

# Koronare Herzkrankheit – Zertifizierte Behandlungsqualität

Programmbeschrieb mit den Indikatoren

Version 5.1  
Juni 2020

## 1. Einleitung

Optimal zum Tragen kommen die Fähigkeiten der Gesundheitsprofis im Rahmen guter organisatorischer und medizinischer Strukturen und Prozesse. Das EQUAM Zertifizierungsprogramm für Ärztinnen und Ärzte macht die Qualitätsverbesserung auf dieser Ebene sichtbar, fördert und unterstützt sie.

Das EQUAM Zertifizierungssystem besteht aus drei Zertifizierungsarten:

### — **Zertifizierte Behandlungsqualität**

- Arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus
- **Koronare Herzkrankheit (KHK)**
- Medikationssicherheit

### — **Zertifizierte Qualität von Gesundheitseinrichtungen**

- Grundversorgerpraxis
- Pädiatriepraxis
- Spezialarztpraxis
- Radiologie-Institut

### — **Zertifizierte Qualität der integrierten Versorgung**

- Ärztenetz



EQUAM arbeitet seit Jahren mit akkreditierten Indikatorensets für die Zertifizierung von Einzelpraxen, Ärztenetzen und HMO-Praxen, seit 2005 bei der Zertifizierungsart «Zertifizierte Qualität von Gesundheitseinrichtungen» auf der Basis der Indikatoren des European Practice Assessment (EPA). Bis 2007 setzte sich das Zertifizierungsset – wie fast alle Qualitätsbemessungssysteme – vorwiegend aus Indikatoren und Standards der Struktur- und Prozessqualität zusammen. Das zweistufige EQUAM System beinhaltete bis dahin das Basis-Indikatorenset für Gesundheitseinrichtungen und einen ergänzenden Teil für Gesundheitseinrichtungen und Ärztenetze, bestehend aus höherwertigen Prozessindikatoren der integrierten Versorgung.

Mit dem klinischen Teil wird das Zertifizierungssystem um Indikatoren aus der Performance- und Outcome-Qualität ergänzt. Sie bilden die Zertifizierungsart «Zertifizierte Behandlungsqualität», die Ärztinnen und Ärzte zum Führen dieses Zertifikats berechtigt. Noch mehr als zuvor hebt sich damit das Zertifizierungssystem von EQUAM von andern Qualitätslabeln ab, die vorzugsweise Praxisabläufe bewerten und keine klinischen und medizinischen Indikatoren berücksichtigen.

Für weitere Informationen zu diesem Zertifizierungsprogramm, zum Ablauf oder zur Anmeldung nehmen Sie mit uns Kontakt auf: [office@equam.ch](mailto:office@equam.ch) oder 031 302 86 87.

## 2. Indikatoren der Qualitätsmessung:

1. Erfassung und Dokumentation
  - a. Identifikation der KHK-Patientinnen und -patienten
  - b. Identifikation der KHK-Patientinnen und -patienten mit Myokardinfarkt
  - c. Erhebung des Raucherstatus
  - d. Dokumentation in KG
2. Basis-Diagnostik
  - a. KHK-Guideline
  - b. Diagnosequalität
3. Blutdruckkontrollen und Blutlipide
  - a. Regelmässige Kontrollen
  - b. Normotonie-Rate
4. Medikation
  - a. Guideline

## 3. Grundlagen

Die Standards zu den Qualitätsprogrammen «Hypertonie / Diabetes mellitus / Koronare Herzkrankheit – Zertifizierte Behandlungsqualität» leiten sich von den international validierten Qualitätsindikatoren des deutschen Versicherers AOK ab. EQUAM ist eine Kooperation mit dem Bundesverband AOK eingegangen, in dessen Mandat das AQUA-Institut<sup>1</sup> klinische Indikatoren für Ärztenetze erarbeitet und validiert hat.

Die im Grundsatz übernommenen AOK-Indikatoren sind zum Zweck einer Zertifizierung in Subindikatoren, Mindestanforderungen und Prüfitems umgearbeitet worden. Sie richten sich – wie die AOK-Indikatoren – nach den Prinzipien der Evidence Based Medicine und wurden drei Expertisen durch ausgewiesene Spezialisten sowie diversen Praktikabilitätsprüfungen unterzogen. Die EQUAM Fachgruppe überprüft die Indikatoren und Standards regelmässig.

EQUAM Programme werden mindestens alle 5 Jahre einer Revision unterzogen. Redaktionelle Anpassungen werden einmal pro Jahr eingepflegt. Die vorliegende Version 5 ist bis November 2023 gültig (vgl. Kapitel 8).

---

<sup>1</sup> AQUA-Institut für angewandte Qualitätsforschung in Göttingen D.

## 4. Allgemeine Bestimmungen

Für eine Zertifizierung «Koronare Herzkrankheit – Zertifizierte Behandlungsqualität» sind folgende Voraussetzungen und Bemerkungen zu beachten:

- Das Audit umfasst einen zuvor festzulegenden Beobachtungszeitraum von mindestens sechs Monaten. In dieser Zeitspanne hat die Praxis im Hinblick auf die Zertifizierung die geforderten Daten zu sammeln und die entsprechenden Aufzeichnungen zu führen.
- Das Modul «Koronare Herzkrankheit - Zertifizierte Behandlungsqualität» enthält ausschliesslich Mindestkriterien. Mindestkriterien müssen zum Zeitpunkt des Audits erfüllt sein. Stellt der / die Auditor\_in fest, dass ein Mindestkriterium nicht erfüllt ist, so muss die Erfüllung des Mindestkriteriums nach dem Audit nachgewiesen werden. Ansonsten kann das Zertifikat nicht vergeben werden.
- Angelehnt an die Festlegungen des UK Quality of Outcomes Framework QOF2 ist es möglich, bei der Kriterienbeurteilung Ausnahmen geltend zu machen. Das heisst, die Ärztin, der Arzt kann bei den Indikatoren der Bereiche Prozesse und Ergebnisse für eine jeweilige Patientin, für einen jeweiligen Patienten Ausnahmen definieren. Mögliche Ausnahmen sind jeweils bei den Indikatoren vermerkt. Weitere Beispielgründe können im Rahmen der Audits angebracht werden. Bei Überarbeitungen des Programmes werden sie gegebenenfalls ergänzt. Diese Fälle werden trotz ihres Ausnahmestatus ins Patientenregister aufgenommen und im Audit als solche begründet und diskutiert. Die Ausnahmefälle werden bei der Berechnung des Erfüllungsgrades nicht miteinbezogen. Beispiel: Wenn zehn Krankengeschichten auf einen Indikator hin diskutiert und zwei Ausnahmefälle definiert werden, wird das Resultat aufgrund von acht Krankengeschichten berechnet.
- Die Praxis hat auf das Audit hin ein KHK-Register (alle KHK-Patientinnen und -Patienten der Praxis) vorzulegen, resp. zu generieren. Dieses Register muss mindestens 20 Dossiers umfassen. Am besten definiert die Praxis im Vorfeld der Registererstellung ein Verfahren zur Extraktion der KHK-Patientinnen und -Patienten aus der elektronischen Krankengeschichte.
- Wenn eine Zertifizierung nach Behandlungsqualität grundsätzlich auch mit einer manuell geführten Krankengeschichte durchgeführt werden kann, empfiehlt sich dringend die Führung einer elektronischen Akte.
- Ausserdem ist es ratsam, bereits vor der Erstellung des Patientenregisters ein Konzept zur systematischen Erfassung und Behandlung der Patientinnen und -Patienten mit koronarer Herzkrankheit zu erstellen. Die Konzepterstellung schärft die Aufmerksamkeit bei der Identifizierung von und beim Umgang mit dieser Patientengruppe.

---

<sup>2</sup> qof.digital.nhs.uk und genauer NHS Digital 2016:10ff

- Der / die Auditor\_in nimmt im Rahmen des Audits in nicht anonymisierte Krankengeschichten des Patientenregisters und des Gesamtpatientenpools Einsicht. Die Auditorinnen / Auditoren unterstehen im Rahmen Ihres Audit-Auftrags vertraglich unter Geheimhaltungspflicht, die über die Vertragsdauer gilt. Auf der Website der EQUAM Stiftung ([www.equam.ch/downloads](http://www.equam.ch/downloads)) kann ein Musterbeispiel für einen entsprechenden Hinweis an Patientinnen und Patienten im Anmeldeformular oder auf einem Aushang im Wartezimmer heruntergeladen werden.
- Die Auswahl von Stichproben an (manuellen oder elektronischen) Krankengeschichten erfolgt zufällig und nach den Anordnungen der Auditorin, des Auditors.
- In die Wertung einbezogen und nach den EQUAM Standards geprüft werden nur Akten von Patientinnen und Patienten, deren Diagnose in der Praxis gestellt worden ist. Bei auswärts gestellten Diagnosen (also bei früheren Hausärztinnen und Hausärzten, Spezialisten oder Spitälern) sind gewisse Parameter – wie frühere Untersuchungsergebnisse, aber auch die Diagnosestellung – erfahrungsgemäss kaum mehr dokumentierbar. Es ist aber dringend empfohlen, im Hinblick auf eine Rezertifizierung solche Parameter zu verifizieren. Namentlich sollte bei einem nächsten Kontrolltermin die Diagnose geprüft werden. Ebenso sollte die Ärztin, der Arzt prüfen, wann der / die Patient\_in zum letzten Mal die geforderten Untersuchungen durchlaufen hat und sollte, gegebenenfalls, die entsprechenden Untersuchungen anordnen. Dies muss in die Zielsetzungen nach durchgeführtem Audit einfließen (siehe folgender Abschnitt). Hat die zu zertifizierende Ärztin, der zu zertifizierende Arzt bislang weniger als 30 KHK-Diagnosen gestellt, so entfällt der Nachweis der Diagnose für diejenigen Patientinnen und Patienten, die bereits mit der Diagnose Diabetes übernommen wurden.
- Das Zertifikat wird für eine Zeitspanne von drei Jahren ausgestellt.

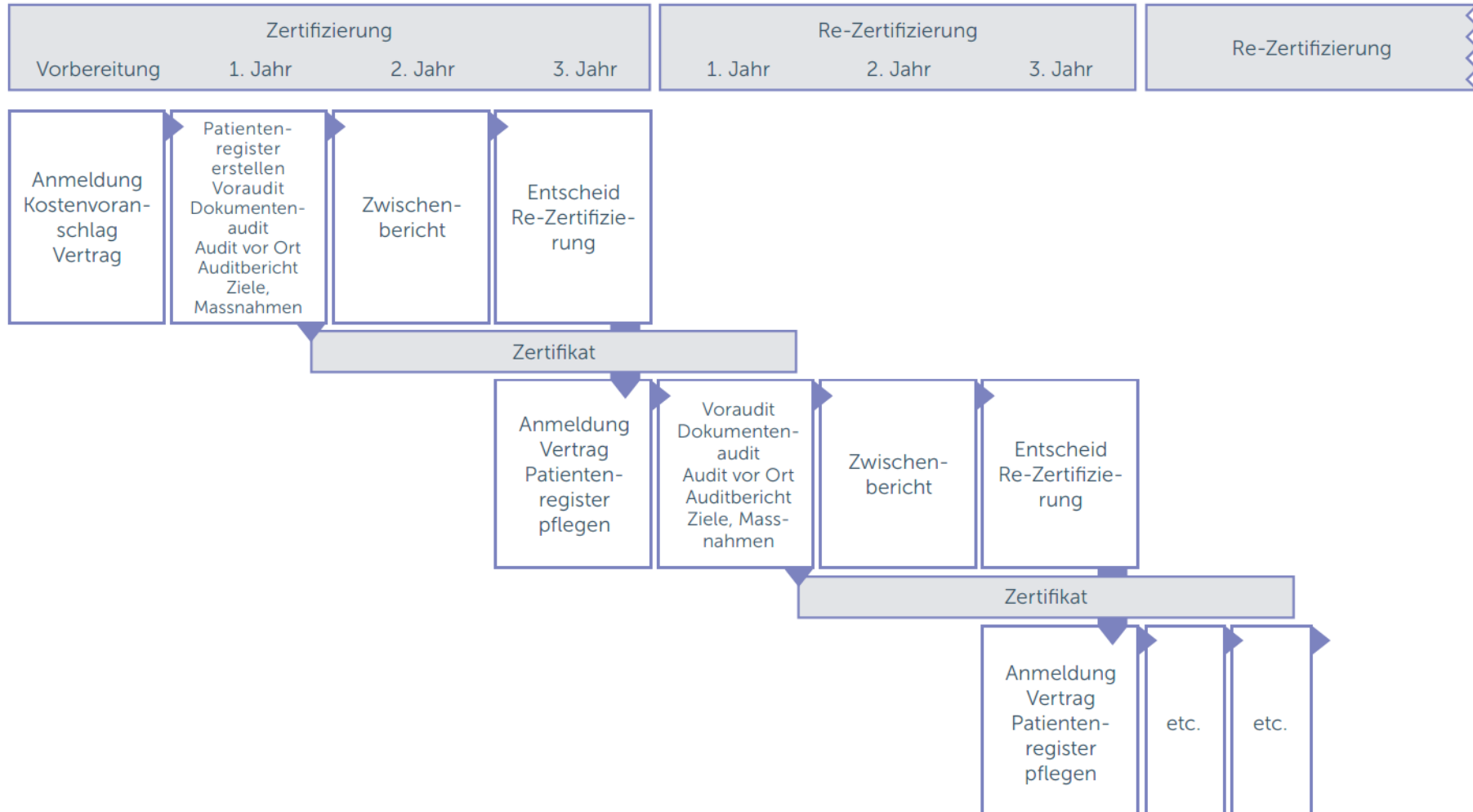
## 5. Laufende Qualitätsverbesserung

Wie dies für alle EQUAM Zertifizierungsprogramme gilt, hat die Praxis auch im Anschluss an das Audit zur Behandlungsqualität Zielsetzungen mit einem Massnahmenplan zur weiteren Qualitätsverbesserung auszuarbeiten und dem / der Auditor\_in vorzulegen. Diese Planung hat drei wesentlichste Defizite zum Thema, die im Audit aufgedeckt worden sind.

Der / die Auditor\_in beurteilt vor dem Antrag zur Zertifikatserteilung, ob die vorgeschlagenen Ziele und Massnahmen angemessen sind. Die EQUAM Stiftung kann weitergehende Verbesserungen verlangen.

Im Jahr nach der Zertifizierung nimmt die EQUAM Stiftung mit der Ärztin, mit dem Arzt Kontakt auf und fordert dazu auf, zu den gesetzten Zielen und Massnahmen Stellung zu beziehen. Die Ärztin, der Arzt definiert mindestens zwei neue Ziele für die verbleibende Laufzeit des Zertifikats.

## 6. Der Programmablauf



7. Indikatoren der Qualitätsmessung:

Thema	Anforderungen	Messparameter	erfüllt
<b>Indikator 1: Die KHK-Patientinnen und -Patienten werden mit dieser Diagnose identifiziert und in der KG als solche dokumentiert.</b>			
<b>1.1</b>  <b>Die Praxis kann ihre KHK-Patientinnen und -Patienten identifizieren.</b>	<b>1.1.1</b>  Die Praxis hat ein manuelles oder elektronisches System zur Identifizierung der KHK-Patientinnen und -Patienten.	Die Praxis erklärt das Identifikationssystem und demonstriert die Generierung eines <b>KHK-Registers</b> (alle in der Praxis als KHK-Patientinnen und -Patienten Erfasste).  Die Praxis benennt den verwendeten Diagnose-Code (Tessiner-Code, ex Tarmed, eigener Code etc.).	<input type="checkbox"/>
<b>1.2</b>  <b>Die Diagnose KHK ist in der KG dokumentiert.</b>	<b>1.2.1</b>  Die Praxis hält die Diagnose KHK in der elektr. oder manuellen KG fest (Diagnose- oder Problemliste).	Die Praxis zeigt anhand eines Samples (n=10) aus dem <b>KHK-Register</b> , wie sie die Diagnose dokumentiert.  In mind. 90 % ist die Diagnose in einer Diagnose- oder Problemliste dokumentiert.	<input type="checkbox"/>
<b>1.3</b>  <b>Diagnosequalität: Die Diagnosestellung basiert auf den Richtlinien der EBM.</b>	<b>1.3.1</b>  Die Praxis dokumentiert, aufgrund welcher Parameter die Diagnose KHK gestellt worden ist.	Sample (n=10) aus <b>KHK-Register</b> :  Bei mind. 90 % ist die Diagnose KHK nachweislich nach dem untenstehenden <b>EQUAM Minimal Standard</b> gestellt worden.	<input type="checkbox"/>
<b>EQUAM Minimal Standard für die Diagnostik:</b> <i>Die Diagnose KHK erfordert den Nachweis von (und / oder):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>— <i>verifizierte / abgeklärte persönliche Anamnese mit kardialem Ereignis (Infarkt, Angina pectoris)</i></li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>— <i>positive Untersuchungsergebnisse von EKG, Ergometrie, Herzkatheter, Echokardiografie, Stressechokardiographie oder Myokardszintigrafie (spezialärztliche Untersuchungsberichte)</i></li> <li>— <i>St. n. Stenting oder koronarer Bypassoperation (Operationsbericht)</i></li> </ul>		
	1.3.2 Die Praxis ermittelt das 10-Jahresrisiko für ein tödliches Koronarereignis oder einen nicht-tödlichen Myokardinfarkt anhand des AGLA Score.	Sample (n=10) aus <b>KHK-Register:</b> Bei $\geq 90\%$ ist das 10-Jahresrisiko anhand des AGLA Score dokumentiert.	<input type="checkbox"/>

Thema	Anforderungen	Messparameter	erfüllt
Indikator 2: Diagnostik, Untersuchung und Behandlung der KHK-Patientinnen und -Patienten richten sich nach Evidence Based Medicine.			
2.1 <b>KHK-Guideline</b>	2.1.1 Die Praxis arbeitet für die Diagnosestellung, Weiterabklärung und Therapie der KHK-Patientinnen und -Patienten nach einer einheitlichen <b>Guideline</b> .	Die Praxis kann eine aktuelle und vollständige <b>KHK-Guideline</b> vorlegen, beinhaltend untenstehende <b>EQUAM Minimal Standards</b> .  Die <b>Guideline</b> ist nachweislich in den letzten 5 Jahren in einem Qualitätszirkel besprochen worden (Dokumentation mittels Protokoll).	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
	<b>EQUAM Minimal Standard für den Inhalt der KHK-Guideline:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>— <i>Diagnosestellung (siehe Minimal Standard unter Subindikator 1.3)</i></li> <li>— <i>Weiterabklärung und periodische Untersuchungen</i></li> <li>— <i>Patientenschulung und -beratung (Sekundärprävention)</i></li> <li>— <i>Therapie-Richtlinien</i></li> </ul>		



Thema	Anforderungen	Messparameter	erfüllt
<b>Indikator 3: Blutdruckkontrollen</b>			
<b>3.1</b>  <b>KHK-Patientinnen und -Patienten werden regelmäßigen Blutdruckkontrollen unterzogen.</b>           <b>Outcome-Qualität</b>	<b>3.1.1</b>  Für mind. 90 % der KHK-Patientinnen und -Patienten ist eine mindestens jährliche Blutdruckkontrolle dokumentiert.	Sample (n=10) aus <b>KHK-Register</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>3.1.2</b>  Für mind. 90 % der KHK-Patientinnen und -Patienten mit einer Hypertonie ( $\geq 140/90$ ) ist eine mindestens jährliche Blutdruckkontrolle dokumentiert.	Sample aus <b>KHK-Register</b> , manuelles oder elektr. Ausfiltrieren der KHK-Patientinnen und -Patienten <u>mit Hypertonie</u> (bis n=10 erreicht ist)	<input type="checkbox"/>
	<b>3.1.3</b>  Mind. 90 % der KHK-Patientinnen und -Patienten mit Hypertonie erhalten eine antihypertensive Therapie.	gleiches Sample wie unter 3.1.2: 10 KHK-Patientinnen und -Patienten mit Hypertonie	<input type="checkbox"/>
	<b>3.1.4</b>  Mind. 33 % der KHK-Patientinnen und -Patienten mit Hypertonie erreichen normotone Werte ( $\leq 140/90$ ).	Für mind. 33 % der KHK-Patientinnen und -Patienten mit Hypertonie (gleiches Sample wie unter 3.1.3) werden normotone Werte dokumentiert.  Massgebend sind die letzten gemessenen Werte inkl. Selbstmessungsreihen.	<input type="checkbox"/>

Thema	Anforderungen	Messparameter	erfüllt
<b>Indikator 4: KHK-Patientinnen und -Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmer</b>			
<b>4.1</b> <b>KHK-Patientinnen und -Patienten werden mit einem Thrombozytenaggregationshemmer behandelt.</b>	<b>4.1.1</b> Für mind. 90 % der KHK-Patientinnen und -Patienten ist die Medikation mit einem Thrombozytenaggregationshemmer dokumentiert.	Sample (n=10) aus <b>KHK-Register:</b> Mind. 90 % der KHK-Patientinnen und -Patienten erhalten Aspirin cardio 100 oder Plavix oder sind antikoaguliert.	<input type="checkbox"/>

Thema	Anforderungen	Messparameter	erfüllt
<b>Indikator 5: KHK-Patientinnen und -Patienten mit St. n. Myokardinfarkt</b>			
<b>5.1</b> <b>Identifikation der KHK-Patientinnen und -Patienten mit St. n. Myokardinfarkt</b>	<b>5.1.1</b> Die Praxis kann manuell oder elektronisch ihre KHK-Patientinnen und -Patienten mit St. n. Myokardinfarkt identifizieren.	Die Praxis erklärt das Identifikationssystem und demonstriert die Generierung eines <b>Registers der KHK-Patientinnen und -Patienten mit St. n. Myokardinfarkt.</b>	<input type="checkbox"/>

Thema	Anforderungen	Messparameter	erfüllt
<b>Indikator 6: Nikotin</b>			
<b>6.1</b> <b>Erhebung des Raucherstatus</b>	<b>6.1.1</b> Bei mind. 90 % der KHK-Patientinnen und -Patienten ist der Raucherstatus erhoben und mit Datum dokumentiert worden.	Sample (n=10) aus <b>KHK-Register</b>	<input type="checkbox"/>

	6.1.2 Rauchenden KHK-Patientinnen und -Patienten wird eine Beratung zum Nikotinstopp angeboten.	Prüfen: Sind Informationsbroschüren zu Gefahren des Rauchens, Nikotinstopp etc. verfügbar?	<input type="checkbox"/>
--	--	--	--------------------------

Thema	Anforderungen	Messparameter	erfüllt
<b>Indikator 7: Blutlipide</b>			
<b>7.1</b> Messung der Lipidwerte	7.1.1 Bei mind. 90 % der KHK-Patientinnen und -Patienten sind in den vergangenen 24 Monaten die Lipidwerte gemessen worden (Gesamtcholesterin, LDL, HDL).	Sample (n=10) aus <b>KHK-Register</b>	<input type="checkbox"/>
<b>7.2</b> Lipidsenkung	7.2.1 Mind. 90 % der KHK-Patientinnen und -Patienten mit pathologischen Cholesterinwerten (Gesamtcholesterin $\geq$ 5 mmol/l oder LDL $\geq$ 3 mmol/l) erhalten eine lipidsenkende Therapie.	Sample aus <b>KHK-Register</b> , manuelles oder elektr. Ausfiltrieren der KHK-Patienten <b>mit Hypercholesterinämie</b> (bis n=10 erreicht ist)	<input type="checkbox"/>
<b>7.3</b> Erreichungsrate normaler Cholesterinwerte  <b>Outcome-Qualität</b>	7.3.1 Mind. 80 % der KHK-Patientinnen und -Patienten erreichen folgende LDL-Cholesterinwerte:  Sekundärprävention: <2.5 mmol/l bei Patienten, bei denen das 10-Jahres-Risiko	Sample (n=10) aus <b>KHK-Register</b>	<input type="checkbox"/>

	<p>für ein kardiovaskuläres Ereignis höher als 20 % ist (nach AGLA Score)</p> <p>Sekundärprävention: &lt;1.8 mmol/l; bei unkompliziertem Diabetes (ohne Sekundärkomplikationen) &lt;2.5 mmol/l</p>		
--	--	--	--

Thema	Anforderungen	Messparameter	erfüllt
<b>Indikator 8: Blutzucker</b>			
<p><b>8.1</b></p> <p><b>Messung der Plasmaglukose</b></p>	<p>8.1.1</p> <p>Bei mind. 90 % der KHK-Patientinnen und -Patienten ist in den vergangenen fünf Jahren die Nüchternplasmaglukose oder das HbA1c gemessen.</p>	<p>Sample (n=10) aus <b>KHK-Register</b></p>	<p><input type="checkbox"/></p>

Thema	Anforderungen	Messparameter	erfüllt
<b>Indikator 9: Patientenschulung &amp; Sekundärprävention</b>			
<p><b>9.1</b></p> <p><b>Angebotene Beratungen und Schulungen</b></p>	<p>9.1.1</p> <p>Bei mind. 80 % der KHK-Patientinnen und -Patienten ist in den vergangenen fünf Jahren eine Lifestyle-Beratung durchgeführt und in der KG dokumentiert worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Nikotin: siehe 6.1.2</li> <li>— Gewicht / BMI</li> <li>— Ernährung</li> <li>— körperliche Aktivität, Leistungsfähigkeit</li> </ul>	<p>Sample (n=10) aus <b>KHK-Register</b></p>	<p><input type="checkbox"/></p>

## 8. Änderungskontrolle

Die detaillierten Änderungsprotokolle finden Sie auf unserer Website unter:  
[www.equam.ch/downloads](http://www.equam.ch/downloads).

Version	Überarbeitung	Ersteller_in	Datum
4	Erarbeitung und Erprobung nach Genehmigung durch die Fachgruppe, Genehmigung durch den Stiftungsratsausschuss	M. Jossen	30.5.2017
5	Präzisierung Anzahl Patienten und Patientinnen im Register, Genehmigung durch den Stiftungsratsausschuss	M. Hošek	23.11.2018
5	Redaktionelle Anpassungen	M. Hošek	01.07.2019
5.1	Ergänzung und Anpassung zur Schweigepflicht der Auditoren und Information der Patienten	J. Lehmann	11.06.2020