

Zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,

dem BKK - Landesverband NORDWEST

(handelnd für die Betriebskrankenkassen,
die dem unten genannten Vertrag beigetreten sind,
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau,
handelnd als Landesverband der landwirtschaftlichen Krankenversicherung),

der Knappschaft,

der IKK classic

(handelnd für die Innungskrankenkassen,
die dem unten genannten Vertrag beigetreten sind),

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

und

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

werden in einem

4. Nachtrag

zum Vertrag vom 11.05.2007 zur Durchführung der
Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V
Asthma sowie COPD in der Fassung des 3. Nachtrages vom 01.11.2008

folgende Regelungen getroffen:

1. Präambel

Im letzten Absatz wird der Buchstabe „d“ hinter der Ziffer 6 durch den Buchstaben „b“ ersetzt.

2. Abschnitt I Ziele Geltungsbereich

§ 2 Geltungsbereich

In Abs. 2 Ziffer 2 wird das Wort „NORD“ durch „NORDWEST“ ersetzt.

In Abs. 2 Ziffer 3 wird das Wort „Hamburg“ durch „classic“ ersetzt.

3. Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer

§ 9 Verzeichnis der Leistungserbringer

In Abs. 1a werden die Klammer „(sobald die Richtlinie nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummern in Kraft tritt)“ ersatzlos gestrichen.

In Abs. 4 wird vor dem Wort Akkreditierung der Zusatz „(Re-)“ eingefügt.

4. Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 10 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Asthma bronchiale und an das Behandlungsprogramm COPD

Nach Abs. 3 wird ein neuer Absatz 4 eingefügt:

„(4) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen für Asthma bronchiale oder COPD teilnehmende Versicherte gemäß der jeweils aktuellen Anlage „Versorgungsinhalte“ des DMP-Vertrages zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Asthma bronchiale oder COPD auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.“

5. Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 13 Durchführung der Qualitätssicherung

Abs. 4 wird ersatzlos gestrichen. Der vorherige Absatz 5 wird zu Absatz 4, der vorherige Absatz 6 wird zu Absatz 5.

6. Abschnitt VII Datenfluss und Datenverwendung

§ 30 Datenaufbewahrung und –löschung

§ 30 Datenaufbewahrung und –löschung wird wie folgt neu gefasst:

„Die zum Zwecke der Erst- und Folgedokumentationen erhobenen Daten werden gemäß der in § 28f RSAV (in der jeweils gültigen Fassung) für die Aufbewahrung der Daten genannten Fristen aufbewahrt und nach Ablauf dieser Fristen gelöscht.“

7. Abschnitt IX Vergütung und Abrechnung

§ 32 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

In Abs. 1 wird das Wort „budgetierten“ durch das Wort „morbiditybedingten“ ersetzt.

§ 33 Vergütungen der Schulungen

In Abs. 5 wird das Wort „budgetierten“ durch das Wort „morbiditybedingten“ ersetzt.

8. Abschnitt X Sonstige Bestimmungen,

§ 35 Laufzeit und Kündigung

In Abs. 5 wird die Rechtsgrundlage „RSAV ÄndVO“ durch „RSAV-ÄndV.“ ersetzt.

Abs. 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(6) Bei einer Wiederezulassung gelten die im Rahmen der ersten Akkreditierung abgegebenen Erklärungen weiter. Eine erneute Einschreibung der Leistungserbringer und Versicherten ist nicht notwendig.“

9. Anlagen

In der Anlage 6a i.d.F. vom 01.08.2008 wird in der Überschrift hinter dem Wort „Anlage“ die Ziffer „6a“ eingefügt.

In der Anlage 6b i.d.F. vom 01.08.2008 wird in der Überschrift hinter dem Wort „Anlage“ die Ziffer „6b“ eingefügt.

Anlagen 7a und 7b des Vertrages in der Fassung vom 01.08.2008 werden durch die Anlagen 7a und 7b in der Fassung vom 15.01.2012 ersetzt.

10. Inkrafttreten

Der 4. Nachtrag tritt am 01.01.2012 in Kraft.

Hamburg, den 15.01.2012



Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH)

.....
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

.....
BKK-Landesverband NORDWEST - Hauptverwaltung Hamburg –
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband der
landwirtschaftlichen Krankenversicherung

.....
Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg

.....
IKK classic

.....
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

Hamburg, den 15.01.2012

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH)

.....
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

.....
BKK-Landesverband NORDWEST - Hauptverwaltung Hamburg –
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband der
landwirtschaftlichen Krankenversicherung

.....
Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg

.....
IKK classic

.....
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

Hamburg, den 15.01.2012

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH)

.....
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop at the top and several horizontal strokes below it.

.....
BKK-Landesverband NORDWEST - Hauptverwaltung Hamburg –
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband der
landwirtschaftlichen Krankenversicherung

.....
Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg

.....
IKK classic

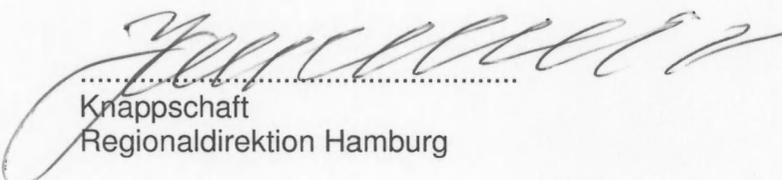
.....
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

Hamburg, den 15.01.2012

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH)

.....
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

.....
BKK-Landesverband NORDWEST - Hauptverwaltung Hamburg –
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband der
landwirtschaftlichen Krankenversicherung


.....
Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg

.....
IKK classic

.....
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

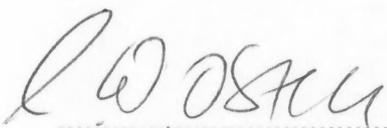
Hamburg, den 15.01.2012

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH)

.....
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

.....
BKK-Landesverband NORDWEST - Hauptverwaltung Hamburg –
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband der
landwirtschaftlichen Krankenversicherung

.....
Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg



.....
IKK classic

.....
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

Hamburg, den 15.01.2012

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH)

.....
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

.....
BKK-Landesverband NORDWEST - Hauptverwaltung Hamburg –
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband der
landwirtschaftlichen Krankenversicherung

.....
Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg

.....
IKK classic

A handwritten signature in black ink, consisting of several stylized, overlapping letters and flourishes.

.....
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

Anlage 6a Qualitätssicherung Asthma bronchiale in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

Anlage 6a Qualitätssicherung

V 3.1 - Stand 03.07.2008

QUALITÄTSSICHERUNG Asthma bronchiale Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 10 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 10. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt.

Anlage 6a Qualitätssicherung Asthma bronchiale in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)
Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien				
I. Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlungen wegen Asthma bronchiale	Anteil von Patientinnen und Patienten mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Asthma bronchiale bei Betrachtung der letzten sechs Monate des DMP <u>Zielwert:</u> ≤ 10% ¹	<u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Feld 3 (ISD) (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation) > 0 während der letzten 6 Monate <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP <i>zusätzlich: Darstellung der patienten-bezogenen Häufigkeiten der stationären notfallmäßigen Behandlungen</i>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback <i>LE: Information durch das Feedback</i>
II. Erhöhung des Anteils der Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird	Anteil der Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird <u>Ziel:</u> ≥ 90 %	<u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Feld 8 (ISD) (Inhalationstechnik überprüft) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle wegen Asthma eingeschriebenen Patienten	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

¹ Exakte Daten zur Berechnung der Zielwerte dieses Qualitätsindikators liegen nicht vor. Orientierend muss von einem Anteil von ca. 20-30 % der Patienten mit notfallmäßiger stationärer Behandlung innerhalb von 12 Monaten ausgegangen werden. Bei leitliniengerechter Therapie kann eine Reduktion des Anteils hospitalisierter Patienten innerhalb von 12 Monaten um ca. 30% angenommen werden (Literatur: Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of Asthma in 1999: the Asthma insights and Reality in Europe (AIRE) study. Eur Respir J 2000; 16:802-807; Suissa S, Ernst P, Kezouh A. Regular use of inhaled corticosteroids and the long term prevention of hospitalisation for asthma. Thorax 2002;57:880-884

Anlage 6a Qualitätssicherung Asthma bronchiale in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie				
III. Erhöhung des Anteils der Patientinnen und Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation	<p>Anteil der Patientinnen und Patienten, die eine Dauermedikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden erhalten, bezogen auf die eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit Dauermedikation.</p> <p><u>Zielwert:</u> ≥ 90%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Dauermedikation“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patienten mit Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Dauertherapie“ und/oder Feld 5 (ISD) (Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika) = „Dauertherapie“ und/oder Feld 6 (ISD) (kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika) = „Dauertherapie“</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.6				
IV. Erhöhung des Anteils der Patienten, die bei Beginn einer notwendigen Dauertherapie mit oralen Steroiden zum Facharzt überwiesen werden.	<p>Anteil der Patienten, die zum Facharzt überwiesen werden, unter allen Patienten mit einer erstmaligen systemischen Glukokortikoidtherapie über 2 aufeinanderfolgende Dokumentationen</p> <p><u>Zielwerte:</u> ≥ 90%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 12 (ISD) (Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung) veranlasst = „ja“ in der vorhergehenden Dokumentation</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patienten mit Feld 7 (ISD) (Sonstige asthmaspezifische Medikation) = „Systemische Glukokortikosteroide“ in der aktuellen Dokumentation und in der vorhergehenden Dokumentation und <u>nicht</u></p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

Anlage 6a Qualitätssicherung Asthma bronchiale in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		in der vorletzten Dokumentation		
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation				
V. Sicherstellung von Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation	Anteil der beim ersten Eingang vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen <u>Zielwert:</u> ≥ 95%	<u>Zähler:</u> Anzahl der bei Ersteingang vollständigen und plausiblen Dokumentationen <u>Nenner:</u> Anzahl aller eingegangenen Dokumentationen im Berichtszeitraum	Wenn nicht alle erforderlichen Daten-Felder der Dokumentation vollständig und plausibel ausgefüllt sind	LE: Bitte um Nachlieferung der fehlenden oder unplausiblen Dokumentationsparameter Auswertung im Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung
6. Aktive Teilnahme des Patienten				
VI. Erhöhung des Anteils von Patientinnen und Patienten mit schriftlichem Selbstmanagementplan	Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen schriftlichen Selbstmanagementplan einsetzen <u>Zielwert:</u> ≥ 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 11 (Schriftlicher Selbstmanagementplan) (ISD) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Patienten	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

Anlage 6a Qualitätssicherung Asthma bronchiale in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)
Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien				
VII. Reduktion notfallmäßiger stationärer Behandlungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 3 (ISD) (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation) > 0	Information des Versicherten über Asthma bronchiale über eine Versichertenbroschüre maximal einmal pro Jahr
6. Aktive Teilnahme der Versicherten				
VIII. 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	Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
IX. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 10 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich	Aufklärung/ Information des Versicherten über die Wichtigkeit von Schulungen, maximal einmal pro Jahr
QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme

Anlage 6a Qualitätssicherung Asthma bronchiale in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
X. 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 Asthma-Schulung abgerechnet wird. <u>Nenner:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 9 (ISD) (Asthma-Schulung empfohlen) = „ja“	entfällt	Auswertung im Qualitätsbericht

Anlage 6a Qualitätssicherung Asthma bronchiale in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

Erläuterungen und Begründung zur Qualitätssicherung auf Grundlage des Datensatzes nach Anlagen 2 und 10

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 10 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 ≥ 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.

Anlage 6a Qualitätssicherung Asthma bronchiale in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

Allgemein

Die Qualitätssicherung soll gewährleisten, dass die zentralen Intentionen, die mit dem strukturierten Behandlungsprogramm für Asthma bronchiale 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 1.6
- 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 der 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

Anlage 6a Qualitätssicherung Asthma bronchiale in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

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)² entwickelten und in Leitlinien³ beschriebenen Qualitätsindikatoren wurden bei der Auswahl der Qualitätsziele, sofern dies die Datenvorgabe erlaubt, entsprechend berücksichtigt.

Bei der Auswahl von QS-Zielen wurden die Aspekte berücksichtigt, die im strukturierten Behandlungsprogramm für Asthma bronchiale von zentraler Bedeutung sind. Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten anzustreben:

- Reduktion der asthmabedingten Letalität
- Vermeidung bzw. Reduktion von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen, (z. B. Symptome, akute Asthma-Anfälle/Exazerbationen) sowie krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag bzw. krankheitsbedingten Beeinträchtigung der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen,
- Vermeidung bzw. Reduktion einer Progredienz der Erkrankung
- Vermeidung bzw. Reduktion einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag und von unerwünschten Wirkungen der Therapie.
- Zur Erreichung dieser Ziele spielen neben der medikamentösen antiasthmatischen Therapie insbesondere nichtmedikamentöse Maßnahmen (z. B. Erstellen eines Selbstmanagement-Plans, körperliche Aktivitäten) sowie Schulungsmaßnahmen eine wichtige Rolle. Diese Maßnahmen verlangen die aktive Teilnahme der Versicherten.

In der medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale werden Dauertherapeutika (Medikamente, die als antientzündliche Basistherapie regelmäßig eingenommen werden) und Bedarfstherapeutika unterschieden. Unter den Bedarfstherapeutika spielen die inhalativen kurzwirksamen β -2-Symathomimetika eine wichtige Rolle für das Selbst-Management der Patienten, da sie je nach Bedarf z. B. bei akuter Dyspnoe durch Allergenexposition oder zu erwartender körperlicher Belastungssituation eingenommen werden.

Die medikamentöse Therapie des Asthma bronchiale orientiert sich am Schweregrad der Erkrankung. Es konnte gezeigt werden, dass inhalative Steroide aufgrund ihrer antiinflammatorischen Wirkung die Exazerbationsrate und somit auch die Häufigkeit notfallmäßiger Behandlungen reduzieren können,

² RAND: Research and Development- Collaboration (www.rand.org), NCQA: National Committee for Quality Assurance (www.ncqa.org), FACCT: FACCT (foundation for accountability; (www.facct.org), NHS: NHS (National Health Service) Performance Indicators. (www.doh.gov.uk), AQUA: Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (www.aqua-institut.de)

³ S. Abschnitt Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien. Literatur DMP Asthma/COPD 4. Nachtrag in der Fassung vom 15.01.2012

Anlage 6a Qualitätssicherung Asthma bronchiale in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

weshalb ihr frühzeitiger Einsatz als Dauertherapie empfohlen wird. Insbesondere bei inhalativer Therapie mit langwirksamen β -2 Sympathomimetika, aber auch bei den übrigen bronchodilatatorisch wirksamen Dauertherapien sollte gleichzeitig eine antiinflammatorische Therapie mit inhalativen Steroiden durchgeführt werden. Auch bei oraler Therapie mit Steroiden sollte eine inhalative Steroidgabe erfolgen, weshalb sich dieser Qualitätsindikator auf alle eingeschriebenen Patienten mit Dauermedikation bezieht.

Übereinstimmung mit bereits entwickelten Qualitätsindikatoren besteht auch auf dem Gebiet der nicht-medikamentösen Therapie (Qualitätsindikator „Schulungen“ und „Selbstmanagement-Plan“), da der Nutzen strukturierter Schulungsprogramme, die insbesondere auf das Selbstmanagement bei Verschlechterung der pulmonalen Situation ausgerichtet sind, ausreichend belegt ist. Weitere Qualitätsindikatoren beziehen sich auf die Häufigkeit der notfallmäßigen stationären und nicht-stationären Behandlungen als vergleichbare Parameter.

Literatur

- Marshall M, Campbell S, Hacker J, Roland MI: Quality Indicators for general practice. A practical guide for health professionals and managers. London u.a., Royal Society of Medicine Press Ltd. 2002
- Oedekoven C, Volmer T, Meyer . Indikatoren für das ambulante Qualitätsmanagement bei Patienten mit Asthma bronchiale. ZaeFQ 2000; 94:11-19
- Szecsenyi J, Stock J, Broge B : Qualität greifbarer machen: Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze; Managed Care 2003; 1:18-20

Schneider A, Broge B, Szecsenyi J. Müssen wir messen um (noch) besser zu werden? Die Bedeutung von Qualitätsindikatoren in strukturierten Behandlungsprogrammen und Qualitätsmanagement. Z. Alleg.Med. 2003; 79:547-552

Ein weiteres wichtiges Therapieziel ist die Reduktion notfallmäßiger stationärer Behandlungen wegen Asthma, wobei die derzeitigen Studienlage nur eine grobe Abschätzung darüber erlaubt, in welchem Ausmaß eine leitliniengerechte Therapie tatsächlich die Anzahl notfallmäßiger Behandlungen reduzieren kann . Die Zahl der notfallmäßigen nichtstationärer Behandlungen wegen Asthma hat sich als schwer operationalisierbar erwiesen und wird durch die Dokumentation daher nicht mehr abgebildet. Daher entfällt dieser Qualitätsindikator.

Literatur

Vermeidung notfallmäßiger Behandlungen

- Gibson PG, Powell H, Coughlan J et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software
- Rabe KF, Vermeire PA, Soriano KB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. Eur Respir J 2000; 16:802-807

Anlage 6a Qualitätssicherung Asthma bronchiale in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

- National Institute of Health. Global Initiative for Asthma - Global Strategy for Asthma Management and Prevention. www.ginasthma.com: 2002
- ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "Asthma bronchiale" 2001; www.leitlinien.de

Nichtmedikamentöse Therapie

- Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM: Effects of Educational interventions for self-management of asthma in children and adolescents: systematic review and metaanalysis. *BMJ* 2003; 326:1308-1309
- Gibson PG, Powell H, Coughlan J et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software
- Ram FSF, Robinson SM, Black PN. Physical training for asthma (Cochrane review) In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software

Medikamentöse Therapie

- Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie des Asthma bronchiale im Erwachsenenalter, 1. Aufl. 2001, AVP Sonderheft
- Walters EH, Walters J. Inhaled short acting beta2-agonist use in asthma: regular versus as needed treatment (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software
- Adams N, Bestall JM, Jones PW. Inhaled fluticasone at different doses for chronic asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Up-date Software
- Shrewsbury S, Pyke S, Britton M. Meta-analysis of increased dose of inhaled steroid or addition of salmeterol in symptomatic asthma (MIASMA). *BMJ* 2000;320:1368-73

Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.6

In der RSAV werden allen Beteiligten z. B. Patienten, ambulanten und stationären Ärzten Entscheidungshilfen geben, wann sie die nächste Versorgungsebene aufsuchen müssen bzw. die Notwendigkeit hierfür prüfen sollen. Der gewählte Qualitätsindikator hat wegen der ausgeprägten Spätfolgen einer systemischen Kortikosteroidtherapie für die betroffenen Patienten eine hohe Relevanz. Wegen der erheblichen Nebenwirkungen sollen zur Dauertherapie systemische Glukokortikosteroide nur in begründeten Einzelfällen zur Anwendung kommen. Dies soll dadurch gewährleistet werden, dass Patienten vor Beginn einer Dauertherapie mit Glukokortikosteroiden zu einem Facharzt überwiesen werden.

Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität

Anlage 6a Qualitätssicherung Asthma bronchiale in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

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 Asthma bronchiale fordert. Dementsprechend wurden QS-Ziele für diesen Bereich definiert: Die Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten 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

Anlage 6b Qualitätssicherung COPD der RSAV in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

Anlage 6b
Qualitätssicherung

V 3.1 - Stand 03.07.2008

QUALITÄTSSICHERUNG COPD
Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 12 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 12. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt.

Anlage 6b Qualitätssicherung COPD der RSAV in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie				
V. Reduktion des Anteils der Patienten, die systemische Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten.	Anteil der Patientinnen und Patienten, die in aufeinanderfolgenden Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide erhalten, bezogen auf alle Patienten <u>Zielwert:</u> ≤ 10% ³	<u>Zähler</u> Anzahl der Patienten mit Feld 8 (ISD) (sonstige diagnosespezifische Medikation) = „Systemische Glukokortikosteroide“ in der aktuellen Dokumentation <u>und</u> in der vorhergehenden Dokumentationen <u>Nenner:</u> Alle wegen COPD eingeschriebenen Patienten	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.6				
VI. Erhöhung des Anteils der Patienten, die bei Beginn einer notwendigen Dauertherapie mit oralen Steroiden zum Facharzt überwiesen werden.	Anteil der Patienten, die zum Facharzt überwiesen werden, unter allen Patienten mit einer erstmaligen systemischen Glukokortikoidtherapie über 2 aufeinanderfolgende Dokumentationen <u>Zielwerte:</u> ≥ 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 11 (ISD) (COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung) veranlasst = „ja“ in der vorhergehenden Dokumentation <u>Nenner:</u> Alle Patienten mit Feld 8 (ISD) (Sonstige diagnosespezifische Medikation) = „Systemische Glukokortikosteroide“ in der aktuellen Dokumentation und in der vorhergehenden Dokumentation und <u>nicht</u> in der vorletzten Dokumentation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

³ Der Nutzen einer oralen Glukokortikoidtherapie als Langzeitgabe ist nicht belegt, die Rate schwerwiegender Nebenwirkungen ist hoch. Der Anteil der Versicherten mit oraler Steroidlangzeittherapie sollte unter 5 % betragen.

Anlage 6b Qualitätssicherung COPD der RSAV in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation				
VII. Sicherstellung von Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation	Anteil der beim ersten Eingang vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen <u>Zielwert:</u> ≥95%	<u>Zähler:</u> Anzahl der bei Ersteingang vollständigen und plausiblen Dokumentationen <u>Nenner:</u> Anzahl aller eingegangenen Dokumentationen im Berichtszeitraum	Wenn nicht alle erforderlichen Datenfelder der Dokumentation vollständig und plausibel ausgefüllt sind	LE: Bitte um Nachlieferung der fehlenden oder unplausiblen Dokumentationsparameter Auswertung im Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung

Anlage 6b Qualitätssicherung COPD der RSAV in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)
Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien				
VIII. Reduktion von Exazerbationen	Entfällt	entfällt	Wenn Feld 2 (ISD) (Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation) > 1	Information des Versicherten über COPD über eine Versichertenbroschüre, maximal einmal pro Jahr
IX. Reduktion notfallmäßiger stationärer Behandlungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 3 (ISD) (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation) > 0	Information des Versicherten über COPD über eine Versichertenbroschüre, maximal einmal pro Jahr
6. Aktive Teilnahme der Versicherten				
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	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

Anlage 6b Qualitätssicherung COPD der RSAV in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
XII. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 10 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich	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 COPD Schulung abgerechnet wird. <u>Nenner:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 9 (ISD) (COPD-Schulung empfohlen) = „ja“	entfällt	Auswertung im Qualitätsbericht

Anlage 6b Qualitätssicherung COPD der RSAV in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

Erläuterungen und Begründung zur Qualitätssicherung auf Grundlage des Datensatzes nach Anlagen 2 und 12

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 12 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 ≥ 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

Anlage 6b Qualitätssicherung COPD der RSAV in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

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 COPD verbunden sind, auch tatsächlich umgesetzt werden. Gemäß der RSAV muss die Qualitätssicherung folgende sechs Bereiche abdecken:

1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.6
4. Einhaltung der in Verträgen vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität
5. Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation
6. 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 Leistungserbringer-bezogene Qualitätssicherung wird vorrangig über den **Feedback-Bericht** an den Leistungserbringer geleistet. Dieser Bericht wird halbjährlich erstellt und den teilnehmenden Ärzten zugesandt. Darin werden alle relevanten Daten ausgewertet und jeweils die Daten der eigenen Praxis dem Durchschnitt aller teilnehmenden Praxen gegenübergestellt. Dadurch ist ein aussagekräftiger Vergleich der jeweiligen Praxis mit dem Praxisdurchschnitt möglich. Zudem wird der teilnehmende Arzt durch allgemeine Hinweise und Fragen zur Optimierung der Patientenversorgung angeregt. Dadurch wird der Feedback-Bericht zu einem praktischen Instrument im Kreislauf der Qualitätsverbesserung.

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 führend, 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

Anlage 6b Qualitätssicherung COPD der RSAV in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien

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 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung von zentraler Bedeutung sind. Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten anzustreben:

- Reduktion der COPD-bedingten Letalität
- Vermeidung bzw. Reduktion von:
 - - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen)
 - krankheitsbedingte Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag
 - einer raschen Progredienz der Erkrankung
 - unerwünschten Wirkungen der Therapie
- bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie

Zur Erreichung dieser Ziele spielen neben der medikamentösen Therapie insbesondere nichtmedikamentöse Maßnahmen (z. B. Maßnahmen zur Raucherentwöhnung, körperliche Aktivitäten) sowie strukturierte Schulungsmaßnahmen eine wichtige Rolle. Diese Maßnahmen verlangen die aktive Teilnahme der Versicherten.

Der Verlust der Lungenfunktion bei COPD-Patienten ist insbesondere auf fortgesetztes Inhalationsrauchen und häufige Exazerbationen zurückzuführen. Rauchverzicht kann den Verlust der Lungenfunktion, gemessen an der Einsekundenkapazität, auf lange Sicht verringern. Hierbei erweist sich die Kombination aus individueller Gesundheitsaufklärung, regelmäßigen Gruppensitzungen und Nikotin-Ersatztherapie als langfristig wirksam.

Ambulante COPD-Schulungen im ambulanten Umfeld durch entsprechend ausgebildetes Personal haben einen wichtigen Stellenwert in den strukturierten Behandlungsprogramm, da sie sowohl die Lebensqualität verbessern, als auch Notfälle und Krankenhaustage reduzieren können.

Ziel der medikamentösen Behandlung der COPD ist es insbesondere, die Symptomatik zu verbessern und Exazerbationen früh zu behandeln sowie deren Rate zu reduzieren. Hierbei werden Bedarfstherapeutika (Medikamente, die bei Bedarf z. B. akuter Dyspnoe oder zu

Anlage 6b Qualitätssicherung COPD der RSAV in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

erwartender körperlicher Belastungssituation eingenommen werden) und Dauertherapeutika (Medikamente, die als antientzündliche Basistherapie regelmäßig eingenommen werden) unterschieden.

Eine Reduktion der Symptome ist durch kurz wirksame Betamimetika und Ipratropiumbromid gleichwertig möglich. Wegen der erheblichen Nebenwirkungen sollen zur Dauertherapie systemische Glukokortikosteroide nur in begründeten Einzelfällen zur Anwendung kommen.

Literatur

- ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "COPD" 2003; www.leitlinien.de
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2003. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute.
- Worth, H.; Buhl, R.; Cegla, U.; Criée, C. P.; Gillissen, A.; Kardos, P.; Köhler, D.; Magnussen, H.; Meister, R.; Nowak, D.; Petro, W.; Rabe, K. F.; Schultze-Werninghaus, G.; Sitter, H.; Teschler, H.; Welte, T.; Wettengel, R.: Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) Pneumologie 2002; 11

Nichtmedikamentöse Therapie

- Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC, Buist AS et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. JAMA 1994; 272(19): 1497-1505.
- Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166 (5): 675-679
- Monninkhof E, van der V, van der PJ, van Herwaarden C, Partridge G. Self-management education for patients with chronic obstructive disease: a systematic review. Thorax 2003; 58(5): 394-398.
- Cambach W, Wagenaar RC, Koelman TW, van Keimpema AR, Kemper HC: The long-term effects of pulmonary rehabilitation in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease: a research synthesis. Arch Phys Med Rehabil 1999; 80: 103-111
- Puente-Maestu L, Sanz ML, Sanz P, Cubillo JM, Mayol J, Casaburi R: Comparison of effects of supervised versus self-monitored training programmes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2000; 15(3): 517-525

Medikamentöse Therapie

- Brown CD, McCrory D, White J. Inhaled short-acting beta2-agonists versus ipratropium for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Appleton S, Poole P, Smith B, et al. Long-acting beta2-agonists for chronic obstructive pulmonary disease patients with poorly reversible airflow limitation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Anlage 6b Qualitätssicherung COPD der RSAV in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

- Highland KB, Strange C, Heffner JE. Long-term effects of inhaled corticosteroids on FEV1 in patients with chronic obstructive pulmonary disease. A Meta-analysis. *Ann Intern Med* 2003;138:969-73
- Barr RG, Rowe BH, Camargo CA. Methyl-xanthines for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2003;327:643
- Poole PJ, Black PN. Mucolytic agents for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Crockett AJ, Cranston JM, Moss JR, et al. Domiciliary oxygen for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Anlage 6b Qualitätssicherung COPD der RSAV in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

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)¹ entwickelten Qualitätsindikatoren orientieren sich größtenteils an der Diagnose Asthma bronchiale und sind nur bedingt auf die COPD übertragbar. Beispiele für ausschließlich für COPD entwickelte Qualitätsindikatoren sind den ICSI-Leitlinien sowie den Leitlinien der British Thoracic Society² zu entnehmen und wurden bei der Auswahl der Qualitätsziele, sofern dies die Datenvorgabe erlaubt, entsprechend berücksichtigt.

Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung haben gegenüber Patienten mit normaler Lungenfunktion eine geringere Lebenserwartung, wobei der Verlauf der Lungenfunktion maßgeblich die Prognose bestimmt. Der Verlust der Lungenfunktion ist insbesondere auf fortgesetztes Inhalationsrauchen und häufige Exazerbationen zurückzuführen.

Wichtige Qualitätsindikatoren beziehen sich demnach auf die Häufigkeit der notfallmäßigen stationären Behandlungen wegen COPD bzw. der Exazerbationen der Erkrankung. Ferner spielt die korrekte Inhalationstechnik für die Anwendung von inhalativ applizierten Medikamenten eine entscheidende Rolle, so dass eine regelmäßige Überprüfung der Inhalationstechnik notwendig ist. Der bisherige Qualitätsindikator „Erhöhung des Anteils der rauchenden Patienten, denen ein Rauchverzicht empfohlen wurde“ lässt sich durch die Dokumentationsparameter nicht mehr darstellen. An seiner Stelle wurde ein Indikator zum Anteil der Raucher unter den teilnehmenden Patienten aufgenommen, über den sich beobachten lässt, ob dieser Anteil sich im DMP-Verlauf erniedrigt.

Einigkeit besteht auch darin, dass bei der COPD die Mitarbeit der Patienten eine entscheidende Rolle spielt. Insofern gelten Schulungen ebenfalls als wichtiges abprüfbares Qualitätsziel.

¹RAND: Research and Development- Collaboration (www.rand.org)

NCQA: National Committee for Quality Assurance (www.ncqa.org)

FACCT: FACCT (foundation for accountability; (www.facct.org))

NHS: NHS (National Health Service) Performance Indicators. (www.doh.gov.uk)

AQUA: Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (www.aqua-institut.de)

²ICSI: Institute for Clinical Systems Improvement. COPD. 2003. www.icsi.org
British Thoracic Society. Rehabilitation. Thorax 2001.; 56:827-34

Anlage 6b Qualitätssicherung COPD der RSAV in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

Literatur

- Marshall M et al: Quality Indicators for general practice. A practical guide for health professionals and managers. London u.a., Royal Society of Medicine Press Ltd. 2002
- Oedekoven C, Volmer T, Meyer . Indikatoren für das ambulante Qualitätsmanagement bei Patienten mit Asthma bronchiale. ZaeFQ 2000; 94:11-19
- Szecsenyi J, Stock J., Broge B : Qualität greifbarer machen: Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze; Managed Care 2003; 1:18-20

Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.6

In der RSAV werden allen Beteiligten z. B. Patienten, ambulanten und stationären Ärzten Entscheidungshilfen geben, wann sie die nächste Versorgungsebene aufsuchen müssen bzw. die Notwendigkeit hierfür prüfen sollen. Der gewählte Qualitätsindikator hat wegen der ausgeprägten Spätfolgen einer systemischen Kortikosteroidtherapie für die betroffenen Patienten eine hohe Relevanz. Wegen der erheblichen Nebenwirkungen sollen zur Dauertherapie systemische Glukokortikosteroide nur in begründeten Einzelfällen zur Anwendung kommen. Dies soll dadurch gewährleistet werden, dass Patienten vor Beginn einer Dauertherapie mit Glukokortikosteroiden zu einem Facharzt überwiesen werden.

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

Anlage 6b Qualitätssicherung CQPD der RSAV in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

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 COPD fordert. Dementsprechend wurden QS-Ziele für diesen Bereich definiert: Die Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten, die und 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. Hierunter fällt auch die Bestrebung den Patienten bei der Änderung von Verhaltensweisen zu unterstützen. Insbesondere bei Wunsch nach Beendigung eines Tabakkonsums kann seitens der betreuenden Krankenkasse informative Unterstützung geboten und auf entsprechende Programme hingewiesen werden.

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

Anlage 7a

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

Leistungserbringer-Verzeichnis Asthma bronchiale (ambulanter Sektor)

Versorgungsebenen (nur Einfachnennung möglich)

- A1 = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß § 73 sowie der vertraglich vereinbarten Strukturqualität [1. Ebene]
- A2 = Vertraglich eingebundene (pneumologisch) qualifizierte Fachärzte (Strukturqualität ist zu definieren, muss über der der „normalen“ Hausärzte liegen) oder ein vertraglich eingebundenes Krankenhaus, das nach § 116b SGB V bzw. durch Ermächtigung an der ambulanten Versorgung teilnimmt [1. Ebene, Ausnahmefälle]
- A_K = Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin [1. Ebene]
- B1 = pneumologisch qualifizierter Arzt gemäß der vertraglich vereinbarten Strukturqualität, der in die 2. Versorgungsebene vertraglich eingebunden ist, oder qualifizierte Einrichtungen, die für die Erbringung der Leistung(en) der 2. Versorgungsebene zugelassen oder ermächtigt sind oder die nach § 116b SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen
- B_K = Pneumologisch qualifizierte Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (für die fachliche Qualifikation ist z.B. die Zusatzbezeichnung Allergologie und/ oder pneumologischer Behandlungsschwerpunkt ausreichend)

Schulungsberechtigung (Mehrfachnennungen möglich)

1 = **Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und**

Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.

2 = **NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene**

Asthmatiker (eine Fortentwicklung bzw. Variation von **AFAS = Die Ambulante**

Fürther Asthmaschulung)

LANR.		BSNR		angestellter Arzt/Vertragsarzt ¹	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Telefon-Nr.	Koord. Arzt		Ver-sorg.-ebene	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Schulungsberechtigung	
LANR ab	LANR bis	BSNR ab	BSNR bis											Eintrittsdatum	Austrittsdatum					

Hinweise

In der Spalte „Koord. Ärzte“ ist jeweils das Eintritts- und ggf. das Austrittsdatum einzutragen.

Das Verzeichnis ist zunächst nach Koord. Ärzten/ Nicht-koord. Ärzten, sodann nach Beginn der Teilnahme zu sortieren.

¹ Vertragsarzt/angestellter Arzt; in diese Spalte ist pro Arzt entweder die Ziffer 1 oder 2 einzutragen (1=Vertragsarzt/2=angestellter Arzt)

Anlage 7b

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

Leistungserbringer-Verzeichnis COPD (ambulanter Sektor)

Versorgungsebenen (nur Einfachnennung möglich)

- A1 = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß § 73 sowie der vertraglich vereinbarten Strukturqualität [1. Ebene]
- A2 = Vertraglich eingebundene (pneumologisch) qualifizierte Fachärzte (Strukturqualität ist zu definieren, muss über der der „normalen“ Hausärzte liegen) oder ein vertraglich eingebundenes Krankenhaus, das nach § 116b SGB V bzw. durch Ermächtigung an der ambulanten Versorgung teilnimmt [1. Ebene, Ausnahmefälle]
- B1 = pneumologisch qualifizierter Arzt gemäß der vertraglich vereinbarten Strukturqualität, der in die 2. Versorgungsebene vertraglich eingebunden ist, oder qualifizierte Einrichtungen, die für die Erbringung der Leistung(en) der 2. Versorgungsebene zugelassen oder ermächtigt sind oder die nach § 116b SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen

1 = **Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Lungenemphysem – Ambulantes Schulungsprogramm für COPD-Patienten (COBRA)**, eine Umbenennung von das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE)

Schulungsberechtigung (Mehrfachnennungen möglich)

LANR		BNR.		Angestellter Arzt/Vertragsarzt ¹	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Telefon-Nr.	Koord. Arzt		Versorg.-ebene	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Schulungsberechtigung	
LANR ab	LANR bis	BSNR ab	BSNR bis											Eintrittsdatum	Austrittsdatum					

Hinweise

In der Spalte „Koord. Ärzte“ ist jeweils das Eintritts- und ggf. das Austrittsdatum einzutragen.

Das Verzeichnis ist zunächst nach Koord. Ärzten/ Nicht-koord. Ärzten, sodann nach Beginn der Teilnahme zu sortieren.

¹ Vertragsarzt/angestellter Arzt; in diese Spalte ist pro Arzt entweder die Ziffer 1 oder 2 einzutragen (1=Vertragsarzt/2=angestellter Arzt)