

# **Anlage Qualitätssicherung**

V 3.1 - Stand 03.07.2008

## **QUALITÄTSSICHERUNG KORONARE HERZKRANKHEIT (KHK) und MODUL HERZINSUFFIZIENZ Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 6 der RSAV**

### **Teil 1**

Bestandteil des arztbezogenen Feedbacks sowie der die Vertragsregion betreffenden gemeinsamen und kassenunabhängigen Qualitätsberichterstattung

### **Teil 2**

Bestandteil der durch die Krankenkasse durchzuführenden versichertenbezogenen Maßnahmen sowie der diesbezüglichen regelmäßigen Qualitätsberichterstattung

Anm.:

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen „(AD)“ auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 6. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt.

## Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
<b>1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien</b>				
I. Hoher Anteil von Hypertonikern mit normotensiven Blutdruckwerten	<p>Anteil normotoner Patienten (Blutdruckwerte &lt; 140mmHg syst. und &lt; 90mmHg diast.) unter den Patienten mit bekannter oder neu aufgetretener arterieller Hypertonie</p> <p><u>Zielwert:</u> ≥ 50%</p> <p><i>optional zusätzlich:</i> Anteil normotoner Patienten (Blutdruckwerte ≤ 140mmHg syst. und ≤ 90mmHg diast.) unter den Patienten mit bekannter arterieller Hypertonie mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer</p> <p><u>Zielwert:</u> ≥ 50%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Feld 15 (AD) (Blutdruck) &lt; 140/90mmHg</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patienten mit einer Angabe „Arterielle Hypertonie“ in Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen)</p> <p><i>Wie oben, jedoch Darstellung jeweils aller Dokumentationen gleicher Teilnahmedauer vergleichend nach Teilnahmedauer im zeitlichen Verlauf des DMP.</i></p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	<p>LE: Information über das Feedback</p> <p><i>LE: Information durch das Feedback</i></p>
II. Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten	Anteil der rauchenden Patienten an allen eingeschriebenen Patienten	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Patienten</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
<b>2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie</b>				
III. Hoher Anteil von Patienten, die Thrombozytenaggregationshemmer zur Sekundärprävention erhalten	<p>Anteil der Patienten, die einen Thrombozytenaggregationshemmer zur Sekundärprävention erhalten,</p> <p><u>Zielwert:</u> 80% unter den Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 6 (ISD) (Thrombozytenaggregationshemmer) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patienten und nicht mit Feld 6 (ISD) = Kontraindikation</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
IV. Hoher Anteil von Patienten, die Betablocker erhalten	<p>Anteil der Patienten, die einen Betablocker erhalten.</p> <p><u>Zielwert:</u> 80% unter den Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 7 (ISD) (Betablocker) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patienten und nicht mit Feld 7 (ISD) = Kontraindikation</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
V. Hoher Anteil von Patienten mit Herzinsuffizienz, die ACE-Hemmer erhalten	<p>Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz, die einen ACE-Hemmer erhalten.</p> <p><u>Zielwert:</u> 80% unter den Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 8 (ISD) (ACE-Hemmer) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Patienten mit Feld 17 (AD) (Chronische Herzinsuffizienz) = „ja“ und nicht mit Feld 8 (ISD) = Kontraindikation</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VI. Hoher Anteil von Patienten, die einen HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statin) erhalten	Anteil der Patienten, die einen HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statin) erhalten.  <u>Zielwert:</u> 60% unter den Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 9 (ISD) (HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statin)) = „ja“  <u>Nenner:</u> Alle Patienten  und nicht  mit Feld 9 (ISD) = Kontraindikation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
<b>3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.7</b>				
VII. Einhaltung der Überweiskriterien	<p>Anteil der Patienten, die bei folgenden Indikationen überwiesen wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neu-Auftreten einer typischen oder atypischen AP-Symptomatik,</li> <li>▪ neu aufgetretene Herzinsuffizienz</li> </ul>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 13 (ISD) (KHK-bezogene Über bzw. Einweisung veranlasst) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patienten</p> <p>(mit Feld 1 (ISD) (Angina Pectoris) = „typisch“ oder „atypisch“ und mit Feld 1 (ISD) (Angina Pectoris) in den dieser Dokumentation vorangegangenen beiden Dokumentationen = „nein“)</p> <p>und/oder</p> <p>(mit Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen) = „Chronische Herzinsuffizienz“ und nicht mit Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen) in der dieser Dokumentation vorangegangenen Dokumentation = „Chronische Herzinsuffizienz“)</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
<b>4. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation</b>				
VIII. Sicherstellung von Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation	<p>Anteil der beim ersten Eingang vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen</p> <p><u>Zielwert:</u> ≥95%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der bei Ersteingang vollständigen und plausiblen Dokumentationen</p> <p><u>Nenner:</u> Anzahl aller eingegangenen Dokumentationen im Berichtszeitraum</p>	Wenn nicht alle erforderlichen Datenfelder der Dokumentation vollständig und plausibel ausgefüllt sind	<p>LE: Bitte um Nachlieferung der fehlenden oder unplausiblen Dokumentationsparameter</p> <p>Auswertung im Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung</p>

## Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
<b>1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien</b>				
IX. Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	entfällt	entfällt	Wenn Feld 17 (AD) (Begleiterkrankung) erstmalig = „Hypertonie“  und/oder  wenn Feld 15 (AD) (Blutdruck) $\geq 140\text{mmHg}$ syst. oder $\geq 90\text{mmHg}$ diast. in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen bei Patienten mit bekannter Begleiterkrankung „Hypertonie“	V: Infos über die Problematik der Hypertonie und Einflussmöglichkeiten (Blutdruckbroschüre), maximal einmal pro Jahr
<b>2. Aktive Teilnahme der Versicherten</b>				
X. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten  <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	<u>Zähler:</u> Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen  <u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	V: Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
XI. Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 19 (ADS) (Vom Patienten gewünschte Informationsangebote) = „Tabakverzicht“	V: Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
XII. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 12 (ISD) (empfohlene Diabetes-Schulung und/oder Hypertonie-Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich“	V. Aufklärung / Information über die Wichtigkeit von Schulungen; maximal einmal pro Jahr
XIII. Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen	Anteil der verordneten Schulungen, die abgerechnet worden sind.  <u>Zielwert:</u> 85%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten, für die innerhalb von 4 Quartalen nach Empfehlung eine Schulung abgerechnet wird.  <u>Nenner:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 11 (ISD) (Schulung empfohlen) "Diabetes-Schulung" und/oder „Hypertonie-Schulung“	entfällt	Auswertung im Qualitätsbericht

### Teil 3 Modul Herzinsuffizienz (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
XIV. Hoher Anteil von am Modul Herzinsuffizienz teilnehmenden Patienten, die ACE-Hemmer erhalten	Anteil der Patienten im Modul Herzinsuffizienz, die einen ACE-Hemmer erhalten.  <u>Zielwert:</u> 80% unter den Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 8 (ISD) (ACE-Hemmer) = „ja“  <u>Nenner:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 11 (AD) (Modul-Teilnahme) = „Chronische Herzinsuffizienz: ja“  und nicht  mit Feld 8 (ISD) = Kontraindikation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback mit Nennung der am Modul teilnehmenden Patienten, die trotz Fehlens einer Kontraindikation keinen ACE-Hemmer enthalten  Angabe der Häufigkeit (entsprechend dem Auswertungsalgorithmus) im Erfassungsbereich des Berichts
XV. Hoher Anteil von am Modul Herzinsuffizienz teilnehmenden Patienten, bei denen die Serum-Elektrolyte bestimmt wurden	Anteil der Patienten im Modul Herzinsuffizienz, bei denen die Serum-Elektrolyte bestimmt wurden.	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 2 (ISD) (Serum-Elektrolyte) = „bestimmt“  <u>Nenner:</u> Anzahl der Patienten mit mindestens einer Angabe in Feld 11 (AD) (Modul-Teilnahme) = „ja“ in den letzten 12 Monaten und Teilnahme am DMP von mindestens 12 Monaten	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback mit Nennung der am Modul teilnehmenden Patienten, bei denen in den vergangenen 12 Monaten keine Elektrolyte bestimmt wurden.  Angabe der Häufigkeit (entsprechend dem Auswertungsalgorithmus) im Erfassungsbereich des Berichts

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
XVI. Hoher Anteil von am Modul Herzinsuffizienz teilnehmenden Patienten, die Beta-Blocker erhalten	Anteil der Patienten im Modul Herzinsuffizienz, die einen Betablocker erhalten.  <u>Zielwert:</u> 80% unter den Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 7 (ISD) (Betablocker) = „ja“  <u>Nenner:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 11 (AD) (Modul-Teilnahme) = „Chronische Herzinsuffizienz: ja“  und nicht  mit Feld 7 (ISD) = Kontraindikation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback mit Nennung der am Modul teilnehmenden Patienten, die trotz Fehlens einer Kontraindikation keinen Betablocker enthalten  Angabe der Häufigkeit (entsprechend dem Auswertungsalgorithmus) im Erfassungsbereich des Berichts

# Erläuterungen und Begründung zur Qualitätssicherung auf Grundlage des Datensatzes nach Anlagen 2 und 6

## Abkürzungen

LE	=	Leistungserbringer
V	=	Versichertenkontakt
QS	=	Qualitätssicherung

## Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

### Erläuterungen zu den Algorithmen

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen (AD) auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen (ISD) auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 6 der RSAV. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt.

Zu beachten sind jeweils die Zeiträume, auf die sich eine indikatorgestützte Auswertung oder Maßnahme bezieht. Da Feedbackberichte an den Arzt halbjährlich erfolgen, beziehen sich die Auswertungen auf einen Berichtszeitraum von jeweils einem halben Jahr. Liegen in diesem Zeitraum mehrere Dokumentationen vor, bezieht sich eine Auswertung auf die jeweils jüngste (= aktuelle), sofern dies nicht durch den Algorithmus implizit anders vorgegeben ist. Unter dem Begriff „DMP-Dauer“, der unterschiedlich interpretiert werden kann, ist im Kontext der Anlage zur Qualitätssicherung die Laufzeit des Programms zu verstehen und nicht die Teilnahmedauer einzelner Versicherter am Programm.

Im Falle verlaufsbezogener Auswertungen nach Teilnahmedauer (s.u.) ergibt sich die Notwendigkeit, Zeiträume eindeutig zu definieren: Bezugsgrößen sind hier immer das Datum der Einschreibung sowie die im DMP durchlaufene Mindest-Teilnahmezeit, die durch den Beginn des darauf folgenden Berichtszeitraums beendet wird. So entspricht z. B. bei halbjährlichen Berichtszeiträumen eine Teilnahmedauer von 1 Jahr einer Folgedokumentation  $\geq 1$  Jahr und  $< 1,5$  Jahre nach Datum der Einschreibung des zugehörigen Patienten. Auch hier gilt bei Vorliegen mehrerer Dokumentationen im selben Zeitraum, dass die jüngere Dokumentation maßgeblich ist. Nach längerer Laufzeit des DMPs können verlaufsbezogene Darstellungen aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit auch auf Jahresräume abzielen.

## **ALLGEMEIN**

Die Qualitätssicherung soll gewährleisten, dass die zentralen Intentionen, die mit dem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit (KHK) verbunden sind, auch tatsächlich umgesetzt werden. Gemäß der RSAV muss die Qualitätssicherung folgende Bereiche abdecken:

- Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien (einschließlich Therapieempfehlung)
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.7
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität
- Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation
- Aktive Teilnahme der Versicherten

Die Auswahl der Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen wurde so getroffen, dass für alle relevanten Bereiche der Qualitätssicherung jeweils relevante und nachvollziehbare QS-Ziele überprüft werden. Die Interpretation der Ergebnisse einzelner Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgt dabei unter Berücksichtigung unterschiedlicher Risikostrukturen.

Die an den Arzt gerichtete Qualitätssicherung wird vorrangig über den Feedback-Bericht geleistet. Dieser Bericht wird halbjährlich erstellt und den teilnehmenden Ärzten zugesandt. Darin werden alle relevanten Daten ausgewertet und jeweils die Daten der eigenen Praxis mit dem Durchschnitt aller teilnehmenden Praxen gegenübergestellt. Dadurch ist ein aussagekräftiger Vergleich der jeweiligen Praxis mit dem Praxisdurchschnitt möglich. Zudem werden dem DMP-Arzt allgemeine Hinweise und Fragen zur möglichen Verbesserung der Patienten-Versorgung zur Verfügung gestellt. Dadurch wird der Feedback-Bericht zu einem praktischen Instrument zur Erreichung der QS-Ziele.

Eve A. Kerr et al. haben in einer jüngeren Untersuchung auf die Unzulänglichkeiten vieler Qualitätssicherungsmaßnahmen hingewiesen, die eine zu ungenaue Verknüpfung von QS-Zielen und den klinischen Parametern aufweisen. Daher war die Absicht bei der Auswahl unserer Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen, eine möglichst enge Verbindung von QS-Zielen und klar definierten Ergebnisparametern herzustellen.

### **Literatur**

E. Kerr et al: Avoiding Pitfalls in Chronic Disease Quality Management: A Case for the Next Generation of Technical Quality Measures, Am J Manag Care 2001; 7: 11, 1033-1043

## Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sollen Qualität messbar machen und darüber hinaus einen Anreiz darstellen, unbefriedigende Werte zu verbessern; weiterhin sollten sie es durch die Schaffung eines gemeinsamen Koordinatensystems ermöglichen, Ergebnisse auf nationaler sowie internationaler Ebene miteinander zu vergleichen und zu diskutieren. Die bereits auf internationaler und nationaler Ebene (z.B. RAND, NCQA, FACCT, NHS; AQUA)<sup>1</sup> entwickelten und in Leitlinien<sup>2</sup> beschriebenen Qualitätsindikatoren wurden bei der Auswahl der Qualitätsziele, sofern dies die Datenvorgabe erlaubt, entsprechend berücksichtigt.

Weitgehende Übereinstimmung besteht in den verschiedenen Indikatorsystemen bezüglich der medikamentösen Therapie und der Sekundärprävention der KHK, aufgrund der Tatsache, dass die Studienlage hierzu eindeutig ist und Qualitätsindikatoren direkt aus randomisiert kontrollierten Studienergebnissen abgeleitet werden können. Es konnte gezeigt werden dass manche Medikationen, wie Thrombozytenaggregationshemmer,  $\beta$ -Blocker, ACE-Hemmer und Statine die Überlebenszeiten von KHK-Patienten verlängern können. Teilweise werden hierbei auch Angaben zu möglichen Schwellenwerten gemacht, die ebenfalls im wesentlichen übereinstimmen und als erste Richtgrößen angegeben wurden.

Bezüglich der Blutdruckeinstellung beziehen sich die existierenden Qualitätsindikatoren auf regelmäßige Messungen und auch spezieller auf die Auswahl der antihypertensiven Medikation. Einigkeit besteht auch darin, dass bei der KHK die Mitarbeit der Patienten eine entscheidende Rolle spielt. Insofern gilt die Teilnahme an Schulungen ebenfalls als wichtiges abprüfbares Qualitätsziel.

Für viele der Qualitätsziele bzw. -indikatoren, die sich an den in der RSAV festgelegten Inhalten zu Dokumentation und Qualitätssicherung orientieren müssen, steht eine nur sehr eingeschränkte wissenschaftliche Evidenz zur Verfügung, aus der sich quantitative Zielformulierungen ableiten ließen. Hier können jedoch oftmals die aus dem bisherigen DMP-Verlauf gewonnenen Daten und Erfahrungen genutzt werden und Ziele entsprechend formuliert werden. Da das DMP Koronare Herzkrankheit in einigen Berichts- bzw. Vertragsregionen mittlerweile seit drei Jahren besteht und nun mehr Feedback- und Qualitätsberichte zur Verfügung stehen, lassen sich nunmehr zumindest auf dieser Basis besser und realistischer fundierte Ziele / Indikatoren definieren als dies in den bisherigen QS-Anlagen der Fall war. Folgende Zeiträume liegen den aus Qualitätsberichten der jeweiligen Regionen beispielhaft für Begründung und Erläuterung entnommenen Daten zugrunde:

- Berlin: 01.01.2005 bis 31.12.2005
- Brandenburg 01.01.2005 bis 31.12.2005

---

<sup>1</sup> RAND: Research and Development- Collaboration ([www.rand.org](http://www.rand.org)), NCQA: National Committee for Quality Assurance ([www.ncqa.org](http://www.ncqa.org)), FACCT: FACCT (foundation for accountability; ([www.facct.org](http://www.facct.org)), NHS: NHS (National Health Service) Performance Indicators. ([www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk)), AQUA: Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen ([www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de))

<sup>2</sup> S. Abschnitt Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien, Literatur  
dmp\_khk\_anlage09.doc

- Bremen: 01.07.2005 bis 30.06.2006
- Nordrhein 01.01.2005 bis 31.12.2005
- Westfalen-Lippe 01.01.2005 bis 31.12.2005

Des Weiteren lassen sich auch in Unkenntnis der tatsächlichen Versorgungsgegebenheiten aus der Beobachtung von Verläufen Trends ableiten („time-trend-analysis“), die zumindest eine Aussage darüber erlauben, ob sich einzelne Parameter im Lauf des DMP gebessert (oder verschlechtert) haben. Diesen Trends läge die Hypothese zugrunde, dass durch eine Teilnahme am DMP prozess- und ergebnisorientierte Parameter gebessert werden. Maßgeblich dafür wären die Charakteristika der DMP, die u.a. durch klar strukturierte Behandlungsabläufe, evidenzbasierte Grundlagen und den aktiven Einbezug der Patienten (Schulungen, verstärkte Informationen etc.) gekennzeichnet sind.

Bei den hier vorliegenden Indikatoren und Algorithmen wurde grundsätzlich darauf verzichtet, Auswertungen nur auf Patienten mit Abweichungen von Zielen des DMP aufzusetzen. Beispiele hierfür wären die Gruppen derer, die bei einer Konsultation Symptome oder einen hohen Blutdruck aufgewiesen hatten und bei der darauffolgenden Gelegenheit auf die Persistenz oder Nicht-Persistenz des Problems hin überprüft wurden. Hierbei tritt immer ein von der Intervention (dem DMP) unabhängiger Effekt zurück zum Durchschnitt oder dem Normalen ein („Regression-to-the-Mean“), der empirisch kaum quantifizierbar ist.

### **Analyse von Zeitverläufen bei Ergebnisparametern**

Bei verlaufsbezogenen Analysen sind im Kontext des DMP grundsätzlich mehrere Methoden denkbar:

#### **A. Auswertung nach Teilnahmedauer**

Auswertung aller Dokumentationen, die ein gleiches DMP-Alter bzw. eine gleiche DMP-Teilnahmedauer aufweisen, also alle Dokumentationen, die im 1., 2., 3. etc. Quartal der Teilnahme aller Patienten erstellt wurden. Sie sind damit unabhängig vom Datum der Einschreibung eines Patienten oder dem kalendarischen Alter des DMP an sich.

Hat ein Patient bereits 2 Jahre teilgenommen, fließen alle ihm zuzuordnenden vorherigen Daten entsprechend der jeweiligen Teilnahmedauer der Dokumentationen in die Verlaufsbeobachtung ein. So werden z. B. seine nach einem Jahr Teilnahme erhobenen Daten mit all denjenigen Daten anderer Patienten, für die das Kriterium „ein Jahr Teilnahme am DMP“ gilt, gepoolt. Mit zunehmender Teilnahmedauer nimmt dementsprechend die Anzahl der ausgewerteten Dokumentationen in der Zeitreihe ab. Des Weiteren ändert sich mit jedem Bericht die Anzahl der in die Auswertung eingeschlossenen Dokumentationsbögen (und damit auch die Ausprägung der Parameter) für alle Zeiträume. Diese Analyseart ist für Prozess- und Ergebnisparameter anwendbar .

Vorteile dieser Methode:

- Keine „Regression-to-the-Mean“ als systematischer Fehler.
- Ausgleich von Verzerrungen durch einen Selektions-Bias, der durch mögliche Unterschiede zwischen Patienten, die sich früh in das DMP eingeschrieben haben (die Interessierteren, Aktiveren) gegenüber denen, die später kamen, resultieren könnte.
- Abbildung der Hypothese, dass sich eine positive Wirkung des DMP auf Patientenseite durch Lern- und Informationsprozesse eher langsam und schrittweise einstellt. Zugleich werden damit Effekte auf Seiten der LE erfasst.
- Für viele Indikatoren besteht im Feedback an den Leistungserbringer das Problem kleiner Fallzahlen. Gepoolte Daten nach Teilnahmedauer minimieren dieses Problem, indem die Fallbasis erweitert wird.
- Betrachtung des Gesamtverlaufs des DMP.

Hauptnachteil ist die sich ändernde Datengrundlage für jeden Berichtszeitraum.

#### B. Auswertung von Kohorten

Sie basieren darauf, dass Patientengruppen mit gleichem Einschreibzeitpunkt oder -quartal über die Zeit analysiert werden. Für die Auswertung werden also nur die Daten dieser speziellen Gruppe in ihrem Verlauf betrachtet. Bei halbjährlichen Berichtszeiträumen ließen sich nach 1,5 Jahren Existenz des DMP drei separate Kohorten (eine mit 1, eine mit 2 und eine mit 3 Halbjahren Teilnahme am DMP) bilden und getrennt voneinander bzgl. ihres Verlaufs analysieren. Ein gutes Beispiel hierfür liegt bei der Methodik für die gesetzliche Evaluation vor.

Ein wesentlicher Vorteil liegt in der gegenüber Methode A höheren Aussagekraft über die Entwicklung von Parametern im Verlauf des DMP. Dies trifft allerdings nur unter der Voraussetzung zu, dass ausreichend große Fallzahlen zur Verfügung stehen. Daraus leitet sich unmittelbar der Hauptnachteil im Rahmen einer Feedback-Berichterstattung ab: Die Fallzahlen sind für das Feedback an die Leistungserbringer zu klein. Zudem lassen sich verschiedene Kohorten ohne Kenntnis weiterer Charakteristika kaum miteinander vergleichen. Im Kontext der QS - Anlage wird daher auf diese Art der zeitbezogenen Auswertung verzichtet.

#### C. Berichtszeitraumauswertungen mit/ohne Vergleich zum vorangegangenen Zeitraum

Hier wird unabhängig von der tatsächlichen Teilnahmedauer der Patienten am DMP ein Querschnitt durch alle in einem definierten Berichtszeitraum vorliegenden Ausprägungen von Parametern durchgeführt und mit denen anderer, im Falle der Feedback-Funktion mit dem vorangegangenen Berichtszeitraum verglichen. Damit lassen sich in erster Linie Eigenschaften der LE bzw. Prozessparameter abbilden, z. B. das Verschreibungsverhalten bei Arzneimitteln oder die Rate

verordneter Schulungen. Für Indikatoren, die stark vom Patienten abhängen oder ergebnisorientiert sind, ist das Verfahren zwar weniger geeignet. Andererseits bietet diese Art der Darstellung jedoch den Vorteil, dass sie im Sinne des Feedbacks unmittelbar und leichter nachvollziehbar ist als eher evaluative Ansätze mit Betrachtung größerer Zeiträume. Im Hinblick auf die Hauptfunktion der Feedbackberichte wird daher dieser Analyseart meist der Vorzug eingeräumt.

Die in den Anlagen formulierten QS-Ziele sollen für die Feedback- bzw. QS-Berichte jeweils nach folgender Methode ausgewertet werden:

Nach Methode A: I (optional vereinbar)

Nach Methode C: alle

## **Spezielle Indikatoren**

### **1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien**

Bei der Auswahl der QS-Ziele wurden diejenigen Aspekte berücksichtigt, die im strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzerkrankung von zentraler Bedeutung sind. Medizinischer Kernpunkt ist dabei die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien. Dabei steht im Behandlungsprogramm die Dauerbehandlung der chronischen KHK im Vordergrund. Die vorliegende QS-Anlage berücksichtigt in diesem Kontext den Blutdruck. Die Definition von Indikatoren, die sich auf Folgeerkrankungen beziehen, scheint wegen der langen Latenz dieser wichtigen Endpunkte gegenwärtig noch nicht bzw. unter dem Aspekt einer individuellen Feedbacksituation nicht sinnvoll.

Medizinischer Kernpunkt der QS ist die Behandlung nach den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien. Bei der Auswahl von QS-Zielen wurden die Aspekte berücksichtigt, die im strukturierten Behandlungsprogramm für die Koronare Herzerkrankung von zentraler Bedeutung sind. Dabei steht im Behandlungsprogramm die Dauerbehandlung der chronischen KHK im Vordergrund. Behandlungsstrategien der akuten Notfallbehandlung (Myokardinfarkt) sowie der Rehabilitativbehandlung sind nicht Gegenstand des Programms.

Die Therapieziele des Programms bestehen aus der:

Reduktion der Sterblichkeit der Erkrankung

Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere der Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz.

Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

In der Nichtmedikamentösen Therapie spielen die individuelle Risikoabschätzung und die Beratung zu Lebensstilveränderungen eine wichtige Rolle.

Bei der Pharmakotherapie ist zwischen prognostischer und symptomatischer Behandlungsindikation zu unterscheiden. Bei ersterer steht die Vermeidung des ersten bzw. weiteren Myokardinfarkts im Vordergrund ("Disease- Modifying Drugs" wie  $\beta$ -Blocker, Thrombozytenaggregationshemmer, ACE-Inhibitoren, Lipidsenker), bei letzterer die Reduktion der Häufigkeit von Angina-Pectoris-Anfällen und die Kupierung des Anfalls ("Symptom-Modifying Drugs" wie  $\beta$ -Blocker, Nitrate, Kalziumkanalblocker). Koronarangiographien, Interventionelle Therapiemaßnahmen im Sinne perkutaner koronarer Interventionen sowie die Bypass-Operationen spielen eine zentrale Rolle in der Behandlung der KHK. Sie sind als invasive Maßnahmen jedoch mit einem relevanten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko behaftet. Die Anzahl der durchgeführten Interventionen hat jedoch seit der Einführung der Methode 1977 exponentiell zugenommen und die Untersuchungsindikationen eine nicht immer kontrollierte Ausbreitung erfahren. Eine wichtige Aufgabe besteht zur Zeit darin, einen aktuellen Indikationskatalog abzuleiten, der auf dem klinischen "Outcome" der Patienten bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Gesamtkosten unter einer kritischen Kosten/Nutze/ Analyse basiert. In Deutschland liegt derzeit ein Ungleichgewicht zwischen den Aufwendungen für invasiv-interventionelle Maßnahmen im Vergleich zu den Bemühungen für die primäre und sekundäre Prävention vor. Revaskularisationsstrategien sind jedoch nicht Inhalt des Disease-Management-Programms KHK.

Das bisherige QS-Ziel, das auf die Angina pectoris-Symptomatik abzielt (Verbesserung oder Verhinderung einer Verschlechterung), lässt sich auf Grundlage des neuen Dokumentations-Datensatzes nicht mehr adäquat abbilden. Hier war wegen mangelnder Präzision bzw. mangelnder definitorischer Trennschärfe der Angina-Schweregrade auf diese Ausprägungen verzichtet worden.

#### Zu QS-Ziel I

Als normotoner Blutdruckbereich gelten heute Werte von  $<140/90$ mmHg. Je nach Risikokonstellation kann das Therapieziel auch darunter, kaum hingegen darüber liegen. Deutsche Studien zur Blutdruckeinstellung im primärärztlichen Bereich zeigen in der Regel eine Zielwerterreichung ( $<140/90$ mmHg) von maximal 40%. International ist je nach Definition des Zielwerts das Ergebnis bei großer Varianz ähnlich.

Auswertungen von DMP-Daten weisen auf einen deutlich höheren Anteil von hypertensiven Teilnehmern mit nach Zieldefinition ausreichend eingestelltem Blutdruck hin.<sup>3</sup> Dies kann als deutlicher Hinweis auf eine Inkongruenz zwischen angestrebtem Zielbereich und dem eigentlichen durch Evidenz unterlegten numerischen Blutdruckmaximum gewertet werden. Zudem bestehen sowohl bei den veröffentlichten Studien wie auch bei den im Rahmen der Dokumentation im DMP erhobenen Daten methodische Einschränkungen, die ihren Wert als Grundlage für die Formulierung von Indikatoren begrenzen. Daher sollte auch hier ein verstärktes Augenmerk auf den Verlauf des Parameters gerichtet werden.

---

<sup>3</sup> In der gleichen Auswertung bestand bei 60% der Patienten bereits bei Einstieg in das DMP keine Notwendigkeit das Therapieziel anzupassen, nach 1 Jahr lag der Anteil bereits bei über 70% (AOK-Bundesverband).

Der bisherige Zielwert von 40% wurde in den Regionen, für die entsprechende Qualitätsberichte vorliegen, bereits initial erreicht, die erhobenen Werte lagen bei bis zu über 60%. Da im Unterschied zum bisherigen Indikator in die betrachtete Grundgesamtheit nun auch diejenigen Patienten mit gerade neu festgestellter Hypertonie aufgenommen wurden, ist eine Beibehaltung der bisherigen Zielvorgabe von  $\geq 50\%$  im dritten Jahr („im Mittel 45%“) gerechtfertigt.

### Zu QS-Ziel II und XI

Für das Auftreten bzw. den Verlauf der KHK ist eine große Zahl von Risikofaktoren identifiziert worden. Ein wesentlicher Risikofaktor mit großer Bedeutung für die Versorgung der Patienten ist der chronische Nikotinabusus.

Die vollständige Beendigung des Rauchens (Abstinenz) ist die wichtigste therapeutische Einzelmaßnahme bei Patienten mit Gefäßerkrankungen. Der behandelnde Arzt soll den Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens für die KHK aufklären, spezifisch beraten und dringlich empfehlen, das Rauchen aufzugeben. Um einen möglichen Trend hinsichtlich der Beendigung des Rauchens der am DMP KHK teilnehmenden Versicherten darzustellen wird der Anteil der rauchenden Patienten ermittelt. Neben dem ärztlichen Beratungsgespräch kann seitens der Krankenkasse der Wunsch des Versicherten das Rauchen zu beenden mit Aufklärungs- und Informationsmaterial über Maßnahmen zur Raucherentwöhnung unterstützt werden.

### **Literatur**

#### *Lebensstilveränderungen, Vermeidung und/oder Reduktion der Schwere der Angina pectoris*

- American College of Cardiology (ACC/AHA/ACP-ASIM) 1999; Guidelines for the Management of Patients with Chronic Stable Angina; J Am Coll Cardiol 1999; 33(7): 2092-197
- ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "Koronare Herzkrankheit" 2002; [www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de)
- Canadian Cardiovascular Society; Can J Cardiol 1998; 14(Suppl. C): 2C-23C.
- European Society of Cardiology: Prevention of coronary heart disease in clinical practice; European Heart Journal 1998; 19: 1434-1503; <http://www.opot.org/guidelines/sihd.pdf>
- Institute for Clinical Systems Improvement 2001; Stable Coronary Artery Disease; <http://www.icsi.org/guide/SCAD.pdf>
- International Taskforce for Prevention of Coronary Heart Disease: Pocket Guide for Prevention of Coronary Heart Disease 2003; [http://www.chd-taskforce.com/pdf/pocket\\_guide\\_engl.pdf](http://www.chd-taskforce.com/pdf/pocket_guide_engl.pdf)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2000; Secondary Prevention of Coronary Heart Disease following Myocardial Infarction (Nr. 41); <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign41.pdf>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2002; Cardiac Rehabilitation (Nr. 57); <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign57.pdf>

#### *Medikamentöse Therapie*

- American College of Cardiology (ACC/AHA/ACP-ASIM) 1999; Guidelines for the Management of Patients with Chronic Stable Angina; J Am Coll Cardiol 1999; 33(7): 2092-197
- ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "Koronare Herzkrankheit" 2002; [www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de)
- The European Society of Cardiology: Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries; European Heart Journal (2001) 22, 554-572
- International Taskforce for Prevention of Coronary Heart Disease: Pocket Guide for Prevention of Coronary Heart Disease 2003; [http://www.chd-taskforce.com/pdf/pocket\\_guide\\_engl.pdf](http://www.chd-taskforce.com/pdf/pocket_guide_engl.pdf)
- Ontario Program for Optimal Therapeutics; 2000; Ontario Drug Therapy Guidelines for Stable Ischemic Heart Disease in Primary Care; <http://www.opot.org/guidelines/sihd.pdf>

#### *Interventionelle Therapie*

- American College of Cardiology (ACC/AHA); 2002 Guidelines for the Management of Patients with unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction; J Am Coll Cardiol. 2002 Oct 2;40(7):1366-74.
- ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "Koronare Herzkrankheit" 2002; [www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network 1998; Coronary revascularisation in the management of stable angina pectoris (Nr. 32); <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign32.pdf>

## **2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie**

### Zu QS-Zielen III bis VII

Gegenstand der Qualitätssicherung sind die Verfolgung des Anteils von gemäß den Empfehlungen der RSAV vorrangig verordneten Arzneimitteln.

Neu aufgenommen wurde ein Indikator zum Ziel Patienten zur sekundären Prävention mit einem Thrombozytenaggregationshemmer zu versorgen. Bei Patienten mit bestehender KHK können hierdurch Ereignisse vermieden werden. Der Indikator wurde in Analogie zum vergleichbaren Indikator aus der QS zum DMP DM 2 formuliert und bzgl. des zu erreichenden Zielwerts unverändert gelassen.

Entsprechendes gilt für die Indikatoren zur Gabe von Betablockern (IV), ACE-Hemmern bei Herzinsuffizienz (V) und Statinen (VI).

### **Literatur**

#### *Thrombozytenaggregationshemmer*

Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction and stroke in high risk patients. BMJ 2002;324: 71-83.

### **3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.7**

Anders als in der Diabetiker-Versorgung, in der z.B. die jährliche Augenarztuntersuchung ein "Musskriterium" darstellt, existieren derzeit für die Versorgung der KHK-Patienten keine eindeutigen Kriterien (Qualitätsindikatoren), die allen Beteiligten z.B. Patienten, ambulanten und stationären Ärzten Entscheidungshilfen geben, wann sie die nächste Versorgungsebene aufsuchen müssen bzw. wann sie überweisen müssen. Die in Abschnitt 1.7.2 der Anlage 5 aufgeführten Indikationen stellen demnach optionale Indikationen dar, die vom Arzt bei jedem Patienten individuell geprüft werden sollen. Daher ist hier die Vereinbarung eines verbindlichen Zielwerts nicht möglich.

#### **Literatur**

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2001; Management of Stable Angina (Nr. 51);

ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "Koronare Herzkrankheit" 2002

### **5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation**

Für diesen Bereich soll die Qualitätssicherung gewährleisten, dass in allen Fällen eine korrekte Einschreibung erfolgt. Das heißt, dass auch tatsächlich nur Versicherte mit einer gesicherten Diagnose der Koronaren Herzerkrankung eingeschrieben werden und die ausgefüllten Dokumentationen zeitnah zur Verfügung stehen. Allerdings erlaubt eine detaillierte Angabe von Einschreibekriterien in der Dokumentation noch keine valide Prüfung, ob die Kriterien beim betreffenden Teilnehmer auch tatsächlich erfüllt sind. Darüber hinaus wurde im Rahmen der Überarbeitung der Dokumentation mit der 17. RSAV-ÄndV auf ein weiteres Abfragen der diesbezüglichen Parameter verzichtet. Das Vorliegen einer Koronaren Herzerkrankung wird nunmehr vom betreuenden Arzt per Unterschrift attestiert, was gleichzeitig Voraussetzung für die Programmteilnahme ist. Von daher ist das bisherige QS-Ziel „Sicherstellung einer korrekten Einschreibung“ nicht mehr über die Dokumentation abzubilden und entfällt.

#### Zu QS-Ziel VIII

Durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde mit dem 1. April 2007 auf die formale Verpflichtung der Prüfung der Vollständigkeit des kompletten Datensatzes (ehemalige a-Daten der Anlage 2a der RSAV), Voraussetzung für eine Weiterleitung der Daten zur weiteren Verarbeitung, verzichtet. Zur Vereinfachung der administrativen Prüfprozesse sollte nur noch der Datensatz der Anlage 2b auf Vollständigkeit geprüft werden, mithin auch ein im Sinne der Anlage 2a unvollständiger Datensatz weitergeleitet werden können. Mit Inkrafttreten der 17. RSAV-ÄndV hat sich die Situation erneut geändert und es wird ein vollständiger und plausibler Komplettdatensatz gefordert. Damit wird auch

nicht mehr auf die Qualität an sich, sondern auf die Plausibilität der Dokumentationsdaten als Surrogat für Qualität abgesetzt. Die Vollständigkeit und Plausibilität der Daten ist im Rahmen einer in der entsprechenden zu zertifizierenden Software verankerten Plausibilitätsprüfung feststellbar. Für die Prüfung der Validität, also der Übereinstimmung der Angabe mit der Wirklichkeit, als wesentlichen Bestandteil von Qualität fehlen im Kontext DMP jedoch die Möglichkeiten. Vollständigkeit und Qualität der Dokumentationen sind zwar wesentliche Voraussetzungen für die Qualitätssicherung und die Evaluation, können daher jedoch nur näherungsweise sichergestellt werden. Ungeachtet dessen haben Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen keinen relevanten Einfluss darauf, dass es Ziel der Qualitätssicherung sein muss zu überprüfen und sicherzustellen, ob und dass ein vollständiger und korrekter Datensatz vorliegt. Daraus abzuleiten sind Maßnahmen, die den die Dokumentation erstellenden Arzt im Falle von Fehlern um Korrektur bitten.

### **Literatur**

Shea S et al. A meta-analysis of 16 randomized control trials to evaluate computer-based clinical reminder systems for preventive care in the ambulatory setting. J Am Med Inform Assoc 1996; 3: 399-409

Weingarten et al. Practice guidelines and reminders to reduce duration of hospital stay for patients with chest pain. An interventional trial. Ann Intern Med 1995; 120: 257-263

## **Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)**

### **Allgemein**

Die Qualitätssicherung soll gewährleisten, dass die zentralen Intentionen, die mit dem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit verbunden sind, auch tatsächlich umgesetzt werden. Gemäß der RSAV muss die Qualitätssicherung folgende Bereiche abdecken:

- Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien (einschließlich Therapieempfehlung)
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.7
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität
- Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation
- Aktive Teilnahme der Versicherten

Die Auswahl der Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen wurde so getroffen, dass für alle relevanten Bereiche der Qualitätssicherung, die über die Parameter der beiden QS-Anlagen und/oder die Leistungsdaten der Krankenkassen überprüfbar sind, jeweils relevante und nachvollziehbare QS-Ziele überprüft werden.

Die versichertenbezogene Qualitätssicherung, über die von der jeweiligen Krankenkasse regelmäßig zu berichten ist, wird vorrangig über eine individuelle, anlassbezogene Versichertenkommunikation geleistet. Diese Aufklärung erfolgt primär durch die Zusendung von Broschüren oder Informationsschriften, ggf. kann ein persönliches Telefonat oder ein Gespräch mit dem dafür einschlägig geschulten Krankenkassen-Mitarbeiter stattfinden.

Die Begründungen für die Qualitätsziele I-III entsprechen den in „Erläuterungen und Begründung zur arztbezogenen Qualitätssicherung“ zu den Bereichen Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien und Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.8 erfolgten Angaben und sind in diesem Dokument nachzulesen. Die in der vorliegenden Anlage erfolgte redundante Nennung der Indikatoren zu diesen Zielen unterstreicht nochmals den Kontext, in dem die versichertenbezogene Maßnahme ihre Wirkung ausüben soll.

### **Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität**

Entgegen der Vorgaben in §28c und der Ziffer 2 der Anlage 1 der RSAV wird in den Qualitätssicherungsanlagen auf eine explizite Nennung des Bereichs „einzuhaltende Strukturqualität“ verzichtet.

Leistungserbringer bzw. Versorgungseinrichtungen müssen festgelegte Mindestkriterien zu beruflicher Qualifikation sowie personeller und apparativer Ausstattung erfüllen, um am DMP teilnehmen zu können. Diese Anforderungen sind in den DMP-vertraglichen Anlagen zur Strukturqualität festgelegt und werden zu Beginn einer Teilnahme geprüft. Ein Nicht-Vorliegen der geforderten Qualifikation schließt die Teilnahme aus. Die vertragliche Vereinbarung stellt damit indirekt sicher, dass alle teilnehmenden Leistungserbringer die geforderten Voraussetzungen erfüllen, wodurch ein mit einem Indikator unterlegtes Qualitätsziel im Kontext dieser Anlage entbehrlich wird. Dementsprechend wird im Rahmen der Dokumentation auch kein Parameter erhoben, der die Messung oder Überprüfung eines Ziels zur Einhaltung der Strukturqualität gestatten würde.

## **Aktive Teilnahme der Versicherten**

Die aktive Teilnahme der Versicherten ist ein essentieller Bestandteil, den die RSAV für strukturierte Behandlungsprogramme für Koronare Herzkrankheit fordert. Dementsprechend wurden die QS-Ziele X-XIII für diesen Bereich definiert: Die Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten, die Informationsangebote für rauchende Patienten zum Tabakverzicht und die Wahrnehmung empfohlener bzw. die Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen.

Aus Erfahrungen mit anderen Projekten ist abzulesen, dass eine direkte Versichertenkommunikation die Bereitschaft zur aktiven Teilnahme steigert.

Die einzige Ausnahme von den anlassbezogenen sich direkt an den Versicherten richtenden Maßnahmen liegt bei dem Qualitätsziel „Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen“ vor. Hier wird durch die Berücksichtigung von Abrechnungsdaten die Rate tatsächlich durchgeführter Schulungen unter den empfohlenen Schulungen ermittelt. Über diese Rate gibt der jährliche Qualitätsbericht der Krankenkassen Aufschluss. Die Berücksichtigung eines Parameters zur Abrechnung für versichertenorientierte Maßnahmen ist wegen der großen Latenzzeit, mit der solche Daten vorliegen, nicht sinnvoll im Rahmen einer anlassbezogenen Versichertenkommunikation zu operationalisieren. Diese Latenz beträgt unter Berücksichtigung der Möglichkeit, einen Schulungstermin aus guten und unverschuldeten Gründen nicht wahrnehmen zu können, über ein Jahr. Ein Bezug zur Empfehlung des Arztes an einer Schulung teilzunehmen wäre damit für den Patienten in der Regel nicht mehr nachvollziehbar.

### **Literatur**

*Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten*

Evaluation des Gesundheitsmanagementprojektes der AOK Schleswig-Holstein im Rahmen der Sekundär-/Tertiärprävention, Abschlussbericht, WIDO

## Teil 3 Modul Herzinsuffizienz

Aufgrund der absehbar zu erwartenden geringen Versichertenanzahl im Modul Herzinsuffizienz pro teilnehmenden Leistungserbringer ist eine arztbezogene Kennzahlauswertung des Moduls nicht sinnvoll, eher hingegen die individuelle Rückspiegelung derjenigen Patienten, bei denen die eigentlich erforderliche Maßnahme nicht durchgeführt wird bzw. wurde. Das Feedback übernimmt hier eine Reminder-Funktion.

### QS-Ziel XIV

Anzustreben ist eine regionale Auswertung insbesondere für die Ausweisung des Anteils der am Modul teilnehmenden Patienten die einen ACE-Hemmer erhalten. Diese regionbezogenen Daten können dann mit einer ebenfalls regionalen Auswertung des Anteils der am DMP teilnehmenden Patienten die einen ACE-Hemmer erhalten, verglichen werden. Zur Rolle der Gabe von ACE-Hemmern bei Herzinsuffizienz vgl. ansonsten die Erläuterungen zu Teil 1 unter „Qualitätsindikatoren.“

### QS-Ziel XV

Die Empfehlung einer in regelmäßigen Abständen erfolgenden Bestimmung der Serum-Elektrolyte beruht auf einem in vielen Leitlinien kongruent zu findenden Expertenkonsens. Eine darüber hinausgehende höhergradige Evidenz in Form empirischer Studien für den Nutzen der Maßnahme liegt nicht vor. Hintergrund sind die häufige Beeinflussung der Elektrolyt-Homöostase durch Arzneimittel (Diuretika) bzw. deren latente oder manifeste Störung durch die Herzinsuffizienz an sich oder durch eine angesichts des höheren Alters vieler betroffener Patienten nicht ungewöhnliche begleitende Nierenfunktionsstörung.

### QS-Ziel XVI

Eine Therapie mit Betablockern in Kombination mit ACE-Hemmern verbessert bei stabilen Patienten ohne Flüssigkeitsretention Symptomatik und Belastungstoleranz, verzögert die Krankheitsprogression und vermindert die Hospitalisationsrate und die Sterblichkeit. Daher ist es im Modul Herzinsuffizienz ein Ziel eine hohe Verordnungsrate dieser Arzneimittel zu erreichen, insbesondere für Bisoprolol, Carvedilol und Metoprololsuccinat, da nicht von einem Klasseneffekt ausgegangen werden kann. Auch hier ist wegen der eher geringen Zahl in Frage kommender Patienten in einer durchschnittlichen Praxis wieder eine regionsbezogene Auswertung angezeigt. Bei diesem Indikator (wie auch bei QS-Ziel XIV) ist von einer anderen Grundgesamtheit auszugehen als bei der entsprechenden Auswertung in Teil 1 (QS-Ziel IV bzw. V). Die Gruppe der Teilnehmer am Modul Herzinsuffizienz wird auf Grundlage klarer in der RSAV-Anlage verankerter diagnostischer Kriterien determiniert und stellt insofern nur eine Teilmenge der Patienten mit der Komorbidität Herzinsuffizienz dar, die sich nach anderen diagnostischen Kriterien ergeben kann (z.B. auch Patienten mit diastolischer Insuffizienz).