

## **Anlage 9**

# **Anlage Qualitätssicherung**

## **QUALITÄTSSICHERUNG COPD**

**V 4 Stand 01.03.2017 anzuwenden ab 01.01.2018**

**auf der Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 12 DMP-A-RL**

### **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 DMP-A-RL. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt.

4. Änderungsvereinbarung vom 01.04.2019 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V



QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
II. Vermeidung von Exazerbationen	Anteil von Teilnehmer/Innen mit einer oder mehr Exazerbationen bei Betrachtung der letzten 6 Monate, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmer/Innen  <u>Zielwert:</u> $\leq 20\%^2$	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer/Innen mit Feld 2 (ISD) (Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation) während der letzten 6 Monate >0  <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Teilnehmer/Innen mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback  <i>LE: Information durch das Feedback</i>
III. Hoher Anteil an rauchenden Teilnehmer/Innen, die eine Empfehlung zum Tabakverzicht erhalten	Anteil der rauchenden Teilnehmer/Innen, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zum Tabakverzicht gegeben wurde, bezogen auf die eingeschriebenen rauchenden Teilnehmer/Innen	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer/Innen mit Feld 12 (ISD) (Empfehlung zum Tabakverzicht ausgesprochen) = ja  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer/Innen mit Feld 16 (AD) (Raucher) = ja	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
IV. Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmer/Innen, die nach einer Empfehlung zur Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm noch nicht an einem solchen teilgenommen haben	Anteil an aktuell rauchenden Teilnehmer/Innen, die trotz einer Empfehlung zur Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm nie im Rahmen des DMP an einem solchen Programm teilgenommen haben, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmer/Innen	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer/Innen mit Feld 14 (ISD) (an einem Tabakentwöhnungsprogramm teilgenommen) = nein  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer/Innen mit Feld 16 (AD) (Raucher) = ja und in einer Vordokumentation Feld 13 (ISD) (Empfehlung zur Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogramm ausgesprochen) = ja und nicht Feld 14 (ISD) (an einem Tabakentwöhnungsprogramm teilgenommen) = war aktuell nicht möglich	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

<sup>2</sup> Exakte Daten zur Berechnung der Zielwerte dieses Qualitätsindikators liegen nicht vor. Orientierend kann eine jährliche Exazerbationsrate von 2,5-3 Exazerbationen /Patient angenommen werden, ca. 30 % davon erfordern eine notfallmäßige stationäre Behandlung.

**Literatur:** Seemungal TA, Donaldson GC, Paul EA, Bestall JC, Jeffries DJ, Wedzicha JA. Effect of exacerbation on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 1998 May;157(5 Pt 1):1418-22. Wedzicha JA, Donaldson GC. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Care.* 2003 Dec;48(12):1204-13; **Bourbeau J, et al:** Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management Intervention. *Arch Intern Med.* 2003 Mar 10;163(5):585-91

4. Änderungsvereinbarung vom 01.04.2019 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
V. Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmer/Innen	a) Anteil aktuell rauchender Teilnehmer/Innen, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmer/Innen b) Anteil aktuell rauchender Teilnehmer/Innen, bezogen auf alle Teilnehmer/Innen, die bei Einschreibung geraucht haben	a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer/Innen mit Feld 16 (AD) (Raucher) = ja <u>Nenner:</u> alle Teilnehmer/Innen b) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer/Innen mit Feld 16 (AD) (Raucher) = ja <u>Nenner:</u> alle Teilnehmer/Innen mit Feld 16 (AD) (Raucher) = ja in der Erstdokumentation, bei denen mindestens eine Folgedokumentation vorliegt.	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
VI. Hoher Anteil an Teilnehmer/Innen, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde	Anteil der Teilnehmer/Innen, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde, bezogen auf alle Teilnehmer/Innen Zielwert: ≥ 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer/Innen mit Feld 7 (ISD) (Inhalationstechnik überprüft) = ja <u>Nenner:</u> alle Teilnehmer/Innen	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
VII. Niedriger Anteil an Teilnehmer/Innen mit nicht indiziertem Einsatz an inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS)	Niedriger Anteil an aktuellen Teilnehmer/Innen mit FEV1 ≥ 50% ohne Komorbidität Asthma, die mit ICS behandelt werden, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmer/Innen	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer/Innen mit Feld 1 (ISD) (aktueller FEV1-Wert) >=50 <u>Nenner:</u> alle Teilnehmer/Innen mit Feld 8 (ISD) (Sonstige diagnosespezifische Medikation) = Inhalative Glukokortikosteroide und nicht Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen) = Asthma bronchiale	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
VIII. Hoher Anteil an Teilnehmer/Innen mit einmal jährlich erfolgter klinischer Einschätzung des Osteoporose-Risikos	Anteil der aktuellen Teilnehmer/Innen mit mindestens einer dokumentierten Osteoporose-Risikoeinschätzung in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmer/Innen	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer/Innen mit Feld 1a (ISD) (Klinische Einschätzung des Osteoporose-Risikos durchgeführt) während der letzten 12 Monate >= 1 <u>Nenner:</u> alle Teilnehmer/Innen mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
IX. Niedriger Anteil an Teilnehmer/Innen, die systemische Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten	Anteil der Teilnehmer/Innen, die in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer/Innen  <u>Zielwert:</u> ≤ 10%	<u>Zähler</u> Anzahl der Teilnehmer/Innen mit Feld 8 (ISD) (sonstige diagnosespezifische Medikation) = Systemische Glukokortikosteroide in der aktuellen Dokumentation und in der vorhergehenden Dokumentation  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer/Innen mit mindestens zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
X. Hoher Anteil von Teilnehmer/Innen, die eine Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen körperlichen Training erhalten	Anteil der Teilnehmer/Innen, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen körperlichen Training gegeben wurde, bezogen auf alle Teilnehmer/Innen	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer/Innen mit Feld 15 (ISD) (Empfehlung zum körperlichen Training ausgesprochen) = ja <u>Nenner:</u> alle Teilnehmer/Innen	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
XI. Hoher Anteil an Teilnehmer/Innen mit jährlich einmal ermitteltem FEV1-Wert	Anteil an aktuellen Teilnehmer/Innen mit einem dokumentierten FEV1-Wert in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle aktuellen Teilnehmer/Innen	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer/Innen mit mindestens einer numerischen Angabe in Feld 1 (ISD) (aktueller FEV1-Wert) in den letzten 12 Monaten <u>Nenner:</u> alle Teilnehmer/Innen ≥ 12 Monate	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Reduktion von Exazerbationen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 2 (ISD) (Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation) > 1	Information des Versicherten über COPD z. B. über eine Versichertenbroschüre, maximal einmal pro Jahr
II. 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 z. B. über eine Versichertenbroschüre, maximal einmal pro Jahr
III. 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
IV. Reduktion des Anteils der rauchenden Teilnehmer/Innen	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 19 (AD) (von Teilnehmer/Innen gewünschte Informationsangebote) = Tabakverzicht	V: Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung
V. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 10 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = nein oder zweimal war aktuell nicht möglich	V: Aufklärung/ Information über die Wichtigkeit von Schulungen, maximal einmal pro Jahr

## **Erläuterungen zur Qualitätssicherung auf Grundlage des Datensatzes nach Anlage 2 und Anlage 12 DMP-A-RL**

### **Abkürzungen**

LE = Leistungserbringer

V = Versichertenkontakt

QS = Qualitätssicherung

AD = Allgemeiner Datensatz der Anlage 2

ISD = Indikationsspezifischer Datensatz der Anlage 12

## 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 und Feldnennungen (ISD) auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 12 DMP-A-RL. 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.

### 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 sowie den diese ergänzenden oder ersetzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung 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 arztbezogene Qualitätssicherung wird vorrangig über den **Feedback-Bericht** an -die Ärzte 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

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

Medizinischer Kernpunkt der QS ist die Behandlung nach den Empfehlungen evidenz-basierter 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 Behandlungsprogrammen, 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 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](http://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, Ft.; Cegla, U.; Criege, C. P.; Gillissen, A.; Kardos, P.; Köhler, D.; Magnussen, H.; Meister, R.; Nowak, D.; Petra, 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 d, V, van der PJ, van Herwaarden C, Partridge G. Selfmanagement 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: 103-11
- 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

4. Änderungsvereinbarung vom 01.04.2019 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

### *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.
- 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.

### **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 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 Society<sup>2</sup> zu entnehmen und wurden bei der Auswahl der Qualitätsziele, sofern dies die Datenvorgabe erlaubt, entsprechend berücksichtigt.

4. Änderungsvereinbarung vom 01.04.2019 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

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.

<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>ICSI: Institute for Clinical Systems Improvement. COPD. 2003. [www.icsi.org](http://www.icsi.org) Britsh Thoracic Society. Rehabilitation. Thorax 2001;; 56:827-34

#### **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, StockJ., 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 sowie den diese ergänzenden oder ersetzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung 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 Ziffer 2 der Anlage 11 der DMP-A-Richtlinie - wird in den Qualitätssicherungsanlagen auf eine explizite Nennung des Bereichs „einzuhaltende Strukturqualität“ verzichtet.

Ärzte bzw. die sonstigen Leistungserbringer 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 Ärzte 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 sowie die diese ergänzenden oder ersetzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung für strukturierte Behandlungsprogramme für COPD fordert. Dementsprechend wurden QS-Ziele für diesen Bereich definiert: Die Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten 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