

## **Abschlussbericht zum Projekt**

# **„Feedback-Strategien bei routinemäßigen Erhebungen von Qualitätsindikatoren in onkologischen Schwerpunktpraxen“**

**Gefördert durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) in der  
Bundesrepublik Deutschland**

**Forschungsförderungsinitiative des Zi 2014**

**Themenfeld:** Thema 4: Benchmarking, Schwachstellenanalyse und Verbesserungsmanagement – Strategien und Möglichkeiten des Dialogs mit Praxen zur Qualitätssicherung

**Förderzeitraum:** 01.07.2015 – 31.12.2016

**Durchführung:** Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen – WINHO GmbH  
Geschäftsführer: Dr. rer. med. W. Baumann

**Projektleitung:** Dr. Walter Baumann / Dipl.-Psych. Astrid Klein

WINHO GmbH  
Vor den Siebenburgen 2  
50676 Köln

Tel.: +49 – (0) 221 – 933 19 19 11

Fax: +49 – (0) 221 – 933 19 19 20

Email: baumann@winho.de

## Zusammenfassung

Die WINHO-Prozessindikatoren wurden in einem mehrstufigen Verfahren (analog RAND/UCLA) entwickelt und erprobt. Mittels klar quantifizierbarer Größen ermöglichen sie eine neutrale Evaluation der Behandlungsqualität, zeigen einer Praxis ihre eigenen Stärken und Schwächen auf und können dem internen Qualitätsmanagement wichtige Impulse geben. Der Erhalt der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren-Erhebung ist für Praxen allerdings erst der Anfangspunkt, um weitere interne Maßnahmen abzuleiten. Ziel der vorliegenden Studie ist es, den praktischen Nutzen dieser Rückmeldungen für onkologische Schwerpunktpraxen zu untersuchen.

In 24 Praxen mit 31 Hämatologen und Onkologen wurden im Abstand von einem Jahr zweimal Daten zu sechs ausgewählten WINHO-Prozessindikatoren erhoben und den Praxen die Ergebnisse individuell in Ergebnisberichten inkl. Benchmarking zurückgemeldet. Auf der Basis von semistrukturierten Telefoninterviews wurden für die einzelnen Prozesse Best-Practice-Beispiele angefertigt und den Teilnehmern zur Verfügung gestellt. Des Weiteren wurden zwei schriftliche Befragungen zur Akzeptanz und zum Umgang mit den Ergebnissen sowie zum Nutzen der Best-Practice-Beispiele für die eigenen Praxisabläufe durchgeführt.

Es zeigte sich, dass sich onkologische Schwerpunktpraxen mit den Ergebnissen auseinandersetzen und das Bestreben besteht, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln und zu verbessern. Ein Großteil der Praxen hat angegeben, ihre Abläufe in den betreffenden Bereichen überprüft und bei Bedarf Optimierungsstrategien geplant bzw. entwickelt zu haben. In diesem Zusammenhang existiert ein Interesse an Best-Practice-Beispielen, welche auch im Anschluss von den Hämatologen und Onkologen bzw. deren Praxismitarbeitern überwiegend als hilfreich eingestuft wurden.

Praxen profitieren von den Ergebnisrückmeldungen und den Best-Practice-Beispielen. Sie nutzen Ergebnisrückmeldungen zu Prozessindikatoren, um ihre Abläufe zu überprüfen und bei Bedarf Optimierungsstrategien zu entwickeln, wobei hierfür Best-Practice-Beispiele als Anregungen hilfreich eingeschätzt werden. Die Umsetzung und Planung von Veränderungen ist für die Praxen allerdings ein langwieriger Prozess. Auch die Adaption von fremden Prozessbeispielen auf die eigenen Praxisabläufe stellt eine Herausforderung dar. Für eine engere Verknüpfung derartiger Benchmarking-Daten mit dem praktischen Qualitätsmanagement einer Einrichtung sind weitere Überlegungen erforderlich.

## **Inhaltsverzeichnis**

Zusammenfassung .....	I
1 Hintergrund und Ziel .....	1
2 Fragestellung und Hypothesen .....	4
3 Methoden.....	5
3.1 Studienablauf.....	5
3.2 Stichprobenbeschreibung .....	6
3.3 Fokusgruppe.....	7
3.4 Erhebungsinstrumente.....	7
3.4.1 Qualitätsindikatoren-Erhebungen .....	7
3.4.2 Semistrukturierte Interviews .....	10
3.4.3 Best-Practice-Beispiele .....	11
3.4.4 Befragungen .....	11
4 Ergebnisse .....	14
4.1 Ergebnisse der Qualitätsindikatoren-Erhebungen.....	14
4.2 Ergebnisse der Befragungen.....	19
4.2.1 Ergebnisse der ersten Befragung.....	20
4.2.2 Ergebnisse der zweiten Befragung.....	22
5 Diskussion.....	24
Literaturverzeichnis .....	28
Anhang	

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Studienablauf .....	5
Abbildung 2: Vergleich der „Teilnehmerpraxen“ mit den anderen WINHO-Partnerpraxen .....	7
Abbildung 3: Einschlusskriterien Patientenliste .....	10
Abbildung 4: Beispiel-Benchmarking aus dem Ergebnisbericht 2016.....	14
Abbildung 5: Erfüllungsraten der einzelnen QI in den Praxen (erste QI-Erhebung) .....	15
Abbildung 6: Erfüllungsraten der einzelnen QI in den Praxen (zweite QI-Erhebung) .....	16

Abbildung 7: Veränderung in Prozent .....	18
Abbildung 8: Ergebnisse der Arztbefragung, Teil 1: Allgemeine Fragen .....	20
Abbildung 9: Ergebnisse der Arztbefragung, Teil 2: Frage 1 .....	20
Abbildung 10: Ergebnisse der Arztbefragung, Teil 2: Frage 5 .....	21
Abbildung 11: Ergebnisse der Arztbefragung, Teil 2: Frage 6 .....	21
Abbildung 12: Gegenüberstellung der Bewertung von Ärzten und Mitarbeitern.....	22
Abbildung 13: Ergebnisse der zweiten Befragung .....	23

### **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Die Module des WINHO-QI-Sets .....	8
Tabelle 2: Übersicht der ausgewählten Indikatoren .....	9
Tabelle 3: QI-Erfüllungsrate und Stichprobengröße (erste QI-Erhebung) .....	16
Tabelle 4: QI-Erfüllungsrate und Stichprobengröße beider QI-Erhebungen .....	17
Tabelle 5: Analyse der Drop-out-Praxen nach der ersten QI-Erhebung.....	19

### **Abkürzungsverzeichnis**

Abb.	Abbildung
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
ca.	circa
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
inkl.	inklusive
Kap.	Kapitel
QI	Qualitätsindikator
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem
u. U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

## 1 Hintergrund und Ziel

Rund 800 vertragsärztlich tätige Hämatologen und Onkologen versorgen in Deutschland mehr als 600.000 Patienten pro Jahr (BNHO, 2012). Aufgrund der epidemiologisch/demografisch bedingten Ausweitung der Langfristversorgung chronisch kranker Krebspatienten kommt der Qualitätsförderung im Bereich der Fachärzte eine hohe versorgungspolitische Relevanz zu (DGHO, 2013). Mit diesem Ziel, die Qualität in der ambulanten onkologischen Versorgung messbar zu verbessern und langfristig zu sichern, hat das Wissenschaftliche Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) 2009 das sogenannte Qualitätsindikatoren-Projekt (QI-Projekt) ins Leben gerufen. In einem mehrstufigen Verfahren (analog RAND/UCLA, vgl. Brook, 1994) wurde ein Set von 46 Prozessindikatoren entwickelt und erprobt (vgl. Hermes-Moll et al., 2015; Hermes-Moll et al., 2013). Für die Entwicklung der WINHO-Indikatoren war insbesondere das US-amerikanische System von QOPI Vorbild (Neuss et al., 2013).

Dabei sind Qualitätsindikatoren (QI) Hilfsgrößen, die die Qualität einer Einheit durch Zahlenverhältnisse indirekt abbilden und deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität ermöglicht (vgl. Zorn & Ollenschläger, 1999). Diese eindeutig spezifizierten und validierten Messgrößen stellen somit eine Aussage über die erbrachte Leistung und Güte der Versorgung dar (vgl. Geraedts et al., 2005). Qualitätsindikatoren haben vor allem bei der prozessbezogenen Qualitätsmessung eine besondere Bedeutung, weil hier evidenzbasierte Grundlagen (wie z. B. S3-Leitlinien) herangezogen werden können.

Neben der Erstellung eines Indikatorensets hat das WINHO auch eine Erhebungs- und Auswertungsroutine entwickelt, welches ein vertrauliches und individuelles Feedback mit Benchmarkvergleich über die Versorgungsleistung einer Praxis gibt und zudem über das Aufzeigen von möglichen Schwachstellen und Optimierungspotentialen Impulse für das interne Qualitätsmanagement geben kann (vgl. Kap. 3.4 und Anhang A).

Zu Benchmark-Verfahren wurden in Deutschland in den letzten Jahren mehrere Projekte durchgeführt und evaluiert. Die vom Bundesministerium für Gesundheit von 2003 bis 2006 geförderten 10 Modellvorhaben haben gezeigt, dass Benchmark-Verfahren auf freiwilliger Basis im Gesundheitssystem erfolgreich implementiert werden können, wenn sie eine systematische Unterstützung darstellen. Hier stand der „kollegiale Erfahrungsaustausch im Vordergrund“, der es ermöglichte, Ursachen zu identifizieren und konkrete Maßnahmen zur

Verbesserung der Patientenversorgung zu erarbeiten (Kastenholz, Geraedts, & Selbmann, 2011). Im Rahmen der Qualitätssicherung im Krankenhaus hat sich der „strukturierte Dialog“ seit vielen Jahren etabliert. Systematische Evaluationen seiner Wirkungs- und Funktionsweise stehen aber nicht zur Verfügung.

Feedback-Prozesse im Rahmen von Qualitätserhebungen werden dabei in der Literatur dann als wirksam beschrieben, wenn sie dem spezifischen Informationsbedarf der Adressaten nachkommen, nicht sanktionierenden Charakter haben und wenn sie zeitnah nach der Erfassung von Qualitätsdaten erfolgen (Hysong, Best, & Pugh, 2006). Entscheidend ist, wie nützlich, relevant und glaubwürdig insbesondere die Daten wahrgenommen werden (Bradley et al., 2004). Dabei ist von Bedeutung, ob die Ergebnisse eine direkte Umsetzung in Optimierungsmaßnahmen ermöglichen, die von Nachhaltigkeit geprägt sind (Proctor et al., 2011). Aus dem Überblick von Grol lässt sich entnehmen, dass u. a. eine gute Berücksichtigung des klinischen Alltages, gut begründete Veränderungsvorschläge, die Aufdeckung von Handlungsbarrieren und ein Handlungsplan bei der Initiierung von Veränderungen hilfreich sind (Grol, 2002). Der Cochrane-Review von 2007 hebt hervor, dass Feedback dort effektiv ist, wo ein niedrig bewerteter Ausgangspunkt des Adressaten und ein intensives Feedback gegeben sind (Jamtvedt, Young, Kristoffersen, O'Brien, & Oxman, 2006). Die 2007 durchgeführte Analyse von 53 Benchmark-Vorhaben in Deutschland bestätigt zudem, dass fortgeschrittene Qualitätsvorhaben das Lernen von Guten/Besten durch Kommunikation guter Praxis und der späteren Bewertung von Lernprozessen erfolgreich umsetzen können (Blumenstock, Fischer, de Cruppé, Geraedts, & Selbmann, 2011).

Die Dokumentation und Rückmeldung von Qualitätskennzahlen stellt entsprechend keineswegs den Endpunkt dar, sondern sollte vielmehr als Ausgangspunkt für weitere Maßnahmen betrachtet werden, wie zum Beispiel die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen, das Erkennen von Problemfeldern und gegebenenfalls das Anstoßen von Verbesserungsprozessen (vgl. Blumenstock, Fischer, de Cruppé, Geraedts, & Selbmann, 2012; Zorn & Ollenschläger, 1999).

Das Kernanliegen der vorliegenden Studie ist es zu erfassen, wie onkologische Schwerpunktpraxen mit den Ergebnissen aus QI-Erhebungen umgehen; ob diese als valide Aussagen über die Prozessqualität akzeptiert und ins eigene Qualitätsmanagement eingebunden werden und ob Praxen, vor allem bei weniger guten Ergebnissen, selbstständig Such- und Verbesserungsstrategien einleiten. Es soll entsprechend untersucht werden, ob Praxen Maßnahmen ergreifen, an welchen Stellen dabei Schwierigkeiten bestehen und wie gegebenenfalls weitere Hilfestellungen und Anregungen zur Implementierung von

Verbesserungsstrategien gegeben werden können. In diesem Zusammenhang ist auch die Fragestellung von Interesse, wie Praxen ihre eigenen offensichtlich qualitätsförderlichen Prozesse beschreiben können, um daraus Handlungsbeispiele zu erstellen. Denn diese sollen für die anderen Praxen als Anregung dienen, im Sinne eines strukturierten Austauschs und Lernens von den Besten (vgl. Kastenholz, Geraedts, & Selbmann, 2011).

Die gewonnenen Erkenntnisse dieser Studie sollen zusammen mit dem Indikatoren-Set einen weiteren Beitrag dazu leisten, die ambulante onkologische Versorgung in Deutschland abzubilden und weiterzuentwickeln.

## 2 Fragestellung und Hypothesen

Aus den vorherigen Überlegungen haben sich folgende Forschungsfragen und Hypothesen ergeben, die in der vorliegenden Studie untersucht werden.

- ◆ Wie reagieren onkologische Praxen auf „schlechte Ergebnisse“, die ihnen im Rahmen von QI-Feedbackberichten übermittelt werden? Inwieweit werden die QI-Daten als valide Aussage über Prozessqualität akzeptiert?
- ◆ Welche eigenständigen Such- und Verbesserungsstrategien werden bei schlechten QI-Ergebnissen seitens der Praxen gestartet? Welche Hilfestellungen und Anregungen sind erforderlich, damit Praxen sie in eigene Verbesserungsmaßnahmen implementieren können?
- ◆ Wie können Praxen bei guten QI-Ergebnissen die eigenen, offenbar qualitätsförderlichen Prozesse so beschreiben, dass daraus Handlungsvorschläge für andere Praxen entstehen?

Diese Fragestellungen können im Hinblick auf folgende Hypothesen aufgeschlüsselt werden:

- 1a Onkologische Schwerpunktpraxen akzeptieren Ergebnisse von Qualitätserhebungen, die Defizite der Prozessqualität in ihrer Praxis anzeigen.
- 1b Onkologische Schwerpunktpraxen leiten eigenständig Maßnahmen ein, um mögliche Ursachen für schlechte Ergebnisse aufzufinden.
- 1c Onkologische Schwerpunktpraxen leiten Verbesserungsmaßnahmen ein, wenn eindeutige Vorschläge vorliegen.
- 2 Systematische Prozessbeschreibungen aus Exzellenzpraxen werden von anderen Praxen für die Einleitung von Optimierungsprozessen als hilfreich wahrgenommen.

### 3 Methoden

Im Folgenden werden die Methoden der Studie dargestellt. Dazu gehören Studienablauf, Stichprobenbeschreibung, Fokusgruppe und Erhebungsinstrumente, welche aus Qualitätsindikatoren-Erhebungen, semistrukturierten Interviews, Best-Practice-Beispielen und schriftlichen Befragungen bestehen.

#### 3.1 Studienablauf

Die Studie erstreckte sich auf den Zeitraum vom 01.07.2015 bis 31.12.2016 und wurde vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) finanziell gefördert. Sie bestand aus zwei Erhebungen von sechs ausgewählten WINHO-Qualitätsindikatoren im zeitlichen Abstand von einem Jahr in den teilnehmenden onkologischen Schwerpunktpraxen sowie aus zwei begleitenden Befragungen (vgl. Abb. 1 und Kap. 3.4).



Abbildung 1: Studienablauf

Im Anschluss an die beiden QI-Erhebungen erhielten die Praxen im November 2015 bzw. Oktober 2016 jeweils individuelle Ergebnisberichte mit einem anonymisierten Benchmarkvergleich zu den anderen teilnehmenden Praxen (vgl. Anhang A). Nach der ersten QI-Erhebungsrückmeldung wurden mit ausgewählten Praxen, welche besonders gute Ergebnisse in den einzelnen Indikatoren erzielten, semistrukturierte Telefoninterviews geführt. In den insgesamt 10 Interviews haben diese ihre individuellen Prozesse und Abläufe, welche die Indikatorenbereiche betreffen, dargestellt. Diese Beschreibungen wurden anschließend systematisch als Best-Practice-Beispiele in einem Dokument zusammengestellt (vgl. Kap. 3.4.3) und Mitte 2016 allen teilnehmenden Praxen als Optimierungsanregungen für die eigenen Praxisabläufe zur Verfügung gestellt.

Des Weiteren wurden zwei schriftliche Befragungen durchgeführt. Die erste erfolgte von Februar bis April 2016 und untersuchte, inwiefern die zurückgemeldeten Ergebnisse der ersten QI-Erhebung im Rahmen der Studie von den Praxen akzeptiert und genutzt werden (vgl. Kap. 3.4.4). Diese Bögen wurden sowohl an alle teilnehmenden Hämatologen und

Onkologen als auch in verkürzter Form an die jeweiligen Praxismitarbeiter, die dokumentiert haben, ausgegeben (vgl. Anhang B und C).

Die zweite schriftliche Befragung erfolgte zum Projektabschluss von Oktober bis Anfang Dezember 2016 und richtete sich auf eine Einschätzung des praktischen Nutzens der erhaltenen Best-Practice-Beispiele seitens der Praxen. Hier wurde jeweils ein Fragebogen pro Praxis ausgegeben, welcher von einem Arzt und/oder Mitarbeiter ausgefüllt werden sollte (vgl. Anhang D).

Derzeit laufen die Vorbereitungen für die Veröffentlichungen der Ergebnisse und Erkenntnisse in Fachzeitschriften. Eine erste Präsentation der Studienergebnisse wird am 31.03.2017 auf dem 3. interdisziplinären Kongress „Quality of Cancer Care“ (QoCC) in Berlin im Rahmen einer geführten Postersession stattfinden.

### **3.2 Stichprobenbeschreibung**

Alle ca. 200 WINHO-Partnerpraxen mit in etwa 450 niedergelassenen Hämatologen und Onkologen wurden ab Anfang Juli 2015 mehrfach (maximal 5 Mal) auf verschiedenen Kommunikationskanälen (per Post, Fax, E-Mail und Telefon) zu einer Teilnahme am Projekt eingeladen. Dabei war es auch möglich, dass sich mehrere Ärzte aus einer Praxis anmeldeten und entsprechend bei mehr dokumentierten Fällen in den beiden QI-Erhebungen auch individuelle arztbezogene Ergebnisberichte erhielten. Zu einer Teilnahme meldeten sich 67 Hämatologen und Onkologen aus 40 Schwerpunktpraxen an. Neun Praxen sind jedoch bereits im Vorfeld, meist wegen Engpässen in der Praxis, wieder zurückgetreten. Mit den verbleibenden 31 teilnehmenden Praxen wurde eine Kooperationsvereinbarung, die auch eine Datenschutzvereinbarung beinhaltet, geschlossen (vgl. Anhang E).

Nach Abschluss der ersten QI-Erhebung lagen von 43 Hämatologen und Onkologen aus 31 Schwerpunktpraxen jeweils vollständige Datensätze vor. Bei der ersten Befragung zur Akzeptanz und zum Nutzen der QI-Ergebnisberichte sind von 21 Hämatologen und Onkologen sowie von 17 Mitarbeitern ausgefüllte Fragebögen eingegangen (Rücklaufquote: Ärzte 48,8 %; Mitarbeiter 54,8 %). Nach Abschluss der zweiten QI-Erhebung im Herbst 2016 lagen Daten von 31 Hämatologen und Onkologen aus 24 Schwerpunktpraxen vor (Drop-out Rate: Praxen 22,6 %). Bei der zweiten Befragung zum Nutzen der Best-Practice-Beispiele sind von 29 ausgegebenen Fragebögen – zwei Praxen hatten sich von der Studie wieder abgemeldet – 20 ausgefüllte Bögen eingegangen (Rücklaufquote: 69,0 %).

Ein Vergleich der 24 Praxen, die sich an beiden QI-Erhebungen beteiligten, mit den anderen WINHO-Partnerpraxen zeigte, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Merkmale „durchschnittliche Anzahl an Hämatologen und Onkologen in einer Praxis“ sowie „durchschnittliche Anzahl an versorgten Patienten pro Quartal“ nicht wesentlich unterscheiden (vgl. Abbildung 2).

	<b>Ärzte pro Praxis Ø-Anzahl</b>	<b>Patienten pro Praxis und Quartal Ø-Anzahl</b>
<b>„Teilnehmerpraxen“</b>	3,8	2009
<b>andere „WINHO-Praxen“</b>	3,4	1682

**Abbildung 2: Vergleich der 24 „Teilnehmerpraxen“ mit den anderen WINHO-Partnerpraxen. Die Angaben basieren auf einer Analyse von Abrechnungsdaten aus dem 3. Quartal der Jahre 2014 bis 2016.**

### **3.3 Fokusgruppe**

Die einzelnen Projektschritte wurden jeweils in Abstimmung mit der Fokusgruppe, welche sich aus niedergelassenen Hämatologen und Onkologen zusammensetzt, die bereits das vorhergehende „Qualitätsindikatoren-Projekt“ (vgl. Kap. 1) begleiteten, getroffen. Der Austausch fand regelmäßig per E-Mail und in Telefonkonferenzen statt. Zudem hat eine Besprechung im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) am 11. Oktober 2015 in Basel stattgefunden.

### **3.4 Erhebungsinstrumente**

#### **3.4.1 Qualitätsindikatoren-Erhebungen**

Die beiden QI-Erhebungen im Rahmen des Projekts fanden von August bis Oktober 2015 sowie von Juli bis September 2016 statt. Hierfür wurden aus dem bestehenden Set von 46 evidenzbasierten und konsentierten WINHO-QI sechs Indikatoren ausgewählt. Das Set lässt sich in fünf krebsentitätsübergreifende Module („Basisdokumentation“, „Therapieplanung und -durchführung“, „Ganzheitliche Betreuung und psychosoziales Wohlbefinden“, „Schmerz-

management“ sowie „Palliativmedizin“) und zwei entitätsspezifische Module (Mamma- und kolorektales Karzinom) unterteilen und deckt spezifische Teilaspekte der Versorgungsqualität ab (vgl. Tab. 1).

**Tabelle 1: Die Module des WINHO-QI-Sets**

Krebsentitätsübergreifende Module	Entitätsspezifische Module
I Basisdokumentation	VI Mammakarzinom
II Therapieplanung und -durchführung	VII Kolorektales Karzinom
III Ganzheitliche Betreuung und psychosoziales Wohlbefinden	
IV Schmerzmanagement	
V Palliativmedizin	

Bei der Auswahl der Indikatoren wurde darauf geachtet, solche zu wählen, die in den vorherigen Erhebungen eine große Streuung im Hinblick auf die Ergebnisse in den einzelnen teilnehmenden onkologischen Schwerpunktpraxen aufwiesen und bei denen zudem hohe Fallzahlen erreicht wurden. Des Weiteren wurden zwei Indikatoren – „Ergebnisse angeordneter Untersuchungen“ sowie „Aufklärung über Osteopenie/Osteoporose-Gefahr“ – ausgewählt, die noch nie erfasst wurden. Dieser Mix aus bereits erfassten und noch nicht erfassten Indikatoren wurde gewählt, um zum einen eine hohe Streuung in den Ergebnissen, und zum anderen einen tatsächlichen Nullpunkt der Daten zu gewährleisten. Denn bei bereits erhobenen Indikatoren haben möglicherweise einige an diesem Projekt teilnehmende Praxen schon früher einmal eine Rückmeldung zu den Bereichen erhalten und ggf. Anpassungen in ihren Abläufen vorgenommen.

Alle ausgewählten Indikatoren wurden vor ihrem (erneuten) Einsatz einer internen fachlichen und methodischen Prüfung unterzogen und ggf. weiter spezifiziert. So wurden sie in einer Telefonkonferenz mit der QI-Fokusgruppe besprochen und es wurden ggf. Anpassungen in den Kriterien und Formulierungen der Indikatoren vorgenommen. Eine Übersicht über die ausgewählten Indikatoren, welche für beide Erhebungen eingesetzt wurden, gibt Tabelle 2.

**Tabelle 2: Übersicht der ausgewählten Indikatoren**

Aus dem Modul „ganzheitliche Betreuung und psychosoziales Wohlbefinden“:

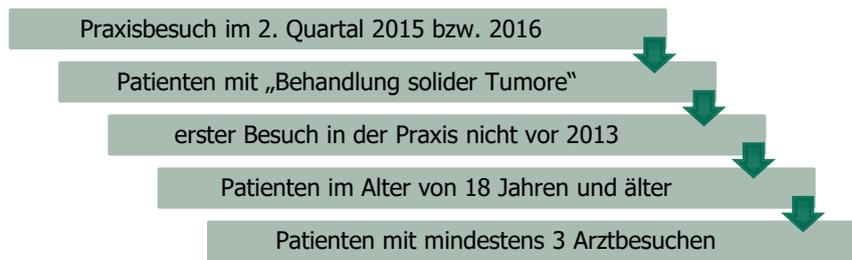
- ◆ Erfassung des psychosozialen Status
- ◆ Umgang mit psychosozialen Problemen

Aus dem Modul „Therapieplanung und -durchführung“:

- ◆ Ergebnisse angeordneter Untersuchungen in der Patientenakte
- ◆ Einverständniserklärung
- ◆ Aufklärung über Osteopenie/Osteoporose-Gefahr
- ◆ Therapieplan

Die beiden Erhebungen verliefen nach demselben Schema. Pro Erhebung und pro teilnehmenden Arzt dokumentierten Praxismitarbeiter Informationen von 55 Patienten aus deren Patientenakten zu den sechs Indikatoren über einen Online-Fragebogen in eine Datenbank. Zur Eingabe war jeweils ein Zeitfenster von zwei Monaten vorgesehen. Dabei wurden nur Daten verarbeitet, die bereits Bestandteil der Routinedokumentation in der ärztlichen Praxis sind. Die online Plattform ist eine Subdomain der WINHO-Homepage und ist unter [www.qualitaet.winho.de](http://www.qualitaet.winho.de) zu erreichen. Sie hat ihren Ursprung auf der bewährten Erhebungsroutine des QI-Projekts und wurde für die vorliegende Studie basierend auf den bisherigen Erfahrungen neu aufgesetzt und gestaltet sowie mit zusätzlichen Informationen und Anleitungen versehen. Die Verbindung zum Server des WINHO wird über ein ssl-Zertifikat (https) geschützt, bei dem die Daten verschlüsselt werden.

Zur Dateneingabe wurde von den Praxismitarbeitern in einem ersten Schritt eine Liste mit Patienten erstellt, die bestimmte Kriterien erfüllten (vgl. Abb. 3 und Anhang F), aus welcher anschließend die 55 Patienten zufällig ausgewählt wurden. Die Erfassung und auch die spätere Verarbeitung der Daten beachtete dabei die Vorgaben des Datenschutzes. Patientenbezogene Informationen wurden in der Praxis gemäß §3 Absatz 6a des BDSG so anonymisiert, dass eine Bestimmung der/des Betroffenen ausgeschlossen wurde oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand möglich war. Einzelangaben, die eine Zuordnung der Personen ermöglichen, wurden nicht erfasst und verblieben innerhalb der ärztlichen Praxis. Die Auswertung der Daten erfolgte nur in akkumulierter Form.



**Abbildung 3: Einschlusskriterien Patientenliste**

### **3.4.2 Semistrukturierte Interviews**

Ende 2015 wurden, nach dem Versand der individuellen QI-Ergebnisberichte, semistrukturierte Telefoninterviews geplant und die ersten durchgeführt. Ziel war es, einen Überblick und Eindruck davon zu erhalten, wie die Praxen mit den Ergebnissen umgehen, aber auch die betreffenden Prozesse und Abläufe der Praxen, die in einzelnen Indikatorbereichen besonders gute Ergebnisse erzielten, systematisch zu erfassen. Hierfür wurden die Ärzte oder Mitarbeiter dieser Praxen um ein Interview gebeten, in welchem sie ihre offensichtlich qualitätsförderlichen Praxisabläufe der betreffenden Bereiche detailliert beschreiben und gegebenenfalls hierfür verwendete Dokumente (wie beispielsweise Fragebögen oder Patienteninformationen) zur Verfügung stellen sollten. Insgesamt wurden zehn semistrukturierte Telefoninterviews mit einer Dauer von jeweils ca. einer Stunde geführt. Die Interviews wurden nach Zustimmung der Interviewpartner elektronisch aufgezeichnet und anschließend entsprechend der wörtlichen Transkription (Übertragung in normales Schriftdeutsch), bei der u. a. Satzbaufehler bereinigt und der Stil geglättet wird, transkribiert (vgl. Buber & Holzmüller, 2009).

Die Erkenntnisse dieser Interviews sind zum einen in die Gestaltung des ersten Fragebogens, der in den Praxen zur Erfassung der Akzeptanz und des Umgangs mit den Ergebnissen der QI-Erhebung eingesetzt wurde, eingeflossen (vgl. Kap. 3.4.4). Zum anderen wurden sie verwendet, um eine Zusammenschau von Best-Practice-Beispielen für alle teilnehmenden Praxen zu erstellen, welche als Anregung bzw. Handlungsoptionen für Indikatorbereiche, in denen gegebenenfalls weniger gute Ergebnisse erzielt wurden, aufgegriffen werden können (vgl. Kap. 3.4.3 und Anhang G).

### **3.4.3 Best-Practice-Beispiele**

Die Grundlage zur Erstellung der Best-Practice-Beispiele stellten die Transskripte der 10 semistrukturierten Telefoninterviews sowie die zur Verfügung gestellten Beispieldokumente der Praxen dar (vgl. Kap. 3.4.2). Diese wurden in einem mehrstufigen und systematischen Prozess, angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser & Laudel (2010) bearbeitet.

Relevante Informationen wurden nach der übergeordneten Zielstellung einer Beschreibung der individuellen Praxisabläufe in den betreffenden Indikatorbereichen extrahiert. Die Informationen wurden den einzelnen Indikatoren zugeordnet und in mehreren Schritten weiter verdichtet und es wurden Redundanzen entfernt. Falls Praxen Dokumente (verwendete Fragebögen, Patienteninformationen etc.) zur Verfügung gestellt hatten, wurden diese an betreffender Stelle ebenfalls gesichtet und daraus ggf. weitere Informationen oder Beispiele ergänzt.

Abschließend wurden diese Beschreibungen aus den verschiedenen Praxen in einem Dokument in anonymisierter Form und nach den einzelnen Indikatoren geordnet, zusammengefügt (vgl. Anhang G). Jedem Kapitel wurden zur Übersicht die Anforderungen des betreffenden Indikators (Zähler und Nenner) in verkürzter Form vorangestellt. Dabei erfolgte weder eine Bewertung der dargestellten Vorgehensweisen noch wurde ein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Die Broschüre sollte hingegen einen Überblick über mögliche Praxisabläufe in den betreffenden Bereichen geben und somit den Praxen Anregungen für die Gestaltung der eigenen Abläufe sowie einen Ansatz zur weiteren Diskussion darstellen. Die Broschüre wurde ab Mitte 2016 allen teilnehmenden Praxen zur Verfügung gestellt.

### **3.4.4 Befragungen**

In Abstimmung mit der Fokusgruppe wurden für die beiden Befragungen unter den teilnehmenden Praxen papierbasierte Fragebögen selbst entwickelt, um eine quantitative Auswertung der Fragestellung zu ermöglichen. Hierbei sind die Erkenntnisse aus den semistrukturierten Interviews (vgl. Kap. 3.4.2) sowie Anregungen aus dem „Pilottest Qualitätsindikatoren im Kinzigtal“ (vgl. Melle, Kardel, Wendel, & Pimperl, 2013) eingeflossen.

Die erste Befragung Anfang 2016 untersuchte die Akzeptanz sowie den Umgang mit den Ergebnissen der QI-Erhebung seitens der teilnehmenden Praxen. Die zentralen Fragen hierbei waren: Werden die Ergebnisse akzeptiert und bei „schlechten Ergebnissen“ genutzt,

um Optimierungsprozesse anzustoßen? Welche Hilfestellungen brauchen die Praxen ggf. und wie können Praxen mit „guten Ergebnissen“ ihre eigenen qualitätsförderlichen Prozesse beschreiben? Da sowohl die Sicht der Ärzte als auch die Sicht der Praxismitarbeiter von Interesse war, wurde eine Version für die teilnehmenden Ärzte (vgl. Anhang B) sowie eine Version für Praxismitarbeiter, welche die Daten eingegeben hatten, erstellt (vgl. Anhang C). Diese Teilung mit einer verkürzten Version für die Mitarbeiter wurde unter anderem durchgeführt, da sich die eigene Einstellung u. U. auf die Güte der Dokumentation auswirken kann.

Die „Arztversion“ bestand aus zwei Teilen. Der erste Teil beinhaltete allgemeine Fragen zum Ergebnisbericht und dem Umgang mit den Ergebnissen (z. B. Besprechung im Team) in Form einer eindimensionalen 4-stufigen Ratingskala („stimme zu“ bis „stimme nicht zu“) sowie dichotomen Ja/Nein - Fragen, jeweils ergänzt durch ein Freitextfeld, um die differenzierte Einstellung der Ärzte zu erfassen. Der zweite Teil ging spezifisch auf die einzelnen Indikatoren ein. Hier wurden zunächst zwei Fragen (5-stufige Likertskala), die bereits in der Machbarkeitsanalyse des QI-Projekts zum Einsatz kamen, aufgegriffen. Es handelt sich um eine Frage zur Wichtigkeit für die Versorgung sowie eine zur Abbildung der Qualität des jeweiligen Indikators. Um zu erfassen, ob die Ergebnisse die Praxen zu einer Prüfung der eigenen Abläufe sowie ggf. zur Planung von Optimierungsprozessen veranlasst haben, wurden dichotome Ja/Nein - Fragen, ergänzt durch ein Freitextfeld, eingesetzt.

Der Fragebogen für die Mitarbeiter erfasste die indikatorenübergreifende Akzeptanz der Ergebnisse sowie den Umgang mit diesen. Er bestand ebenfalls sowohl aus einer 4-stufigen, eindimensionalen Ratingskala als auch aus dichotomen Ja/Nein - Fragen, welche durch Freitextfelder ergänzt wurden. Abschließend wurden Fragen zur Dokumentation der QI gestellt sowie einige statistische Angaben erfasst.

Mittels der zweiten Befragung (Oktober bis Dezember 2016) wurde erhoben, wie hilfreich die Praxen die erhaltenen Best-Practice-Beispiele (vgl. Kap. 3.4.3) einstufen, ob Anregungen für die eigenen Abläufe aufgegriffen wurden und ob weitere Veränderungen in Planung oder Umsetzung sind (vgl. Anhang D). Dieser Fragebogen zum Projektabschluss wurde einmal pro Praxis ausgegeben und sollte von einem Arzt und/oder Mitarbeiter, welche sich mit den Ergebnissen und den Best-Practice-Beispielen befasst hatten, ausgefüllt werden. Da es an dieser Stelle lediglich um eine Bewertung der Beispiele ging und keine Dateneingabe notwendig war, wurde auf eine Teilung analog zur ersten Befragung verzichtet.

Die Fragen wurden in Form einer eindimensionalen, 4-stufigen Ratingskala (z. B. „überhaupt nicht hilfreich“ bis „sehr hilfreich“, „sehr gering“ bis „sehr hoch“) sowie dichotomen Ja/Nein - Fragen, jeweils ergänzt durch ein Freitextfeld, gestellt, um die differenzierte Einstellung der Praxen zu erfassen. Des Weiteren wurde für jeden Indikator mittels der Kategorien „Ja“, „Nein“ und „in Planung“ erfragt, ob Anregungen aus den Best-Practice-Beispielen für die Gestaltung der eigenen Prozesse aufgegriffen wurden. Zum Abschluss richteten sich einige allgemeine Fragen auf die Bewertung der Akzeptanz der QI und deren Erhebung.

## 4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Erhebungen und Teilschritte dargestellt.

### 4.1 Ergebnisse der Qualitätsindikatoren-Erhebungen

Nach Abschluss der beiden Erhebungen erfolgte die Auswertung der Daten jeweils mit der Statistiksoftware SPSS 22. Die Daten wurden zunächst einer Plausibilitätskontrolle und Datenbereinigung unterzogen. Während der Dokumentation wurden viele Freitext-Kommentare eingegeben, welche alle detailliert geprüft wurden. Dies erforderte teilweise eine Rücksprache mit den Dokumentaren. Die grafische Darstellung erfolgte mittels SPSS 22 sowie Microsoft Excel 2013.

Die teilnehmenden Praxen erhielten ihre individuellen QI-Ergebnisberichte mit Benchmarkvergleich im November 2015 bzw. Oktober 2016 (zweite QI-Erhebung). Ein Beispielergebnisbericht ist in Anhang A dargestellt. Insgesamt sind nach der ersten QI-Erhebung 2.347 dokumentierte Datensätze von 43 Hämatologen und Onkologen und nach der zweiten QI-Erhebung 1.690 dokumentierte Datensätze von 31 Hämatologen und Onkologen in die Auswertung eingegangen (Drop-out Rate Ärzte 27,9 %). Für die individuellen Ergebnisberichte wurden die Stichproben anhand der deskriptiven Statistik beschrieben. Für jeden Indikator wurde die Erfüllungsrate in Prozent sowie die durchschnittliche Erfüllungsrate über alle Teilnehmer hinweg berechnet. Diese Ergebnisse wurden zur Positionierung der Praxen in einem Benchmarking dargestellt. Des Weiteren ist bei den Ergebnissen der zweiten Erhebung neben dem Gesamtwert aller Praxen aus 2016 auch jeweils der individuelle Praxiswert aus dem Vorjahr 2015 dargestellt. Ein Beispiel hierfür zeigt Abbildung 4.

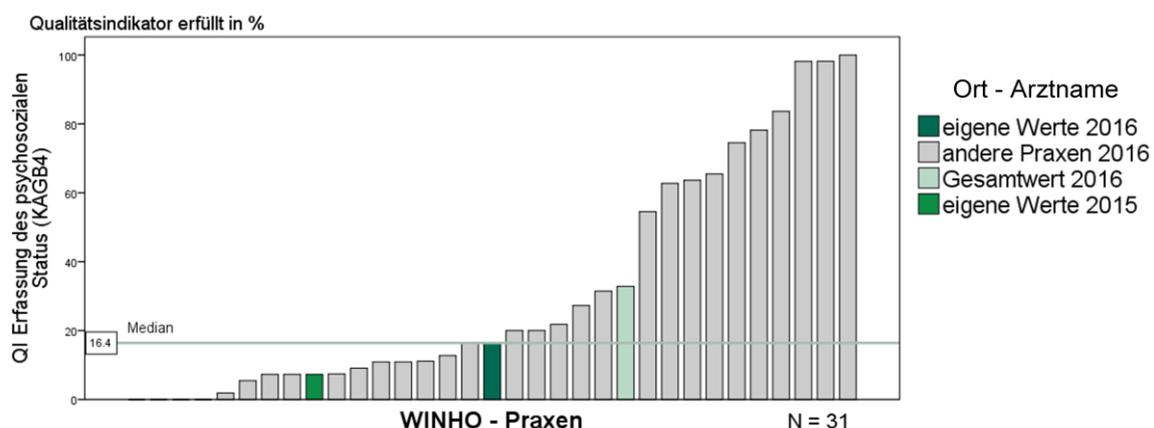
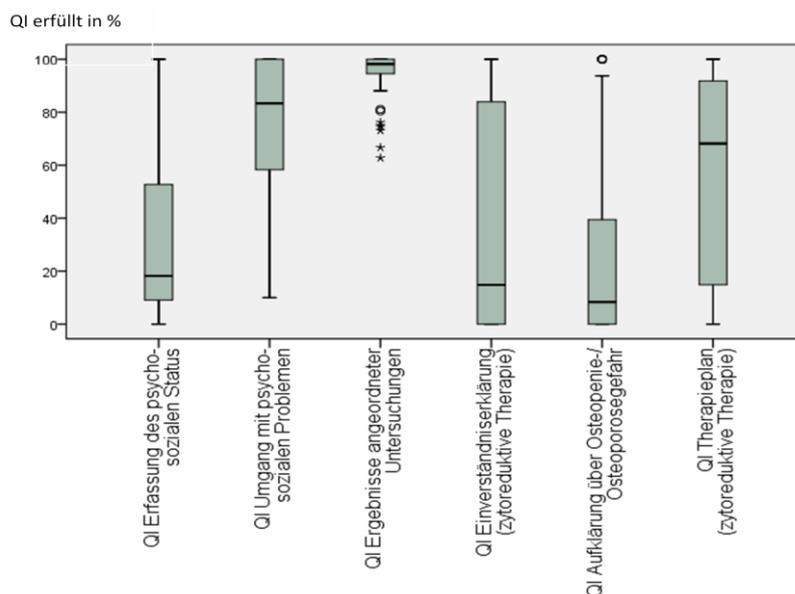


Abbildung 4: Beispiel-Benchmarking aus dem Ergebnisbericht 2016

In den Tabellen unterhalb der Grafiken befinden sich neben den Prozentwerten und absoluten Fallzahlen auch die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests, der zeigt, ob die Unterschiede statistisch signifikant sind sowie die Ergebnisse des Phi-Koeffizienten, der ein Maß für die Stärke des Zusammenhangs darstellt. Bei zu geringen erwarteten Häufigkeiten (< 5) wurde anstelle des Chi-Quadrat-Tests der Exakte Fisher-Test angegeben, da dieser im Gegensatz zum Chi-Quadrat-Test auch bei sehr kleinen Stichproben zuverlässige Ergebnisse liefert. Dabei wurden nur Daten ab einer Mindestanzahl von 5 Fällen pro Indikator und Praxis berücksichtigt. Fallzahlen unter 5 wurden von der Auswertung ausgeschlossen. Zusätzlich wurde unter den meisten Tabellen eine weitere Tabelle, welche die einzelnen geforderten Kriterien eines QI auflistet, dargestellt. Sie sollte den Praxen bei der Bewertung ihrer Ergebnisse helfen und aufzeigen, in welchen Teilaspekten eines QI sie gut abgeschnitten haben und in welchen ggf. noch Verbesserungsbedarf besteht. Am Ende des Berichts bot zudem ein Liniendiagramm eine Übersicht aller QI-Ergebnisse einer Praxis im Vergleich zu den Gesamtergebnissen der anderen teilnehmenden Praxen (vgl. anonymisierte Beispielauswertung in Anhang A).

In der ersten QI-Erhebung zeigten sich große Unterschiede bei den Erfüllungsraten der einzelnen QI zwischen den Praxen (vgl. Abb. 5 und Tab. 3). So gab es stets Praxen, die den jeweiligen Indikator voll erfüllten bzw. sehr gut abschnitten. Die Vorgehensweisen dieser Praxen können als Anregung für Praxen dienen, die Ergebnisse im mittleren und unteren Bereich erzielten und entsprechend ggf. noch Optimierungspotentiale aufweisen. Lediglich der Indikator, der prüft, ob die Ergebnisse angeordneter Untersuchungen zeitnah als Originalbefund in der Patientenakte vorliegen, erzielte allgemein sehr hohe Erfüllungsraten.



**Abbildung 5: Erfüllungsraten der einzelnen QI in den Praxen (erste QI-Erhebung)**

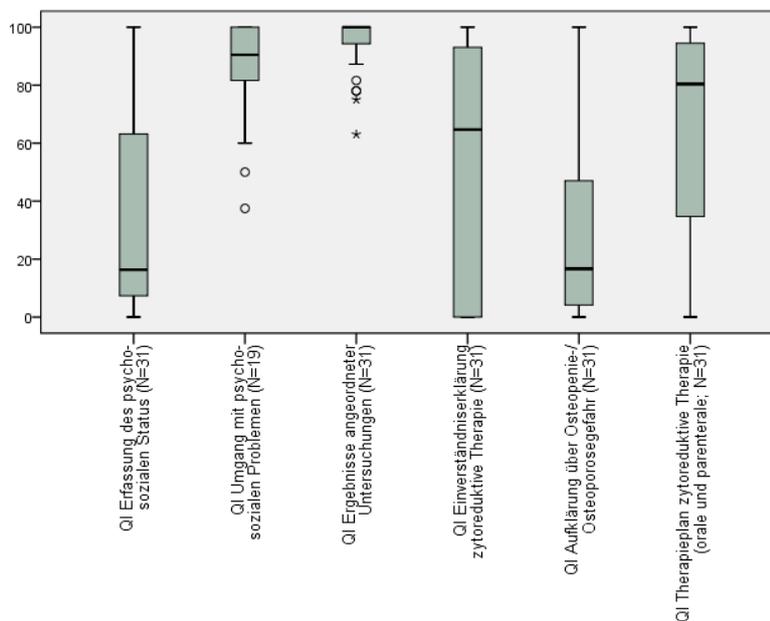
**Tabelle 3: Durchschnittliche QI-Erfüllungsrate und Stichprobengröße (erste QI-Erhebung)**

<b>Modul Ganzheitliche Betreuung &amp; psychosoziales Wohlbefinden</b>	<b>erfüllt in %<sup>1</sup></b>	<b>N<sup>2</sup></b>
Erfassung des psychosozialen Status	34,3	2346
Umgang mit psychosozialen Problemen	76,1	490
<b>Modul Therapieplanung &amp; -durchführung</b>		
Ergebnisse angeordneter Untersuchungen	93,8	2087
Einverständniserklärung	40,1	1253
Aufklärung über Osteopenie-/Osteoporosegefahr	26,8	1092
Chemotherapieplan (orale und parenterale Therapie)	54,1	1257
Chemotherapieplan orale Therapie	47,6	204
Chemotherapieplan parenterale Therapie	54,5	1053
Gesamtzahl dokumentierter Fälle		2347

<sup>1</sup> durchschnittliche Erfüllungsrate über die jeweilige indikatorspezifische Unterstichprobe

<sup>2</sup> Anzahl dokumentierter Patientenfälle

In den Ergebnissen der zweiten QI-Erhebung zeigte sich ein ähnliches Bild (vgl. Abb. 6). Tabelle 4 zeigt zudem eine Gegenüberstellung der Ergebnisse der beiden Erhebungen, wobei hier zur Berechnung des Wertes aus dem Jahr 2015 nur Praxen, die sich auch in der Folgerhebung im Jahr 2016 beteiligt haben, eingeschlossen wurden.



**Abbildung 6: Erfüllungsraten der einzelnen QI in den Praxen (zweite QI-Erhebung)**

**Tabelle 4: Durchschnittliche QI-Erfüllungsrate und Stichprobengröße beider QI-Erhebungen**

Modul Ganzheitliche Betreuung & psychosoziales Wohlbefinden	Erhebung 2015					Erhebung 2016				
	erfüllt in % <sup>1</sup>	MW <sup>2</sup>	Median	k <sup>3</sup>	N <sup>4</sup>	erfüllt in % <sup>1</sup>	MW <sup>2</sup>	Median	k <sup>3</sup>	N <sup>4</sup>
Erfassung des psychosozialen Status	33,4	33,4	20	1688	31	32,8	32,8	16,4	1690	31
Erfassung des psychosozialen Status (nur Fälle ab Januar 2016)						37,4	34,6	21,4	792	31
Umgang mit psychosozialen Problemen	71,9	74,3	78,6	285	17	89,4	84,4	90,5	226	19
<b>Modul Therapieplanung &amp; -durchführung</b>										
Ergebnisse angeordneter Untersuchungen	95,7	95,3	100,0	1548	31	95,3	94,7	100,0	1528	31
Einverständniserklärung	41,1	42,5	30,6	907	31	49,0	50,6	64,7	1100	31
Aufklärung über Osteopenie-/Osteoporosegefahr	31,7	31,1	14,3	792	31	34,5	32,9	16,7	961	31
Chemotherapieplan (orale und parenterale Therapie)	54,9	56,9	75,0	863	31	67,7	66,5	80,4	1083	31
Chemotherapieplan orale Therapie	49,0	53,4	55,0	104	14	54,5	58,8	67,0	134	16
Chemotherapieplan parenterale Therapie	55,7	56,3	86,7	759	31	70,2	67,9	92,3	916	31
Gesamtzahl dokumentierter Fälle*				1691					1690	

Anmerkung: In dieser Darstellung wurden nur Praxen bzw. Ärzte berücksichtigt, die sich an beiden Erhebungen beteiligten.

<sup>1</sup> Gesamtwert über alle Patientenfälle

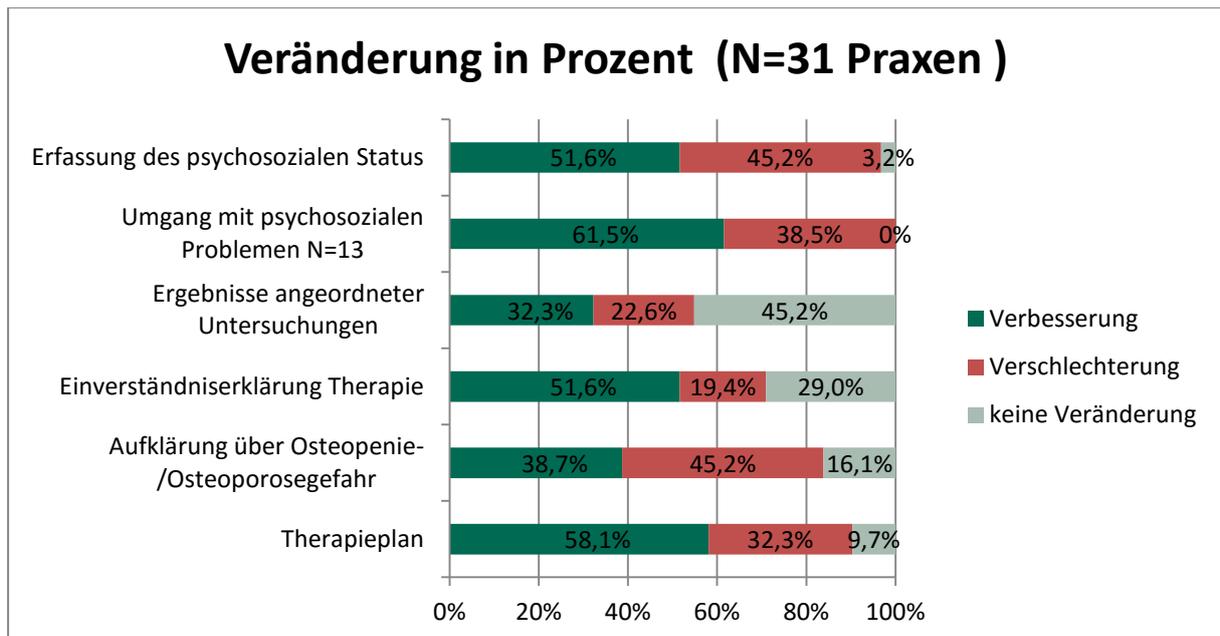
<sup>2</sup> MW = Mittelwert

<sup>3</sup> k = Anzahl dokumentierter Patientenfälle

<sup>4</sup> N = Anzahl Ärzte

In den Gesamtergebnissen zeigte sich bei den meisten QI eine leichte Steigerung der Erfüllungsrate, welche jedoch in den t-Tests für abhängige Stichproben bzw. in Wilcoxon-Tests nur für den Indikator „Chemotherapieplan“ (Wilcoxon-Test:  $z=-1,91$ ,  $p=.056$ ,  $N=31$ ) bzw. seine Unterteilung „Chemotherapieplan parenterale Therapie“ (Wilcoxon-Test:  $z=-2,5$ ,  $p=.012$ ,  $N=31$ ) ein signifikantes Ergebnis erzielte (vgl. Anhang H). Auch auf Praxisebene zeigte sich, dass die meisten Praxen in den einzelnen Indikatoren in der zweiten Erhebung bessere Ergebnisse im Vergleich zur ersten erzielten (vgl. Abb. 7). Die meisten Verbesserungen wurden bei den Indikatoren „Umgang mit psychosozialen Problemen“ mit 61,5 % sowie „Therapieplan“ mit 58,1 % erreicht. Zu beachten ist, dass in einigen der

Praxen, in denen sich in den Daten „keine Veränderung“ zeigte, der jeweilige Indikator in beiden Erhebungen bereits vollständig erfüllt war (100 %) und hier entsprechend keine Verbesserung mehr möglich war. Dies trifft für alle 14 Praxen zu, die im Indikator „Ergebnisse angeordneter Untersuchungen“ keine Veränderung aufweisen, sowie für 4 Praxen im Indikator „Einverständniserklärung“, 1 Praxis im Indikator „Aufklärung über Osteopenie-/Osteoporosegefahr“ und 1 Praxis im Indikator „Therapieplan“.



**Abbildung 7: Veränderung in Prozent.** Die Abbildung zeigt, wie viel Prozent der 31 Praxen in dem jeweiligen Indikator von der ersten zur zweiten QI-Erhebung ein besseres Ergebnis, ein schlechteres Ergebnis oder keine Veränderung erzielten.

Tabelle 5 zeigt für das Jahr 2015 eine Gegenüberstellung der Gesamtergebnisse von Praxen, die sich später an der zweiten Erhebung beteiligten, im Vergleich zu Praxen, die sich nicht an der zweiten Erhebung beteiligten. In dem Modul „Ganzheitliche Betreuung und psychosoziales Wohlbefinden“ wiesen die „Drop-out-Praxen“ im Mittel bessere Ergebnisse auf, für den Indikator „Umgang mit psychosozialen Problemen“ erzielte der Unterschied Signifikanz (exakter Mann-Whitney-U-Test:  $U = 54.500$ ,  $p = .034$ ). Bei den Indikatoren aus dem Modul „Therapieplanung und -durchführung“ erzielten die „Drop-out-Praxen“ dagegen im Mittel schlechtere Werte, für den Indikator „Ergebnisse angeordneter Untersuchungen“ erzielte der Unterschied Signifikanz (exakter Mann-Whitney-U-Test:  $U = 103.000$ ,  $p = .024$ ). Die weiteren Ergebnisse der statistischen Auswertungen zum Kolmogorow-Smirnow und zum Mann-Whitney-U-Test sind Anhang I zu entnehmen.

**Tabelle 5: Analyse der Drop-out-Praxen nach der ersten QI-Erhebung.**  
**In der Spalte „Erhebung 2015“ sind die Gesamtergebnisse der Praxen, die sich später auch an der zweiten QI-Erhebung beteiligten, dargestellt. In der Spalte „Drop-out 2015“ sind die Gesamtergebnisse der Praxen, die sich später nicht an der zweiten QI-Erhebung beteiligten, dargestellt.**

Modul Ganzheitliche Betreuung & psychosoziales Wohlbefinden	Erhebung 2015					Drop-out 2015				
	erfüllt in % <sup>1</sup>	MW <sup>2</sup>	Medi- an	k <sup>3</sup>	N <sup>4</sup>	erfüllt in % <sup>1</sup>	MW <sup>2</sup>	Medi- an	k <sup>3</sup>	N <sup>4</sup>
Erfassung des psychosozialen Status	33,4	33,4	20,0	31	1688	36,6	36,7	16,4	12	658
Umgang mit psychosozialen Problemen	71,9	74,3	78,6	17	285	84,1	85,8	94,8	12	176
<b>Modul Therapieplanung &amp; - durchführung</b>										
Ergebnisse angeordneter Untersuchungen	95,7	95,3	100,0	31	1548	88,9	89,8	97,0	12	539
Einverständniserklärung	41,1	42,5	30,6	31	907	28,6	33,9	2,4	12	346
Aufklärung über Osteopenie-/Osteo- porosegefahr	31,7	31,1	14,3	31	792	12,0	15,7	0	12	300
Chemotherapieplan (orale und parenterale Therapie)	54,9	56,9	75,0	31	863	38,5	46,7	49,5	12	348
Chemotherapieplan orale Therapie	49,0	53,4	55,0	14	104	27,8	28,0	25,0	5	54
Chemotherapieplan parenterale Therapie	55,7	56,3	86,7	31	759	40,5	50,0	53,3	12	294
Gesamtzahl dokumentierter Fälle*					1691					660

<sup>1</sup> Gesamtwert über alle Patientenfälle

<sup>2</sup> MW = Mittelwert

<sup>3</sup> N = Anzahl dokumentierter Patientenfälle

<sup>4</sup> k = Anzahl Ärzte

## 4.2 Ergebnisse der Befragungen

Die Informationen der ausgefüllten Fragebögen wurden manuell in eine Tabelle eingetragen und anschließend mittels der Statistiksoftware SPSS 22 deskriptiv ausgewertet. Die grafische Darstellung erfolgte mittels Microsoft Excel 2013.

### 4.2.1 Ergebnisse der ersten Befragung

Die erste Befragung untersuchte mittels einer „Arztversion“ und einer „Mitarbeiterversion“ der Fragebögen die Akzeptanz und Verwendung der zurückgemeldeten Ergebnisse der QI-Erhebung. Es zeigte sich, dass die Mehrheit der Ärzte die Ergebnisberichte positiv bewerteten. So wurde der Bericht als hilfreich eingestuft (80 %) und als Instrument zur Einschätzung der eigenen Versorgungsqualität (70 %) akzeptiert (vgl. Abb. 8).

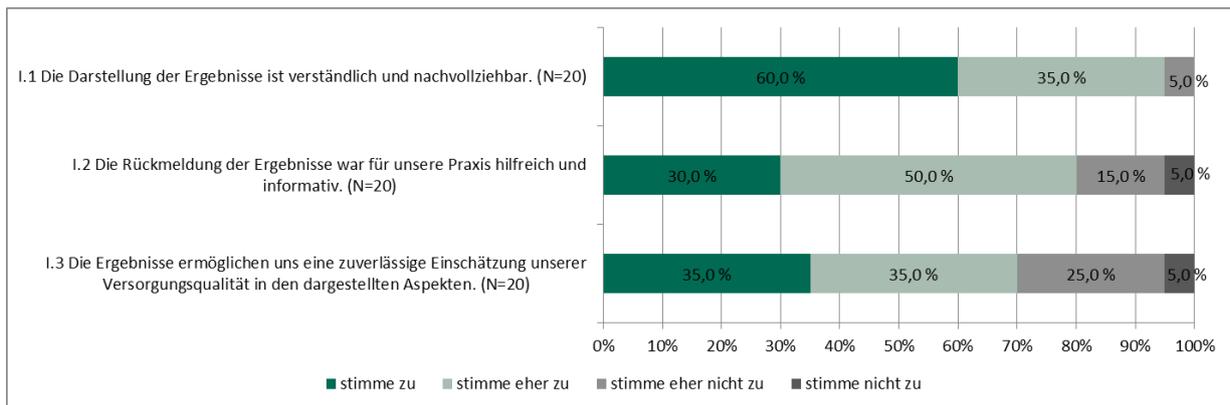


Abbildung 8: Ergebnisse der Arztbefragung, Teil 1: Allgemeine Fragen zum Ergebnisbericht

Des Weiteren gaben 75 % an, dass der Bericht auf Optimierungspotentiale aufmerksam gemacht habe. Auch auf Ebene der einzelnen Indikatoren wurden diese als „wichtig für die Versorgung“ eingeschätzt (zwischen 81 und 95%), lediglich der Indikator „Aufklärung über Osteopenie-/Osteoporosegefahr“ wurde kritischer betrachtet und nur von 52 % als wichtig erachtet (vgl. Abb. 9).

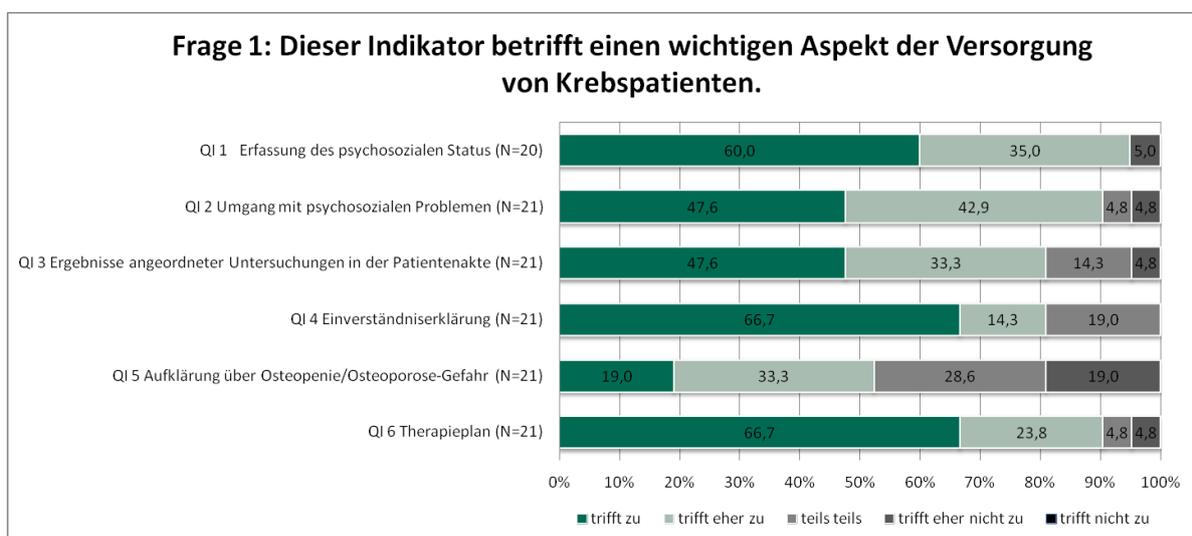
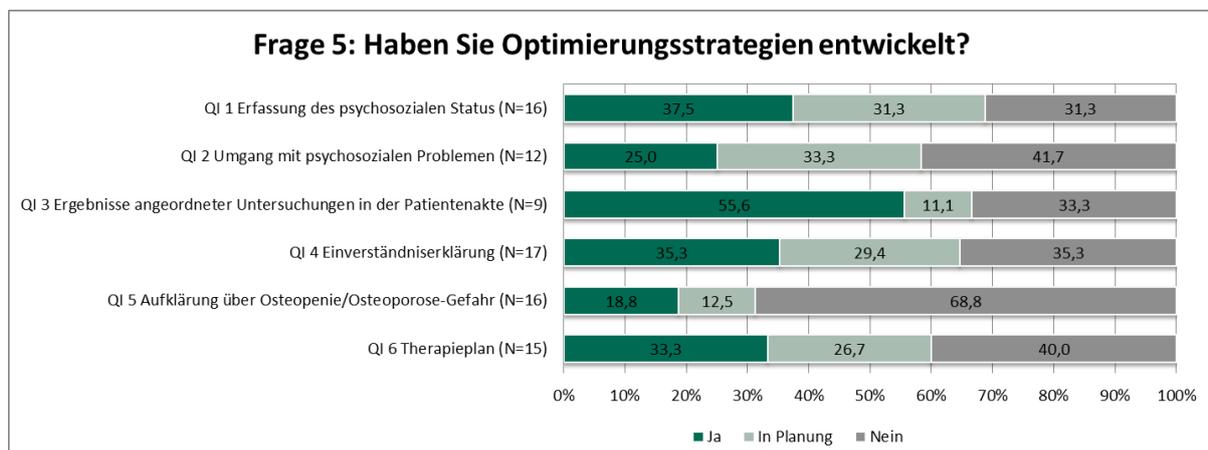
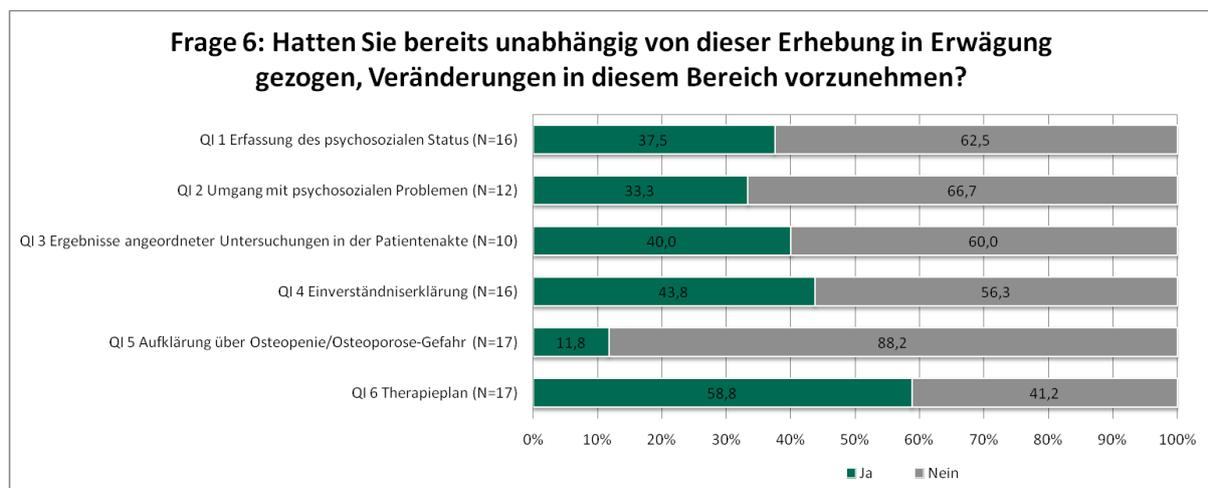


Abbildung 9: Ergebnisse der Arztbefragung, Teil 2: Fragen zu den einzelnen Indikatoren; Frage 1

Dies wirkte sich auch auf die Überprüfung der eigenen Abläufe in diesem Bereich aus. Hier gaben lediglich ca. 31 % an, eine Überprüfung aufgrund der Ergebnisse durchgeführt zu haben. Aber auch im Bereich der anderen Indikatoren gaben nur ca. die Hälfte (zwischen 41 und 65 %) der Ärzte an, Überprüfungen durchgeführt zu haben. Etwas mehr Praxen gaben an, Optimierungsstrategien für die betreffenden Bereiche entwickelt zu haben (zwischen 58 und 68 %), wobei die Anzahl in dem Indikator „Aufklärung über Osteopenie-/Osteoporosegefahr“ wieder geringer war (31 %; vgl. Abb. 10). Einige gaben auch an, bereits im Vorfeld Veränderungsmaßnahmen in Betracht gezogen zu haben (vgl. Abb. 11). Des Weiteren war gut die Hälfte an Anregungen zu Prozessabläufen aus anderen Praxen interessiert. Eine Übersicht über alle Ergebnisse der ersten Befragung ist Anhang J zu entnehmen.



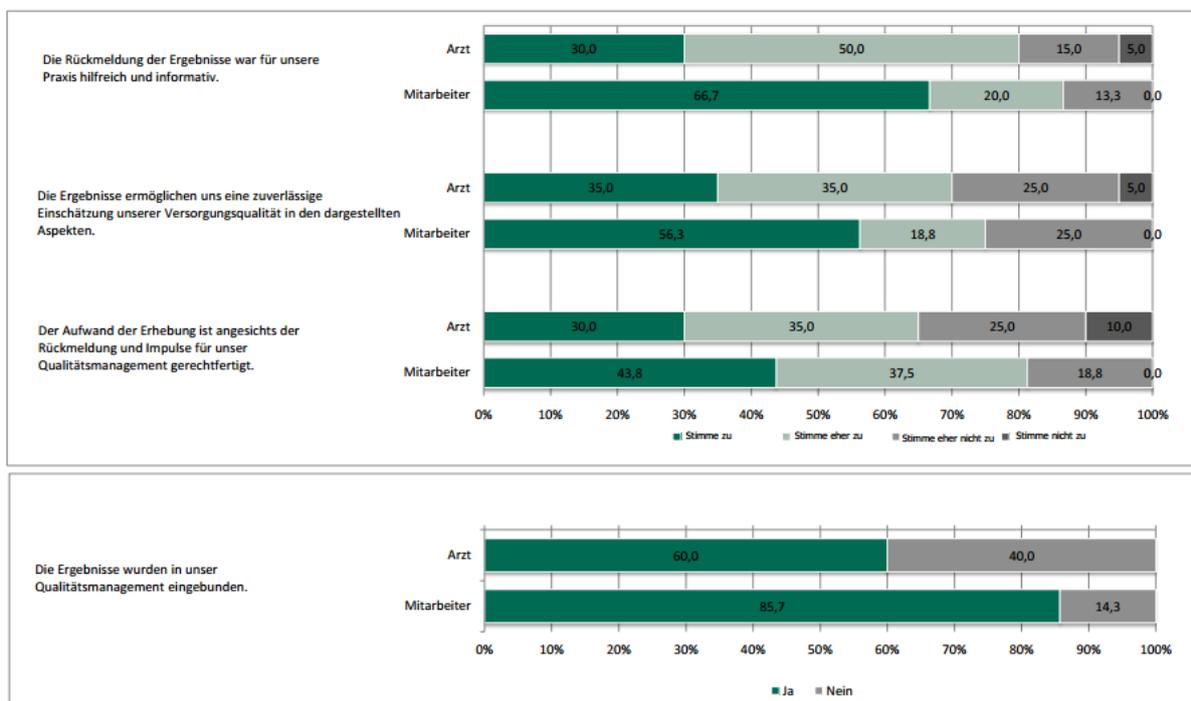
**Abbildung 10: Ergebnisse der Arztbefragung, Teil 2: Fragen zu den einzelnen Indikatoren; Frage 5**



**Abbildung 11: Ergebnisse der Arztbefragung, Teil 2: Fragen zu den einzelnen Indikatoren; Frage 6**

Auch bei der Befragung der Mitarbeiter zeigte sich ein ähnliches Bild. Die Erhebung wurde als relevant (100 %) und hilfreich (86,7 %) eingestuft. Zudem wurden die Ergebnisse von der Mehrzahl als zutreffend bewertet (85,7 %) und ins Qualitätsmanagement eingebunden (85,7 %). Eine Übersicht aller Ergebnisse der Befragung der Mitarbeiter ist Anhang K zu entnehmen.

Eine Gegenüberstellung der identischen Fragen aus der Arzt- und Mitarbeiterversion des Fragebogens zeigte, dass die Mitarbeiter etwas positivere Bewertungen abgaben (vgl. Abb. 12).

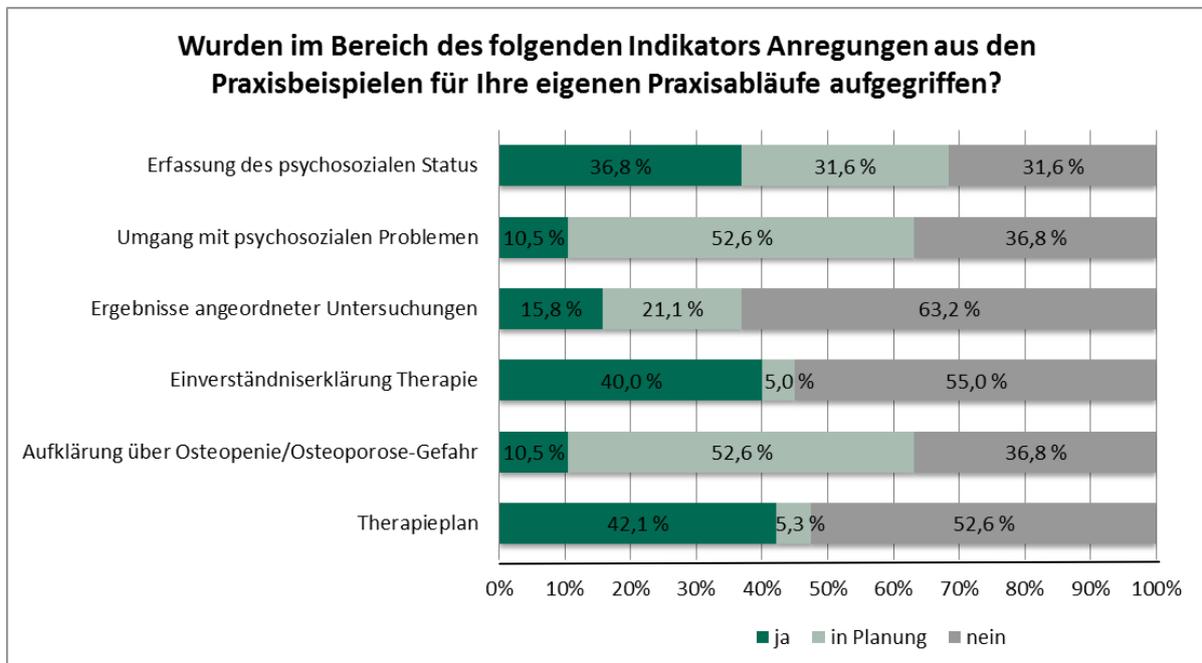


**Abbildung 12: Gegenüberstellung der Bewertung von Ärzten und Mitarbeitern**

#### 4.2.2 Ergebnisse der zweiten Befragung

Die zweite Befragung untersuchte den Nutzen der zur Verfügung gestellten Best-Practice-Beispiele für die Praxen. Hier zeigte sich, dass ein Großteil der Praxen die Beispiele als hilfreich bis sehr hilfreich zur Planung von Prozessoptimierungen einstufte (70 %) und 75 % den Nutzen solcher Beschreibungen allgemein als hoch bis sehr hoch bewerteten. Auch wenn die Adaptierung auf die eigenen Abläufe von knapp der Hälfte als schwierig eingestuft wurde (52,6 %), haben der Mehrheit (80 %) keine weiteren Informationen gefehlt und sich 85 % keine anderen Form der Hilfestellung gewünscht. Des Weiteren hat gut die Hälfte angegeben, zu den einzelnen Indikatorbereichen Anregungen aus den Praxisbeispielen aufgegriffen zu haben, bzw. dass dies in Planung sei (vgl. Abb. 13). Auch das Konzept der

Qualitätsindikatoren wurde von 85 % als sinnvoll bis sehr sinnvoll erachtet und die Validität der erhobenen Daten als hoch bis sehr hoch eingestuft (84,3 %). Eine Übersicht der Ergebnisse der zweiten Befragung ist Anhang L zu entnehmen.



**Abbildung 13: Ergebnisse der zweiten Befragung**

## 5 Diskussion

In der vorliegenden Studie geht es um die Effizienz und um Verbesserungsmöglichkeiten bei der indikatorenbezogenen Qualitätsförderung. Den teilnehmenden onkologischen Schwerpunktpraxen wurde ein individuelles Feedback über die eigene Versorgungsleistung in bestimmten Bereichen, basierend auf der Dokumentation von Informationen aus Patientenakten zu ausgewählten Qualitätsindikatoren, gegeben. Das Kernanliegen bestand darin, die Akzeptanz sowie den Nutzen dieser Ergebnisberichte aus Sicht der Praxen zu erfassen. Hierfür wurden neben der Erhebung von sechs ausgewählten Indikatoren im Abstand von einem Jahr begleitend Befragungen in den teilnehmenden Praxen durchgeführt.

Für das Vorhaben wurde ein Verfahren gewählt, bei dem die Praxen freiwillig teilnehmen konnten und auch bei weniger guten Ergebnissen in den QI-Erhebungen keine Sanktionen zu befürchten hatten (vgl. Hysong et al., 2006). Die Ergebnisse wurden in Form eines individuellen und anonymisierten Benchmarkberichts zurückgemeldet. Des Weiteren war jederzeit ein Abbruch der Teilnahme ohne Angabe von Gründen möglich. So sind ca. neun Praxen, die sich ursprünglich zu einer Teilnahme angemeldet hatten, bereits im Vorfeld, meist wegen Engpässen in der Praxis, wieder zurückgetreten. Auch einige Praxen, die ursprünglich für mehrere Ärzte dokumentieren wollten, sind aufgrund des hohen zeitlichen Aufwands von diesem Vorhaben wieder abgewichen und haben nur Daten für einen Arzt dokumentiert.

In der ersten QI-Erhebung zeigte sich wie erwartet eine breite Streuung der Ergebnisse unter den Praxen. Lediglich der Indikator „Ergebnisse angeordneter Untersuchungen in der Patientenakte“ wies allgemein sehr hohe Erfüllungsraten auf. Dies deutet darauf hin, dass die beteiligten Praxen die betreffenden Anforderungen bereits sehr gut im Alltag umsetzen und in diesem Bereich sehr gut organisiert sind; nur sechs Praxen lagen hier unter einer Erfüllungsrate von 90 %. Der Nachteil solcher „Deckeneffekte“ liegt darin, dass der erwünschte Informationsgehalt für die einzelnen Praxen begrenzt ist, da keine weiteren Optimierungspotentiale ersichtlich sind. Die Rückmeldung schlechter QI-Ergebnisse kann dagegen die beabsichtigten Such- und Verbesserungsprozesse in einer Praxis auslösen und Anhaltspunkte liefern, um die routinierten Arbeitsabläufe zu überprüfen. Mit genügend Informationen können so an einzelnen Stellen gezielt Veränderungen angeregt werden. Praxen mit „guten“ Ergebnissen können zudem mit ihren Abläufen als Vorbild dienen. Genau diese Abläufe wurden in den Best-Practice-Beispielen als Anregungen dargestellt und den teilnehmenden Praxen zur Verfügung gestellt (vgl. Anhang G).

In den Befragungen zeigte sich, dass die Mehrzahl der teilnehmenden Hämatologen und Onkologen, aber auch die Praxismitarbeiter die Ergebnisse als verständlich und hilfreich einstufen. Zudem gaben die Praxen an, dass die Ergebnisse eine zuverlässige Einschätzung der Versorgungsleistung in den dargestellten Bereichen ermöglichen. Aber auch das Konzept der Indikatoren wurde per se als ein sinnvolles sowie valides Instrument zur Bewertung der Versorgungsqualität anerkannt. Es zeigte sich somit entsprechend Hypothese 1a, dass die Praxen die Ergebnisse akzeptieren, was eine Voraussetzung für das Einleiten von Such- und Verbesserungsstrategien darstellt. Die Hypothesen 1b lässt sich dagegen nicht abschließend eindeutig beantworten. So gab lediglich knapp die Hälfte der Praxen in der ersten Befragung an, ihre Prozesse überprüft zu haben (vgl. Hypothese 1b). Dennoch haben 60 bis 70 Prozent der Praxen angegeben, Optimierungsstrategien entwickelt zu haben bzw. dass diese in Planung sind. Lediglich die Forderung des Indikators „Aufklärung über Osteopenie-/Osteoporosegefahr“ wurde kritischer bewertet. In diesem Bereich haben im Vergleich zu den anderen Indikatoren entsprechend deutlich weniger Praxen angegeben, eine Überprüfung oder Änderung vorgenommen zu haben. Entgegen der Annahme in Hypothese 1c haben die beteiligten Praxen entsprechend nicht nur Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet, wenn eindeutige Vorschläge vorlagen, sondern haben auch selbstständig Maßnahmen erarbeitet und eingeleitet.

Weitere Schwachstellen zeigten sich bei den folgenden Indikatoren. Der QI „Erfassung des psychosozialen Status“, der eine zeitnahe Dokumentation (bis zum dritten Arztkontakt) in der Patientenakte fordert, weist allgemein sehr geringe Erfüllungsraten auf. Dies könnte der gängigen Dokumentationspraxis geschuldet sein, nur kritische Ereignisse zu vermerken, aber nichts zu notieren, falls keine Normabweichung oder therapeutische Relevanz vorliegt. Diese Annahme wird auch durch den zweiten Indikator in diesem Modul „Umgang mit psychosozialen Problemen“ bestätigt, welcher die Erwägung bzw. Einleitung von Maßnahmen innerhalb von vier Wochen nach Bekanntwerden von psychosozialen Problemen fordert. In diesem Bereich liegen allgemein deutlich höhere Erfüllungsraten bei geringeren Fallzahlen vor. Dies lässt darauf schließen, dass, sobald ein Problem erkannt wurde, auch gehandelt wird. Dennoch kann an dieser Stelle nicht entschieden werden, ob hier ggf. Nachlässigkeit in der Dokumentation oder im Einzelfall eine Vernachlässigung eines wichtigen Parameters in der Versorgungsforschung vorliegt. Die QI, welche auf Leitlinien basieren, fordern in jedem Fall einen Vermerk in der Akte.

Bei dem Indikator „Einverständniserklärung“ kann aufgrund der Erhebungspraxis lediglich eine Aussage darüber getroffen werden, ob ein unterschriebenes Aufklärungsdokument vorliegt oder nicht. Eine Bewertung der Qualität der Aufklärung des einzelnen Patienten ist in

diesem Rahmen somit nicht möglich. Dennoch können und sollen die Ergebnisse der Erhebung als Hinweise für ein kritisches Nachfragen interpretiert werden und zu weiterer Diskussionen anregen.

Die zweite QI-Erhebung lieferte ein ähnliches Resultat wie die erste. Auch wenn sich in den meisten QI im Gesamtergebnis eine leichte Verbesserung in den Erfüllungsraten zeigte, erzielte dieser Unterschied nur in einem Indikator Signifikanz (QI „Therapieplan“). Trotzdem kann von einer Tendenz zur Verbesserung ausgegangen werden, da in den Befragungen seitens der Praxen mehrheitlich (geplante) Optimierungen angegeben wurden. Es zeigte sich zudem auch auf Praxisebene, dass sich ca. die Hälfte der Praxen in den Erfüllungsraten der einzelnen Indikatoren gesteigert hat. Spannend wäre hier eine weitere Follow-up-Messung um zu überprüfen, ob sich diese Tendenz manifestiert. Denn die Entwicklung und Implementierung von Optimierungsstrategien stellt für die Praxen einen zeitaufwendigen Prozess dar, und die Folgen solcher Veränderungen lassen sich zudem erst zeitversetzt in den Dokumentationen erkennen. Des Weiteren wurden den Praxen die Best-Practice-Beispiele erst kurz vor der zweiten QI-Erhebung zur Verfügung gestellt. Auch daraufhin sind vermutlich, und nach den Ergebnissen der Befragung zu urteilen, Veränderungen angestoßen worden, deren Folgen erst zu einem deutlich späteren Zeitpunkt erfassbar sind.

An diesen Best-Practice-Beispielen zeigte sich im Vorfeld die Mehrheit der Praxen interessiert und schätzte diese auch nach Erhalt überwiegend positiv und hilfreich ein (entspricht Hypothese 2). Wenngleich die Adaptierung auf die eigenen Abläufe als eher schwierig bewertet wurde, gaben die Praxen an, überwiegend keine weiteren Informationen oder andere Formen des Austauschs (wie z. B. Workshops) zu wünschen.

### Limitationen

An dieser Stelle ist kritisch anzumerken, dass die Repräsentativität der Ergebnisse eingeschränkt ist, da sich möglicherweise von vornherein nur Praxen an der Studie zu QI-Erhebungen beteiligten, die eine positive Einstellung gegenüber der Thematik haben und sich Praxen mit einer kritischeren Haltung u. U. nicht beteiligten. Zumindest hinsichtlich der Merkmale „durchschnittliche Anzahl an Hämatologen und Onkologen pro Praxis“ sowie „durchschnittliche Patientenanzahl pro Quartal“ ließ sich kein wesentlicher Unterschied zwischen den „Teilnehmerpraxen“ und den anderen „WINHO-Partnerpraxen“ feststellen. Des Weiteren sind sieben Praxen im Verlauf der Studie ausgeschieden. Als Gründe wären hier zum einen zeitliche Engpässe in den Praxen zu vermuten, aber z. B. auch ein systematisches Ausscheiden von Praxen wäre denkbar. Ein Vergleich der Ergebnisse von Praxen, die sich an

der zweiten Erhebung beteiligten, mit Praxen die ausgeschieden sind, konnte diese Annahme allerdings nicht bestätigen. Auch wenn die „Drop-out-Praxen“ in den Indikatoren aus dem Modul „Therapieplanung und -durchführung“ im Mittel etwas geringere Erfüllungsraten aufwiesen, erlangte der Unterschied nur für einen Indikator Signifikanz. Dagegen wiesen die „Drop-out-Praxen“ für die beiden Indikatoren aus dem Modul „Ganzheitliche Betreuung und psychosoziales Wohlbefinden“ im Mittel etwas bessere Erfüllungsraten auf, jedoch erlangte auch hier nur der Unterschied für einen Indikator Signifikanz.

## Fazit

Die Extraktion der geforderten Informationen aus den Patientenakten zur Dokumentation der QI ist für die Praxen ein sehr zeitaufwendiger Prozess, aber auch die anschließenden Such- und Verbesserungsprozesse stellen eine Herausforderung dar. Hier zeigt sich, dass die Erhebungspraxis zukünftig weiter optimiert werden muss, um den Praxen eine effizientere Rückmeldung und Verwendung der Ergebnisse zu ermöglichen. Auch ist eine stete Weiterentwicklung sowie ggf. die Verfolgung neuer Ansätze notwendig. Trotz dieser Einschränkungen bleibt festzuhalten, dass die QI-Erhebung ein hilfreiches Instrument ist, da es extern gesteuert wechselnde Schwerpunkte auf einzelne Qualitätsaspekte legen kann und somit gezielte Anstöße für die Qualitätsentwicklung in ärztlichen Praxen erlaubt. Dies hat sich auch in den Ergebnissen der Befragung unter den teilnehmenden Praxen bestätigt. So haben die meisten Praxen die Ergebnisse als hilfreich eingestuft und gaben in Übereinstimmung mit den Hypothesen an, dass diese eine Einschätzung der eigenen Versorgungsqualität ermöglichen sowie zu Ablaufüberprüfungen geführt und Optimierungsmaßnahmen angestoßen haben. In diesem Zusammenhang wurden auch Anregungen aus anderen Praxen positiv aufgenommen und überwiegend aufgegriffen.

## Literaturverzeichnis

- Blumenstock, G., Fischer, I., de Cruppé, W., Geraedts, M., & Selbmann, H. (2012). Benchmarking in der Patientenversorgung in Deutschland: Aktueller Entwicklungsstand und Perspektiven. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 17(04), 179–184. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1281826>
- Blumenstock, G., Fischer, I., de Cruppé, W., Geraedts, M., & Selbmann, H.-K. (2011). Benchmarking-Vorhaben in der Patientenversorgung in Deutschland: Analysemethodik, Erhebungsergebnisse und gute Praxis. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(5), 335–338. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.05.002>
- BNHO (Hrsg.). (2012). Qualitätsbericht der onkologischen Schwerpunktpraxen 2012. Köln
- Bradley, E. H., Holmboe, E. S., Mattera, J. A., Roumanis, S. A., Radford, M. J., & Krumholz, H. M. (2004). Data feedback efforts in quality improvement: lessons learned from US hospitals. *Quality and Safety in Health Care*, 13(1), 26–31.
- Brook, R. H. (1994): The RAND/UCLA Appropriateness Method. Clinical Practice Guideline Development: methodology perspectives. AHCPH Pub. No. 95-0009.
- Buber, R., & Holzmüller, H. H. (Hrsg.). (2009). *Qualitative Marktforschung: Konzepte - Methoden - Analysen* (2., überarb. Aufl). Wiesbaden: Gabler.
- DGHO (Hrsg.). (2013). Herausforderung demografischer Wandel. Bestandsaufnahme und zukünftige Anforderungen an die onkologische Versorgung. Institut für Community Medicine (Prof. Hoffmann), Greifswald/Berlin
- Geraedts, M., Jäckel, W., Thomeczek, C., Altenhofen, L., Birkner, B., Blumenstock, G., Gibis, B., Kopp, I., Kugler, C., Ollenschläger, G., Raspe, H., Reiter, A., Szecsenyi, J., & Zorn, U., (2005). Qualitätsindikatoren in Deutschland. Positionspapier des Expertenkreises Qualitätsindikatoren beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 99, 329-331.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag.

- Grol, R. (2002). Changing physicians' competence and performance: finding the balance between the individual and the organization. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22(4), 244–251. <https://doi.org/10.1002/chp.1340220409>
- Hermes-Moll, K., Baumann, W., Zimmermann, A., Kleeberg, U. R., Geraedts, M., & Schmitz, S. (2015). Machbarkeitsanalyse von Qualitätsindikatoren zur Messung der Qualität der ambulanten onkologischen Versorgung mit Daten aus Patientendokumentationen. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 20(01), 36–42. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1366293>
- Hermes-Moll, K., Klein, G., Buschmann-Maiworm, R. E., Baumann, W., Otremba, B., Lebahn, H., ... Schmitz, S. (2013). WINHO-Qualitätsindikatoren für die ambulante onkologische Versorgung in Deutschland. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107(8), 548–559. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2013.09.002>
- Hysong, S. J., Best, R. G., & Pugh, J. A. (2006). Audit and feedback and clinical practice guideline adherence: Making feedback actionable. *Implement Sci*, 1(9), 5–3.
- Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A., & Oxman, A. D. (2006). Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD000259. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub2>
- Kastenholz, H., Geraedts, M., & Selbmann, H.-K. (2011). Benchmarking im Gesundheitswesen: Ein Instrument zur Qualitätsverbesserung setzt sich durch. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(5), 329–330. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.05.001>
- Melle, C., Kardel, U., Wendel, P., & Pimperl, A. (2013). Pilottest Qualitätsindikatoren im Kinzigital.
- Neuss, M. N., Malin, J. L., Chan, S., Kadlubek, P. J., Adams, J. L., Jacobson, J. O., ... Simone, J. V. (2013). Measuring the improving quality of outpatient care in medical oncology practices in the United States. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(11), 1471–1477. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.43.3300>

- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., ... Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health, 38*(2), 65–76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Zorn, U., & Ollenschläger, G. (1999). Qualitätsbestimmung in der medizinischen Versorgung- ein universelles Entwicklungsschema für Qualitätsindikatoren. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 93*, 123–128.

## Anhang

A Beispiel-Feedbackbericht .....	- 1 -
B Erste Befragung - Arztversion .....	- 16 -
C Erste Befragung - Mitarbeiterversion .....	- 31 -
D Zweite Befragung.....	- 35 -
E Kooperationsvereinbarung.....	- 39 -
F Kurzanleitung zur Dateneingabe.....	- 43 -
G Best-Practice-Beispiele.....	- 46 -
H Wilcoxon-Test.....	- 70 -
I Mann-Whitney- und Kolmogorow-Smirnow Test.....	- 71 -
J Ergebnisse der ersten Befragung - Ärzte .....	- 72 -
K Ergebnisse der ersten Befragung - Mitarbeiter .....	- 75 -
L Ergebnisse der zweiten Befragung.....	- 76 -

# A Beispiel-Feedbackbericht



WINHO GmbH  
Vor den Siebenburgen 2  
50676 Köln  
Tel.: 0221 – 933 19 19 0  
E-Mail: info@winho.de  
www.winho.de

## Projekt Feedbackstrategien bei QI

### Auswertung – 2. QI-Erhebung – 3. Quartal 2016

#### Ort - Arztname

#### Inhalt

Hinweise zur Auswertung .....	1
<u>Teil 1: Beschreibung der Stichprobe</u>	
Alter, Geschlecht, Entität, Therapieform .....	3
<u>Teil 2: QI-Auswertung</u>	
Erfassung des psychosozialen Status .....	4
Umgang mit psychosozialen Problemen .....	6
Ergebnisse angeordneter Untersuchungen .....	7
Einverständniserklärung Therapie .....	8
Aufklärung über Osteopenie- / Osteoporosegefahr .....	10
Therapieplan .....	11
Übersicht über die Ergebnisse der einzelnen Indikatoren .....	14

## Hinweise zur Auswertung

An dieser Erhebung haben sich 31 Hämatologen und Onkologen aus 24 onkologischen Schwerpunktpraxen beteiligt. Insgesamt wurden 1.703 Dokumentationen von Patienten erfasst, von denen nach Datenbereinigung bis zu 1.690 Dokumentationen in die Auswertung eingingen. Die Praxisergebnisse werden Ihnen im Vergleich zu den Ergebnissen der anderen teilnehmenden Praxen dargestellt. Anmerkung: In dieser Auswertung wurden nur Praxen berücksichtigt, die sich auch an der Erhebung im Jahr 2015 (identische Indikatoren) beteiligten.

In Teil 1 wird die Stichprobe der Patienten<sup>1</sup> bzw. Patientendokumentationen beschrieben, die in Ihrer Praxis gezogen wurde. Es handelt es sich um eine zufällige Stichprobe aus einer Patientenliste welche anhand der Abrechnungsziffer 86512 für die Behandlung solider Tumore (bzw. sofern dies nicht möglich war, anhand der ICD-Codes für solide Tumore C00 bis C80.9 und C97.0 bis C97.9) erstellt wurde. Zudem wurden nur Patienten eingeschlossen, die im letzten abgeschlossenen Quartal (2. Quartal, 2016) in Ihrer Praxis in Behandlung waren, bisher mindestens 3 Arztkontakte hatten und deren erster Arztkontakt in der Praxis nicht vor 2013 lag.

In Teil 2 werden die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren (QI) ausführlich dargestellt. Die QI setzen sich aus einem Zähler und einem Nenner zusammen, wobei der Nenner jeweils spezifische Ein- bzw. Ausschlusskriterien aufweist. Diese sind unter dem Punkt „Definition“ für jeden Indikator nochmals dargestellt. Aus den Nenner-Spezifikationen ergibt sich die Grundgesamtheit zur Berechnung der jeweiligen QI. Ein QI gilt dann als erfüllt, wenn die Bedingungen des Zählers und Nenners auf einen Fall, d. h. eine Patientendokumentation, zutreffen.

Die Ergebnisse werden in den Auswertungen als Prozentanteile dargestellt. Die Grafiken bilden ab, bei wie viel Prozent der Patientendokumentationen aus der Stichprobe jeder teilnehmenden Praxis die Forderungen der QI, wie im Zähler beschrieben, erfüllt werden. Des Weiteren sind der Gesamtwert aller Praxen (2016) sowie Ihr Praxiswert aus dem Jahr 2015 dargestellt.

In der dazugehörigen Tabelle unterhalb der Grafik finden Sie neben den Prozentwerten und absoluten Fallzahlen auch die Ergebnisse des **Chi-Quadrat-Tests**, der Ihnen zeigt, ob die Unterschiede statistisch signifikant sind sowie die Ergebnisse des **Phi-Koeffizienten**, der ein Maß für die Stärke des Zusammenhangs darstellt. Bei zu geringen Fallzahlen (erwarteten Häufigkeiten <5) wird anstelle des Chi-Quadrat-Tests der **Exakte Fisher-Test** angegeben, da dieser im Gegensatz zum Chi-Quadrat-Test auch bei sehr kleinen Stichproben zuverlässige Ergebnisse liefert. Dabei wurden nur Daten ab einer Mindestanzahl von 5 Fällen pro Indikator und Praxis berücksichtigt. Fallzahlen unter 5 wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

Zusätzlich finden Sie unter den meisten Tabellen eine weitere Tabelle, welche die einzelnen geforderten Kriterien eines QI auflistet. Sie soll Ihnen bei der Bewertung Ihrer Ergebnisse helfen und aufzeigen, in welchen Teilaspekten eines QI Sie gut abgeschnitten haben und in welchen ggf. noch Verbesserungsbedarf besteht.

---

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird hier auf die Verwendung der weiblichen Form verzichtet.

## Hinweise zu den einzelnen Indikatoren

Für den Indikator „**Dokumentation des psychosozialen Status**“ aus dem Modul Ganzheitliche Betreuung & psychosoziales Wohlbefinden liegen keine gesonderten Ausschlusskriterien vor und somit konnten hier alle dokumentierten Daten in die Berechnung eingehen (N=1.690). Da sich dieser Indikator jedoch auf die ersten drei Arztkontakte bezieht und die Rückmeldung der letzten QI-Erhebung Ende 2015 erfolgte, können sich Veränderungen in diesem Indikator frühestens ab 2016 zeigen. Daher sind in einer zusätzlichen Tabelle die Ergebnisse getrennt für 2016 bzw. die Jahre davor dargestellt. Der zweite Indikator dieses Moduls „**Umgang mit psychosozialen Problemen**“ wurde bei 15,5% (N=262) aller Fälle erfasst, da dieser sich nur auf Patienten mit psychosozialen Problemen bezieht.

Die Indikatoren „**Einverständniserklärung Therapie**“ sowie „**Therapieplan**“ aus dem Modul Therapieplanung und -durchführung beziehen sich auf die Gruppe derjenigen Patienten, die im Erhebungszeitraum in der Praxis eine zytoreduktive Therapie erhielten (N=1.100; %=65,1). Zur Berechnung des QI „**Aufklärung über Osteopenie-/Osteoporosegefahr**“ wurden zudem auch Patienten, die im Erhebungszeitraum ausschließlich eine (anti-)hormonelle Therapie in der Praxis erhielten, eingeschlossen. Aufgrund weiterer Ausschlusskriterien bei diesem QI, wie z. B. eine bereits bekannte Osteopenie/Osteoporose, gingen hier entsprechend weniger Fälle in die Auswertung ein (N=961).

Der Indikator „**Therapieplan**“ wird in der Auswertung getrennt für ausschließlich orale Therapie sowie parenterale (und ggf. orale Therapie) dargestellt. Dies wird trotz der geringen Fallzahlen (Patienten mit ausschließlich oraler Therapie: N=167) als wichtig erachtet, da abhängig von der Therapieform unterschiedliche Angaben im Therapieplan gefordert werden. Auch für den QI „**Einverständniserklärung Therapie**“ wird zusätzlich zur Gesamtübersicht aller Patienten mit zytoreduktiver Therapie eine Tabelle, welche die QI-Erfüllungsrate ausschließlich für Patienten mit oraler Therapie zeigt, dargestellt.

Der QI „**Ergebnisse angeordneter Untersuchungen**“, ebenfalls aus dem Modul Therapieplanung und -durchführung, bezieht sich auf alle Patienten, für die eine Diagnostik verordnet wurde und weist entsprechend eine recht hohe Fallzahl (N=1.528) auf. Auch die Erfüllungsraten sind hier sehr hoch.

Auf der letzten Seite Ihrer Auswertung finden Sie in Form eines Liniendiagramms eine Übersicht all Ihrer QI-Ergebnisse im Vergleich zu den Gesamtergebnissen der anderen teilnehmenden Praxen.

## Teil 1: Beschreibung der Stichprobe

### 1 Alter

		Ort - Arztname			
		eigene Werte		andere Praxen	
		%	Anzahl	%	Anzahl
Altersstruktur der Patienten	unter 30 Jahre	0,0%	0	,5%	8
	30 bis 50 Jahre	12,7%	7	12,4%	202
	51 bis 70 Jahre	54,5%	30	47,1%	770
	über 70 Jahre	32,7%	18	40,1%	655

		Ort - Arztname					
		eigene Werte			andere Praxen		
		MW	Anzahl	SD	MW	Anzahl	SD
Alter der Patienten	63,96	55	12,13	65,45	1635	12,52	

### 2 Geschlecht

		Ort - Arztname			
		eigene Werte		andere Praxen	
		%	Anzahl	%	Anzahl
Geschlecht der Patienten	weiblich	76,4%	42	58,0%	949
	männlich	23,6%	13	42,0%	686
	Gesamt	100,0%	55	100,0%	1635

### 3 Entität

		Ort - Arztname			
		eigene Werte		andere Praxen	
		%	Anzahl	%	Anzahl
Entität	Bronchialkarzinom	3,6%	2	14,1%	230
	Kolonkarzinom	3,6%	2	12,6%	206
	Mammakarzinom	52,7%	29	25,4%	415
	Pankreaskarzinom	1,8%	1	5,9%	97
	Rektumkarzinom	3,6%	2	7,6%	124
	anderes Malignom	32,7%	18	35,0%	573
	maligne Hämoblastose	0,0%	0	,2%	4
	weitere Tumorerkrankung(en) in Nachsorge	1,8%	1	2,1%	34
	Gesamt	100,0%	55	100,0%	1635

Anmerkung: Die Gesamtzahl entspricht nicht der Anzahl der dokumentierten Fälle (Mehrfacherkrankungen)

### 4 Therapieform

Erhält bzw. erhielt* der Patient in der Praxis eine ...		Ort - Arztname			
		eigene Werte		andere Praxen	
		%	Anzahl	%	Anzahl
... zytoreduktive Therapie?	ja	45,5%	25	65,7%	1075
	nein	54,5%	30	34,3%	560
... antihormonelle Therapie?	ja	30,9%	17	15,7%	257
	nein	69,1%	38	84,3%	1378
Anzahl der Fälle		100,0%	55	100,0%	1635

\*Bezieht sich auf den Zeitraum vom 2. Quartal 2016 bis zur Dateneingabe.

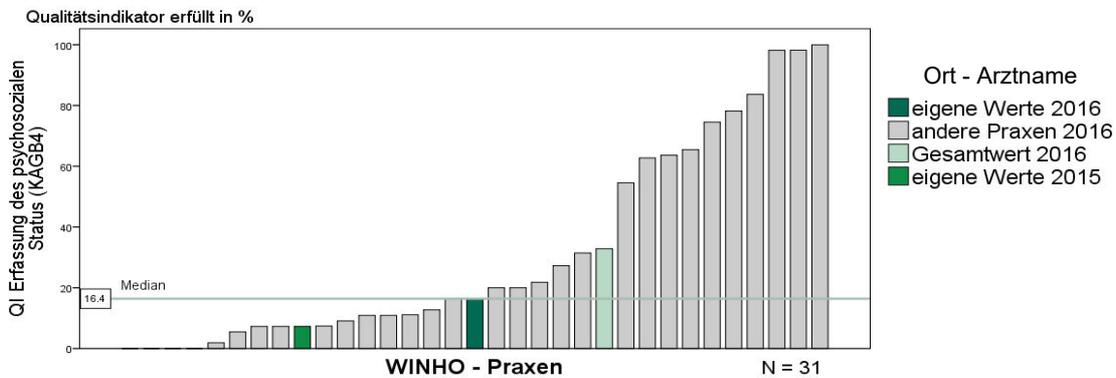
## Teil 2: QI-Auswertungen

### 1 Qualitätsindikator: „Erfassung des psychosozialen Status“ (KAGB4)

#### 1.1 Definition

Zähler	Anzahl der Patienten, bei denen spätestens beim 3. Arztkontakt der psychosoziale Status (psychische Verfassung, soziales Umfeld) in der Patientenakte dokumentiert wurde.
Nenner Einschlusskriterien	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose (einschl. Nachsorgepatienten)
Nenner Ausschlusskriterien	-
Quelle(n)	modifiziert nach S3-LL MK (Kreienberg, Kopp et al. 2008), AHRQ ER: Symptoms and End-of-Life Care, QOPI
Anmerkungen	Im Indikator KATP16 zum Therapiebericht wird eine mindestens vierteljährliche Aktualisierung gefordert. Zu „soziales Umfeld“: Hier geht es um die Lebensumstände, z.B. alleinstehend, Prekariat etc.

#### 1.2 Ergebnisse



		Ort - Arztname					
		eigene Werte		andere Praxen		Gesamt	
		%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
Erfassung des psychosozialen Status	QI erfüllt	16,4%	9	33,4%	546	32,8%	555
	QI nicht erfüllt	83,6%	46	66,6%	1089	67,2%	1135
	Gesamt	100,0%	55	100,0%	1635	100,0%	1690

$\chi^2 = 7,00$ ;  $df = 1$ ;  $p = .008$ ;  $\Phi = .06$

Patienten die ... das erste Mal in der Praxis waren		Ort - Arztname					
		eigene Werte		andere Praxen		Gesamt	
		%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
... im Jahr 2016	QI erfüllt	21,4%	3	37,7%	293	37,4%	296
	QI nicht erfüllt	78,6%	11	62,3%	485	62,6%	496
	Gesamt	100,0%	14	100,0%	778	100,0%	792
... vor 2016	QI erfüllt	14,6%	6	29,5%	253	28,8%	259
	QI nicht erfüllt	85,4%	35	70,5%	604	71,2%	639
	Gesamt	100,0%	41	100,0%	857	100,0%	898

**Gründe für Nichterfüllung des QI „Erfassung des psychosozialen Status“ (KAGB4)**

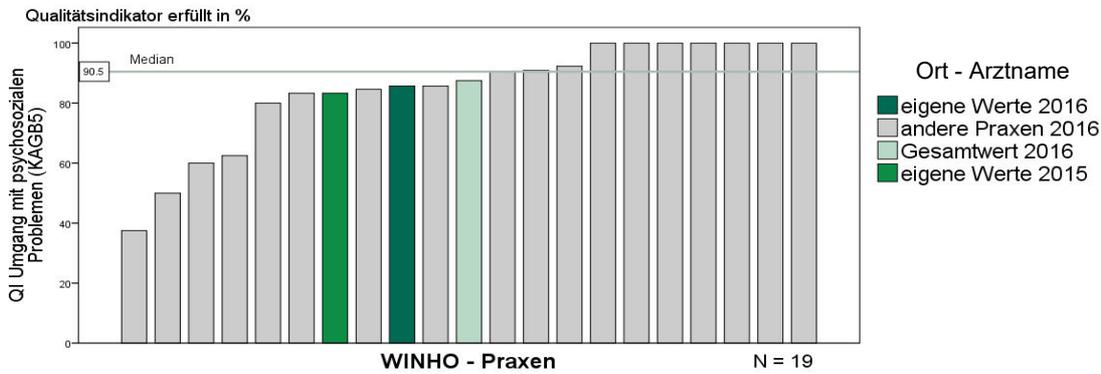
Patienten die ... das erste Mal in der Praxis waren		Ort - Arztname					
		eigene Werte		andere Praxen		Gesamt	
		%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
... im Jahr 2016: QI nicht erfüllt, da	nur die psychische Verfassung dokumentiert wurde	0,0%	0	13,0%	63	12,7%	63
	nur der soziale Status dokumentiert wurde	100,0%	11	50,7%	246	51,8%	257
	weder die psychische Verfassung noch der soziale Status dokumentiert wurde	0,0%	0	36,3%	176	35,5%	176
	Gesamt	100,0%	11	100,0%	485	100,0%	496
... vor 2016: QI nicht erfüllt, da	nur die psychische Verfassung dokumentiert wurde	0,0%	0	10,9%	66	10,3%	66
	nur der soziale Status dokumentiert wurde	100,0%	35	59,4%	359	61,7%	394
	weder die psychische Verfassung noch der soziale Status dokumentiert wurde	0,0%	0	29,6%	179	28,0%	179
	Gesamt	100,0%	35	100,0%	604	100,0%	639

## 2 Qualitätsindikator: „Umgang mit psychosozialen Problemen“ (KAGB5)

### 2.1 Definition

Zähler	Anzahl der Patienten, für die <u>innerhalb von 4 Wochen nach Bekanntwerden der psychosozialen Probleme</u> weitere diagnostische und/oder psychoonkologische Maßnahmen (ggf. fachspezifische Überweisung), und/oder ergänzt durch eigene unterstützende Maßnahmen (z. B. Angehörigengespräch, Hinweis auf Selbsthilfegruppen...), <u>erwogen*</u> und ggf. eingeleitet wurden (dokumentiert in der Patientenakte).
Nenner Einschlusskriterien	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose, die über psychosoziale Probleme berichten oder für die diese eruiert wurden** (einschl. Nachsorgepatienten)
Nenner Ausschlusskriterien	-
Quelle(n)	modifiziert nach S3-LL MK (Kreienberg, Kopp et al. 2008), AHRQ ER: Symptoms and End-of-Life Care, QOPI
Anmerkungen	Gemäß KAGB4 ist der psychosoziale Status spätestens beim 3. Arztkontakt zu erfragen. Hilfestellung ist aber selbstverständlich auch bei Bekanntwerden psychosozialer Probleme zu einem späteren Zeitpunkt zu leisten. *Erwägung, nicht Durchführung gefordert, da zum einen die Bereitschaft des Patienten vorliegen muss und zum anderen eine flächendeckende psychoonkologische Versorgung nicht in ganz Deutschland gewährleistet ist. **z. B. im Angehörigengespräch

### 2.2 Ergebnisse



		Ort - Arztname					
		eigene Werte		andere Praxen		Gesamt	
	QI erfüllt	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
Umgang mit psychosozialen Problemen	QI erfüllt	85,7%	12	89,6%	190	89,4%	202
	QI nicht erfüllt	14,3%	2	10,4%	22	10,6%	24
	Gesamt	100,0%	14	100,0%	212	100,0%	226

Exakter Test nach Fisher: p= .649

### Anzahl der Patienten mit psychosozialen Problemen

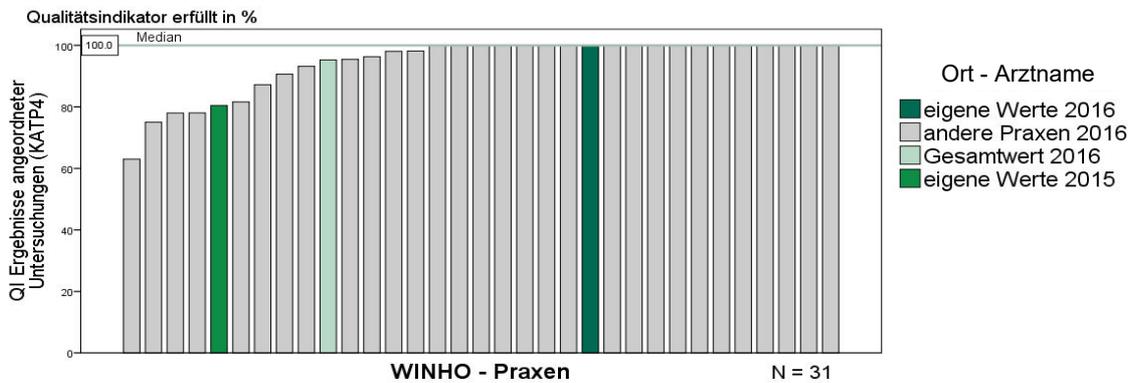
		Ort - Arztname					
		eigene Werte		andere Praxen		Gesamt	
		%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
Wurden psychosoziale Probleme berichtet oder eruiert?	ja	25,5%	14	15,2%	248	15,5%	262
	nein	74,5%	41	84,8%	1387	84,5%	1428

### 3 Qualitätsindikator: „Ergebnisse angeordneter Untersuchungen in der Patientenakte“ (KATP4)

#### 3.1 Definition

Zähler	Anzahl der Patienten, für die das Ergebnis der angeordneten Untersuchungen <u>innerhalb von 30 Tagen</u> (nach Anordnung) in der Patientenakte dokumentiert ist. Eine Kopie des Originalbefundes oder ein Arztbrief, in welchem das Ergebnis dargestellt ist, muss vorliegen. (Oder Dokumentation, dass die Diagnostik erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen soll* oder das noch ausstehende Testergebnis nachgefordert wurde [mit Datum der Nachforderung])
Nenner Einschlusskriterien	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose, für die eine Diagnostik angeordnet wurde
Nenner Ausschlusskriterien	-
Quelle(n)	modifiziert nach ACOVE (2007)
Anmerkungen	Anzuwenden bei Überweisung zu anderen Fachgebieten zwecks Durchführung der Diagnostik, ebenso wie bei Durchführung der Diagnostik in der onkologischen Praxis selbst. *z. B. wenn eine Überweisung zu einer Nachsorgeuntersuchung schon bspw. 2 Monate früher ausgestellt wurde.

#### 3.2 Ergebnisse



		Ort - Arztname					
		eigene Werte		andere Praxen		Gesamt	
		%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
Ergebnisse angeordneter Untersuchungen	QI erfüllt	100,0%	54	95,1%	1402	95,3%	1456
	QI nicht erfüllt	0,0%	0	4,9%	72	4,7%	72
	Gesamt	100,0%	54	100,0%	1474	100,0%	1528

Exakter Test nach Fisher: p=.177

#### Ausführliche Darstellung QI „Ergebnisse angeordneter Untersuchungen in der Patientenakte“

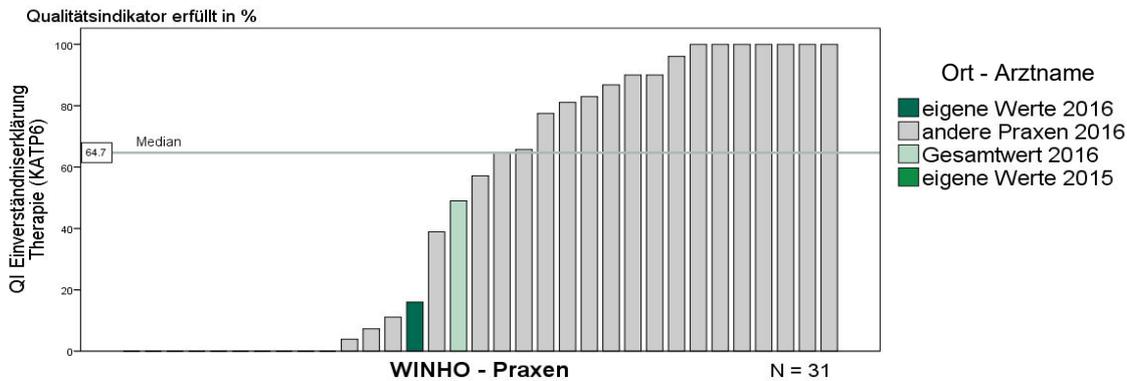
		Ort - Arztname		
		eigene Werte	andere Praxen	Gesamt
		Anzahl	Anzahl	Anzahl
QI erfüllt, da:	das Ergebnis innerhalb von 30 Tagen dokumentiert wurde	54	1394	1448
	eine spätere Verordnung erfolgte	0	3	3
	eine Nachforderung gestellt wurde	0	5	5
QI nicht erfüllt, da:	das Ergebnis nicht bzw. verspätet dokumentiert wurde	0	63	63
	der Originalbefund bzw. Arztbrief fehlt	0	9	9

## 4 Qualitätsindikator: „Einverständniserklärung Therapie“ (KATP6)

### 4.1 Definition

Zähler	Anzahl der Patienten, bei denen zu <u>Beginn der Therapie</u> ein unterzeichnetes* Aufklärungs- und Einverständnisdokument in der Patientenakte vorliegt. *ggf. Unterschrift durch den Vormund
Nenner Einschlusskriterien	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose, die <u>aktuell in der Praxis</u> eine medikamentöse (spezifisch zytoreduktive bzw. wachstumshemmende) Krebstherapie erhalten
Nenner Ausschlusskriterien	-
Quelle(n)	modifiziert nach QOPI
Anmerkungen	Die Aufklärung muss sich sowohl auf die zytoreduktive Therapie als auch auf die Begleitbehandlung beziehen.

### 4.2 Ergebnisse



	Ort - Arztname					
	eigene Werte		andere Praxen		Gesamt	
	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
Einverständniserklärung Therapie QI erfüllt	16,0%	4	49,8%	535	49,0%	539
	84,0%	21	50,2%	540	51,0%	561
	100,0%	25	100,0%	1075	100,0%	1100

$\chi^2 = 11,15$ ;  $df = 1$ ;  $p = .001$ ;  $\Phi = .10$

### Patienten mit ausschließlich oraler Therapie

	Ort - Arztname		
	eigene Werte	andere Praxen	Gesamt
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Einverständniserklärung Therapie QI erfüllt	1	58	59
	6	102	108
	7	160	167

## Ausführliche Darstellung QI „Einverständniserklärung Therapie“

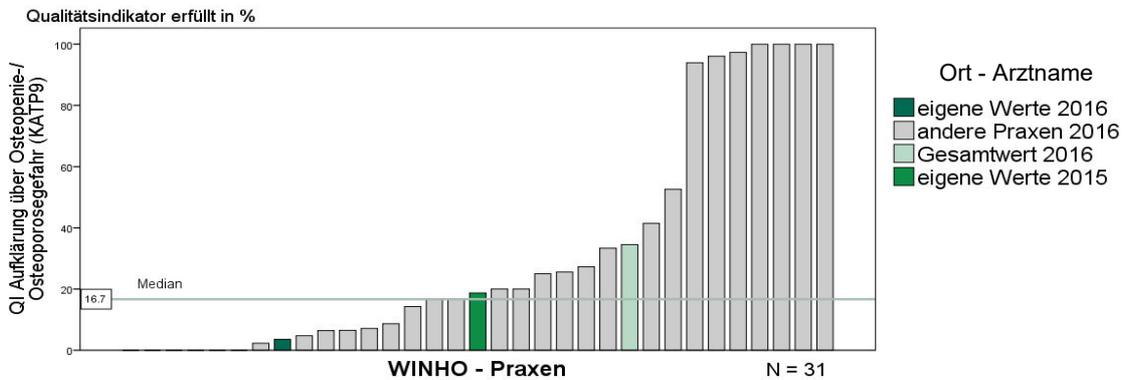
		Ort - Arztname					
		eigene Werte		andere Praxen		Gesamt	
		%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
QI erfüllt	unterschiedenes Einverständnisdokument mit Bezug zur Begleitmedikation vorhanden	16,0%	4	49,8%	535	49,0%	539
QI nicht erfüllt	nur unterschriebenes Einverständnisdokument vorliegend	48,0%	12	30,1%	324	30,5%	336
	nur Bezug zur Begleitmedikation	0,0%	0	7,3%	79	7,2%	79
	nein, weder noch	36,0%	9	12,7%	137	13,3%	146
Gesamt		100,0%	25	100,0%	1075	100,0%	1100

## 5 Qualitätsindikator: „Aufklärung über Osteopenie- / Osteoporosegefahr“ (KATP9)

### 5.1 Definition

Zähler	Anzahl der Patienten, die zu Behandlungsbeginn oder innerhalb von 4 Wochen danach über die Gefahr einer Osteopenie / Osteoporose informiert wurden (Information dokumentiert in Patientenakte).
Nenner Einschlusskriterien	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose, die aktuell in der Praxis eine (anti)hormonelle Therapie oder eine zytoreduktive bzw. wachstumshemmende Krebstherapie erhalten
Nenner Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ prämenopausale Patientinnen mit Mammakarzinom*</li> <li>◆ Osteoporose bereits bekannt</li> <li>◆ Patienten in terminaler Phase der Erkrankung (bspw. Abrechnung über die Ziffer „86518“)</li> </ul>
Quelle(n)	modifiziert nach NQMC
Anmerkungen	*bei diesen Patientinnen ist das im Zähler Geforderte nicht in jedem Fall zwingend erforderlich.

### 5.2 Ergebnisse



		Ort - Arztname					
		eigene Werte		andere Praxen		Gesamt	
		%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
Aufklärung über Osteopenie- /Osteoporosegefahr	QI erfüllt	3,6%	1	35,5%	331	34,5%	332
	QI nicht erfüllt	96,4%	27	64,5%	602	65,5%	629
	Gesamt	100,0%	28	100,0%	933	100,0%	961

$\chi^2 = 12,24$ ;  $df = 1$ ;  $p = .000$ ;  $\Phi = .11$

## 6 Qualitätsindikator: „Therapieplan“ (KATP14)

### 6.1 Definition

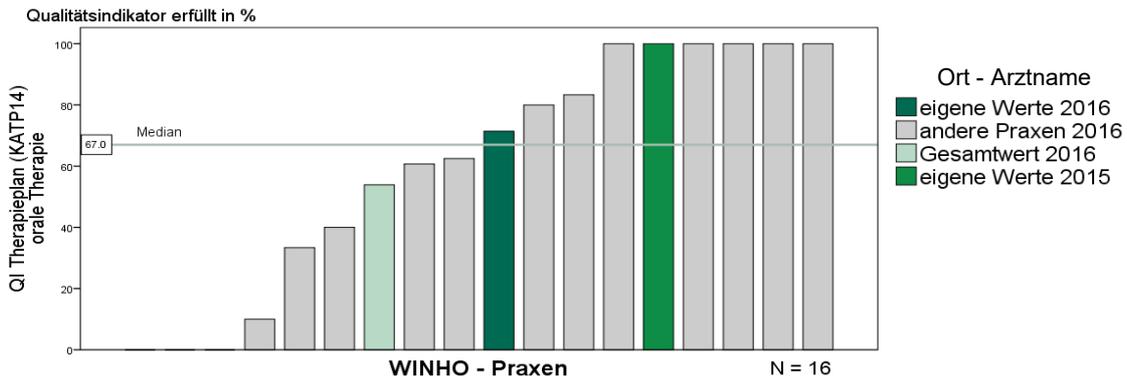
Zähler	Anzahl der Patienten, für die zu <u>Therapiebeginn</u> die folgenden Angaben in einem Therapieplan dokumentiert sind: 1. Art des Therapieprotokolls: Medikation, Dosis, wenn parenteral: Anzahl und Zeitintervalle der Zyklen sowie Infusionsdauer; 2. Begleitmedikation (z.B. ANE-Syndrom*) 3. bei parenteraler Chemotherapie: Berechnung der Körperoberfläche  Der Therapieplan muss bei Verordnung sowie bei jeder Änderung der Verordnung durch den behandelnden Arzt <u>und</u> bei Applikation durch die Krankenpflege unterzeichnet werden.
Nenner Einschlusskriterien	Anzahl aller Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose, die aktuell in der Praxis eine medikamentöse (spezifisch zytoreduktive bzw. wachstumshemmende) Krebstherapie erhalten
Nenner Ausschlusskriterien	-
Quelle(n)	modifiziert nach ISO-9000 Richtlinien, Zertifizierungsanforderungen der Zentren nach DGHO/DKG, AHRQ ER: Breast Cancer, NCCQ (Malin, Schneider et al. 2006), NQMC, PCPI, QMIS, QOPI
Anmerkungen	Kopie des CTP muss beim Apotheker vorliegen. *ANE = Anorexie, Nausea, Emesis

### 6.2 Ergebnisse

#### Verbreichungsform der zytoreduktiven Therapie

Verbreichungsform der zytoreduktiven Therapie		Ort - Arztname					
		eigene Werte		andere Praxen		Gesamt	
		%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
Verbreichungsform der zytoreduktiven Therapie	parenteral und oral	0,0%	0	4,4%	47	4,3%	47
	parenteral	72,0%	18	80,4%	851	80,2%	869
	oral	28,0%	7	15,1%	160	15,4%	167
	Gesamt	100,0%	25	100,0%	1058	100,0%	1083

**Therapieplan bei ausschließlich oraler Therapie**



		Ort - Arztname					
		eigene Werte		andere Praxen		Gesamt	
		%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
(Chemo-)Therapieplan oral	QI erfüllt	71,4%	5	53,5%	68	54,5%	73
	QI nicht erfüllt	28,6%	2	46,5%	59	45,5%	61
	Gesamt	100,0%	7	100,0%	127	100,0%	134

Exakter Test nach Fisher: p=.454

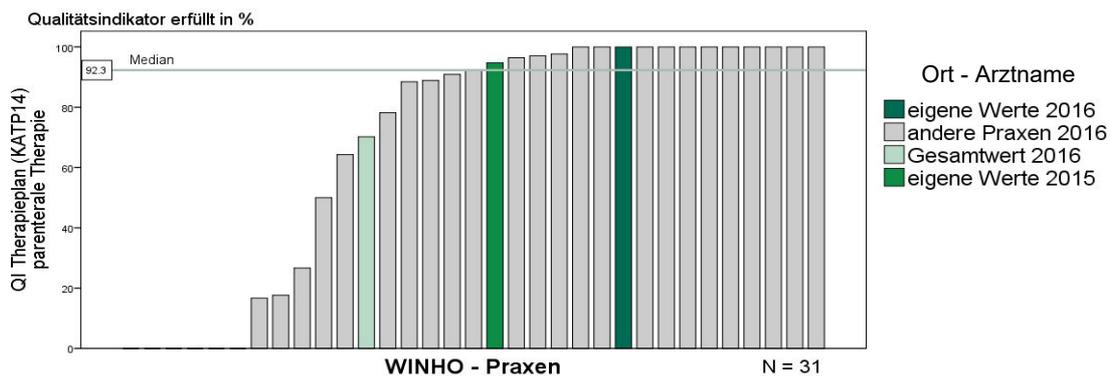
**Ausführliche Darstellung der Angaben**

Angaben im Therapieplan zu:		Ort - Arztname					
		eigene Werte		andere Praxen		Gesamt	
		%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
Medikation	vorhanden	71,4%	5	88,2%	112	87,3%	117
	nicht vorhanden	28,6%	2	11,8%	15	12,7%	17
Dosis	vorhanden	71,4%	5	84,3%	107	83,6%	112
	nicht vorhanden	28,6%	2	15,7%	20	16,4%	22
Begleitmedikation	vorhanden	71,4%	5	70,1%	89	70,1%	94
	nicht vorhanden	28,6%	2	29,9%	38	29,9%	40
Unterschrift bei Verordnung	vorhanden	71,4%	5	69,3%	88	69,4%	93
	nicht vorhanden	28,6%	2	30,7%	39	30,6%	41
Unterschrift bei Änderung	vorhanden	71,4%	5	44,9%	57	46,3%	62
	nicht vorhanden	28,6%	2	22,0%	28	22,4%	30
	bisher keine Änderung	0,0%	0	33,1%	42	31,3%	42

Anmerkung: Der Indikator ist erfüllt, wenn jeder dieser Punkte im Therapieplan vermerkt ist.

	Ort - Arztname	
	eigene Werte	andere Praxen
	Anzahl	Anzahl
es lag kein (Chemo-) Therapieplan in ... Fällen vor	2	15

**Therapieplan bei parenteraler Therapie**



		Ort - Arztname					
		eigene Werte		andere Praxen		Gesamt	
		%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
(Chemo-)Therapieplan parenteral	QI erfüllt	100,0%	18	69,6%	625	70,2%	643
	QI nicht erfüllt	0,0%	0	30,4%	273	29,8%	273
	Gesamt	100,0%	18	100,0%	898	100,0%	916

$\chi^2 = 7,80$ ;  $df = 1$ ;  $p = .005$ ;  $\Phi = -.09$

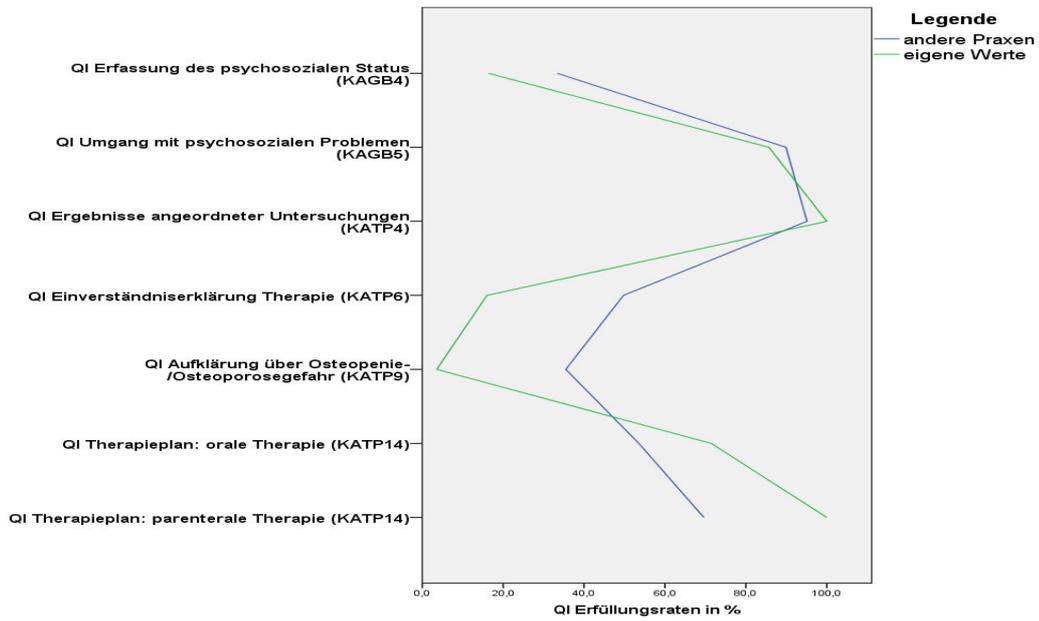
**Ausführliche Darstellung der Angaben**

Angaben im Therapieplan zu:		Ort - Arztname					
		eigene Werte		andere Praxen		Gesamt	
		%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
Medikation	vorhanden	100,0%	18	99,4%	893	99,5%	911
	nicht vorhanden	0,0%	0	,6%	5	,5%	5
Dosis	vorhanden	100,0%	18	99,3%	892	99,3%	910
	nicht vorhanden	0,0%	0	,7%	6	,7%	6
Anzahl der Zyklen	vorhanden	100,0%	18	88,4%	794	88,6%	812
	nicht vorhanden	0,0%	0	11,6%	104	11,4%	104
Zeitintervalle der Zyklen	vorhanden	100,0%	18	98,6%	885	98,6%	903
	nicht vorhanden	0,0%	0	1,4%	13	1,4%	13
Infusionsdauer	vorhanden	100,0%	18	88,0%	790	88,2%	808
	nicht vorhanden	0,0%	0	12,0%	108	11,8%	108
Begleitmedikation	vorhanden	100,0%	18	98,1%	881	98,1%	899
	nicht vorhanden	0,0%	0	1,9%	17	1,9%	17
Berechnung der Körperoberfläche	vorhanden	100,0%	18	98,1%	881	98,1%	899
	nicht vorhanden	0,0%	0	1,9%	17	1,9%	17
Unterschrift bei Verordnung	vorhanden	100,0%	18	99,1%	890	99,1%	908
	nicht vorhanden	0,0%	0	,9%	8	,9%	8
Unterschrift bei Änderung	vorhanden	100,0%	18	51,9%	466	52,8%	484
	nicht vorhanden	0,0%	0	1,0%	9	1,0%	9
	bisher keine Änderung	0,0%	0	47,1%	423	46,2%	423
Unterschrift bei Applikation	vorhanden	100,0%	18	78,0%	700	78,4%	718
	nicht vorhanden	0,0%	0	22,0%	198	21,6%	198

Anmerkung: Der Indikator ist erfüllt, wenn jeder dieser Punkte im Therapieplan vermerkt ist.

	Ort - Arztname	
	eigene Werte	andere Praxen
	Anzahl	Anzahl
es lag kein (Chemo-) Therapieplan in ... Fällen vor	0	4

## 7 Übersicht über die Ergebnisse der einzelnen Indikatoren





Wissenschaftliches Institut  
der Niedergelassenen Hämatologen  
und Onkologen GmbH

# Feedbackstrategien bei Qualitätsindikatoren

**Befragung der teilnehmenden Hämatologen  
und Onkologen zu den Ergebnissen der  
QI-Erhebung**

**«Praxisbezeichnung»**

**«Arztnamen\_Ansprache»**

Januar 2016

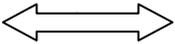
«Ansprache»,

um einschätzen zu können, wie hilfreich die QI-Erhebungen und die individuellen Feedbackberichte für die teilnehmenden Praxen sind, möchten wir Sie bitten, uns diesen Fragebogen auszufüllen und zurückzusenden. Beachten Sie bitte dabei, dass es immer um **Ihre persönliche Einschätzung** geht. Bitte kreuzen Sie das an, was Ihrer Kenntnis oder Ihrem Eindruck entspricht. Achten Sie in den Freitextfeldern bitte auf eine leserliche Schrift.

## Teil 1: Allgemeine Fragen zum Ergebnisbericht

### Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Machen Sie bitte ein Kreuz pro Frage – je nach Ausprägung weiter links oder weiter rechts.

stimme zu  stimme nicht zu

1. Die Darstellung der Ergebnisse ist verständlich und nachvollziehbar.

Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

 .....

.....

2. Die Rückmeldung der Ergebnisse war für unsere Praxis hilfreich und informativ.

Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

 .....

.....

3. Die Ergebnisse ermöglichen uns eine zuverlässige Einschätzung unserer Versorgungsqualität in den dargestellten Aspekten.

Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

 .....

.....



9. Zum Verständnis bzw. zur Interpretation der Ergebnisse  
haben uns Informationen gefehlt.  
Bitte geben Sie an, welche Informationen Ihnen gefehlt haben.

**Ja**  
○ **Nein**  
○

✍️ .....

.....

10. Die Auswertung hat unwichtige oder überflüssige Informationen  
enthalten.  
Bitte geben Sie an, welche Informationen überflüssig waren.

**Ja**  
○ **Nein**  
○

✍️ .....

.....

11. Haben Sie weitere allgemeine Anmerkungen zum Ergebnisbericht?

✍️ .....

.....

.....

.....

## Teil 2: Fragen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren

Im Folgenden werden Ihnen Fragen zu jedem einzelnen Indikator gestellt. Bitte bewerten Sie **jeden Indikator unabhängig** von Ihren Bewertungen der anderen Indikatoren.

### 1 Erfassung des psychosozialen Status (KAGB4)

Bitte geben Sie im Folgenden an, inwieweit die verschiedenen Aussagen Ihrer Ansicht nach zutreffen.

1.1 Dieser Indikator betrifft einen wichtigen Aspekt der Versorgung von Krebspatienten.

<b>trifft zu</b>	<b>trifft eher zu</b>	<b>teils teils</b>	<b>trifft eher nicht zu</b>	<b>trifft nicht zu</b>
○	○	○	○	○

1.2 Anhand der Ausprägung dieses Indikators lässt sich auf einen Aspekt der Versorgungsqualität von Krebspatienten seitens der Hämatologen und Onkologen schließen.

Mit anderen Worten: Onkologen bzw. Einrichtungen, die diesen Indikator bei einem hohen Anteil ihrer Patienten erfüllen, leisten eine bessere onkologische Versorgung als Ärzte bzw. Einrichtung mit niedrigeren Ausprägungen auf diesem Indikator.

<b>trifft zu</b>	<b>trifft eher zu</b>	<b>teils teils</b>	<b>trifft eher nicht zu</b>	<b>trifft nicht zu</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1.3 Das Ergebnis dieses Indikators ist für unsere Praxis zutreffend. Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

.....

.....

.....

	<b>trifft nicht zu*</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1.4 Das Ergebnis dieses Indikators hat uns dazu veranlasst, unsere Prozesse und Abläufe zu überprüfen. Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

.....

.....

**\* „trifft nicht zu“: Bei einer Erfüllungsrate von über 90 % gehen Sie bitte weiter zu Frage 1.8**

	<b>in Planung</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1.5 Haben Sie Optimierungsstrategien entwickelt? Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

.....

.....

1.6 Hatten Sie bereits unabhängig von dieser Erhebung in Erwägung gezogen, Veränderungen in diesem Bereich vorzunehmen?  
Bitte erläutern Sie.

Ja       Nein

.....  
 .....  
 .....

1.7 Um in diesem Bereich Prozessoptimierungen für unsere Praxis zu entwickeln, würden wir gerne Anregungen aus anderen Praxen aufgreifen.

Ja       Nein

1.8 Haben Sie weitere Anmerkungen zu dem Indikator *Erfassung des psychosozialen Status*?  
Hier können Sie sich frei zu diesem Indikator äußern.

.....  
 .....  
 .....

## 2 Umgang mit psychosozialen Problemen (KAGB5)

**Bitte geben Sie im Folgenden an, inwieweit die verschiedenen Aussagen Ihrer Ansicht nach zutreffen.**

2.1 Dieser Indikator betrifft einen wichtigen Aspekt der Versorgung von Krebspatienten.

trifft zu       trifft eher zu       teils teils       trifft eher nicht zu       trifft nicht zu

2.2 Anhand der Ausprägung dieses Indikators lässt sich auf einen Aspekt der Versorgungsqualität von Krebspatienten seitens der Hämatologen und Onkologen schließen.

Mit anderen Worten: Onkologen bzw. Einrichtungen, die diesen Indikator bei einem hohen Anteil ihrer Patienten erfüllen, leisten eine bessere onkologische Versorgung als Ärzte bzw. Einrichtung mit niedrigeren Ausprägungen auf diesem Indikator.

trifft zu       trifft eher zu       teils teils       trifft eher nicht zu       trifft nicht zu

2.3 Das Ergebnis dieses Indikators ist für unsere Praxis zutreffend. Ja  Nein   
 Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

✍️ .....

.....

.....

2.4 Das Ergebnis dieses Indikators hat uns dazu veranlasst, unsere Prozesse und Abläufe zu überprüfen. trifft nicht zu\*  Ja  Nein   
 Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

✍️ .....

.....

**\* „trifft nicht zu“: Bei einer Erfüllungsrate von über 90 % gehen Sie bitte weiter zu Frage 2.8**

2.5 Haben Sie Optimierungsstrategien entwickelt? in Planung  Ja  Nein   
 Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

✍️ .....

.....

2.6 Hatten Sie bereits unabhängig von dieser Erhebung in Erwägung gezogen, Veränderungen in diesem Bereich vorzunehmen? Ja  Nein   
 Bitte erläutern Sie.

✍️ .....

.....

.....

2.7 Um in diesem Bereich Prozessoptimierungen für unsere Praxis zu entwickeln, würden wir gerne Anregungen aus anderen Praxen aufgreifen. Ja  
O            Nein  
O

2.8 Haben Sie weitere Anmerkungen zu dem Indikator *Umgang mit psychosozialen Problemen*?  
Hier können Sie sich frei zu diesem Indikator äußern.

✍️ .....

.....

.....

### 3. Ergebnisse angeordneter Untersuchungen in der Patientenakte (KATP4)

**Bitte geben Sie im Folgenden an, inwieweit die verschiedenen Aussagen Ihrer Ansicht nach zutreffen.**

3.1 Dieser Indikator betrifft einen wichtigen Aspekt der Versorgung von Krebspatienten.

<b>trifft zu</b>	<b>trifft eher zu</b>	<b>teils teils</b>	<b>trifft eher nicht zu</b>	<b>trifft nicht zu</b>
O	O	O	O	O

3.2 Anhand der Ausprägung dieses Indikators lässt sich auf einen Aspekt der Versorgungsqualität von Krebspatienten seitens der Hämatologen und Onkologen schließen.

Mit anderen Worten: Onkologen bzw. Einrichtungen, die diesen Indikator bei einem hohen Anteil ihrer Patienten erfüllen, leisten eine bessere onkologische Versorgung als Ärzte bzw. Einrichtung mit niedrigeren Ausprägungen auf diesem Indikator.

<b>trifft zu</b>	<b>trifft eher zu</b>	<b>teils teils</b>	<b>trifft eher nicht zu</b>	<b>trifft nicht zu</b>
O	O	O	O	O

3.3 Das Ergebnis dieses Indikators ist für unsere Praxis zutreffend. Ja  
O            Nein  
O  
Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

✍️ .....

.....

.....

	<b>trifft nicht zu*</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
3.4 Das Ergebnis dieses Indikators hat uns dazu veranlasst, unsere Prozesse und Abläufe zu überprüfen.	0	0	0

Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

 .....

.....

**\* „trifft nicht zu“: Bei einer Erfüllungsrate von über 95 % gehen Sie bitte weiter zu Frage 3.8**

	<b>in Planung</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
3.5 Haben Sie Optimierungsstrategien entwickelt?	0	0	0

Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

 .....

.....

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
3.6 Hatten Sie bereits unabhängig von dieser Erhebung in Erwägung gezogen, Veränderungen in diesem Bereich vorzunehmen?	0	0

Bitte erläutern Sie.

 .....

.....

.....

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
3.7 Um in diesem Bereich Prozessoptimierungen für unsere Praxis zu entwickeln, würden wir gerne Anregungen aus anderen Praxen aufgreifen.	0	0

3.8 Haben Sie weitere Anmerkungen zu dem Indikator *Ergebnisse angeordneter Untersuchungen in der Patientenakte*?

Hier können Sie sich frei zu diesem Indikator äußern.

 .....

.....

.....

## 4 Einverständniserklärung (KATP6)

**Bitte geben Sie im Folgenden an, inwieweit die verschiedenen Aussagen Ihrer Ansicht nach zutreffen.**

4.1 Dieser Indikator betrifft einen wichtigen Aspekt der Versorgung von Krebspatienten.

<b>trifft zu</b>	<b>trifft eher zu</b>	<b>teils teils</b>	<b>trifft eher nicht zu</b>	<b>trifft nicht zu</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.2 Anhand der Ausprägung dieses Indikators lässt sich auf einen Aspekt der Versorgungsqualität von Krebspatienten seitens der Hämatologen und Onkologen schließen.

Mit anderen Worten: Onkologen bzw. Einrichtungen, die diesen Indikator bei einem hohen Anteil ihrer Patienten erfüllen, leisten eine bessere onkologische Versorgung als Ärzte bzw. Einrichtung mit niedrigeren Ausprägungen auf diesem Indikator.

<b>trifft zu</b>	<b>trifft eher zu</b>	<b>teils teils</b>	<b>trifft eher nicht zu</b>	<b>trifft nicht zu</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.3 Das Ergebnis dieses Indikators ist für unsere Praxis zutreffend.

<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

 .....

.....

.....

4.4 Das Ergebnis dieses Indikators hat uns dazu veranlasst, unsere Prozesse und Abläufe zu überprüfen.

<b>trifft nicht zu*</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

 .....

.....

**\* „trifft nicht zu“: Bei einer Erfüllungsrate von über 90 % gehen Sie bitte weiter zu Frage 4.8**

	<b>in Planung</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
4.5 Haben Sie Optimierungsstrategien entwickelt?	O	O	O

Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

✍️ .....

.....

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
4.6 Hatten Sie bereits unabhängig von dieser Erhebung in Erwägung gezogen, Veränderungen in diesem Bereich vorzunehmen?	O	O

Bitte erläutern Sie.

✍️ .....

.....

.....

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
4.7 Um in diesem Bereich Prozessoptimierungen für unsere Praxis zu entwickeln, würden wir gerne Anregungen aus anderen Praxen aufgreifen.	O	O

4.8 Haben Sie weitere Anmerkungen zu dem Indikator *Einverständniserklärung*?  
Hier können Sie sich frei zu diesem Indikator äußern.

✍️ .....

.....

.....

### 5 Aufklärung über Osteopenie/Osteoporose-Gefahr (KATP9)

**Bitte geben Sie im Folgenden an, inwieweit die verschiedenen Aussagen Ihrer Ansicht nach zutreffen.**

5.1 Dieser Indikator betrifft einen wichtigen Aspekt der Versorgung von Krebspatienten.

<b>trifft zu</b>	<b>trifft eher zu</b>	<b>teils teils</b>	<b>trifft eher nicht zu</b>	<b>trifft nicht zu</b>
O	O	O	O	O

5.2 Anhand der Ausprägung dieses Indikators lässt sich auf einen Aspekt der Versorgungsqualität von Krebspatienten seitens der Hämatologen und Onkologen schließen.

Mit anderen Worten: Onkologen bzw. Einrichtungen, die diesen Indikator bei einem hohen Anteil ihrer Patienten erfüllen, leisten eine bessere onkologische Versorgung als Ärzte bzw. Einrichtung mit niedrigeren Ausprägungen auf diesem Indikator.

<b>trifft zu</b>	<b>trifft eher zu</b>	<b>teils teils</b>	<b>trifft eher nicht zu</b>	<b>trifft nicht zu</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
5.3 Das Ergebnis dieses Indikators ist für unsere Praxis zutreffend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

 .....

.....

.....

	<b>trifft nicht zu*</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
5.4 Das Ergebnis dieses Indikators hat uns dazu veranlasst, unsere Prozesse und Abläufe zu überprüfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

 .....

.....

\* „trifft nicht zu“: Bei einer Erfüllungsrate von über 90 % gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.8

	<b>in Planung</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
5.5 Haben Sie Optimierungsstrategien entwickelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

 .....

.....

5.6 Hatten Sie bereits unabhängig von dieser Erhebung in Erwägung gezogen, Veränderungen in diesem Bereich vorzunehmen?  
Bitte erläutern Sie.

**Ja**                      **Nein**  
O                              O

✍️ .....

.....

.....

5.7 Um in diesem Bereich Prozessoptimierungen für unsere Praxis zu entwickeln, würden wir gerne Anregungen aus anderen Praxen aufgreifen.

**Ja**                      **Nein**  
O                              O

5.8 Haben Sie weitere Anmerkungen zu dem Indikator *Aufklärung über Osteopenie/Osteoporose-Gefahr*?  
Hier können Sie sich frei zu diesem Indikator äußern.

✍️ .....

.....

.....

## 6 Therapieplan (KATP14)

**Bitte beachten Sie: Die folgenden Fragen beziehen sich sowohl auf Therapiepläne bei oraler als auch bei parenteraler Therapie.**

**Bitte geben Sie im Folgenden an, inwieweit die verschiedenen Aussagen Ihrer Ansicht nach zutreffen.**

6.1 Dieser Indikator betrifft einen wichtigen Aspekt der Versorgung von Krebspatienten.

<b>trifft zu</b>	<b>trifft eher zu</b>	<b>teils teils</b>	<b>trifft eher nicht zu</b>	<b>trifft nicht zu</b>
O	O	O	O	O

6.2 Anhand der Ausprägung dieses Indikators lässt sich auf einen Aspekt der Versorgungsqualität von Krebspatienten seitens der Hämatologen und Onkologen schließen.

Mit anderen Worten: Onkologen bzw. Einrichtungen, die diesen Indikator bei einem hohen Anteil ihrer Patienten erfüllen, leisten eine bessere onkologische Versorgung als Ärzte bzw. Einrichtung mit niedrigeren Ausprägungen auf diesem Indikator.

<b>trifft zu</b>	<b>trifft eher zu</b>	<b>teils teils</b>	<b>trifft eher nicht zu</b>	<b>trifft nicht zu</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
6.3 Das Ergebnis dieses Indikators ist für unsere Praxis zutreffend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

 .....

.....

.....

	<b>trifft nicht zu*</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
6.4 Das Ergebnis dieses Indikators hat uns dazu veranlasst, unsere Prozesse und Abläufe zu überprüfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

 .....

.....

**\* „trifft nicht zu“: Bei einer Erfüllungsrate von über 90 % gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.8**

	<b>in Planung</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
6.5 Haben Sie Optimierungsstrategien entwickelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen:

 .....

.....

	Ja	Nein
6.6 Hatten Sie bereits unabhängig von dieser Erhebung in Erwägung gezogen, Veränderungen in diesem Bereich vorzunehmen? Bitte erläutern Sie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 .....

.....

.....

	Ja	Nein
6.7 Um in diesem Bereich Prozessoptimierungen für unsere Praxis zu entwickeln, würden wir gerne Anregungen aus anderen Praxen aufgreifen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.8 Haben Sie weitere Anmerkungen zu dem Indikator *Therapieplan* ?  
Hier können Sie sich frei zu diesem Indikator äußern.

 .....

.....

.....

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**



Wissenschaftliches Institut  
der Niedergelassenen Hämatologen  
und Onkologen GmbH

# Feedbackstrategien bei Qualitätsindikatoren

**Befragung der Mitarbeiter, die dokumentiert haben,  
zu den Ergebnissen der QI-Erhebung**

**«Praxisbezeichnung»**

**«ORT»**

Januar 2016

Sehr geehrte(r) Praxismitarbeiter/in,

um einschätzen zu können, wie hilfreich die QI-Erhebungen und die individuellen Feedbackberichte für die teilnehmenden Praxen sind, möchten wir Sie bitten, uns diesen Fragebogen auszufüllen und zurückzusenden. Dabei ist es uns sehr wichtig, sowohl die ärztliche Perspektive als auch die Sicht der Praxismitarbeiter zu erhalten.

In den Fragen geht es immer um **Ihre persönliche Einschätzung**. Bitte kreuzen Sie das an, was Ihrer Kenntnis oder Ihrem Eindruck entspricht. Achten Sie in den Freitextfeldern bitte auf eine leserliche Schrift. Anbei finden Sie auch eine Übersicht der Fragen, die Sie im Rahmen der QI-Dokumentation beantwortet haben.

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1. Kennen Sie den Ergebnisbericht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Falls Sie den Bericht nicht kennen, überspringen Sie bitte die Fragen Nr. 3 bis 5 und Nr. 9!**

**Bitte geben Sie im Folgenden an, inwieweit die verschiedenen Aussagen Ihrer Ansicht nach jeweils zutreffen.**

	stimme zu			stimme <u>nicht</u> zu
2. Die Erhebung ist relevant und sinnvoll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Die Ergebnisse ermöglichen uns eine zuverlässige Einschätzung unserer Versorgungsqualität in den dargestellten Aspekten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Die Rückmeldung der Ergebnisse war für unsere Praxis hilfreich und informativ.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Der Aufwand der Erhebung ist angesichts der Rückmeldung und Impulse für unser Qualitätsmanagement gerechtfertigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Bitte beantworten Sie die folgenden Aussagen:**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
6. Die Dateneingabe selbst hat zum Nachdenken über bestimmte Prozesse angeregt und Optimierungspotenziale aufgezeigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Die Ergebnisse wurden im Mitarbeiterteam vorgestellt und diskutiert. **Ja**  
 **Nein**

8. Die Ergebnisse wurden in unser Qualitätsmanagement eingebunden. **Ja**  
 **Nein**  
  
Inwiefern wurden die Ergebnisse eingebunden oder warum wurden diese nicht eingebunden?

 .....

.....

.....

9. Die Ergebnisse der Indikatoren sind für unsere Praxis zutreffend. **Ja**  
 **Nein**  
  
Bitte nennen Sie Gründe, falls Sie dieser Aussage nicht zustimmen.

 .....

.....

.....

.....

10. Gab es Probleme mit dem Erhebungsprogramm? **Ja**  
 **Nein**  
  
Bitte geben Sie an, welche Probleme es gab.

 .....

.....

.....

11. Gab es Schwierigkeiten bei der Dokumentation? **Ja**  
 **Nein**  
  
Bitte geben Sie an, welche Schwierigkeiten es gab.

 .....

.....

.....

12. War die Vorgehensweise bei der Dokumentation klar? **Ja**  
 **Nein**  
  
Bitte geben Sie an, welche Unklarheiten es gab.

 .....

.....

13. Wie viel Zeit hat die Dokumentation insgesamt beansprucht?

\_\_\_\_\_ Stunden

14. Falls Sie weitere Anmerkungen oder Anregungen zur Erhebung, den Ergebnissen oder den Qualitätsindikatoren haben, dann können Sie diese hier eintragen:

 .....

.....

.....

.....

### Zum Abschluss noch einige statistische Angaben

15. Seit wann sind Sie in der Praxis tätig? Bitte geben Sie das Jahr an.

\_\_\_\_\_

16. In welchem Bereich sind Sie in der Praxis tätig?  
(Mehrfachantworten möglich)

- |                     |                       |                           |                       |          |                       |
|---------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Anmeldung           | <input type="radio"/> | Studien und Dokumentation | <input type="radio"/> | Therapie | <input type="radio"/> |
| Sekretariat         | <input type="radio"/> | Verwaltungsmanagement     | <input type="radio"/> | Labor    | <input type="radio"/> |
| Qualitätsmanagement | <input type="radio"/> | Praxismanagement          | <input type="radio"/> |          |                       |
- anderer Bereich:  .....

17. Sie sind tätig als:

- |                               |                       |                            |                       |                 |                       |
|-------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| studentische/r Mitarbeiter/in | <input type="radio"/> | Auszubildende(r)           | <input type="radio"/> | .....           | <input type="radio"/> |
| Praxismitarbeiter/in          | <input type="radio"/> | angestellte(r) Arzt/Ärztin | <input type="radio"/> | (Bitte angeben) |                       |

**Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens!**

# Feedbackstrategien bei Qualitätsindikatoren

## Befragung zum Nutzen der Praxisbeispiele

«Praxisbezeichnung»

«ORT»

«NR»

Oktober 2016

1 Wie hilfreich waren die zur Verfügung gestellten Praxisbeispiele für Ihre eigene Praxis bei der Planung von Prozessoptimierungen?

überhaupt  
nicht hilfreich     sehr  
hilfreich  trifft nicht zu

Anmerkung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2 Wie schwierig war es für Ihre Praxis, die erhaltenen Praxisbeispiele auf die eigenen Praxisabläufe zu adaptieren?

überhaupt  
nicht schwierig     sehr  
schwierig  trifft nicht zu

Anmerkung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 Haben Ihnen zur (einfacheren) Adaptierung der Praxisbeispiele weitere Hinweise oder Informationen zu den einzelnen Abläufen der anderen Praxen gefehlt?

ja  nein  weiß nicht

Anmerkung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4 Hätten Sie sich andere Formen der Hilfestellung bzw. der Anregung zur Planung und Umsetzung von Veränderungsprozessen gewünscht?

- Falls ja,  
in welcher Form?  Besprechung vor Ort  
 Telefonkonferenz  
 Workshop mit den beteiligten Praxen  
 andere: \_\_\_\_\_
- nein

5 Wie hoch schätzen Sie allgemein den Nutzen solcher Praxisbeispiele ein?

sehr gering     sehr hoch

6 Wurden im Bereich der unten aufgeführten Indikatoren Anregungen aus den Praxisbeispielen für Ihre eigenen Praxisabläufe aufgegriffen?

Indikator	ja	in Planung	nein	Anmerkung
1. QI „Erfassung des psychosozialen Status“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. QI „Umgang mit psychosozialen Problemen“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. QI „Ergebnisse angeordneter Untersuchungen“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. QI „Einverständniserklärung Therapie“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. QI „Aufklärung über Osteopenie/ Osteoporose-Gefahr“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. QI „Therapieplan“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Anmerkung: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7 Sind weitere interne Überprüfungen vorgesehen, ob die eingeleiteten Maßnahmen zur Prozessoptimierung zu einer Verbesserung geführt haben?

ja     nein     vielleicht     |     keine Veränderung vorgenommen

Anmerkung: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8 Zur Überprüfung der Maßnahmen würden wir uns - nach einem angemessenen zeitlichen Abstand - gerne an einer weiteren WINHO QI-Erhebung zu diesen Bereichen beteiligen.

trifft nicht zu                    trifft zu

## Zum Abschluss einige allgemeine Fragen

9 Wie sinnvoll erachten Sie das Konzept der Qualitätsindikatoren als ein Instrument zur Bewertung der Versorgungsqualität?

überhaupt  
nicht sinnvoll                              sehr  
sinnvoll

10 Wie hoch schätzen Sie die Validität der erhobenen QI-Daten ein?

sehr gering                              sehr hoch

11 Würde sich Ihre Praxis an weiteren QI-Erhebungen beteiligen?

ja       nein       vielleicht

12 Wie müssten Ihrer Meinung nach weitere QI-Erhebungen gestaltet sein?

---

---

---

---

13 Welche Themen sollten Ihrer Meinung nach zukünftige QI-Erhebungen adressieren?

---

---

---

---

14 Weitere Anmerkungen

---

---

---

---

---

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens!

# E Kooperationsvereinbarung

## Datenschutz- und Kooperationsvereinbarung zum Projekt Feedbackstrategien bei Qualitätsindikatoren



Wissenschaftliches Institut  
der Niedergelassenen Hämatologen  
und Onkologen GmbH

zwischen dem

**Wissenschaftlichen Institut der  
Niedergelassenen Hämatologen  
und Onkologen (WINHO) GmbH,**  
Vor den Siebenburgen 2, 50676 Köln,

und

PRAXIS (Name/n der PraxisinhaberInnen) .....

.....

ADRESSE .....

.....

### A ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUM PROJEKT

#### A.1 Gegenstand

Diese Kooperationsvereinbarung bezieht sich ausschließlich auf das vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) geförderte eineinhalbjährige Projekt „Feedback-Strategien bei routinemäßigen Erhebungen von Qualitätsindikatoren in onkologischen Schwerpunktpraxen“ („Feedbackstrategien bei Qualitätsindikatoren“), welches vom WINHO durchgeführt wird.

Zweck der Datenerhebung ist die praxisinterne Qualitätssicherung. Die Qualitätsindikatoren (QI) des WINHO wurden für den Einsatz in onkologischen Schwerpunktpraxen entwickelt und sollen als Instrument zur Selbstbeobachtung und für vertrauliche, interne Benchmarkingverfahren eingesetzt werden. Damit dienen die Daten dem praxisinternen Qualitätsmanagement und der Sicherstellung einer angemessenen Versorgung der Patienten. Die Daten werden nicht für anderweitige Forschungszwecke verwendet. Zur Erfassung der Qualitätsindikatoren werden Daten von Versorgungsprozessen benötigt, die sich in der Regel nur in Patientendokumentationen befinden. Die Erhebung der Daten beschränkt sich im Sinne der Datensparsamkeit auf Stichproben.

#### A.2 Datenerhebung

Im Rahmen des Projekts finden zwei QI-Erhebungen statt, bei denen nur Daten verarbeitet werden, die bereits Bestandteil der Routinedokumentation in der ärztlichen Praxis sind. Die Daten beziehen sich ausschließlich auf Patienten, die im jeweils vorangegangenen Quartal in der Praxis in Behandlung waren (siehe hierzu A.3). Die benötigten, anonymen Daten für die QI werden von Praxismitarbeitern (nicht vom behandelnden Arzt selbst), die von der Praxis dazu beauftragt werden, online über eine gesicherte Datenleitung in eine elektronisch geführte Datenbank des WINHO eingegeben (siehe hierzu C.2).

Um den praktischen Nutzen der zurückgemeldeten Ergebnisse zu untersuchen, werden zusätzlich zwei Befragungen der teilnehmenden Praxen durchgeführt. Diese Befragungen beziehen sich auf die Art und Akzeptanz der zurückgemeldeten Ergebnisse sowie die dadurch angeregten Veränderungsprozesse. Sofern vorhanden, wird die Praxis dem WINHO auf Nachfrage Belege für die geplanten bzw. umgesetzten Veränderungsmaßnahmen z.B. in Form von Arbeitsanweisungen oder Protokollen aus Teamsitzungen zur Verfügung stellen.

In Praxen, die die besten Ergebnisse in der ersten QI-Erhebung erzielten, erstellt das WINHO unter Verwendung der Angaben aus den Praxen Beschreibungen über qualitätsrelevante Prozesse. Es wird untersucht, inwiefern diese Beschreibungen den anderen Praxen bei ihren Such- und Veränderungsprozessen hilfreich sein können.

### **A.3 Dauer und Umfang der QI-Datenerhebung**

Die QI-Datenerhebung im Rahmen des Projekts wird in zwei Erhebungen in den Jahren 2015 und 2016 jeweils im dritten Quartal erfolgen. Es wird keine Längsschnittanalyse durchgeführt, sondern bei jeder Erhebungswelle eine neue Stichprobe aus den Patientendokumentationen gezogen.

Das Indikatorenset beinhaltet folgende sechs Qualitätsindikatoren:

- 1) Erfassung des psychosozialen Status
- 2) Umgang mit psychosozialen Problemen
- 3) Ergebnisse angeordneter Untersuchungen in der Patientenakte
- 4) Einverständniserklärung
- 5) Aufklärung über Osteopenie/Osteoporose-Gefahr
- 6) Therapieplan

Aufgrund der unterschiedlichen Dokumentationssysteme und -gewohnheiten in den onkologischen Schwerpunktpraxen variiert der zeitliche Aufwand, der für die Erfassung der Informationen pro Patient notwendig ist. Es werden jeweils Informationen von 55 Patienten pro Praxis (bzw. pro teilnehmenden Onkologen) benötigt (siehe C.3).

## **B DATENSCHUTZVEREINBARUNG**

### **B.1 Datenschutz**

Die Erfassung und Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen des unter Punkt A beschriebenen Projekts beachtet die Vorgaben des Datenschutzes.

Patientenbezogene Informationen werden in der Praxis gemäß §3 Absatz 6a des BDSG so anonymisiert, dass eine Bestimmung der/des Betroffenen ausgeschlossen wird oder nur mit einem unverhältnismäßig großem Aufwand möglich ist (gemäß BDSG §3(6)). Einzelangaben, die eine Zuordnung der Personen ermöglichen können, werden nicht erfasst und verbleiben innerhalb der ärztlichen Praxis. Die Auswertung der Daten erfolgt nur in akkumulierter Form.

Im Rahmen der Datenerhebung vergibt die Praxis für jeden dokumentierten Fall eine Zahl in fortlaufender Reihenfolge. Diese Zuordnung ist ausschließlich den beauftragten Mitarbeitern der Praxis zugänglich und wird dem WINHO nicht bekannt gegeben. Sie dient allein der praxisinternen Überprüfung der Datenerhebung.

Das WINHO verpflichtet sich zur Geheimhaltung und zum Schutz der anonymisierten Daten, die im Rahmen des Projektes von der oben genannten Praxis erhoben werden. Gemäß §5 des BDSG werden die WINHO-Mitarbeiter, die an der Datenerhebung und -auswertung beteiligt sind, bei der Aufnahme ihrer Tätigkeit auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die WINHO-Mitarbeiter unterschreiben hierzu eine Datenschutzerklärung.

## B.2 Datentransport und -speicherung

Die Datenerfassung erfolgt elektronisch. Die elektronischen Daten werden mittels einer Subdomain der WINHO-Homepage übertragen. Die Verbindung zum Server des WINHO wird über ein ssl-Zertifikat (https) geschützt, bei der die Daten verschlüsselt werden.

## C KOOPERATIONSVEREINBARUNG

### C.1 Leistungen des WINHO

Das WINHO bietet allen WINHO-Partnerpraxen, die sich an dem oben genannten Projekt beteiligen, folgende Leistungen an:

- 1) Rückmeldung der Ergebnisse der eigenen Praxis im Vergleich zu den anderen Praxen;
- 2) Veränderungsanregungen aus erfolgreichen Praxen;
- 3) WINHO-Zertifikat über die Teilnahme;
- 4) Zusendung eines Projektberichts nach Abschluss der Studie;
- 5) eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 300,- Euro bei Teilnahme am gesamten Projekt (pro Teilnehmer).

### C.2 Datenerhebung

Folgende Art der Datenerhebung wird zwischen oben genannter Praxis und dem WINHO vereinbart:

Die Praxis beauftragt **Praxismitarbeiter** mit der Eingabe der Daten und teilt die Namen dieser Mitarbeiter dem WINHO mit.

Das WINHO sendet der Praxis postalisch alle wichtigen Informationen sowie die benötigten Login-Daten zur Dateneingabe zu. Die Praxis verpflichtet sich, dass innerhalb eines angemessenen, vorgegebenen Zeitrahmens die Daten eingegeben werden. Die Praxis erklärt sich damit einverstanden, dass das WINHO zur Sicherstellung der Datenqualität eine Stichprobenprüfung durchführen kann.

Bei vollständiger Teilnahme am Projekt erhält die Praxis eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 300,- Euro (ggf. zzgl. Mehrwertsteuer). Hiermit sind alle etwaigen anfallenden Kosten abgegolten.

Ist die Praxis umsatzsteuerpflichtig? (zutreffendes bitte ankreuzen)

Ja

Nein

Nach Projektende wird das WINHO an alle teilnehmenden Praxen entsprechende Rechnungsvorlagen senden.

### C.3 Datenauswertung

Die Datenauswertung bzw. die Rückmeldung der Ergebnisse an die onkologische Schwerpunktpraxis kann auf Wunsch bei Gemeinschaftspraxen für jeden Hämatologen/Onkologen einzeln erfolgen. Gesonderte Auswertungen für Zweigniederlassungen können nach Absprache mit der Projektleitung auch vorgenommen werden.

#### Für Praxen mit mehreren teilnehmenden Ärzten:

Sofern aus der oben genannten Praxis mehrere Hämatologen und Onkologen teilnehmen und die Datenauswertung separat für jeden Hämatologen und Onkologen erfolgen soll, sind jeweils 55 Fälle für jeden teilnehmenden Arzt zu dokumentieren. Die Vergütung wird entsprechend angepasst.



### Kurzanleitung zur Vorgehensweise bei der Dateneingabe

Feedbackstrategien bei Qualitätsindikatoren 1. Erhebung, 2015

---

Die Erfassung und Auswertung beschränkt sich auf Dokumentationen von Patienten mit **soliden Tumoren** – unabhängig von der Art des Krebses (d.h. sowohl Magen-, Lungen- oder Brustkrebs als auch andere solide Tumore).

Damit eine zufällige Stichprobe von Patientendokumentationen für die Datenerhebung gezogen werden kann, wird vorab eine Liste mit Patientennamen benötigt.

Um eine ausreichende Datenmenge für eine sinnvolle Auswertung zu erreichen, ist die Dokumentation von **55 Fällen pro Praxis** bzw. teilnehmenden Arzt notwendig.

Die folgenden Punkte A bis H geben Ihnen eine Übersicht über die wesentlichen Arbeitsschritte, die Sie bei der Datenerhebung für das Projekt befolgen sollten.

#### A) Erstellen der Patientenliste

Folgende Selektionskriterien sind bei der Auswahl der Patienten<sup>1</sup> zu beachten:

1. Nur Patienten, die **im 2. Quartal 2015** in der Praxis in Behandlung waren
2. Nur Patienten mit der Abrechnungsziffer „**86512**“: Behandlung solider Tumore

Nur wenn dies nicht möglich ist, kann eine Auswahl der Patienten über die Diagnose (ICD-10-Codes für solide Tumore: C00 bis C80.9 und C97.0 bis C97.9) erfolgen.

3. Wenn möglich:
  - nur Patienten im Alter von **18 Jahren und älter**
  - nur Patienten, deren **erster Besuch** in der Praxis im **Jahr 2013 oder später war**
  - nur Patienten, die seit 2013 **mindestens 3 Arztbesuche** hatten
4. **Zusatzoption:** Falls eine separate Auswertung für jeden Arzt einer Praxis explizit gewünscht ist, erstellen Sie für jeden behandelnden Arzt eine eigene Patientenliste.

---

<sup>1</sup> Der Begriff „Patienten“ schließt dabei sowohl Männer als auch Frauen ein. Zur besseren Lesbarkeit, wird auf die Verwendung der weiblichen Form bei Patienten und Ärzten verzichtet.

## **B) Patientenliste alphabetisch sortieren**

Sofern die Liste mit den Patientennamen nicht automatisch alphabetisch geordnet ist, sortieren Sie die Liste bitte von A bis Z (entweder nach Vor- oder Nachnamen der Patienten).

## **C) Projekt-Homepage: <https://qualitaet.winho.de>**

Loggen Sie sich auf der Homepage des Projektes (<https://qualitaet.winho.de>) ein. Verwenden Sie hierzu die Ihnen zugesandten Login-Daten. Aus Sicherheitsgründen müssen Sie zusätzlich den Sicherheitscode (Captcha), der sich im grünen Kasten befindet, abtippen. Lesen und bestätigen Sie anschließend die Hinweise.

## **D) Praxisfragebogen ausfüllen**

Füllen Sie zunächst den Fragebogen zur Praxis aus. Klicken Sie anschließend auf „Weiter“. Sie werden automatisch zur Patientenübersicht weitergeleitet.

## **E) Auswahl der Patientendokumentationen**

1. **Anfangsbuchstabe:** Ihnen wurde zusammen mit den Login-Daten ein zufällig ausgewählter Anfangsbuchstabe zugesandt. Suchen Sie in der alphabetisch sortierten Patientenliste den ersten Namen, der mit diesem Buchstaben anfängt. Sollte kein Name mit diesem Buchstaben anfangen, verwenden Sie den nächsten Buchstaben in alphabetischer Reihenfolge. Sind Sie bei „Z“ angekommen, machen Sie mit dem Buchstaben „A“ weiter.
2. Prüfen Sie nun, ob dieser Patient folgende Kriterien erfüllt:
  - der **erste Arztkontakt in der Praxis fand im Jahr 2013 oder später** statt
  - der Patient hatte **seit 2013 mindestens 3 Arztbesuche**

Wenn diese beiden Kriterien zutreffen, können Sie mit der Dateneingabe für diesen Patienten beginnen. Dokumentationen von Patienten, die weniger als *drei* Arztkontakte seit 2013 hatten und/oder deren *erster* Arztbesuch in der Praxis vor dem Jahr 2013 stattfand, sollen nicht erfasst werden.

**Achtung:** In den Fragen wird zwischen dem **Beobachtungszeitraum**, welcher sich vom 2. Quartal 2015 bis zum Zeitpunkt der Dateneingabe erstreckt, und dem **Behandlungszeitraum**, welcher sich auf die gesamte Behandlungszeit des Patienten in der Praxis bezieht, unterschieden.

## **F) Identifikationsnummern der Patienten**

Tragen Sie bei der ersten Frage „Patienten-ID“ bitte fortlaufende Nummern ein, beginnend bei 1. Sie haben zusammen mit den Login-Daten eine Tabelle mit fortlaufenden Nummern erhalten. In dieser Tabelle sollen die praxisinternen Nummern der Patienten dokumentiert werden. Tragen Sie bitte fortlaufend für jeden von Ihnen dokumentierten Patienten dessen persönliche, praxisinterne ID-Nummer in die rechte Spalte ein. In der linken Spalte finden Sie die kontinuierlichen IDs für die Eingabe in den Online-Fragebogen. Diese Spalte stellt zudem eine Übersicht über die bereits dokumentierten bzw. noch benötigten Patientenfälle dar.

**Wichtig:** Tragen Sie in den online-Fragebogen nur die fortlaufenden Nummern zwischen 1 und 55 ein. **Die Tabelle mit den ID-Nummern ist vertraulich und verbleibt nach beendeter Dokumentation in der Praxis.**

### ***Zusatzoption:***

*Sofern eine Auswertung für mehrere Ärzte der Praxis vorgenommen werden soll, achten Sie bitte darauf, für jeden teilnehmenden Arzt eine eigene Tabelle zu führen und 55 Fälle zu dokumentieren. Für jeden teilnehmenden Arzt erhalten Sie getrennte Unterlagen.*

## **G) Dateneingabe**

Wenn Sie den Fragebogen für den ersten Patienten vollständig ausgefüllt haben, werden Sie automatisch zur Patientenübersicht weitergeleitet. Hier können Sie über die Schaltfläche „neuer Patientenfragebogen“ die Daten für den (in alphabetischer Reihenfolge) nächsten Patienten von Ihrer Patientenliste eingeben, bis Sie die Tabelle mit den ID-Nummern vollständig ausgefüllt haben. Falls Sie beim letzten Namen in der Patientenliste angekommen sind (Z), machen Sie mit dem ersten Namen in dieser Liste weiter (A).

## **H) Beenden der Dateneingabe**

Die Dateneingabe ist abgeschlossen, wenn Sie 55 Dokumentationen von Patienten erfasst haben. Zum Beenden der Dateneingabe klicken Sie auf „Ausloggen“ und schließen das Fenster Ihres Internetbrowsers. Bewahren Sie die von Ihnen ausgefüllte Liste mit den Patienten-IDs bitte sorgfältig in Ihrer Praxis auf.

Hinweis:

Sie können die Dateneingabe jederzeit unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen. Ihre eingegebenen Daten werden automatisch gespeichert.



**WINHO**

**G Best-Practice-Beispiele**

Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen  
Hämatologen und Onkologen

**Anregungen und Vorgehensweisen aus  
WINHO Praxen, die an der Studie  
„Feedbackstrategien bei  
Qualitätsindikatoren“  
teilgenommen haben**

**August 2016**

Das Projekt wurde gefördert durch



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE  
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG  
IN DEUTSCHLAND

# Inhalt

1	Qualitätsindikator „Erfassung des psychosozialen Status“	2
	1.1	Definition
	1.2	Allgemeine Hinweise
	1.3	Anregungen aus den Praxen
2	Qualitätsindikator „Umgang mit psychosozialen Problemen“	6
	2.1	Definition
	2.2	Anregungen aus den Praxen
3	Qualitätsindikator „Ergebnisse angeordneter Untersuchungen in der Patientenakte“	8
	3.1	Definition
	3.2	Anregungen aus den Praxen
4	Qualitätsindikator „Einverständniserklärung Therapie“	12
	4.1	Definition
	4.2	Allgemeine Hinweise
	4.3	Anregungen aus den Praxen
5	Qualitätsindikator „Aufklärung über Osteopenie/Osteoporose-Gefahr“	17
	5.1	Definition
	5.2	Anregungen aus den Praxen
6	Qualitätsindikator „Therapieplan“	19
	6.1	Definition
	6.2	Anregungen aus den Praxen

## Vorwort

Im Juli 2015 ist das durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) geförderte Projekt „Feedbackstrategien bei Qualitätsindikatoren“ gestartet. Es baut auf dem bereits 2009 durch den BNHO initiierten Qualitätsindikatoren-Projekt auf. Neben einer individuellen Rückmeldung der Ergebnisse der Prozessindikatoren wird ein Schwerpunkt auf die Erfassung des Umgangs mit den Ergebnissen seitens der Praxen gelegt. Des Weiteren ist es ein Ziel, Praxen, die weniger gute Ergebnisse in einzelnen Bereichen erzielten, eine Hilfestellung zu bieten, indem ihnen Prozessbeschreibungen anderer Praxen als Anregung zur Implementierung von Verbesserungsstrategien zur Verfügung gestellt werden.

Hierzu wurde nach der Rückmeldung der individuellen QI-Ergebnisse an die teilnehmenden Praxen im November 2015 in einem ersten Schritt eine schriftliche Befragung bzgl. Akzeptanz und Umgang mit den Ergebnissen durchgeführt. Des Weiteren wurden mit Praxen, die besonders gute Ergebnisse in den einzelnen Indikatoren erzielten, semistrukturierte Telefoninterviews geführt. In insgesamt 10 Interviews haben diese ihre individuellen Prozesse und Abläufe beschrieben. Diese Beschreibungen sind im vorliegenden Dokument zusammengestellt.

Dabei sollte deutlich werden, dass es nicht den einen idealen Weg gibt, sondern es je nach Gegebenheit eine Vielfalt von möglichen zielführenden Vorgehensweisen gibt. Die Zusammenschau kann daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, Ihnen aber die eine oder andere Anregung für die eigenen Prozesse liefern und soll einen Ansatz zur weiteren Diskussion darstellen.

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie auf unserer Homepage unter: [www.winho.de](http://www.winho.de)

## Anmerkung

Zur besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text auf die zusätzliche Formulierung der weiblichen Form verzichtet. Die ausschließliche Verwendung der männlichen Form soll daher explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden.

# 1 Qualitätsindikator „Erfassung des psychosozialen Status“

## 1.1 Definition

Anforderung:	Dokumentation des psychosozialen Status (psychische Verfassung, soziales Umfeld) in der Patientenakte; spätestens beim 3. Arztkontakt.
Gültig für:	Alle Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose.

## 1.2 Allgemeine Hinweise

Psychosoziale Probleme treten oft erst im Verlauf einer Behandlung auf bzw. werden erst geäußert, wenn mehr Vertrauen gefasst wurde. Dennoch wird bereits im Erstgespräch (bzw. einem der ersten Gespräche) auf die bestehenden Angebote hingewiesen. Aber auch im gesamten Behandlungsverlauf wird immer wieder überprüft, ob psychosoziale Probleme vorliegen, bspw. über Ratingskalen oder Screeninginstrumente. Wenn bereits ersichtlich ist, dass eine evtl. schwierige Situation auf den Patienten zukommen wird, wird proaktiv erneut auf die vorhandenen Angebote und Möglichkeiten hingewiesen. Es können bspw. stützende Gespräche mit dem Arzt und/oder Mitarbeitern angeboten werden, weitere entsprechende Empfehlungen ausgegeben werden (z. B. Informationsmaterialien und Broschüren), oder auch eine Überweisung zu (stationären) Reha-Maßnahmen (z. B. onkologische Reha mit psychoonkologischer Begleitung) erfolgen. Ein kurzer Vermerk über die Maßnahme erfolgt in der Patientenakte.

## 1.3 Anregungen aus den Praxen

Im Folgenden sind verschiedene Vorgehensweisen und Abläufe aus WINHO-Praxen dargestellt, die besonders gute Ergebnisse im Bereich des Indikators „Erfassung des psychosozialen Status“ erzielten. Die Angaben stammen aus semistrukturierten Telefoninterviews, in denen diese Praxen ihre individuellen Vorgehensweisen beschrieben haben.

- ◆ Praxis 1<sup>1</sup>: Der Anamnesebogen, den die Patienten vorab ausfüllen, beinhaltet Fragen zum psychosozialen Status\*<sup>1</sup>. Es handelt sich dabei um kurze ja/nein-Fragen, damit der Patient auf die Thematik aufmerksam gemacht wird und um den Bogen möglichst kurz zu halten. Im anschließenden Arztgespräch hat der Patient die Möglichkeit, mehr darüber zu sagen bzw. der Arzt fragt nach. Der Bogen dient auch als Gedächtnisstütze für den Arzt, den psychosozialen Status zu dokumentieren.

#### *Beispiel*

*\*<sup>1</sup> Fragen zur psychosozialen Situation im Anamnesebogen: Häusliche Situation (allein lebend, mit Partner/in oder Familie, Pflegeeinrichtung, andere), Bezugsperson, Beruf (erlernt und aktuell ausgeführt), besondere psychische Belastungen (familiär/beruflich): ja/nein, besondere soziale Belastungen (Integrationsprobleme/wirtschaftliche Probleme): ja/nein*

- ◆ Praxis 2: Fragen zum psychosozialen Status sind im Anamnesebogen enthalten. Diese werden zwar von den Patienten oft nicht ausgefüllt, im anschließenden persönlichen Arztgespräch wird allerdings noch einmal darauf eingegangen und Ergänzungen werden notiert. Therapiepatienten haben zusätzlich ein Therapievorgespräch mit einem Praxismitarbeiter. Vorteil: Zusätzliche Beratung. Inhalte werden wiederholt, da vieles im Erstgespräch nicht aufgenommen werden kann. Zudem werden hier oftmals andere Dinge geäußert bzw. Probleme kommen zum Vorschein. Alle Punkte, die im Gespräch (sowohl mit dem Arzt, als auch mit den Mitarbeitern) besprochen werden, werden im elektronischen System vermerkt.
- ◆ Praxis 3: Vorab füllen die Patienten einen Anamnesebogen\*<sup>2</sup> aus, in dem „Basisdaten“ erfragt werden. Therapiepatienten erhalten zudem standardisierte Fragebögen zur Lebensqualität (EORTC QLQ-C30 und SF36-Bogen), die u. a. Fragen zum psychischen Wohlbefinden und zur sozialen Funktionsfähigkeit enthalten. Das Erstgespräch wird meist gemeinsam von Arzt und Mitarbeiter geführt. Grundlage: Anamneseblatt, welches als Gesprächsleitfaden dient, sowie der vom Patienten ausgefüllte Anamne-

---

<sup>1</sup> Die Nummerierung stellt eine Anonymisierung dar und ist willkürlich. Sie erlaubt keinen Rückschluss auf die Leistung der jeweiligen Praxis und es besteht kein Bezug zur Nummerierung der Praxen in den anderen Kapiteln.

sebogen. Das Erstgespräch wird anschließend bewertet, in der elektronischen Akte dokumentiert und oft im Arztbrief übernommen.

### *Beispiel*

*\*2 ja/nein-Fragen zur sozialen Anamnese zu den Themen: Beruf jetzt und früher, alleinstehend (seit), nächste noch lebenden Familienangehörigen, eigenes Haus, Mietwohnung, alleinlebend (seit), Ehe-/Partnerschaft (seit), Rente (seit)*

- ◆ Praxis 4: Neben dem Anamnesebogen füllt der Patient einen Fragebogen zur persönlichen Lebenssituation (selbst erstellt) vor dem ersten Arztgespräch aus, welcher u. a. Fragen zur psychosozialen Situation beinhaltet. Im Arztgespräch wird u. a. auf diese Punkte näher eingegangen und es werden ggf. Ergänzungen notiert.
- ◆ Praxis 5: Der Patient füllt vorab keinen Anamnesebogen aus. Das Erstgespräch findet mit einem Leitfaden (Checkliste) mit stichpunktartigen Fragen statt. Darin ist u. a. der psychosoziale Status vermerkt. Der Arzt erfragt die Punkte und trägt diese dort ein. Es wird auch dokumentiert, falls derzeit keine Probleme vorliegen.
- ◆ Praxis 6: Der Patient füllt vorab keinen Anamnesebogen aus. Das Erstgespräch findet auf Grundlage eines Leitfadens (Checkliste) statt, welcher wichtige Punkte wie z. B. Begleitmedikation, Nebenerkrankungen, Allergien und Charlson-Index beinhaltet. Zusätzlich wird bei jedem Arztgespräch ein Dokumentationsblatt verwendet, welches einige Leitfragen beinhaltet und für persönliche Notizen zum Patientengespräch verwendet wird. Dieser Bogen enthält u. a. eine Skala zum psychologischen Grading. Der Arzt schätzt auf dieser den Status von 0 (keine Probleme) bis 3 (max. Probleme) ein. Anschließend diktiert der Arzt. Eine Schreibkraft trägt später die Informationen in die Patientenakte ein. Vorgefertigte Textbausteine liegen hierfür vor.
- ◆ Praxis 7: Vorab führt ein Praxismitarbeiter auf Grundlage eines Leitfadens ein Anamnesegespräch mit dem Patienten in einem gesonderten Raum. Der Leitfaden beinhaltet wichtige Punkte und Fragen wie z. B. nach Erkrankungen, OPs, Medikation etc. Es werden auch indirekte Fragen, wie

z. B. „Wie fühlen Sie sich?“, oder Fragen nach Schlafstörungen, welche Hinweise auf psychische Probleme geben können, gestellt. Die Angaben des Patienten werden auf dem Dokument vermerkt. Gespräche mit Mitarbeitern werden ferner bei Bedarf im weiteren Behandlungsverlauf angeboten. Anschließend findet das Gespräch mit dem Arzt statt.

Vorteil: Durch das Gespräch mit dem Mitarbeiter kommen ggf. noch andere Aspekte zum Vorschein.

- ◆ Praxis 8: Hinweis der Praxis an die Patienten, dass sie zum Erstgespräch am besten in Begleitung erscheinen sollen.

## 2 Qualitätsindikator „Umgang mit psychosozialen Problemen“

### 2.1 Definition

Anforderung:	Erwägung* bzw. Einleitung weiterer diagnostischer und/oder psychoonkologischer Maßnahmen (bspw. eigene unterstützende Maßnahmen wie Angehörigengespräche, Hinweis auf Selbsthilfegruppen, ggf. fachspezifische Überweisung) innerhalb von 4 Wochen nach Bekanntwerden der psychosozialen Probleme. Dokumentation in der Patientenakte.  * Erwägung, nicht Durchführung gefordert, da zum einen die Bereitschaft des Patienten vorliegen muss und zum anderen eine flächendeckende psychoonkologische Versorgung nicht in ganz Deutschland gewährleistet ist.
Gültig für:	Alle Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose, die über psychosoziale Probleme berichten oder für die diese eruiert wurden (z. B. im Angehörigengespräch).

### 2.2 Anregungen aus den Praxen

Im Folgenden sind verschiedene Vorgehensweisen und Abläufe aus WINHO-Praxen dargestellt, die besonders gute Ergebnisse im Bereich des Indikators „Umgang mit psychosozialen Problemen“ erzielten. Die Angaben stammen aus semistrukturierten Telefoninterviews, in denen diese Praxen ihre individuellen Vorgehensweisen beschrieben haben.

- ◆ Praxis 1<sup>2</sup>: Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit, bei Bedarf stützende Gespräche mit dem Patienten in einem gesonderten Zimmer oder Raum zu führen. Dies wird in der Akte vermerkt. Besteht darüber hinaus weiterer

<sup>2</sup> Die Nummerierung stellt eine Anonymisierung dar und ist willkürlich. Sie erlaubt keinen Rückschluss auf die Leistung der jeweiligen Praxis und es besteht kein Bezug zur Nummerierung der Praxen in den anderen Kapiteln.

Bedarf, wird der Patient an einen Therapeuten vermittelt.

- ◆ Praxis 2: Im Team ist ein Sozialpädagoge, der sich um psychosoziale Belange kümmert. Er erteilt auch Informationen über psychosoziale Angebote in der Umgebung inklusive Kontaktdaten. Das Angebot gilt sowohl für Patienten als auch Angehörige.
- ◆ Praxis 3: Die Praxis arbeitet eng mit einem Psychoonkologen zusammen. Die Patienten werden bei Bedarf dorthin empfohlen. Psychopharmaka verordnen die Ärzte selbst und überwachen die Wirkung. Eine Dokumentation erfolgt in der Akte.
- ◆ Praxis 4: Ein Therapeut bietet einmal pro Woche in der Praxis eine Sprechstunde an. Die Termine werden von der Praxis vergeben. Der Therapeut berät bzgl. weiterer Hilfen und kann ggf. selbst weiterführend psychotherapeutisch behandeln. Vorteil: Es wird direkt vor Ort eine erste Anlaufstelle (mit Therapeut) angeboten, somit wird die Hürde für die Patienten gering gehalten.
- ◆ Praxis 5: Ein Psychoonkologe bietet einmal pro Woche auf selbstständiger Basis Sprechstunden in den Praxisräumen an. Bei Bedarf wird den Patienten (und Angehörigen) angeboten, einen Termin bei diesem zu vereinbaren. Es sind somit kurzfristig Termine zur Krisenintervention und bei Bedarf auch eine langfristige Betreuung (Psychotherapie) möglich. Die Praxis hatte gezielt nach so einer Fachkraft gesucht, auch mit Annoncen.
- ◆ Praxis 6: Fachkraft im Haus oder der angeschlossenen Klinik: Bei akuten Problemen leitet die Praxis dort eine Intervention in die Wege; zumindest eine kurze Intervention zur Deeskalation ist jederzeit möglich. Bei Bedarf können die Patienten über reguläre Termine weiterbehandelt werden. Bei weniger akuten Problemen wird eine Empfehlung oder Überweisung gegeben. Ein Vermerk darüber erfolgt in der Akte.

### 3 Qualitätsindikator „Ergebnisse angeordneter Untersuchungen in der Patientenakte“

#### 3.1 Definition

Anforderung:	Das Ergebnis angeordneter Untersuchungen soll innerhalb von 30 Tagen in der Patientenakte dokumentiert sein. Der Originalbefund, eine Kopie oder ein Arztbrief, in welchem das Ergebnis dargestellt ist, soll vorliegen.  oder: Nachforderung wurde gestellt  oder: Diagnostik wurde erst zu einem späteren Zeitpunkt geplant
Gültig für:	Alle Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose, für die eine Diagnostik angeordnet wurde.

#### 3.2 Anregungen aus den Praxen

Im Folgenden sind verschiedene Vorgehensweisen und Abläufe aus WINHO-Praxen dargestellt, die besonders gute Ergebnisse im Bereich des Indikators „Ergebnisse angeordneter Untersuchungen in der Patientenakte“ erzielten. Die Angaben stammen aus semistrukturierten Telefoninterviews, in denen diese Praxen ihre individuellen Vorgehensweisen beschrieben haben. Die Darstellung ist in die Unterpunkte „Anregungen zum allgemeinen Ablauf“ sowie „Anregungen zu Verantwortlichkeiten“ unterteilt.

##### 3.2.1 Anregungen zum allgemeinen Ablauf

Im Folgenden werden Anregungen zum allgemeinen Ablauf, wie Diagnostik- und Besprechungsterminvergabe sowie Umgang mit eingehenden Befunden, dargestellt.

- ◆ Praxis 1<sup>3</sup>: Die Praxis hat verschiedene Kooperationspartner. Die Mitarbeiter vereinbaren die Diagnostiktermine für die Patienten. Alternative aus einer anderen Praxis: Nur in dringenden Fällen vereinbart die Praxis einen Termin für die Patienten. Diese Termine werden auch im Praxissystem hinterlegt und gleichzeitig ein zeitnahe Besprechungstermin vergeben. Eingehende Befunde werden mit Datum versehen und dem Arzt zur Unterschrift vorgelegt. Anschließend werden sie eingescannt und in der elektronischen Patientenakte hinterlegt.
- ◆ Praxis 2: Die Praxis hat Kontingente in verschiedenen Praxen, mit denen sie eng zusammenarbeitet (Radiologie, Strahlentherapie, Krankenhäuser etc.) und kann dort kurzfristig Termine erhalten. Befunde werden direkt ausgedruckt und den Ärzten in einer Mappe vorgelegt.
- ◆ Praxis 3: Bei externen Untersuchungen bestehen Kooperationen mit verschiedenen Praxen. Diese haben Termine für die Praxis geblockt. Die Praxis sieht deren Terminplan und trägt dort Termine ein. Die Patienten bekommen somit schnell einen Termin, der auch in der Patientenakte der Praxis selbst vermerkt wird. Somit sind die externen Termine der Patienten ersichtlich. Außer bei Blutuntersuchungen bei Nachsorgepatienten wird direkt ein Besprechungstermin für die Befunde in der Praxis vereinbart.

Ergebnisse von Laboruntersuchungen sind automatisch mit dem Praxissystem gekoppelt und werden direkt an den Praxis-PC übermittelt. Pathologische Ergebnisse werden dem behandelnden Arzt von jedem Patienten morgens als Meldung angezeigt. Er kann somit sofort auf die Werte reagieren.

- ◆ Praxis 4: Keine offiziellen Kooperationen, aber enge Zusammenarbeit mit einigen Häusern bzw. großen Praxen. Dadurch bekommt die Praxis dort bevorzugt Termine, auch kurzfristig. Die Praxis vereinbart nur in sehr dringenden Fällen den Termin für die Patienten, bei Nachsorgeuntersuchungen bspw. vereinbart der Patient selbst Termine. Alternative aus einer anderen Praxis: Die Praxis vereinbart stets die Termine für die Patienten.

---

<sup>3</sup> Die Nummerierung stellt eine Anonymisierung dar und ist willkürlich. Sie erlaubt keinen Rückschluss auf die Leistung der jeweiligen Praxis und es besteht kein Bezug zur Nummerierung der Praxen in den anderen Kapiteln.

Ein Besprechungstermin wird gleichzeitig vergeben. Eingehende Befunde werden dem Arzt direkt zur Durchsicht vorgelegt. Sie werden eingescannt und in die Arztbriefe eingetragen.

- ◆ Praxis 5: Patienten werden grundsätzlich alle drei Monate einbestellt. Diese Termine werden im Voraus vergeben sowie auch gleichzeitig die geplanten Diagnostiktermine. Diese vereinbart die Praxis für die Patienten. Termine dazwischen werden entsprechend spontan vergeben. Die Termine werden in der Patientenakte vermerkt sowie im Terminplaner. Dort ist ein Feld vorhanden für alle externen Termine.  
Vorteil: Wird ein Terminzettel ausgedruckt, stehen auch die externen Termine automatisch mit darauf.

### 3.2.2 Anregungen zu Verantwortlichkeiten

Im Folgenden werden, basierend auf den Aussagen aus den Telefoninterviews, Anregungen dargestellt, wie sichergestellt werden kann, dass die Befunde rechtzeitig eingehen und wer ggf. für eine Nachforderung zuständig ist.

- ◆ Praxis 1: Die Arztsekretärin: Alle Überweisungen werden als Doppelüberweisung ausgestellt, auf denen direkt der Diagnostiktermin vermerkt ist. Eine verbleibt in der Praxis und die Arztsekretärin kann somit überprüfen, ob der Befund eingegangen ist, diesen ggf. nachfordern oder beim Patienten nachhaken, wieso der Termin nicht wahrgenommen wurde.
- ◆ Praxis 2: Die Verantwortung wird verteilt. Der Patient wird gebeten, in der Praxis nachzufragen, ob der Befund eingetroffen ist, oder dem Arzt bzw. den Mitarbeitern fällt auf, dass ein Befund fehlt. Eine Nachforderung erfolgt entsprechend.
- ◆ Praxis 3: Die Auszubildenden bereiten die Sprechstunden vor. Sie legen für jeden Patienten ein Dokumentationsblatt sowie den letzten Brief für den Arzt bereit und prüfen, ob alle Befunde vorhanden sind. Auch wenn der Patient zwischendurch berichtet, dass er im Krankenhaus war, wird das in die Akte eingetragen und auch diese Befunde entsprechend bei der Vorbereitung nachgefordert, falls sie fehlen.
- ◆ Praxis 4: Spätestens am Tag vor dem Besprechungstermin muss der Be-

fund vorliegen, da sich der Arzt nachmittags auf die Termine am nächsten Tag vorbereitet. Es ist die Aufgabe der Mitarbeiter an der Anmeldung zu prüfen, ob alle Dokumente und Informationen vorhanden sind. Fehlendes wird nachgefordert und alle Informationen dem Arzt nachmittags vorgelegt. Bei Patienten, die sich gerade engmaschig in einer Therapie befinden, achten zusätzlich auch die Therapieschwester mit darauf, dass die Befunde vorliegen.

- ◆ Praxis 5: Der Arzt bereitet die Termine am Abend vorher vor. Wenn ein Befund fehlt, erhalten die Mitarbeiter den Hinweis, diesen nachzufordern. Des Weiteren diktiert der Arzt die Briefe, auch dort fallen fehlende Befunde auf. Auf Patienten, die aktuell oberste Priorität haben und deren Diagnostik entsprechend dringend ist, legt der Arzt ein besonderes Augenmerk. Die Praxis arbeitet neben dem Praxisinformationssystem mit einer stark ausgedünnten Papierakte, welche aktuelle Informationen, den Anamnesebogen und den aktuellen Arztbrief beinhaltet. Der Arzt gibt entsprechend kurze Notizzettel an die Mitarbeiter, was sie ggf. noch organisieren sollen.
- ◆ Praxis 6: Spätestens zum Besprechungstermin fällt ein fehlender Befund auf. Die Mitarbeiter prüfen morgens, welche Patienten einen Termin haben und ob alle Unterlagen vorhanden sind. Fehlendes wird entsprechend nachgefordert.
- ◆ Praxis 7: Spätestens wenn der Patient zur Besprechung in der Praxis erscheint, wird an der Anmeldung überprüft, ob der Befund in der Akte vorliegt; falls nicht, wird er nachgefordert. Bei gut funktionierenden Kooperationen ist dies selten notwendig.
- ◆ Praxis 8: Bei kritischen Einzelfällen setzen die Ärzte und/oder Mitarbeiter Kontrolllisten oder Memos ein.

## 4 Qualitätsindikator „Einverständniserklärung Therapie“

### 4.1 Definition

Anforderung:	Zu Beginn der Therapie soll ein unterzeichnetes* Aufklärungs- und Einverständnisdokument in der Patientenakte vorliegen.  *ggf. Unterschrift durch den Vormund
Gültig für:	Alle Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose, die aktuell in der Praxis eine medikamentöse (spezifisch zytoreduktive bzw. wachstumshemmende) Krebstherapie erhalten.

### 4.2 Allgemeine Hinweise

Zu einer ausführlichen und vollständigen Aufklärung zur medikamentösen Tumorthherapie durch den Arzt, die sich individuell an dem Patienten - seinen Fähigkeiten und Bedürfnissen - orientiert, gehört auch das Unterzeichnen einer Einverständniserklärung durch den Patienten. Dabei ist zu beachten, dass nach §630e BGB „dem Patienten Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen sind“.

Ohne das Vorliegen eines unterzeichneten Dokumentes wird dem Patienten keine Therapie verabreicht. Dies gilt auch für orale Chemotherapien, sowie bei Patienten, welche die Therapie extern begonnen haben und zur Fortführung die Praxis aufsuchen. Auch bei einem Therapiewechsel innerhalb der Praxis wird der Patient erneut ausführlich aufgeklärt, also nicht nur über neue Aspekte, da bei der Fülle der Informationen einige Details mit der Zeit in Vergessenheit geraten können.

### 4.3 Anregungen aus den Praxen

Im Folgenden sind verschiedene Vorgehensweisen und Abläufe aus WINHO-Praxen dargestellt, die besonders gute Ergebnisse im Bereich des Indikators

„Einverständniserklärung Therapie“ erzielen. Die Angaben stammen aus semistrukturierten Telefoninterviews, in denen diese Praxen ihre individuellen Vorgehensweisen beschrieben haben. Die Darstellung ist in die Unterpunkte „Rollen“, „Anregungen zu Verantwortlichkeiten“ sowie „Anregungen zum Aufbau“ unterteilt.

### 4.3.1 Rollen

Im Folgenden wird beschrieben, wer an der Aufklärung zur Therapie beteiligt ist.

- ◆ Praxis 1<sup>4</sup>: Der Arzt klärt den Patienten auf. Die Einverständniserklärung (EV) wird direkt unterschrieben bzw. der Patient nimmt sich etwas Zeit und geht ins Wartezimmer. Gelegentlich wird die EV von den Patienten auch nach Hause mitgenommen.
- ◆ Praxis 2: Der Arzt klärt auf und gibt die von ihm unterschriebene EV sowie weitere Merkblätter zum Ablauf der Chemotherapie aus. Zusätzlich findet ein Einführungsgespräch mit den Mitarbeitern statt. Basis hierfür bildet eine Checkliste, auf welcher ein Punkt EV lautet. Der entsprechende Praxismitarbeiter unterschreibt anschließend ebenfalls die EV.
- ◆ Praxis 3: Für orale Tumorthherapie: Zusätzlich zur Aufklärung durch den Arzt bieten speziell fortgebildete Mitarbeiter Sprechstunden (mit Termin) für die Patienten an.

### 4.3.2 Anregungen zu Verantwortlichkeiten

Im Folgenden wird beschrieben, wer in der Praxis dafür verantwortlich ist, dass die Einverständniserklärung unterschrieben vorliegt.

- ◆ Praxis 1: Die EV bildet die Grundlage zur Erstellung des Therapieplanes, was Aufgabe der leitenden Infusionskraft ist. Ohne unterschriebene Erklärung kann somit kein Therapieplan angelegt werden.
- ◆ Praxis 2: Die EV wird in die elektronische Akte eingescannt und verbleibt

<sup>4</sup> Die Nummerierung stellt eine Anonymisierung dar und ist willkürlich. Sie erlaubt keinen Rückschluss auf die Leistung der jeweiligen Praxis und es besteht kein Bezug zur Nummerierung der Praxen in den anderen Kapiteln.

in der zusätzlichen Papierakte; ein separates Fach ist dafür vorgesehen. Im Praxisinformationssystem ist zudem ein Button vorhanden, der beim Öffnen der Akte erscheint und den man praxis-individuell belegen kann. Hier ist der Vermerk hinterlegt, dass das unterschriebene Einverständnisdokument vorliegt.

- ◆ Praxis 3: Der Patient muss die EV spätestens zum 1. Therapietag unterschrieben mitbringen. An der Anmeldung wird geprüft, ob das Dokument vorliegt. Falls nicht, erfolgt keine Therapie. Möglichkeit: Ein neues Dokument wird unterschrieben; Vermerk: Original liegt zu Hause.
- ◆ Praxis 4: Die Therapieschwester ist dafür verantwortlich, vor Gabe der Chemotherapie zu kontrollieren, ob eine unterschriebene EV vorliegt. Falls nicht, wird keine Therapie verabreicht.
- ◆ Praxis 5: Die Mitarbeiter an der Anmeldung legen vor dem Arztgespräch alle notwendigen Dokumente für den Arzt bereit, u. a. wird eine EV mit in die Papierakte gelegt und dem Arzt zum Termin hineingereicht. Die Mitarbeiter an der Anmeldung sowie die Therapieschwestern achten darauf, dass das Dokument vor Therapiebeginn vom Patienten unterschrieben vorliegt. Ohne unterschriebene EV wird keine Therapie verabreicht.

### 4.3.3 Anregungen zum Aufbau

Im Folgenden werden Anregungen dargestellt, wie die Einverständnisdokumente aufgebaut sein können.

- ◆ Praxis 1: Vordrucke, die individuell angepasst werden können. Individuelle Medikamente mit Nebenwirkungen und Begleitmedikation sind darin vermerkt. Es wird zudem ein Blatt mit einer Zusammenfassung der Merkmale der verordneten Arzneimittel mitgegeben. In der Akte erfolgt eine kurze Notiz, sobald der Patient die EV unterschrieben hat. Zusätzlich hat der Arzt im Internet Dokumente hinterlegt, die Informationen für die Patienten zu den einzelnen Medikamenten enthalten. Dazu erhalten die Patienten einen Link.
- ◆ Praxis 2: Zu den verschiedenen Medikamenten können Einverständniserklärungen ausgedruckt werden. In diesen ist der Bezug zur Begleitmedi-

kation bereits enthalten. Jedes Medikament ist ausführlich beschrieben und es ist vermerkt, was es zu beachten gilt.

- ◆ Praxis 3: Vordrucke, die im Rahmen des Qualitätsmanagement erarbeitet wurden. Sie beinhalten einen kleinen Therapieplan sowie die vorgesehenen Kontrolluntersuchungen. Begleitmedikamente, sowohl jene, die in der Praxis während der Therapie verabreicht werden, als auch die, die der Patient immer zu Hause haben sollte, sind ebenfalls vermerkt. Wenn die Therapie umgestellt wird oder sich etwas ändert, dann nimmt die Praxis eine Aktualisierung der EV vor. Das Dokument muss dabei nicht jedes Mal komplett neu erstellt werden. Es gibt ein kleines Feld, in das man Vermerke wie z. B. „Therapieplan geändert“ oder „Umstellung“ eintragen kann. Der Patient unterschreibt das angepasste Dokument erneut. Das Datum wird ebenfalls vermerkt.

Auf der Internetseite [www.cancerdrugs.ch](http://www.cancerdrugs.ch) (jetzt „Care Integrator“, siehe Anmerkung auf Seite 18) gibt es gut aufbereitete Informationen zu oralen Tumormedikamenten (zur Aufbewahrung, Dosierung, Einnahmевorschriften, Medikament vergessen oder zu viel eingenommen, Nebenwirkungen etc.). Die Internetseite wird immer zeitnah aktualisiert und ist ansprechend gestaltet. Die Praxis hat sich mehrere Vorlagen erstellt, um den Patienten je nach Medikation individuelle Einverständniserklärungen zu geben bzw. den Patienten die Informationen als übersichtliche Merkblätter individuell mitzugeben. Solche Übersichten sind bei der Apotheke auch für intravenöse Chemotherapien erhältlich.

- ◆ Praxis 4: Kombination aus Standardaufklärungsbogen (z. B. Perimed), der allgemeine Informationen zur ablaufenden Chemotherapie und zu Nebenwirkungsmanagementfragen beinhaltet, mit einem zusätzlichen Blatt. Auf diesem sind die speziellen Nebenwirkungen, die Begleitmedikation sowie die Information, dass sich der Patient melden muss, sobald davon etwas auftritt, vermerkt. Beide Dokumente werden von Arzt und Patient unterschrieben. Vorteil: Bei Therapiewechsel innerhalb der Praxis wird nur das Beiblatt erneut unterschrieben.
- ◆ Praxis 5: Bei einem eher allgemein gehaltenen Einverständnisdokument: In der elektronischen Patientenakte dokumentiert der Arzt ausführlich die Aufklärungsdetails: Welche Punkte besprochen wurden, Nebenwir-

kungen, Fragen des Patienten etc. Für eine schnellere Dokumentation sind verschiedene Textbausteine, die individuell ausgewählt und kombiniert werden können, um das Gespräch abzubilden, hinterlegt. Mit seiner Unterschrift auf der EV stimmt der Patient auch der Gabe weiterer Medikamente bzw. Maßnahmen zu, um Nebenwirkungen oder Komplikationen gering zu halten bzw. diese zu beheben.

Zusätzlich erhalten Therapiepatienten eine Praxisbroschüre, in der die Strukturen und Abläufe der Praxis sowie die vorhandenen Angebote dargestellt sind. Des Weiteren sind die Kontaktdaten und Notfallnummern der Praxis sowie Nebenwirkungen der Therapie und entsprechende Gegenmaßnahmen angegeben. Der Arzt bespricht die einzelnen Punkte mit dem Patienten und markiert Wichtiges.

- ◆ Praxis 6: Der Patient erhält eine Kopie der EV. Den Erhalt der Kopie bestätigt er mit Datum und Unterschrift in einem separaten Feld auf der EV.

## 5 Qualitätsindikator „Aufklärung über Osteopenie/Osteoporose-Gefahr“

### 5.1 Definition

Anforderung:	Die Patienten sollen zu Behandlungsbeginn (oder innerhalb von 4 Wochen danach) über die Gefahr einer Osteopenie/Osteoporose informiert werden. Dokumentation in der Patientenakte.
Gültig für:	Alle Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose, die aktuell in der Praxis eine (anti-)hormonelle Therapie oder eine zytoreduktive bzw. wachstumshemmende Krebstherapie erhalten.
Gilt nicht für:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Prämenopausale Patientinnen mit Mammakarzinom</li><li>◆ Osteoporose bereits bekannt</li><li>◆ Patienten in terminaler Phase der Erkrankung</li></ul>

### 5.2 Anregungen aus den Praxen

Im Folgenden sind verschiedene Vorgehensweisen und Abläufe aus WINHO-Praxen dargestellt, die besonders gute Ergebnisse im Bereich des Indikators „Aufklärung über Osteopenie/Osteoporose-Gefahr“ erzielten. Die Angaben stammen aus semistrukturierten Telefoninterviews, in denen diese Praxen ihre individuellen Vorgehensweisen beschrieben haben.

- ◆ Praxis 1<sup>5</sup>: Beim Besprechen der Therapie mit dem Patienten klärt der Arzt die Patienten über Osteopenie/Osteoporose auf. Das wird am Anfang einer Therapie immer thematisiert. Es erfolgt ein Vermerk darüber in der Patientenakte, ggf. mit Hilfe von Textbausteinen, die man auswählen kann.

<sup>5</sup> Die Nummerierung stellt eine Anonymisierung dar und ist willkürlich. Sie erlaubt keinen Rückschluss auf die Leistung der jeweiligen Praxis und es besteht kein Bezug zur Nummerierung der Praxen in den anderen Kapiteln.

- ◆ Praxis 2: Der Arzt macht die Osteoporose-Aufklärung immer mit und diktiert. Es gibt eine Schreibkraft, die anschließend alles notiert. Alternativ: Verwendung einer Spracherkennungssoftware, wie bspw. „Dragon“, um Eintragungen in der Patientenakte vorzunehmen. Vorteil: Der Text erscheint somit direkt in der elektronischen Akte.
- ◆ Praxis 3: Bei Therapie mit Bisphosphonaten: Zusätzliche Bögen, die die Patienten im Rahmen einer zahnärztlichen Untersuchung ausfüllen lassen müssen.
- ◆ Praxis 4: Der Punkt kann bei den Nebenwirkungen im Einverständnisdokument mit aufgeführt werden. Es können hierfür bspw. Textbausteine oder Vorlagen verwendet werden.
- ◆ Praxis 5: Vermerk in der Akte über: Überweisung zur Osteodensitometrie, Messung des Vitamin-D-Spiegels sowie Hinweise über Möglichkeiten zur Prophylaxe.
- ◆ Praxis 6: Die Internetseite [www.cancerdrugs.ch](http://www.cancerdrugs.ch)<sup>\*3</sup>: Bei den einzelnen Medikamenten ist unter den Nebenwirkungen Osteopenie bzw. Osteoporose genau beschrieben. Außerdem sind Tipps vorhanden, was man dagegen tun kann, auch nichtmedikamentös, ernährungstechnisch und unterstützend. Des Weiteren wird der Hinweis gegeben, dass eine Knochendichtemessung ggf. sinnvoll sein kann. Die Praxis nutzt die Seite, um Informationen und Merkblätter für die Patienten zusammenzustellen.

\*3 Anmerkung: Die Seite [www.cancerdrugs.ch](http://www.cancerdrugs.ch) wurde in die Lösung Care Integrator überführt. Die Inhalte von cancerdrugs können entsprechend weiterhin genutzt werden.

## 6 Qualitätsindikator „Therapieplan“

### 6.1 Definition

Anforderung:	<p>Zu Therapiebeginn sollen die folgenden Angaben in einem Therapieplan dokumentiert sein:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Art des Therapieprotokolls: Medikation, Dosis, wenn <u>parenteral</u>: Anzahl und Zeitintervalle der Zyklen sowie Infusionsdauer</li><li>2. Begleitmedikation (z. B. Anorexie, Nausea, Emesis)</li><li>3. Bei parenteraler Chemotherapie: Berechnung der Körperoberfläche</li></ol> <p>Der Therapieplan muss bei Verordnung sowie bei jeder Änderung der Verordnung durch den behandelnden Arzt und bei Applikation durch die Krankenpflege unterzeichnet werden.</p>
Gültig für:	<p>Alle Patienten mit invasivem Malignom oder maligner Hämoblastose, die aktuell in der Praxis eine medikamentöse (spezifisch zytoreduktive bzw. wachstumshemmende) Krebstherapie erhalten.</p>

### 6.2 Anregungen aus den Praxen

Im Folgenden sind verschiedene Vorgehensweisen und Abläufe aus WINHO-Praxen dargestellt, die besonders gute Ergebnisse im Bereich des Indikators „Therapieplan“ erzielten. Die Angaben stammen aus semistrukturierten Telefoninterviews, in denen diese Praxen ihre individuellen Vorgehensweisen beschrieben haben.

- ◆ Praxis 1<sup>6</sup>: Erstellung der Pläne mittels Praxisinformationssystem (z. B. J-Med). All-in-one-Lösung, Praxissystem mit Therapieplaner. Vorteil: Keine

<sup>6</sup> Die Nummerierung stellt eine Anonymisierung dar und ist willkürlich. Sie erlaubt keinen Rückschluss auf die Leistung der jeweiligen Praxis und es besteht kein Bezug zur Nummerierung der Praxen in den anderen Kapiteln.

Schnittstellen, welche häufig zu Problemen führen. Unkompliziertes und schnelles Erstellen der Therapiepläne. Die gängigen Therapieschemata sind in aktueller Form im System hinterlegt und können individuell angepasst oder auch als eigene Vorlagen erstellt und gespeichert werden. Das Programm fragt nach der Anzahl der Zyklen und Zeitintervalle sowie der Infusionsdauer bzw. diese sind schon im System hinterlegt. Ebenso stehen Begleitmedikation, Bedarfsmedikation (kann man ggf. auf 0 setzen) sowie die Körperoberfläche (KOF; über die Eingabe von Größe und Gewicht) automatisch im Plan enthalten. Der Planer zeigt direkt an, wann der nächste Termin sein soll.

Wenn der Patient in die Praxis kommt, muss dieser sich stets auf die Waage stellen und das Gewicht wird im System eingetragen. Die KOF wird mittels im System hinterlegten Formeln automatisch berechnet und es erscheint eine Meldung, wenn z. B. die Dosis angepasst werden muss oder bei Toxizität. Die Anpassung kann ebenfalls per Knopfdruck mittels der hinterlegten Formeln erfolgen. Neue Daten werden im System übernommen und in den Therapieprotokollen geändert. Je nach Praxisablauf werden die Informationen ggf. vorher dem Arzt zur evtl. Neuplanung des Therapieplanes vorgelegt.

Den Therapieschwestern liegt der Plan vor. Sie haken alles ab und tragen die Uhrzeit ein. Anschließend wird dieser eingescannt und im Original abgehftet. Vorteil: Kontrollfunktion. Man sieht anhand der handschriftlichen Vermerke auf dem Plan, ob es Probleme oder Nebenwirkungen gab oder wie lange das Schema gedauert hat.

#### Ersteller:

Je nach Praxis der Arzt oder z. B. die Infusionskraft auf Basis der Einverständniserklärungen.

#### Therapieform:

Die Pläne werden nach demselben Muster mit dem Programm sowohl für parenterale als auch für orale Tumortherapie erstellt. Die Applikationsform ist jeweils in der Tabelle ersichtlich.

- ◆ Praxis 2: Selbsterstelltes Excel-basiertes Vorgehen. Die Informationen werden in Untergruppen in untereinander verknüpften Excel-Tabellen

gespeichert, z. B. Informationen aus der Anamnese, den Therapien (Medikamente und Begleitmedikamente), Größe, Gewicht etc. Mittels Formeln werden die Informationen automatisch in den Therapieplan kopiert. Daraus erstellt der Arzt die Pläne. Diese stellen Handanweisungen für die Mitarbeiter dar. Wenn sich etwas ändert, z. B. das Gewicht, erfolgt eine kurze Nachricht an den Arzt, um den Plan ggf. anzupassen. Vorteil: Der Arzt ist immer über alles informiert. Für die orale Tumorthherapie werden die Pläne nach demselben Schema erstellt.

- ◆ Praxis 3: Word-Dokument-Vorlagen, die individuell angepasst werden können. Der Arzt erstellt den Plan und signiert ihn. Auf einen Plan passen 6 Zyklen. Die Therapieschwester zeichnen darauf jede Applikation ab und tragen Besonderheiten ein. Zusätzlich gibt es eine Buchführung in der elektronischen Akte, dort wird Bezug auf den Therapieplan genommen. Für die orale Tumorthherapie werden die Pläne nach demselben Schema erstellt.
- ◆ Praxis 4: Die Verwendung von fortlaufenden Protokollen (Tabelle, die z. B. über 7 Therapiesitzungen geht). Vorteil: Extra Kontrollmechanismus. Man sieht, was der Patient das letzte Mal bekommen hat, ob die Bestellung mit dem letzten Mal übereinstimmt oder warum es ggf. eine Änderung gibt.
- ◆ Praxis 5: Zusätzlicher Eintrag in der Akte, was der Patient erhalten hat und wie lange er in der Praxis war.
- ◆ Praxis 6: Die Therapiepläne werden handschriftlich von den Mitarbeitern auf Basis der Einverständniserklärung erstellt. Der Arzt kontrolliert den Plan anschließend und unterschreibt ihn.



Wissenschaftliches Institut  
der Niedergelassenen Hämatologen  
und Onkologen GmbH

Wissenschaftliches Institut  
der Niedergelassenen Hämatologen  
und Onkologen - WINHO - GmbH

Geschäftsführer: Dr. Walter Baumann  
Projektleitung: Dipl. Psych. Astrid Klein

Vor den Siebenburgen 2 | 50676 Köln

Tel.: +49 (0) 221 - 933 19 19 0  
Fax: +49 (0) 221 - 933 19 19 20  
E-Mail: [info@winho.de](mailto:info@winho.de)

[www.winho.de](http://www.winho.de)

# H Wilcoxon-Test

## Deskriptive Statistiken

	H	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Diff_GB4	31	,6129	37,91443	-85,45	92,59
Diff_GB4_16	31	-1,1948	37,43151	-84,64	92,73
Diff_GB5	13	-7,8946	24,57592	-50,00	30,00
Diff_TP4	31	,6255	10,76757	-20,45	36,96
Diff_TP6	31	-8,1034	43,13980	-81,08	97,50
Diff_TP9	31	-1,7757	43,52768	-100,00	100,00
Diff_TP14o	9	3,5510	26,85177	-33,33	42,86
Diff_TP14p	31	-11,6034	29,20864	-78,18	53,78
Diff_TP14g	31	-9,5957	26,18285	-69,67	50,00

## Kolmogorov-Smirnov-Test

	Diff_GB4	Diff_GB4_16	Diff_GB5	Diff_TP4	Diff_TP6	Diff_TP9	Diff_TP14o	Diff_TP14p	Diff_TP14g	
H	31	31	13	31	31	31	9	31	31	
Parameter der Normalverteilung <sup>a,b</sup>	Mittelwert	,6129	-1,1948	-7,8946	,6255	-8,1034	-1,7757	3,5510	-11,6034	-9,5957
	Standardabweichung	37,91443	37,43151	24,57592	10,76757	43,13980	43,52768	26,85177	29,20864	26,18285
Extremste Differenzen	Absolut	,143	,141	,142	,297	,232	,179	,158	,291	,280
	Positiv	,131	,141	,126	,297	,232	,135	,158	,231	,163
	Negativ	-,143	-,106	-,142	-,223	-,136	-,179	-,158	-,291	-,280
Teststatistik	,143	,141	,142	,297	,232	,179	,158	,291	,280	
Asymp. Sig. (2-seitig)	,104 <sup>c</sup>	,119 <sup>c</sup>	,200 <sup>c,d</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,013 <sup>c</sup>	,200 <sup>c,d</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	

a. Die Testverteilung ist normal.

b. Aus Daten berechnet.

c. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.

d. Dies ist eine Untergrenze der tatsächlichen Signifikanz.

## Test für Stichproben mit paarigen Werten

		Paarige Differenzen					t	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler Mittelwert	Differenz				
					Unterer	Oberer			
Paar 1	2015 KAGB4 - 2016 QI KAGB4	,6129	37,9144	6,8096	-13,2942	14,5200	,090	30	,929
Paar 2	2015 KAGB4 - 2016 KAGB4: In Praxis seit 2016	-1,1948	37,4315	6,7229	-14,9248	12,5352	-,178	30	,860
Paar 3	2015 KAGB5 - 2016 KAGB5	-7,8946	24,5759	6,8161	-22,7457	6,9565	-1,158	12	,269
Paar 4	2015 KATP4 - 2016 KATP4	,6255	10,7676	1,9339	-3,3241	4,5751	,323	30	,749
Paar 5	2015 KATP6 - 2016 KATP6	-8,1034	43,1398	7,7481	-23,9273	7,7204	-1,046	30	,304
Paar 6	2015 KATP9 - 2016 KATP9	-1,7757	43,5277	7,8178	-17,7417	14,1904	-,227	30	,822
Paar 7	2015 KATP14_oral - 2016 KATP14_oral	3,5510	26,8518	8,9506	-17,0891	24,1911	,397	8	,702
Paar 8	2015 KATP14_parentral - 2016 KATP14_parentral	-11,6034	29,2086	5,2460	-22,3172	-,8896	-2,212	30	,035
Paar 9	2015 KATP14 Therapieplan - 2016 QI KATP14 Therapieplan	-9,5957	26,1828	4,7026	-19,1997	,0082	-2,041	30	,050

## Teststatistiken<sup>a</sup>

	2016 QI KAGB4 Erfassung des psychosozialen Status - 2015 QI KAGB4 Erfassung des psychosozialen Status	2016 QI KAGB4 Erfassung des psychosozialen Status: In Praxis seit 2016 - 2015 QI KAGB4 Erfassung des psychosozialen Status	2016 QI KAGB5 Umgang mit psychosozialen Problemen - 2015 QI KAGB5 Umgang mit psychosozialen Problemen	2016 QI KATP4 Ergebnisse angeordneter Untersuchungen - 2015 QI KATP4 Ergebnisse angeordneter Untersuchungen	2016 QI KATP6 Einverständnis erklärung - 2015 QI KATP6 Einverständnis erklärung	2016 QI KATP9 Aufklärung über Osteopenie-/Osteoporosegefahr - 2015 QI KATP9 Aufklärung über Osteopenie-/Osteoporosegefahr	2016 QI KATP14_oral Therapieplan orale Therapie	2016 QI KATP14_parentral Therapieplan: parenterale Therapie - 2015 QI KATP14_parentral Therapieplan: parenterale Therapie	2016 QI KATP14 Therapieplan
U	-,082 <sup>b</sup>	-,442 <sup>c</sup>	-1,084 <sup>c</sup>	-,118 <sup>c</sup>	-1,412 <sup>c</sup>	-,025 <sup>b</sup>	-,420 <sup>b</sup>	-2,501 <sup>c</sup>	-1,913 <sup>c</sup>
Asymp. Sig. (2-seitig)	,934	,658	,279	,906	,158	,980	,674	,012	,056

a. Wilcoxon-Test

b. Basierend auf positiven Rängen.

c. Basierend auf negativen Rängen.

# I Mann-Whitney- und Kolmogorow-Smirnow Test

Deskriptive Statistiken

	H	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
QI KAGB4 Erfassung des psychosozialen Status	43	34,320	33,6035	0,0	100,0
QI KAGB5 Umgang mit psychosozialen Problemen	29	79,056	22,3761	10,0	100,0
QI KATP4 Ergebnisse angeordneter Untersuchungen	43	93,768	10,2987	62,7	100,0
QI KATP6 Einverständniserklärung	43	40,123	42,2701	0,0	100,0
QI KATP9 Aufklärung über Osteopenie-/Osteoporosegefahr	43	26,806	36,6105	0,0	100,0
QI KATP14_oral Therapieplan orale Therapie	19	46,692	35,7267	0,0	100,0
QI KATP14_parenteral Therapieplan: parenterale Therapie	43	54,532	42,0924	0,0	100,0
QI KATP14 Therapieplan	43	54,076	37,4880	0,0	100,0
Gruppe	43	1,7209	,45385	1,00	2,00

Ränge

Gruppe		H	Mittlerer Rang	Summe der Ränge
QI KAGB4 Erfassung des psychosozialen Status	"Drop-out"	12	23,88	286,50
	"Weitermacher"	31	21,27	659,50
	Gesamtsumme	43		
QI KAGB5 Umgang mit psychosozialen Problemen	"Drop-out"	12	18,96	227,50
	"Weitermacher"	17	12,21	207,50
	Gesamtsumme	29		
QI KATP4 Ergebnisse angeordneter Untersuchungen	"Drop-out"	12	15,08	181,00
	"Weitermacher"	31	24,68	765,00
	Gesamtsumme	43		
QI KATP6 Einverständniserklärung	"Drop-out"	12	20,67	248,00
	"Weitermacher"	31	22,52	698,00
	Gesamtsumme	43		
QI KATP9 Aufklärung über Osteopenie-/Osteoporosegefahr	"Drop-out"	12	17,63	211,50
	"Weitermacher"	31	23,69	734,50
	Gesamtsumme	43		
QI KATP14_oral Therapieplan orale Therapie	"Drop-out"	5	6,80	34,00
	"Weitermacher"	14	11,14	156,00
	Gesamtsumme	19		
QI KATP14_parenteral Therapieplan: parenterale Therapie	"Drop-out"	12	20,75	249,00
	"Weitermacher"	31	22,48	697,00
	Gesamtsumme	43		
QI KATP14 Therapieplan	"Drop-out"	12	19,29	231,50
	"Weitermacher"	31	23,05	714,50
	Gesamtsumme	43		

Teststatistiken<sup>a</sup>

	QI KAGB4 Erfassung des psychosozialen Status	QI KAGB5 Umgang mit psychosozialen Problemen	QI KATP4 Ergebnisse angeordneter Untersuchungen	QI KATP6 Einverständniserklärung	QI KATP9 Aufklärung über Osteopenie-/Osteoporosegefahr	QI KATP14_oral Therapieplan orale Therapie	QI KATP14_parenteral Therapieplan: parenterale Therapie	QI KATP14 Therapieplan
Mann-Whitney-U-Test	163,500	54,500	103,000	170,000	133,500	19,000	171,000	153,500
Wilcoxon-W	659,500	207,500	181,000	248,000	211,500	34,000	249,000	231,500
U	-,610	-,2119	-,2370	-,448	-,1470	-,1496	-,409	-,880
Asymp. Sig. (2-seitig)	,542	,034	,018	,654	,142	,135	,683	,379
Exakte Sig. [2*(1-seitige Sig.)]	,547 <sup>b</sup>	,034 <sup>b</sup>	,024 <sup>b</sup>	,679 <sup>b</sup>	,157 <sup>b</sup>	,156 <sup>b</sup>	,698 <sup>b</sup>	,384 <sup>b</sup>

a. Gruppierungsvariable: Gruppe

b. Nicht für Bindungen korrigiert.

# J Ergebnisse der ersten Befragung - Ärzte

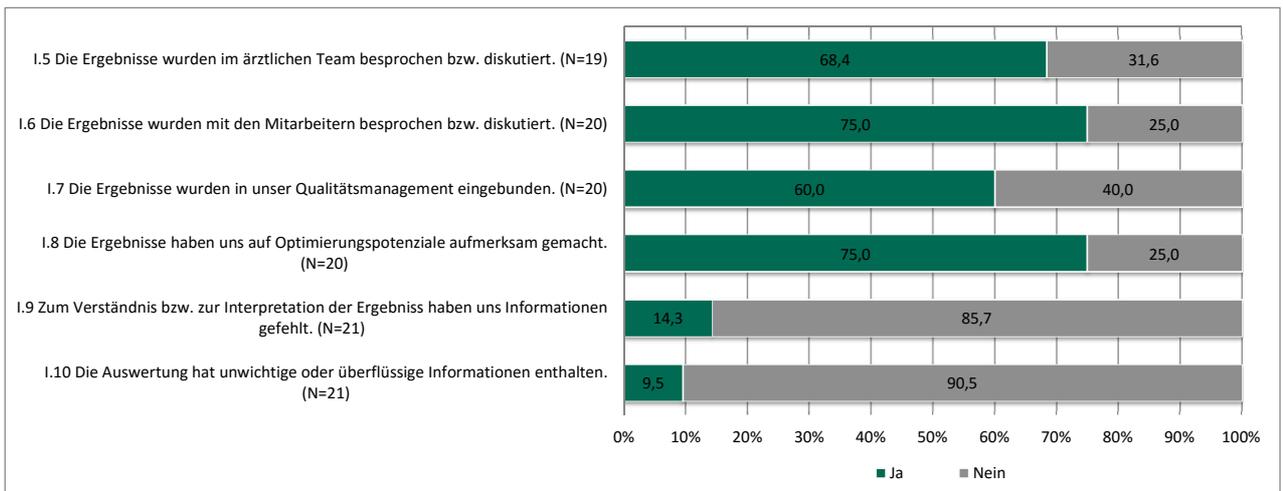
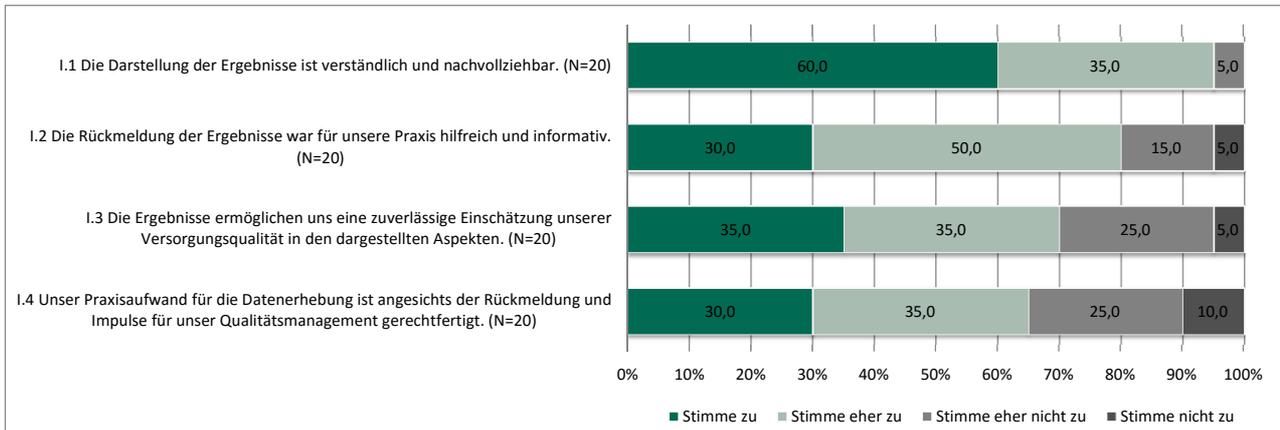


Wissenschaftliches Institut  
der Niedergelassenen Hämatologen  
und Onkologen GmbH

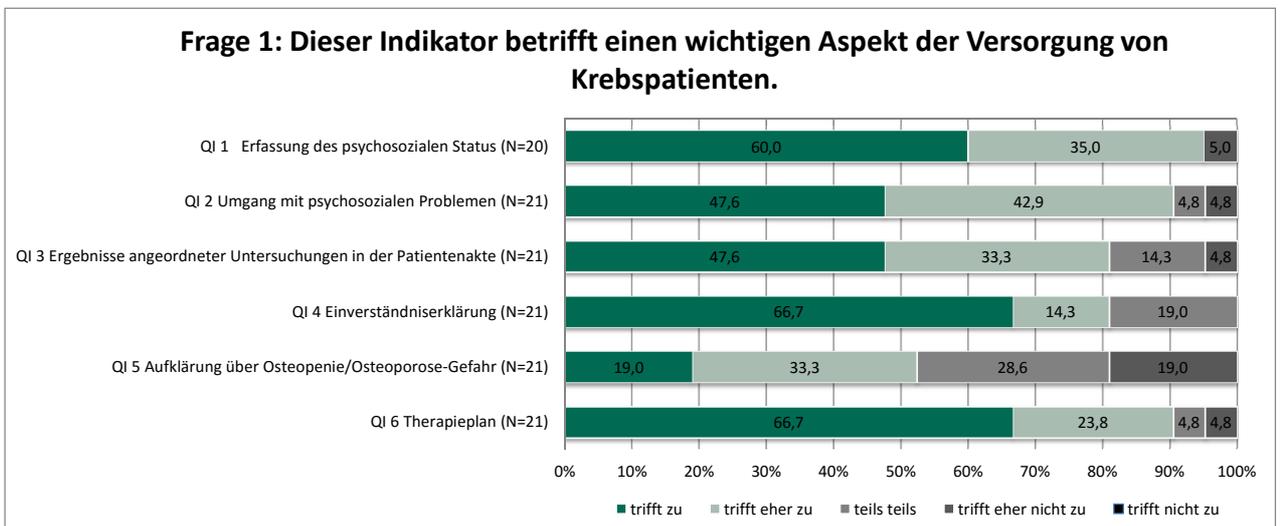
## "Feedbackstrategien bei Qualitätsindikatoren" Auswertung der Befragung

### Befragung der teilnehmenden Hämatologen und Onkologen

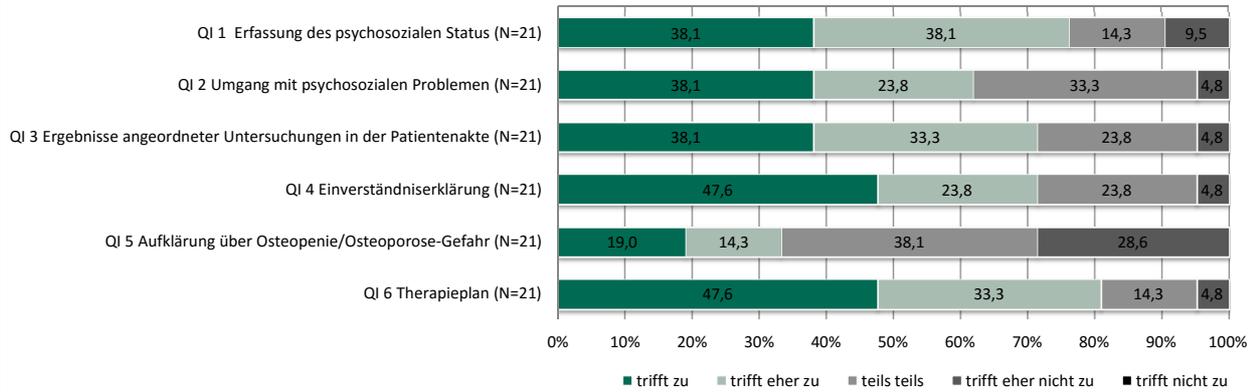
#### Teil 1: Allgemeine Fragen zum Ergebnisbericht



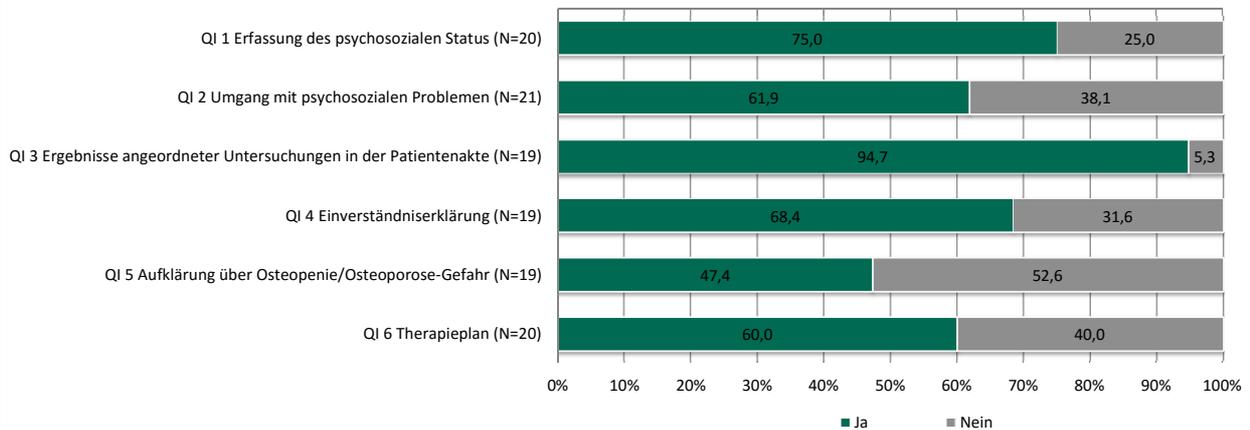
#### Teil 2: Fragen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren



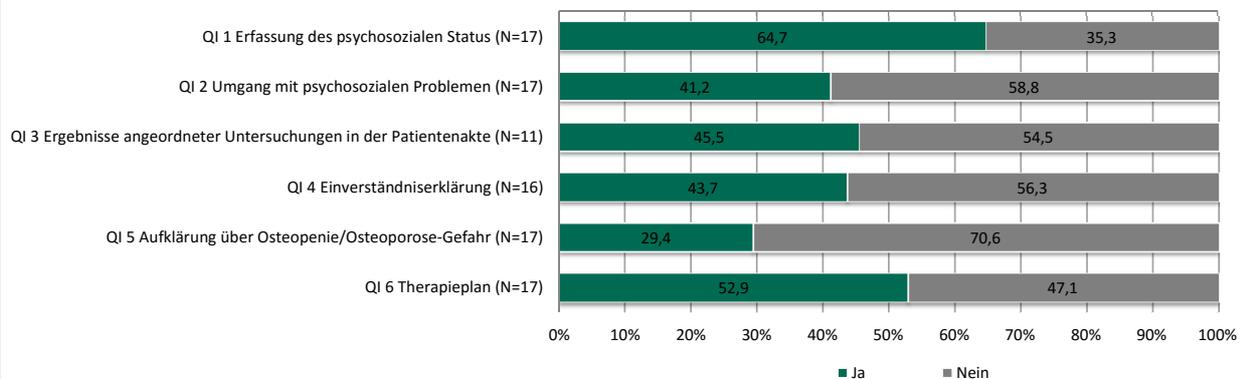
**Frage 2: Anhand der Ausprägung dieses Indikators lässt sich auf einen Aspekt der Versorgungsqualität von Krebspatienten seitens der Hämatologen und Onkologen schließen.**



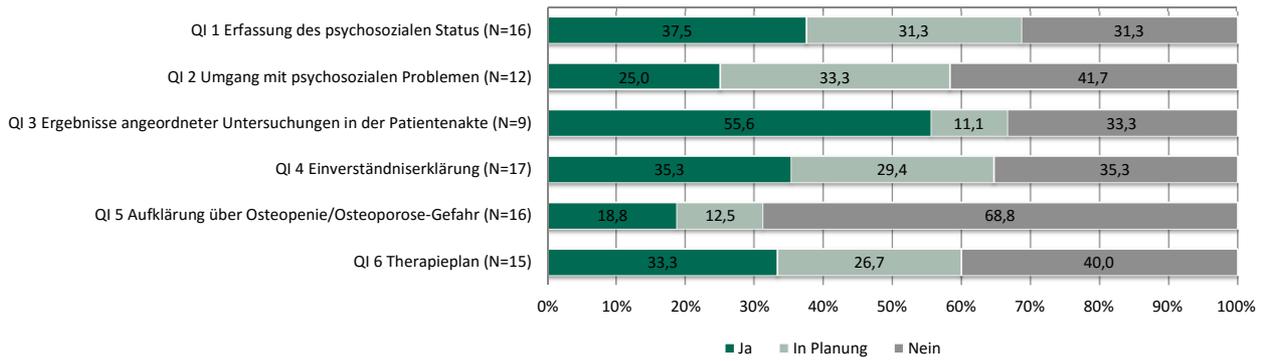
**Frage 3: Das Ergebnis dieses Indikators ist für unsere Praxis zutreffend.**



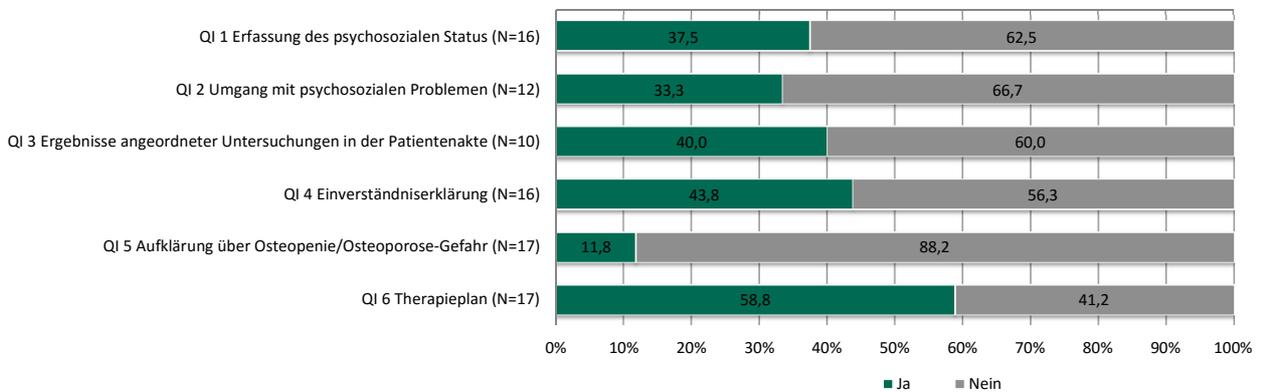
**Frage 4: Das Ergebnis dieses Indikators hat uns dazu veranlasst, unsere Prozesse und Abläufe zu überprüfen.**



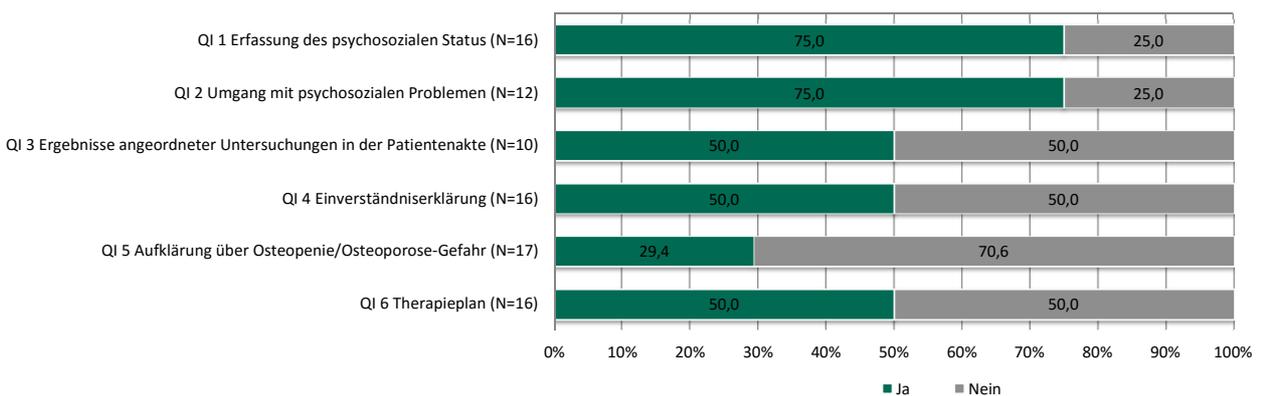
### Frage 5: Haben Sie Optimierungsstrategien entwickelt?



### Frage 6: Hatten Sie bereits unabhängig von dieser Erhebung in Erwägung gezogen, Veränderungen in diesem Bereich vorzunehmen?



### Frage 7: Um in diesem Bereich Prozessoptimierungen für unsere Praxis zu entwickeln, würden wir gerne Anregungen aus anderen Praxen aufgreifen.

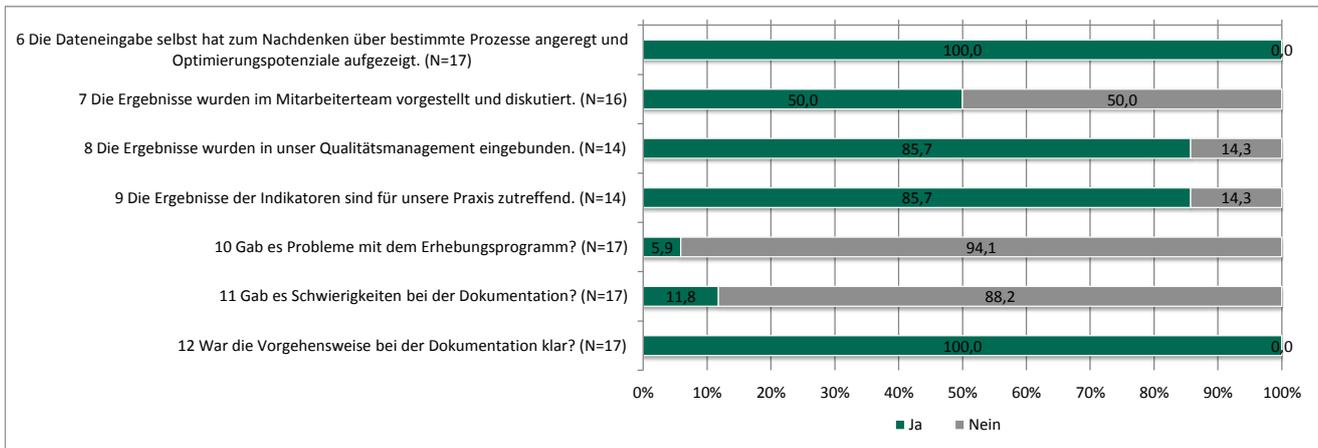
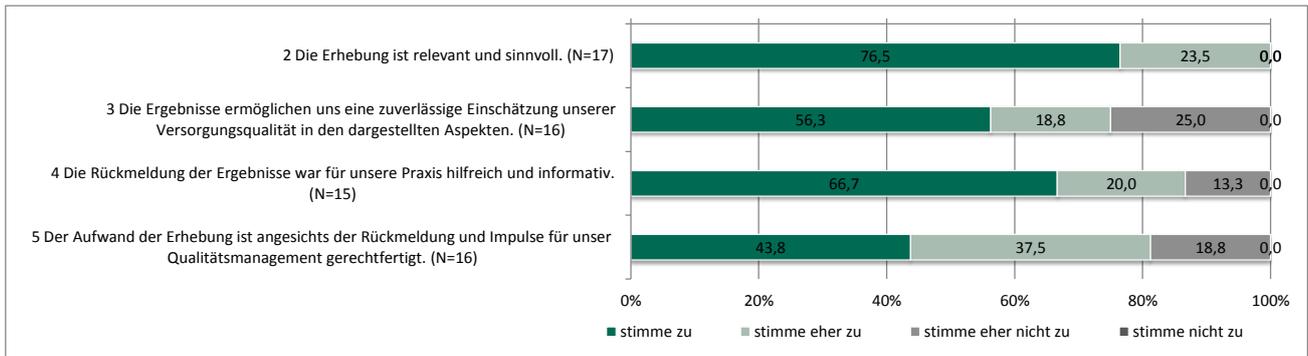
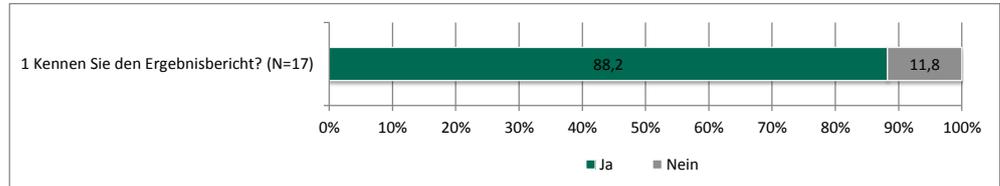


# K Ergebnisse der ersten Befragung - Mitarbeiter



Wissenschaftliches Institut  
der Niedergelassenen Hämatologen  
und Onkologen GmbH

## Befragung der Mitarbeiter, die dokumentiert haben



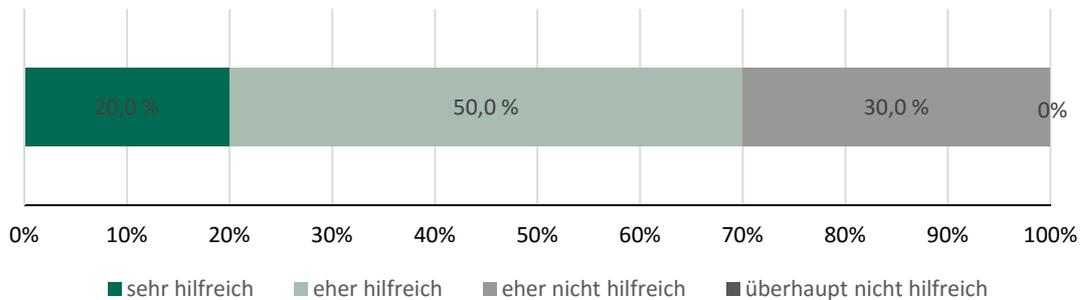
### 13 Wie viel Zeit hat die Dokumentation insgesamt beansprucht (in Stunden)?

Mittelwert	13,58
Standardabweichung	15,69

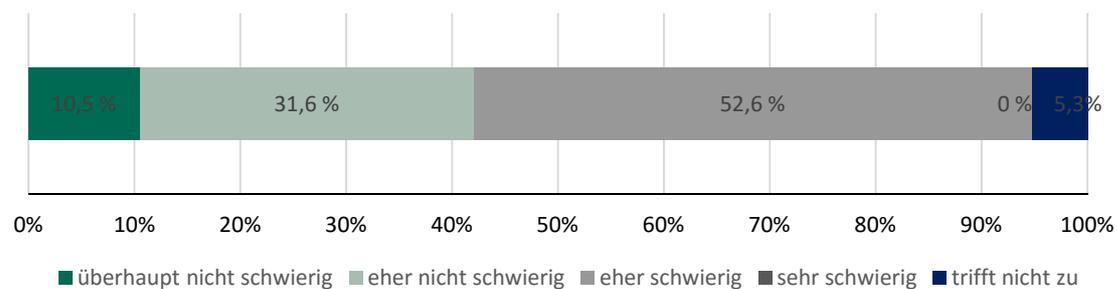
## L Ergebnisse der zweiten Befragung

### Ergebnisse der Befragung zum Nutzen der Praxisbeispiele

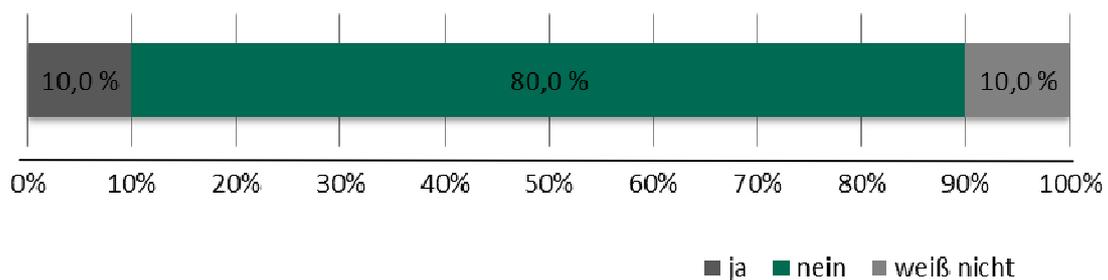
Frage 1: Wie hilfreich waren die zur Verfügung gestellten Praxisbeispiele für Ihre eigene Praxis bei der Planung von Prozessoptimierungen? (N=20)



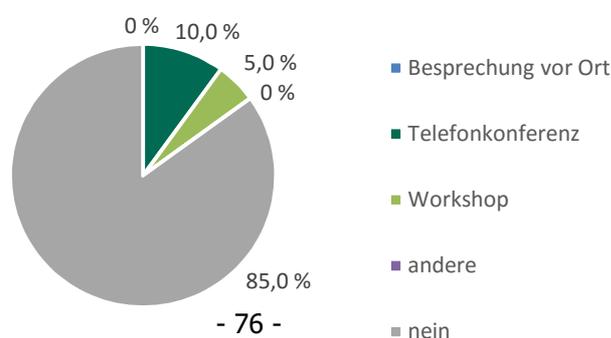
Frage 2: Wie schwierig war es für Ihre Praxis, die erhaltenen Praxisbeispiele auf die eigenen Praxisabläufe zu adaptieren? (N=19)



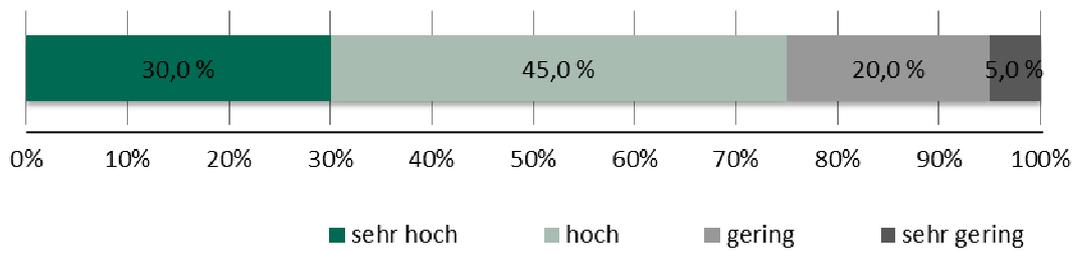
Frage 3: Haben Ihnen zur (einfacheren) Adaptierung der Praxisbeispiele weitere Hinweise oder Informationen zu den einzelnen Abläufen der anderen Praxen gefehlt? (N=20)



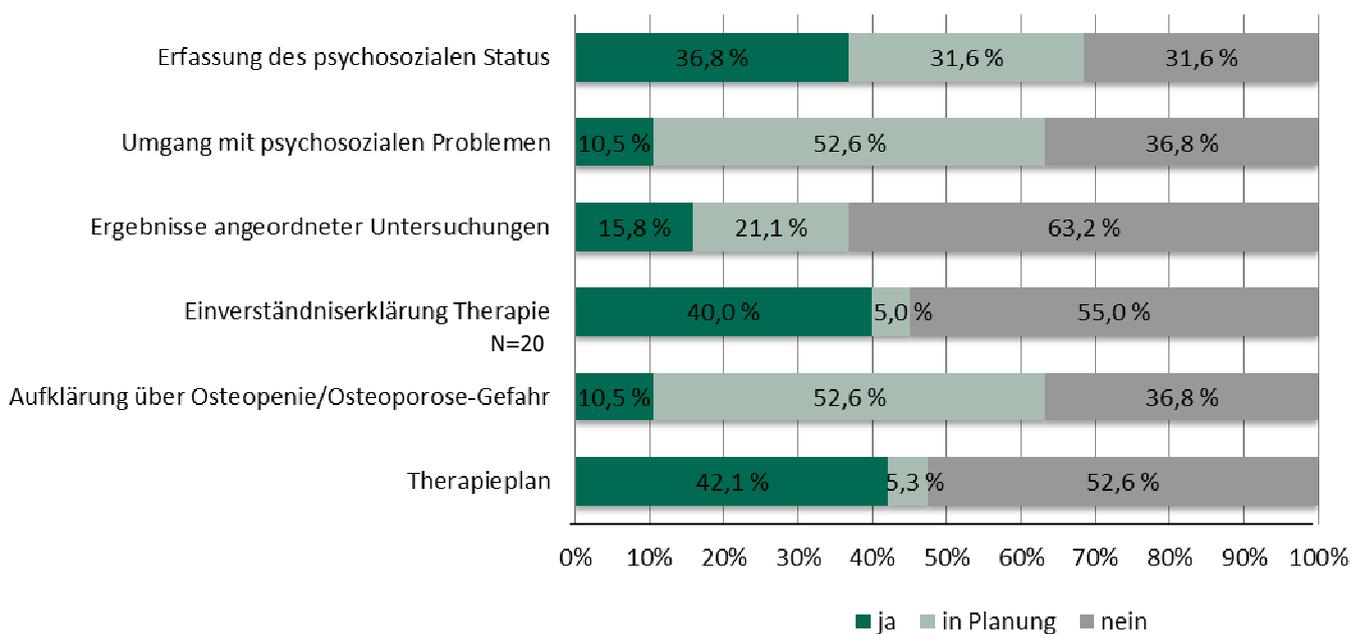
Frage 4: Hätten Sie sich andere Formen der Hilfestellung bzw. der Anregung zur Planung und Umsetzung von Veränderungsprozessen gewünscht? (N=20)



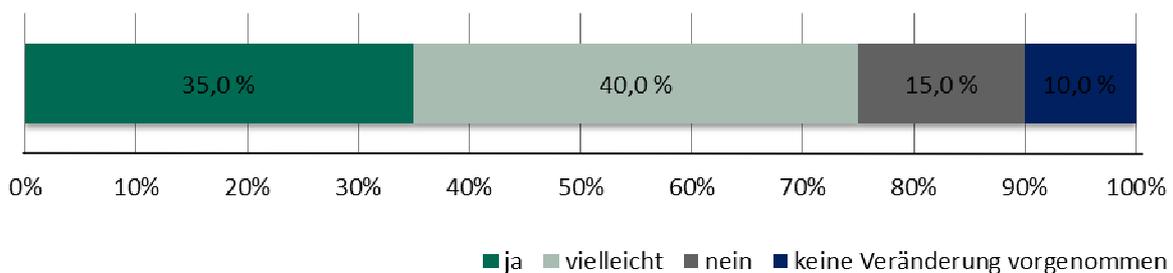
Frage 5: Wie hoch schätzen Sie allgemein den Nutzen solcher Praxisbeispiele ein? (N=20)



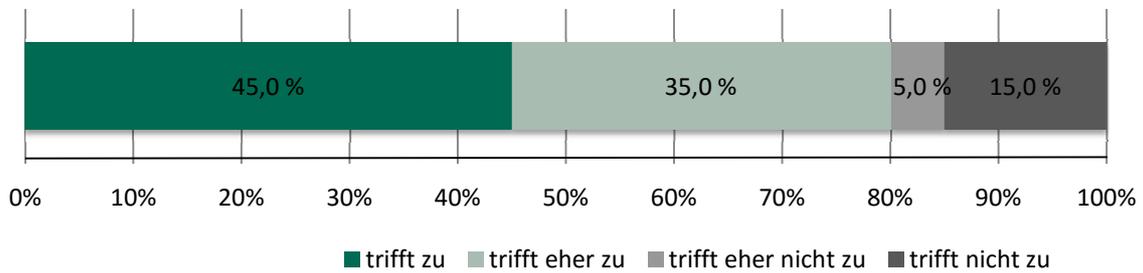
Frage 6: Wurden im Bereich des folgenden Indikators Anregungen aus den Praxisbeispielen für Ihre eigenen Praxisabläufe aufgegriffen? (N=19)



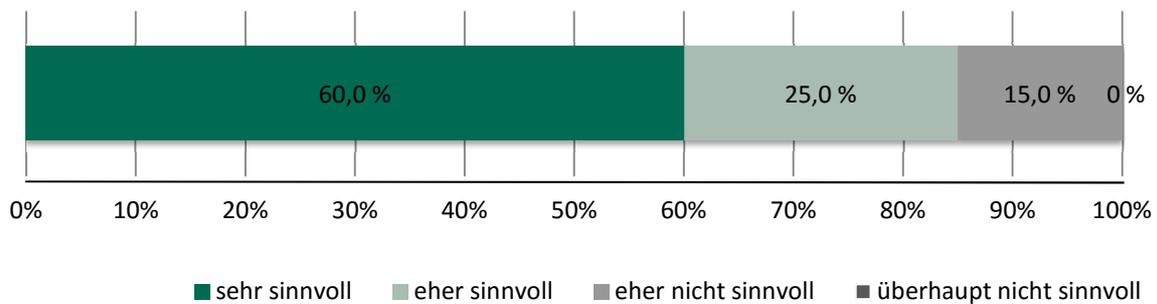
Frage 7: Sind weitere interne Überprüfungen vorgesehen, ob die eingeleiteten Maßnahmen zur Prozessoptimierung zu einer Verbesserung geführt haben? (N=20)



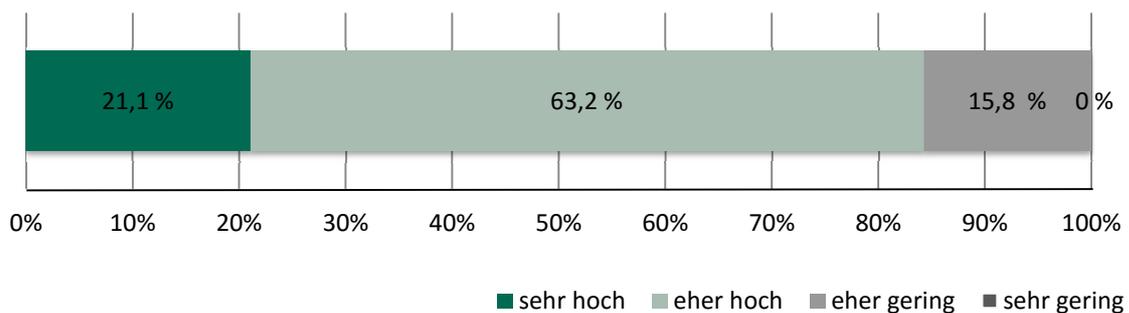
Frage 8: Zur Überprüfung der Maßnahmen würden wir uns – nach einem angemessenen zeitlichen Abstand – gerne an einer weiteren WINHO QI-Erhebung zu diesem Bereich beteiligen. (N=20)



Frage 9: Wie sinnvoll erachten Sie das Konzept der Qualitätsindikatoren als ein Instrument zur Bewertung der Versorgungsqualität? (N=20)



Frage 10: Wie hoch schätzen Sie die Validität der erhobenen QI-Daten ein? (N=19)



Frage 11: Würde sich Ihre Praxis an weiteren QI-Erhebungen beteiligen? (N=20)

