

2016

Qualitätsbericht

DMP Koronare Herzkrankheit



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. DMP KHK	3
2.1 Strukturierte Behandlung bei KHK.....	3
2.2 Ziele des DMP KHK.....	4
2.3 Qualitätssicherung	4
2.4 Dokumentation / Datenlieferung.....	6
2.5 Basisdaten	6
3. Ergebnisse des DMP KHK	8
3.1 Therapie mit TAH zur Sekundärprävention	8
3.2 Therapie mit Betablockern	9
3.3 Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statin).....	10
3.4 Erhöhung der Zahl normotensiver Patienten mit bekannter Hypertonie	11
3.5 Raucherquote	13
3.6 Raucherentwöhnung	14
3.7 Patientenschulungen.....	14
3.8 Angina-pectoris-Beschwerden.....	14
4. Modul Herzinsuffizienz	15
4.1 Therapie mit ACE-Hemmern	16
4.2 Therapie mit Betablockern.....	16
4.3 Serumelektrolyte	17
5. Fazit	18

1. Einleitung

Koronare Herzkrankheit – Definition und Prävalenz

Die Koronare Herzkrankheit (KHK) ist die Manifestation einer Arteriosklerose an den Herzkranzarterien. Sie führt häufig zu einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und -angebot im Herzmuskel. Eine KHK ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Bei häufigem Auftreten von Angina-pectoris-Beschwerden ist die Lebensqualität vermindert.

Die KHK gehört zu den häufigsten Volkskrankheiten. Die chronisch-ischämische Herzkrankheit und der akute Myokardinfarkt führen die Todesursachenstatistik in Deutschland (2011) mit 8,3% und 6,1% der registrierten Todesfälle an. Allein in Deutschland erleiden mehr als 300.000 Menschen pro Jahr einen Herzinfarkt. Darüber hinaus ist die KHK die häufigste Ursache der Herzinsuffizienz.

Männer weisen eine höhere Rate koronarer Ereignisse (Myokardinfarkt und kardialer Tod) auf als Frauen, wobei die Letalität beim akuten Herzinfarkt bei Frauen 51% und bei Männern 49% beträgt. Zwei Drittel dieser Todesfälle ereignen sich vor Klinikaufnahme.

Ein mehrfach demonstrierter Zusammenhang besteht auch mit der sozialen Schichtzugehörigkeit. Die wichtigsten koronaren Risikofaktoren sind Rauchen, Bewegungsarmut, Fehlernährung, Übergewicht, genetische Faktoren, Bluthochdruck und Störungen des Lipidstoffwechsels (Versorgungsleitlinien „chronische KHK“ 2007).

Die Prävalenz (Häufigkeit) der KHK hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Als chronische Erkrankung bleibt sie lebenslang bestehen. Die Prävalenz bezogen auf ein Jahr beträgt für ischämische Herzkrankheiten bei der erwachsenen Bevölkerung ca. 5%. Die Lebenszeitprävalenz für ischämische Herzkrankheiten bei der erwachsenen Bevölkerung beträgt mindestens 10%.

Angesichts der zum Teil beträchtlichen Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen und der Folgekosten hat die Koronare Herzerkrankung eine herausragende Bedeutung als chronische Erkrankung.

2. DMP KHK

2.1 Strukturierte Behandlung bei KHK

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose der KHK zeigen, dass durch eine adäquate Betreuung und kompetenten Umgang der Patienten mit der Erkrankung der Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Folgekrankheiten positiv beeinflusst werden können. Durch eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination und Einbindung der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten sowie eine individualisierte Therapie können die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöht und die Behandlungskosten erheblich reduziert werden.

Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programme/DMP) haben zum Ziel, die Versorgung chronisch kranker Menschen zu verbessern.

Patienten sollen durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung und Beratung mehr Lebensqualität erlangen und vor Spätfolgen ihrer Erkrankung bewahrt werden. Die Behandlung der Patienten soll auf der Grundlage des besten verfügbaren Wissens, kontinuierlich, strukturiert und qualitätsgesichert erfolgen.

Die Ziele, Indikatoren und Maßnahmen der Qualitätssicherung auf der Grundlage der in den Erst- und Folgedokumentationen erhobenen Daten sind insbesondere in der Anlage zur Qualitätssicherung des DMP-Vertrages detailliert beschrieben.

Für die ärztliche Qualitätssicherung im DMP ist die Gemeinsame Einrichtung, die von Kassenärztlicher Vereinigung (KV) und Krankenkassen/-verbänden gebildet wurde, zuständig.

Im Qualitätsbericht wurden die Daten des Dokumentationszeitraums vom 01.07.2015 bis zum 31.12.2016 ausgewertet.

Zum 31.12.2016 nahmen 1.447 Hausärzte an der koordinierenden Versorgung und 62 Vertragsärzte an der kardiologisch qualifizierten Betreuung der DMP-Patienten teil.

Die Beteiligung der an diesem Vertrag teilnehmenden 31 Krankenhäuser erfolgt auf der Basis einer Rahmenvereinbarung zwischen den Krankenkassen/-verbänden und der Landeskrankenhausesellschaft Brandenburg.

Darüber hinaus sind vier Rehabilitationseinrichtungen in diesen Vertrag eingebunden, so dass strukturell eine auf die leitliniengerechte Versorgung ausgerichtete medizinische Betreuung flächendeckend im Land Brandenburg sichergestellt werden kann.

Ergänzt wird der DMP KHK-Vertrag durch das Modul Herzinsuffizienz. Die Herzinsuffizienz ist in Verbindung mit einer Koronaren Herzkrankheit mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Durch das Modul können Patienten, die am DMP KHK teilnehmen und zusätzlich an einer Herzinsuffizienz leiden, umfassender und zielgerichteter behandelt werden.

Über die vereinbarten Qualitätsziele sowie die im Zeitraum vom 01.07.2015 bis 31.12.2016 erreichten Qualitätsergebnisse gibt der nachfolgende Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung Aufschluss.

Aufgrund entscheidender Veränderungen der Vertragsvorgaben zum 01.07.2015 und nach Beschluss der Gemeinsamen Einrichtung ist der Berichtszeitraum für diesen Qualitätsbericht geändert worden.

2.2 Ziele des DMP KHK

Das DMP KHK einschließlich des Moduls Herzinsuffizienz verfolgt die Ziele:

- Reduktion der Sterblichkeit
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz bzw. Vermeidung/Verlangsamung einer Progression der bestehenden kardialen Funktionsstörung
- Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina-pectoris-Beschwerden bzw. Hospitalisationen, Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen und Steigerung oder Erhaltung der Belastungsfähigkeit des Patienten

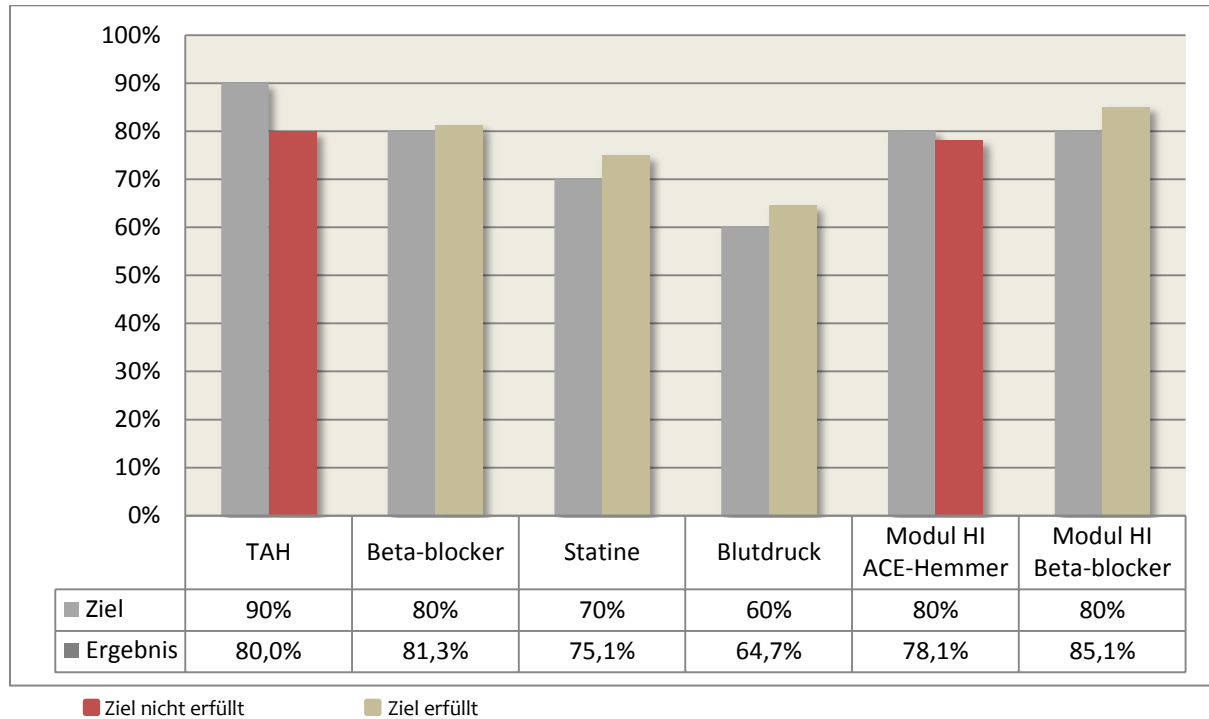
Um diese Ziele zu erreichen, wurden im Rahmen des DMP KHK Anforderungen an die Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität definiert und in Qualitätszielen festgehalten.

2.3 Qualitätssicherung

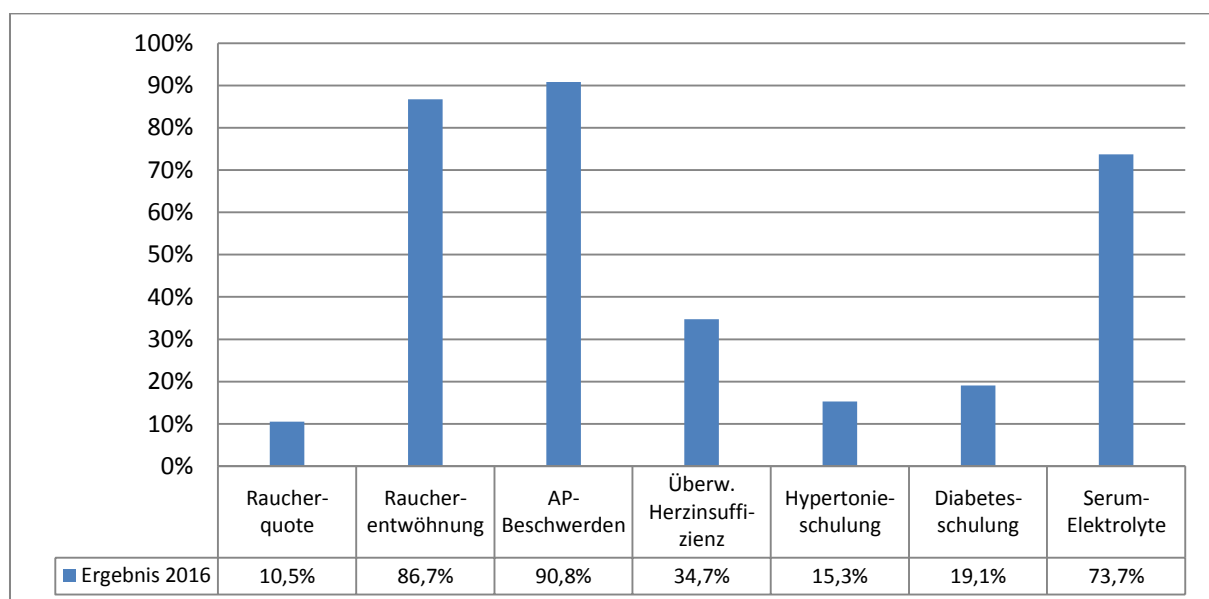
Die Ziele, Indikatoren und Maßnahmen der Qualitätssicherung auf der Grundlage der in den Erst- und Folgedokumentationen erhobenen Daten sind insbesondere in der Anlage zur Qualitätssicherung des DMP-Vertrages detailliert beschrieben.

Im Folgenden sind die vereinbarten Qualitätssicherungsziele sowie die erreichten Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

Bis auf die farblich rot gekennzeichneten Ergebnisse zur Verordnung von Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) sowie ACE-Hemmer beim Modul Herzinsuffizienz konnten alle übrigen Zielvorgaben im Auswertungszeitraum erreicht werden.

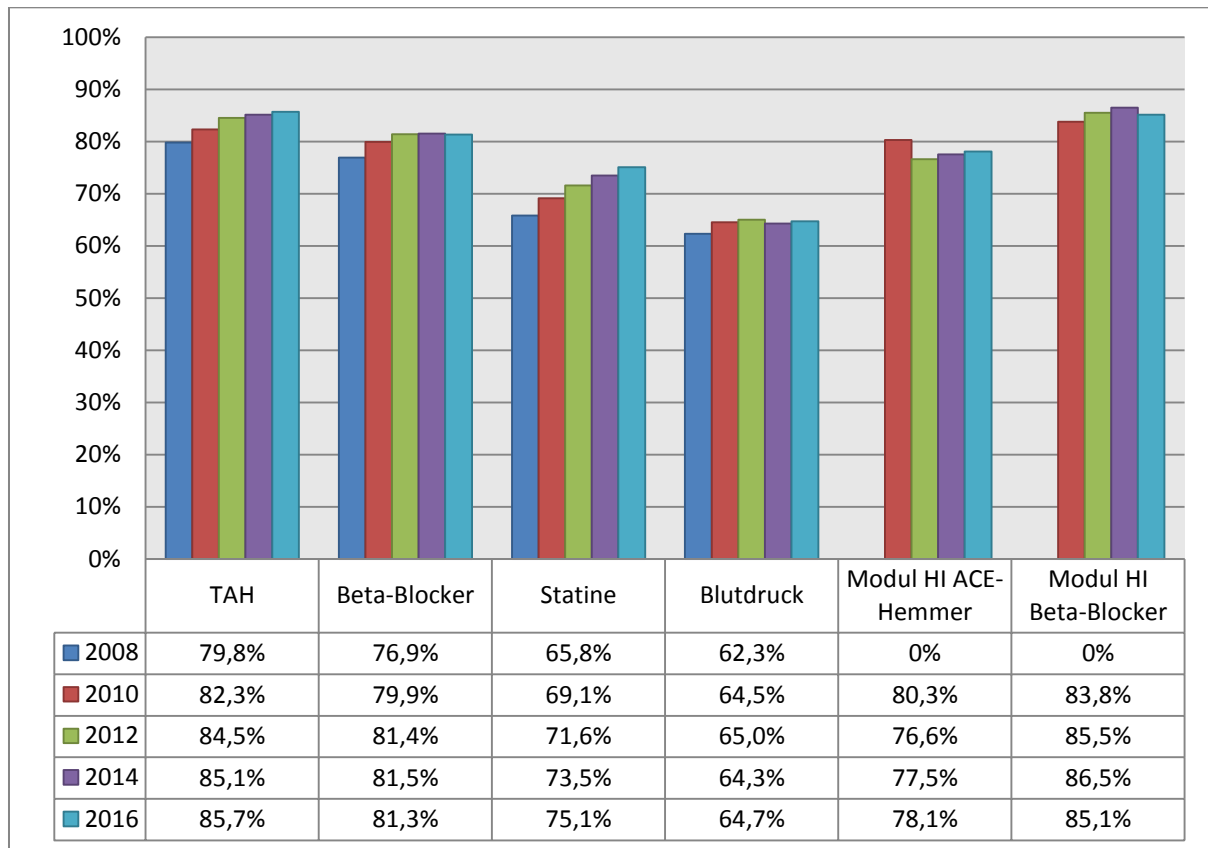


Für die im Folgenden dargestellten Parameter wurden im DMP-Vertrag Koronare Herzkrankheit keine konkreten Zielwerte festgelegt. Die Auswertung dieser Kriterien soll dazu dienen, die Umsetzung der im DMP-Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalte abzubilden und Tendenzen zu erkennen.



Im Folgenden wird die Ergebnisentwicklung seit Beginn des DMP-Vertrages dargestellt. Ein zeitlicher Bezug zum Auswertungszeitraum lässt sich jedoch nur für Ziele erfassen, welche seit

diesem Zeitpunkt konstant im Vertrag vereinbart waren. Für eine bessere Übersicht wurde die Darstellung der Werte auf einen Zweijahreszeitraum umgestellt.



Der Vergleich macht deutlich, dass seit dem Jahr 2008, bis auf geringe zeitweilige Schwankungen, die Ergebnisse zu den Zielen im DMP KHK auf hohem Niveau erreicht und gehalten wurden.

Besonders erfreulich ist die seit 2008 bei fast allen Zielen anhaltende Steigerung der Ergebnisse, was möglicherweise auf die kontinuierliche Information über den ärztlichen Feedbackbericht oder auch die DMP-Fortbildungsveranstaltungen, bzw. Diskussion in den Qualitätszirkeln zurückzuführen ist.

2.4 Dokumentation / Datenlieferung

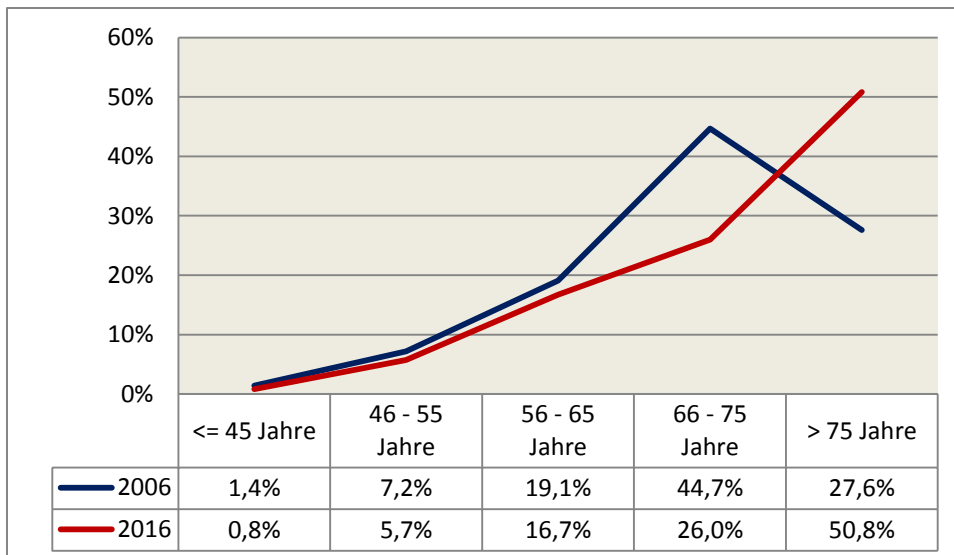
Zum 31.12.2016 nahmen 98.536 Patienten im DMP KHK teil. Davon 3.496 neue Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt und 95.040 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

2.5 Basisdaten

Altersverteilung

Die Angaben zur Altersverteilung der Patienten tragen dazu bei, Unterschiede in der Behandlung und dem Verlauf beurteilen zu können.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Gesamtüberblick über die Altersverteilung und Anteile in den jeweiligen Altersgruppen der im Berichtszeitraum eingeschriebenen Patienten im Land Brandenburg. Das mittlere Alter der in diesem Bericht berücksichtigten Patienten beträgt 73 Jahre.

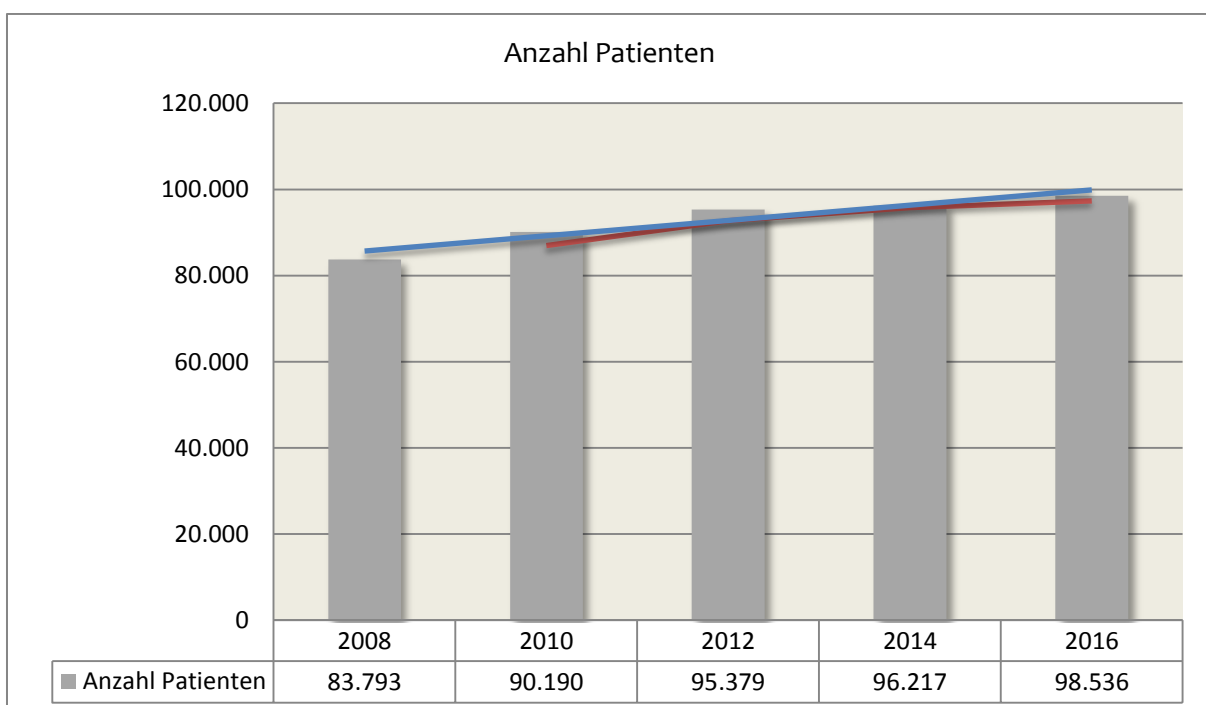


Alter	<= 45 Jahre	46 - 55 Jahre	56 - 65 Jahre	66 - 75 Jahre	> 75 Jahre
Anzahl 2016	746	5.643	16.470	25.630	50.047

Der überwiegende Anteil der an diesem Programm teilnehmenden Patienten befindet sich im Altersbereich > 75 Jahren. Im Vergleich zu 2006 verschiebt sich die Altersstruktur von den 66- bis 75-Jährigen hin zu den über 75-Jährigen. Dies entspricht der allgemeinen demographischen Entwicklung.

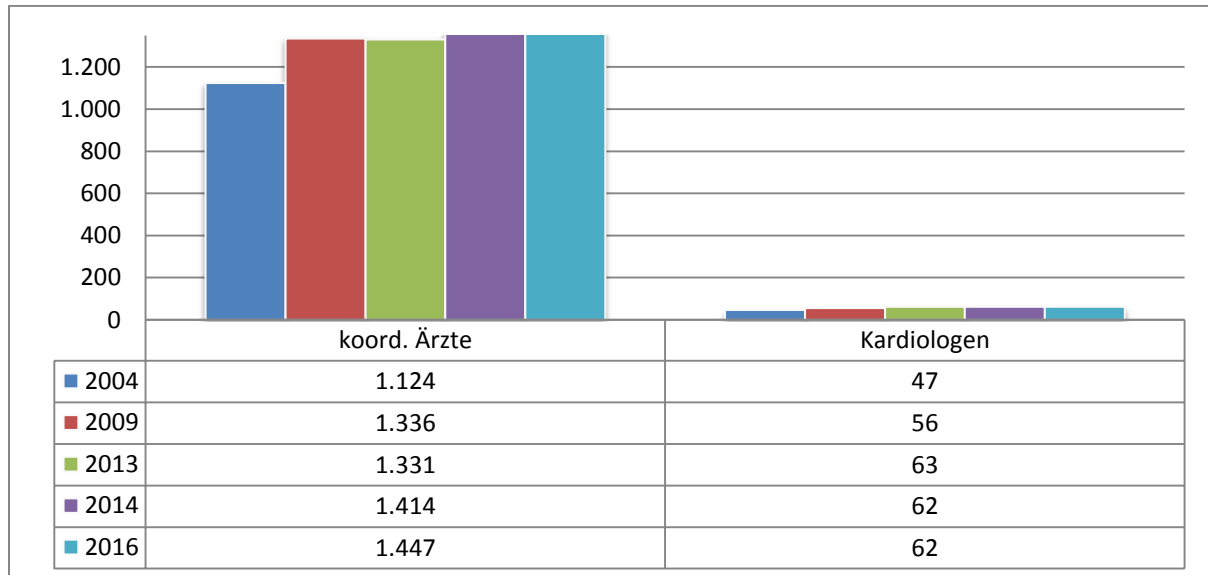
Insbesondere der Anteil an Patienten ab 75 Jahren und älter entwickelt sich im Vergleich zu 2006 überproportional, was möglicherweise im Einschreibeverhalten zu Beginn des DMP-Vertrages als auch dem natürlichen Alterungsprozess der Teilnehmer begründet liegt.

Entwicklung der Anzahl von KHK-Patienten am DMP-Vertrag



Im Jahresvergleich zeigt sich eine in den ersten Jahren stark ansteigende Einschreibung von Patienten bis zum Jahr 2008. Danach nimmt die absolute Zahl der neu eingeschriebenen Patienten zwar ab, bleibt in der Tendenz jedoch stabil.

Entwicklung der Teilnahme von Ärzten am KHK-Vertrag

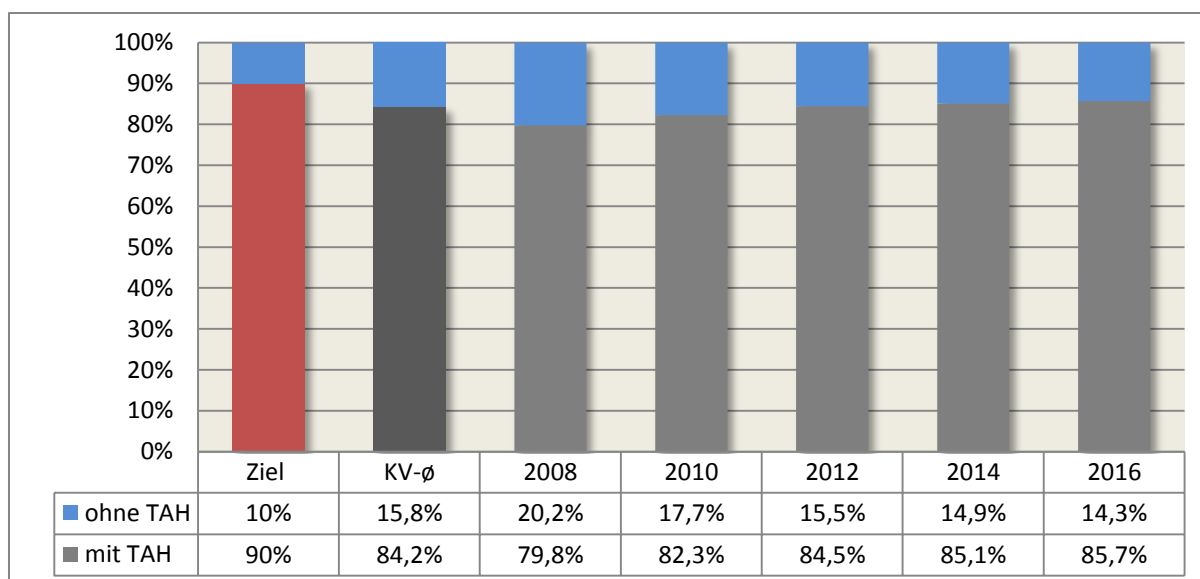


3. Ergebnisse des DMP KHK

3.1 Therapie mit TAH zur Sekundärprävention

„Grundsätzlich sollen alle Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten Thrombozytenaggregationshemmer erhalten.“ (Anlage Versorgungsinhalte)

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens 90% der Patienten ohne Kontraindikationen mit TAH behandelt werden sollen.



	2008	2010	2012	2014	2016
ohne TAH	15.069	14.864	13.724	13.825	12.262
mit TAH	59.390	69.263	75.018	78.808	73.474

Von den im Auswertungszeitraum berücksichtigten Patienten liegt bei 85.735 Patienten keine Kontraindikation gegen TAH vor. 12.801 Patienten können aufgrund einer Kontraindikation nicht mit TAH behandelt werden. Der Anteil der Patienten bei denen keine Kontraindikation vorliegt und die mit TAH behandelt werden, betrug im Berichtszeitraum 85,7% und hat sich im Vergleich zu den Vorjahren wieder erhöht. Das Qualitätsziel wurde dennoch nicht erreicht.

Therapeutisch einzusetzende TAH werden häufig nicht rezeptiert, da es sich um Medikamente mit einem geringen Kostenanteil handelt. Dennoch erhalten vermutlich weitaus mehr Patienten als in der obigen Darstellung aufgezeigt, eine entsprechende medizinische Empfehlung und nehmen diese Medikamente auch ein. Die vorliegenden Ergebnisse geben somit nicht hinreichend Aufschluss über eine tatsächliche Einnahme von TAH durch die Patienten.

Möglicherweise wird in den Dokumentationen aufgrund der fehlenden ärztlichen Verordnung keine entsprechende Angabe vorgenommen. Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass auch weitere Wirkstoffe mit gerinnungshemmender Funktion nicht in der DMP-Dokumentation berücksichtigt werden können.

Im Durchschnitt von 15 betrachteten KV-Bereichen erhalten 84,2% der Patienten einen TAH. Die Ergebnisse der Verordnungsbreite schwanken hier zwischen 77,1% und 90,2%.

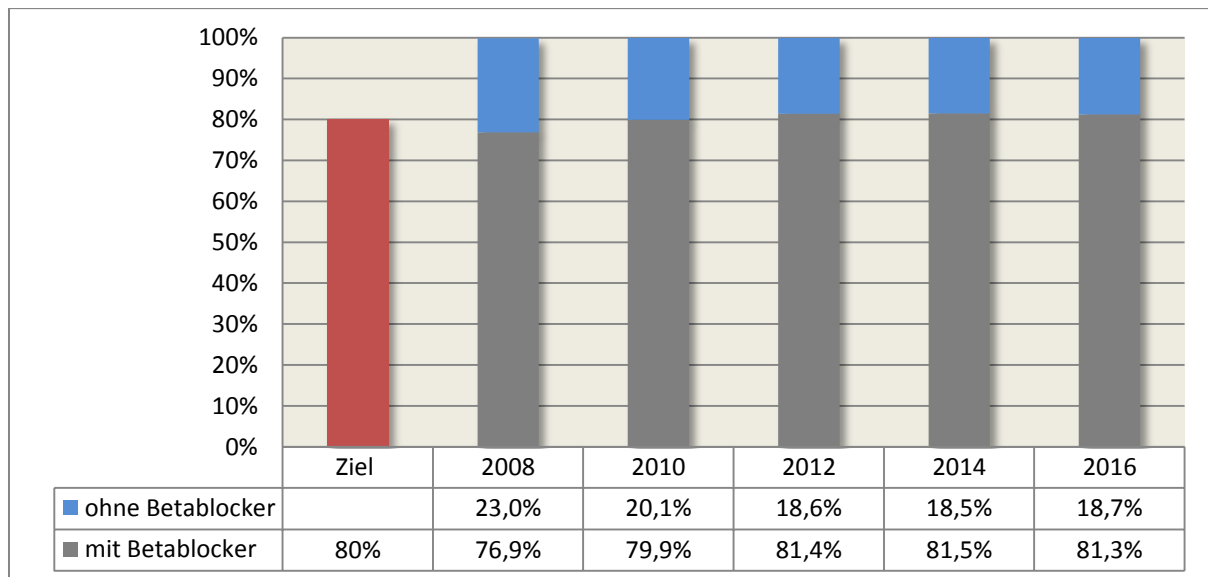
Die für einen Regionenvergleich zum KV-Durchschnitt zugrundeliegenden Daten der einzelnen KV-Bereiche können hinsichtlich der Anzahl der teilnehmenden KV-Bereiche schwanken.

Gründe hierfür bestehen u.a. in der unterschiedlichen Darstellung von Zielergebnissen und somit der fehlenden Vergleichsmöglichkeit oder dem Fehlen einzelner Datenergebnisse aus den KV-Bereichen.

3.2 Therapie mit Betablockern

„Für die Behandlung der chronischen KHK insbesondere nach akutem Myokardinfarkt, sind Betablocker hinsichtlich der in Ziffer 1.3 (Anlage Versorgungsinhalte DMP KHK Vertrag) genannten Therapieziele Mittel der ersten Wahl, auch bei relativen Kontraindikationen.“

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass mindestens 80% der Patienten ohne Kontraindikation mit Betablockern behandelt werden sollen. Zum 01.07.2015 erhöhte sich der Zielwert von bisher 70% auf 80% der Patienten.



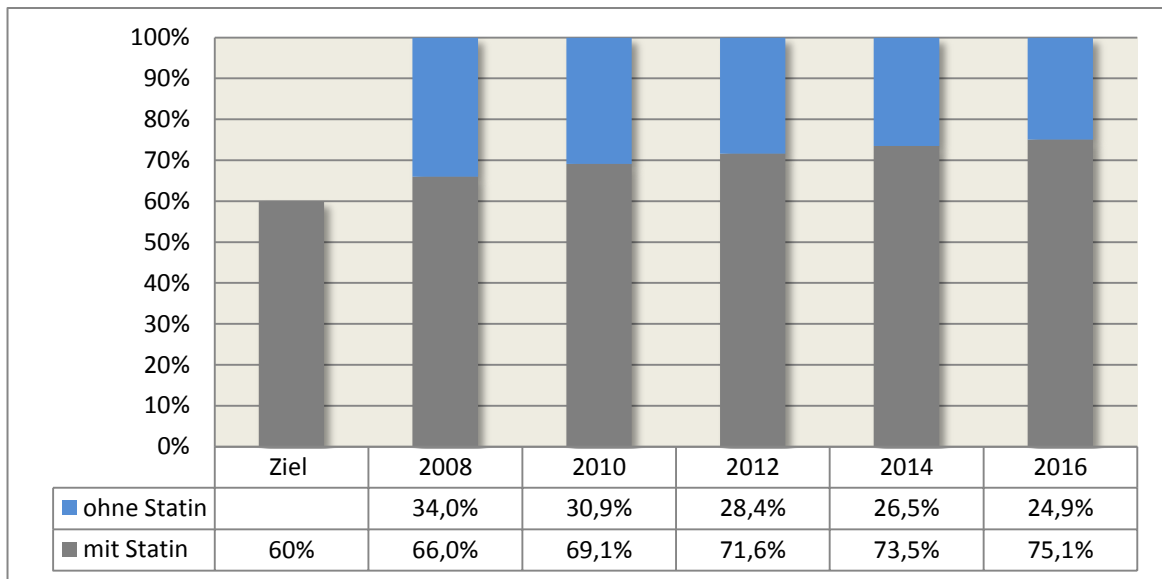
	2008	2010	2012	2014	2016
ohne Betablocker	17.172	16.892	16.580	17.245	17.798
mit Betablocker	57.006	67.099	72.321	75.778	77.251

Im vorliegenden Auswertungszeitraum wurden 95.049 Patienten betrachtet, bei denen keine Kontraindikation zur Therapie mit Betablockern vorliegt. 3.487 Patienten konnten aufgrund einer vorliegenden Kontraindikation nicht mit Betablockern behandelt werden. Im Jahresvergleich zeigt sich die seit 2008 kontinuierlich hohe Versorgung der KHK Patienten mit einem Betablocker. Das Qualitätsziel wurde erreicht.

3.3 Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statin)

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens 70% der Patienten unter Beachtung der Kontraindikationen mit Statinen behandelt werden sollen.

„Unabhängig vom Ausgangswert der Blutfettwerte sollen alle Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung der Kontraindikation und/oder Unverträglichkeiten HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) erhalten“ (Anlage Versorgungsinhalte DMP KHK-Vertrag)



	2008	2010	2012	2014	2016
ohne Statin	25.922	26.469	25.604	24.963	23.990
mit Statin	49.973	59.273	64.635	69.298	72.258

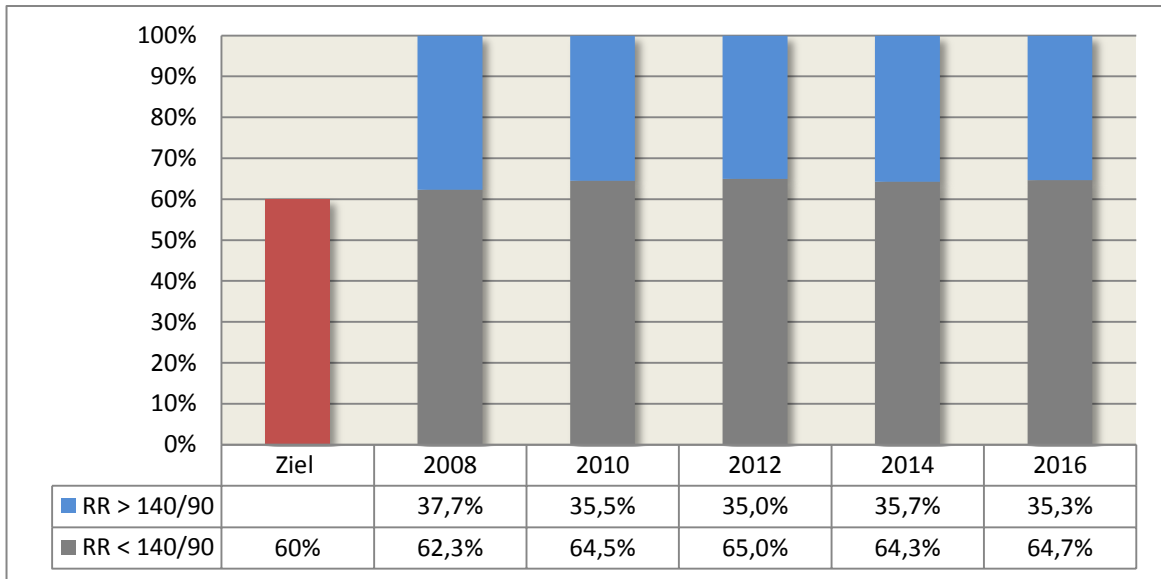
Im Berichtszeitraum bis zum 31.12.2007 wurden bei diesem Ziel lediglich Patienten, welche einen Myokardinfarkt hatten, in der Grundmenge betrachtet. Mit der Anpassung der Qualitätsziele zum 01.07.2008 werden alle Patienten, bei denen keine Kontraindikation besteht, unabhängig von einem Myokardinfarkt, berücksichtigt. Seit 2008 zeigt sich ein stetiger Anstieg der Versorgung von KHK-Patienten mit Statinen sowohl im Anteil als auch der Anzahl der Patienten. Das Qualitätsziel wurde erreicht. Zum 01.07.2015 wurde das Qualitätsziel von mindestens 60% der Patienten auf mindestens 70% geändert. Auch mit dem neuen Wert wurde das Qualitätsziel erreicht.

3.4 Erhöhung der Zahl normotensiver Patienten mit bekannter Hypertonie

Die Hypertonie ist ein wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung der Arteriosklerose und damit der koronaren Herzkrankheit. Die Senkung erhöhter Blutdruckwerte in den Bereich <140 und <90 mmHg ist deshalb ein wichtiger Parameter bei der individuellen Therapiezielplanung.

Blutdruckwerteklassen (WHO)	systolisch (mmHg)	diastolisch (mmHg)
optimal	≤ 120	≤ 80
normal	< 130	< 80 – 84
hoch normal	130 – 139	85 – 89
Hypertonie (Grad 1)	140 – 159	90 – 99
Hypertonie (Grad 2)	160 – 179	100 – 109
Hypertonie (Grad 3)	≥ 180	≥ 110

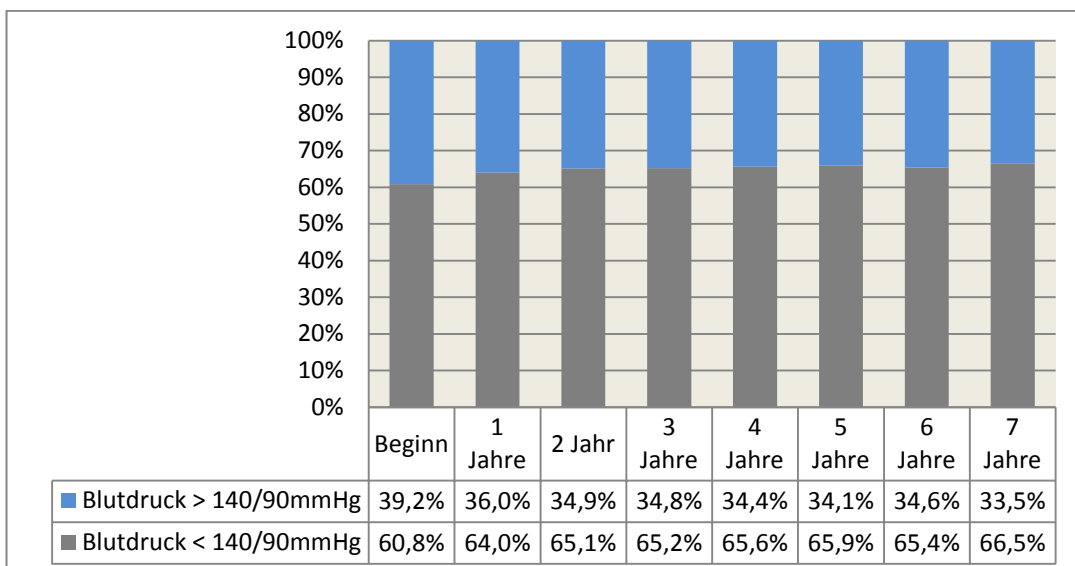
Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens 60% der Patienten mit bekannter Hypertonie normotensive Werte aufweisen sollen.



	2008	2010	2012	2014	2016
RR > 140/90	23.226	27.259	28.957	31.474	31.880
RR < 140/90	38.371	49.476	53.749	56.795	58.533

Von den insgesamt in diesem Bericht berücksichtigten 95.040 Patienten weisen 90.413 Patienten eine Hypertonie auf. Dies entspricht einem Anteil von rund 95%. Bei Patienten mit bekanntem Hypertonus konnten bei 58.533 Patienten (dies entspricht einem Anteil von rd. 65%) der Blutdruck unter Werte von 140/90 gesenkt oder gehalten werden. Das Qualitätsziel eines Anteils von mindestens 60% der Patienten, die bei bekannter Hypertonie normotensive Werte aufweisen, wurde damit erreicht.

Betrachtet man die Veränderung innerhalb der Blutdruckwerteklassen, so ergibt sich folgendes Bild:

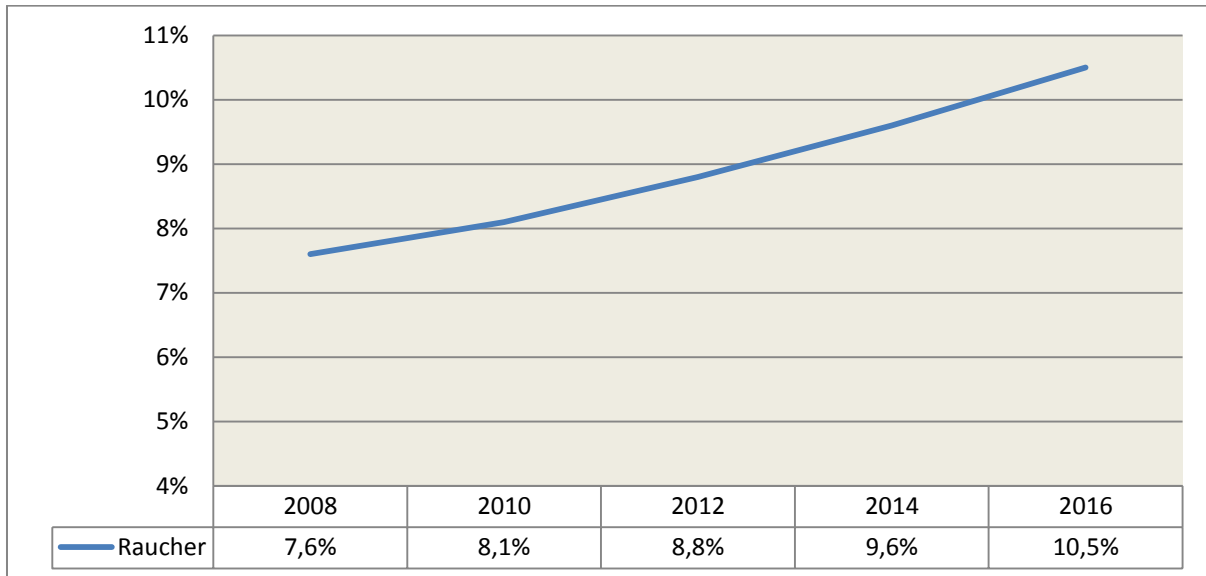


Aus der Übersicht wird erkennbar, dass auch die Teilnahmedauer Einfluss auf die Entwicklung des Blutdruckes hat.

So können immerhin unter Betrachtung der Verlaufswerte nach Auswertung des Kalenderjahres 2016 rund 6% der Patienten mit mindestens siebenjähriger Teilnahmedauer ihren hypertonen Blutdruck in den normotensiven Blutdruckbereich senken.

3.5 Raucherquote

Entsprechend der Anlage „Versorgungsinhalte“ des DMP KHK-Vertrages sollen die Patienten im Hinblick auf makro- und mikroangiopathische Komplikationen auf den Verzicht des Rauchens hingewiesen werden. Der Anteil der am DMP-Vertrag teilnehmenden Raucher wird in der folgenden Abbildung im Vergleich zu den Vorjahren dargestellt.



	2008	2010	2012	2014	2016
Raucher	5.832	7.027	8.044	9.267	10.323
Nichtraucher	70.458	79.880	83.803	86.950	98.536

Die Auswertung der Anteile von Rauchern zu Nichtrauchern zeigt in den Berichtszeiträumen wiederholt eine verhältnismäßig geringe Anzahl von Rauchern, auch wenn der prozentuale Anteil jährlich ansteigt. Brandenburg liegt mit einem Anteil von 10,5% immer noch unter dem Durchschnitt von 15 KVen mit 11,5%, die niedrigste Rate liegt bei 7,8%, die höchste bei 15,8%.

Namenhafte Studien (Euroaspire III, Völler, Twardelle et al) zeigen zum Teil deutlich höhere Raucheranteile bei KHK-Patienten. Hier konnten bei Befragungen der Patienten nach ihrem Rauchverhalten in ca. 25% der Fälle mit der Angabe „Nichtraucher“ durch Blutkontrollen eine Falschangabe nachgewiesen werden. Dies sollte bei der Bewertung des DMP-Ergebnisses aber auch in Arzt-Patienten-Gesprächen zu diesem Thema kritisch berücksichtigt werden.

3.6 Raucherentwöhnung

Durch Tabakverzicht kann das Fortschreiten der Erkrankung KHK deutlich reduziert werden. Die Raucherentwöhnung der Patienten wurde als neues Qualitätsziel aufgenommen. Ziel ist einen niedrigeren Anteil der Patienten zu erreichen, die zum Zeitpunkt der Einschreibung noch Raucher waren.

Von insgesamt 6.789 Rauchern (mit Verlauf einer Erst- und mindestens einer Folgedokumentation) sind im Berichtszeitraum noch 5.893 Patienten Raucher. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 86,7%. Dieser sehr hohe Wert bestätigt sich auch in anderen KVen. So liegen die Werte von 14 weiteren KVen zwischen 75,7% und 88,5%.

3.7 Patientenschulungen

Patienten sollen über das DMP Zugang zu strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogrammen erhalten. Ein neues Qualitätsziel ist ein hoher Anteil an geschulten Patienten zu erreichen. Ein konkretes Qualitätsziel wurde nicht festgelegt.

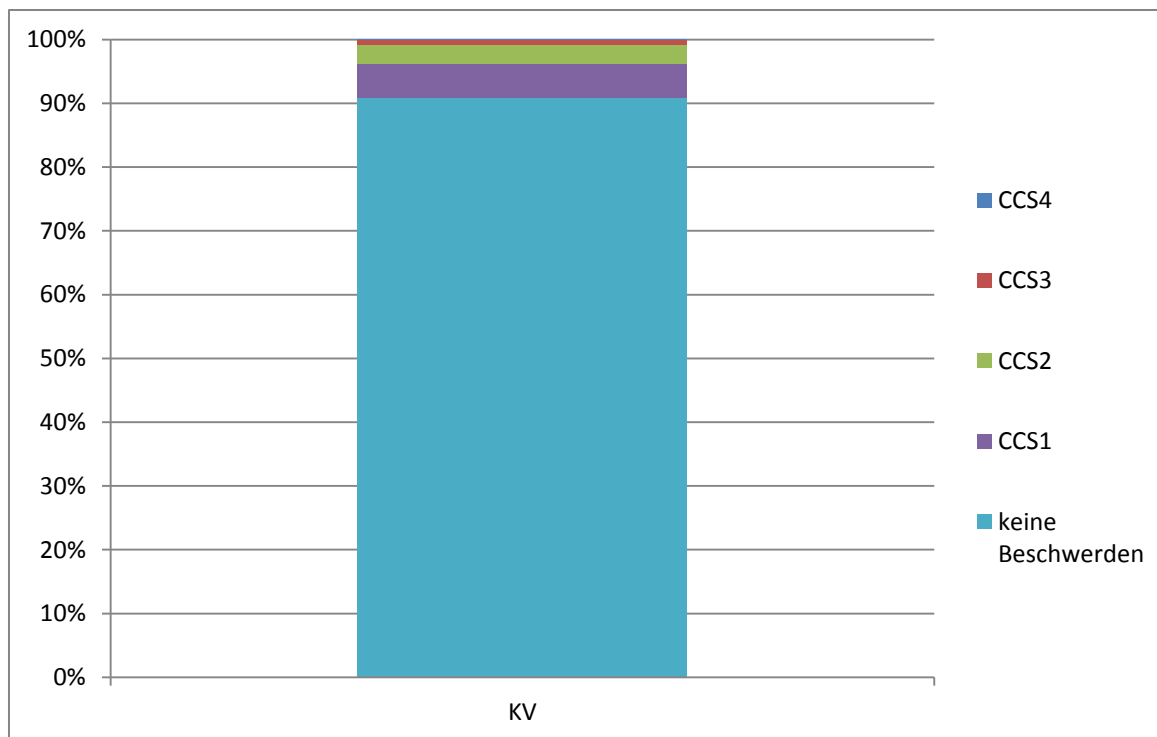
Bis 31.12.2016 nahmen 8.266 Patienten an einer Diabetes-Schulung sowie 13.810 Patienten an einer Hypertonie-Schulung teil. Unter allen am DMP KHK teilnehmenden Vertragsärzten verfügen mit Stand vom 31.12.2016 insgesamt 868 Ärzte (57%) über eine Genehmigung zur Diabetes-Schulung und 578 Ärzte (38%) über eine zur Hypertonie-Schulung. Somit sind mehr als die Hälfte der teilnehmenden Ärzte in Besitz einer Schulungsgenehmigung für Diabetes und jedem dritten Arzt wurde eine Genehmigung zur Hypertonie-Schulung erteilt. Im Vergleich mit 13 weiteren KVen liegen die Ergebnisse bei Diabetes-Schulungen zwischen 4,6% und 30,7% und bei Hypertonie-Schulungen zwischen 3,6% und 21,5%.

3.8 Angina-pectoris-Beschwerden

Nach Angaben der Deutschen Herzstiftung gehört die Angina-pectoris zu den häufigsten Symptomen in der Kardiologie. Folgerichtig wurde mit dem 01.07.2015 das Qualitätsziel aufgenommen, einen niedrigen Anteil von Patienten mit Angina-pectoris-Beschwerden zu erreichen. Ein besonderes Qualitätsziel wurde nicht festgelegt.

Im Jahre 2016 haben 90,8% aller am DMP KHK teilnehmenden Patienten keine Angina-pectoris-Beschwerden. Bei Betrachtung der Ergebnisse von 15 KVen liegt der Durchschnitt bei 90,6%, die Spannbreite bewegt sich zwischen 85,7% und 95,5%.

Folgende Übersicht zeigt, wie Angina-pectoris-Beschwerden nach Schweregrad entsprechend der CCS-Klassifikation verteilt sind.



	KV	
CCS4	142	0,1%
CCS3	703	0,7%
CCS2	2867	2,9%
CCS1	5328	5,4%
keine Beschwerden	89496	90,8%
Gesamt	98536	100%

4. Modul Herzinsuffizienz

Für Patienten, bei denen sowohl eine chronische KHK als auch eine Herzinsuffizienz diagnostiziert wurde, besteht die Möglichkeit einer Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz. Eine Herzinsuffizienz bei koronarer Herzkrankheit ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Die Lebensqualität ist besonders durch eine Einschränkung der Belastbarkeit und eine hohe Hospitalisierungsrate vermindert.

Mit der Aufnahme des Moduls in den DMP-Vertrag KHK sollte die strukturierte Behandlung dieser Patientengruppe nach evidenzbasierten Leitlinien umgesetzt werden, um somit eine Reduktion der Letalität und kardiovaskulären Morbidität, insbesondere der Vermeidung und Verlangsamung einer Progression der bestehenden kardialen Funktionsstörung, der Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von Hospitalisierung und Steigerung oder Erhaltung der Belastungsfähigkeit zu erreichen.

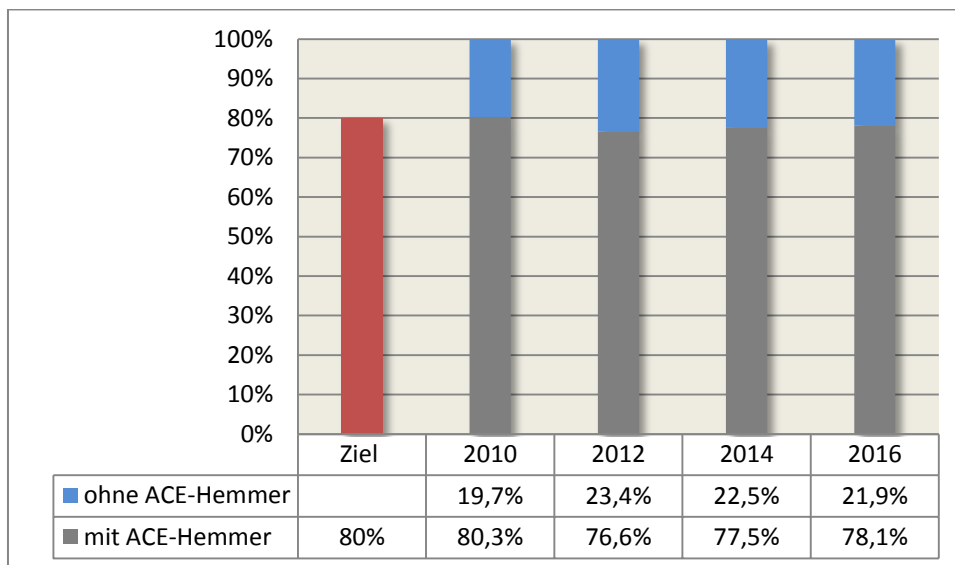
Ausgehend vom strukturierten Behandlungsprogramm KHK sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikation vorrangig Medikamente zur Behandlung der Herzinsuffizienz verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der

Therapieziele in randomisierten, kontrollierten Studien nachgewiesen wurden. Von den Teilnehmern am DMP KHK nehmen 9.753 Patienten am Modul Herzinsuffizienz teil.

4.1 Therapie mit ACE-Hemmern

Alle Patienten sollten unabhängig vom Schweregrad der Herzinsuffizienz einen ACE-Hemmer erhalten, da eine Behandlung mit ACE-Hemmern Prognose und Schweregrad der Erkrankung verbessert.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens 80% der Patienten, die am Modul Herzinsuffizienz teilnehmen und keine Kontraindikation aufweisen, einen ACE-Hemmer erhalten.



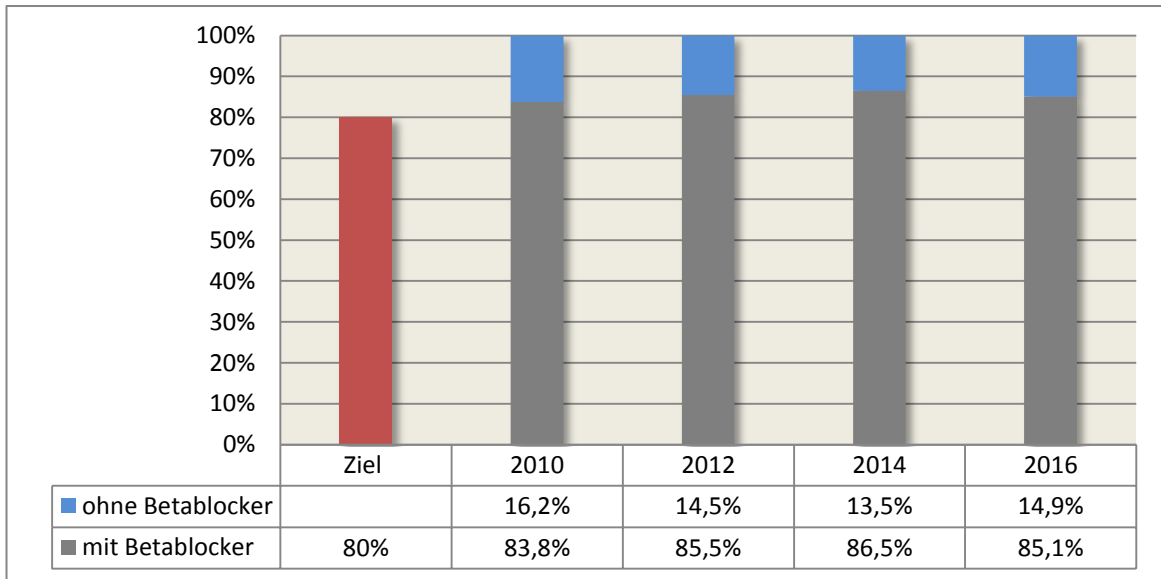
	2010	2012	2014	2016
ohne ACE-Hemmer	810	1.963	2.034	1.774
mit ACE-Hemmer	3.308	6.421	7.010	6.320

Am Modul Herzinsuffizienz nehmen im ausgewerteten Zeitraum 8.094 Patienten teil, die keine Kontraindikation gegen ACE-Hemmer aufweisen. Bereits mit Beginn der ersten Auswertung zum Modul Herzinsuffizienz im Jahr 2010 erhielten mehr als 80% der Patienten einen ACE-Hemmer. In den Folgejahren verringerte sich die Anzahl der mit ACE-Hemmern versorgten Patienten auf aktuell 78,1%.

4.2 Therapie mit Betablockern

Alle klinisch stabilen Patienten sollten einen Betablocker erhalten, für die ein mortalitätssenkender Effekt bei Patienten mit Herzinsuffizienz belegt ist.

Als Qualitätsziel wurde festgelegt, dass mindestens 80% der Patienten mit Herzinsuffizienz einen Betablocker erhalten.

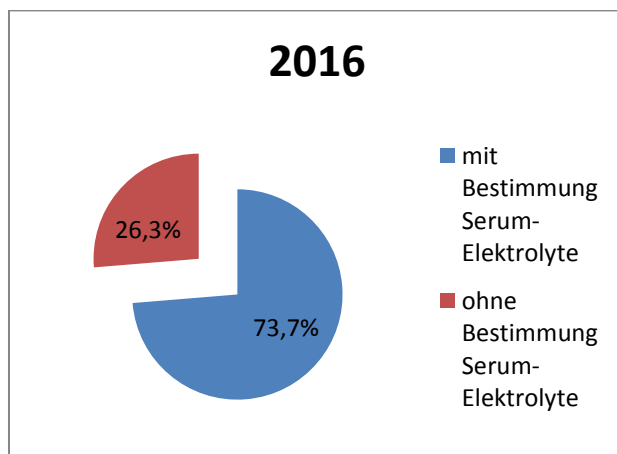


	2010	2012	2014	2016
ohne Betablocker	1.138	1.245	1.264	1.409
mit Betablocker	5.890	7.337	8.106	8.031

Bei diesem Ziel konnte seit Beginn der Auswertungen die im Vertrag vereinbarte Zielhöhe eines Versorgungsgrades von 80% erreicht und stetig verbessert bzw. konstant gehalten werden.

4.3 Serumelektrolyte

Im Rahmen des Monitorings ist der klinische Status der Patienten mit Herzinsuffizienz zu prüfen. Bei allen am Modul Herzinsuffizienz teilnehmenden Patienten ist halbjährlich Natrium, Kalium und Kreatinin im Serum zu bestimmen. Im Vertrag DMP KHK wurde keine konkret zu erreichende Zielhöhe festgelegt. Es ist jedoch ein hoher Anteil an herzinsuffizienten Patienten mit Bestimmung der Serum-Elektrolyte zu erzielen.



Anzahl Patienten	2012	2014	2016
ohne Bestimmung Serum-Elektrolyte	2.513	1.808	2.599

mit Bestimmung Serum-Elektrolyte	5.006	6.353	7.281
----------------------------------	-------	-------	-------

Bei 73,7% der mindestens 12 Monate am Modul Herzinsuffizienz teilnehmenden Patienten wurden die Serum-Elektrolyte bestimmt. Der KV-Durchschnitt zeigt einen Anteil von 73%, wobei die Schwankungsbreite hier zwischen einer Bestimmung der Serum-Elektrolyte von 45,6% bis 87,7% besteht.

5. Fazit

Die Ergebnisse der im DMP KHK vereinbarten Qualitätsziele im Land Brandenburg zeigen, dass diese auch im vorliegenden Berichtszeitraum überwiegend erreicht wurden.

- Die **Senkung des Blutdruckes** bei Patienten mit zunächst hypertensiven Werten auf Werte unter 140/90 mmHg wurde auch in 2016 erreicht, außerdem gab es im Vergleich zum vorhergehenden Berichtszeitraum erneut eine Steigerung der Anzahl von Patienten mit normotonen Blutdruckwerten. Der Anteil der eingeschriebenen KHK-Patienten mit Hypertonie ist mit 95% sehr hoch, ähnliche Ergebnisse werden jedoch aus anderen Bundesländern berichtet. Angesichts der Bedeutung, die dem Bluthochdruck für die Prognose der KHK beigemessen wird, sollte die weitere Optimierung der Blutdruckeinstellung angestrebt werden.
- Das QS-Ziel „**Verordnung von Thrombozytenaggregationshemmer**“ zur Sekundärprävention unter Beachtung der Kontraindikationen wurde nicht erreicht. Der Anteil der Patienten, die unter Berücksichtigung der Kontraindikation und Nebenwirkungen TAH erhalten, sollte über die Laufzeit des Programms bei etwa 90% liegen, im aktuellen Berichtszeitraum lag der Anteil bei 85,7%. Auch wenn wiederholt jährlich eine Erhöhung des Anteils von Patienten mit TAH im Vergleich zum Vorjahr vorliegt, sollte dieses Ergebnis innerärztlich mit dem Ziel der Ergebnisverbesserung diskutiert werden.
- Das QS-Ziel „**Verordnung von Betablockern**“, insbesondere bei Patienten nach einem akuten Koronarerereignis unter Beachtung der Kontraindikationen“ wurde mit 81,3% erfüllt und weist im Jahresverlauf eine kontinuierliche Steigerung auf.
- Das QS-Ziel „**Verordnung von ACE-Hemmer**“ bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz wurde mit 78,1% nur knapp nicht erreicht.
- Über die Laufzeit des Programms sollten mindestens 70% aller eingeschriebenen KHK-Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt, eine „**Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmer**“ erhalten. Dieser Anteil lag im Berichtszeitraum bei rund 75,1% und damit im Zielbereich.

Die Ziele

- niedriger Anteil rauchender Patienten
- hoher Anteil geschulter Patienten
- niedriger Anteil von Patienten mit Angina-pectoris-Beschwerden

wurden nicht mit einem Zielwert vertraglich unterlegt. Dennoch ergab die Auswertung im KV-Vergleich, dass die Ergebnisse der Brandenburger Vertragspartner über dem KV-Durchschnitt liegen. Auf Grund der Neuaufnahme in den Vertrag ist ein Vergleich mit Vorjahreswerten gering aussagefähig bzw. nicht möglich.

Über die Ergebnisse des ärztlichen Feedbacks bezogen auf die Region Brandenburg wird regelmäßig in den zweimal jährlich stattfindenden DMP-Fortbildungsveranstaltungen sowie auf dem Hausärzteforum informiert und Lösungsansätze für eine Zielverbesserung bzw. korrekte Dokumentation angeboten.