vorläufig abgelehnt
AKJ15	80%	60%	0%*	abgelehnt
AKJ16	60%	80%	80%	vorläufig abgelehnt
AKJ17	20%	40%	40%	vorläufig abgelehnt
AKJ18	40%	60%	60%	vorläufig abgelehnt
AKJ19	40%	60%	60%	vorläufig abgelehnt

grün: vorläufig angenommen, gelb: Diskussion, rot: wird weiter nicht mehr berücksichtigt; * 80% d. TN negativ bewertet

Aus dem Indikatorenset für die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ wurde einer der 19 Indikatoren, der Indikator „AKJ15“, aus dem weiteren Bewertungsprozess herausgenommen und nicht weiter berücksichtigt, da 80% der Teilnehmer die Kategorie „Praktikabilität“ negativ bewertet haben. Die übrigen 18 QI standen im Rahmen der Webkonferenz zur Diskussion und zur zweiten schriftlichen Bewertungsrunde zur Verfügung. Eine neue Reihung der Indikatoren erfolgte nicht, damit keine Irritationen bei den teilnehmenden Personen entstanden.

Erwachsene

Tabelle 10 QI-Erwachsene-Adipositas-vorläufiges Gesamtergebnis

Indikator	Anteil der Teilnehmer mit positiver Bewertung			vorläufiges Gesamtergebnis
	„Relevanz“	„(kein) Risiko für Fehlsteuerung“	„Praktikabilität“	
AE01	75%	75%	25%	vorläufig abgelehnt
AE02	75%	50%	25%	vorläufig abgelehnt
AE03	25%	50%	25%	vorläufig abgelehnt
AE04	100%	50%	0%	vorläufig abgelehnt
AE05	25%	50%	25%	vorläufig abgelehnt
AE06	50%	50%	25%	vorläufig abgelehnt
AE07	75%	75%	25%	abgelehnt
AE08	75%	75%	0%	vorläufig abgelehnt
AE09	50%	50%	25%	abgelehnt
AE10	75%	50%	25%	abgelehnt
AE11	25%	75%	0%	abgelehnt
AE12	75%	100%	25%	abgelehnt
AE13	50%	75%	25%	vorläufig abgelehnt
AE14	50%	50%	25%	abgelehnt
AE15	0%	50%	75%	vorläufig abgelehnt
AE16	25%	75%	75%	vorläufig abgelehnt
AE17	25%	25%	50%	vorläufig abgelehnt
AE18	75%	50%	25%	vorläufig abgelehnt
AE19	75%	75%	25%	abgelehnt
AE20	50%	50%	50%	vorläufig abgelehnt
AE21	75%	50%	75%	vorläufig abgelehnt
AE22	50%	75%	75%	vorläufig abgelehnt
AE23	25%	75%	25%	vorläufig abgelehnt
AE24	75%	75%	25%	vorläufig abgelehnt
AE25	25%	50%	50%	vorläufig abgelehnt

grün: vorläufig angenommen, gelb: Diskussion, rot: wird weiter nicht mehr berücksichtigt

Von den potentiellen 25 QI für die Zielgruppe „Erwachsene“ wurden auf Basis der ersten schriftlichen Bewertungsrunde sieben QI, beruhend auf dem Bewertungsergebnis, aus dem weiteren Bewertungsprozess herausgenommen und nicht weiter berücksichtigt. 75% der Teilnehmer haben das Kriterium „Praktikabilität“ bei diesen sieben QI negativ bewertet: AE19, AE14, AE12, AE11, AE10, AE09 und AE07. 18 QI wurden für die Diskussion während der Webkonferenz und für die zweite schriftliche Bewertungsrunde herangezogen.

6.2.3.4 Aufbereitung der QI-Formulare für die Webkonferenz

Für die zweite schriftliche Bewertungsrunde im Rahmen der Webkonferenz wurden die strukturierten Bewertungsbögen um Ergebnisse und Kommentare aus der ersten schriftlichen Bewertungsrunde ergänzt, um den Teilnehmern einen Überblick über den aktuellen Stand zu

geben. Dazu wurde einerseits das vorläufige Gesamtergebnis deskriptiv als „vorläufig angenommen“ bzw. „vorläufig abgelehnt“ dargestellt. Andererseits wurden die Ergebnisse der Kriterien „Relevanz“, „Praktikabilität“ und „Risiko für Fehlsteuerung“ als Medianwert von der ersten schriftlichen Bewertungsrunde in das Bewertungsformular übertragen. Beim Kriterium „Klarheit & Verständlichkeit“ wurde die Antwortkategorien „Ja“ eingetragen bzw. wenn eine Bewertung mit „Nein“ vorlag, das Quantum je Antwortkategorie.

Alle genannten Kommentare von den Kriterien „Klarheit & Verständlichkeit“ sowie „Risiko für Fehlsteuerung“ wurden wörtlich übernommen.

Die Anmerkungen oder Änderungsvorschläge der Stakeholder zu den Qualitätsindikatoren wurden unter der Kategorie „Allgemeine Anmerkungen“ gelistet.

6.2.3.5 Webkonferenz

Die Webkonferenz zum QI-Set der Indikation „Adipositas“ fand am 20. November 2019 statt.

Für die Teilnahme an der Webkonferenz zur Diskussion und Bewertung der QI für Adipositas für die Zielgruppen „Kinder und Jugendliche“ langten insgesamt sieben Zusagen ein. Diese gliederten sich in fünf Zusagen von Allgemeinmediziner*innen, eines Facharztes für Kinder- und Jugendheilkunde und eine Zusage eines Vertreters eines Stakeholders.

Für die Zielgruppe „Erwachsene“ sagten insgesamt sechs Personen, davon fünf Allgemeinmediziner*innen und ein Stakeholder, zu.

Den Personen, die für die Teilnahme an der Webkonferenz zugesagt hatten, wurden per E-Mail folgende Unterlagen übermittelt:

- 18 Qualitätsindikatoren für die Indikation Adipositas bei Erwachsenen inkl. Ergebnissen und Kommentaren aus der ersten Bewertungsrunde
- 18 Qualitätsindikatoren für die Indikation Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen inkl. Ergebnissen und Kommentaren aus der ersten Bewertungsrunde
- Vorlagen zur neuerlichen Bewertung während der Webkonferenz
- Link zum Einwählen

An der Webkonferenz nahmen insgesamt zwei Personen teil und diese wurde von der Arbeitsgruppe QI moderiert. Drei Personen übermittelten kurzfristig eine Absage und von einer weiteren Person blieb eine Rückmeldung ausständig.

Ziel der Webkonferenz war die Diskussion der Ergebnisse der ersten Bewertungsrunde sowie der Kommentare des Expertengremiums bestehend aus den Anwendern und den Vertretern der Stakeholder. Auf Basis der Kommentare zu den Kategorien „Klarheit & Verständlichkeit“ sowie „Risiko für Fehlsteuerung“ war es zudem möglich, im Rahmen der Webkonferenz Änderungen an den Formulierungen der QI vorzunehmen. Weitere Punkte, wie Datenquellen (Zusatzdokumentation, Aufwand, Routinedokumentation), mögliche Erhebungszeiträume und Überlegungen zur Umsetzbarkeit, wurden erörtert.

Jeder Qualitätsindikator wurde detailliert diskutiert, gegebenenfalls umgeändert oder ergänzt und seitens der teilnehmenden Ärzte erneut juriert. Das Kriterium „Klarheit & Verständlichkeit“ lag nicht mehr zur Bewertung auf, da die Deskription und Formulierung des Indikators, falls

dies erforderlich war, während der Webkonferenz geändert werden konnten. Die abschließende Bewertung jedes Indikators erfolgte jeweils unmittelbar nach der Diskussion.

Die ausgefüllten Bewertungsformulare wurden nach der Webkonferenz der Arbeitsgruppe QI per E-Mail übermittelt.

6.2.3.6 Ergebnis der zweiten schriftlichen Bewertungsrunde

In der zweiten schriftlichen Bewertungsrunde wurde die Auswertung der Teilnehmerbewertungen, wann Kriterien als "vom Panel positiv bewertet" bzw. wie das resultierende Gesamtergebnis "angenommen" zustande kommt, analog zur ersten schriftlichen Bewertungsrunde durchgeführt.

Von den 18 Qualitätsindikatoren für die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ wurde nach der zweiten schriftlichen Bewertungsrunde kein Indikator in das endgültige Indikatorenset aufgenommen. In der folgenden Tabelle 11 werden die QI, die in der Webkonferenz diskutiert und ein zweites Mal bewertet wurden, angeführt.

Tabelle 11 QI Kinder & Jugendliche - Adipositas

KINDER UND JUGENDLICHE				
Indikator	Anteil der Teilnehmer mit positiver Bewertung			End-/Gesamtergebnis
	„Relevanz“	(kein) „Risiko für Fehlsteuerung“	„Praktikabilität“	
AKJ01	0%	100%	0%	abgelehnt
AKJ02	0%	50%	0%	abgelehnt
AKJ03	0%	50%	0%	abgelehnt
AKJ04	50%	100%	0%	abgelehnt
AKJ05	0%	50%	0%	abgelehnt
AKJ06	50%	50%	0%	abgelehnt
AKJ07	50%	100%	0%	abgelehnt
AKJ08	100%	100%	0%	abgelehnt
AKJ09	100%	100%	50%	abgelehnt
AKJ10	100%	100%	0%	abgelehnt
AKJ11	0%	50%	0%	abgelehnt
AKJ12	0%	100%	0%	abgelehnt
AKJ13	50%	50%	50%	abgelehnt
AKJ14	50%	50%	0%	abgelehnt
AKJ16	0%	50%	0%	abgelehnt
AKJ17	0%	0%	0%	abgelehnt
AKJ18	0%	50%	0%	abgelehnt
AKJ19	0%	50%	0%	abgelehnt

Ergänzungen, Informationen oder Anmerkungen, die für die Erfassung bzw. Erhebung des Qualitätsindikators essentiell waren, wurden im Feld „Anmerkungen“ eingetragen.

Die drei „hellgrün“ markierten Qualitätsindikatoren wurden aufgrund der geringen Prozentzahl bei der „Praktikabilität“ derzeit nicht angenommen. Sollte sich in Zukunft eine Änderung bei

der Dokumentation ergeben, so ist eine Annahme dieser Qualitätsindikatoren nicht ausgeschlossen.

Erwachsene

Von den 18 Indikatoren für die Zielgruppe „Erwachsene“, die zur Bewertung in der zweiten schriftlichen Bewertungsrunde standen, wurde ein Indikator positiv bewertet und somit angenommen. Dies war der Indikator „AE01: Risikoabschätzung“, der in der Tabelle „dunkelgrün“ hinterlegt ist. Tabelle 12 stellt eine Übersicht der angenommenen und abgelehnten Indikatoren nach der zweiten schriftlichen Bewertungsrunde dar.

Tabelle 12 QI Erwachsene - Adipositas

ERWACHSENE				
Indikator	Anteil der Teilnehmer mit positiver Bewertung			End-/Gesamtergebnis
	„Relevanz“	(kein) „Risiko für Fehlsteuerung“	„Praktikabilität“	
AE01	100%	100%	100%	angenommen
AE02	0%	0%	0%	abgelehnt
AE03	0%	50%	0%	abgelehnt
AE04	50%	100%	0%	abgelehnt
AE05	0%	0%	0%	abgelehnt
AE06	100%	0%	0%	abgelehnt
AE08	0%	0%	0%	abgelehnt
AE09	50%	50%	25%	abgelehnt
AE10	75%	50%	25%	abgelehnt
AE13	50%	50%	50%	abgelehnt
AE15	0%	50%	0%	abgelehnt
AE16	0%	50%	0%	abgelehnt
AE17	0%	50%	0%	abgelehnt
AE18	0%	50%	50%	abgelehnt
AE20	0%	50%	0%	abgelehnt
AE21	50%	50%	0%	abgelehnt
AE22	100%	50%	0%	abgelehnt
AE23	0%	100%	0%	abgelehnt
AE24	50%	50%	0%	abgelehnt
AE25	0%	50%	0%	abgelehnt

Ergänzungen, Informationen oder Anmerkungen, die für die Erfassung bzw. Erhebung des Qualitätsindikators essentiell waren, wurden im Feld „Anmerkungen“ eingetragen. Im Anhang 11 sind alle Kommentar zu den QI Erwachsene und im Anhang 12 alle Kommentare zu den QI Kinder und Jugendliche.

Nachfolgend werden jene Indikatoren angeführt, bei welchen die Formulierung im Bereich Zähler oder Nenner, basierend auf den Erörterungen bei der Webkonferenz, geändert wurde. Die neue Textierung ist „fett“ im Text eingefügt und die vorangegangene Textierung wurde durchgestrichen.

KINDER UND JUGENDLICHE

Indikator Nr. AKJ13: Ernährung

Beschreibung Im Falle einer gewichtsreduzierenden Ernährung (Stufe 3 bzw. Stufe 4 der Lebensstilinterventionen) ist eine Gewichtsreduktion von 0,5-1 kg pro Woche ein angemessenes Therapieziel.

Benötigte Daten Zähler: Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas und einer gewichtsreduzierenden Therapie, bei denen eine ~~kontinuierliche moderate Gewichtsreduktion im Ausmaß von 0,5–1kg pro Woche erreicht wurde~~ **altersgemäße Gewichtsentwicklung erreicht wurde**
Nenner: Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas und einer gewichtsreduzierenden Therapie

ERWACHSENE

Indikator Nr. AE06: Lebensstilinterventionen – Gewichtsverlust

Beschreibung Therapieziel ist ein Gewichtsverlust von 5-10 % des Ausgangsgewichts in 6 Monaten.

Benötigte Daten Zähler: ~~Alle erwachsenen Personen mit Adipositas/Übergewicht, bei denen eine gewichtsreduzierende Therapie begonnen wurde, die in den ersten 6 Monaten 5-10% des Ausgangsgewichts abgenommen haben~~ **Alle erwachsenen Personen mit Adipositas/Übergewicht, die eine Lebensstil-Beratung erhalten haben und ein realistisches Ziel zur Gewichtsreduktion oder -erhaltung nach 12 Monaten vereinbart haben und nach 12 Monaten die Zielvereinbarung erreicht haben**
Nenner: ~~Alle erwachsenen Personen mit Adipositas/Übergewicht, bei denen eine gewichtsreduzierende Therapie begonnen wurde~~ **Alle erwachsenen Personen mit Adipositas/Übergewicht, die eine Lebensstil-Beratung erhalten haben und ein realistisches Ziel zur Gewichtsreduktion oder -erhaltung nach 12 Monaten vereinbart haben**

6.2.4 Endgültiges Qualitätsindikatoren-Set für Adipositas

Kinder und Jugendliche

Abbildung 4 stellt den Verlauf von der Extraktion der GoR A-Empfehlung bis zum endgültigen Qualitätsindikator für die Indikation Adipositas bei der Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ dar.

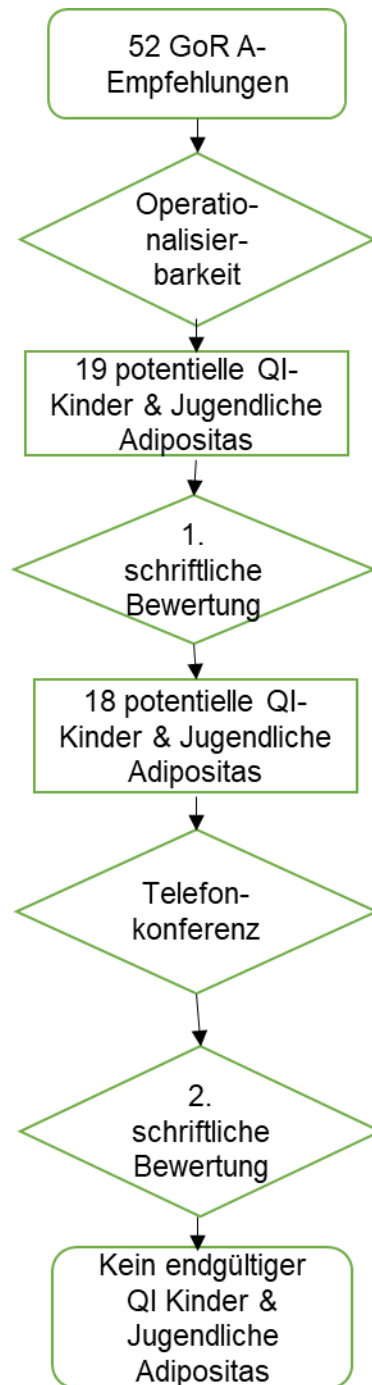


Abbildung 4 Verlaufsdarstellung: QI Kinder & Jugendliche Adipositas

Erwachsene

Abbildung 5 stellt den Verlauf von der Extraktion der GoR A-Empfehlung bis zum endgültigen Qualitätsindikator für die Indikation Adipositas bei der Zielgruppe „Erwachsene“ dar.

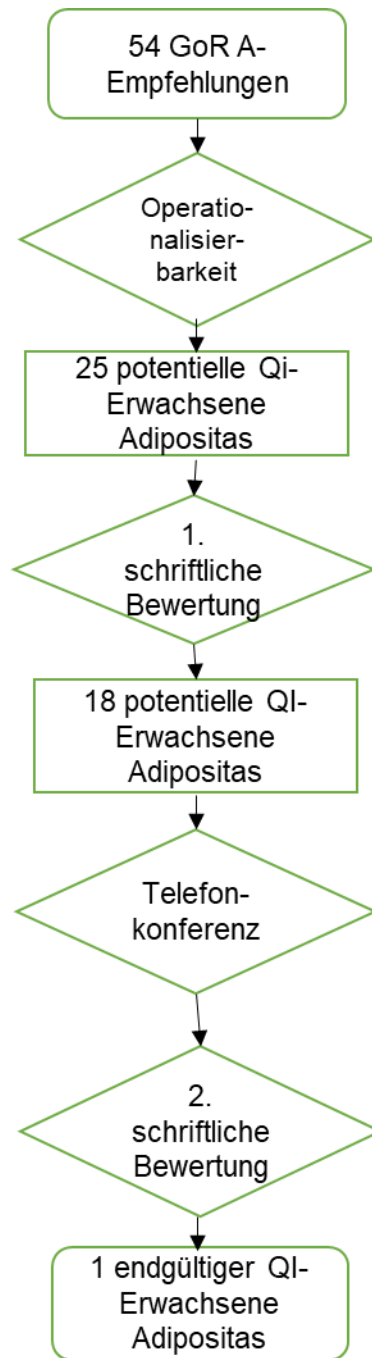


Abbildung 5 Verlaufserstellung: QI-Erwachsene-Adipositas

Nachfolgend wird der Qualitätsindikator für Adipositas bei Erwachsenen detailliert beschrieben.

Indikator Nr. AE01: Risikoabschätzung

Beschreibung Zur individuellen Risikoabschätzung sollen BMI, Hüftumfang und das Vorliegen von Begleiterkrankungen und weitere Risikofaktoren herangezogen werden.

Benötigte Daten Zähler: Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas (ICD-10: E66.-; ICPC-2: T82, T83) , bei denen eine individuelle Risikoabschätzung erfolgte

Nenner: Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas (ICD-10: E66.-; ICPC-2: T82, T83)

Begründung LL-Empfehlung

Waist circumference is not recommended as a routine measure. Use it to give additional information on the risk of developing other long-term health problems.

Base assessment of the health risks associated with being overweight or obese in adults on BMI and waist circumference as follows:

BMI classification	Waist circumference		
	Low	High	Very high
Overweight	No increased risk	Increased risk	High risk
Obesity I	Increased risk	High risk	Very high risk

For men, waist circumference of less than 94 cm is low, 94–102 cm is high and more than 102 cm is very high
For women, waist circumference of less than 80 cm is low, 80–88 cm is high and more than 88 cm is very high

Make an initial assessment, then use clinical judgement to investigate comorbidities and other factors to an appropriate level of detail, depending on the person, the timing of the assessment, the degree of overweight or obesity, and the results of previous assessments.

Be aware that people from certain ethnic and socioeconomic backgrounds may be at greater risk of obesity, and may have different beliefs about what is a healthy weight and different attitudes towards weight management.

Take measurements to determine degree of overweight or obesity and discuss the implications of the person's weight. Then, assess:

- any presenting symptoms
- any underlying causes of being overweight or obese
- eating behaviours
- any comorbidities (for example type 2 diabetes, hypertension, cardiovascular disease, osteoarthritis, dyslipidaemia and sleep apnoea)
- any risk factors assessed using lipid profile (preferably done when fasting), blood pressure measurement and HbA1c measurement
- the person's lifestyle (diet and physical activity)
- any psychosocial distress
- any environmental, social and family factors, including family history of overweight and obesity and comorbidities
- the person's willingness and motivation to change lifestyle
- the potential of weight loss to improve health
- any psychological problems
- any medical problems and medication
- the role of family and care workers in supporting people with learning disabilities to make lifestyle changes.

When choosing treatments, take into account:

- the person's level of risk, based on BMI and, where appropriate, waist circumference
- * any comorbidities.

Identify people eligible for referral to lifestyle weight management services by measuring their body mass index (BMI). Also measure waist circumference for those with a BMI less than 35 kg/m². Consider any other locally agreed risk factors.

Clinicians should consider waist circumference measurement to estimate disease risk for patients who have normal or overweight BMI scores.

Clinicians need to carefully consider BMI and its associated mortality risk across different ethnicity, sex and age groups

Voraussetzung

Die Messung von Gewicht, Körpergröße und Hüftumfang hat mittels kalibrierter Messinstrumente bzw. standardisierten Verfahren zu erfolgen.

Eine einheitliche und standardisierte Codierung und Dokumentation der Vitalwerte sowie Begleiterkrankungen und Risikofaktoren (z.B. durch Anlegen einer Pseudoziffer in der Praxissoftware) sind wesentlich.

Anmerkungen

BMI

- BMI ≥ 30 kg/m²: erhöhtes Mortalitäts- und kardiovaskuläres Risiko
- BMI ≥ 25 bis < 30 kg/m²: erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen
- BMI ≥ 25 kg/m²: erhöhtes Diabetesrisiko

Vorliegen von übergewichts- bzw. adipositasassoziierten

Begleiterkrankungen oder weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren:
z.B.

- Diabetes mellitus Typ 2
- Arterielle Hypertonie
- Dyslipidämie
- Manifeste kardiovaskuläre Erkrankungen
- Arthrose
- Obstruktives-Schlafapnoe-Syndrom

	Hüftumfang		
	F: < 80 cm M: < 94 cm	F: 80-88 cm M: 94-102 cm	F: > 88 cm M: > 102 cm
Übergewicht (25 ≤ BMI < 30 kg/m ²)	Kein erhöhtes Risiko	Erhöhtes Risiko	Hohes Risiko
Adipositas I (30 ≤ BMI < 35 kg/m ²)	Erhöhtes Risiko	Hohes Risiko	Sehr hohes Risiko
Adipositas II, III (BMI ≥ 35 kg/m ²)	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko
F: Frauen; M: Männer			

Hüftumfang zur weiteren Einschätzung des Gesundheitsrisikos:

Erfassung: Routinedokumentation (ICD-10: E66.-; ICPC-2: T82, T83) und Zusatzdokumentation
Box 2: Risikoabschätzung

Indikatortyp

Prozessindikator

Literatur

LL 02, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2014b
National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189>.
Stegenga H, Haines A, Jones K, Wilding J. Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. *Bmj* 2014; 349: g6608.

LL 04, NICE 2014a
National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Weight management: lifestyle services for overweight or obese adults (PH53) [online]. May 2014 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph53>

LL 22, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) 2013b
Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and management of obesity for adults. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=46240>.

Evidenz

Maffeis C, Pietrobelli A, Grezzani A, Provera S, Tatò L. Waist Circumference and Cardiovascular Risk Factors in Prepubertal Children. *Obesity Research* 2001; 9(3): 179-187.
doi:10.1038/oby.2001.19.3+

National Health & Medical Research Council. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults. 2003. t

Dasgupta S, Hazra SC. The utility of waist circumference in assessment of obesity. *Indian Journal of Public Health* 1999; 43(4):132-135.

Gill T, Chittleborough C, Taylor A, Ruffin R, Wilson D, Phillips P. Body mass index, waist hip ratio, and waist circumference: Which measure to classify obesity? *Sozial- und Praventivmedizin* 2003; 48(3):191-198.

Goodman-Gruen D, Barrett-Connor E. Sex differences in measures of body fat and body distribution in the elderly. *Am J Epidemiol* 1996; 143(9):898-906.

Han TS, Seidell JC, Currall JE, Morrison CE, Deurenberg P, Lean ME. The influences of height and age on waist circumference as an index of adiposity in adults. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997; 21(1):83-89.

Reilly JJ, Dorosty AR, Emmett PM. Identification of the obese child: adequacy of the body mass index for clinical practice and epidemiology. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24(12):1623-1627.

Lean ME, Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *British Medical Journal* 1995; 311(6998):158-161.

Molarius A, Seidell JC, Sans S, Tuomilehto J, Kuulasmaa K. Varying sensitivity of waist action levels to identify subjects with overweight or obesity in 19 populations of The WHO MONICA Project. *Journal of Clinical Epidemiology* 1999; 52(12):1213-1224.

Molarius A, Seidell JC, Sans S, Tuomilehto J, Kuulasmaa K. Waist and hip circumferences, and waist-hip ratio in 19 populations of the WHO MONICA Project. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23(2):116-125.

Molarius A, Seidell JC, Visscher TL, Hofman A. Misclassification of high-risk older subjects using waist action levels established for young and middle-aged adults--results from the Rotterdam Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2000; 48(12):1638-1645.

Sonmez K, Akcakoyun M, Akcay A, Demir D, Duran NE, Gencbay M et al. Which method should be used to determine the obesity, in patients with coronary artery disease? (body mass index, waist circumference or waist-hip ratio). *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27(3):341-346.

Taylor RW, Keil D, Gold EJ, Williams SM, Goulding A. Body mass index, waist girth, and waist-to-hip ratio as indexes of total and regional adiposity in women: Evaluation using receiver operating characteristic curves. *AM J CLIN NUTR* 1998; 67(1):44-49.

Logue E, Smucker WD, Bourguet CC. Identification of obesity: waistlines or weight? Nutrition, Exercise, and Obesity Research Group. *Journal of Family Practice* 1995; 41(4):357-363.

Seidell JC, Kahn HS, Williamson DF, Lissner L, Valdez R. Report from a Centers for Disease Control and Prevention Workshop on use of adult anthropometry for public health and primary health care. *Am J Clin Nutr* 2001; 73(1):123-126.

Agency for Healthcare Research and Quality and National Guideline Clearinghouse (NGC) Guideline Synthesis. Overweight and obesity in children and adolescents: assessment, prevention, and management, 2005, [online]. Available at: www.guidance.gov

Seidell JC, Kahn HS, Williamson DF, Lissner L, Valdez R. Report from a Centers for Disease Control and Prevention Workshop on use of adult anthropometry for public health and primary health care. *Am J Clin Nutr* 2001; 73(1):123-126.

Bhopal R, Unwin N, White M, Yallop J, Walker L, Alberti KG et al. Heterogeneity of coronary heart disease risk factors in Indian, Pakistani, Bangladeshi, and European origin populations: cross sectional study. *BMJ* 1999; 319(7204):215-220.

Bhopal R, Hayes L, White M, Unwin N, Harland J, Ayis S et al. Ethnic and socio-economic inequalities in coronary heart disease, diabetes and risk factors in Europeans and South Asians. *J Public Health Med* 2002; 24(2):95-105.

Fischbacher CM, Bhopal R, Blackwell CC, Ingram R, Unwin NC, White M et al. IgG is higher in South Asians than Europeans: does infection contribute to ethnic variation in cardiovascular disease? *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2003; 23(4):703-704.

Hayes L, White M, Unwin N, Bhopal R, Fischbacher C, Harland J et al. Patterns of physical activity and relationship with risk markers for cardiovascular disease and diabetes in Indian, Pakistani, Bangladeshi and European adults in a UK population. *J Public Health Med* 2002; 24(3):170-178.

Pollard TM, Carlin LE, Bhopal R, Unwin N, White M, Fischbacher C. Social networks and coronary heart disease risk factors in South Asians and Europeans in the UK. *Ethn Health* 2003; 8(3):263-275.

Tavridou A, Unwin N, Bhopal R, Laker MF. Predictors of lipoprotein(a) levels in a European and South Asian population in the Newcastle Heart Project. *Eur J Clin Invest* 2003; 33(8):686-692.

Jeffery AN. Parent's awareness of overweight in themselves and their children: cross-sectional study within a cohort (Earlybird 21). *BMJ* 2005;330:23-4.

Wardle J. The fat of the land – links between obesity and cancer. In: *Cancer Research UK Scientific Yearbook 2004/5*. London: Cancer Research UK, 2005.

Food Standards Agency. Consumer attitudes survey. London: Food Standards Agency, 2003.

Henderson L, Gregory J, Swan G. National diet and nutrition survey: adults aged 19–64 years. volume 1: types and quantities of foods consumed. London: The Stationery Office, 2002.

Hillsdon M, Cavill N, Nanchahal K et al. National level promotion of physical activity: results from England's ACTIVE for LIFE campaign. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001;55:755–61.

Department of Health. 'Choosing health': making healthy choices easier. London: The Stationery Office, 2004.

World Health Organization. Ottawa Charter for health promotion, [online]. Available from: <http://who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html> .

Department of Health. The NHS improvement plan: putting people at the heart of public services, [online]. Available from: www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4084476&chk=i6LSYm

National Audit Office. Tackling obesity in England. London: The Stationery Office, 2001.

Counterweight Project Team., Laws R. Current approaches to obesity management in UK primary care: the Counterweight Programme. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2004;17:183–90.

General Practitioners Committee and the NHS Confederation. Investing in general practice new general medical services contract. London: British Medical Association, 2003.

Graham H, Kelly M. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. Briefing paper. London: Health Development Agency, 2004.

Department of Health. Health survey for England – trends. London: Department of Health, 2005.

Wanless D. Securing good health for the whole population. London: The Stationery Office, 2004.

Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health Report, [online]. Available from: www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/chair.htm .

Melville CA, Hamilton S, Hankey CR, Miller S, Boyle S. The prevalence and determinants of obesity in adults with intellectual disabilities. *Obesity Reviews : an Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2007; 8(3):223-230

Public Health England. Obesity and disability - adults. London. Public Health England, 2013. Available from: http://www.noo.org.uk/uploads/doc/vid_18474_obesity_dis.pdf

Christensen P, Bliddal H, Riecke BF, Leeds AR, Astrup A, Christensen R. Blood pressure and lipids improvement after very low energy diet (VLED) or low energy diet (LED) in obese patients with knee osteoarthritis: A randomised controlled trial. *Atherosclerosis*. 2009; 207(1):309

Christensen P, Bliddal H, Riecke BF, Leeds AR, Astrup A, Christensen R. Comparison of a low-energy diet and a very low-energy diet in sedentary obese individuals: A pragmatic randomized controlled trial. *Clinical Obesity*. 2011; 1(1):31-40

Riecke BF, Christensen R, Christensen P, Leeds AR, Boesen M, Lohmander LS et al. Comparing two low-energy diets for the treatment of knee osteoarthritis symptoms in obese patients: a pragmatic randomized clinical trial. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2010; 18(6):746-754

Wadden TA, Foster GD, Letizia KA. One-year behavioral treatment of obesity: comparison of moderate and severe caloric restriction and the effects of weight maintenance therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1994; 62(1):165-171

Wadden TA, Mason G, Foster GD, Stunkard AJ, Prange AJ. Effects of a very low calorie diet on weight, thyroid hormones and mood. International Journal of Obesity. 1990; 14(3):249-258

Wing RR, Marcus MD, Blair EH, Burton LR. Psychological responses of obese type II diabetic subjects to very-low-calorie diet. Diabetes Care. 1991; 14(7):596-599

LeBlanc E, O'Connor E, Whitlock EP, Patnode C, Kapka T. Screening for and management of obesity and overweight in adults. 2011.

Detection NCEPEPo, Adults ToHBCi. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III): International Medical Pub; 2002.

LeBlanc E, O'Connor E, Whitlock EP, Patnode C, Kapka T. Screening for and management of obesity and overweight in adults. 2011.

Zielstellung	Möglichst alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas, erhalten eine individuelle Risikoabschätzung, die die Erfassung von BMI, Hüftumfang, Begleiterkrankungen und weiterer Risikofaktoren inkludiert.
Einbezogene Fachgruppen	Allgemeinmediziner

6.3 Depression

Als Basis für die Erstellung von Qualitätsindikatoren für die Indikation „Depression“ wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber die aktuell verfügbare S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ [19] ausgewählt.

Die neuen Gebietskrankenkassen wurden per 1. Jänner 2020 zur Österreichischen Gesundheitskasse vereint und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung wurde in den Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger umstrukturiert. Aufgrund dieser Umstrukturierungen in der österreichischen Sozialversicherung und damit verbundenen Budgetkürzungen kann die Pilotierung der für Österreich konzipierten Methode anhand der Indikationen „Depression“ und „unspezifischer Rückenschmerz“ nicht weiter fortgeführt werden und das Projekt wurde im Februar 2020 eingestellt.

7 INDIKATOREN, aus dem vorläufigen primären QI-Indikatoren-Set, die mittels ROUTINEDATEN der SV auswertbar sind

In der Methode zur Entwicklung von leitlinienbasierten QI-Indikatoren für Österreich ist festgelegt, dass eine Bewertung der Indikatoren anhand der prädefinierten Kriterien letztlich durch Vertreter der in der jeweiligen Leitlinie benannten Anwender-Zielgruppe/n erfolgt. Gleichwohl fließen hier auch alle Beiträge und Anmerkungen der Stakeholder mit ein, für die in diesem zweistufigen Verfahren die Möglichkeit vorgesehen ist, Kommentare abzugeben und bei der Webkonferenz mitzudiskutieren. Auf diese Weise werden ausgehend von einem primären Indikatoren-Set schließlich die für das finale Indikatoren-Set relevanten QI festgelegt.

Da nicht auszuschließen ist, dass dadurch Indikatoren wegfallen können, die von den Anwendern im extramuralen Bereich als ungeeignet bewertet wurden, die in Bezug auf den Einsatz von Routinedaten aber dennoch als praktikabel erscheinen, wurde parallel zur vorliegenden Methodik mit dem Auftraggeber eine „informelle“ Bewertung des primären QI-Indikatoren-Sets vorgenommen. Damit haben die Stakeholder ebenso die Möglichkeit, für sie relevante Qualitätsindikatoren zu identifizieren.

Die nachfolgend angeführten neun Qualitätsindikatoren wurden bei dieser „informellen“ Schiene in einer Sitzung mit den Vertretern des Auftraggebers (HVB: Schuppenlehner) und der Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (NÖGKK) (Leistungscontrolling (LEICON): Fuchs / Robausch) aus dem primären Indikatoren-Set COPD der Medizinischen Universität Graz identifiziert, die derzeit mit den Routinedaten der SV (LEICON) auswertbar sind.

Indikator Nr. C08: Empfehlung für pneumologische Rehabilitation

Beschreibung Grundsätzlich wird für alle Patienten mit COPD ein supervidiertes (unter Anleitung eines Trainers/Therapeuten) pneumologisches Rehabilitationsprogramm empfohlen. Ziel ist dabei die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Verminderung der Atemnot, Verbesserung des Gesundheitszustandes und Wohlbefindens sowie die Reduktion des Exazerbationsrisikos.

Benötigte Daten Zähler: Alle Patienten mit COPD (ICD-10: J44.-; ICPC-2: R95), die an einem pneumologischen Rehabilitationsprogramm teilgenommen haben
Nenner: Alle Patienten mit COPD (ICD-10: J44.-; ICPC-2: R95)

Begründung LL-Empfehlung

- A supervised pulmonary rehabilitation programme is recommended for patients with COPD.
- Pulmonary rehabilitation should be offered to patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with a view to improving exercise capacity by a clinically important amount.
- The guideline panel recommends people with stable chronic obstructive pulmonary disease (COPD) should undergo pulmonary rehabilitation.
- Pulmonary rehabilitation should be offered to patients with COPD with a view to improving dyspnoea and health status by a clinically important amount.

- Pulmonary rehabilitation should be offered to patients with COPD with a view to improving psychological wellbeing.
- Pulmonale Rehabilitation verbessert die Symptome und Lebensqualität sowie die körperliche und emotionale Teilnahme an Alltagsaktivitäten.
- The guideline panel recommends people with moderate-to-severe COPD (stable or following discharge from hospital for an exacerbation of COPD) should undergo pulmonary rehabilitation to decrease hospitalisations for exacerbations
- Bei stabilen Patienten bewirkt die pulmonale Rehabilitation eine Verbesserung von Atemnot, Gesundheitszustand und Belastungstoleranz

Voraussetzung Eine einheitliche Codierung und Dokumentation der COPD und Erfassung der Vertragspartnernummer der Rehabilitationsanstalt

Anmerkungen *Erfassung:* Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), Zusatzdokumentation (Antrag für die pneumologische Rehabilitation)
Box 15: Pneumologische Rehabilitation
Datenerhebung: Verknüpfung mit dem Fachgebiet „80“ oder „85“ inkl. Vertragspartnernummer der jeweiligen Rehabilitation

Indikatortyp Prozessindikator

Literatur Bolton CE, Bevan-Smith EF, Blakey JD, et al. British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults. Thorax. 2013 Sep; 68 Suppl 2: ii1-30

Alison JA, McKeough ZJ, Johnston K, et al. Australian and New Zealand Pulmonary Rehabilitation Guidelines. Respirology (Carlton, Vic). 2017 Mar 24:

The Thoracic Society of Australia and New Zealand, Lung Foundation Australia. The Australia and New Zealand Pulmonary Rehabilitation Guidelines. 02.2017 [cited 04.04.2017]; Available from: <http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2017/03/LFATSANZ-PulmonaryRehabGuidelines-Feb2017-final-edit.pdf>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. [cited 26.06.2017]; Available from: <http://goldcopd.org/download/326/>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: <http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf>

Zielstellung Alle Patienten ab dem 18. Lebensjahr mit dokumentierter COPD, die an einem Rehabilitationsprogramm teilgenommen haben.

Einbezogene Fachgruppen Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Lungenkrankheit, Fachärzte für Innere Medizin

Referenzwert $\geq 90\%$ (<10% Toleranz)

Indikator Nr. C09: Kontrolltermin Langzeitsauerstofftherapie

Beschreibung	Patienten mit COPD und einer verordneten Langzeitsauerstofftherapie sollen das erste Mal nach 3 Monaten und in weiterer Folge alle 6 – 12 Monate für eine Kontrolluntersuchung (Blutgasanalyse, Sauerstoff-Flussrate) zu einem Facharzt für Pneumologie oder pulmologischen Ambulanz überwiesen werden.
Benötigte Daten	<u>Zähler:</u> Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) u. Langzeitsauerstofftherapie, die zumindest einmal in den letzten 12 Monaten zu einer Kontrolluntersuchung zu einem Facharzt für Pneumologie bzw. zu einer pulmologischen Ambulanz überwiesen wurden (rezenter Befund oder Überweisung) <u>Nenner:</u> Patienten mit COPD u. Langzeitsauerstofftherapie (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-)
Begründung	LL-Empfehlung: LTOT patients should receive follow-up at 3 months after LTOT has been ordered, which should include assessment of blood gases and flow rate to ensure LTOT is still indicated and therapeutic. LTOT patients should receive follow-up visits at 6– 12 months after their initial 3-month follow-up, which can be either home based or in combination with hospital visits.
Voraussetzung	Eine einheitliche Codierung und Dokumentation der COPD und Überweisung zur Fachgruppe „10“ oder „85“ inkl. Vertragspartnernummer und Vermerk einer Bewilligung für die Langzeitsauerstofftherapie
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), Zusatzdokumentation (Befund, Überweisung und ärztliche Verordnung f. Langzeitsauerstofftherapie) <i>Intervall der Erfassung:</i> 1x in 12 Monaten <i>Box 14:</i> Stabile COPD: Sauerstofftherapie
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	Hardinge M, Suntharalingam J, Wilkinson T. Guideline update: The British Thoracic Society Guidelines on home oxygen use in adults. Thorax. 2015 Jun; 70 (6): 589-91 Hardinge M, Annandale J, Bourne S, et al. British Thoracic Society guidelines for home oxygen use in adults. Thorax. 2015 Jun; 70 Suppl 1: i1-43
Zielstellung	Alle Patienten ab dem 18. Lebensjahr mit dokumentierter COPD, die 1x Jährlich zum Facharzt für Lungenheilkunde oder pulmologischen Ambulanz überwiesen wurden und die eine Langzeitsauerstofftherapie erhalten.
Einbezogene Fachgruppen	Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Lungenkrankheit
Referenzwert	≥85% (<15% Toleranz)

Indikator Nr. C12: Langfristige Monotherapie mit Corticosteroiden

Beschreibung	Eine langfristige Monotherapie mit ICS und oralen Corticosteroiden wird nicht empfohlen.
Benötigte Daten	<u>Zähler</u> : Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), welchen eine langfristige Monotherapie mit ICS (z.B. ATC R03BA02) oder eine langfristige Therapie mit oralen Corticosteroiden verschrieben wurden <u>Nenner</u> : Alle Patienten mit COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-)
Begründung	LL-Empfehlung <ul style="list-style-type: none">• Eine langfristige Monotherapie mit ICS wird nicht empfohlen.• Eine regelmäßige Behandlung mit ICS erhöht das Risiko einer Pneumonie, vor allem bei Patienten mit schwerer Erkrankung.• We recommend against offering an inhaled corticosteroid (ICS) in symptomatic patients with confirmed, stable COPD as a first-line monotherapy.• Eine langfristige Therapie mit oralen Corticosteroiden wird nicht empfohlen.• Eine langfristige Anwendung von oralen Glucocorticoiden geht mit zahlreichen Nebenwirkungen einher, während es keine Evidenz für einen Nutzen gibt.
Voraussetzung	Eine einheitliche Codierung und Dokumentation der COPD
Anmerkungen	<i>Erfassung</i> : Routinedokumentation (ICPC2-R95; ICD-10: J.44.-), e-medikation (Heilmittel z.B. R03BA02) <i>Box 13a</i> : Stabile COPD: Medikamentöse Therapien – inhalative Substanzen <i>Box 10</i> – Akute Exazerbation: Medikamentöse Therapien <i>„langfristig“</i> : länger als 2 Wochen
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 12.2014 [cited 28.03.2017]; Available from: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPDCPG2014.pdf Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 01.2016 [cited 05.04.2017]; Available from: https://www.icsi.org/asset/yw83gh/COPD.pdf Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/download/326/ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf
Zielstellung	Alle Patienten ab dem 18. Lebensjahr mit dokumentierter COPD, denen eine langfristige Monotherapie mit ICS und oralen Corticosteroiden verordnet wurde

Einbezogene Fachgruppen	Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Lungenkrankheit, Fachärzte für Innere Medizin
Referenzwert	≥95% (<5% Toleranz)

Indikator Nr. C22: Akute Exazerbation: Reha nach stat. Aufenthalt

Beschreibung	Patienten mit COPD, die nach einer akuten Exazerbation aus dem stationären Bereich entlassen werden, sollen innerhalb von 4 Wochen an einem pneumologischen Rehabilitationsprogramm teilnehmen, um das Exazerbationsrisiko zu reduzieren
Benötigte Daten	<p><u>Zähler:</u> COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.1-J44.19) nach stationärem Aufenthalt wegen Exazerbation, die innerhalb von 4 Wochen ein pneumologisches Rehabilitationsprogramm begonnen haben</p> <p><u>Nenner:</u> COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) nach stationärem Aufenthalt wegen Exazerbation</p>
Begründung	<p>LL-Empfehlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • In patients with moderate, severe, or very severe COPD who have had a recent exacerbation (ie, ≤ 4 weeks), we recommend pulmonary rehabilitation to prevent acute exacerbations of COPD. • In patients who have had an exacerbation, refer to pulmonary rehabilitation as soon as acute instability has resolved. • Patients hospitalised for acute exacerbation of COPD should be offered pulmonary rehabilitation at hospital discharge to commence within 1 month of discharge. • The guideline panel recommends people with moderate-to-severe COPD (stable or following discharge from hospital for an exacerbation of COPD) should undergo pulmonary rehabilitation to decrease hospitalisations for exacerbations • We recommend offering pulmonary rehabilitation to stable patients with exercise limitation despite pharmacologic treatment and to patients who have recently been hospitalized for an acute exacerbation.
Voraussetzung	Eine einheitliche Codierung und Dokumentation der COPD und Erfassung der Fachgruppe „85“ und „80“ inkl. der Vertragspartnernummer der Rehabilitationsanstalt sowie die Entlassungsdiagnose des stationären Aufenthaltes (ICD-10: J44.1-)
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J.44.1 – J44.19), Zusatzdokumentation (Antrag auf pneumologische Rehabilitation)</p> <p><i>Box 11</i> – Akute Exazerbation: Management nach Krankenhausentlassung</p>
Indikatorotyp	Prozessindikator
Literatur	Criner GJ, Bourbeau J, Diekemper RL, et al. Prevention of acute exacerbations of COPD: American College of Chest Physicians and

Canadian Thoracic Society Guideline. Chest. 2015 Apr; 147 (4): 894-942

Criner GJ, Bourbeau J, Diekemper RL, et al. Executive summary: prevention of acute exacerbation of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline. Chest. 2015 Apr; 147 (4): 883-93

Bolton CE, Bevan-Smith EF, Blakey JD, et al. British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults. Thorax. 2013 Sep; 68 Suppl 2: ii1-30

Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 12.2014 [cited 28.03.2017]; Available from: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPDCP_G2014.pdf

Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 01.2016 [cited 05.04.2017]; Available from: https://www.icsi.org/_asset/yw83qh/COPD.pdf

Alison JA, McKeough ZJ, Johnston K, et al. Australian and New Zealand Pulmonary Rehabilitation Guidelines. Respirology (Carlton, Vic). 2017 Mar 24:

The Thoracic Society of Australia and New Zealand, Lung Foundation Australia. The Australia and New Zealand Pulmonary Rehabilitation Guidelines. 02.2017 [cited 04.04.2017]; Available from: <http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2017/03/LFATSANZ-PulmonaryRehabGuidelines-Feb2017-final-edit.pdf>

Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: <http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf>

Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf

Zielstellung	Alle Patienten ab dem 18. Lebensjahr mit dokumentierter COPD und Entlassungsdiagnose (ICD-10: J44.1- J44.19) nehmen innerhalb von vier Wochen an einem pneumologischen Rehabilitationsprogramm teil.
Einbezogene Fachgruppen	Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Lungenkrankheit, Facharzt für Inner Medizin
Referenzwert	≥80% (<20% Toleranz)

Indikator Nr. C23: Exazerbation: Überweisung Pneumologen nach stat. Entlassung

Beschreibung	Patienten mit COPD, die nach einer Exazerbation aus dem stationären Bereich entlassen werden, sollen im nachfolgend angeführten Zeitraum zu einem Facharzt für Pneumologie oder pulmologischer Ambulanz überwiesen werden: bei Entlassung mit Sauerstofftherapie innerhalb von 30 – 90 Tagen.
Benötigte Daten	<u>Zähler:</u> COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.1-J44.19) mit Sauerstofftherapie nach stationärem Aufenthalt wegen einer Exazerbation, die innerhalb von 90 Tagen an einen Facharzt für Pneumologie oder an eine pulmologische Ambulanz überwiesen wurden und Kontakt hatten <u>Nenner:</u> COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.1-J44.19) mit Sauerstofftherapie nach stationärem Aufenthalt wegen einer Exazerbation
Begründung	LL-Empfehlung We recommend that patients discharged home from hospitalization with acute transitional oxygen therapy are evaluated for the need for LTOT within 30-90 days after discharge.
Voraussetzung	Eine einheitliche Codierung und Dokumentation der COPD und der Entlassungsdiagnose (ICD-10: J44.1-19) des stationären Aufenthaltes und Überweisung an die Fachgruppe „10“ oder „85“.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.1-19), Zusatzdokumentation (Überweisung an die Fachgruppe „10“ oder pulmologischer Ambulanz „85“), Ausstellung von Hilfsmittel/Heilbehelfe (Antrag ad. Sozialversicherungsträger) <i>Box 11 – Akute Exazerbation: Management nach Krankenhausentlassung</i>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 2014 [cited 28.03.2017]; Available from: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPDCP_G2014.pdf
Zielstellung	Alle Patienten ab dem 18. Lebensjahr mit dokumentierter COPD, die die Entlassungsdiagnose (ICD-10: J44.1-) und eine Sauerstofftherapie haben, werden innerhalb von 90 Tagen Kontakt mit einem Facharzt für Lungenheilkunde bzw. pulmologischer Ambulanz haben.
Einbezogene Fachgruppen	Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Lungenkrankheit
Referenzwert	≥95% (<5% Toleranz)

Indikator Nr. C24: Exazerbation: PVE/Hausarztpraxen-Vorstellung nach stat. Entlassung

Beschreibung	Patienten mit COPD, die nach einer Exazerbation aus dem stationären Bereich entlassen werden, sollen innerhalb von 7 Tagen von einem Mitglied des Primärversorgungsteams oder einer Hausarztpraxis gesehen werden.
Benötigte Daten	<u>Zähler:</u> COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.1-J44.19) nach stationärem Aufenthalt wegen einer Exazerbation, die innerhalb von 7 Tagen in einer Hausarztpraxis/PVE vorstellig wurden <u>Nenner:</u> COPD-Patienten (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.1-J44.19) nach stationärem Aufenthalt wegen einer Exazerbation
Begründung	LL-Empfehlung Patients with COPD discharged from hospital should be reviewed by a member of the primary healthcare team within 7 days of discharge.
Voraussetzung	Eine einheitliche Codierung und Dokumentation der COPD und der Exazerbation (ICD-10: J44.11-19), e-Befund (codierte Diagnosen, Entlassungsdatum)
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95, ICD-10: J44.1 J44.19) <i>Box 11</i> – Akute Exazerbation: Management nach Krankenhaus-Entlassung
Indikatortyp	Strukturindikator
Literatur	Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf
Zielstellung	Alle Patienten ab dem 18. Lebensjahr mit dokumentierter COPD, die die Aufnahmediagnose (ICD-10: J44.1-19) hatten, kontaktieren innerhalb von 7 Tagen ein Mitglied eines Primärversorgungsteams oder einer Hausarztpraxis.
Einbezogene Fachgruppen	Ärzte für Allgemeinmedizin
Referenzwert	≥90% (<10% Toleranz)

Indikator Nr. C27: Exazerbation: Systemische Corticosteroide

Beschreibung	Bei Patienten mit COPD und akuten Exazerbationen werden systemische Corticosteroide nicht als Dauertherapie zur Prävention einer Hospitalisierung aufgrund weiterer akuter Exazerbationen empfohlen.
---------------------	--

Benötigte Daten	<p><u>Zähler:</u> COPD-Patienten mit Exazerbation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) und systemischer Corticosteroid-Therapie (e-medikation), die für max. 14 Tage verschrieben wurde</p> <p><u>Nenner:</u> COPD-Patienten mit Exazerbation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) und systemischer Corticosteroid-Therapie (e-medikation)</p>
Begründung	<p>LL-Empfehlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • For patients with an acute exacerbation of COPD in the outpatient or inpatient setting, we recommend that systemic corticosteroids not be given orally or intravenously for the sole purpose of preventing hospitalization due to subsequent acute exacerbations of COPD beyond the first 30 days following the initial acute exacerbation of COPD. • Eine langfristige Therapie mit oralen Corticosteroiden wird nicht empfohlen. • Eine langfristige Anwendung von oralen Glucocorticoiden geht mit zahlreichen Nebenwirkungen einher, während es keine Evidenz für einen Nutzen gibt. • Die Gabe systemischer Kortikosteroide (20-40 mg Prednisolon-Äquivalent pro Tag) ist maximal für 14 Tage vorzunehmen, denn eine längere Behandlung bringt keine zusätzlichen Vorteile. Eine aktuelle Studie weist darauf hin, dass eine Therapie über fünf Tage ausreichend ist. • For patients with an acute exacerbation of COPD in the outpatient or inpatient setting, we recommend that systemic corticosteroids not be given orally or intravenously for the sole purpose of preventing hospitalization due to subsequent acute exacerbations of COPD beyond the first 30 days following the initial acute exacerbation of COPD. • Avoid long-term (> 2 weeks) use of systemic corticosteroids.
Voraussetzung	Eine einheitliche Codierung und Dokumentation der COPD und der akuten Exazerbation (ICD-10: J44.11-19, ICPC-2: R95, - 50), e-medikation
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95, - 50; ICD-10: J44.11-J44.19), e-medikation: z.B. ATC-Code: A07EA03, H02AB07</p> <p><i>Box 10</i> – Akute Exazerbation: Medikamentöse Therapien</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Criner GJ, Bourbeau J, Diekemper RL, et al. Prevention of acute exacerbations of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline. Chest. 2015 Apr; 147 (4): 894-942</p> <p>Criner GJ, Bourbeau J, Diekemper RL, et al. Executive summary: prevention of acute exacerbation of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline. Chest. 2015 Apr; 147 (4): 883-93</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/download/326/</p>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: <http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf>

Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: <http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf>

Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM Leitlinien Nr. 11 - Husten. 2014 [cited 28.03.2017]; Available from: http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Leitlinien-Entwuerfe/053-013%20Husten/Langfassung_Leitlinie_Husten_20140323.pdf

Zielstellung	Alle Patienten ab dem 18. Lebensjahr mit dokumentierter COPD und akuten Exazerbationen, erhalten als Dauertherapie keine Corticosteroide als Präventionsmaßnahme
Einbezogene Fachgruppen	Ärzte für Allgemeinmedizin, Facharzt für Lungenheilkunde, Ambulatorium für Pneumologie
Referenzwert	≥90% (<10% Toleranz)

Indikator Nr. C32: Fachärztliche Indikationsstellung PDE4-Inhibitor (ohne GOLD-Graduierung)

Beschreibung	Bei Patienten mit schwerer bis sehr schwerer COPD und häufigen Exazerbationen trotz maximaler inhalativer Therapie und/oder chronischer Bronchitis sollte eine Überweisung zum Facharzt für Pneumologie erfolgen, um die Indikation für eine Therapie mit PDE-4-Inhibitoren zu prüfen.
Benötigte Daten	<u>Zähler:</u> COPD-Patienten (ICD-10: J44.11-19; ICPC-2: R95, R79, -67) der GOLD-Graduierung III und IV mit häufigen Exazerbationen bei bestehender maximaler inhalativer Therapie, die zur Indikationsstellung von PDE4-Inhibitoren zum Facharzt für Pneumologie und pneumologische Ambulanz überwiesen wurden <u>Nenner:</u> COPD-Patienten (ICD-10: J44.11-19; ICPC-2: R95, R79, -67) der GOLD-Graduierung III und IV mit häufigen Exazerbationen bei bestehender maximaler inhalativer Therapie
Begründung	LL-Empfehlung Bei Patienten mit chronischer Bronchitis, schwerer bis sehr schwerer COPD und anamnestisch bekannten Exazerbationen. Ein PDE4-Inhibitor verbessert die Lungenfunktion und reduziert mittelschwere und schwere Exazerbationen.

Voraussetzung	Eine einheitliche Codierung und Dokumentation der COPD und der Exazerbation (ICD-10: J44.11-19; ICPC-2: R95, R79, -67),
Anmerkungen	<p><i>Häufig:</i> ≥ 1 Exazerbation pro Jahr</p> <p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19), e-medikation - ATC-Code: R03DX07 bzw. L04AA32, Zusatzdokumentation (Überweisung an die Fachgruppe „10“ oder „85“), e-Befund (Befund v. Facharzt für Lungenheilkunde, Ambulatorium)</p> <p>Definition:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ sehr schwere COPD: FEV₁ <30% Soll ○ schwere COPD: FEV₁ 30% - 49% Soll
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. 2017 [cited http://goldcopd.org/download/326/]</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf]</p>
Zielstellung	Alle Patienten ab dem 18. Lebensjahr mit einer schweren bis sehr schweren COPD und häufigen Exazerbationen, sollen eine Überweisung zum Facharzt für Lungenheilkunde/Ambulatorium für Pneumologie erhalten, um eine Therapie mit PDE-4-Inhibitoren zu prüfen.
Einbezogene Fachgruppen	Ärzte für Allgemeinmedizin, Facharzt für Lungenheilkunde, Ambulatorium für Pneumologie
Referenzwert	≥90% (<10% Toleranz)

Indikator Nr. C33: Stabile COPD: Theophyllin (Patienten mit Theophyllin-Verordnung)

Beschreibung	Theophyllin soll nur in Ausnahmefällen (z.B. bei einem FEV ₁ < 40 %) und nur in geringer Dosis (max. 100 mg 2x täglich) zur Therapie der stabilen COPD verwendet werden.
Benötigte Daten	<p><u>Zähler:</u> Patienten mit stabiler COPD (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) mit einer Theophyllin-Therapie</p> <p><u>Nenner:</u> Patienten mit stabiler COPD (ICPC-2: R95; ICD-10:J44.-)</p>
Begründung	<p>LL-Empfehlung</p> <p>Die bronchienerweiternde Wirkung von Theophyllin bei stabiler COPD ist gering, und dies ist mit einem bescheidenen symptomatischen Nutzen verbunden.</p>
Voraussetzung	Eine einheitliche Codierung und Dokumentation der COPD (ICD-10: J44.-; ICPC-2: R95, -50), e-medikation: ATC R03DA04

Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICD-10: J44.-; ICPC-2: R95, -50), e-medikation: ATC R03DA04 „ <i>stabile COPD</i> “: Es tritt keine Verschlechterung der Erkrankung ein (Patienten der Stufe III oder IV) Der individuelle FEV ₁ -Sollwert kann anhand von Alter, Geschlecht und Größe berechnet werden.
Indikatortyp	Prozessindikator Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. 2017 [cited http://goldcopd.org/download/326/]
Literatur	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/copd/diagnose/index.html
Zielstellung	Alle Patienten ab dem 18. Lebensjahr mit dokumentierter stabiler COPD, die die Diagnose (ICD-10: J44.1; ICPC-2: R95) haben, erhalten in Ausnahmefällen (z.B. bei einem FEV ₁ < 40 %) Theophyllin in geringer Dosis
Einbezogene Fachgruppen	Ärzte für Allgemeinmedizin, Facharzt für Lungenheilkunde, Facharzt für Innere Medizin, Ambulatorium für Pneumologie
Referenzwert	<10%

Diese neun genannten Qualitätsindikatoren wurden beim zweistufigen Bewertungsprozess durch die bewertenden Ärzte, basierend auf dem Methoden-Konzept für Österreich, abgelehnt und scheinen daher im endgültigen Qualitätsindikatorenset im Kapitel 6.1.4 nicht auf.

7.1 Routinedaten

In einer Besprechung mit Vertretern des Auftraggebers HVB und der NÖGKK wurde das vorläufige primären QI-Indikatoren-Set zur COPD vor dem Hintergrund der Versorgungssituation bzw. -analyse diskutiert. Die Population der COPD-Patienten kann grundsätzlich über die beiden Parameter „spezielle Medikamentenverordnung“ und „Alter über 40 Jahre“ [20] erhoben und festgelegt werden.

Dabei wurden folgende Merkmale/Kennzahlen identifiziert, die sich prinzipiell für eine Qualitätsmessung im Bereich COPD eignen und mit den Routinedaten der Sozialversicherung auswertbar sind.

1. Stat. Aufenthalte all causes
2. Stat. Aufenthalte-Hauptdiagnose COPD
3. Stat. Aufenthalte-Komplikationen (z.B. J44.1 akute Exacerbation)
4. Kontakt Lungenfacharzt

5. Kontakt Pulmologische Ambulanz
6. Neuverordnung von COPD-Medikamenten und zeitlich nahe Spirometrie
7. Leistungserbringer Spirometrie (AM/PUL)
8. Sauerstofftherapie
9. spezielle Antibiotikatherapie pro Jahr
10. PDE4 Inhibitoren (R03DX07)
11. PDE4 Inhibitoren (R03DX07) und Kontakt FA Pulmologie/Pulmologische Ambulanz

8 DISKUSSION

Die Pilotierung der für Österreich konzipierten Methode anhand der Indikationen COPD und Adipositas hat gezeigt, dass die Rekrutierung des Expertengremiums für das Panelverfahren ein erhebliches Problem darstellt. Bei der Indikation COPD und Adipositas wurden 43 Personen als mögliche Teilnehmende ausgewählt und zum Panelverfahren schriftlich eingeladen. Insgesamt haben nur fünf Personen ihre Teilnahme am Panelverfahren zugesagt, von den übrigen 38 Personen erfolgte weder eine Zu- noch Absage. Für die Indikation Adipositas erhielten zusätzlich 42 Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde eine Einladung zur Teilnahme, wovon nur eine Person die Teilnahme bestätigte.

Sechs Personen wurden als Vertreter der Stakeholder zum Expertengremium eingeladen. Zwei Personen haben bei der ersten schriftlichen Bewertungsrunde aktiv teilgenommen, bei der Webkonferenz nahm kein Stakeholder mehr teil.

Um das Interesse an der Teilnahme für das Panelverfahren bei den Ärzten zu erhöhen und mehr Teilnehmende zu lukrieren, wäre vermutlich eine pekuniäre Entschädigung für den Zeitaufwand erstrebenswert und sinnvoll.

Bei der zweiten Bewertungsrunde besteht die Alternative zwischen Präsenztreffen oder Webkonferenz mit Screen Sharing. Hier sollte je nach Situation, ob im großen Rahmen mit Teilnehmern aus ganz Österreich oder nur mit Experten aus einem Bundesland, individuell und nach Notwendigkeit entschieden werden, auf welche Art und Weise die zweite Bewertungsrunde durchgeführt werden soll. Der positive Aspekt einer Webkonferenz ist, dass die Zeit für die An- und Abreise für die Experten wegfällt und somit auch die Reisekosten. Dem gegenüber steht jedoch, dass eine Webkonferenz über mehrere Stunden sehr anstrengend und daher unter Umständen weniger produktiv und zielführend ist. Bei einem Präsenztreffen sind die Reisekosten und der zeitliche Aufwand der Teilnehmer tragend, jedoch ist eine face-to-face Diskussion sehr oft gewinnbringend und ertragreich.

Die mangelnde und unzureichende Datenlage im extramuralen Bereich wurde bei der ersten schriftlichen Bewertung sowie bei der Webkonferenz aufgezeigt. Um zukünftig mehr Qualitätsindikatoren im Primärversorgungsbereich implementieren zu können, wäre eine entsprechende Routinedokumentation einschließlich Diagnosencodierung in Österreich wünschenswert.

9 REFERENZEN

1. Rode S, Ries V, Petzold T, Buch U, Untersweg F, Fischer B. Anforderungen und Anwendungshinweise für den Einsatz von Qualitätsindikatoren in der medizinischen Versorgung: Ergebnisse eines systematischen Reviews. *Das Gesundheitswesen* 2016; 78(S 01): e110-e119.
2. Kötter T, Schaefer F, Blozik E, Scherer M. Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren–Hintergrund, Methoden und Probleme. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2011; 105(1): 7-12.
3. Gramsch E, Hoppe J-D, Jonitz G, Köhler A, Ollenschläger G, Thomeczek C. *Kompendium Q-M-A*. 2008; 2019(15.05.2019).
4. Pilz E. Indikatoren für die Ergebnismessung [online]. [Zugriff: 30.01.2019]. (). URL: https://goeq.at/Indik_Ergebnismessung.
5. Nothacker MJ, Langer T, Weinbrenner S. Qualitätsindikatoren zu Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL) am Beispiel der NVL Herzinsuffizienz. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2011; 105(1): 27-37.
6. Jäckel W. Definitionen und Typen von Qualitätsindikatoren. Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin, Berlin 2009.
7. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 2003; 15(6): 523-530.
8. Schneider A, Broge B, Szecsenyi J. Müssen wir messen, um (noch) besser werden zu können? Die Bedeutung von Qualitätsindikatoren in strukturierten Behandlungsprogrammen und Qualitätsmanagement. *ZFA-Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2003; 79(11): 547-552.
9. Reiter A, Fischer B, Kötting J, Geraedts M, Jäckel WH, Döbler K. QUALIFY: ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen-German Journal for Quality in Health Care* 2008; 101(10): 683-688.
10. Jeitler K, Stigler F, Semlitsch T, et al. (Be-)Handlungspfade Übergewicht & Adipositas auf Primärversorgungsebene [online]. [Zugriff: 30.01.2019]. (). URL: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.636045&version=1486475079>
11. Semlitsch T, Jeitler K, Horvath K, Domke A, Posch N, Spary-Kainz U et al. Behandlungspfad Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) auf Primärversorgungsebene. <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.792353> [online] 2018. URL: <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.792353>
12. Altenhofen L, Blumenstock G, Diel F, Döbler K, Geraedts M, Jäckel WH et al. Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien von BÄK, KBV und AWMF – Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren [online]. [Zugriff: 20.05.2019]. URL: <https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe36.pdf>.
13. Leitlinienprogramm Onkologie, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF. Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren - Methodenpapier für das Leitlinienprogramm Onkologie [online]. [Zugriff: 20.05.2019]. URL: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/methodik/informationen-zur-methodik/>.

14. Seufferlein T, Kopp I, Post S, Jonat W, Kreienberg R, Nothacker M et al. Onkologische Leitlinien–Herausforderungen und zukünftige Entwicklungen. Leitlinien in der Onkologie [online] 2019; 2019(06.12.2019): 1-6. URL: <https://www.springermedizin.de/onkologische-leitlinien-herausforderungen-und-zukuenftige-entwic/16688084>
doi:<https://doi.org/10.1007/s12312-019-0615-4>.
15. Scherer M, Wollny A, Vollmar HC, Chenot J-F, Baum E, Barzel A et al. Entwicklung und Bewertung von Qualitätsindikatoren aus den Leitlinien Halsschmerzen, Nackenschmerzen und Demenz der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2013; 107(1): 74-86.
16. Follmann M, Schadendorf D, Kochs C, Buchberger B, Winter A, Wesselmann S. Leitlinienbasierte Qualitätsindikatoren und Zertifizierung als Grundlage für die Qualitätssicherung der Versorgung von Patienten mit Melanom. JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 2014; 12(2): 139-147.
17. Semlitsch T, Abuzahra M, Horvath K, Jeitler K, et. al. Erstellung eines Master-Evaluationskatalogs für österreichische PHC-Einrichtungen [online]. [Zugriff: 20.12.2019]. (). URL: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.625747&version=1447836108>
18. Semlitsch T, Jeitler K, Horvath K, et al. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) auf Primärversorgungsebene 2018 [online]. 09.11.2018 [Zugriff: 09.11.2018]. (). URL: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.653062&version=1522236909>
19. DGPPN, BÄK, KBV. AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015 [online]. [Zugriff: 08.05.2020]. URL: www.depression.versorgungsleitlinien.de.
20. Yang I, Dabscheck E, George J, Jenkins S, McDonald C, McDonald V et al. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease 2016. Thoracic Society of Australia and New Zealand and Lung Foundation Australia. Available online at: <http://copdx.org.au> (accessed July 2015) 2016.

Anhang 1 **Bewertungsformular – erste schriftliche Bewertung – Anwender**

Indikator Nr. 01	Name des Indikators							
Beschreibung	Enthält eine Beschreibung der Zielpopulation und des zu beobachtenden Ereignisses/Verfahrens							
Zähler	genaue Definition des Zählers (Anzahl der Patientinnen/Patienten, für die der Indikator zutrifft)							
Nenner	Genauere Definition des Nenners (Grundgesamtheit, auf die sich der Indikator bezieht)							
LL-Empfehlung	Angabe der Leitlinienempfehlung							
Anmerkungen	Anmerkungen des Autors und des Entwicklungsteams; Neuentwicklung eines Indikators aufgrund von Empfehlungen aus Leitlinien							
Indikatortyp	Einordnung in einen Indikatortyp (Struktur, Prozess, Ergebnis)							
Literatur	Angaben zur Literatur							
Kommentar	Individuelle Kommentare zu den einzelnen Indikatoren (Bewerter)							
Bewertung des Indikators (bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)								
<u>Relevanz</u>								
Ist der Indikator für dieses Thema relevant?								
<i>1=überhaupt nicht relevant/9=sehr relevant</i>								
<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
<u>Klarheit und Verständlichkeit</u>								
Ist der Indikator eindeutig und klar formuliert?								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Ja	Nein							
Bei nein, bitte um Erklärung bzw. alternativer Formulierungsvorschlag: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.								
<u>Risiko für Fehlsteuerung</u>								
Gibt es Risiken zur Fehlsteuerung?								
<i>1=kein Risiko/9=hohes Risiko</i>								
<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
Kommentarfeld: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.								
<u>Praktikabilität</u>								
Die notwendigen Daten liegen als Routinedaten vor bzw. die Erhebung erfordert einen vertretbaren zusätzlichen Aufwand.								
<i>1=überhaupt nicht zutreffend/9=sehr zutreffend</i>								
<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

Anhang 2 Panelverfahren - Anwender

Panelverfahren zur „Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung in Österreich“

Erläuterung und Anleitung zur Bewertung

Diese Erläuterung und Anleitung dient als Unterstützung für die Bewertung von Qualitätsindikatoren. Die Vorlage eines Qualitätsindikators gliedert sich in zwei Teile – **Beschreibung** des Qualitätsindikators und **Bewertung** des Qualitätsindikators.

1.) Beschreibung des Qualitätsindikators

In der Beschreibung finden Sie Angaben zur Zielpopulation/Versorgungsstruktur und zu den zu beobachtenden Ereignissen/Verfahren. Der Zähler und der Nenner sind abgebildet und die dem Indikator zugrundeliegende Leitlinienempfehlung mit der dazugehörigen Literatur ist eingefügt. Bei den Anmerkungen finden Sie weiterführende Hintergrundinformationen zum Indikator (z.B. Art der Datenerfassung, Informationen aus dem Behandlungspfad). Im Feld „**Kommentar**“ haben **Sie** die Möglichkeit Ihre Kommentare/Anmerkungen zum Indikator einzufügen.

Beschreibung des Indikators	Indikator Nr. 001	Name des Indikators
	Beschreibung	Enthält eine Beschreibung der Zielpopulation und des zu beobachtenden Ereignisses/Verfahrens
	Zähler	genaue Definition des Zählers (Anzahl der Patientinnen/Patienten, für die der Indikator zutrifft)
	Nenner	Genaue Definition des Nenners (Grundgesamtheit, auf die sich der Indikator bezieht)
	LL-Empfehlung	Angabe der Leitlinienempfehlung
	Anmerkungen	Anmerkungen des Autors und des Entwicklungsteams; Neuentwicklung eines Indikators aufgrund von Empfehlungen aus Leitlinien
	Indikatortyp	Einordnung in einen Indikatortyp (Struktur, Prozess, Ergebnis)
	Literatur	Angaben zur Literatur
	Kommentar	Individuelle Kommentare zu den einzelnen Indikatoren (Bewerter/-in)

2.) Bewertung des Qualitätsindikators

Das Bewertungsfeld beinhaltet die vier Bewertungskriterien – „Relevanz“, Klarheit und Verständlichkeit, „Risiko für Fehlsteuerung“ und „Praktikabilität“.

Bitte bewerten Sie die Kriterien „Relevanz“, „Risiko für Fehlsteuerung“ sowie „Praktikabilität“ jeweils nur mit einem Wert auf der Skala von 1-9.

Das Kriterium „Klarheit und Verständlichkeit“ bewerten Sie bitte mit „Ja“ oder „Nein“.

Erfolgt hier eine Beantwortung mit „Nein“, so ist eine entsprechende Erklärung oder ein alternativer Formulierungsvorschlag im „Kommentarfeld“ durch den/die Bewerter/-in obligat. Auch bei Beantwortungen mit „Ja“ sind Änderungsvorschläge in der Formulierung der Indikatoren willkommen.

Beim Kriterium „Risiko für Fehlsteuerung“ haben Sie ebenfalls die Möglichkeit Anmerkungen im „Kommentarfeld“ einzufügen.

Bitte berücksichtigen Sie folgende Aspekte zu den einzelnen Kriterien bei der Bewertung des Indikators:

„Relevanz“:

- es besteht ausreichende Evidenz oder fachlicher Konsens für einen Zusammenhang zwischen der Zielstellung des Indikators und dem zugrundeliegenden 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

Klarheit und Verständlichkeit:

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

„Risiko für Fehlsteuerung“:

- Setzt der Indikator potenzielle Fehlanreize
- Erfolgt ein Ausgleich solcher Fehlanreize z.B. durch einen Parallelindikator?

„Praktikabilität“:

- 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

Bewertung des Indikators (bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)	
Bewertungsfeld Bitte ausfüllen	<p><u>„Relevanz“</u></p> <p>Ist der Indikator für dieses Thema relevant?</p> <p style="text-align: center;"><i>1=überhaupt nicht relevant/9=sehr relevant</i></p> <p style="text-align: center;"> <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"/> </p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>
	<p><u>Klarheit und Verständlichkeit</u></p> <p>Ist der Indikator eindeutig und klar formuliert?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: center;">Ja Nein</p> <p>Bei nein, bitte um Erklärung bzw. alternativer Formulierungsvorschlag: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</p>
	<p><u>„Risiko für Fehlsteuerung“</u></p> <p>Gibt es Risiken zur Fehlsteuerung?</p> <p style="text-align: center;"><i>1=kein Risiko/9=hohes Risiko</i></p> <p style="text-align: center;"> <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"/> </p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>
	<p>Kommentarfeld: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</p>
	<p><u>„Praktikabilität“</u></p> <p>Die notwendigen Daten liegen als Routinedaten vor bzw. die Erhebung erfordert einen vertretbaren zusätzlichen Aufwand.</p> <p style="text-align: center;"><i>1=überhaupt nicht zutreffend/9=sehr zutreffend</i></p> <p style="text-align: center;"> <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"/> </p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>

Anhang 3 **Bewertungsformular – erste schriftliche Bewertung - Stakeholder**

Indikator Nr. 01	Name des Indikators
Beschreibung	Enthält eine Beschreibung der Zielpopulation und des zu beobachtenden Ereignisses/Verfahrens
Zähler	genaue Definition des Zählers (Anzahl des Patienten, für die der Indikator zutrifft)
Nenner	Genaue Definition des Nenners (Grundgesamtheit, auf die sich der Indikator bezieht)
LL-Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • Angabe der Leitlinienempfehlung
Anmerkungen	Anmerkungen des Autors und des Entwicklungsteams; Neuentwicklung eines Indikators aufgrund von Empfehlungen aus Leitlinien
Indikatortyp	Einordnung in einen Indikatortyp (Struktur, Prozess, Ergebnis)
Literatur	Angaben zur Literatur
Bewertung des Indikators (bitte ausfüllen)	
<p><u>Kommentar</u> Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</p>	

Anhang 4 Panelverfahren-Stakeholder

Panelverfahren zur „Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung in Österreich“

Erläuterung und Anleitung zur Kommentierung

Diese Erläuterung und Anleitung dient als Unterstützung für die Kommentierung von Qualitätsindikatoren. Ihre Vorlage des Qualitätsindikators gliedert sich in zwei Teile – **Beschreibung** des Qualitätsindikators und **Kommentation** des Qualitätsindikators.

1.) Beschreibung des Qualitätsindikators

In der Beschreibung finden Sie Angaben zur Zielpopulation/Versorgungsstruktur und zu den zu beobachtenden Ereignissen/Verfahren. Der Zähler und der Nenner sind abgebildet und die dem Indikator zugrundeliegende Leitlinienempfehlung mit der dazugehörigen Literatur ist eingefügt. Bei den Anmerkungen finden Sie weiterführende Hintergrundinformationen zum Indikator (z.B. Art der Datenerfassung, Informationen aus dem Behandlungspfad).

	Indikator Nr. 001	Name des Indikators
Beschreibung des Indikators	Beschreibung	Enthält eine Beschreibung der Zielpopulation und des zu beobachtenden Ereignisses/Verfahrens
	Zähler	genaue Definition des Zählers (Anzahl der PatientInnen, für die der Indikator zutrifft)
	Nenner	Genauere Definition des Nenners (Grundgesamtheit, auf die sich der Indikator bezieht)
	LL-Empfehlung	Angabe der Leitlinienempfehlung
	Anmerkungen	Anmerkungen des Autors und des Entwicklungsteams; Neuentwicklung eines Indikators aufgrund von Empfehlungen aus Leitlinien
	Indikatortyp	Einordnung in einen Indikatortyp (Struktur, Prozess, Ergebnis)
	Literatur	Angaben zur Literatur

2.) Kommentierung des Qualitätsindikators

Im Bewertungsfeld haben Sie die Möglichkeit, im „**Kommentarfeld**“ eine Anmerkung bzw. Änderungsvorschläge zum Qualitätsindikator abzugeben.

Bewertung des Indikators (bitte ausfüllen)	
Bitte ausfüllen	<u>Kommentar</u> Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Anhang 5 **Bewertungsformular - zweite schriftliche Bewertung – Anwender**

Indikator Nr. 01	Name des Indikators
Beschreibung	Enthält eine Beschreibung der Zielpopulation und des zu beobachtenden Ereignisses/Verfahrens
Zähler	genaue Definition des Zählers (Anzahl des Patientinnen/Patienten, für die der Indikator zutrifft)
Nenner	Genaue Definition des Nenners (Grundgesamtheit, auf die sich der Indikator bezieht)
LL-Empfehlung	Angabe der Leitlinienempfehlung
Anmerkungen	Anmerkungen des Autors und des Entwicklungsteams; Neuentwicklung eines Indikators aufgrund von Empfehlungen aus Leitlinien
Indikatortyp	Einordnung in einen Indikatortyp (Struktur, Prozess, Ergebnis)
Literatur	Angaben zur Literatur
Ergebnisse/Kommentare von der schriftlichen Bewertungsrunde	Gesamtergebnis:
	Relevanz
	Klarheit & Verständlichkeit
	Risiko für Fehlsteuerung <i>(1=kein Risiko/9=hohes Risiko):</i>
	Praktikabilität:
	[Risiko für Fehlsteuerung] [Klarheit & Verständlichkeit] [Allg. Anmerkungen]
Bewertung des Indikators (bitte ankreuzen)	
<p><u>Relevanz</u></p> <p>Ist der Indikator für dieses Thema relevant?</p> <p style="text-align: center;"><i>1=überhaupt nicht relevant/9=sehr relevant</i></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 </p>	
<p><u>Risiko für Fehlsteuerung</u></p> <p>Gibt es Risiken zur Fehlsteuerung?</p> <p style="text-align: center;"><i>1=kein Risiko/9=hohes Risiko</i></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 </p>	
<p><u>Praktikabilität</u></p> <p>Die notwendigen Daten liegen als Routinedaten vor bzw. die Erhebung erfordert einen vertretbaren zusätzlichen Aufwand.</p> <p style="text-align: center;"><i>1=überhaupt nicht zutreffend/9=sehr zutreffend</i></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 </p>	
<p><u>Anmerkung</u></p> <p>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</p>	

Anhang 6 Bewertungsformular –zweite schriftliche Bewertung– Stakeholder

Indikator Nr. 01	Name des Indikators
Beschreibung	Enthält eine Beschreibung der Zielpopulation und des zu beobachtenden Ereignisses/Verfahrens
Zähler	genaue Definition des Zählers (Anzahl des Patientinnen/Patienten, für die der Indikator zutrifft)
Nenner	Genaue Definition des Nenners (Grundgesamtheit, auf die sich der Indikator bezieht)
LL-Empfehlung	Angabe der Leitlinienempfehlung
Anmerkungen	Anmerkungen des Autors und des Entwicklungsteams; Neuentwicklung eines Indikators aufgrund von Empfehlungen aus Leitlinien
Indikatortyp	Einordnung in einen Indikatortyp (Struktur, Prozess, Ergebnis)
Literatur	Angaben zur Literatur
Ergebnisse/Kommentare von der 1. schriftlichen Bewertungsrunde	Gesamtergebnis:
	Relevanz
	Klarheit & Verständlichkeit
	Risiko für Fehlsteuerung (1=kein Risiko/9=hohes Risiko):
	Praktikabilität:
	[Risiko für Fehlsteuerung] [Klarheit & Verständlichkeit] [Allg. Anmerkungen]
Bewertung des Indikators (bitte ausfüllen)	
<u>Anmerkung</u>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	

Anhang 7 Indikatoren COPD

Indikator Nr. C01	Raucherstatus bei Verdacht auf COPD
Beschreibung	Bei allen Personen mit chronischem Husten und/oder Verdacht auf das Vorliegen einer COPD soll der Raucherstatus/Tabakkonsum regelmäßig erfragt und dokumentiert werden.
Zähler	Personen mit chronischem Husten und/oder Verdacht auf das Vorliegen einer COPD, bei denen regelmäßig der Raucherstatus/Tabakkonsum erfragt und dokumentiert wurde
Nenner	Personen mit chronischem Husten und/oder Verdacht auf das Vorliegen einer COPD (R02-Kurzatmigkeit/Dyspnoe, R05-Husten, R25-Abnormes Sputum/ Schleim, R79-Chronische Bronchitis)
LL-Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Patienten mit Husten sollen nach ihrem Tabakkonsum gefragt werden. Der Raucherstatus soll regelmäßig dokumentiert werden. • Document smoking history, current smoking status, and work history including occupational exposure in all patients with suspected COPD.
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R02, R05, R25, R79) Zusatzdokumentation (<i>Box 1: Basis-Assessment</i> Erfassungszeitraum: 1x im Quartal <i>Chronischer Husten:</i> Spricht man bei einer Dauer von bis zu zwei Wochen von akuten Husten; tritt dies mehrfach im Jahr auf, wird von rezidivierendem akutem Husten gesprochen. Bei einer Dauer von zwei bis acht Wochen wird von einem subakuten Husten gesprochen, alles darüber wird als chronisch bezeichnet. <i>Codierung:</i> Eine einheitliche Codierung und Dokumentation des Raucherstatus (z.B. durch Anlegen einer Pseudoziffer in der Praxissoftware) ist wesentlich, besonders wenn die Auswertung des Indikators summiert wird</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM Leitlinien Nr. 11 - Husten. 2014 [cited 28.03.2017]; Available from: http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Leitlinien-Entwuerfe/053-013%20Husten/Langfassung Leitlinie Husten 20140323.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C02	Abklärung (Basisdiagnostik) COPD
Beschreibung	Personen über dem 40. Lebensjahr mit chronischem Husten, chronisch vermehrter Sputumproduktion, Atemnot jeweils mit oder ohne Risikofaktoren für COPD sollen hinsichtlich des Vorliegens einer manifesten COPD abgeklärt werden.
Zähler	Personen ohne bekannte COPD ≥ 40 J. mit Atemnot, chronischem Husten und/oder chronisch vermehrtem Auswurf (Sputum), die hinsichtlich des Vorliegens einer manifesten COPD abgeklärt wurden
Nenner	Personen ohne bekannte COPD ≥ 40 J. mit Atemnot, chronischem Husten und/oder chronisch vermehrtem Auswurf (Sputum) (R02-Kurzatmigkeit/Dyspnoe, R05-Husten, R25-Abnormes, Sputum/Schleim, R79-Chronische Bronchitis)
LL-Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> Consider COPD in patients > 35 years of age with symptoms such as breathlessness, cough, and / or sputum production.
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R02, R05, R25, R79; ICD-10: J80.-, R09,-)</p> <p><i>Box 1:</i> Basis-Assessment (Risikofaktoren)</p> <p><i>Box 2:</i> Basis-Diagnostik COPD</p> <p><i>Abklärung:</i> Lungenröntgen, Herz-Echo</p> <p><i>Definition „chronisch“:</i> Von einem chronischen Husten wird in dieser Leitlinie gesprochen, wenn das Symptom Husten über einen Zeitraum von mehr als 8 Wochen besteht. Die Leitlinie behandelt das Symptom bei Erwachsenen.</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C03	Differentialdiagnostik
Beschreibung	Das Vorliegen anderer, nachfolgend angeführter Krankheitsentitäten mit ähnlicher Symptomatik wie COPD soll in Betracht gezogen werden, vor allem bei jüngeren (< 45 Jahre) und älteren (> 65 Jahre) Personen, Personen die niemals geraucht haben bzw. keinen beruflichen Noxen ausgesetzt waren sowie bei grenzwertigen Spirometrie-Ergebnissen.
Zähler	Alle Personen mit COPD-Symptomatik (Verdacht auf COPD) entweder im Alter <45 J. oder >65 Jahren oder die keinen Noxen (Rauchen, beruflich) ausgesetzt waren oder bei denen ein grenzwertiges Spirometrie Ergebnis vorliegt, bei denen eine Differentialdiagnostik durchgeführt wurde
Nenner	Alle Personen mit COPD-Symptomatik (Verdacht auf COPD) entweder im Alter <45 J. oder >65 Jahren oder die keinen Noxen (Rauchen, beruflich) ausgesetzt waren oder bei denen ein grenzwertiges Spirometrie Ergebnis vorliegt
LL-Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • Interpret borderline spirometry results with caution, particularly in older (> 65 years of age) and younger patients (< 45 years of age), or those without a history of smoking or exposure to occupational / environmental pollutants or dust. • In patients with borderline spirometry, consider alternative diagnoses and investigate appropriately. • Perform further investigations to confirm or exclude conditions with a similar presentation to COPD.
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R29), Positionsverrechnung: Spirometrie (z.B. StGKK: 307, 331)</p> <p><i>Box 3: Differentialdiagnostik der chronisch obstruktiven Symptomatik Krankheitsentitäten mit ähnlicher Symptomatik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • chronische Bronchitis • Asthma • Herzinsuffizienz • koronare Herzkrankheit • Pulmonalarterienembolie • gastroösophageale Refluxkrankheit • obstruktives Schlafapnoe-Syndrom • Bronchiektasien • Tuberkulose • Obliterative Bronchiolitis <p><i>Grenzwertige Spirometrie:</i> <u>Normalbereich:</u> oberhalb des 5. Perzentils entsprechen Z-Score -1,645; <u>Pathologischer Bereich:</u> Unterhalb des 5. Perzentils entsprechend Z-Score.</p> <p><i>Berufliche Noxen:</i> organische und anorganische Stäube, organische Lösungsmittel und Rauche, Kohlenrubenstaub, landwirtschaftliche Stäube, Kohleofenemissionen, Tunnelstaub und –rauche.</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017];</p>

	<p>Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p> <p>Baur X. COPD durch berufliche Noxen. Pneumologie 2019; 73(01): 40-48. doi:10.1055/a-0746-6083. URL: https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-0746-6083</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C04	Assessment akute Exazerbation
Beschreibung	Bei Patienten mit COPD und vermehrter Symptomatik soll das Vorliegen einer Exazerbation in Betracht gezogen werden, vor allem wenn es sich um Patienten handelt, die ein erhöhtes Risiko für Exazerbationen aufweisen (z.B. vorangegangene Exazerbationen, fortgeschrittener Schweregrad der COPD).
Zähler	Patienten mit COPD und vermehrter Symptomatik, die hinsichtlich einer Exazerbation bestätigt bzw. ausgeschlossen wurden
Nenner	Patienten mit COPD und vermehrter Symptomatik
LL-Empfehlung	Recognise the possibility of an exacerbation in all patients who experience an increase in symptoms, especially patients at increased likelihood of these events (prior exacerbation, more severe disease).
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.1-) <i>Box 4:</i> Assessment akute Exazerbation <i>„vermehrten“ Symptomatik:</i> vermehrter Produktion von immer zäher werdendem Bronchialschleim, der das Abhusten zunehmend erschwert, Atembeschwerden bei körperlicher Belastung <i>Abklärung Exazerbation:</i> Die Bestimmung des Blutbildes und des CRP im Serum ist sinnvoll. Eine Blutgasanalyse ist indiziert. <i>Exazerbation:</i> COPD-Exazerbation ist definiert als akute Verschlimmerung der respiratorischen Symptome, die zu einer zusätzlichen Therapie führt.</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p> <p>Vogelmeier, C. (et al.): <u>S2k - Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD)</u>. Pneumologie 2018; 72: 253–308.</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/download/326/</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C05	Exazerbation – zeitnahe Diagnose und Behandlung
Beschreibung	Exazerbationen sollen rasch (innerhalb von 24 h) diagnostiziert und behandelt werden.
Zähler	Alle Patienten mit COPD mit einer Exazerbation, die innerhalb von 24h diagnostiziert und behandelt wurden
Nenner	Alle Patienten mit COPD mit einer Exazerbation
LL-Empfehlung	Diagnose and manage exacerbations promptly.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.1-;) <i>Box 4:</i> Assessment akute Exazerbation <i>TK:</i> Wann beginnen die 24h? Öffnungszeiten im extramuralen Bereich? <i>Exazerbation:</i> Die Bestimmung des Blutbildes und des CRP im Serum ist sinnvoll. Eine Blutgasanalyse ist indiziert.
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C06	Weiterführendes Training nach pneumologischer Rehabilitation
Beschreibung	Alle Patienten, die ein pneumologisches Rehabilitationsprogramm beendet haben, sollen zu einem weiterführenden körperlichen Training angehalten werden.
Zähler	Patienten mit COPD nach Beendigung eines pneumologischen Rehabilitationsprogramms, die bei der ersten Wiedervorstellung eine Beratung zur Weiterführung der körperlichen Aktivität erhalten haben
Nenner	Patienten mit COPD nach Beendigung eines pneumologischen Rehabilitationsprogramms
LL-Empfehlung	All patients completing pulmonary rehabilitation should be encouraged to continue to exercise beyond the programme.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R 95), Zusatzdokumentation (z.B. Befund v. Reha) <i>Box 15a:</i> Pneumologische Rehabilitation <i>TK:</i> Indikator kann als Ansporn für die Beratung in Zukunft gesehen werden <i>Ergänzung:</i> Vermittlung eines Kontaktes zu einer Bewegungsgruppe
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	Bolton CE, Bevan-Smith EF, Blakey JD, et al. British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults. Thorax. 2013 Sep; 68 Suppl 2: ii1-30
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C07	Überweisung - pneumologisches Rehabilitationsprogramm
Beschreibung	Patienten mit COPD und einer hohen Symptomlast – z.B. Atemnot (mMRC Grad 1-4, siehe Box 6) oder eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit – und/oder hohem Exazerbationsrisiko sollen jedenfalls an einem supervidierten (unter Anleitung eines Trainers/Therapeuten) pneumologischen Rehabilitationsprogramm teilnehmen.
Zähler	Patienten mit COPD und hoher Symptomlast oder hohem Exazerbationsrisiko, die zu einem pneumologischen Rehabilitationsprogramm überwiesen werden
Nenner	Patienten mit COPD und hoher Symptomlast oder hohem Exazerbationsrisiko
LL-Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Rehabilitation ist bei allen Patienten mit relevanten Symptomen und/oder hohem Exazerbationsrisiko angezeigt. • We recommend offering pulmonary rehabilitation to stable patients with exercise limitation despite pharmacologic treatment and to patients who have recently been hospitalized for an acute exacerbation. • Refer for pulmonary rehabilitation for all patients with exertional dyspnoea. • Patients with a Medical Research Council (MRC) Dyspnoea score of 3–5 who are functionally limited by breathlessness should be referred for outpatient pulmonary rehabilitation.
Anmerkungen	<p><i>Hohe Symptomlast ist charakterisiert durch mind. eines der folgenden Merkmale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • mMRC 1-4 oder • eingeschränkte körperlicher Leistungsfähigkeit <p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95), Zusatzdokumentation (Antrag/Überweisung an ein pneumologische Rehabilitationsprogramm)</p> <p><i>Vorschlag für Operationalisierung:</i> Patienten mit COPD Grad Gold B-D</p> <p><i>Box 6:</i> Bestimmung des COPD Schweregrads</p> <p><i>Box 15:</i> Pneumologische Rehabilitation</p> <p><i>Ausschlusskriterium:</i> Patienten, die trotz Beratung eine pneumologische Rehabilitation ablehnen.</p> <p><i>„eingeschränkte Leistungsfähigkeit“:</i> Wenn aufgrund der Atemnot die Bewegung reduziert wird.</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Bolton CE, Bevan-Smith EF, Blakey JD, et al. British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults. Thorax. 2013 Sep; 68 Suppl 2: ii1-30</p> <p>Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 12.2014 [cited 28.03.2017]; Available from: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPDCPG2014.pdf</p> <p>Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 01.2016 [cited 05.04.2017]; Available from: https://www.icsi.org/asset/yw83gh/COPD.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited</p>

	<p>26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoratic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/download/326/</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C08	Empfehlung für pneumologische Rehabilitation
Beschreibung	Grundsätzlich wird für alle Patienten mit COPD ein supervidiertes (unter Anleitung eines Trainers/Therapeuten) pneumologisches Rehabilitationsprogramm empfohlen. Ziel ist dabei die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Verminderung der Atemnot, Verbesserung des Gesundheitszustandes und Wohlbefindens sowie die Reduktion des Exazerbationsrisikos.
Zähler	Alle Patienten mit COPD, die an einem pneumologischen Rehabilitationsprogramm teilgenommen haben
Nenner	Alle Patienten mit COPD
LL-Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • A supervised pulmonary rehabilitation programme is recommended for patients with COPD. • Pulmonary rehabilitation should be offered to patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with a view to improving exercise capacity by a clinically important amount. • The guideline panel recommends people with stable chronic obstructive pulmonary disease (COPD) should undergo pulmonary rehabilitation. • Pulmonary rehabilitation should be offered to patients with COPD with a view to improving dyspnoea and health status by a clinically important amount. • Pulmonary rehabilitation should be offered to patients with COPD with a view to improving psychological wellbeing. • Pulmonale Rehabilitation verbessert die Symptome und Lebensqualität sowie die körperliche und emotionale Teilnahme an Alltagsaktivitäten. • The guideline panel recommends people with moderate-to-severe COPD (stable or following discharge from hospital for an exacerbation of COPD) should undergo pulmonary rehabilitation to decrease hospitalisations for exacerbations • Bei stabilen Patienten bewirkt die pulmonale Rehabilitation eine Verbesserung von Atemnot, Gesundheitszustand und Belastungstoleranz
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95), Zusatzdokumentation (Entlassungsbefund von der pneumologischen Rehabilitation) <i>Box 15:</i> Pneumologische Rehabilitation <i>TK:</i> „Relevanz“ ist abhängig von der Verfügbarkeit</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Bolton CE, Bevan-Smith EF, Blakey JD, et al. British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults. <i>Thorax</i>. 2013 Sep; 68 Suppl 2: ii1-30</p> <p>Alison JA, McKeough ZJ, Johnston K, et al. Australian and New Zealand Pulmonary Rehabilitation Guidelines. <i>Respirology (Carlton, Vic)</i>. 2017 Mar 24:</p> <p>The Thoracic Society of Australia and New Zealand, Lung Foundation Australia. The Australia and New Zealand Pulmonary Rehabilitation Guidelines. 02.2017 [cited 04.04.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2017/03/LFATSANZ-PulmonaryRehabGuidelines-Feb2017-final-edit.pdf</p>

	<p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/download/326/</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C09	Kontrolltermin Langzeitsauerstofftherapie
Beschreibung	Patienten mit COPD und einer verordneten Langzeitsauerstofftherapie sollen das erste Mal nach 3 Monaten und in weiterer Folge alle 6 – 12 Monate für eine Kontrolluntersuchung (Blutgasanalyse, Sauerstoff-Flussrate) zu einem Facharzt für Pneumologie bzw. pulmologischen Ambulanz überwiesen werden.
Zähler	Patienten mit COPD u. Langzeitsauerstofftherapie, die zumindest einmal in den letzten 12 Monaten zu einer Kontrolluntersuchung zu einem Facharzt für Pneumologie bzw. zu einer pulmologischen Ambulanz überwiesen wurden (rezenter Befund oder Überweisung)
Nenner	Patienten mit COPD u. Langzeitsauerstofftherapie
LL-Empfehlung	<p>LTOT patients should receive follow-up at 3 months after LTOT has been ordered, which should include assessment of blood gases and flow rate to ensure LTOT is still indicated and therapeutic.</p> <p>LTOT patients should receive follow-up visits at 6– 12 months after their initial 3-month follow-up, which can be either home based or in combination with hospital visits.</p>
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), Zusatzdokumentation (Befund, Überweisung, Anforderung Heilbehelfe/Hilfsmittel)</p> <p><i>Box 14:</i> Stabile COPD: Sauerstofftherapie</p> <p><i>TK:</i> Aufgrund der Schwere der Erkrankung, Betreuung durch Facharzt/Ambulanz</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Hardinge M, Suntharalingam J, Wilkinson T. Guideline update: The British Thoracic Society Guidelines on home oxygen use in adults. Thorax. 2015 Jun; 70 (6): 589-91</p> <p>Hardinge M, Annandale J, Bourne S, et al. British Thoracic Society guidelines for home oxygen use in adults. Thorax. 2015 Jun; 70 Suppl 1: i1-43</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C10	Langzeit-Sauerstofftherapie bei Hypoxämie
Beschreibung	Patienten mit COPD und bestätigter Hypoxämie sollen eine Langzeit – Sauerstofftherapie (LTOT) standardmäßig über eine Nasenkanüle (0,5 – 2,0 Liter/Minute) erhalten. Als Zielwert ist eine Sauerstoff-Sättigung von 88 – 92 % anzustreben.
Zähler	Alle Patienten mit COPD und bestätigter Hypoxämie, die eine Langzeit – Sauerstofftherapie erhalten
Nenner	Alle Patienten mit COPD und bestätigter Hypoxämie
LL-Empfehlung	In patients with COPD and hypoxaemia, administer oxygen via nasal cannula at a rate of 0.5-2 L/min aiming for a SpO ₂ of 88-92%.
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: R09.1; J44.-) <i>Box 14:</i> Stabile COPD – Sauerstofftherapie <i>TK:</i> Pulsoxi bei Patienten etablieren <i>„Kriterien für LTOT“ (mindestens eine Indikation):</i> Mehrfach in Ruhe blutig gemessene PaO₂-Werte <55 mmHg oder eine Alveolo-arterielle Sauerstoffdifferenz (AaDO₂) >45 mmHg im Wachzustand und/oder wenn nach Ausschöpfung jeder Therapieform unter standardisierter Belastung der PaO₂-Werte <55 mmHg abfällt oder die AaDO₂ >45 mmHg ansteigt und/oder wenn nächtliche Desaturationen mit Abfall der SaO₂ <88% über einen relevanten Teil des Schlafes (>30%) auftreten, jedoch das Vorliegen eines Schlafapnoe-Syndroms ausgeschlossen wurde.</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p> <p>https://www.vitalaire.at/sites/vitalaire_at/files/2019/09/24/verordnungsrichtlinien_web.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C11	SBOT
Beschreibung	Eine kurzfristige Sauerstoffgabe (mittels Sauerstoffflasche) vor oder nach körperlicher Aktivität soll bei Patienten mit COPD (normoxisch oder hypoxämisch) nicht verschrieben werden.
Zähler	Alle Patienten mit COPD, welchen eine SBOT vor oder nach körperlicher Aktivität (mittels Sauerstoffflasche) verschrieben wurde
Nenner	Alle Patienten mit COPD
LL-Empfehlung	Short burst oxygen therapy (SBOT) should not be ordered for use prior to or following exercise in hypoxaemic or normoxic patients with COPD.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), Zusatzdokumentation <i>Box 14:</i> Stabile COPD – Sauerstofftherapie <i>TK:</i> spezielle Patientengruppe, mögliches negatives Feedback für den Verordner
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	Hardinge M, Suntharalingam J, Wilkinson T. Guideline update: The British Thoracic Society Guidelines on home oxygen use in adults. Thorax. 2015 Jun; 70 (6): 589-91 Hardinge M, Annandale J, Bourne S, et al. British Thoracic Society guidelines for home oxygen use in adults. Thorax. 2015 Jun; 70 Suppl 1: i1-43
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C12	Langfristige Monotherapie mit Corticosteroiden
Beschreibung	Eine langfristige Monotherapie mit ICS und oralen Corticosteroiden wird nicht empfohlen.
Zähler	Alle Patienten mit COPD, welchen eine langfristige Monotherapie mit ICS oder eine langfristige Therapie mit oralen Corticosteroiden verschrieben wurden
Nenner	Alle Patienten mit COPD
LL-Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • Eine langfristige Monotherapie mit ICS wird nicht empfohlen. • Eine regelmäßige Behandlung mit ICS erhöht das Risiko einer Pneumonie, vor allem bei Patienten mit schwerer Erkrankung. • We recommend against offering an inhaled corticosteroid (ICS) in symptomatic patients with confirmed, stable COPD as a first-line monotherapy. • Eine langfristige Therapie mit oralen Corticosteroiden wird nicht empfohlen. • Eine langfristige Anwendung von oralen Glucocorticoiden geht mit zahlreichen Nebenwirkungen einher, während es keine Evidenz für einen Nutzen gibt.
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.; e-Medikation)</p> <p><i>Box 13a:</i> Stabile COPD: Medikamentöse Therapien – inhalative Substanzen</p> <p><i>Box 10 – Akute Exazerbation:</i> Medikamentöse Therapien</p> <p><i>„langfristig“:</i> 2 -12 Wochen</p> <p><i>TK:</i> „Relevanz“ niedrig, Negatives Feedback für Verordner</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 12.2014 [cited 28.03.2017]; Available from: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPDCPG2014.pdf</p> <p>Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 01.2016 [cited 05.04.2017]; Available from: https://www.icsi.org/asset/yw83gh/COPD.pdf</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/download/326/</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C13	ICS bei COPD und Asthma
Beschreibung	Für Patienten mit COPD und Asthma ist eine Therapie mit LABA ohne ICS nicht empfohlen.
Zähler	Patienten mit COPD und gleichzeitig vorliegendem Asthma mit einer LABA-Medikation, denen zusätzlich ein ICS verschrieben wird
Nenner	Patienten mit COPD und gleichzeitig vorliegendem Asthma mit einer LABA-Medikation
LL-Empfehlung	We recommend against the use of inhaled long-acting beta 2-agonists (LABAs) without an ICS in patients with COPD who may have concomitant asthma.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95, R96; ICD-10: J45.-) <i>Box 13a</i> – Stabile COPD: Medikamentöse Therapien – inhalative Substanzen <i>TK:</i> Übergangsform zwischen COPD u. Asthma nicht eindeutig differenzierbar <i>Anmerkung:</i> Der Indikator zielt auf ACOS-Patienten und bildet für diese Patientengruppe schon eine LL-gerechte Therapie ab.
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 12.2014 [cited 28.03.2017]; Available from: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPDCPG2014.pdf
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C14	Therapie: Langwirksame Bronchodilatoren
Beschreibung	Alle Patienten mit stabiler COPD ab Gruppe B sollen eine inhalative Dauertherapie mit langwirksamen Bronchodilatoren (LAMA und/oder LABA) erhalten.
Zähler	Patienten mit COPD der GOLD-Gruppen B-D mit bestehender Therapie mit langwirksamen Bronchodilatoren
Nenner	Patienten mit COPD der GOLD-Gruppen B-D
LL- Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • Es werden inhalative anstelle von oralen Bronchodilatoren empfohlen. • Inhalative Bronchodilatoren spielen bei der Beherrschung der Symptome einer COPD eine zentrale Rolle und werden häufig auf regelmäßiger Basis angewendet, um Symptome zu vermeiden oder zu lindern. • We recommend offering long-acting bronchodilators to patients with confirmed, stable COPD who continue to have respiratory symptoms (e.g., dyspnea, cough). • LABA und LAMA sind kurz wirkenden Medikationen vorzuziehen, außer bei Patienten mit nur gelegentlich auftretender Atemnot. • Die Behandlung kann mit einem einzigen lang wirkenden Bronchodilatator oder einer dualen lang wirkenden bronchodilatatorischen Therapie begonnen werden. Bei Patienten, deren Dyspnoe unter Behandlung mit einem einzigen Bronchodilatator persistiert, sollte eine Umstellung auf zwei Bronchodilatoren erfolgen. • LABA und LAMA verbessern signifikant die Lungenfunktion, Atemnot und den Gesundheitszustand und reduzieren die Exazerbationsrate.
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-; e-Medikation)</p> <p>Gruppeneinteilung GOLD gem. Box 6</p> <p>TK: Befund vom FA ohne GOLD Klassifikation</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 12.2014 [cited 28.03.2017]; Available from: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPDCPG2014.pdf</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/download/326/</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C15	Überprüfung der Inhalationstechnik
Beschreibung	Bei Patienten mit COPD, die eine inhalative Therapie erhalten, soll regelmäßig die Inhalationstechnik überprüft werden.
Zähler	Alle Patienten mit COPD und inhalativer Therapie, bei denen eine regelmäßige Überprüfung der Inhalationstechnik dokumentiert wird
Nenner	Alle Patienten mit COPD und inhalativer Therapie
LL-Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • Check that the patient can use the delivery device properly considering factors such as cognition, manual dexterity, and press and breathe co-ordination. • For all patients, check inhaler technique at each visit, especially in older, frail and cognitively impaired patients.
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), Zusatzdokumentation <i>Box 13a</i> – Stabile COPD: Medikamentöse Therapien – inhalative Substanzen <i>Zeitraum:</i> 1x im Quartal <i>TK:</i> Personelle Ressourcen/Schulung des Personals</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C16	Pneumokokken-Schutzimpfung
Beschreibung	Patienten mit COPD sollen eine Pneumokokken-Schutzimpfung erhalten.
Zähler	Alle Patienten mit COPD und dokumentierter Pneumokokken-Schutzimpfung
Nenner	Alle Patienten mit COPD
LL- Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumococcal vaccine (23vPPV): For those with newly diagnosed COPD who have never received pneumococcal immunisation: a first dose of 23vPPV is recommended at diagnosis followed by up to two additional doses. For older adults who have already received an age-based first dose of 23vPPV at age 65 years (non-Indigenous) or 50 years (Indigenous), a single revaccination dose of 23vPPV is recommended a minimum of 5 years after the previous dose. • Pneumococcal vaccine (23vPPV): For those with pre-existing COPD: the first revaccination dose of 23vPPV is recommended at a minimum of 5 years after the most recent dose of 23vPPV, followed by a third dose at 65 years of age or five years after the previous dose, whichever is the later. • We recommend offering prevention and risk reduction efforts including smoking cessation and vaccination. • Für die dort (NVL) ebenfalls empfohlene Schutzimpfung gegen Pneumokokken ist nach derzeitiger Evidenzlage für Patienten mit COPD eine protektive Wirkung nicht ausreichend belegt.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Grundimmunisierung (sofern noch nicht vorhanden) soll möglichst zeitnah zur COPD-Diagnosestellung erfolgen. ▪ Die 1. Auffrischungsimpfung soll 5 Jahre nach Grundimmunisierung erfolgen. ▪ Die 2. Auffrischungsimpfung soll 5 Jahre nach der 1. Auffrischungsimpfung oder zum 65. Lebensjahr (zum jeweils späteren Zeitpunkt) erfolgen. <p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), Impfpass (e-Impfpass) <i>Box 12b</i> – Stabile COPD: Weitere Beratung / nicht-medikamentöse Maßnahmen <i>Ausnahme:</i> Patienten, die die Impfung ablehnen. <i>TK:</i> Patienten müssen die Kosten der Impfung übernehmen</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p> <p>Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 12.2014 [cited 28.03.2017]; Available from:</p>

	<p>https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPDCPG2014.pdf</p> <p>Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 01.2016 [cited 05.04.2017]; Available from: https://www.icsi.org/asset/yw83gh/COPD.pdf</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM Leitlinien Nr. 11 - Husten. 02.2014 [cited 28.03.2017]; Available from: http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Leitlinien-Entwuerfe/053-013%20Husten/Langfassung_Leitlinie_Husten_20140323.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C17	Grippe-Schutzimpfung
Beschreibung	Patienten mit COPD sollen eine Pneumokokken-Schutzimpfung erhalten.
Zähler	Alle Patienten mit COPD und dokumentierter Pneumokokken-Schutzimpfung
Nenner	Alle Patienten mit COPD
LL- Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumococcal vaccine (23vPPV): For those with newly diagnosed COPD who have never received pneumococcal immunisation: a first dose of 23vPPV is recommended at diagnosis followed by up to two additional doses. For older adults who have already received an age-based first dose of 23vPPV at age 65 years (non-Indigenous) or 50 years (Indigenous), a single revaccination dose of 23vPPV is recommended a minimum of 5 years after the previous dose. • Pneumococcal vaccine (23vPPV): For those with pre-existing COPD: the first revaccination dose of 23vPPV is recommended at a minimum of 5 years after the most recent dose of 23vPPV, followed by a third dose at 65 years of age or five years after the previous dose, whichever is the later. • We recommend offering prevention and risk reduction efforts including smoking cessation and vaccination. <p>4. Für die dort (NVL) ebenfalls empfohlene Schutzimpfung gegen Pneumokokken ist nach derzeitiger Evidenzlage für Patienten mit COPD eine protektive Wirkung nicht ausreichend belegt.</p>
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Grundimmunisierung (sofern noch nicht vorhanden) soll möglichst zeitnah zur COPD-Diagnosestellung erfolgen. ▪ Die 1. Auffrischungsimpfung soll 5 Jahre nach Grundimmunisierung erfolgen. ▪ Die 2. Auffrischungsimpfung soll 5 Jahre nach der 1. Auffrischungsimpfung oder zum 65. Lebensjahr (zum jeweils späteren Zeitpunkt) erfolgen. <p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95), Impfpass (e-Impfpass) <i>Box 12b</i> – Stabile COPD: Weitere Beratung / nicht-medikamentöse Maßnahmen <i>Ausnahme:</i> Patienten, die die Impfung ablehnen. <i>TK:</i> Patienten müssen die Kosten der Impfung übernehmen</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p> <p>Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 12.2014 [cited 28.03.2017]; Available from:</p>

	<p>https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPDCPG2014.pdf</p> <p>Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 01.2016 [cited 05.04.2017]; Available from: https://www.icsi.org/asset/yw83gh/COPD.pdf</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM Leitlinien Nr. 11 - Husten. 02.2014 [cited 28.03.2017]; Available from: http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Leitlinien-Entwuerfe/053-013%20Husten/Langfassung_Leitlinie_Husten_20140323.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C19	Schulung Selbstmanagement
Beschreibung	Alle Patienten mit COPD sollen im Selbstmanagement hinsichtlich einer realistischen Zielsetzung und -erreichung unterstützt werden. Dazu soll eine Schulung erfolgen und ein schriftlicher Maßnahmenplan gemeinsam mit dem Patienten erstellt werden.
Zähler	Alle Patienten mit COPD, die eine Schulung im Selbstmanagement erhalten haben
Nenner	Alle Patienten mit COPD
LL-Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • Provide self-management support to assist patients to set and achieve realistic goals and monitor their effectiveness in the context of regular review. • Within the context of a self-management approach (that includes education and support) develop a written action plan in partnership with patients and significant others which indicates medicines, doses and actions to take for maintenance therapy and for exacerbations.
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), Zusatzdokumentation (Vermerk in der Krankenakte (Schulung und Maßnahmenplan)) <i>Box 12b</i> – Stabile COPD: Weitere Beratung / nicht-medikamentöse Maßnahmen</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C20	Ermutigung zur körperlichen Aktivität
Beschreibung	Alle Patienten mit COPD sollen im Sinne eines gesunden Lebensstils zu regelmäßiger körperlicher Aktivität motiviert werden.
Zähler	Alle Patienten mit COPD, die zu regelmäßiger körperlicher Aktivität ermutigt wurden
Nenner	Alle Patienten mit COPD
LL-Empfehlung	Encourage regular physical activity for all patients with COPD. Die körperliche Aktivität ist ein starker Prädiktor für die Mortalität. Patienten sollten dazu motiviert werden, ihre körperliche Aktivität zu steigern, allerdings ist noch nicht klar, wie die Erfolgswahrscheinlichkeit am besten sichergestellt werden kann.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), Zusatzdokumentation (Notiz der körperlichen Aktivität, Aushändigung von schriftlichen Informationen, wo es körperliche Aktivitäten gibt) <i>Box 12b</i> – Stabile COPD: Weitere Beratung / nicht-medikamentöse Maßnahmen
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/download/326/</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C21	Raucherberatung
Beschreibung	Bei allen Personen, die rauchen, sollen zur Risikoreduktion eine Raucherberatung durchgeführt und ein Raucherentwöhnungsprogramm angeboten werden.
Zähler	COPD-Patienten mit aktivem Raucherstatus, die an einer Raucherberatung teilgenommen haben
Nenner	COPD-Patienten mit aktivem Raucherstatus
LL- Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • For smokers who continue to smoke, offer both counselling and nicotine dependence treatment provided there are no contraindications. • Offer brief smoking cessation counselling and details for Quitline (13 78 48) as a minimum intervention at every visit to all smokers. • For all smokers, offer brief counselling and details for Quitline (13 78 48) as a minimum intervention at every visit. • We recommend offering prevention and risk reduction efforts including smoking cessation and vaccination. • COPD-Patienten, die noch rauchen, sollen unabhängig vom Alter klar, deutlich und mit persönlichem Bezug dazu motiviert werden, den Tabakkonsum zu beenden. • Interventionen zur Raucherentwöhnung sollten bei allen COPD-Patienten aktiv verfolgt werden. • Die Tabakentwöhnung ist die wirksamste und kosteneffektivste Einzelmaßnahme, um das Risiko der COPD-Entstehung herabzusetzen und das Voranschreiten der Erkrankung zu stoppen. Daher soll die Tabakentwöhnung nachhaltig auf allen Versorgungsebenen gefördert werden. • Wichtig ist, COPD-Patienten, die rauchen, klar und deutlich dazu zu motivieren, den Tabakkonsum zu beenden.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) Zusatzdokumentation (Raucherberatung teilgenommen) <i>Box 12a – Raucherberatung</i>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM Leitlinien Nr. 11 - Husten. 02.2014 [cited 28.03.2017]; Available from: http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Leitlinien-Entwuerfe/053-013%20Husten/Langfassung_Leitlinie_Husten_20140323.pdf</p> <p>Andreas S, Batra A, Behr J, et al. [Smoking cessation in patients with COPD]. <i>Pneumologie</i> (Stuttgart, Germany). 2014 Apr; 68 (4): 237-58</p> <p>Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 12.2014 [cited 28.03.2017]; Available from: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPDCPG2014.pdf</p> <p>Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 01.2016 [cited 05.04.2017]; Available from: https://www.icsi.org/asset/yw83qh/COPD.pdf</p>

	<p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/download/326/</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C22	Akute Exazerbation: Reha nach stat. Aufenthalt
Beschreibung	Patienten mit COPD, die nach einer akuten Exazerbation aus dem stationären Bereich entlassen werden, sollen innerhalb von 4 Wochen an einem pneumologischen Rehabilitationsprogramm teilnehmen, um das Exazerbationsrisiko zu reduzieren.
Zähler	COPD-Patienten nach stationärem Aufenthalt wegen Exazerbation, die innerhalb von 4 Wochen ein pneumologisches Rehabilitationsprogramm begonnen haben
Nenner	COPD-Patienten nach stationärem Aufenthalt wegen Exazerbation
LL- Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • In patients with moderate, severe, or very severe COPD who have had a recent exacerbation (ie, ≤ 4 weeks), we recommend pulmonary rehabilitation to prevent acute exacerbations of COPD. • In patients who have had an exacerbation, refer to pulmonary rehabilitation as soon as acute instability has resolved. • Patients hospitalised for acute exacerbation of COPD should be offered pulmonary rehabilitation at hospital discharge to commence within 1 month of discharge. • The guideline panel recommends people with moderate-to-severe COPD (stable or following discharge from hospital for an exacerbation of COPD) should undergo pulmonary rehabilitation to decrease hospitalisations for exacerbations • We recommend offering pulmonary rehabilitation to stable patients with exercise limitation despite pharmacologic treatment and to patients who have recently been hospitalized for an acute exacerbation.
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19), Zusatzdokumentation (Befund Krankenhaus; Antrag zur pneumologischen Rehabilitation)</p> <p><i>Box 11 – Akute Exazerbation: Management nach Krankenhaus-Entlassung</i></p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Criner GJ, Bourbeau J, Diekemper RL, et al. Prevention of acute exacerbations of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline. <i>Chest</i>. 2015 Apr; 147 (4): 894-942</p> <p>Criner GJ, Bourbeau J, Diekemper RL, et al. Executive summary: prevention of acute exacerbation of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline. <i>Chest</i>. 2015 Apr; 147 (4): 883-93</p> <p>Bolton CE, Bevan-Smith EF, Blakey JD, et al. British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults. <i>Thorax</i>. 2013 Sep; 68 Suppl 2: ii1-30</p> <p>Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 12.2014 [cited 28.03.2017]; Available from: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPDCPG2014.pdf</p> <p>Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 01.2016 [cited 05.04.2017]; Available from: https://www.icsi.org/_asset/yw83qh/COPD.pdf</p>

	<p>Alison JA, McKeough ZJ, Johnston K, et al. Australian and New Zealand Pulmonary Rehabilitation Guidelines. <i>Respirology</i> (Carlton, Vic). 2017 Mar 24:</p> <p>The Thoracic Society of Australia and New Zealand, Lung Foundation Australia. The Australia and New Zealand Pulmonary Rehabilitation Guidelines. 02.2017 [cited 04.04.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2017/03/LFATSANZ-PulmonaryRehabGuidelines-Feb2017-final-edit.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc V3.02 0316 web.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C23	Exazerbation: Überweisung Pneumologen nach stat. Entlassung
Beschreibung	Patienten mit COPD, die nach einer Exazerbation aus dem stationären Bereich entlassen werden, sollen im nachfolgend angeführten Zeitraum zu einem Facharzt für Pneumologie überwiesen werden: <ul style="list-style-type: none"> ○ bei Entlassung mit Sauerstofftherapie innerhalb von 30 – 90 Tagen.
Zähler	COPD-Patienten mit Sauerstofftherapie nach stationärem Aufenthalt wegen einer Exazerbation, die innerhalb von 90 Tagen an einen Facharzt für Pneumologie oder an eine pulmologische Ambulanz überwiesen wurden und Kontakt hatten
Nenner	COPD-Patienten mit Sauerstofftherapie nach stationärem Aufenthalt wegen einer Exazerbation
LL- Empfehlung	We recommend that patients discharged home from hospitalization with acute transitional oxygen therapy are evaluated for the need for LTOT within 30-90 days after discharge.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19) Zusatzdokumentation (Überweisung zur Fachgruppe „10“, Verordnung/Bewilligung für Sauerstofftherapie) <i>Box 11 – Akute Exazerbation: Management nach Krankenhaus-Entlassung</i>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 2014 [cited 28.03.2017]; Available from: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPDCPG2014.pdf
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C24	Exazerbation: PVE-Vorstellung nach stat. Entlassung
Beschreibung	Patienten mit COPD, die nach einer Exazerbation aus dem stationären Bereich entlassen werden, sollen innerhalb von 7 Tagen von einem Mitglied des Primärversorgungsteams oder Hausarztpraxen gesehen werden.
Zähler	COPD-Patienten nach stationärem Aufenthalt wegen einer Exazerbation, die innerhalb von 7 Tagen in einer Hausarztpraxis/PVE vorstellig wurden
Nenner	COPD-Patienten nach stationärem Aufenthalt wegen einer Exazerbation
LL-Empfehlung	Patients with COPD discharged from hospital should be reviewed by a member of the primary healthcare team within 7 days of discharge.
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19), Zusatzdokumentation (KH-Befund, e-Befund) <i>Box 11 – Akute Exazerbation: Management nach Krankenhaus-Entlassung</i> <i>Management:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • kurzfristige Nachbetreuung • bei Bedarf Schulung der Techniken zur Reinigung der Atemwege • Überweisung zur Kontrolle an einen Facharzt für Pneumologie oder pneumologische Rehabilitationsprogramm • Verbesserung des Recall-System
Indikatortyp	Strukturindikator
Literatur	<p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C25	Antibiotika bei Exazerbation mit Atemwegsinfektion
Beschreibung	Bei Patienten mit COPD und Exazerbationen <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit klinischen Zeichen einer Infektion oder ▪ mit Atemnot und vermehrtem oder purulentem Sputum wird die Verabreichung von Antibiotika für 5 – 7 Tage empfohlen.
Zähler	COPD-Patienten mit Exazerbation und Symptomen einer Atemwegsinfektion, denen ein Antibiotikum verschrieben wurde
Nenner	COPD-Patienten mit Exazerbation und Symptomen einer Atemwegsinfektion
LL-Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • We recommend antibiotic use for patients with COPD exacerbations who have increased dyspnea and increased sputum purulence (change in sputum color) or volume. • In patients with exacerbations and clinical features of infection, prescribe oral amoxicillin (500mg every 8 hours) or doxycycline (200mg orally, for the first dose, then 100mg daily) for 5 days. If the patient is not improving and the sputum culture grows a resistant organism a change in antibiotics should be considered. • For outpatients with acute COPD exacerbation who are treated with antibiotics, we recommend a five-day course of the chosen antibiotic.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95, R25; ICD-10: J44.11-J44.19, Medikation, e-medikation) <i>Box 10 – Akute Exazerbation:</i> Medikamentöse Therapien „klinischen Zeichen einer Infektion“: Die klassischen fünf Entzündungszeichen: Rötung, Schwellung, Überwärmung, Schmerzen und Funktionseinschränkung.
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p> <p>Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 2014 [cited 28.03.2017]; Available from: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPDCPG2014.pdf</p> <p>Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 2016 [cited 05.04.2017]; Available from: https://www.icsi.org/_asset/yw83gh/COPD.pdf https://www.draco.de/klinische-infektionszeichen/</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C26	Exazerbation: Systemische Corticosteroide
Beschreibung	Zur Behandlung akuter Exazerbationen werden systemische Corticosteroide (vorzugsweise oral) empfohlen. Die Behandlung dazu soll 5 – 7 Tage (max. 14 Tage) bei einer Dosis von 30 – 40 mg Prednisolon-Äquivalent pro Tag erfolgen.
Zähler	COPD-Patienten mit Exazerbation, die eine systemische Corticosteroid-Therapie erhielten
Nenner	COPD-Patienten mit Exazerbation
LL-Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • For acute COPD exacerbations, we recommend a course of systemic corticosteroids (oral preferred) of 30-40 mg prednisone equivalent daily for 5-7 days. • Systemische Corticosteroide können die Lungenfunktion (FEV1) und Oxygenierung verbessern und die Zeit bis zur Erholung sowie die Krankenhausverweildauer verkürzen. Die Dauer der Therapie sollte 5-7 Tage nicht überschreiten. • In patients with exacerbations, prescribe oral corticosteroids (prednisolone 30-50 mg or equivalent, taken in the morning) for 5 days and then stop; tapering the dose should not be necessary.
Anmerkung	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19), Zusatzdokumentation (Rezept, e-medikation) <i>Box 10 – Akute Exazerbation: Medikamentöse Therapien</i> <i>Max. 560mg in 14 Tagen bei einer akuten Exazerbation</i>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 2014 [cited 28.03.2017]; Available from: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPDCPG2014.pdf</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/download/326/</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C27	Exazerbation: Systemische Corticosteroide
Beschreibung	Bei Patienten mit COPD und akuten Exazerbationen werden systemische Corticosteroide nicht als Dauertherapie zur Prävention einer Hospitalisierung aufgrund weiterer akuter Exazerbationen empfohlen.
Zähler	COPD-Patienten mit Exazerbation und systemischer Corticosteroid-Therapie, die für max. 14 Tage verschrieben wurde
Nenner	COPD-Patienten mit Exazerbation und systemischer Corticosteroid-Therapie
LL-Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • For patients with an acute exacerbation of COPD in the outpatient or inpatient setting, we recommend that systemic corticosteroids not be given orally or intravenously for the sole purpose of preventing hospitalization due to subsequent acute exacerbations of COPD beyond the first 30 days following the initial acute exacerbation of COPD. • Eine langfristige Therapie mit oralen Corticosteroiden wird nicht empfohlen. • Eine langfristige Anwendung von oralen Glucocorticoiden geht mit zahlreichen Nebenwirkungen einher, während es keine Evidenz für einen Nutzen gibt. • Die Gabe systemischer Kortikosteroide (20-40 mg Prednisolon-Äquivalent pro Tag) ist maximal für 14 Tage vorzunehmen, denn eine längere Behandlung bringt keine zusätzlichen Vorteile. Eine aktuelle Studie weist darauf hin, dass eine Therapie über fünf Tage ausreichend ist. • For patients with an acute exacerbation of COPD in the outpatient or inpatient setting, we recommend that systemic corticosteroids not be given orally or intravenously for the sole purpose of preventing hospitalization due to subsequent acute exacerbations of COPD beyond the first 30 days following the initial acute exacerbation of COPD. • Avoid long-term (> 2 weeks) use of systemic corticosteroids.
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19), Rezept (e-medikation) <i>Box 10</i> – Akute Exazerbation: Medikamentöse Therapien</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Criner GJ, Bourbeau J, Diekemper RL, et al. Prevention of acute exacerbations of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline. <i>Chest</i>. 2015 Apr; 147 (4): 894-942</p> <p>Criner GJ, Bourbeau J, Diekemper RL, et al. Executive summary: prevention of acute exacerbation of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline. <i>Chest</i>. 2015 Apr; 147 (4): 883-93</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/download/326/</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf</p>

	<p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM Leitlinien Nr. 11 - Husten. 2014 [cited 28.03.2017]; Available from: http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Leitlinien-Entwuerfe/053-013%20Husten/Langfassung_Leitlinie_Husten_20140323.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C28	Exazerbation: Schulung für Fachkräfte und Laien
Beschreibung	<p>Patienten und Pflegende sollen durch eine Kombination mehrerer nachfolgend angeführter Maßnahmen zum Umgang mit bzw. zur Prävention von Exazerbationen befähigt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Unterstützung durch einen Case-Manager ○ Schulung im Selbstmanagement ○ Schriftliche Maßnahmenpläne <p>Einzelne Maßnahmen alleine werden nicht empfohlen. Patienten und Pflegende sollen darin geschult werden, Exazerbationen zu erkennen.</p>
Zähler	Alle Versorgungseinheiten in einem Versorgungsgebiet, die Exazerbations-Schulungen für Patienten und Pflegende (Fachkräfte und Laien) anbieten
Nenner	Alle Versorgungseinheiten in einem Versorgungsgebiet
LL-Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • Educate patients and carers on how to recognise and respond to exacerbations by combining action plans with self-management education and integrated care based on shared care arrangements • Implement written action plans to treat exacerbations early • Zur Vorbeugung von Komplikationen einer Exazerbation, z. B. Krankenhauseinweisungen, werden Schulung und Selbstmanagement mit Unterstützung eines Fallmanagers mit oder ohne schriftlichen Aktionsplan empfohlen
Anmerkungen	<p><i>Erfassung: Zusatzdokumentation</i> <i>Box 9 – Akute Exazerbation: Beratung / nicht-medikamentöse Maßnahmen</i> <i>TK: Case-Manager fehlen</i></p>
Indikatortyp	Strukturindikator
Literatur	<p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/download/326/</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C29	Häufige Exazerbationen: Assessment Begleiterkrankungen
Beschreibung	Ein Assessment auf mögliche Begleiterkrankungen (z.B. koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, gastroösophageale Refluxkrankheit, obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, metabolisches Syndrom, Osteoporose, Dysfunktion der Skelettmuskulatur, Depressionen und Angstzustände, Lungenkrebs) soll vor allem bei Patienten mit häufigen Exazerbationen erfolgen. Dazu sollen möglichst einfache Tests verwendet werden (z.B. EKG, Troponin, Brain Natriuretic Peptide (BNP), D-Dimer).
Zähler	COPD-Patienten mit häufigen Exazerbationen, bei denen das Vorliegen möglicher Begleiterkrankungen abgeklärt wurde
Nenner	COPD-Patienten mit häufigen Exazerbationen
LL- Empfehlung	We recommend investigating additional comorbid diagnoses particularly in patients who experience frequent exacerbations (two or more/year, defined as prescription of corticosteroids, prescription of antibiotics, hospitalization, or ED visit) using simple tests and decision rules (cardiac ischemia [troponin, electrocardiogram], congestive heart failure [B-type natriuretic peptide (BNP), pro-BNP], pulmonary embolism [D-dimer plus clinical decision rule], and gastroesophageal reflux).
Anmerkungen	<p><i>Häufig:</i> ≥ 2 Exazerbationen/Jahr <i>Definition Exazerbation gem. Leitlinie:</i> prescription of corticosteroids, prescription of antibiotics, hospitalization, or Emergency Department visit <i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19), Verrechnung von Honorarleistungen (z.B. D-Dimer, EKG) <i>Box 7 – Begleiterkrankungen:</i> Assessment und Therapie: Ein Assessment auf mögliche Begleiterkrankungen (z.B. koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, gastroösophageale Refluxkrankheit, obstruktives Schlafapnoe-syndrom, metabolisches Syndrom, Osteoporose, Dysfunktion der Skelettmuskulatur, Depressionen und Angstzustände. Dazu sollen möglichst einfache Tests verwendet werden (z.B. EKG, Troponin, Brain Natriuretic Peptide (BNP), D-Dimer)</p>
Indikatortyp	Strukturindikator
Literatur	Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 2014 [cited 28.03.2017]; Available from: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPDCPG2014.pdf
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C30	Evaluierung COPD-Schweregrad (GOLD-Gruppe)
Beschreibung	Der Schweregrad der COPD soll mittels Spirometrie, anhand der Symptome und der Häufigkeit von Exazerbationen festgestellt und zumindest jährlich reevaluiert werden.
Zähler	Alle Patienten mit COPD, bei denen in den letzten 12 Monaten eine Re-/Evaluierung des COPD-Schweregrades (GOLD-Gruppe) stattgefunden hat
Nenner	Alle Patienten mit COPD
LL-Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> • Assess functional status and impact of COPD regularly either via traditional history taking / symptom checklists or using validated assessment tools such as the COPD Assessment Test (CAT - www.catestonline.org) and the Modified Medical Research Council (mMRC) Dyspnoea scale. • To guide ongoing management, assess COPD severity based on lung function and a careful assessment of symptoms and signs, and review the history of exacerbations at least annually. • Perform further investigations to identify patients with severe COPD based on lung function as well as a careful assessment of symptoms and signs of hypoxaemia, hypercapnia, pulmonary hypertension, heart failure or polycythaemia.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), Verrechnung von Honorarleistungen (z.B. Spirometrie) <i>Box 6 – Bestimmung des COPD Schweregrads</i>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf</p> <p>Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf</p> <p>Angaben zur Literatur</p>
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C31	Erhebung der Aderhence nicht-medikamentöser/medikamentöser Therapien
Beschreibung	Bei allen Patienten mit COPD soll regelmäßig die Einhaltung der nicht-medikamentösen Therapien (Rauchverzicht, Impfstatus, körperliche Aktivität, Sauerstofftherapie) und medikamentösen Therapien angesprochen werden.
Zähler	Alle Patienten mit COPD, bei denen die Einhaltung einer nicht-medikamentösen und medikamentösen Therapien regelmäßig erhoben wurde
Nenner	Alle Patienten mit COPD
LL-Empfehlung	For all patients, check adherence with non-pharmacological (e.g. smoking cessation, immunisation, exercise and oxygen) and pharmacological treatment strategies regularly, preferably at each visit.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), Zusatzdokumentation (z.B. körperliche Aktivität, Medikation) <i>Box 12b – Stabile COPD: Weitere Beratung / nicht-medikamentöse Maßnahmen</i> <i>Regelmäßig:</i> z.B. bei jedem Praxisbesuch, mind. 1x im Halbjahr
Indikatorotyp	Prozessindikator
Literatur	Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C32	Fachärztliche Indikationsstellung PDE4-Inhibitor
Beschreibung	Bei Patienten mit schwerer bis sehr schwerer COPD und häufigen Exazerbationen trotz maximaler inhalativer Therapie und/oder chronischer Bronchitis sollte eine Überweisung zum Facharzt für Pneumologie erfolgen, um die Indikation für eine Therapie mit PDE-4-Inhibitoren zu prüfen.
Zähler	COPD-Patienten der GOLD-Graduierung III und IV mit häufigen Exazerbationen bei bestehender maximaler inhalativer Therapie, die zur Indikationsstellung von PDE4-Inhibitoren zum Facharzt für Pneumologie und pneumologische Ambulanz überwiesen wurden
Nenner	COPD-Patienten der GOLD-Graduierung III und IV mit häufigen Exazerbationen bei bestehender maximaler inhalativer Therapie
LL-Empfehlung	Bei Patienten mit chronischer Bronchitis, schwerer bis sehr schwerer COPD und anamnestisch bekannten Exazerbationen. Ein PDE4-Inhibitor verbessert die Lungenfunktion und reduziert mittelschwere und schwere Exazerbationen.
Anmerkungen	<i>Häufig:</i> ≥ 1 Exazerbation pro Jahr <i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.11-J44.19), Zusatzdokumentation (Überweisung an die Fachgruppe „10“ oder „85“) <i>Box 13b</i> – Stabile COPD: Medikamentöse Therapien - weitere Medikation
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. 2017 [cited http://goldcopd.org/download/326/] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf]
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C33	Stabile COPD: Theophyllin
Beschreibung	Theophyllin soll nur in Ausnahmefällen (z.B. bei einem FEV ₁ < 40 %) und nur in geringer Dosis (max. 100 mg 2x täglich) zur Therapie der stabilen COPD verwendet werden.
Zähler	Patienten mit stabiler COPD mit einer Theophyllin-Therapie
Nenner	Patienten mit stabiler COPD
LL-Empfehlung	Die bronchienerweiternde Wirkung von Theophyllin bei stabiler COPD ist gering, und dies ist mit einem bescheidenen symptomatischen Nutzen verbunden.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-) <i>BOX 13b</i> – Stabile COPD: Medikamentöse Therapien - weitere Medikation „ <i>stabile COPD</i> “: es tritt keine Verschlechterung der Erkrankung ein (Patienten der Stufe III oder IV)
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD - Report 2017. 2017 [cited http://goldcopd.org/download/326/] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Diagnose, Management und Prävention von COPD - pocket Leitfaden. 2017 [cited http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-German-Pocket-Guide.pdf]
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C34	Stabile COPD: Langzeitsauerstofftherapie
Beschreibung	Patienten mit einer stabilen COPD sollen bei vermuteter chronischer Hypoxämie ($\text{SpO}_2 \leq 92\%$ mittels Pulsoximetrie bei Raumluft) zu einem Facharzt für Pneumologie überwiesen werden, um den Bedarf einer Langzeitsauerstofftherapie abzuklären (Blutgasanalyse).
Zähler	Patienten mit stabiler COPD und vermuteter chronischer Hypoxymie ($\text{SpO}_2 \leq 92\%$ mittels Pulsoximetrie bei Raumluft), die zur Indikationsstellung einer Langzeitsauerstofftherapie zu einem Facharzt für Pneumologie und pneumologische Ambulanz überwiesen wurden
Nenner	Patienten mit stabiler COPD und vermuteter chronischer Hypoxymie ($\text{SpO}_2 \leq 92\%$ mittels Pulsoximetrie bei Raumluft)
LL-Empfehlung	For stable patients with possible persisting hypoxaemia (suggested by $\text{SpO}_2 < 92\%$ measured using a pulse oximeter), refer to specialist respiratory services to assess the need for oxygen therapy.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), Zusatzdokumentation (Überweisung an die Fachgruppe „10“ oder „85“) <i>Box 14 – Stabile COPD: Sauerstofftherapie</i>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. 2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indikator Nr. C35	Pneumologische Reha nach Aktivitätseinschränkung
Beschreibung	Bei Patienten mit COPD, die ihre körperliche Aktivität plötzlich einschränken, soll vorzeitig eine neuerliche Teilnahme an einem pneumologischen Rehabilitationsprogramm in Erwägung gezogen werden.
Zähler	COPD Patienten nach einer pneumologischen Rehabilitation, die ihre körperlicher Aktivität beendet haben, bei denen eine vorzeitige erneute Teilnahme an einem pneumologischen Rehabilitationsprogramm besprochen und entsprechend dokumentiert wurde
Nenner	COPD Patienten nach einer pneumologischen Rehabilitation, die ihre körperlicher Aktivität beendet haben
LL-Empfehlung	Re-assess and consider re-referral to pulmonary rehabilitation for patients who have stopped being active.
Anmerkungen	Erhebung und Änderung d. körperlichen Aktivität durch CAT abbildbar und dokumentierbar. <i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: R95; ICD-10: J44.-), <i>BOX 15 – Pneumologische Rehabilitation</i>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. 03.2017 [cited 26.06.2017]; Available from: http://copdx.org.au/wp-content/uploads/2017/06/COPDX-V2-49-March-2017.pdf Lung Foundation Australia, The Thoracic Society of Australia and New Zealand. COPD-X Concise Guide for Primary Care. [cited 26.06.2017]; Available from: http://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2014/11/LFA-COPD-X-doc_V3.02_0316_web.pdf
Kommentar	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Anhang 8 Alle Kommentare zu den COPD-QI

Nr.	Indikator	1. Bewertungsrunde	2. Bewertungsrunde
C01	<p>"Raucherstatus bei Verdacht auf COPD"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sicher wichtig, ist der Nenner klar definiert? Für systematische Erfassung ungeeignet, weil die Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich fehlt; Anamnese und Untersuchungsergebnisse nicht zentral erfasst werden, d.h. SV liegen keine Daten vor, d.h. die Sammlung der Daten wäre mit einem enormen Aufwand verbunden 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung: Das Erfragen des Raucherstatus alleine bedeutet nicht, dass ein Patient den Nikotinkonsum reduziert oder beendet.</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p>
C02	<p>"Abklärung (Basisdiagnostik) COPD"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Exakte Abgrenzung des Nenners möglich? Für systematische Erfassung ungeeignet, weil die Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich fehlt; Anamnese und Untersuchungsergebnisse nicht zentral erfasst werden, d.h. SV liegen keine Daten vor, d.h. die Sammlung der Daten wäre mit einem enormen Aufwand verbunden. 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung: Wenn über Informationsveranstaltungen die Bevölkerung verunsichernd informiert wird, kommt es zur Untersuchung gesunder Menschen.</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pat. berichtet langen Raucherstatus, Spiro zur Kontrolle → an COPD Abklärung gedacht = Definition der COPD Abklärung Kriterium: Spiro wurde gemacht

C03	<p>"Differentialdiagnostik"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nenner –Ermittlung möglich? Auch bei exakter Routedokumentation eher schwer erhebbar denk ich; • Für systematische Erfassung ungeeignet, weil die Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich fehlt, • Anamnese und Untersuchungsergebnisse nicht zentral erfasst werden, d.h. SV liegen keine Daten vor, d.h. die Sammlung der Daten wäre mit einem enormen Aufwand verbunden. 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Was ist mit der Altersgruppe 45-65?</p> <p>Nicht in LL – ist in Ordnung</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p> <p>Die Differentialdiagnose muss bei jedem Erkrankten durchgeführt werden!</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine Annahme, zu kompliziert
C04	<p>"Assessment akute Exazerbation"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ev. kein kriegsentscheidender Indikator (weniger wichtig); was ist vermehrte Symptomatik – müsste exakter definiert werden, um standardisierte Erfassung zu ermöglichen • Für systematische Erfassung ungeeignet, weil die Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich fehlt, • Anamnese und Untersuchungsergebnisse nicht zentral erfasst werden, d.h. SV liegen keine Daten vor, d.h. die Sammlung der Daten wäre mit einem enormen Aufwand verbunden. 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Was bedeutet Abklärung?? Status, Labor, Bildgebung, Facharzt, Spiro?</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p> <p>Facharztübeweisung „Absicherung“</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gefahr overdiagnosis/overtreatment • wichtig, aber nicht praktikabel für einen Indikator dies ist nicht praktikabel erfassbar

C05	<p>"Exazerbation – zeitnahe Diagnose und Behandlung"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wichtiger Indikator – aber wird jemand der das diagnostiziert aber nicht behandelt hat entsprechende Aufzeichnung darüberführen? Schwierige Erfassung • Für systematische Erfassung ungeeignet, weil die Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich fehlt, • Anamnese und Untersuchungsergebnisse nicht zentral erfasst werden, d.h. SV liegen keine Daten vor, d.h. die Sammlung der Daten wäre mit einem enormen Aufwand verbunden. 	<p><i>Klarheit und Verständlichkeit:</i></p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24h willkürlich, wann beginnt Stunde 0 • Zeitbericht subjektiv und unterschiedlich (gestern, seit ein paar Tagen etc.) • Exazerbation sollte auf jeden Fall per Indikator erfasst werden • in dieser Art nicht praktikabel, zeitnahes behandeln und gute Betreuung wichtig: Indikator möglich, wenn Patient in intramuralen Bereich aufgenommen wird, weil in PV nicht ausreichend und schnell genug behandelt wurde
C06	<p>"Weiterführendes Training nach pneumologischer Rehabilitation"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Für systematische Erfassung ungeeignet, weil die Diagnose-codierung im niedergelassenen Bereich fehlt • Anamnese und Untersuchungsergebnisse nicht zentral erfasst werden, d.h. SV liegen keine Daten vor, d.h. die Sammlung der Daten wäre mit einem enormen Aufwand verbunden. 	<p><i>Klarheit und Verständlichkeit:</i></p> <p>Genauere Definition der Inhalte der pneumologischen Reha</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn keine Beratung stattfindet (Adressen, Angebote etc.): selbstverständlich, dass man körperliche Aktivität anspricht • Eindruck: bis dato im niedergelassenen Bereich: keine Betreuung und Beratung, teilweise durch FA • Beratung alleine drückt aus, Ausbildung gut? • Warum begrenzt sich der Indikator auf die post-Reha-Zeit? → gibt weiteren • Indikator kann als Ansporn für Beratung in Zukunft gesehen werden • =C20

C07	<p>"Überweisung – pneumologisches Rehabilitationsprogramm"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Dieser und der nächste Indikator (C08) könnten zusammengefasst werden Für systematische Erfassung ungeeignet, weil die Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich fehlt, Anamnese und Untersuchungsergebnisse nicht zentral erfasst werden, d.h. SV liegen keine Daten vor, d.h. die Sammlung der Daten wäre mit einem enormen Aufwand verbunden. 	<p>Klarheit und Verständlichkeit: Trainer, Therapeut, Qualität des Trainings ist nicht definiert</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> Problem Nenner: GOLD, mMRC → hohe Symptomlast, aber keine Überweisung → unlogisch, nicht erhebbar, C08 besser Nenner nicht erhebbar
C08	<p>"Empfehlung für pneumologische Rehabilitation"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Dieser und der vorige Indikator (C07) könnten zusammengefasst werden Für systematische Erfassung ungeeignet, weil die Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich fehlt, Anamnese, Empfehlungen und Untersuchungsergebnisse nicht zentral erfasst werden, d.h. SV liegen keine Daten vor, d.h. die Sammlung der Daten wäre mit einem enormen Aufwand verbunden. 	<p>Klarheit und Verständlichkeit: Qualität der Empfehlung? Mündlicher Hinweis? Schriftliche Einladung? Kostenloses erreichbares Programm vorhanden?</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> systematische Beratung zur Reha = high end ambulante Reha-Möglichkeiten gehören in die PV, ist chronisches Geschehen, müsste somit nicht wegfahren, Reha zu Hause Relevanz abh. von Verfügbarkeit Empfohlen/teilgenommen: <ul style="list-style-type: none"> empfohlen → alle fallen rein Teilgenommen: fast niemand, im ländlichen Bereich nicht verfügbar Textänderung: teilgenommen
C09	<p>"Kontrolltermin Langzeitsauerstofftherapie"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Ev. über Routinedaten auswertbar Bedingt geeignet, Leistungen, die in Anspruch genommen wurden, sind in der SV-Datenbank abgebildet. Verordnungen werden nicht systematisch erfasst. 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung: Viele Pat. sind eingeschränkt mobil. Der Facharzt macht keine Hausbesuche.</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> wenn wer so schwer krank ist, hauptsächlich Betreuung bei FA oder Ambulanz

C10	<p>"Langzeit-Sauerstofftherapie bei Hypoxämie"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Für systematische Erfassung ungeeignet, weil die Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich fehlt, • Anamnese und Untersuchungsergebnisse nicht zentral erfasst werden, d.h. SV liegen keine Daten vor, d.h. die Sammlung der Daten wäre mit einem enormen Aufwand verbunden. 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kleine Patientengruppe, die üblicherweise regelmäßig in medizinischer Kontrolle ist. • Pulsoxi beim Patienten etablieren! 	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p>
C11	<p>"SBOT"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • nicht geeignet, Leistungen, die in Anspruch genommen wurden, sind in der SV-Datenbank abgebildet. Verordnungen werden nicht systematisch erfasst. • Wie soll das dokumentiert werden? Sehr fraglich • Die Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich fehlt, • Anamnese und Untersuchungsergebnisse werden nicht zentral erfasst. 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negatives Feedback an den Verschreiber – Fehlerkultur etablieren! • Erhebung kann nicht über den Verschreiber erfolgen. • Geringe Patientenzahl. 	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extrem spezielle Patientengruppe: nicht praktikabel und nicht relevant
C12	<p>"Langfristige Monotherapie mit Corticosteroiden"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was ist langfristig; ev. mit Routinedaten messbar; • Geeignet; Voraussetzung ist die Entwicklung eines Algorithmus für die Definition von COPD in den vorhandenen Datenbanken der SV (keine Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich) 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negatives Feedback an den Verschreiber – Fehlerkultur etablieren! • Erhebung kann nicht über den Verschreiber erfolgen. • Geringe Patientenzahl. 	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monotherapie mit Cortison ist nicht induziert, also Negativfeedback für Verschreiber • Relevanz niedrig

C13	<p>"ICS bei COPD und Asthma"</p> <p>Anmerkungen (Stakeholder):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ev. in Routinedaten messbar • Geeignet; Voraussetzung ist die Entwicklung eines Algorithmus für die Definition von COPD und Asthma in den vorhandenen Datenbanken der SV (keine Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich) 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung: Übergangsformen COPD Asthma nicht eindeutig differenzierbar!</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p>
C14	<p>"Therapie: Langwirksame Bronchodilatoren"</p> <p>Anmerkungen (Stakeholder):</p> <p>Geeignet; Voraussetzung ist die Entwicklung eines Algorithmus für die Definition von COPD in den vorhandenen Datenbanken der SV (keine Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich)</p>	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die zweidimensionale GOLD Klassifizierung bewährt sich in der Praxis nicht. • Ich bekomme keinen Facharztbefund mit GOLD Klassifikation. <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GOLD Klassifizierung derzeit aktuell, in Jahren??
C15	<p>"Überprüfung der Inhalationstechnik"</p> <p>Anmerkungen (Stakeholder):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht geeignet, Leistungen in der SV-Datenbank abgebildet • Wahrscheinlich wichtig; aber wer ist hier der Ansprechpartner für den Indikator – wer soll bewertet werden? Aufgabe des Arztes? Überdenken 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht die Dokumentation der Überprüfung, sondern die Fertigkeit in der Anwendung ist entscheidend! 	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in jeder Fortbildung: richtige Inhalationstechnik sehr wichtig!! • im Alltag nicht möglich, dass Arzt dies regelmäßig kontrolliert, abhängig von personellen Ressourcen → meist Pflege • Schulung bei jedem • Schulung des Personals!!! • Personelle Ressourcen + Schulung
C16	<p>"Pneumokokken-Schutzimpfung"</p> <p>Anmerkungen (Stakeholder):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erscheint mir schwierig; Patienten müssen Kosten der Impfung übernehmen; kann den Behandler nicht verantwortlich machen, wenn der Patient das nicht zahlen will; erst denkbar, wenn Kosten übernommen werden • Ungeeignet, Impfungen sind keine Leistungen der SV, keine Erfassung 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Korrektur Nenner: Alle Pat. mit COPD – Pat., die die Impfung ablehnen.</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p>

C17	<p>"Grippe-Schutzimpfung"</p> <p>Anmerkungen (Stakeholder):</p> <ul style="list-style-type: none"> Sieh vorheriger Indikator (C16): Erscheint mir schwierig; Patienten müssen Kosten der Impfung übernehmen; kann den Behandler nicht verantwortlich machen, wenn der Patient das nicht zahlen will; erst denkbar, wenn Kosten übernommen werden Ungeeignet, Impfungen sind keine Leistungen der SV, keine Erfassung 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung: Warum habe ich bis heute keine Studie zur Erfolgsrate der Grippeimpfung gelesen?</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> Negativmeinung kursiert: weder richtig gesund noch richtig krank
C18	<p>„Unterstützung im Krankheitsmanagement“</p> <p>Anmerkungen (Stakeholder):</p> <ul style="list-style-type: none"> ungeeignet 	<p>Klarheit und Verständlichkeit: Ermutigen ist unklar, wer? Wie? ???</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p>
C19	<p>"Schulung Selbstmanagement"</p> <p>Anmerkungen (Stakeholder):</p> <ul style="list-style-type: none"> Gibt es dazu überhaupt entsprechende Angebote? ungeeignet 	<p>Klarheit und Verständlichkeit: Qualität der Schulung nicht definiert! Patienten sehr unterschiedlich für Schulungen zugänglich.</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung: Teure Schulungsprogramme – wenig Effekt.</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kein Parameter, der zeigt, dass Patient gut geschult ist Angebot?
C20	<p>"Ermutigung zur körperlichen Aktivität"</p> <p>Anmerkungen (Stakeholder):</p> <ul style="list-style-type: none"> ungeeignet 	<p>Klarheit und Verständlichkeit: Qualität der Ermutigung? Hinweis? Aufforderung? Schriftliche Information z. Bsp. über Gruppen? Begleitung über langen Zeitraum?</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p>
C21	<p>"Raucherberatung"</p> <p>Anmerkungen (Stakeholder):</p> <ul style="list-style-type: none"> ungeeignet 	<p>Klarheit und Verständlichkeit: Qualität der Beratung?</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung: Nicht die Beratung selbst ist wesentlich, sondern die Tabakentwöhnung!</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> abhängig von vorhandenen Angeboten Hinweis, dass Aufhören sinnvoll ist → wichtig ist zu wenig, <u>Teilnahme</u> ist konkreter

C22	<p>"Akute Exazerbation: Reha nach stat. Aufenthalt"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ev. mit Routinedaten auswertbar • geeignet 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhaus muss Reha organisieren. • Doku Pensionsversicherung. 	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exazerbation häufiger, keine Schnittstellen, undurchführbar
C23	<p>"Exazerbation: Überweisung Pneumologen nach stat. Entlassung"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ev. mit Routinedaten auswertbar • Nur erbrachte Leistung im System, d.h. stattgefundene Kontrolle, soll als Indikator angeführt sein 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p> <p>Kleine Patientengruppe.</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht praktikabel: FA verlangt • HV-Thema
C24	<p>"Exazerbation: PVE-Vorstellung nach stat. Entlassung"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikator ok; bei Beschreibung wie beim Zähler würde ich auch Hausarztpraxis/PVE schreiben • geeignet 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p> <p>PV-Team im Aufbau, nicht überall vorhanden.</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • geht darum, dass bei Hausarzt bzw. betreuenden Termin aufschlagen
C25	<p>"Antibiotika bei Exazerbation mit Atemwegsinfektion"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfassbar? • Nicht geeignet s.o.(C24) 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wichtig zu geben, Behandlung obsolet
C26	<p>"Exazerbation: Systemische Corticosteroide"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • VI. mit Indikator C27 zusammenziehen • Nicht geeignet s.o. 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No-na Indikator • Nicht relevant
C27	<p>"Exazerbation: Systemische Corticosteroide"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Negativer Indikator zu dem vorherigen (C26), ev. zusammenziehen; • Nicht geeignet s.o. 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht praktikabel erhebbar, wird mit Steigerung und Ausschleichen verschrieben → vorgegeben
C28	<p>"Exazerbation: Schulung für Fachkräfte und Laien"</p> <p><i>Anmerkungen (Stakeholder):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Für wen gilt der Indikator? Passt nicht zum restlichen Set • Nicht geeignet s.o. 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine Case-Manager vorhanden → irrelevant

C29	<p>"Häufige Exazerbationen: Assessment Begleiterkrankungen"</p> <p>Anmerkungen (Stakeholder):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind alle Tests im Leistungskatalog • Bedingt geeignet, s.o. 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die beispielsweise angeführten Tests lassen nur Rückschlüsse auf eine geringe Anzahl von Begleiterkrankungen zu. • Einzelverantwortung für die Qualität des Assessment notwendig. <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p>
C30	<p>"Evaluierung COPD-Schweregrad (GOLD-Gruppe)"</p> <p>Anmerkungen (Stakeholder):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geeignet, Voraussetzung Algorithmus 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p>
C31	<p>"Erhebung der Aderhence nicht-medikamentöser /medikamentöser Therapien"</p> <p>Anmerkungen (Stakeholder):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ungeeignet 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • systematische Erhebung erforderlich
C32	<p>"Fachärztliche Indikationsstellung PDE4-Inhibitor"</p> <p>Anmerkungen (Stakeholder):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedingt geeignet, Voraussetzung Algorithmus 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pat. mit schwerer COPD brauchen ohnehin regelmäßige fachärztliche Kontrollen. • Das Intervall wird individuell festgelegt 	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seltene Population, eher beim FA
C33	<p>"Stabile COPD: Theophyllin"</p> <p>Anmerkungen (Stakeholder):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ungeeignet 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p> <p>Fehlerkultur entwickeln.</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p>
C34	<p>"Stabile COPD: Lanzeitsauerstofftherapie"</p> <p>Anmerkungen (Stakeholder):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ungeeignet 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p>
C35	<p>"Pneumologische Reha nach Aktivitätseinschränkung"</p> <p>Anmerkungen (Stakeholder):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ungeeignet 	<p>Klarheit und Verständlichkeit:</p> <p>Wer definiert diese Patienten?</p> <p>Risiko f. Fehlsteuerung:</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:</p>

Anhang 9 Indikatoren Adipositas Erwachsene

Indikator Nr. AE01	Risikoabschätzung																
Beschreibung	Zur individuellen Risikoabschätzung sollen BMI, Hüftumfang und das Vorliegen von Begleiterkrankungen und weitere Risikofaktoren herangezogen werden																
Zähler	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas, bei denen eine individuelle Risikoabschätzung erfolgte																
Nenner	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas																
LL-Empfehlung	<p>Waist circumference is not recommended as a routine measure. Use it to give additional information on the risk of developing other long-term health problems.</p> <p>Base assessment of the health risks associated with being overweight or obese in adults on BMI and waist circumference as follows:</p> <table border="1" data-bbox="496 734 1458 898"> <thead> <tr> <th data-bbox="496 734 850 768">BMI classification</th> <th colspan="3" data-bbox="850 734 1458 768">Waist circumference</th> </tr> <tr> <td data-bbox="496 768 850 801"></td> <th data-bbox="850 768 1086 801">Low</th> <th data-bbox="1086 768 1324 801">High</th> <th data-bbox="1324 768 1458 801">Very high</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="496 801 850 835">Overweight</td> <td data-bbox="850 801 1086 835">No increased risk</td> <td data-bbox="1086 801 1324 835">Increased risk</td> <td data-bbox="1324 801 1458 835">High risk</td> </tr> <tr> <td data-bbox="496 835 850 898">Obesity I</td> <td data-bbox="850 835 1086 898">Increased risk</td> <td data-bbox="1086 835 1324 898">High risk</td> <td data-bbox="1324 835 1458 898">Very high risk</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="496 898 1458 987">For men, waist circumference of less than 94 cm is low, 94–102 cm is high and more than 102 cm is very high For women, waist circumference of less than 80 cm is low, 80–88 cm is high and more than 88 cm is very high</p> <p>Make an initial assessment, then use clinical judgement to investigate comorbidities and other factors to an appropriate level of detail, depending on the person, the timing of the assessment, the degree of overweight or obesity, and the results of previous assessments.</p> <p>Be aware that people from certain ethnic and socioeconomic backgrounds may be at greater risk of obesity, and may have different beliefs about what is a healthy weight and different attitudes towards weight management.</p> <p>Take measurements to determine degree of overweight or obesity and discuss the implications of the person's weight. Then, assess:</p> <ul data-bbox="539 1400 1447 2031" style="list-style-type: none"> • any presenting symptoms • any underlying causes of being overweight or obese • eating behaviours • any comorbidities (for example type 2 diabetes, hypertension, cardiovascular disease, osteoarthritis, dyslipidaemia and sleep apnoea) • any risk factors assessed using lipid profile (preferably done when fasting), blood pressure measurement and HbA1c measurement • the person's lifestyle (diet and physical activity) • any psychosocial distress • any environmental, social and family factors, including family history of overweight and obesity and comorbidities • the person's willingness and motivation to change lifestyle • the potential of weight loss to improve health • any psychological problems • any medical problems and medication • the role of family and care workers in supporting people with learning disabilities to make lifestyle changes. 	BMI classification	Waist circumference				Low	High	Very high	Overweight	No increased risk	Increased risk	High risk	Obesity I	Increased risk	High risk	Very high risk
BMI classification	Waist circumference																
	Low	High	Very high														
Overweight	No increased risk	Increased risk	High risk														
Obesity I	Increased risk	High risk	Very high risk														

	<p>When choosing treatments, take into account:</p> <ul style="list-style-type: none"> the person's level of risk, based on BMI and, where appropriate, waist circumference * any comorbidities. <p>Identify people eligible for referral to lifestyle weight management services by measuring their body mass index (BMI). Also measure waist circumference for those with a BMI less than 35 kg/m². Consider any other locally agreed risk factors.</p> <p>Clinicians should consider waist circumference measurement to estimate disease risk for patients who have normal or overweight BMI scores.</p> <p>Clinicians need to carefully consider BMI and its associated mortality risk across different ethnicity, sex and age groups</p>																							
Anmerkungen	<p>BMI</p> <ul style="list-style-type: none"> BMI ≥ 30 kg/m²: erhöhtes Mortalitäts- und kardiovaskuläres Risiko BMI ≥ 25 bis < 30 kg/m²: erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen BMI ≥ 25 kg/m²: erhöhtes Diabetesrisiko <p>Vorliegen von übergewichts- bzw. adipositasassoziierten Begleiterkrankungen oder weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren: z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> Diabetes mellitus Typ 2 Arterielle Hypertonie Dyslipidämie Manifeste kardiovaskuläre Erkrankungen Arthrose Obstruktives-Schlafapnoe-Syndrom <table border="1" data-bbox="488 1196 1469 1576"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">Hüftumfang</th> </tr> <tr> <th>F: < 80 cm M: < 94 cm</th> <th>F: 80-88 cm M: 94-102 cm</th> <th>F: > 88 cm M: > 102 cm</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Übergewicht (25 ≤ BMI <30 kg/m²)</td> <td>Kein erhöhtes Risiko</td> <td>Erhöhtes Risiko</td> <td>Hohes Risiko</td> </tr> <tr> <td>Adipositas I (30 ≤ BMI < 35 kg/m²)</td> <td>Erhöhtes Risiko</td> <td>Hohes Risiko</td> <td>Sehr hohes Risiko</td> </tr> <tr> <td>Adipositas II, III (BMI ≥ 35 kg/m²)</td> <td>Sehr hohes Risiko</td> <td>Sehr hohes Risiko</td> <td>Sehr hohes Risiko</td> </tr> <tr> <td colspan="4">F: Frauen; M: Männer</td> </tr> </tbody> </table> <p>Hüftumfang zur weiteren Einschätzung des Gesundheitsrisikos: <i>Erfassung:</i> Routedokumentation (ICD-10: E66.-; ICPC-2: T82, T83) und Zusatzdokumentation <i>Box 2:</i> Risikoabschätzung</p>		Hüftumfang			F: < 80 cm M: < 94 cm	F: 80-88 cm M: 94-102 cm	F: > 88 cm M: > 102 cm	Übergewicht (25 ≤ BMI <30 kg/m ²)	Kein erhöhtes Risiko	Erhöhtes Risiko	Hohes Risiko	Adipositas I (30 ≤ BMI < 35 kg/m ²)	Erhöhtes Risiko	Hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Adipositas II, III (BMI ≥ 35 kg/m ²)	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	F: Frauen; M: Männer			
	Hüftumfang																							
	F: < 80 cm M: < 94 cm	F: 80-88 cm M: 94-102 cm	F: > 88 cm M: > 102 cm																					
Übergewicht (25 ≤ BMI <30 kg/m ²)	Kein erhöhtes Risiko	Erhöhtes Risiko	Hohes Risiko																					
Adipositas I (30 ≤ BMI < 35 kg/m ²)	Erhöhtes Risiko	Hohes Risiko	Sehr hohes Risiko																					
Adipositas II, III (BMI ≥ 35 kg/m ²)	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko																					
F: Frauen; M: Männer																								
Indikatortyp	Prozessindikator																							
Literatur	<p>LL 02, NICE 2014b National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189. Stegenga H, Haines A, Jones K, Wilding J. Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. Bmj 2014; 349: g6608.</p> <p>LL 04, NICE 2014a</p>																							

	<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Weight management: lifestyle services for overweight or obese adults (PH53) [online]. May 2014 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ph53</p> <p>LL 22, ICSI 2013b Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and management of obesity for adults. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=46240.</p>
--	--

Indikator Nr. AE02	Aufklärung – Gesundheitsrisiken/Therapieeffekte
Beschreibung	Personen mit Übergewicht oder Adipositas sollen über ihr persönliches Gesundheitsrisiko und mögliche Effekte einer Gewichtsreduktion informiert werden
Zähler	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas, die über ihr persönliches Gesundheitsrisiko und mögliche Effekte einer Gewichtsreduktion informiert wurden
Nenner	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas
LL-Empfehlung	<p>Clinicians should calculate body mass index (BMI) for their patients on an annual basis for screening, and as needed for management. Classify BMI based on the National Institute of Health categories. Educate patients about their BMI and associated risks for them.</p> <p>Offer people who are not yet ready to change the chance to return for further consultations when they are ready to discuss their weight again and willing or able to make lifestyle changes. Give them information on the benefits of losing weight, healthy eating and increased physical activity.</p>
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Beratung, dass bereits eine geringe Gewichtsreduktion von 3-5 % die kardiovaskulären Risikofaktoren günstig beeinflussen und den Gesundheitszustand verbessern kann ○ Beratung, dass durch eine Gewichtsreduktion das Auftreten eines Diabetes mellitus verhindert oder verzögert werden kann bzw. die Blutzuckerkontrolle verbessert werden kann <p><i>Erfassung:</i> Routedokumentation (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -58, T82, T83) 1xpro Halbjahr <i>Box 3:</i> Aufklärung</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>LL 22, ICSI 2013b Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and management of obesity for adults. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=46240.</p> <p>LL 02, NICE 2014b National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.</p> <p>Stegenga H, Haines A, Jones K, Wilding J. Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. Bmj 2014; 349: g6608.</p>

Indikator Nr. AE03	Unterstützungsbereitschaft
Beschreibung	Personen, die derzeit nicht mit einer Therapie beginnen können oder wollen, sollen darauf hingewiesen werden, dass Beratung und Unterstützung jederzeit zur Verfügung stehen
Zähler	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas ohne spezifische gewichtsreduzierende Therapie, die darüber informiert wurden, dass eine Beratung/Unterstützung jederzeit zur Verfügung steht.
Nenner	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas ohne spezifische gewichtsreduzierende Therapie
LL-Empfehlung	<p>If a person (or their family or carers) does not feel this is the right time for them to take action, explain that advice and support will be available in the future whenever they need it. Provide contact details so that the person can get in touch when they are ready.</p> <p>Give people and their families and/or carers information on the reasons for tests, how the tests are done and their results and meaning. If necessary, offer another consultation to fully explore the options for treatment or discuss test results.</p>
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aushändigen von Adresse, Tel-Nr., E-Mail, um jederzeit in Kontakt treten zu können sowie von ▪ Informationsmaterialien zu den Vorteilen einer Gewichtsreduktion, einer gesunden Ernährung und erhöhten körperlichen Aktivität ▪ Besprechung und ggf. Festlegung eines neuen Beratungstermins in 3 bis 6 Monaten <p><i>Erfassung:</i> Routedokumentation (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83) PVE: DiätologIn, 1x pro Halbjahr <i>Box 3:</i> Aufklärung</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>LL 02, NICE 2014b National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.</p> <p>Stegenga H, Haines A, Jones K, Wilding J. Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. Bmj 2014; 349: g6608.</p>

Indikator Nr. AE04	Weiterführende Anamnese
Beschreibung	<p>Zur Feststellung potenzieller Ursachen für Übergewicht/Adipositas und als Grundlage für die Entwicklung eines umfassenden strukturierten Behandlungsplans soll Folgendes erhoben werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • potenzielle organische Ursachen für Übergewicht/Adipositas • Medikamentenanamnese (insbesondere im Hinblick auf Ursachen für Übergewicht/Adipositas bzw. Möglichkeiten zur Optimierung der Medikation von Begleiterkrankungen) • Gewichtsverlauf • psychosozialer Stress/psychologische Probleme • Familienanamnese hinsichtlich Übergewicht/Adipositas bzw. Co-Morbidität • Umfeld bzw. familiäre, soziale Faktoren
Zähler	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas mit weiterführender Anamnese
Nenner	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht/Adipositas
LL-Empfehlung	<p>Make an initial assessment, and then use clinical judgement to investigate comorbidities and other factors to an appropriate level of detail, depending on the person, the timing of the assessment, the degree of overweight or obesity, and the results of previous assessments.</p> <p>Recognise that surprise, anger, denial or disbelief about their health situation may diminish people's ability or willingness to change. Stress that obesity is a clinical term with specific health implications, rather than a question of how people look; this may reduce any negative feelings.</p> <p>During the consultation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assess the person's view of their weight and the diagnosis, and possible reasons for weight gain. • Explore eating patterns and physical activity levels. • Explore any beliefs about eating, physical activity and weight gain that are unhelpful if the person wants to lose weight. • Be aware that people from certain ethnic and socioeconomic backgrounds may be at greater risk of obesity, and may have different beliefs about what is a healthy weight and different attitudes towards weight management. • Find out what the person has already tried and how successful this has been, and what they learned from the experience. • Assess the person's readiness to adopt changes. • Assess the person's confidence in making changes. <p>For those identified as obese: assess weight/BMI trajectory over time, prior attempts to lose weight, medications predisposing to weight gain, psychosocial factors, family history of obesity and related conditions</p> <p>Take measurements to determine degree of overweight or obesity and discuss the implications of the person's weight. Then, assess:</p> <ul style="list-style-type: none"> • any presenting symptoms • any underlying causes of being overweight or obese • eating behaviours

	<ul style="list-style-type: none"> • any comorbidities (for example type 2 diabetes, hypertension, cardiovascular disease, osteoarthritis, dyslipidaemia and sleep apnoea) • any risk factors assessed using lipid profile (preferably done when fasting), blood pressure measurement and HbA1c measurement • the person's lifestyle (diet and physical activity) • any psychosocial distress • any environmental, social and family factors, including family history of overweight and obesity and comorbidities • the person's willingness and motivation to change lifestyle • the potential of weight loss to improve health • any psychological problems • any medical problems and medication • the role of family and care workers in supporting people with learning disabilities to make lifestyle changes. <p>When choosing treatments, take into account:</p> <ul style="list-style-type: none"> • the person's individual preference and social circumstance and the experience and outcome of previous treatments (including whether there were any barriers) • the person's level of risk, based on BMI and, where appropriate, waist circumference • any comorbidities. <p>Identify and modify medications that may contribute to weight gain</p> <p>Identify and manage associated comorbid conditions, e.g., Coronary artery disease (CAD)</p> <p>The RDN should assess the following data in order to individualize the comprehensive weight management program for overweight and obese adults:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Food- and nutrition-related history, including but not limited to: • Beliefs and attitudes, including food preferences and motivation • Food environment, including access to fruits and vegetables • Dietary behaviors, including eating out and screen time • Diet experience, including food allergies and past dieting history • Medications and supplements • Physical activity. • Anthropometric measurements, including but not limited to: <ul style="list-style-type: none"> ○ Height, weight, body mass index (BMI) ○ Waist circumference ○ Weight history ○ Body composition (if available). • Biochemical data, medical tests and procedures, including but not limited to: <ul style="list-style-type: none"> ○ Glucose and endocrine profile ○ Lipid profile. • Nutrition-focused physical findings, including but not limited to: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ability to communicate
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Affect ○ Amputations ○ Appetite ○ Blood pressure ○ Body language ○ Heart rate. ● Client history, including but not limited to: <ul style="list-style-type: none"> ○ Appropriateness of weight management in certain populations (such as eating disorders, pregnancy, receiving chemotherapy) ○ * Client and family medical and health history
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routedokumentation (ICD-10: E66,-; ICPC-2: -30, T82, T83) <i>Box 4:</i> Weiterführende Anamnese</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>LL 02, NICE 2014b National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.</p> <p>LL 15, Unit of measure (UoM) 2014 University of Michigan Health System. Obesity prevention and management. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47027</p> <p>LL 17, AND 2014 Academy of Nutrition and Dietetics. Adult weight management evidence-based nutrition practice guideline. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=48761.</p>

Indikator Nr. AE05	Indikation zu gewichtsreduzierenden Lebensstilinterventionen
Beschreibung	<p>Lebensstilinterventionen stellen die Basistherapie bei allen Personen mit Indikation zu gewichtsreduzierenden Interventionen dar</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine gewichtsreduzierende Therapie ist in folgenden Fällen indiziert: <ul style="list-style-type: none"> ▪ BMI \geq 25 kg/m² mit Begleiterkrankungen/Risikofaktoren ▪ bei BMI \geq 25 kg/m² bis < 30 kg/m² ohne Begleiterkrankungen/Risikofaktoren kann eine gewichtsreduzierende Therapie optional erfolgen
Zähler	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht und assoziierter Begleiterkrankung bzw. mit Adipositas, die gewichtsreduzierende Lebensstilinterventionen erhalten
Nenner	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht und assoziierter Begleiterkrankung bzw. mit Adipositas
LL-Empfehlung	<p>We recommend that diet, exercise, and behavioral modification be included in all obesity management approaches for body mass index (BMI) \geq 25 kg/m² and that other tools such as pharmacotherapy (BMI \geq 27 kg/m² with comorbidity or BMI over 30 kg/m²) and bariatric surgery (BMI \geq 35 kg/m² with comorbidity or BMI over 40 kg/m²) be used as adjuncts to behavioral modification to reduce food intake and increase physical activity when this is possible.</p> <p>Indikationen für eine Behandlung übergewichtiger und adipöser Menschen sollen sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ein BMI \geq 30 kg/m² oder • Übergewicht mit einem BMI zwischen 25 und < 30 kg/m² und • gleichzeitiges Vorliegen <ul style="list-style-type: none"> ○ übergewichtsbedingter Gesundheitsstörungen (z. B. Hypertonie, T2DM) oder ○ einer abdominalen Adipositas oder ○ von Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden oder ○ eines hohen psychosozialen Leidensdrucks <p>Grundlage jedes Gewichtsmanagements soll ein Basisprogramm sein, das die Komponenten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie umfasst. Je nach individueller Situation sollen die Komponenten primär in Kombination und ggf. als Einzelkomponenten verwendet werden.</p> <p>Die Gewichtsreduktionsprogramme sollen die Bestandteile des Basisprogramms (Bewegungs-, Ernährungs- und Verhaltenstherapie) beinhalten.</p>
Anmerkungen	<p><i>Interventionen zur Lebensstiländerung sollen immer folgende Komponenten umfassen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Änderung der Essgewohnheiten, kalorienreduzierte Diät ▪ Steigerung der körperlichen Aktivität ▪ unterstützende Maßnahmen zur Verhaltensänderung <p><i>Erfassung:</i> Routedokumentation (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83) <i>TK:</i> DMP-Therapie Aktiv, GF-Angebote <i>Box 5:</i> Therapieindikationen zu gewichtsreduzierenden Interventionen</p>

Indikatorotyp	Prozessindikator
<p>Literatur</p>	<p>LL 19, ES 2015 Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, McDonnell ME, Murad MH, Pagotto U et al. Pharmacological management of obesity: an endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 2015; 100(2): 342-362.</p> <p>LL 11, NHMRC 2013 National Health and Medical Research Council. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=48052</p> <p>LL 06, DAG/DDG 2014 Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG). Adipositas - Prävention und Therapie [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/050-001.html.</p> <p>Moss A, Kunze D, Wabitsch M. [Evidence-based therapy guideline of the German Working Group on Obesity in Childhood and Adolescence]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2011; 54(5): 584-590.</p>

Indikator Nr. AE06	Lebensstilinterventionen – Gewichtsverlust
Beschreibung	Therapieziel ist ein Gewichtsverlust von 5-10 % des Ausgangsgewichts in 6 Monaten
Zähler	Alle erwachsenen Personen mit Adipositas/Übergewicht, die eine Beratung erhalten haben und ein realistisches Ziel zur Gewichtsreduktion oder -erhaltung nach 12 Monaten vereinbart haben und nach 12 Monaten die Zielvereinbarung erreicht haben
Nenner	Alle erwachsenen Personen mit Adipositas/Übergewicht, die eine Beratung erhalten haben und ein realistisches Ziel zur Gewichtsreduktion oder -erhaltung nach 12 Monaten vereinbart haben
LL-Empfehlung	<p>Plan a net deficit of 500 to 1,000 kcal/day addressing both diet and physical activity to achieve a weight loss of 0.5 to 2 pounds per week, resulting in a 5-10% reduction in body weight over 6 months.</p> <p>An energy deficit of between 500 and 1,000 kcal/day from the energy needs of the obese adult patient is enough for inducing an 8% weight loss over the first 6 months of treatment.</p> <p>The RDN should collaborate with the individual regarding a realistic weight loss goal, such as one of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Up to two pounds per week • Up to 10% of baseline body weight • * A total of 3% to 5% of baseline body weight if cardiovascular risk factors (hypertension, hyperlipidemia and hyperglycemia) are present.
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83)</p> <p><i>TK:</i> DMP-Therapie Aktiv</p> <p><i>Box 7:</i> Lebensstilinterventionen</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>LL 12, VA/DoD 2014 Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for screening and management of overweight and obesity. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=48461.</p> <p>LL 08, FESNAD/SEEDO 2012 Gargallo Fernandez M, Basulto Marset J, Breton Lesmes I, Quiles Izquierdo J, Formiguera Sala X, Salas-Salvado J. Evidence-based nutritional recommendations for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults (FESNAD-SEEDO consensus document). Methodology and executive summary (I/III). Nutr Hosp 2012; 27(3): 789-799.</p> <p>Gargallo Fernandez Manuel M, Breton Lesmes I, Basulto Marset J, Quiles Izquierdo J, Formiguera Sala X, Salas-Salvado J. Evidence-based nutritional recommendations for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults (FESNAD-SEEDO consensus document). The role of diet in obesity treatment (III/III). Nutr Hosp 2012; 27(3): 833-864.</p> <p>LL 17, AND 2014</p>

	Academy of Nutrition and Dietetics. Adult weight management evidence-based nutrition practice guideline. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=48761 .
--	--

Indikator Nr. AE08	Lebensstilinterventionen
Beschreibung	Die Betreuung soll jeweils durch Personen mit einer Ausbildung in den entsprechenden Gesundheitsberufen erfolgen Die Betreuung kann individuell oder in Gruppen erfolgen, wobei eine Gruppenbetreuung bevorzugt werden soll
Zähler	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, die eine gewichtsreduzierende Therapie erhalten und hinsichtlich der Lebensstilinterventionen von entsprechenden qualifizierten Fachkräften betreut wurden.
Nenner	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, die eine gewichtsreduzierende Therapie erhalten
LL-Empfehlung	For weight loss maintenance, prescribe face-to-face or telephone-delivered weight loss maintenance programs that provide regular contact (monthly or more frequently) with a trained interventionist who helps participants engage in high levels of physical activity (i.e., 200–300 min/wk), monitor body weight regularly (i.e., weekly or more frequently), and consume a reduced-calorie diet (needed to maintain lower body weight).
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83) <i>Box 7:</i> Lebensstilinterventionen <i>qualifizierte Fachkräfte:</i> sind jeweils Personen gemeint, die einen Beruf ausüben, in dem die Vermittlung der entsprechenden Kompetenzen Teil der Ausbildung ist.
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>LL 13, AHA/ACC/TOS 2013 Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. J Am Coll Cardiol 2014; 63(25 Pt B): 2985-3023.</p> <p>Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. Circulation 2014; 129(25 Suppl 2): S102-138.</p> <p>Millen BE, Wolongevicz DM, Nonas CA, Lichtenstein AH. 2013 American Heart Association/American College of Cardiology/the Obesity Society Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults: implications and new opportunities for registered dietitian nutritionists. J Acad Nutr Diet 2014; 114(11): 1730-1735.</p> <p>Executive summary: Guidelines (2013) for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Obesity Society published by the Obesity Society and American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Based on a systematic review</p>

	<p>from the The Obesity Expert Panel, 2013. Obesity (Silver Spring) 2014; 22 Suppl 2: S5-39.</p> <p>Expert Panel Report: Guidelines (2013) for the management of overweight and obesity in adults. Obesity (Silver Spring) 2014; 22 Suppl 2: S41-410.</p> <p>Guidelines (2013) for managing overweight and obesity in adults. Preface to the Expert Panel Report (comprehensive version which includes systematic evidence review, evidence statements, and recommendations). Obesity (Silver Spring) 2014; 22 Suppl 2: S40.</p> <p>Reprint: 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. J Am Pharm Assoc (2003) 2013: e3.</p> <p>Reprint: 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. J Am Pharm Assoc (2003) 2014; 54(1): e3.</p>
--	---

Indikator Nr. AE13	Verhaltensänderung Profession
Beschreibung	Verhaltenstherapeutische Interventionen sollen von Personen aus Gesundheitsberufen mit einer PSY-Kompetenz (z.B. klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut) im Rahmen von Einzel- oder Gruppensitzungen durchgeführt werden
Zähler	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, die eine Verhaltenstherapie durch eine Person mit PSY-Kompetenz oder AM mit Psychotherapeutische Medizin (PSY III)-Diplom erhalten haben
Nenner	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, die eine Verhaltenstherapie erhalten
LL-Empfehlung	Deliver any behavioural intervention with the support of an appropriately trained professional.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -58, T82, T83) <i>Box 11:</i> Maßnahmen zur Verhaltensänderung
Indikatortyp	Strukturindikator
Literatur	National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189 . Stegenga H, Haines A, Jones K, Wilding J. Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. Bmj 2014; 349: g6608.

Indikator Nr. AE15	Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen – Orlistat
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> • Eine pharmakologische Intervention zur Gewichtsreduktion soll aktuell nur mit Orlistat erfolgen • Orlistat soll nicht mit anderen Medikamenten zur Gewichtsreduktion kombiniert werden • Ein „off-label“ -Einsatz von Arzneimitteln zur Gewichtsreduktion (z.B. Amphetamine, Diuretika, humanes Choriongonadotropin, Testosteron, Thyroxin und Wachstumshormone) soll nicht erfolgen
Zähler	Personen, die ausschließlich Orlistat als pharmakologische Intervention zur Gewichtsreduktion erhalten
Nenner	Personen, die eine pharmakologische Intervention zur Gewichtsreduktion erhalten
LL-Empfehlung	<p>Wenn eine Adipositas medikamentös behandelt wird, soll nur Orlistat eingesetzt werden.</p> <p>Eine Reihe von Arzneimitteln, die zur Gewichtsreduktion gegen ihre Zulassung eingesetzt werden, sollen bei Patienten mit Übergewicht und Adipositas zur Gewichtsreduktion nicht verwendet werden. Hierzu gehören unter anderem folgende Arzneimittelgruppen: Amphetamine, Diuretika, HCG, Testosteron, Thyroxin und Wachstumshormone.</p> <p>The co-prescribing of orlistat with other drugs aimed at weight reduction is not recommended.</p> <p>For adults with BMI \geq 30 kg/m², or adults with BMI \geq 27 kg/m² and comorbidities, orlistat may be considered as an adjunct to lifestyle interventions, taking into account the individual situation.</p>
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -50, T82, T83), e-medikation (ATC-Code: A08AB01)</p> <p><i>Box 12:</i> Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen</p> <p><i>TK:</i> Fehlsteuerung, Zurückziehung auf medikamentöse Therapie</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG). Adipositas - Prävention und Therapie [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/050-001.html.</p> <p>Moss A, Kunze D, Wabitsch M. [Evidence-based therapy guideline of the German Working Group on Obesity in Childhood and Adolescence]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2011; 54(5): 584-590.</p> <p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.</p> <p>Stegenga H, Haines A, Jones K, Wilding J. Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. Bmj 2014; 349: g6608.</p> <p>National Health and Medical Research Council. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=48052.</p>

Indikator Nr. AE16	Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen – Evaluation
Beschreibung	3 Monate nach Beginn einer pharmakologischen Intervention zur Gewichtsreduktion soll der Erfolg der Intervention evaluiert werden.
Zähler	Personen, die für mind. 3 Monate eine pharmakologische Intervention zur Gewichtsreduktion erhielten, bei denen nach 3 Monaten der Erfolg dieser pharmakologische Intervention evaluiert wurde
Nenner	Personen, die für mind. 3 Monate eine pharmakologische Intervention zur Gewichtsreduktion erhielten
LL-Empfehlung	<p>Monitor the effect of drug treatment and reinforce lifestyle advice and adherence through regular review.</p> <p>Continue orlistat therapy beyond 3 months only if the person has lost at least 5% of their initial body weight since starting drug treatment.</p> <p>If a patient's response to a weight loss medication is deemed effective (weight loss \geq 5% of body weight at 3 mo) and safe, we recommend that the medication be continued. If deemed ineffective (weight loss $<$ 5% at 3 mo) or if there are safety or tolerability issues at any time, we recommend that the medication be discontinued and alternative medications or referral for alternative treatment approaches be considered.</p>
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -50, T82, T83), e-medikation (ATC-Code: A08AB01), 1x pro Quartal</p> <p><i>Box 12:</i> Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen</p>
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Literatur	<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.</p> <p>Stegenga H, Haines A, Jones K, Wilding J. Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. <i>Bmj</i> 2014; 349: g6608.</p> <p>Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, McDonnell ME, Murad MH, Pagotto U et al. Pharmacological management of obesity: an endocrine Society clinical practice guideline. <i>J Clin Endocrinol Metab</i> 2015; 100(2): 342-362.</p>

Indikator Nr. AE17	Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen – Therapiefortsetzung
Beschreibung	3 Monate nach Beginn einer pharmakologischen Intervention zur Gewichtsreduktion soll der Erfolg der Intervention evaluiert werden. Die Therapie ist nur dann fortzusetzen, wenn in diesem Zeitraum eine Reduktion des Körpergewichts um zumindest 5 % erreicht wurde.
Zähler	Personen, die länger als 3 Monate eine pharmakologische Intervention zur Gewichtsreduktion erhielten und für die in den ersten 3 Monaten eine mind. 5 %-ige Gewichtsreduktion dokumentiert ist
Nenner	Personen, die länger als 3 Monate eine pharmakologische Intervention zur Gewichtsreduktion erhielten
LL-Empfehlung	<p>Monitor the effect of drug treatment and reinforce lifestyle advice and adherence through regular review.</p> <p>Continue orlistat therapy beyond 3 months only if the person has lost at least 5% of their initial body weight since starting drug treatment.</p> <p>If a patient's response to a weight loss medication is deemed effective (weight loss \geq 5% of body weight at 3 mo) and safe, we recommend that the medication be continued. If deemed ineffective (weight loss $<$ 5% at 3 mo) or if there are safety or tolerability issues at any time, we recommend that the medication be discontinued and alternative medications or referral for alternative treatment approaches be considered.</p>
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: -50), Zusatzdokumentation: Gewichtsverlauf, 1x pro Quartal</p> <p><i>Box 12:</i> Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen</p>
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Literatur	<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.</p> <p>Stegenga H, Haines A, Jones K, Wilding J. Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. <i>Bmj</i> 2014; 349: g6608.</p> <p>Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, McDonnell ME, Murad MH, Pagotto U et al. Pharmacological management of obesity: an endocrine Society clinical practice guideline. <i>J Clin Endocrinol Metab</i> 2015; 100(2): 342-362.</p>

Indikator Nr. AE18	Bariatrische Chirurgie – multiprofessionelle Betreuung
Beschreibung	<p>Das multidisziplinäre Team zur Betreuung der Patienten soll alle Aspekte der prä-, peri- und postoperativen Betreuung abdecken und idealerweise folgende Berufsgruppen umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arzt für Allgemeinmedizin und/oder Innere Medizin • Chirurg • Anästhesist • Vertreter von Gesundheitsberufen mit einer PSY-Kompetenz (z.B. klinischer Psychologe bzw. Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut oder Psychiater) • qualifizierte Ernährungsfachkräfte (z.B. Diätologen) • Pflegefachkraft (gehobener Dienst) • Sozialarbeiter
Zähler	Alle PVE bzw. allgemeinmedizinischen Ordinationen in einem definierten Versorgungsgebiet, die die professionellen Ressourcen für eine multidisziplinäre prä- und postoperative Betreuung im Zusammenhang mit bariatrischen Eingriffen gewährleisten.
Nenner	Alle PVE bzw. allgemeinmedizinischen Ordinationen in einem definierten Versorgungsgebiet
LL-Empfehlung	<p>Surgery for obesity should be undertaken only by a multidisciplinary team that can provide:</p> <p>* preoperative assessment, including a risk-benefit analysis that includes preventing complications of obesity, and specialist assessment for eating disorder(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> • information on the different procedures, including potential weight loss and associated risks • regular postoperative assessment, including specialist dietetic and surgical follow-up • management of comorbidities • psychological support before and after surgery • information on, or access to, plastic surgery (such as apronectomy) when appropriate • access to suitable equipment, including scales, theatre tables, Zimmer frames, commodes, hoists, bed frames, pressure-relieving mattresses and seating suitable for people undergoing bariatric surgery, and staff trained to use them.
Anmerkungen	<p>Personelle Ressourcen umfassen sowohl PVE intern verfügbare Berufsgruppen als auch externe Professionen mit entsprechend nachweislicher Vereinbarung.</p> <p><i>Vorgeschlagene Professionen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinmediziner und/oder Internist • DGKP • Chirurg • Diätologie • Vertreter von Gesundheitsberufen mit PSY-Kompetenz • Sozialarbeiter <p>Der Indikator umfasst die prä- und postoperative Betreuung. TK: diese Strukturformen sind nicht vorgesehen <i>Erfassung:</i> Zusatzdokumentation (e-Befund) <i>Box 13:</i> Bariatrische Chirurgie</p>
Indikatortyp	Strukturindikator

Literatur	<p>LL 02, NICE 2014b (multidisziplinäres Versorgungsteam) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.</p> <p>Stegenga H, Haines A, Jones K, Wilding J. Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. Bmj 2014; 349: g6608.</p>
------------------	---

Indikator Nr. AE20	Bariatrische Chirurgie – Nachsorgeuntersuchungen
Beschreibung	Ein regelmäßiges postoperatives Assessment (nach einem Monat, alle 3 Monate im ersten Jahr, danach alle 6-12 Monate) inkl. diätetisches und, falls erforderlich, chirurgisches Follow-up soll erfolgen
Zähler	Alle Personen nach einem bariatrisch chirurgischen Eingriff mit mind. einer spezifischen Nachsorgeuntersuchung im letzten Jahr
Nenner	Alle Personen nach einem bariatrisch chirurgischen Eingriff
LL-Empfehlung	<p>Routine metabolic and nutritional monitoring is recommended after all bariatric surgical procedures</p> <p>Provide regular, specialist postoperative dietetic monitoring, including:</p> <ul style="list-style-type: none"> • information on the appropriate diet for the bariatric procedure • monitoring of the person's micronutrient status • information on patient support groups • Individualized nutritional supplementation, support and guidance to achieve long-term weight loss and weight maintenance. <p>Arrange prospective audit so that the outcomes and complications of different procedures, the impact on quality of life and nutritional status, and the effect on comorbidities can be monitored in both the short and the long term.</p> <p>After discharge from bariatric surgery service follow-up, ensure that all people are offered at least annual monitoring of nutritional status and appropriate supplementation according to need following bariatric surgery, as part of a shared care model of chronic disease management. [new 2014]</p> <p>Bei Patienten nach bariatrischer Operation soll eine lebenslange interdisziplinäre Nachsorge durchgeführt werden.</p>
Anmerkungen	<p><i>Die postoperative Langzeitnachsorge soll multidisziplinär erfolgen und folgende Aspekte umfassen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ernährungsberatung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung und Unterstützung hinsichtlich einer an das jeweilige operative Verfahren und die individuellen Bedürfnisse des Patienten angepassten postoperativen Ernährung, ▪ Feststellung möglicher Nahrungsdefizite (inkl. Proteine, Vitamine und Mineralstoffe) und Fehlernährung, ▪ wenn notwendig Supplementierung von Nährstoffen, Vitaminen etc. (z.B. Eisen, Folsäure, Vitamin B12, Proteine) ○ Beratung und Unterstützung hinsichtlich adäquater körperlicher Aktivität ○ individuelle psychosoziale und psychologische Unterstützung ○ Informationen über Beratungs- und Selbsthilfegruppen ○ Monitoring der Begleiterkrankungen inkl. Therapieoptimierung und Anpassung der Medikation <p><i>Erfassung:</i> Routedokumentation (ICPC-2: -45, -43, T91) Honorar-/Leistungspositionen: z.B. 101 Blutabnahme, Zusatzdokumentation (Laborparameter, Laborbefund), 1x pro Jahr</p> <p><i>Box 13: Bariatrische Chirurgie</i></p>

Indikatorotyp	Prozessindikator
<p>Literatur</p>	<p>LL 23 Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient--2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. Endocr Pract 2013; 19(2): 337-372.</p> <p>LL 02 National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.</p> <p>Stegenga H, Haines A, Jones K, Wilding J. Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. Bmj 2014; 349: g6608.</p> <p>LL 06 Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG). Adipositas - Prävention und Therapie [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/050-001.html.</p> <p>Moss A, Kunze D, Wabitsch M. [Evidence-based therapy guideline of the German Working Group on Obesity in Childhood and Adolescence]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2011; 54(5): 584-590.</p>

Indikator Nr. AE21	Jährliche BMI-Kontrolle
Beschreibung	Die Kontrolle des aktuellen BMI soll jährlich erfolgen.
Zähler	Personen, die ihr langfristiges Therapieziel erreicht haben mit mind. einer BMI Kontrolle im letzten Jahr
Nenner	Personen, die ihr langfristiges Therapieziel erreicht haben
LL-Empfehlung	Clinicians should calculate body mass index (BMI) for their patients on an annual basis for screening, and as needed for management. Classify BMI based on the National Institute of Health categories. Educate patients about their BMI and associated risks for them.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (BMI) 1x Jährlich TK: DMP-Programm etablieren <i>Box 15:</i> Gewichtserhaltende Interventionen
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	LL 22, ICSI 2013b Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and management of obesity for adults. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=46240 .

Indikator Nr. AE22	Regelmäßiger Kontakt im ersten Jahr nach Gewichtsreduktion
Beschreibung	Im ersten Jahr nach einer gewichtsreduzierenden Therapie sollen regelmäßige (monatlich oder öfter) Kontakte (persönlich oder telefonisch) mit einer entsprechend qualifizierten Fachkraft stattfinden, um die Beibehaltung eines gesunden Lebensstils zu unterstützen.
Zähler	Personen im ersten Jahr nach Erreichen des langfristigen Therapieziels mit dokumentiertem monatlichen Kontakt zu einem qualifizierten Berater
Nenner	Personen im ersten Jahr nach Erreichen des langfristigen Therapieziels
LL-Empfehlung	<p>For weight loss maintenance, prescribe face-to-face or telephone-delivered weight loss maintenance programs that provide regular contact (monthly or more frequently) with a trained interventionist who helps participants engage in high levels of physical activity (i.e., 200–300 min/wk), monitor body weight regularly (i.e., weekly or more frequently), and consume a reduced-calorie diet (needed to maintain lower body weight).</p> <p>For weight loss and weight maintenance, the RDN should include the following components as part of a comprehensive weight management program:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduced calorie diet • Increasing physical activity • * Use of behavioral strategies.
Anmerkungen	<p><i>Zweck des Kontakts:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung zur Beibehaltung eines gesunden Lebensstils <p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: -45), 3x im Quartal „qualifiziert“ : sind jeweils Personen gemeint, die einen Beruf ausüben, in dem die Vermittlung der entsprechenden Kompetenzen Teil der Ausbildung ist.</p> <p><i>Box 15:</i> Gewichtserhaltende Interventionen</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>LL 13, AHA/ACC/TOS 2013 Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. J Am Coll Cardiol 2014; 63(25 Pt B): 2985-3023.</p> <p>Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. Circulation 2014; 129(25 Suppl 2): S102-138.</p> <p>Millen BE, Wolongevicz DM, Nonas CA, Lichtenstein AH. 2013 American Heart Association/American College of Cardiology/the Obesity Society Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults: implications and new opportunities for registered dietitian nutritionists. J Acad Nutr Diet 2014; 114(11): 1730-1735.</p>

	<p>Executive summary: Guidelines (2013) for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Obesity Society published by the Obesity Society and American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Based on a systematic review from the The Obesity Expert Panel, 2013. Obesity (Silver Spring) 2014; 22 Suppl 2: S5-39.</p> <p>Expert Panel Report: Guidelines (2013) for the management of overweight and obesity in adults. Obesity (Silver Spring) 2014; 22 Suppl 2: S41-410.</p> <p>Guidelines (2013) for managing overweight and obesity in adults. Preface to the Expert Panel Report (comprehensive version which includes systematic evidence review, evidence statements, and recommendations). Obesity (Silver Spring) 2014; 22 Suppl 2: S40.</p> <p>Reprint: 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. J Am Pharm Assoc (2003) 2013: e3.</p> <p>Reprint: 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. J Am Pharm Assoc (2003) 2014; 54(1): e3.</p> <p>LL 17, AND 2014 Academy of Nutrition and Dietetics. Adult weight management evidence-based nutrition practice guideline. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=48761.</p>
--	--

Indikator Nr. AE23	Steigerung der körperlichen Aktivität
Beschreibung	Eine Information, dass eine Steigerung der körperlichen Aktivität auch unabhängig von einer Gewichtsreduktion günstige Effekte auf die Gesundheit hat, soll erfolgen
Zähler	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, die darüber informiert wurden, dass eine Steigerung der körperlichen Aktivität, unabhängig von einer Gewichtsreduktion, günstige Effekte auf die Gesundheit hat
Nenner	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas
LL-Empfehlung	<p>Encourage adults to increase their level of physical activity even if they do not lose weight as a result, because of the other health benefits it can bring (for example, reduced risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease). Encourage adults to do at least 30 minutes of moderate or greater intensity physical activity on 5 or more days a week. The activity can be in 1 session or several sessions lasting 10 minutes or more.</p> <p>Übergewichtige und adipöse Menschen sollen auf die gesundheitlichen Vorteile (metabolische, kardiovaskuläre und psychosoziale) der körperlichen Aktivität hingewiesen werden, die unabhängig von der Gewichtsreduktion entstehen.</p>
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routedokumentation (ICD-10: E66.-; ICPC-2: -45, T82, T83), 1x pro Halbjahr</p> <p><i>Box 10:</i> Steigerung der körperlichen Aktivität</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>LL 02, NICE 2014b National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.</p> <p>Stegenga H, Haines A, Jones K, Wilding J. Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. Bmj 2014; 349: g6608.</p> <p>LL 06, DAG/DDG 2014 Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG). Adipositas - Prävention und Therapie [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/050-001.html.</p>

Indikator Nr. AE24	Steigerung der körperlichen Aktivität
Beschreibung	Die körperliche Aktivität soll mit insgesamt moderater Intensität für zumindest 150 Minuten pro Woche (5 Einheiten zu je 30 Minuten) erfolgen
Zähler	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas, mit denen eine körperliche Aktivität im Ausmaß von zumindest 150 Minuten pro Woche (in zumindest moderater Intensität) vereinbart ist
Nenner	Alle erwachsenen Personen mit Übergewicht und Begleiterkrankungen bzw. mit Adipositas
LL-Empfehlung	Offer, as part of a comprehensive lifestyle intervention, moderate-intensity physical activity performed for at least 150 minutes/week to result in weight loss.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICD-10: E66.-; ICPC-2: T82, T83) Zusatzdokumentation (Therapieplan), 1x pro Quartal <i>TK:</i> DMP-Vereinbarung möglich <i>Box 10:</i> Steigerung der körperlichen Aktivität
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	LL 12, VA/DoD 2014 Department of Defense, Department of Veterans Affairs], Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for screening and management of overweight and obesity. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=48461 .

Indikator Nr. AE25	Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen – Evaluation Langzeittherapie
Beschreibung	Eine Fortführung der pharmakologischen Therapie über 12 Monate hinaus soll nur nach nochmaliger Diskussion der Effekte, Limitationen, Risiken und Nebenwirkungen erfolgen.
Zähler	Personen, die länger als 12 Monate eine pharmakologische Intervention zur Gewichtsreduktion erhielten und mit denen 12 Monate nach Beginn der Therapie ein Evaluationsgespräch erfolgte
Nenner	Personen, die länger als 12 Monate eine pharmakologische Intervention zur Gewichtsreduktion erhielten
LL-Empfehlung	Make the decision to use drug treatment for longer than 12 months (usually for weight maintenance) after discussing potential benefits and limitations with the person.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: -50, e-medikation: ATC-Code: A08AB01), monatl. max. 5400mg <i>Box 12:</i> Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Literatur	National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189 . Stegenga H, Haines A, Jones K, Wilding J. Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. Bmj 2014; 349: g6608.

Anhang 10 Indikatoren Adipositas Kinder & Jugendliche

Indikator Nr. AKJ01	Lebensstilinterventionen - Betreuung
Beschreibung	Die Betreuung soll multidisziplinär durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte (Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Diätologin/Diätologe, Physiotherapeut/in sowie Psychotherapeut/in bzw. klinische/r oder Gesundheitspsychologin/Gesundheitspsychologe) erfolgen
Zähler	Alle Kinder und Jugendlichen mit Adipositas, die hinsichtlich der Lebensstilinterventionen - Betreuung von entsprechend qualifizierten Fachkräften betreut wurden.
Nenner	Alle Kinder und Jugendlichen mit Adipositas
LL-Empfehlung	<p>NICE , 2013 (PH47) Ensure staff have the necessary knowledge and skills to deliver multi-component programmes to children, young people and their families. This includes knowledge and skills in relation to: childhood obesity management, diet and physical activity. It may also include training in behaviour-change techniques and psychological approaches (for example, motivational interviewing).</p> <p>NICE , 2013 (PH47) Ensure all lifestyle weight management programmes are designed and developed with input from a multidisciplinary team and have taken into account the views of children, young people and their families. The team should include professionals who specialise in children, young people and weight management. These include the following: * state registered dietitian or registered nutritionist * physical activity specialist * behaviour-change expert, such as a health promotion specialist (for physical activity, a sport and exercise psychologist may be appropriate) * health or clinical psychologist, or a child or adolescent psychiatrist, to provide expertise in mental wellbeing * paediatrician or paediatric nurse.</p>
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> ICD-10: E66.04, E66.05, E66.14.E66.15, E66.24/25, E.66.84/85, E66.94/95, Zusatzdokumentation (Intervention) <i>Box:</i> Allgemeine Grundsätze in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p><u>NICE 2013 (PH47)</u> National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Weight management: lifestyle services for overweight or obese children and young people (PH47) [online]. October 2013 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ph47.</p>

Indikator Nr. AKJ02	Lebensstilintervention – Plan zur Gewichtsreduktion
Beschreibung	Reduktion des Gewichts mit Hilfe eines medizinisch-fachlich ausgearbeiteten Plans: (<i>adipöse Kinder/Jugendliche (6-18 Jahre) ohne Begleiterkrankungen</i>)
Zähler	Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas ohne Begleiterkrankungen, die einen medizinisch-fachlich ausgearbeiteten Plan zur Gewichtsreduktion erhalten haben
Nenner	Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas ohne Begleiterkrankungen
LL-Empfehlung	<p>National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI), 2012 BMI \geq95th %ile with no comorbidities (6-11y): Office-based weight loss plan: Family-centered program with parents as focus for behavior modification, (-) energy-balanced diet counseling by RD, Recommendations for increased moderate-to-vigorous physical activity, decreased sedentary time for 6 months * Improvement in BMI %ile --> continue current plan * No improvement in BMI %ile --> referral to comprehensive multidisciplinary lifestyle weight loss program.</p> <p>NHLBI, 2012 BMI \geq95th %ile with no comorbidities (12-21y): Office-based weight loss plan: Family-centered program with parents as focus for behavior modification, RD counseling for (-) energy-balanced diet,, Recommendations for increased moderate-to-vigorous physical activity, decreased sedentary time for 6 months * Improvement in BMI/BMI %ile --> continue current program * No improvement in BMI/BMI %ile --> referral to comprehensive multidisciplinary weight loss program with peers * No improvement in BMI/BMI %ile --> consider initiation of medication (orlistat) under care of experienced MD for 6-12 months.</p>
Anmerkungen	<p><i>Inhalte des medizinisch-fachlich ausgearbeiteten Plans:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maßnahmen zur (familiären) Verhaltensänderung ▪ Ernährung mit negativer Energiebilanz (siehe Box 8) inkl. Beratung und Follow-up durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft (z.B. Diätologe) ▪ Verordnung einer gesteigerten moderaten bis intensiven körperlichen Aktivität ▪ Reduktion der Zeiten mit sitzenden Tätigkeiten <p><i>Erfassung:</i> ICD-10: E66.04, E66.05, E66.14.E66.15, E66.24/25, E.66.84/85, E66.94/95, Zusatzdokumentation (z.B. Therapieplan) <i>Box 7: Lebensstilinterventionen</i></p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>NHLBI, 2012 National Heart L, and Blood Institute (U.S.),. Overweight and obesity. In: Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=35584.</p>

Indikator Nr. AKJ03	Lebensstilintervention – umfassendes Programm
Beschreibung	Reduktion des Gewichts mit Hilfe eines umfassenden multifaktoriellen Programms (Intensives Management): (adipöse Kinder/Jugendliche (6-18 Jahre) mit Begleiterkrankungen bzw. adipöse Kinder/Jugendliche (6-18 Jahre) ohne Begleiterkrankungen nach erfolgloser Stufe 3)
Zähler	Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas und Begleiterkrankungen, die zu einem multifaktoriellen Gewichtsprogramm überwiesen wurden
Nenner	Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas und Begleiterkrankungen
LL-Empfehlung	<p>NICE , 2013 (PH47) Ensure all lifestyle weight management programmes for overweight and obese children and young people are multi-component. They Should focus on: * diet and healthy eating habits * physical activity * reducing the amount of time spent being sedentary * strategies for changing the behaviour of the child or young person and all close family members..</p> <p>NHLBI, 2012 BMI \geq95th %ile with comorbidities, BMI $>$97th %ile or progressive rise in BMI despite therapy (6-11y): Refer to comprehensive multidisciplinary weight loss program for intensive management for 6 months * Improvement in BMI %ile/comorbidities --> continue present program * No improvement in BMI %ile --> consider referral to another comprehensive multidisciplinary weight loss program.</p> <p>NHLBI, 2012 BMI \geq95th %ile with comorbidities or BMI $>$ 35kg/m² (12-21y): Refer to comprehensive lifestyle weight loss program for intensive management for 6-12 months * Improvement in BMI/BMI %ile --> continue present program</p>
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterstützung von Kinder/Jugendlichen ab 12 Jahren (je nach Fähigkeiten und Entwicklungsstadium) ihre Ernährung, Bewegung und ihr Sitzverhalten selbst zu überwachen (z.B. Tagebuchführung über Zeit vor dem Fernseher oder Computer, über Süßigkeiten). Für jüngere Kinder sollen Eltern das Verhalten überwachen und die Kinder darin gegebenenfalls einbeziehen ▪ Hilfe dabei Möglichkeiten zu identifizieren, wie man weniger bewegungsarme Zeit verbringt und mehr Bewegung in das tägliche Leben einbaut (z.B. zu Fuß in die Schule zu gehen) oder bei der Identifikation von körperlichen Aktivitäten, die Spaß machen (wie Spielen, Tanzen, Aerobic) <p><i>Erfassung:</i> ICD-10: E66.04, E66.05, E66.14.E66.15, E66.24/25, E.66.84/85, E66.94/95, Zusatzdokumentation (Überweisung) <i>Box 7:</i> Lebensstilinterventionen</p>
Indikatortyp	Prozessindikator

<p>Literatur</p>	<p>NICE , 2013 (PH47) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Weight management: lifestyle services for overweight or obese children and young people (PH47) [online]. October 2013 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ph47.</p> <p>NHLBI, 2012 National Heart L, and Blood Institute (U.S.),. Overweight and obesity. In: Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=35584</p>
-------------------------	--

Indikator Nr. AKJ04	Lebensstilinterventionen
Beschreibung	Einschränken der Zeiten mit sitzenden Tätigkeiten (Fernsehen, Computerspiele etc.)
Zähler	Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas, welchen eine Einschränkung der Zeiten mit sitzenden Tätigkeiten (Fernsehen, Computerspiele, etc.) empfohlen wurde
Nenner	Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas
LL-Empfehlung	<p>NICE, 2014b (CG189) Encourage children to reduce inactive behaviours, such as sitting and watching television, using a computer or playing video games.</p> <p>NICE , 2013 (PH47) Ensure all lifestyle weight management programmes for overweight and obese children and young people are multi-component. They should focus on:</p> <ul style="list-style-type: none"> * diet and healthy eating habits * physical activity * reducing the amount of time spent being sedentary * strategies for changing the behaviour of the child or young person and all close family members.
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> ICD-10: E66.04, E66.05, E66.14.E66.15, E66.24/25, E.66.84/85, E66.94/95, Zusatzdokumentation (ICPC-2: -69) <i>Box 7: Lebensstilinterventionen</i></p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>NICE, 2014b (CG189) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.</p> <p>NICE 2013 (PH47) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Weight management: lifestyle services for overweight or obese children and young people (PH47) [online]. October 2013 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ph47.</p>

Indikator Nr. AKJ05	Diagnose
Beschreibung	Die Diagnose von Übergewicht oder Adipositas soll anhand der geschlechts- und altersspezifischen Perzentilenkurven (BMI/Alter) der WHO 2006/2007 erfolgen.
Zähler	Alle adipösen und übergewichtigen Kinder und Jugendlichen, bei welchen zur Bestimmung der Gewichtskategorien die Perzentilenkurven herangezogen wurden.
Nenner	Alle adipösen und übergewichtigen Kinder und Jugendlichen
LL-Empfehlung	<p>NICE, 2014b (CG189) Use BMI (adjusted for age and gender) as a practical estimate of adiposity in children and young people. Interpret BMI with caution because it is not a direct measure of adiposity.</p> <p>NICE , 2013 (PH47) Use the UK growth charts for children aged 4 years and older to determine BMI centile for their age and gender. Use the UK-WHO 0–4 years growth chart to determine if children younger than 4 are a healthy weight. Record this in the child or young person's health record.</p> <p>ICSI, 2013a (Children) CDC growth charts should be used for children ages 2-18; WHO growth curves should be used from birth through 23 months of age.</p>
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Übergewicht:</u> Alter 2-5 Jahre → > 97. bis < 99,9. Perzentile Alter 6-18 Jahre → > 85. bis < 97. Perzentile ▪ <u>Adipositas:</u> Alter 2-5 Jahre → ≥ 99,9. Perzentile Alter 6-18 Jahre → ≥ 97. Perzentile <p><i>Erfassung:</i> Routedokumentation (ICD-10: E66.04, E66.05, E66.14.E66.15, E66.24/25, E.66.84/85, E66.94/95) <i>Box 1:</i> Diagnose</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>NICE, 2014b (CG189) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.</p> <p>NICE , 2013 (PH47) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Weight management: lifestyle services for overweight or obese children and young people (PH47) [online]. October 2013 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ph47.</p> <p>ICSI, 2013a (Children) Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and management of obesity for children and adolescents. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47102.</p>

Indikator Nr. AKJ06	Weiterführende Anamnese
Beschreibung	<p>Zur Feststellung potenzieller Ursachen für Übergewicht/Adipositas, zur Ermittlung, ob ein Lebensstilprogramm indiziert ist und als Grundlage für die Entwicklung eines umfassenden strukturierten Behandlungsplans soll Folgendes erhoben werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • potenzielle zugrundeliegende Ursachen für Übergewicht/Adipositas • Medikation und Erkrankungen • Wachstums- und Pubertätsstatus • Lebensstil (Ernährung und Bewegung) • relevante soziale, familiäre und Umfeld-Faktoren, die Adipositas oder ihre Behandlung beeinflussen können • psychologische Stressoren wie niedriges Selbstwertgefühl, Hänselei oder Bullying • Einstellung der Familie (Eltern) hinsichtlich des Übergewichts/der Adipositas des Kindes • Einstellung und Wissen der Familie (Eltern) zu Ernährung, Bewegung und inaktivem Lebensstil • bereits durchgeführte Gewichtsreduktionsversuche und die Erfahrung daraus • Bereitschaft und Motivation zur Änderung (von Kind/Jugendlichem und seiner Familie)
Zähler	Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas mit weiterführender Anamnese
Nenner	Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas
LL-Empfehlung	<p>NICE , 2013 (PH47) Take account of their BMI centile, any obesity-associated diseases or conditions (comorbidities) they may have, or family medical history, and any psychosocial considerations, to determine whether referral to a lifestyle weight management programme is clinically appropriate.)</p> <p>NICE, 2014b (CG189) Take measurements to determine degree of overweight or obesity and raise the issue of weight with the child and family, then assess:</p> <ul style="list-style-type: none"> o presenting symptoms and underlying causes of being overweight or obese o willingness and motivation to change o comorbidities (such as hypertension, hyperinsulinemia, dyslipidaemia, type 2 diabetes, psychosocial dysfunction and exacerbation of conditions such as asthma) o any risk factors assessed using lipid profile (preferably done when fasting), blood pressure measurement and HbA1c measurement o psychosocial distress, such as low self-esteem, teasing and bullying o family history of being overweight or obese and comorbidities o the child and family's willingness and motivation to change lifestyle o lifestyle (diet and physical activity) o environmental, social and family factors that may contribute to being overweight or obese, and the success of treatment o growth and pubertal status o any medical problems and medication o the role of family and care workers in supporting people with learning disabilities to make lifestyle changes. <p>NICE , 2013 (PH47)</p>

	<p>Identify whether the child or young person's mental wellbeing is affected by their weight. For example, whether there are any signs of psychological distress, depression, bulimia, self-harming or other mental health problems related to their weight.</p> <p>NICE , 2013 (PH47) Identify whether their weight is a consequence of circumstances that have affected their mental wellbeing. (For example, if they have experienced bereavement or have caring responsibilities.)</p>
Anmerkungen	<p><i>Erfassung: Routinedokumentation</i> (ICD-10: E66.04, E66.05, E66.14.E66.15, E66.24/25, E.66.84/85, E66.94/95), Honorar-/Leistungspositionsverrechnung (z.B. StGKK: Pos. 147) <i>Box 2: Weiterführende Anamnese</i></p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>NICE , 2013 (PH47) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Weight management: lifestyle services for overweight or obese children and young people (PH47) [online]. October 2013 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ph47.</p> <p>NICE, 2014b (CG189) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.</p>

Indikator Nr. AKJ07	Aufklärung der Familie
Beschreibung	Familien, die noch nicht bereit sind an dem Gewichtsmanagementprogramm teilzunehmen, soll <ul style="list-style-type: none"> ▪ erklärt werden, wie sie in Zukunft daran teilnehmen können (auch durch ihre eigene Initiative) ▪ nach ihrer Präferenz ein weiteres Gespräch in 3-6 Monaten angeboten werden ▪ Informationen und Empfehlungen zu gesunder Ernährung, einem aktiven Lebensstil und einer Reduktion des inaktivem Lebensstils angeboten werden
Zähler	Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas in Familien, die nicht bereit sind an einem Gewichtsmanagementprogramm teilzunehmen, die darüber informiert wurden, dass eine Beratung/Unterstützung jederzeit zur Verfügung steht und welchen Informationen zu einem gesunden Lebensstil angeboten wurden
Nenner	Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas in Familien, die nicht bereit sind, an einem Gewichtsmanagementprogramm teilzunehmen
LL-Empfehlung	NICE , 2013 (PH47) If the family is not ready to attend a programme: * tell them how they can enrol in the future (including the fact that they can self-refer if this is possible) * offer a follow-up appointment in 3 or 6 months, according to their preference * provide them with, or point them to, information and advice on healthy eating, physical activity and how to reduce sedentary behaviour (examples include: the NHS Choices Eatwell plate, UK physical activity guidelines and the Change4Life website).
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICD-10: E66.04, E66.05, E66.14.E66.15, E66.24/25, E.66.84/85, E66.94/95), Zusatzdokumentation (ICPC-2: -69; -45) <i>Box 3:</i> Aufklärung der Familie
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	NICE , 2013 (PH47) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Weight management: lifestyle services for overweight or obese children and young people (PH47) [online]. October 2013 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ph47 .

Indikator Nr. AKJ08	Aufklärung der Familie
Beschreibung	Interventionen zum Gewichtsmanagement für Kinder/Jugendliche sollen die ganze Familie und das soziale Setting miteinbeziehen
Zähler	Alle Kinder/Jugendlichen, bei denen die gesamte Familie bei den Interventionen zum Gewichtsmanagement miteinbezogen wurde
Nenner	Alle Kinder/Jugendlichen mit Gewichtsmanagement
LL-Empfehlung	<p>ICSI, 2013a (Children) primary adult caregiver (PACs) should participate in the treatment process.</p> <p>NICE, 2014b (CG189) Ensure that interventions for children who are overweight or have obesity address lifestyle within the family and in social settings.</p> <p>NICE, 2015 (CG43) All actions aimed at preventing excess weight gain and improving diet (including reducing energy intake) and activity levels in children and young people should actively involve parents and carers.</p>
Anmerkungen	<p><i>Erfassung: Routinedokumentation</i> (ICD-10: E66.04, E66.05, E66.14.E66.15, E66.24/25, E.66.84/85, E66.94/95) <i>Zusatzdokumentation (ICPC-2: -45)</i> <i>Box 3: Aufklärung der Familie</i></p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>ICSI, 2013a (Children) Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and management of obesity for children and adolescents. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47102.</p> <p>NICE, 2014b (CG189) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.</p> <p>NICE, 2015 (CG43) National Clinical Guideline C. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. In: Obesity: Identification, Assessment and Management of Overweight and Obesity in Children, Young People and Adults: Partial Update of CG43. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); Copyright (c) National Clinical Guideline Centre, 2014.; 2014.</p>

Indikator Nr. AKJ09	Risikoabschätzung
Beschreibung	Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas sollen auf Adipositas-assoziierte Begleiterkrankungen (wie z.B. Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Dyslipidämie, psychosoziale Dysfunktionen, Exazerbationen z.B. von Asthma) untersucht werden.
Zähler	Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas, die auf assoziierte Begleiterkrankungen untersucht wurden
Nenner	Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas
LL-Empfehlung	<p>NICE, 2014b (CG189) Assessment of comorbidity should be considered for children with a BMI at or above the 98th centile.</p> <p>NICE, 2014b (CG189) In tier 3 services, assess associated comorbidities and possible causes for children and young people who are overweight or who have obesity. Use investigations such as: o blood pressure measurement o lipid profile, preferably while fasting o fasting insulin o fasting glucose levels and oral glucose tolerance test o liver function o endocrine function. Interpret the results of any tests used in the context of how overweight or obese the child is, the child's age, history of comorbidities, possible genetic causes and any family history of metabolic disease related to being overweight or obese.</p> <p>NHLBI, 2012 BMI \geq95th %ile (2-21y): Specific assessment for comorbidities (Hypertension, dyslipidemia, type 2 diabetes mellitus)</p> <p>ICSI, 2013a (Children) Clinicians should conduct a focused review of systems and physical examination to identify potential weight-related comorbidities.</p> <p>NICE , 2013 (PH47) Developing a tailored plan to meet individual needs: Assess each child or young person for obesity-associated diseases or conditions (comorbidities). Use a locally approved comorbidities assessment tool, where available. Assessment is particularly important if the child or young person and their family have self-referred to the programme, or have not been assessed by a health professional. Refer them to their GP if any concerns are identified.</p> <p>ICSI, 2013a (Children) Clinicians should obtain laboratory and radiographic evaluations depending on age, BMI, and physical and historical findings. Clinicians should also consider the likely impact on treatment strategies of the results obtained. If results are unlikely to alter treatment, then the value of the testing may be limited.</p>

Anmerkungen	<p><i>Bestimmung von:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Blutdruck ▪ Lipidwerte ▪ Nüchtern-Insulin bzw. Blutzucker ▪ OGTT ▪ Leberwerte ▪ Hormonstatus <p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICD-10: E66.04, E66.05, E66.14.E66.15, E66.24/25, E.66.84/85, E66.94/95), Zusatzdokumentation (ICPC-2: -30) <i>Box 5:</i> Risikoabschätzung</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>NICE, 2014b (CG189) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.</p> <p>NHLBI, 2012 National Heart L, and Blood Institute (U.S.),. Overweight and obesity. In: Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=35584.</p> <p>ICSI, 2013a (Children) Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and management of obesity for children and adolescents. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47102.</p> <p>NICE , 2013 (PH47) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Weight management: lifestyle services for overweight or obese children and young people (PH47) [online]. October 2013 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ph47.</p>

Indikator Nr. AKJ10	Risikoabschätzung
Beschreibung	Eine Familienanamnese bezüglich Adipositas, Diabetes und kardiovaskulärer Erkrankung zur Bestimmung des Risikos für Begleiterkrankungen soll durchgeführt werden
Zähler	Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas, bei denen eine Familienanamnese hinsichtlich Adipositas, Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen erfolgte
Nenner	Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas
LL-Empfehlung	ICSI, 2013a (Children) Clinicians should obtain focused family history of obesity and type 2 diabetes mellitus (DM) and cardiovascular disease (CVD) in first- and second-degree relatives to assess the risk of current and future comorbidities associated with the patient's weight status.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICD-10: E66.04, E66.05, E66.14.E66.15, E66.24/25, E.66.84/85, E66.94/95) Zusatzdokumentation (ICPC-2: -30), Honorar-/Leistungspositionsverrechnung <i>Box 5: Risikoabschätzung</i>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	ICSI, 2013a (Children) Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and management of obesity for children and adolescents. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47102 .

Indikator Nr. AKJ11	Lebensstilinterventionen
Beschreibung	<u>Bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas stellt die Änderung des Lebensstils die primäre Therapie dar.</u> Diese soll als multifaktorielle Intervention inkl. Reduktion der Energiezufuhr und der Zeiten mit sitzenden Tätigkeiten, Steigerung der körperlichen Aktivität und Maßnahmen zur Unterstützung der Verhaltensänderung erfolgen
Zähler	Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas, bei denen eine Beratung hinsichtlich eines gesunden Lebensstils als primäre Therapieform erfolgte
Nenner	Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas
LL-Empfehlung	<p>NICE , 2013 (PH47) Ensure family-based, multi-component lifestyle weight management services for children and young people are available as part of a community-wide, multi-agency approach to promoting a healthy weight and preventing and managing obesity. These services should contain the core elements described in recommendation 3. They should be provided as part of a locally agreed obesity care or weight management pathway.</p> <p>NICE , 2013 (PH47) Ensure all lifestyle weight management programmes for overweight and obese children and young people are multi-component. They should focus on: * diet and healthy eating habits * physical activity * reducing the amount of time spent being sedentary * strategies for changing the behaviour of the child or young person and all close family members.</p> <p>ICSI, 2013a (Children) Lifestyle interventions should be provided for overweight and obese youth.</p>
Anmerkungen	Erfassung: Routinedokumentation (ICD-10: E66.04, E66.05, E66.14.E66.15, E66.24/25, E.66.84/85, E66.94/95), Zusatzdokumentation (ICPC-2: -45) Box 7: Lebensstilinterventionen
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>NICE , 2013 (PH47) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Weight management: lifestyle services for overweight or obese children and young people (PH47) [online]. October 2013 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ph47.</p> <p>ICSI, 2013a (Children) Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and management of obesity for children and adolescents. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47102.</p>

Indikator Nr. AKJ12	Lebensstilinterventionen
Beschreibung	Ein regelmäßiger Kontakt mit Personen aus den entsprechenden Gesundheitsberufen soll Teil des Gewichtsmanagements sein, wobei kurzfristig ein häufigerer Kontakt zu einem höheren Therapieerfolg führt. Langfristig muss die Häufigkeit an die individuellen Bedürfnisse der Familie und die zur Verfügung stehenden Ressourcen angepasst werden.
Zähler	Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas mit Gewichtsmanagement, bei denen ein regelmäßiger Kontakt hinsichtlich des Gewichtsmanagement erfolgte
Nenner	Alle Kinder/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas mit Gewichtsmanagement
LL-Empfehlung	<p>NICE , 2013 (PH47)</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Dedicate long-term resources to support the development, implementation, delivery, promotion, monitoring and evaluation of these services. ♦ Ensure programme content is regularly reviewed and updated by the multidisciplinary team. ♦ Ensure the contract or programme specification requires that height and weight are measured and that both BMI and BMI for age and gender (BMI z score) are recorded. All children and young people should be measured at the following times: <ul style="list-style-type: none"> * at recruitment to the programme * at completion of the programme * 6 months after completing the programme * 1 year after completing the programme.
Anmerkungen	<p><i>Definition „regelmäßig“:</i> Intervall von 6 Monaten <i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICD-10: E66.04, E66.05, E66.14.E66.15, E66.24/25, E.66.84/85, E66.94/95), Zusatzdokumentation (ICPC-2: -45) <i>Box 7:</i> Lebensstilinterventionen</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>NICE, 2013 (PH47) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Weight management: lifestyle services for overweight or obese children and young people (PH47) [online]. October 2013 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ph47.</p>

Indikator Nr. AKJ13	Ernährung
Beschreibung	Im Falle einer gewichtsreduzierenden Ernährung (Stufe 3 bzw. Stufe 4 der Lebensstilinterventionen) ist eine Gewichtsreduktion von 0,5-1 kg pro Woche ein angemessenes Therapieziel
Zähler	Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas und einer gewichtsreduzierenden Therapie, bei denen eine altersgemäße Gewichtsentwicklung erreicht wurde
Nenner	Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas und einer gewichtsreduzierenden Therapie
LL-Empfehlung	UoM, 2014 For children, decrease rate of weight gain or 1-2 lb/week weight loss is reasonable.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routedokumentation (ICD-10: E66.04, E66.05, E66.14.E66.15, E66.24/25, E.66.84/85, E66.94/95), Zusatzdokumentation (ICPC-2: -45) <i>Box 8:</i> Ernährung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Literatur	UoM, 2014: University of Michigan Health System. Obesity prevention and management. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47027 .

Indikator Nr. AKJ14	Steigerung der körperlichen Aktivität
Beschreibung	Kinder und Jugendliche sollen zu vermehrter körperlicher Aktivität ermutigt werden, auch wenn sie dadurch kein Gewicht verlieren (aufgrund der anderen positiven Gesundheitsauswirkungen wie reduziertes Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 oder kardiovaskuläre Erkrankungen), insgesamt mindestens eine Stunde/Tag aktives Spiel, andere Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Gehen, Radfahren, Treppen steigen) oder strukturierte Bewegung (z.B. Fußball, Schwimmen, Tanzen) mit moderater bis intensiver Belastung in einer bis mehreren Einheiten von mindestens 10 Minuten Dauer. Der Fokus soll dabei auf einfach durchzuführenden Aktivitäten liegen, die Spaß machen
Zähler	Alle Kinder/Jugendlichen, denen eine vermehrte körperliche Aktivität von mindestens 1 Stunde pro Tag empfohlen wurde
Nenner	Alle Kinder/Jugendlichen
LL-Empfehlung	<p>NICE, 2014b (CG189) Encourage children and young people to increase their level of physical activity, even if they do not lose weight as a result, because of the other health benefits exercise can bring (for example, reduced risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease). Encourage children to do at least 60 minutes of moderate or greater intensity physical activity each day.</p> <p>NICE, 2014b (CG189) The activity can be in 1 session or several sessions lasting 10 minutes or more.</p> <p>AXXON, 2015 An increased physical activity and fitness in children and adolescents with obesity should be achieved by primarily promoting endurance exercises, by participating in organized sports activities or daily life activities. The recommended level of activity (unstructured fun activity) is a minimum of 1h/day.</p> <p>ICSI, 2013a (Children) Clinicians may encourage children and adolescents to engage in moderately intense physical activity for at least 60 minutes per day.</p> <p>NICE , 2013 (PH47) Aim to gradually increase the amount of moderate to vigorous-intensity physical activity programme participants do every day. Focus on activities they enjoy and that are easily accessible. This includes activities that can be built into daily life, such as active play, walking or cycling. Aim to achieve the age-specific UK physical activity guidelines.</p> <p>NICE, 2014b (CG189) Give children the opportunity and support to do more exercise in their daily lives (for example, walking, cycling, using the stairs and active play).</p> <p>NICE, 2014b (CG189) Give children the opportunity and support to do more regular, structured physical activity, (for example football, swimming or dancing).</p>

	<p>UoM, 2014 * Minimum of one hour of active play and other activities daily that include moderate-or vigorous-intensity aerobic physical activity, muscle-strengthening activities, and bone-strengthening activities.</p> <p>AXXON, 2015 Even though general recommendations advocate to increase physical activity level, a greater endurance exercise volume generates greater fat mass loss. In this regard, a proper selection of training modalities (instead of physical activity increments only) is mandatory. To generate a greater endurance exercise volume whole-body exercises involving large muscle groups (eliciting a greater caloric expenditure per time unit) should thus be preferred and prolonged exercise/physical activity (>1h) should be attempted.</p>
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Zusatzdokumentation (ICPC-2: -45) Box 9: Steigerung der körperlichen Aktivität</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>NICE, 2014b (CG189) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.</p> <p>AXXON, 2015 Hansen D, Hens W, Peeters S, Wittebrood C, Van Ussel S, Verleyen D et al. Physical Therapy as Treatment for Childhood Obesity in Primary Health Care: Clinical Recommendation From AXXON (Belgian Physical Therapy Association). Phys Ther 2015.</p> <p>ICSI, 2013a (Children) Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and management of obesity for children and adolescents. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47102.</p> <p>NICE , 2013 (PH47) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Weight management: lifestyle services for overweight or obese children and young people (PH47) [online]. October 2013 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ph47.</p> <p>UoM, 2014 University of Michigan Health System. Obesity prevention and management. [online]. [Zugriff: 18.04.2016]. URL: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47027</p>

Indikator Nr. AKJ16	Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen
Beschreibung	Medikamente zur Gewichtsreduktion sind für Kinder im Alter von 2 bis 11 Jahren generell nicht empfohlen
Zähler	Alle Kinder unter 12 Jahren, bei welchen keine Medikamente zur Gewichtsreduktion verschrieben wurden
Nenner	Alle Kinder unter 12 Jahren
LL-Empfehlung	<p>Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), 2015b (children) We recommend that primary care practitioners not offer orlistat aimed at healthy weight management for children aged 2 to 11 years.</p> <p>NICE, 2014b (CG189)</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Drug treatment is not generally recommended for children younger than 12 years ♦ In children younger than 12 years, drug treatment may be used only in exceptional circumstances, if severe comorbidities are present. Prescribing should be started and monitored only in specialist paediatric settings.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: -50; e-medikation) <i>Box 11:</i> Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>CTFPHC, 2015b (children) Recommendations for growth monitoring, and prevention and management of overweight and obesity in children and youth in primary care. Cmaj 2015; 187(6): 411-421.</p> <p>NICE, 2014b (CG189) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.</p> <p>Stegenga H, Haines A, Jones K, Wilding J. Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. Bmj 2014; 349: g6608.</p>

Indikator Nr. AKJ17	Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen
Beschreibung	Die Therapie mit Orlistat soll von einer speziellen pädiatrischen Einrichtung, mit einem multidisziplinären Team, das mit der Verschreibung des Medikaments in dieser Altersgruppe Erfahrung hat, eingeleitet werden
Zähler	Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas und pharmakologischer Gewichtsreduktion, bei denen diese durch eine spezielle pädiatrische Einrichtung eingeleitet wurde
Nenner	Alle Kinder/Jugendlichen mit Adipositas und pharmakologischer Gewichtsreduktion
LL-Empfehlung	<p>NICE, 2014b (CG189)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Do not give orlistat to children for obesity unless prescribed by a multidisciplinary team with expertise in: <ul style="list-style-type: none"> o drug monitoring o psychological support o behavioural interventions o interventions to increase physical activity o interventions to improve diet. • In children aged 12 years and older, treatment with orlistat is recommended only if physical comorbidities (such as orthopaedic problems or sleep apnoea) or severe psychological comorbidities are present. Treatment should be started in a specialist paediatric setting, by multidisciplinary teams with experience of prescribing in this age group.
Anmerkungen	<p><i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICD-10: E66.04, E66.05, E66.14.E66.15, E66.24/25, E.66.84/85, E66.94/95), Zusatzdokumentation (ICPC-2: -50)</p> <p><i>Box 11:</i> Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	<p>NICE, 2014b (CG189)</p> <p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.</p>

Indikator Nr. AKJ18	Bariatrische Chirurgie
Beschreibung	Alle Jugendlichen müssen vor der bariatrischen Operation eine umfangreiche psychologische, edukative, familiäre und soziale Untersuchung erhalten inkl. genetischem Screening, um seltene Erkrankungen als Ursache der Adipositas auszuschließen (z.B. Prader-Willi-Syndrom)
Zähler	Alle Kinder/Jugendlichen mit einem bariatrischen Eingriff und dokumentierter präoperativer umfassender Untersuchung
Nenner	Alle Kinder/Jugendlichen mit einem bariatrischen Eingriff
LL-Empfehlung	NICE, 2014b (CG189) Ensure all young people have had a comprehensive psychological, educational, family and social assessment before undergoing bariatric surgery.
Anmerkungen	<i>Umfassend:</i> psychologische, edukative, familiäre und soziale Untersuchung <i>Erfassung:</i> Routinedokumentation (ICPC-2: -30), <i>Box 12:</i> Bariatrische Chirurgie
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	NICE, 2014b (CG189) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189 .

Indikator Nr. AKJ19	Bariatrische Chirurgie
Beschreibung	Eine bariatrische Operation soll nur durch ein multidisziplinäres Team mit kinderklinischer Expertise durchgeführt werden
Zähler	Alle Kinder/Jugendlichen mit einem bariatrischen Eingriff, bei denen dieser durch ein multidisziplinäres Team mit kinderklinischer Expertise durchgeführt wurde
Nenner	Alle Kinder/Jugendlichen mit einem bariatrischen Eingriff
LL-Empfehlung	<p>NICE, 2014b (CG189) Surgery for obesity should be undertaken only by a multidisciplinary team that can provide paediatric expertise in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • preoperative assessment, including a risk-benefit analysis that includes preventing complications of obesity, and specialist assessment for eating disorder(s) • information on the different procedures, including potential weight loss and associated risks • regular postoperative assessment, including specialist dietetic and surgical follow-up • management of comorbidities • psychological support before and after surgery • information on or access to plastic surgery (such as apronectomy) when appropriate • access to suitable equipment, including scales, theatre tables, Zimmer frames, commodes, hoists, bed frames, pressure-relieving mattresses and seating suitable for children and young people undergoing bariatric surgery, and staff trained to use them.
Anmerkungen	<i>Erfassung:</i> Zusatzdokumentation (ICPC-2: -66; e-Befund) <i>Box 12:</i> Bariatrische Chirurgie
Indikatortyp	Prozessindikator
Literatur	NICE, 2014b (CG189) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management (CG189) [online]. Nov.14 [Zugriff: 18.04.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189 .

Anhang 11 Alle Kommentare zu den QI-Adipositas Erwachsene

Nr.	Indikator	1. Bewertungsrunde	2. Bewertungsrunde
AE01	"Risikoabschätzung" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Individuelle Risikoabschätzung wird subjektiv interpretiert Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> • individuell = personenbezogen → positiv, aber individuell = schwer messbar • individuelle Risikoabschätzung = Vorgaben in Tabelle, ist die Grundlage • inkludieren!
AE02	"Aufklärung – Gesundheitsrisiken/Thera- pieeffekte" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Aufklärung durch Arzt, Psychologen, Diätologen, chirurgen, ...??? Risiko f. Fehlsteuerung: Motivationsbias	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> • 100%-Indikator, Gegenteil: keine korrekte Information der Patienten bzw. jeder Stammpatient wird sowieso informiert • Relevanz: keine Aussage
AE03	"Unterstützungsbereitschaft" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Der Hinweis sollte selbstverständlich sein! Das Problem liegt im Einhalten des Versprechens Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> • Gleich wie zuvor • Hinweis = selbstverständlich • Zentrum Vorteil → Diätologin, = Mindestinfo
AE04	"Weiterführende Anamnese" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung: Uneinheitliche Aufzeichnung	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> • Nicht praktikabel, abhängig von Doku- Software
AE05	"Indikation zu gewichtsreduzierenden Lebensstilinterventionen" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Die Betroffenen müssen nach Beratung den Lebensstil selbst ändern. Sie können diesen nicht von jemandem erhalten. Risiko f. Fehlsteuerung: Motivationsbias	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> • 100% Indikator • zu ungenau formuliert • Keine strukturierten Angebote bzw. keine strukturierte Erfassung • Einziges: DMP Therapie Aktiv • Nicht praktikabel für niedergelassenen Bereich • Gesundheitsförderung (GF)-Angebote, die für die PV-Ebene relevant sind und teilweise im sekundären und stat. Bereich angeboten bzw. durchgeführt werden

AE06	"Lebensstilinterventionen – Gewichtsverlust" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung: Motivationsbias, „Jo Jo“	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> • praktikabel. – Gewicht ist messbar • Diätologin: Gewichtabnahme ist möglich, • nicht praktikabel, selten umsetzbar bzw. wird oft nicht gehalten • DMP guter Ansatz: Diskussion und Zielvereinbarung mit Patient • kleine Kassen - Selbstbehaltsreduktion
AE07	"Lebensstilinterventionen" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:
AE08	"Lebensstilinterventionen" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> • Definition „qualifizierte Fachkraft“ • Professionen festlegen • Auch PVE-externe Personen trage positiv zu einer Lebensstilintervention bei
AE09	"Kalorienreduzierte Ernährung" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung: Gewichtsreduktion alleine ist zu wenig Nicht einheitlich durchführbar, nur unter Studienbedingungen	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:
AE10	"Ernährungsberatung" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung: Selektionsbias	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:
AE11	"Sehr niedrig kalorische Diät (very low calorie diet)" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:
AE12	"Steigerung der körperlichen Aktivität" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Vereinbart ist nicht durchgeführt Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:

AE13	"Verhaltensänderung Profession" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Psy Diplome der ÄK, FA für Psychiatrie und Psychotherapie, Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> Ergänzen: AM mit Psy III Diplom ergänzen Aussage Indikator: Prozess: denkt der Arzt daran, SOP, Struktur: Angebot vorhanden?
AE14	"Verhaltensänderung Inhalte" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:
AE15	"Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen – Orlistat" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> Fehlsteuerung: zurückziehe auf medikamentöse Therapie Wird regulär nicht verschrieben, nicht erste Wahl
AE16	"Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen – Evaluation" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:
AE17	"Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen – Therapiefortsetzung" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:
AE18	"Bariatrische Chirurgie – multiprofessionelle Betreuung" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: PSY III Kompetenz Risiko f. Fehlsteuerung: Diese Zentren gibt es nicht, was ist mit Wahlärzten...	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> Diese Zentren bestehen nicht und sind nicht in der Struktur vorgesehen Vielseitigkeit in der Allgemeinmedizin ist positiv (unterschiedliche Spezialisierungen)
AE19	"Bariatrische Chirurgie – präoperative Evaluierung" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung: Das passiert unkoordiniert, vermutlich am ehesten in den Krankenhäusern	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:

AE20	"Bariatrische Chirurgie – Nachsorgeuntersuchungen" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung: Diese Dinge passieren hauptsächlich im Krankenhaus und wenn in der PV, dann unkoordiniert.	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:
AE21	"Jährliche BMI-Kontrolle" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> • wenn Therapieziel erreicht, muss nicht regulär sein • sinnvoll in einem DMP, das ausgerollt und bezahlt wird, zu großer Aufwand
AE22	"Regelmäßiger Kontakt im ersten Jahr nach Gewichtsreduktion" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> • wer ist d. qualifizierter Berater • gut, aber derzeit nicht praktikabel
AE23	"Steigerung der körperlichen Aktivität" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung: Das wissen die doch	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> • 100%-QI
AE24	"Steigerung der körperlichen Aktivität" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> • Vereinbarung nicht eindeutig definierbar • DMP Vereinbarung möglich • „moderat“ – nicht genau definiert
AE25	"Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen – Evaluation Langzeittherapie" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Qualität des Gespräches Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:

Anhang 12 Alle Kommentare zu den QI Adipositas Kinder und Jugendliche

Nr.	Indikator	1. Bewertungsrunde	2. Bewertungsrunde
AKJ01	"Lebensstilinterventionen - Betreuung" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Gibt es für die Fachkräfte spezielle Ausbildungen? Risiko f. Fehlsteuerung: Selektionsbias	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> keine Aussage, nicht relevant
AKJ02	"Lebensstilintervention – Plan zur Gewichtsreduktion" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> Keine Ressourcen vorhanden bzw. städtisch ev. mehr Ressourcen nicht praktikabel, Eltern nicht zugänglich
AKJ03	"Lebensstilintervention – umfassendes Programm" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Wo gibt es dieses Programm? Qualität? Risiko f. Fehlsteuerung: Selektionsbias, kein Einschreibesystem Wie wird "erfolglos" definiert?	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> Angebote, wenn vorhanden, unbekannt Problembewusstsein der Eltern nicht vorhanden
AKJ04	"Lebensstilinterventionen" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung: Empfehlen alleine ist zu wenig Um wieviel soll eingeschränkt werden? Sehr subjektiv	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:
AKJ05	"Diagnose" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung: Wer mach denn sowas?	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:
AKJ06	"Weiterführende Anamnese" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung: Kommt wahrscheinlich sehr auf die Motivation des Kinderarztes an	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> 100%-QI

AKJ07	"Aufklärung der Familie" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung: Einführen oder Anbieten eines recall systems	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> • relevant • 100%-QI, wenn abgesagt, bereits informiert, dass sie könnten, wenn sie wollten
AKJ08	"Aufklärung der Familie" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung: Wenn ein Elternteil/Geschwister kein Interesse zeigen?	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> • relevant und wichtig, nicht umsetzbar
AKJ09	"Risikoabschätzung" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung: Die Frage ist, ob diese Kinder bei den richtigen Adressen landen	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:
AKJ10	"Risikoabschätzung" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung: Unwissenheit, Schamgefühl	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> • wie QI06
AKJ11	"Lebensstilinterventionen" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> • Wer dokumentiert
AKJ12	"Lebensstilinterventionen" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:
AKJ13	"Ernährung" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Fokussierung auf Gewicht Zu engmaschig, unklar wie der Parameter erhoben wird Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> • mit 0,5-1 kg keine Aussage, muss sich nach Perzentile richten
AKJ14	"Steigerung der körperlichen Aktivität" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: <ul style="list-style-type: none"> • Empfehlung sinnvoll • Wie kann die Empfehlung ausgewertet werden?

AKJ15	"Steigerung der körperlichen Aktivität" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Qualität der Empfehlung Risiko f. Fehlsteuerung: Welches Training? Gibt es genügend solcher Fachkräfte?	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare:
AKJ16	"Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: • no
AKJ17	"Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Definition der Einrichtung Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: • no
AKJ18	"Bariatrische Chirurgie" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: • HVB: 2018: 3 in ganz Österreich → nicht relevant
AKJ19	"Bariatrische Chirurgie" Anmerkungen (Stakeholder):	Klarheit und Verständlichkeit: Risiko f. Fehlsteuerung:	Allgemeine Anmerkungen/Kommentare: • HVB: 2018: 3 in ganz Österreich → nicht relevant