

2011

Qualitätsbericht

DMP Koronare Herzkrankheit



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
Koronare Herzkrankheit – Definition und Prävalenz.....	3
2. DMP KHK.....	3
2.1 Strukturierte Behandlung bei KHK	3
2.2 Ziele des DMP KHK.....	4
2.3 Qualitätssicherung	5
2.4 Dokumentation / Datenlieferung	7
2.5 Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation	7
2.6 Basisdaten	8
3. Ergebnisse des DMP KHK.....	9
3.1 Therapie mit TAH zur Sekundärprävention.....	9
3.2 Therapie mit Betablockern	11
3.3 Therapie mit ACE-Hemmern bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz.....	12
3.4 Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statin).....	12
3.5 Erhöhung der Zahl normotensiver Patienten mit bekannter Hypertonie	13
3.6 Rauchen.....	15
3.7 Kooperation der Versorgungsebenen.....	16
3.7.1 Überweisung bei neu aufgetretener Angina pectoris Symptomatik.....	16
3.7.2 Überweisung bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz.....	17
4. Modul Herzinsuffizienz	18
4.1 Therapie mit ACE-Hemmern.....	18
4.2 Therapie mit Betablockern	19
4.3 Serumelektrolyte	19
5. Schulungen	20
6. Fazit.....	22

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 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 KV und Krankenkassen gebildet wurde, zuständig.

Im Qualitätsbericht wurde der Dokumentationszeitraum vom 01.01.2011 bis zum 31.12.2011 ausgewertet.

Zum 31.12.2011 nahmen 1.352 Vertragsärzte an der koordinierenden Versorgung und 61 Vertragsärzte an der kardiologisch qualifizierten Betreuung der DMP-Patienten teil.

Die Beteiligung der an diesem Vertrag teilnehmenden 32 Krankenhäuser erfolgt auf der Basis einer Rahmenvereinbarung zwischen den Krankenkassen/-verbänden und der Landeskrankengesellschaft Brandenburg.

Ergänzend 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.

Mit Wirkung ab 01.04.2010 wurde zusätzlich in den DMP-Vertrag das Modul Herzinsuffizienz aufgenommen. Die Herzinsuffizienz ist in Verbindung mit einer Koronaren Herzkrankheit mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Durch das neue Modul können Patienten, die am DMP KHK teilnehmen und zusätzlich an einer Herzinsuffizienz leiden, umfassender und zielgerichteter behandelt werden.

Die ärztliche Qualitätssicherung im DMP ist Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung, bestehend aus KVBB und Krankenkassen. Über die vereinbarten Qualitätsziele sowie die im Zeitraum vom 01.01. bis 31.12.2011 erreichten Qualitätsergebnisse gibt der nachfolgende sechste Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung Aufschluss.

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 durch Vermeidung von Angina-Pectoris-Beschwerden und Erhaltung der Belastungsfähigkeit des Patienten

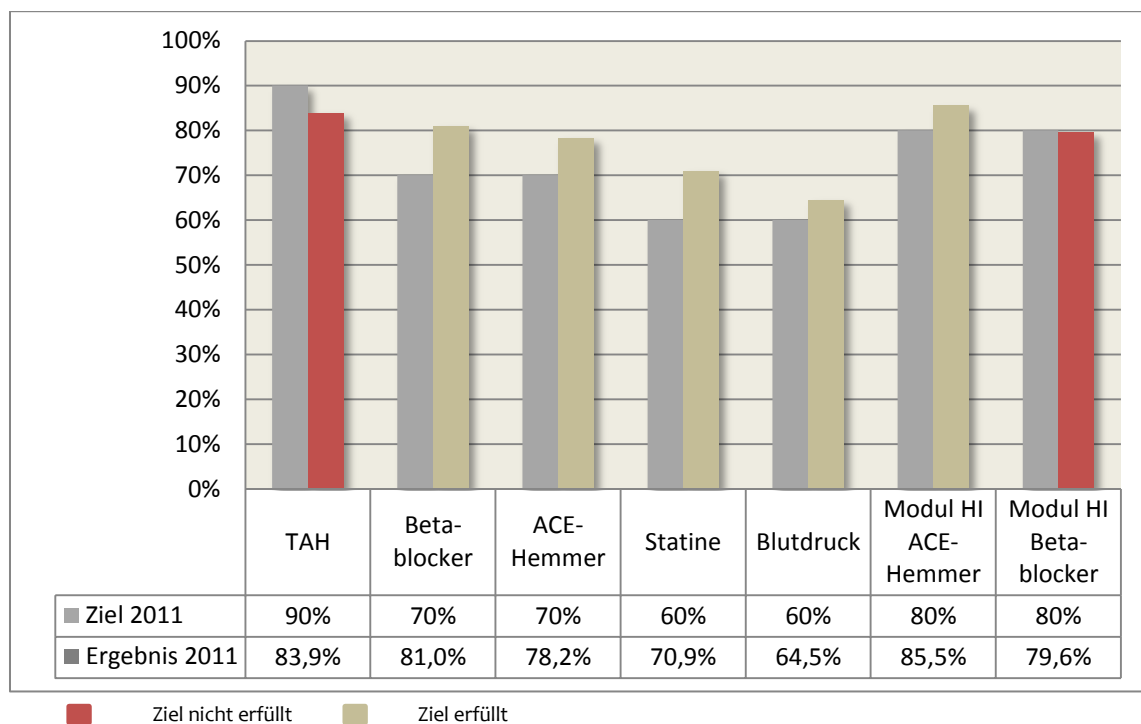
Um diese Ziele zu erreichen, wurden im Rahmen des DMP KHK Anforderungen an die Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität definiert und in Qualitätszielen festgehalten.

2.3 Qualitätssicherung

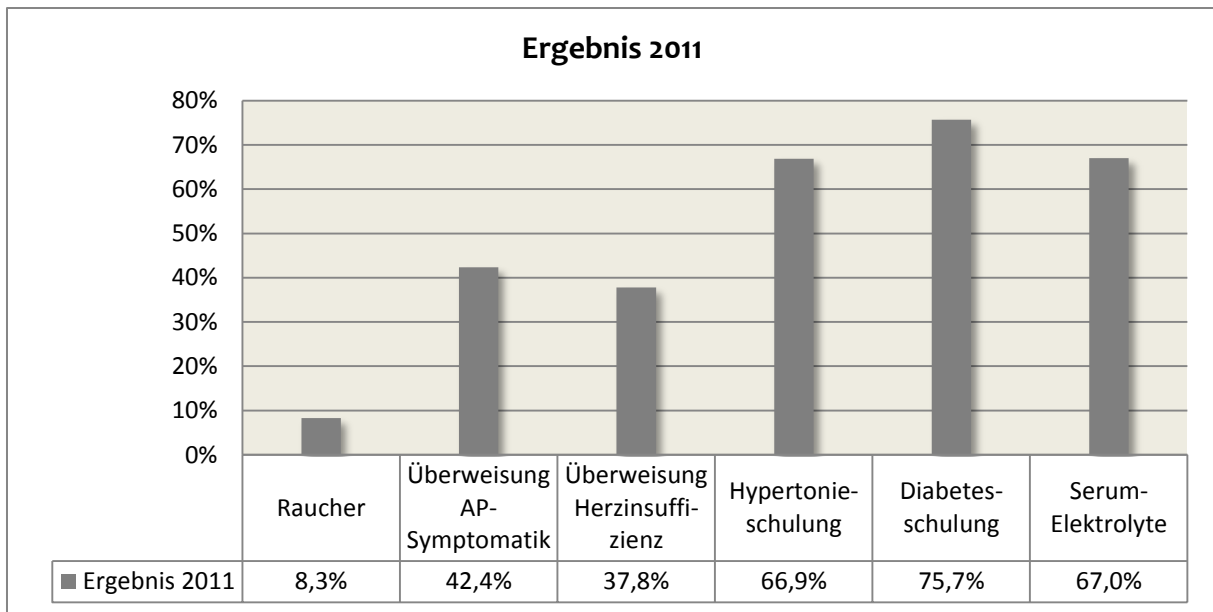
Die Ziele, Indikatoren und Maßnahmen der Qualitätssicherung auf der Grundlage der in den Erst- und Folgedokumentationen erhobenen Daten sind insbesondere in der Anlage zur Qualitätssicherung des DMP-Vertrages detailliert beschrieben.

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

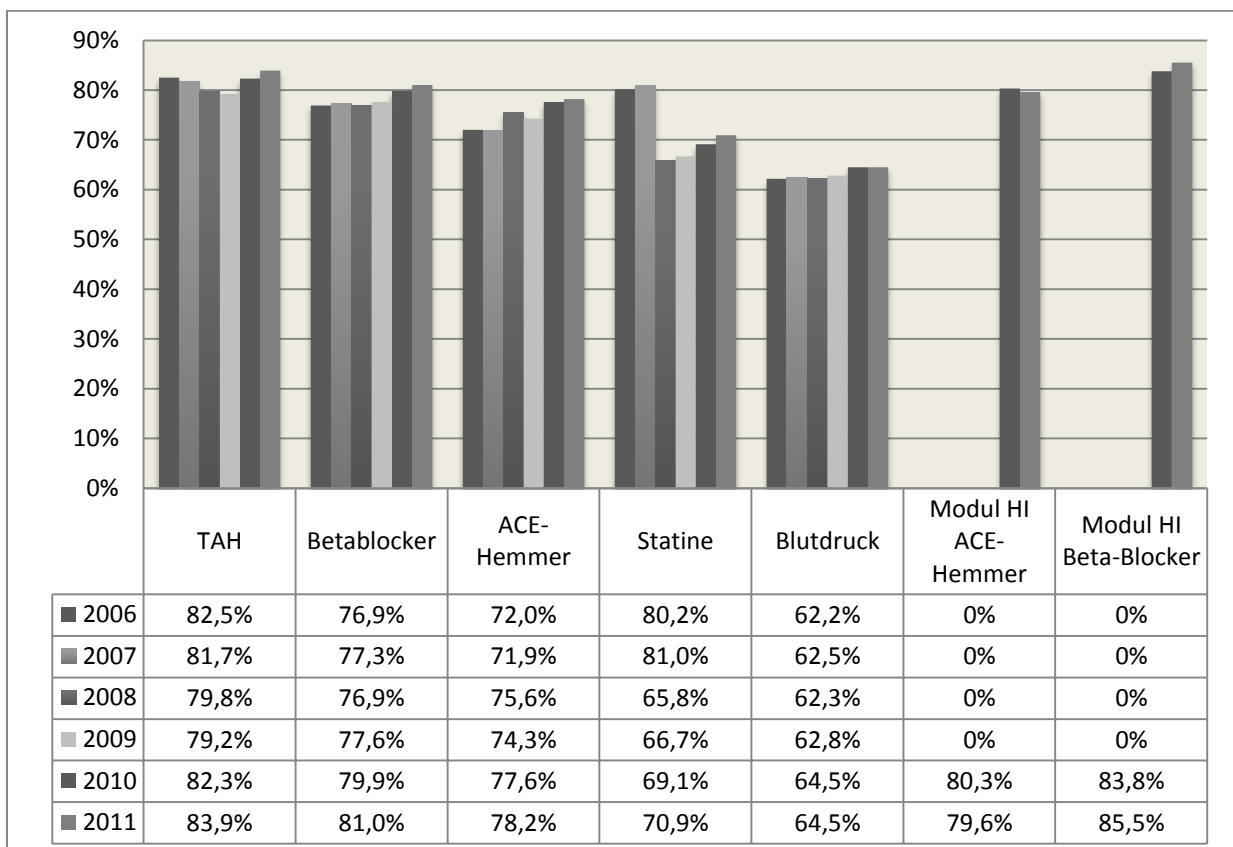
Bis auf die farblich rot gekennzeichneten Ergebnisse zur Verordnung von Thrombozytenaggregationshemmer sowie Betablocker beim Modul Herzinsuffizienz konnten alle übrigen Zielvorgaben im Auswertungszeitraum erreicht werden.



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. Übrige Zielergebnisse werden mit dem Jahr ihrer Aufnahme in den DMP-Vertrag dargestellt.



Der Vergleich macht deutlich, dass seit dem Jahr 2006, bis auf geringe zeitweilige Schwankungen, die Ergebnisse zu den Zielen im DMP KHK auf hohem Niveau erreicht und gehalten wurden.

Die auf den ersten Blick auffällige Senkung der Verordnung von Statinen zwischen den Jahren 2007 zu 2008 erklärt sich aus der geänderten Grundmenge zur Ermittlung dieses Qualitätszieles.

Bis zum 30.06.2008 wurden in der Betrachtungsgruppe nur Patienten mit einem Myokardinfarkt berücksichtigt, seit dem 01.07.2008 werden alle Patienten (ohne Kontraindikation) berücksichtigt. Auch wenn durch unterschiedliche Kohorten keine direkte Vergleichbarkeit der Jahresergebnisse besteht, sollte an dieser Stelle nicht auf die Ergebnisse beim Ziel „Statine“ verzichtet werden.

Besonders erfreulich ist die seit 2009 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 31.12.2011 nahmen 93.613 Patienten im DMP KHK teil. Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse und Verläufe von 91.242 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation und Folgedokumentation bzw. mindestens zwei Folgedokumentation im Kalenderjahr 2011 vorlagen.

2.5 Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation

In der DMP-Datenstelle gingen im Kalenderjahr 2011 für 91.242 Patienten Dokumentationen zum DMP KHK ein.

Nur 0,2% aller eingereichten Dokumentationen waren nicht plausibel bzw. korrekt und konnten durch die Praxen korrigiert werden. Lediglich ein nicht zu berücksichtigender Anteil von 0,006% der eingereichten Dokumentationen war bereits bei Eingang in der Datenstelle verfristet und wurde nicht verarbeitet. Der sehr geringe Anteil von verfristeten Dokumentationen zeugt nicht zuletzt auch von der hohen Wirkweise der in Brandenburg eingesetzten Remindersysteme zur Erinnerung der Arztpraxen an ausstehende bzw. erwartete Dokumentationen.

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass **der Anteil** der vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen **mindestens 95%** betragen soll. Damit wurde das Qualitätsziel erreicht.

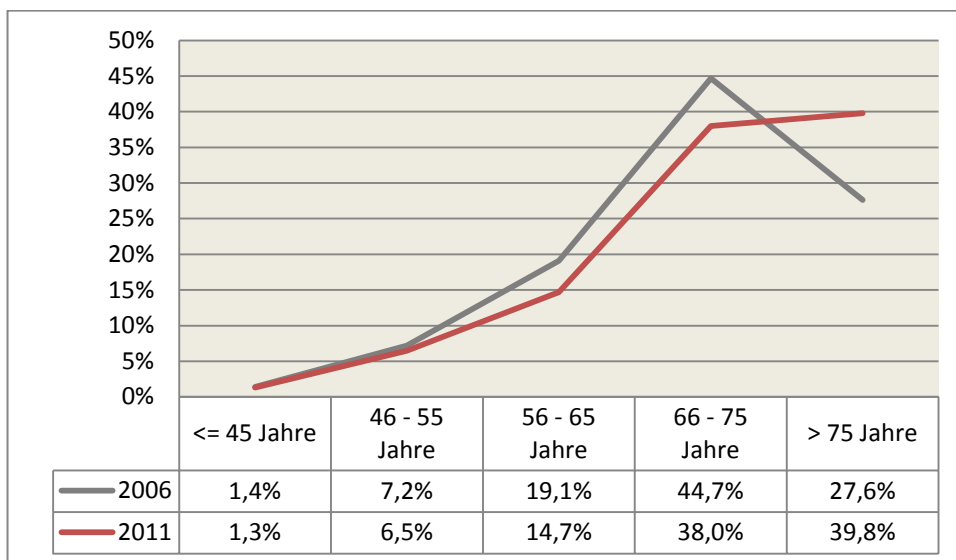
Darüber hinaus konnten allerdings 0,9% der Dokumentationen durch die DMP Datenstelle nicht verarbeitet werden. Hintergründe liegen hier u.a. in einer fehlenden Teilnahmeerklärung oder Mitgliedschaft des Patienten zur angegebenen Krankenkasse.

2.6 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 72 Jahre.

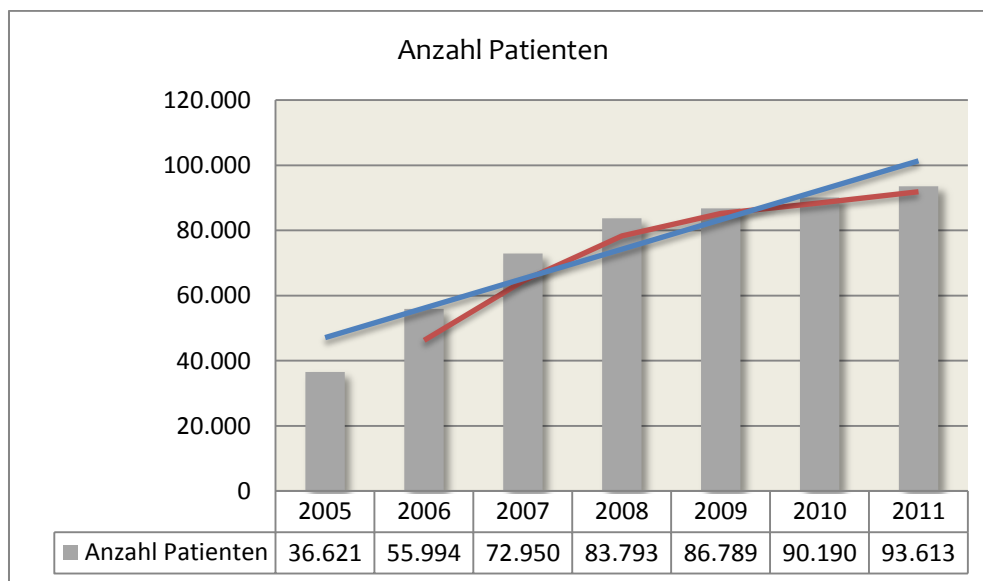


Alter	<= 45 Jahre	46 - 55 Jahre	56 - 65 Jahre	66 - 75 Jahre	> 75 Jahre
Anzahl 2011	942	5.943	13.373	34.640	36.344

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 56- bis 75-Jährigen hin zu den über 75-Jährigen. Dies entspricht der allgemeinen demographischen Entwicklung.

Insbesondere der Anteil an Patienten ab 66 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



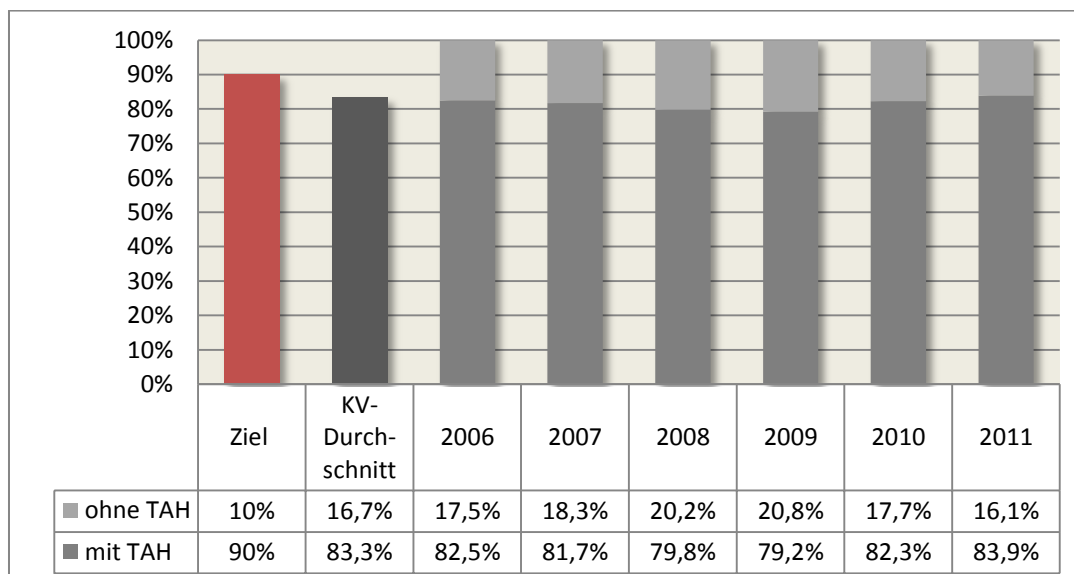
Im Jahresvergleich zeigt sich eine in den ersten Jahren stark ansteigende Einschreibung von Patienten bis zum Jahr 2008. Danach nimmt die absolute Zahl der neu eingeschriebenen Patienten zwar ab, bleibt in der Tendenz jedoch stabil. Sowohl die lineare als auch insbesondere exponentielle Trendlinie lassen die Tendenz erkennen.

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.“ (Anl. 5 RSAV)

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



	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ohne TAH	6.878	9.906	15.069	17.048	14.864	14.225
mit TAH	32.520	44.360	59.390	64.807	69.263	74.123

Von den im Auswertungszeitraum berücksichtigten Patienten liegt bei 88.348 Patienten keine Kontraindikation gegen TAH vor. 2.894 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 83,9% und hat sich im Vergleich zu den Vorjahren wieder erhöht. Der seit dem Jahr 2007 zu verzeichnende Abwärtstrend in der Verordnung von TAH konnte demnach beendet werden. 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.

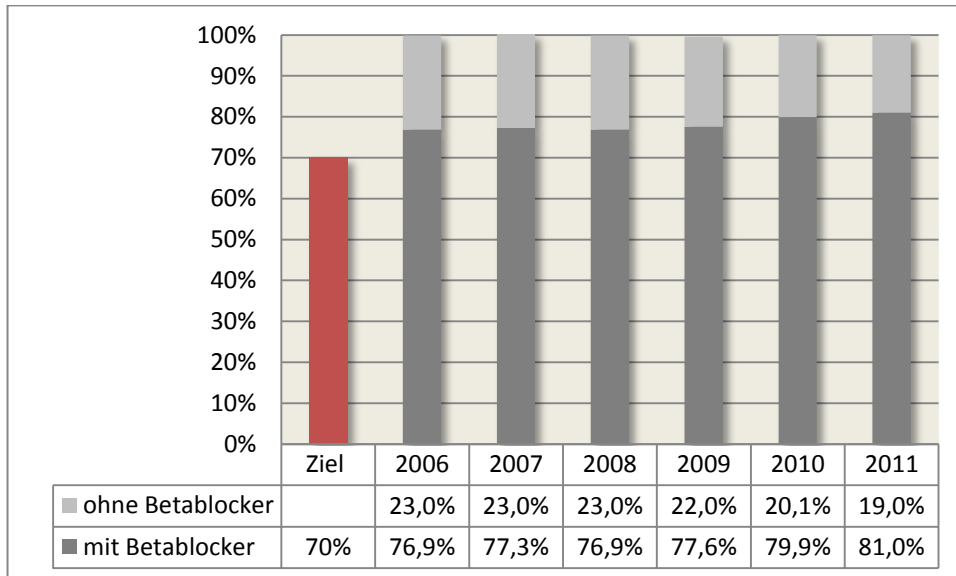
Im Durchschnitt von 15 betrachteten KV-Bereichen erhalten 83,3% der Patienten einen TAH. Die Verordnungsbreite schwankt hier zwischen 79,4% und 88,9%.

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 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 (RSAV) genannten Therapieziele Mittel der ersten Wahl, auch bei relativen Kontraindikationen.“ (Anlage 5 RSAV, Ziffer 1.5.2)

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass mindestens **70% der Patienten ohne Kontraindikation** mit Betablockern behandelt werden sollen.



	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ohne Betablocker	9.026	12.160	17.172	18.309	16.892	16.805
mit Betablocker	29.966	41.454	57.006	63.303	67.099	71.418

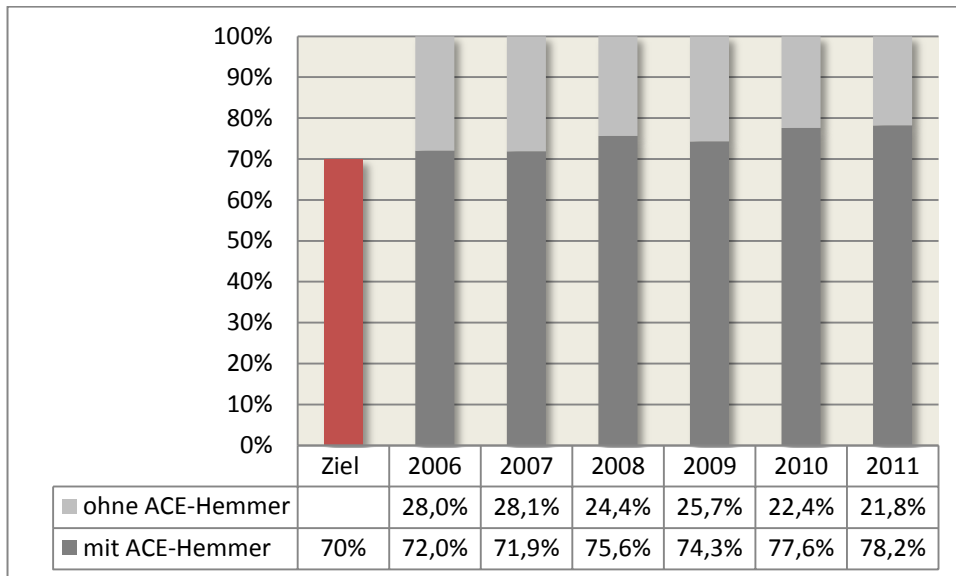
Im vorliegenden Auswertungszeitraum wurden 88.223 Patienten betrachtet, bei denen keine Kontraindikation zur Therapie mit Betablockern vorliegt. 3.019 Patienten konnten aufgrund einer vorliegenden Kontraindikation nicht mit Betablockern behandelt werden. Im Jahresvergleich zeigt sich die seit 2006 kontinuierlich hohe Versorgung der KHK Patienten mit einem Betablocker und erreicht im Jahr 2011 erstmals den höchsten Stand seit Einführung des DMP KHK.

Das Qualitätsziel wurde erreicht.

3.3 Therapie mit ACE-Hemmern bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz

„ACE-Hemmer sind grundsätzlich bei allen KHK-Patienten und Patienten in der frühen Postinfarktphase (4 Wochen) indiziert und wenn die chronische KHK mit einer begleitenden Herzinsuffizienz oder mit asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion und/oder mit der Komorbidität Hypertonie und/oder Diabetes mellitus einhergeht.“ (Anl. 5 RSAV, Ziffer 1.5.2)

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass **mindestens 70% der Patienten mit Herzinsuffizienz**, jedoch ohne Kontraindikation, mit ACE-Hemmern behandelt werden sollen.



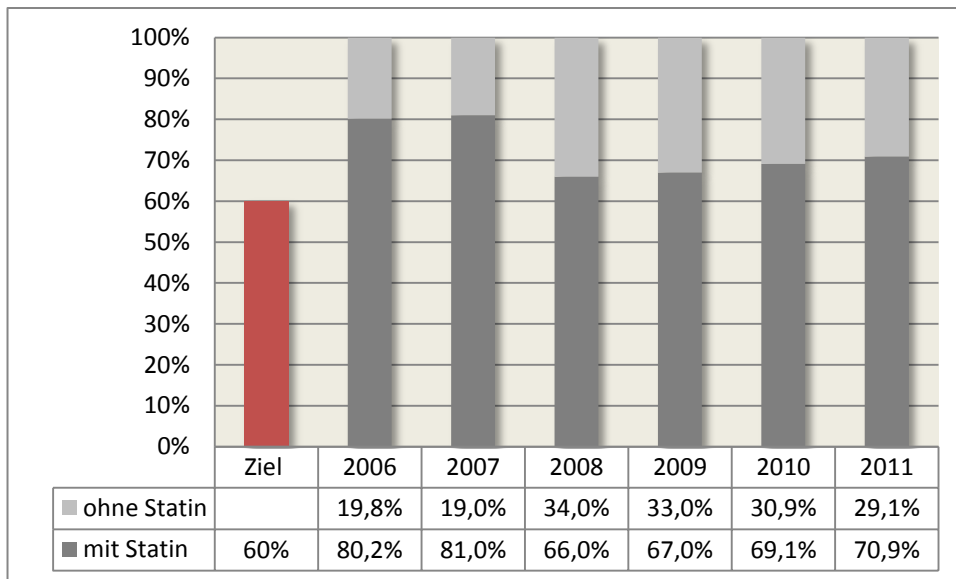
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ohne ACE-Hemmer	2.710	3.664	3.385	6.106	4.637	4.822
mit ACE-Hemmer	6.959	9.396	10.491	17.611	16.019	17.280

Insgesamt wurden für diese Auswertung 22.102 Patienten mit einer Herzinsuffizienz zugrunde gelegt. Der Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit ACE-Hemmern behandelt wurden, betrug im Berichtszeitraum 78,2%. Wie auch in den vergangenen Berichtsjahren konnte die Patientenversorgung weiter verbessert werden und liegt oberhalb des vorgegebenen Zielwertes.

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

„Für die Therapie der chronischen KHK sollten HMG-CoA-Reduktasehemmer (Statin) unter Beachtung der Kontraindikation eingesetzt werden. Es sollten diejenigen Statine bevorzugt werden, für die eine morbiditäts- und mortalitätssenkende Wirkung in der Sekundärprävention nachgewiesen ist.“ (Anl. 5 RSAV, Ziffer 1.5.2)

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass **mindestens 60% der Patienten** unter Beachtung der Kontraindikationen mit Statinen behandelt werden sollen.



	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ohne Statin	2.555	3.094	25.922	27.778	26.469	26.130
mit Statin	10.379	13.172	49.973	55.525	59.273	63.607

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. Daher wird in der Betrachtung der Jahre 2007 und 2008 ein statistischer Rückgang der Verordnung von Statinen deutlich.

Trotz unterschiedlicher Kohorten und somit keiner direkten Vergleichbarkeit der Zeiträume 2006/2007 und den Folgejahren sollte an dieser Stelle jedoch nicht auf die Darstellung aller Jahre verzichtet werden, da auch erkennbar wird, dass trotz unterschiedlicher Grundmengen eine hohe Anzahl von Patienten Statine im Rahmen der therapeutischen Behandlung erhalten und das mit steigender Tendenz.

Das Qualitätsziel wurde erreicht.

3.5 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.

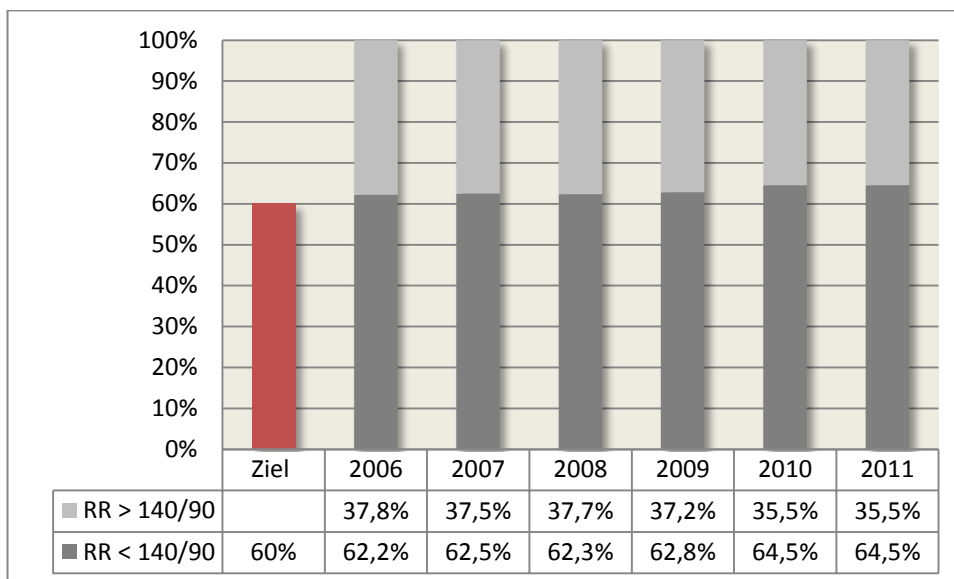
Entsprechend der Einteilung der WHO werden folgende Blutdruckklassen differenziert:

Blutdruckwerteklassen (WHO)	systolisch (mmHg)	diastolisch (mmHg)
optimal	<=120	<=80
normal	< 130	< 80
hoch normal	130 – 139	80 – 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

- im 1. Jahr mehr als 30%,
- im 2. Jahr mehr als 40%,
- im 3. Jahr und Folgejahre mehr als 60%

der Patienten mit bekannter Hypertonie normotensive Werte aufweisen sollen.

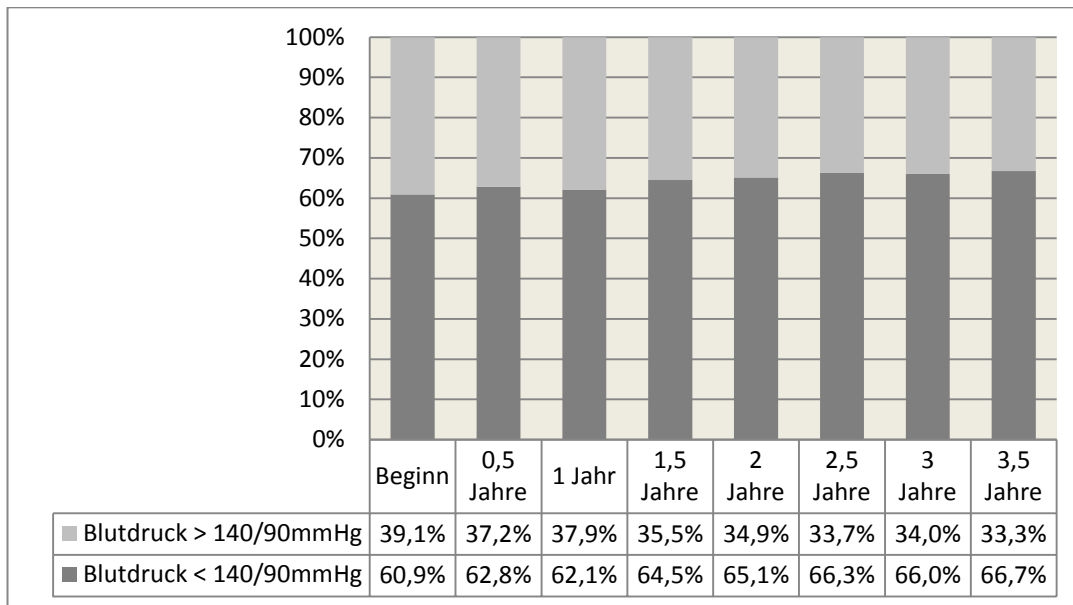


	2006	2007	2008	2009	2010	2011
RR > 140/90	12.589	17.284	23.226	28.652	27.259	28.943
RR < 140/90	20.754	28.840	38.371	48.383	49.476	52.662

Von den insgesamt in diesem Bericht berücksichtigten 91.242 Patienten weisen 81.605 Patienten eine Hypertonie auf. Dies entspricht einem Anteil von rund 89%. Im Auswertungszeitraum 2009 lag der Anteil noch bei 92%. Bei Patienten mit bekanntem Hypertonus konnten bei 52.662 Patienten (dies entspricht einem Anteil von 64,5%) der Blutdruck unter den RR-Wert 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.

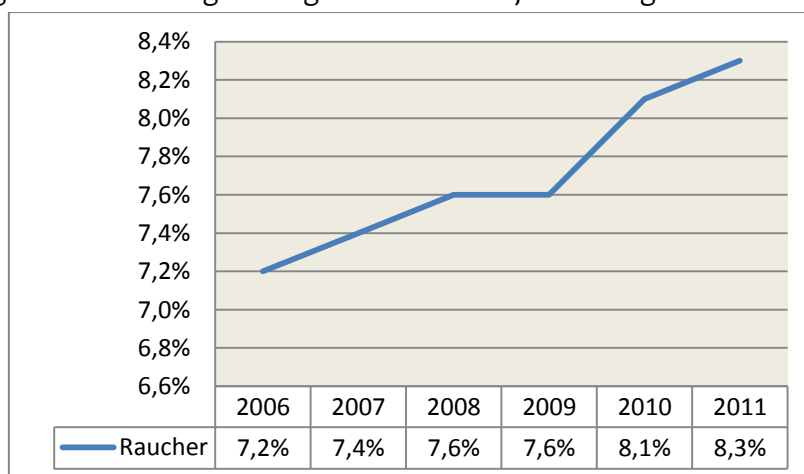
Betrachtet man die Veränderung innerhalb der Blutdruckwerteklassen, so ergibt sich folgendes Bild:



Aus der Übersicht wird erkennbar, dass auch die Teilnahmedauer Einfluss auf die Entwicklung des Blutdruckes hat. So können immerhin laut Auswertung des Kalenderjahres 2011 rund 6% der Patienten mit mindestens dreieinhalbjähriger Teilnahmedauer ihren hypertonen Blutdruck in den normotensiven Blutdruckbereich senken.

3.6 Rauchen

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.



	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Raucher	2.899	4.137	5.832	6.370	7.027	7.571
Nichtraucher	37.499	51.587	70.458	77.460	79.880	83.671

Die Auswertung der Anteile von Rauchern/Nichtrauchern zeigt in den Berichtszeiträumen wiederholt im Verhältnis eine geringe Anzahl von Rauchern, auch wenn der prozentuale Anteil leicht angestiegen ist.

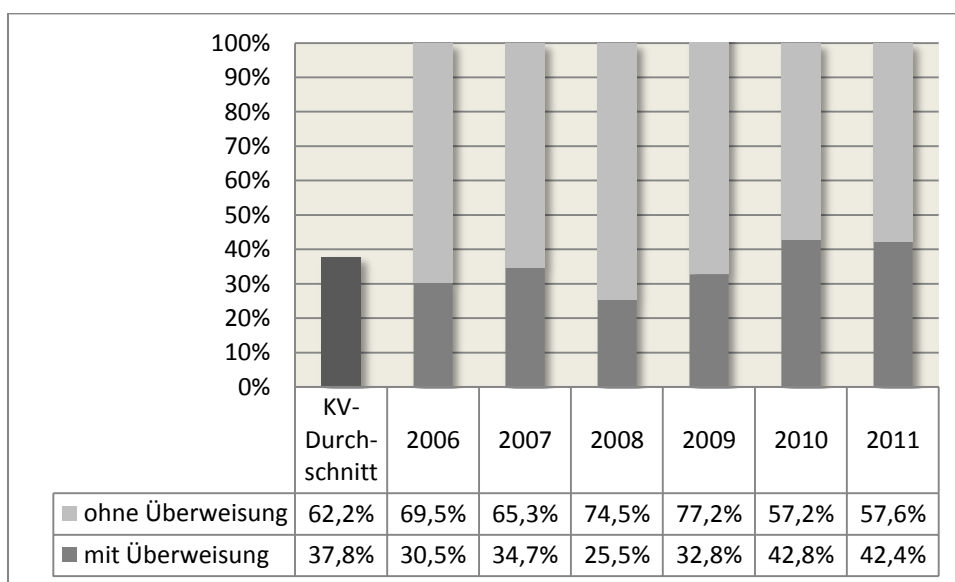
Namenhafte Studien (Euroaspire I und II, Völler, Twardelle et al) zeigen zum Teil deutlich höhere Raucheranteile bei KHK-Patienten. Hier konnten bei Befragungen der Patienten nach ihrem Rauchverhalten in ca. 25% der Fälle mit der Angabe „Nichtraucher“ durch Blutkontrollen eine Falschangabe nachgewiesen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

3.7 Kooperation der Versorgungsebenen

Es gibt beim DMP KHK keine quantitativen Zielvorgaben für die Überweisung an die nächste Versorgungsebene. Allerdings wurde als Qualitätssicherungsziel vertraglich vereinbart, dass die Überweiskriterien gem. Anlage „Versorgungsinhalte“ einzuhalten sind. (Anlage 5 RSAV, Ziffer 1.7)

„Der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen eine Überweisung bzw. Weiterleitung zur Mitbehandlung und zur erweiterten Diagnostik und Risikostratifizierung von Patienten mit chronischer KHK zum jeweils qualifizierten Facharzt oder qualifizierten Einrichtung bzw. zum Psychotherapeuten erfolgen soll. (Anlage 5 RSAV, Ziffer 1.7.2)

3.7.1 Überweisung bei neu aufgetretener Angina pectoris Symptomatik

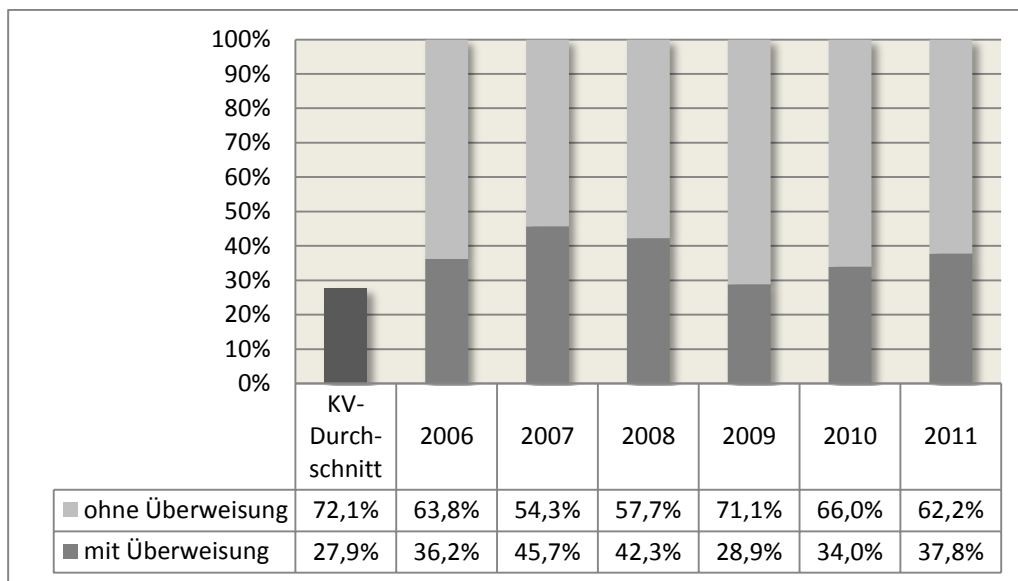


	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ohne Überweisung	1.639	1.689	16.523	3.518	2.405	2.407
mit Überweisung	720	898	5.650	1.714	1.797	1.773

Im Kalenderjahr 2011 trat bei 4.180 Patienten erstmalig eine AP-Symptomatik auf (4,6% der betrachteten KHK-Patienten). Demgegenüber lag dieser Anteil im Kalenderjahr 2006 noch bei 5,8%.

Die bei diesem Ziel in 2008 aufgetretene hohe Anzahl von Patienten mit erstmalig oder neu aufgetretener Angina pectoris lässt auf ein Problem in der Dokumentation der Daten im 2. Halbjahr 2008 schließen. Möglicherweise wurden hier nochmals alle Patienten mit einer AP-Symptomatik berücksichtigt ohne Differenzierung nach bekannter bzw. neu aufgetretener Angina pectoris.

3.7.2 Überweisung bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz



	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ohne Überweisung	150	182	6.677	1.813	1.448	1.155
mit Überweisung	85	153	2.741	738	745	701

Von 91.242 im Berichtszeitraum berücksichtigten Patienten 2011 wurde bei 1.856 Patienten eine neu aufgetretene Herzinsuffizienz diagnostiziert. Dies entspricht einem Patientenanteil von 2%.

Auch bei diesem Ziel lässt die in 2008 aufgetretene hohe Anzahl von Patienten mit erstmalig oder neu aufgetretener Herzinsuffizienz auf ein Problem in der Dokumentation der Daten im 2. Halbjahr 2008 schließen. Möglicherweise wurden nochmals alle Patienten mit einer Herzinsuffizienz berücksichtigt ohne Differenzierung nach bekannter bzw. neu aufgetretener Herzinsuffizienz.

Die in Brandenburg erreichte Überweisungsquote von 37,8% liegt im Vergleich mit weiteren 14 KV-Bereichen sehr hoch. Im KV-Durchschnitt werden lediglich 27,9% der Patienten bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz an einen Facharzt überwiesen, wobei die Schwankungen zwischen 17,6% und 40,4% liegen.

4. Modul Herzinsuffizienz

Mit Wirkung ab 01.04.2010 wurde im DMP-Vertrag KHK zusätzlich das Modul Herzinsuffizienz vertraglich vereinbart. Für Patienten, bei denen sowohl eine chronische KHK als auch eine Herzinsuffizienz diagnostiziert wurde, besteht seit diesem Zeitpunkt die Möglichkeit einer Teilnahme am Modul. 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.

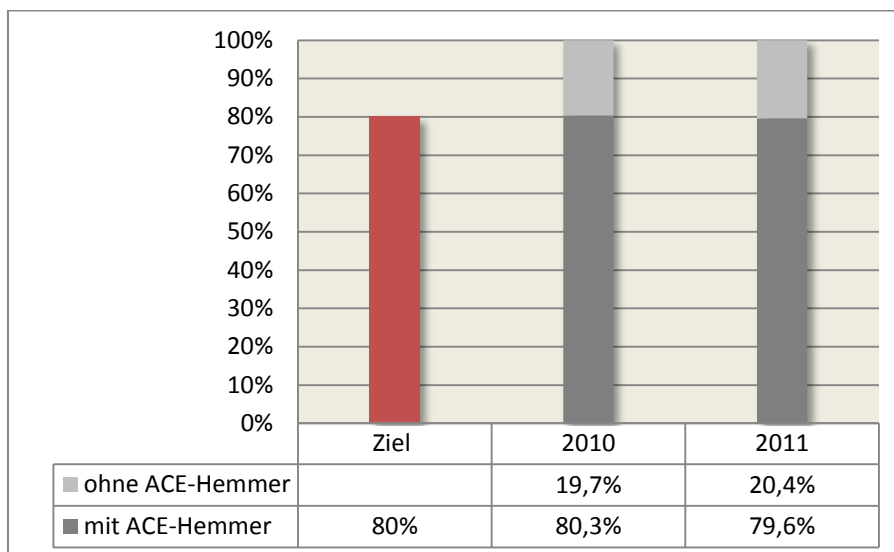
Mit der Aufnahme des Moduls in den DMP-Vertrag KHK sollte die strukturierte Behandlung dieser Patientengruppe nach evidenzbasierten Leitlinien umgesetzt werden, um somit eine Reduktion der Letalität und kardiovaskulären Morbidität, insbesondere der Vermeidung und Verlangsamung einer Progression der bestehenden 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.

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.



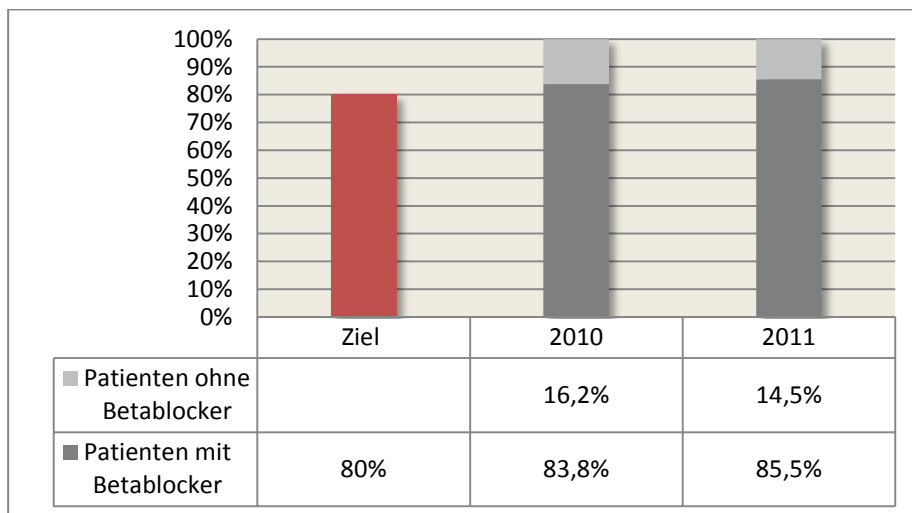
Anzahl Patienten	2010	2011
ohne ACE-Hemmer	810	881
mit ACE-Hemmer	3.308	3.429

Am Modul Herzinsuffizienz nehmen im ausgewerteten Zeitraum bereits 4.310 Patienten teil, die keine Kontraindikation gegen ACE-Hemmer aufweisen. Bereits mit Beginn der ersten Auswertung zum Modul Herzinsuffizienz im Jahr 2011 erhielten mehr als 80% der Patienten einen ACE-Hemmer. Dieses Ergebnis wurde annähernd im Folgejahr 2011 erreicht.

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.



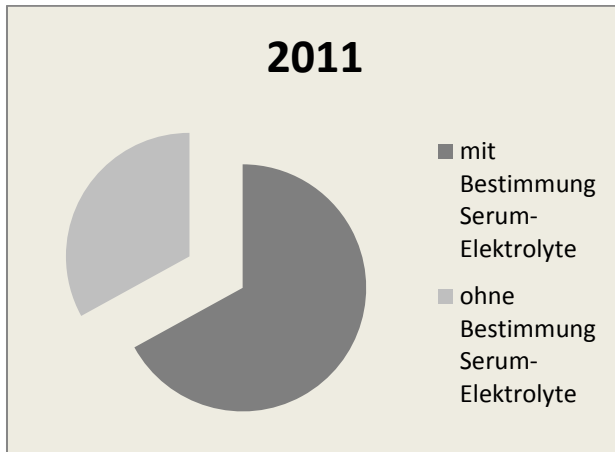
Anzahl Patienten	2010	2011
ohne Betablocker	1.138	1.092
mit Betablocker	5.890	6.418

Auch bei diesem Ziel konnte seit Beginn der Auswertungen die im Vertrag vereinbarte Zielhöhe eines Versorgungsgrades von 80% erreicht werden.

4.3 Serumelektrolyte

Im Rahmen des Monitorings ist der klinische Status der Patienten mit Herzinsuffizienz zu prüfen. Entsprechend der mit der 17. RSA-ÄndV beschlossenen Anforderungen an das Modul Herzinsuffizienz ist bei allen teilnehmenden Patienten 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.



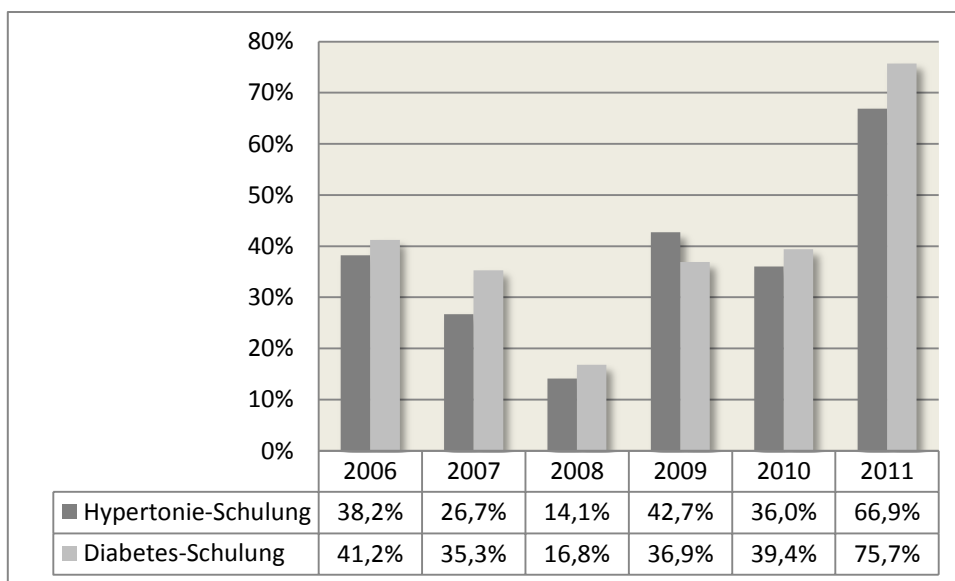
Anzahl Patienten	2011
ohne Bestimmung Serum-Elektrolyte	2.110
mit Bestimmung Serum-Elektrolyte	4.279

Bei 67,0% der mindestens 12 Monate am Modul Herzinsuffizienz teilnehmenden Patienten wurden die Serum-Elektrolyte bestimmt.

5. Schulungen

Die aktive Teilnahme eines Patienten ist wichtiger Bestandteil einer optimalen und sinnvollen Therapieumsetzung im Rahmen des DMP-Vertrages. Den Patienten stehen bedarfsgerechte Patientenschulungsprogramme zur Verfügung, um unter anderem möglichst eine Gewichtsreduktion, Blutdrucksenkung, Erhöhung der körperlichen Aktivitäten aber auch ggf. einen Rauchverzicht zu erreichen und somit eine Verbesserung der Lebensqualität und Erhöhung der Lebenserwartung zu erwirken.

In der arzt- und regionsbezogenen Qualitätssicherung wurde kein konkretes Qualitätsziel festgelegt. Anhand der Auswertung zur Wahrnehmung von empfohlenen Patientenschulungen zeichnet sich im Land Brandenburg bei den Hypertonie- und Diabetesschulungen folgendes Bild ab:



Schulungen	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hypertonie	1.661	739	389	7.121	4.348	5.519
Diabetes	455	153	120	1.850	1.749	2.525

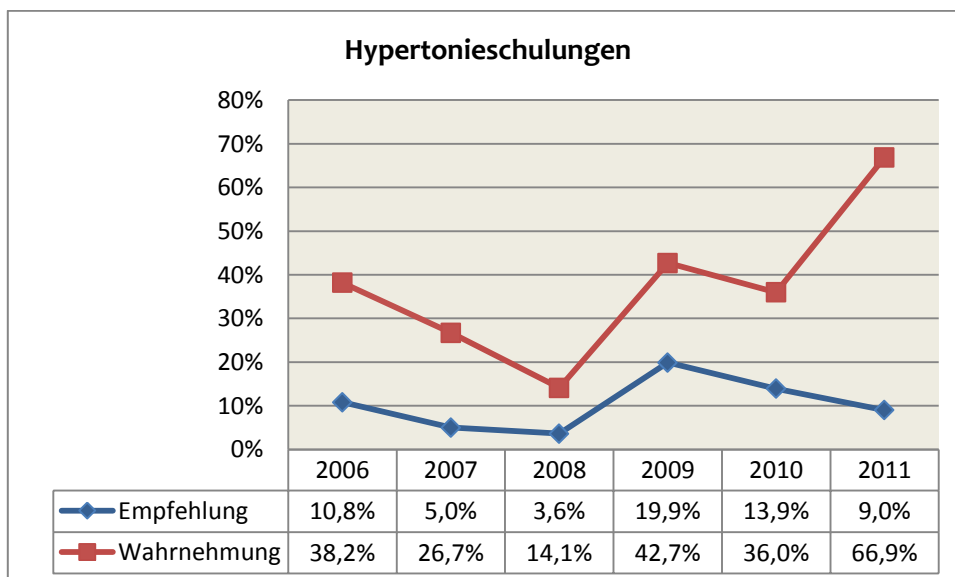
Die Auswertung der Ergebnisse zur Wahrnehmung von ärztlich empfohlenen Hypertonie- und/oder Diabetesschulungen zeigt im Auswertungszeitraum 2011 einen deutlichen Anstieg der Inanspruchnahmen. Dies ist in einem modifizierten Auswertungsalgorithmus begründet. In den Vorjahren wurden bei der Auswertung dieser beiden Qualitätsindikatoren alle jemals für einen Patienten dokumentierten Schulungsempfehlungen eruiert und einer entsprechenden Durchführung gegenübergestellt. Durch somit nicht berücksichtigte zeitliche Differenzen bzw. auch Auswertung von Mehrfachempfehlungen stellte sich eine geringe Inanspruchnahme von Schulungen durch DMP-Patienten dar, welche in den zurückliegenden Zeiträumen nicht plausibel begründet werden konnten. Im aktuellen Zeitraum werden nunmehr ausschließlich Empfehlungen berücksichtigt, welche ausgehend vom letzten Dokumentationszeitraum vier Quartale rückwirkend dokumentiert wurden. Durch den zeitlichen Zusammenhang zwischen Empfehlung und Durchführung ist das vorliegende Ergebnis, insbesondere auch unter Betrachtung der nicht wesentlich veränderten absoluten Zahl geschulter Patienten, durchaus plausibel.

Unter allen am DMP KHK teilnehmenden Vertragsärzten besitzen mit Stand 31.12.2011 insgesamt 516 Ärzte (38%) eine Genehmigung zur Abrechnung der Schulung für Patienten mit Hypertonie und 856 Ärzte (63%) für Patienten mit Diabetes mellitus.

Rund jeder zweite am DMP KHK teilnehmende Arzt hat zumindest eine Schulungsgenehmigung für Patienten mit Diabetes und immerhin noch jeder dritte Arzt für eine Hypertonieschulung. Damit kann durchaus von einem flächendeckenden Angebot an Schulungsmöglichkeiten im Land Brandenburg ausgegangen werden.

Vergleicht man die Durchführung von empfohlenen Hypertonieschulungen mit 11 weiteren KV-Bereichen nehmen im Durchschnitt nur 53,4% der Patienten diese Schulung wahr. Die geringste Quote liegt bei 26,9%, die höchste immerhin bei 82,6%.

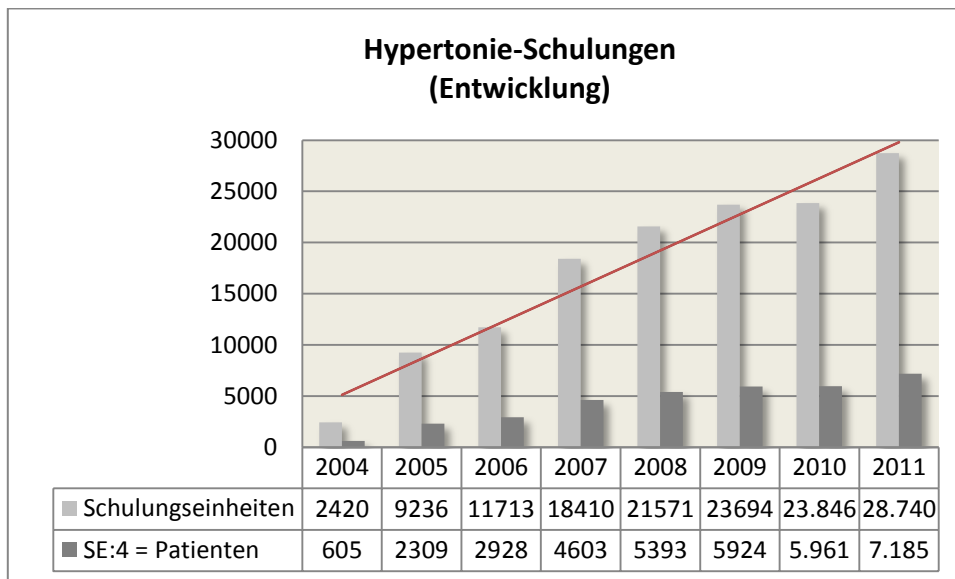
Da die Durchführung von empfohlenen Schulungen in den Jahren 2006 – 2011 stark schwankt wird in der folgenden Übersicht die Entwicklung der Schulungsempfehlungen durch die koordinierenden Ärzte näher betrachtet.



In der Übersicht wird die Abhängigkeit der Wahrnehmung von Schulungsempfehlungen zu ihrer tatsächlichen Durchführung am Beispiel der Hypertonie betrachtet.

Hier wird deutlich, dass eine Schulungswahrnehmung bis zum Jahr 2010 in Abhängigkeit der Empfehlung erfolgt. Eine mögliche Schlussfolgerung war, dass mit einer intensiveren Ansprache der Patienten und dem Hinwirken auf eine Inanspruchnahme sowohl durch die Ärzte als aber auch die Krankenkassen eine höhere Durchführungsrate erreicht werden könnte. Im Jahr 2011

ändert sich diese Annahme. Trotz geringer werdender Empfehlungsrate steigt die Inanspruchnahme deutlich an.



Wenn auch der Anteil der Patienten mit Durchführung der empfohlenen Schulungen gestiegen ist, nehmen noch immer ca. 24% der Patienten die Diabetes-Schulung und immerhin rd. 33% eine Hypertonieschulung nicht wahr. Möglicherweise ist in einem Flächenland wie Brandenburg die räumliche Distanz zur Schulungspraxis, die fehlende Mobilität oder auch eine fehlende Bereitschaft der Patienten bzw. nicht ausreichende Kommunikation zur Motivation des Einzelnen ausschlaggebend. Die Anzahl beschulter Patienten pro Jahr wird tendenziell stagnieren, da von einer gewissen Durchschulungsrate potenzieller Schulungspatienten ausgegangen werden darf. Nachschulungen, auch in Form von Teilschulungen, sind erst wieder nach zwei Jahren nach einer durchgeführten Erstschulung möglich.

6. Fazit

Die Ergebnisse des DMP KHK im Land Brandenburg zeigen, dass die vereinbarten Qualitätsziele auch im fünften Berichtszeitraum überwiegend erreicht wurden.

1. QS-Ziel zu den „Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien“
 - Die Senkung des Blutdruckes bei Patienten mit zunächst hypertensiven Werten auf Werte unter 140/90 mmHg wurde auch in 2011 erreicht, außerdem gab es im Vergleich zum vorhergehenden Berichtszeitraum erneut eine Steigerung der Anzahl von Patienten mit neu normotonen Blutdruckwerten. Der Anteil der eingeschriebenen KHK-Patienten mit Hypertonie ist mit 89% 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.
2. Die Ziele zu den „Anforderungen an eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gem. § 12 SGB V“ wurden überwiegend erreicht.

- Das QS-Ziel „Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern 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 83,9%. Auch wenn 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 „Gabe von Betablockern, insbesondere bei Patienten nach einem akuten Koronarereignis unter Beachtung der Kontraindikationen“ wurde mit 81% erfüllt und weist im Jahresverlauf eine kontinuierliche Steigerung auf.
 - Ebenso konnte das QS-Ziel „ACE-Hemmer bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz unter Beachtung der Kontraindikationen“ erreicht und seit Einführung des DMP die Versorgung mit diesem Wirkstoff um knapp 6% gemessen an allen Patienten ohne Kontraindikation auf 78,2% erhöht werden.
 - Über die Laufzeit des Programms sollten mindestens 60 % aller eingeschriebenen KHK-Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt, eine Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmer erhalten. Dieser Anteil lag im Berichtszeitraum bei rund 70,9% und damit im Zielbereich.
3. Zur Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen wurde das Qualitätsziel „Einhaltung der Überweisungskriterien“ vertraglich vereinbart, bei dem jedoch keine quantitativen Zielvorgaben genannt wurden.
- Die Überweisungsquoten an die jeweils spezialisierte Fachebene bei einer neu auftretenden typischen oder atypischen Angina pectoris Symptomatik sowie bei einer neu auftretenden Herzinsuffizienz lag bei 42,4 % bzw. 37,8%. Insbesondere Patienten mit einer AP-Symptomatik wurden im Vergleich zu 2009 deutlich häufiger (Steigerung um fast 10% aller Patienten) an einen Facharzt überwiesen. Auch Patienten mit einer hinzugekommenen Herzinsuffizienz wurden im jetzigen Auswertungszeitraum im Vergleich zum Jahr 2009 wieder häufiger zu Beginn der Erkrankung einem Facharzt vorgestellt. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass immerhin noch weit mehr als die Hälfte aller Patienten mit den genannten neu aufgetretenen Indikationen nicht bzw. nicht zeitnah von einem Facharzt weiter- oder mitbehandelt werden.
4. Das Ziel „Sicherstellung der Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentationen wurde ebenfalls erreicht. Mit fast 100% der eingereichten Dokumentationen sind nahezu alle Dokumentationen bereits bei Eingang in der Datenstelle plausibel/ fristgerecht und konnten somit verarbeitet werden.
5. Die „Wahrnehmung empfohlener Schulungen“ wurde nicht mit einem entsprechenden Qualitätsziel vertraglich unterlegt. Dennoch ergab die Auswertung, dass der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Hypertonie-Schulung wahrgenommen haben auf 66,9% und die Diabetes-Schulung auf 75,7% gestiegen ist. Die Ursachen für eine Nichtinanspruchnahme durch Patienten mit einer Schulungsempfehlung sind sicher vielschichtig. Hier sollten sich die Vertragspartner über geeignete Maßnahmen zur Erhöhung der Motivation bei den Patienten

verständigen. Dennoch kann im Ergebnis eingeschätzt werden, dass sich die Inanspruchnahme der Schulungsangebote von Patienten insbesondere im KV-Vergleich sehr gut darstellt.

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.