

4. Qualitätsbericht

DMP KHK

der

Gemeinsamen Einrichtung Land Brandenburg

Berichtszeitraum 01.07.2008 bis 31.12.2009

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	4
2.4	Dokumentation/Datenlieferung	6
2.5	Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen	7
2.6	Basisdaten	7
3.	Ergebnisse des DMP KHK	9
3.1	Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern zur Sekundärprävention	9
3.2	Therapie mit Betablockern	10
3.3	Therapie mit ACE-Hemmern bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz	11
3.4	Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statinen)	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 AP-Symptomatik	16
3.7.2	Überweisung bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz	17
3.8	Wahrnehmung empfohlener Hypertonie-/Diabetes-Schulungen	18
4.	Fazit	20

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 (2003) mit 10,9 % und 7,5 % 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 1 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.

Der Vertrag zum DMP KHK im Land Brandenburg wurde zum 01.09.2004 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) und den Krankenkassen/-verbänden im Land Brandenburg geschlossen. Die Beteiligung der Krankenhäuser erfolgt auf der Basis einer Rahmenvereinbarung zwischen den Krankenkassen/-verbänden und der Landeskrankenhausesellschaft Brandenburg. Nahmen im Kalenderjahr 2004 insgesamt 21

Krankenhäuser am DMP-KHK-Vertrag teil, so konnte die Anzahl bereits innerhalb der nächsten drei Jahre auf 32 Krankenhäuser erhöht werden. Ebenso sind bisher 4 Rehabilitationseinrichtungen in diesen Vertrag eingebunden, so dass strukturell eine auf die leitliniengerechte Versorgung ausgerichtete medizinische Betreuung flächendeckend im Land Brandenburg sichergestellt werden kann.

Für die ärztliche Qualitätssicherung im DMP ist die Gemeinsame Einrichtung, die von der KVBB und den Krankenkassen gebildet wurde, zuständig.

Die Gemeinsame Einrichtung legt hiermit den vierten Qualitätsbericht für das DMP KHK für den Zeitraum 01.07.2008 bis 31.12.2009 vor.

2.2 Ziele des DMP KHK

Das DMP KHK verfolgt die Ziele:

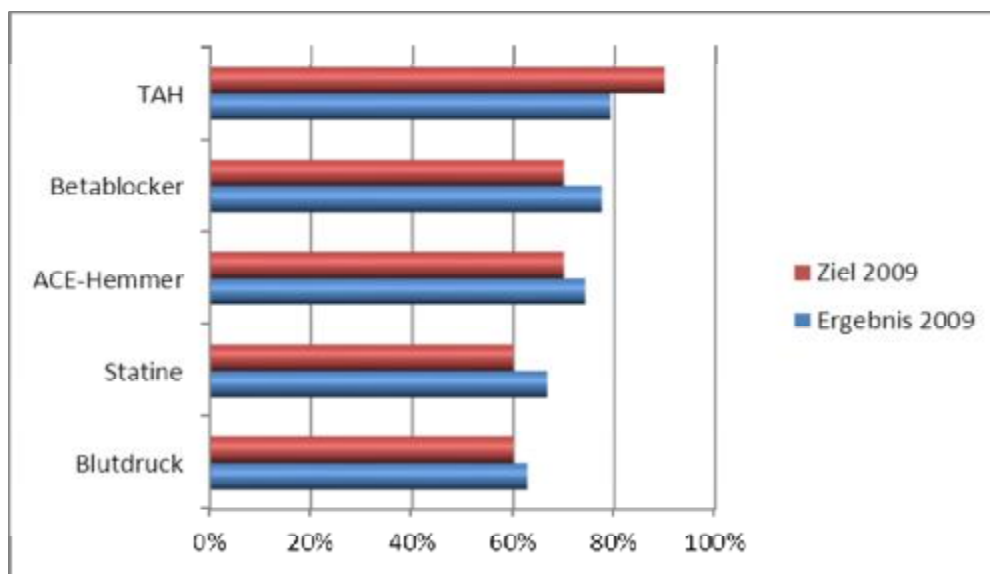
- Reduktion der Sterblichkeit
- Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz
- Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von Angina-Pectoris-Beschwerden
- Erhaltung der Belastungsfähigkeit des Patienten

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

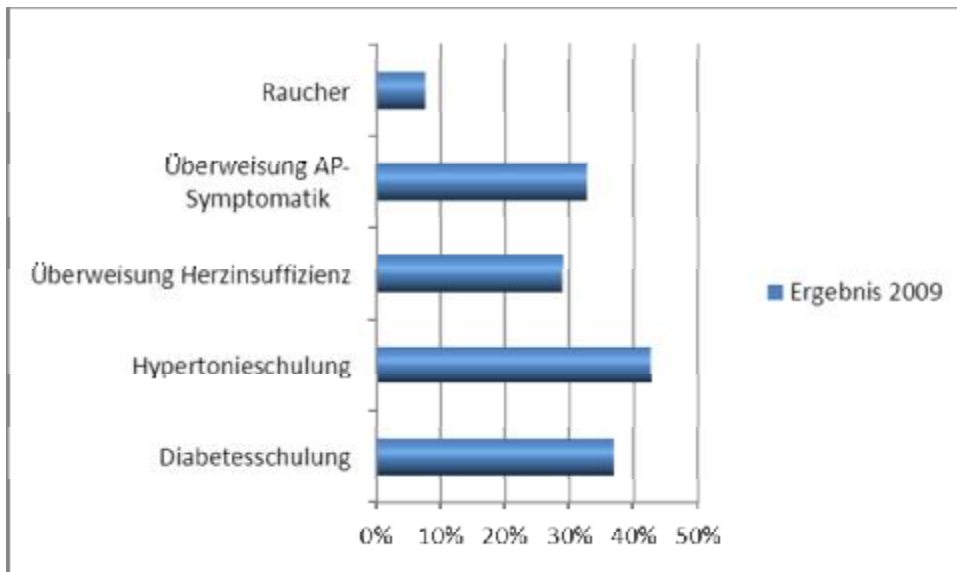
Die Ziele, Indikatoren und Maßnahmen der Qualitätssicherung auf der Grundlage der in den Erst- und Folgedokumentationen erhobenen Daten sind insbesondere in der Anlage zur Qualitätssicherung des DMP-Vertrages detailliert beschrieben.

Im Folgenden möchten wir Ihnen die vereinbarten Qualitätssicherungsziele sowie die erreichten Ergebnisse zusammenfassend darstellen.



Qualitätssicherungsziele	Ziel 2009	Ergebnis 2009
Thrombozytenaggregationshemmer (TAH)	≥ 90%	79,2%
Betablocker	≥ 70%	77,6%
ACE-Hemmer	≥ 70%	74,3%
Statine	≥ 60%	66,7%
Blutdruck	≥ 60%	62,8%

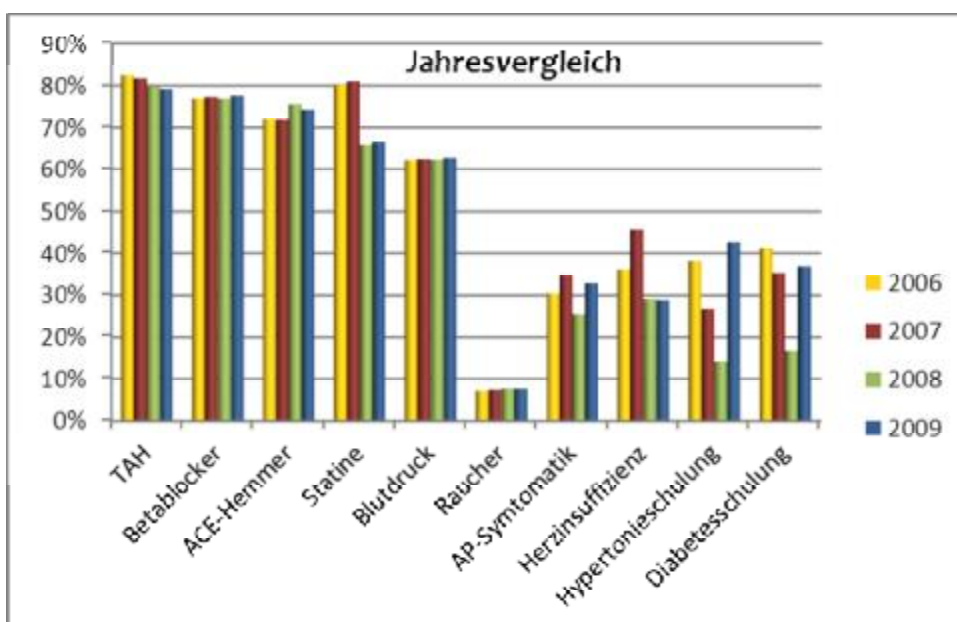
Für die im Folgenden dargestellten Parameter wurden im DMP-Vertrag Koronare Herzkrankheit keine konkreten Zielwerte festgelegt. Die Auswertung dieser Kriterien soll dazu dienen, die Umsetzung der im DMP-Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalte abzubilden und Tendenzen zu erkennen.



Qualitätssicherungsziele	Ergebnis 2009
Raucher /Anteil an allen DMP-Patienten	7,6%
hoher Anteil Überweisung bei AP-Symptomatik	32,8%
hoher Anteil Überweisung bei Herzinsuffizienz	28,9%
Hypertonieschulung	42,7%
Diabetesschulung	36,9%

Mit den Änderungen der 17. RSAV-ÄndV sind einige Ziele wie z. B. die stationäre Notfallbehandlung, Überweisung bei Herzrhythmusstörungen, Überprüfung LDL- und Gesamt-Cholesterin, Vermeidung AP-Symptomatik entfallen.

Der Vergleich der Kalenderjahre 2006 bis 2009 bezieht sich daher nur auf die seit 2006 definierten Qualitätsziele.



Jahresvergleich	2006	2007	2008	2009
TAH	82,5	81,7	79,8	79,2
Betablocker	76,9	77,3	76,9	77,6
ACE-Hemmer	72,0	71,9	75,6	74,3
Statine	80,2	81,0	65,8	66,7
Blutdruck	62,2	62,5	62,3	62,8
Raucher	7,2	7,4	7,6	7,6
Überweisung AP-Symptomatik	30,5	34,7	25,5	32,8
Überweisung Herzinsuffizienz	36,2	45,7	29,1	28,9
Hypertonieschulung	38,2	26,7	14,1	42,7
Diabeteschulung	41,2	35,3	16,8	36,9

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 01.07.2008 wurden in der Betrachtungsgruppe nur Patienten mit einem Myokardinfarkt berücksichtigt, danach wurden 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.

2.4 Dokumentation / Datenlieferung

Der halbjährlich zu erstellende Bericht für die Gemeinsame Einrichtung, der auf Basis des ärztlichen Feedbackberichtes arztübergreifend entwickelt wird, bildet nur Datensätze von Patienten ab, von denen mindestens zwei Dokumentationen (z.B. Erst- und Folgedokumentation mit einem zeitlichen Abstand von mindestens drei Monaten) vorlagen, da Längsschnittbetrachtungen über den Halbjahreszeitraum erfolgen. Eine weitere Voraussetzung ist, dass diese Datensätze von der Datenstelle als vollständig und plausibel bewertet und an die Gemeinsame Einrichtung übermittelt wurden.

Inhaltliche Grundlage der Auswertungen ist die Anlage 5 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV), auf deren Basis das DMP KHK entwickelt wurde, sowie die vertraglich vereinbarten Ziele zu den einzelnen Qualitätsindikatoren.

Zum 31.12.2009 waren 101.200 Patienten im DMP KHK eingeschrieben. Ebenfalls mit Stand 31.12.2009 nahmen 1.336 Vertragsärzte koordinierend und 56 Vertragsärzte an der kardiologisch qualifizierten Versorgung im Rahmen des DMP KHK teil. Dies entspricht einem Anteil von rund 85 % der ambulant tätigen Hausärzte.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse und Verläufe von 83.830 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation und Folgedokumentation bzw. mindestens zwei Folgedokumentation im Kalenderjahr 2009 vorlagen.

2.5 Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation

In der DMP-Datenstelle gingen im Kalenderjahr 2009 für 83.830 Patienten Dokumentationen zum DMP KHK ein. Hiervon waren bereits bei Eingang in der Datenstelle 99,6% Dokumentationen plausibel. Der übrige Anteil konnte nach Korrektur durch die Arztpraxen ebenfalls durch die Datenstelle verarbeitet werden. Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass der Anteil der beim ersten Eingang vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen mindestens 95% betragen soll. Damit wurde das Qualitätsziel erreicht.

Darüber hinaus waren allerdings 4,8% der Dokumentationen bei Eingang in der Datenstelle verfristet oder verfrüht und konnten somit nicht berücksichtigt werden.

Mit der DMP-Datenstelle wurden auch vor diesem Hintergrund in der Vergangenheit bereits Maßnahmen entwickelt, um z.B. die zu frühe oder verspätete Datenübermittlung zu vermeiden. So wird dem teilnehmenden Arzt rechtzeitig innerhalb eines Quartal eine Übersicht der erwarteten und noch ausstehenden Verlaufsdocumentationen für seine Patienten übersandt. Darüber hinaus kann diese Übersicht auch jederzeit individuell durch die Arztpraxis bei der DMP-Datenstelle angefordert werden. Ebenfalls erhalten die teilnehmenden Ärzte in regelmäßigen Abständen einen Hinweis zu den noch fehlenden Bestätigungsschreiben.

Es ist davon auszugehen, dass mit diesen Maßnahmen prognostisch die Anzahl der verfristeten oder verspäteten Dokumentationslieferungen weiter sinkt.

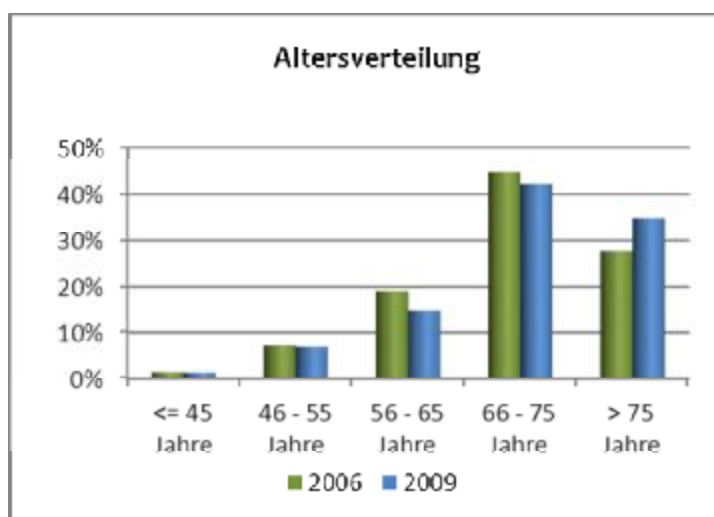
2.6 Basisdaten

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 71 Jahre.

Altersverteilung der eingeschriebenen Patienten

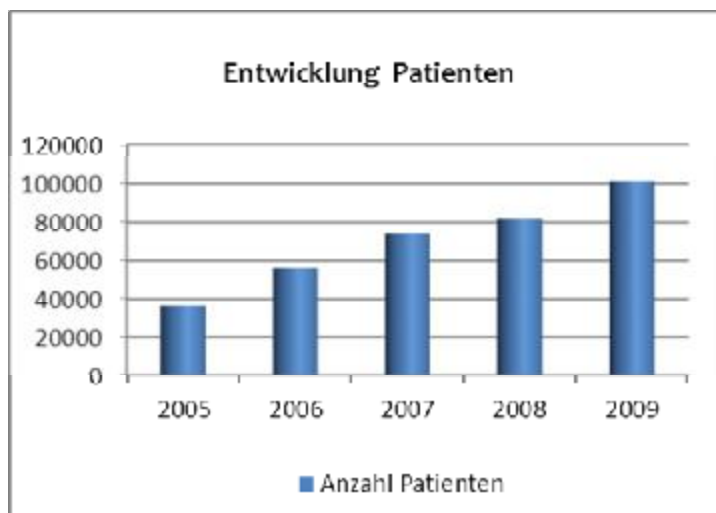


Alter	<= 45 Jahre	46 - 55 Jahre	56 - 65 Jahre	66 - 75 Jahre	> 75 Jahre
Anzahl 2006	564	2.919	7.707	18.052	11.156
Anzahl 2009	1.108	5.771	12.329	35.344	29.278

Der überwiegende Anteil der an diesem Programm teilnehmenden Patienten befindet sich im Altersbereich zwischen 66 – 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.

Entwicklung der Anzahl von KHK-Patienten am DMP-Vertrag



	2005	2006	2007	2008	2009
Anzahl Patienten	36.200	56.019	73.938	81.827	101.200

Im Jahresvergleich zeigt sich eine in den ersten Jahren kontinuierliche Steigerung der teilnehmenden Patienten bis zum Jahr 2007. In 2008 stagnierte die Einschreibung weiterer Patienten leicht, da möglicherweise eine Unsicherheit hinsichtlich der Weiterführung der Disease Management Programme aufgrund der Einführung des Morbi-RSA bestand.

Auch unter dem Aspekt einer praxisunterstützenden und arbeitserleichternden DMP-Software, welche verbindlich ab 01.07.2008 in den Arztpraxen genutzt werden muss, stieg die Anzahl der Einschreibungen ab dem Jahr 2009 wieder deutlich an.

Auch im Vergleich mit den Auswertungen im Rahmen des jeweiligen Qualitätsberichtes der übrigen internistischen DMP, zeigt sich diese Entwicklung in den Jahren 2008/2009.

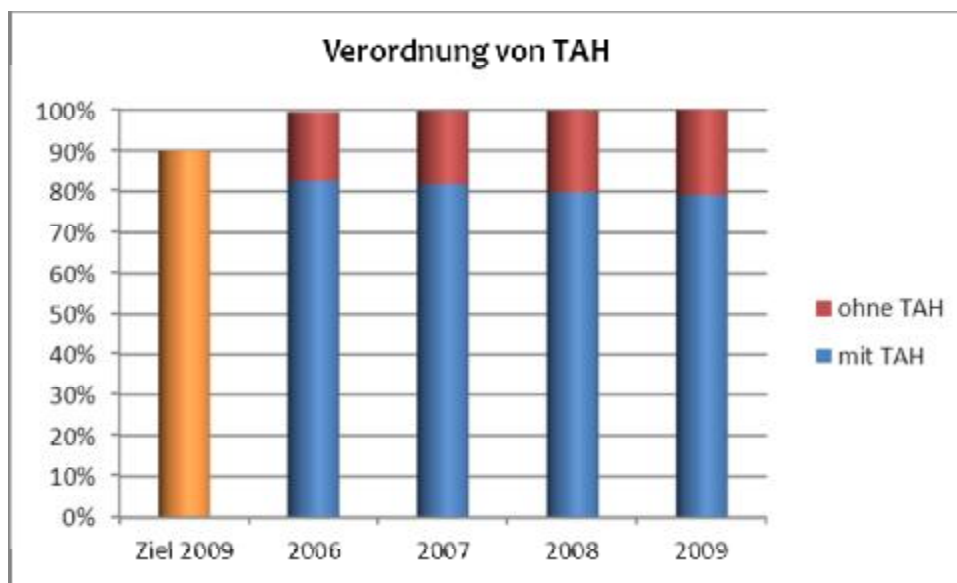
3. Ergebnisse des DMP KHK

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.

Anteile und Anzahl der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit TAH behandelt werden



	2006		2007		2008		2009	
ohne TAH	6.878	17,5%	9.906	18,3%	15.069	20,2%	17.048	20,8%
mit TAH	32.520	82,5%	44.360	81,7%	59.390	79,8%	64.807	79,2%

Von den im Auswertungszeitraum berücksichtigten Patienten liegt bei 81.855 Patienten keine Kontraindikationen gegen TAH vor. 1.975 Patienten können aufgrund einer Kontraindikation nicht mit TAH behandelt werden.

Der Anteil der Patienten bei denen keine Kontraindikation vorliegt und mit TAH behandelt werden, betrug im Berichtszeitraum 79,2% und hat sich im Vergleich zu den Vorjahren leicht verringert. Das Qualitätsziel wurde nicht erreicht.

Therapeutisch einzusetzende TAH werden häufig nicht rezeptiert, da es sich um geringpreisige Medikamente 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.

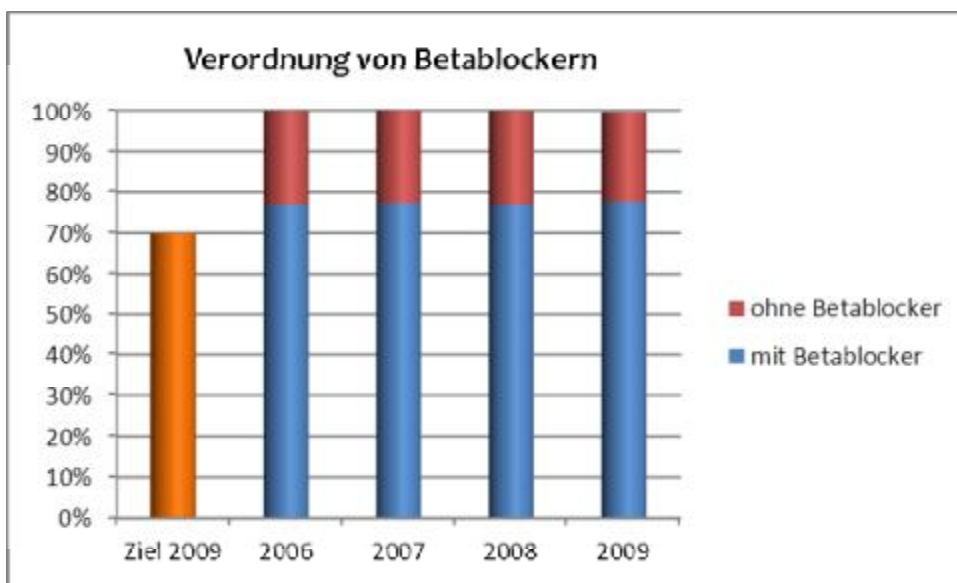
Möglicherweise wird in den Dokumentationen aufgrund der fehlenden ärztlichen Verordnung keine entsprechende Angabe vorgenommen.

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.

Anteile und Anzahl der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit Betablockern behandelt werden



	2006		2007		2008		2009	
ohne Betablocker	9.026	23,1%	12.160	22,7%	17.172	23,1%	18.309	22,4%
mit Betablocker	29.966	76,9%	41.454	77,3%	57.006	76,9%	63.303	77,6%

Im vorliegenden Betrachtungszeitraum wurden 81.612 Patienten betrachtet, bei denen keine Kontraindikation zur Therapie mit Betablockern vorliegt. Bei 2.218 Patienten liegt eine Kontraindikation vor.

Im Jahresvergleich zeigt sich die seit 2006 kontinuierliche Versorgung der KHK Patienten mit einem Betablocker.

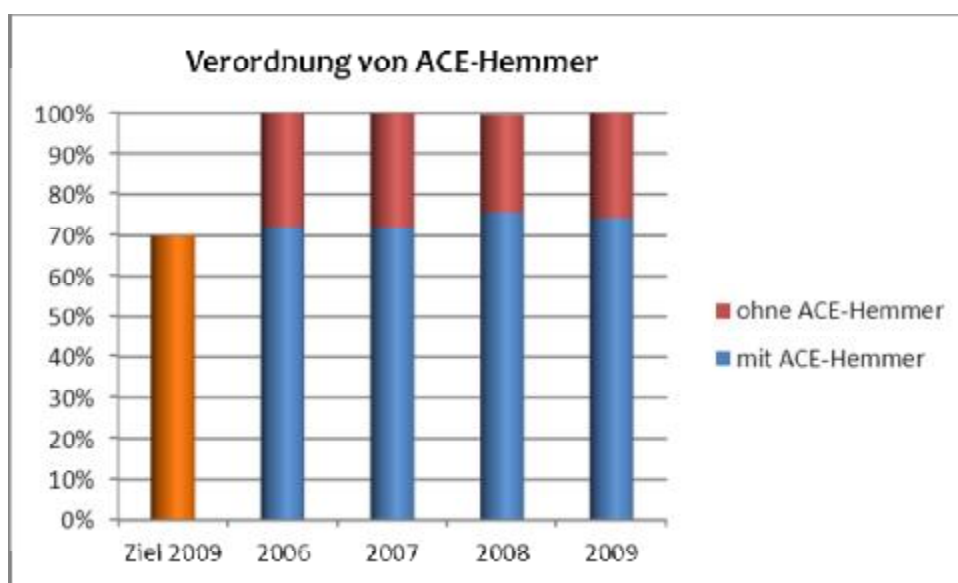
Das Qualitätsziel wurde erreicht.

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.

Anteile und Anzahl der Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit ACE-Hemmern behandelt werden



	2006		2007		2008		2009	
ohne ACE-Hemmer	2.710	28,0%	3.664	28,1%	3.385	24,4%	6.106	25,7%
mit ACE-Hemmer	6.959	72,0%	9.396	71,9%	10.491	75,6%	17.611	74,3%

Insgesamt konnten für diese Auswertung 23.717 Patienten mit einer Herzinsuffizienz zugrunde gelegt werden. Der Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit ACE-Hemmern behandelt wurden, betrug im Berichtszeitraum 74,3%.

Damit wurde das Qualitätsziel erreicht.

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

„Für die Therapie der chronischen KHK sollten HMG-CoA-Reduktasehemmer (Statine) 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.

Anteile und Anzahl von Patienten die mit Statinen behandelt werden



	2006		2007		2008		2009	
ohne Statine	2.555	19,8%	3.094	19,0%	25.922	34,2%	27.778	33,3%
mit Statine	10.379	80,2%	13.172	81,0%	49.973	65,8%	55.525	66,7%

Im Berichtszeitraum bis zum 31.12.2007 wurden bei diesem Ziel alle Patienten mit einem Myokardinfarkt als Grundmenge betrachtet. Mit der Anpassung der Qualitätsziele zum 01.07.2008 werden nunmehr alle Patienten, bei denen keine Kontraindikation besteht, betrachtet. 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 2008/2009 sollte an dieser Stelle jedoch nicht auf die Darstellung aller Jahre verzichtet werden, da auch erkennbar wird, dass trotz unspezifizierter Grundmenge eine hohe Anzahl von Patienten Statine im Rahmen der therapeutischen Behandlung erhalten.

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:

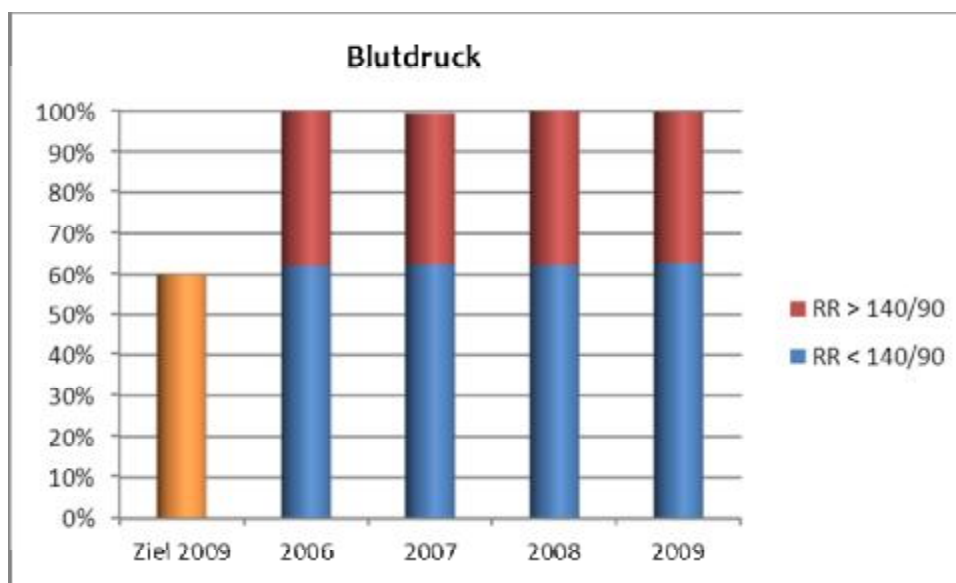
Blutdruckklassen (WHO)	systolisch (mmHg)	diastolisch (mmHg)
optimal	<=120	<=80
normal	< 130	< 80
hoch normal	130 – 139	80 – 89
Hypertonie (Grad 1)	140 – 159	90 – 99
Hypertonie (Grad 2)	160 – 179	100 – 109
Hypertonie (Grad 3)	>= 180	>= 110

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.

Anteile und Anzahl der Patienten mit normotensiven Blutdruckwerten bei bekannter Hypertonie



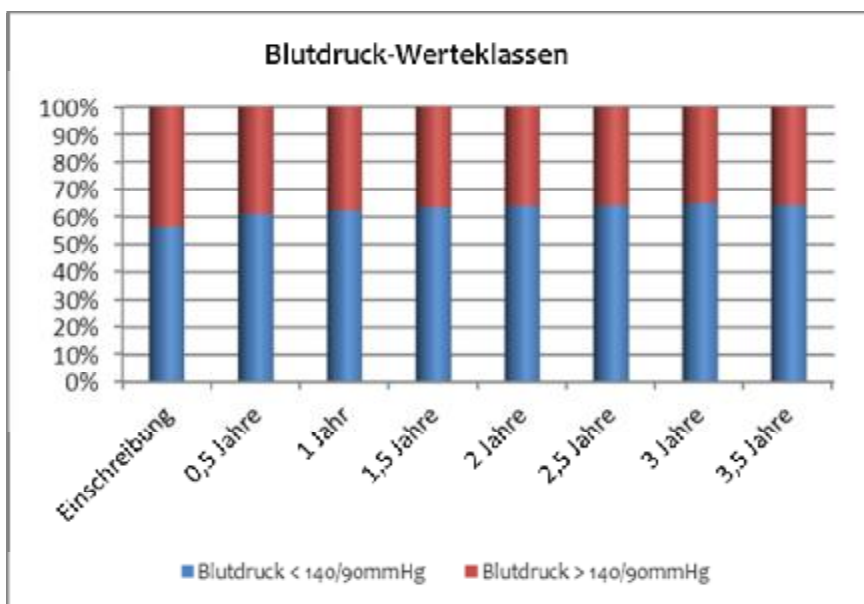
	2006		2007		2008		2009	
RR > 140/90	12.589	37,8%	17.284	37,5%	23.226	37,7%	28.652	37,2%
RR < 140/90	20.754	62,2%	28.840	62,5%	38.371	62,3%	48.383	62,8%

Von den insgesamt in diesem Bericht berücksichtigten 83.830 Patienten weisen 77.035 Patienten eine Hypertonie auf. Dies entspricht einem Anteil von rund 92%.

Bei Patienten, bei denen ein Hypertonus bekannt ist, konnten bei 48.383 Patienten (dies entspricht einem Anteil von 62,8 %) der Blutdruckwert unter den RR-Wert 140/90 gesenkt oder gehalten werden.

Das Qualitätsziel eines Anteils von mindestens 60 % Patienten, die bei bekannter Hypertonie normotensive Werte aufweisen, wurde damit erreicht.

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



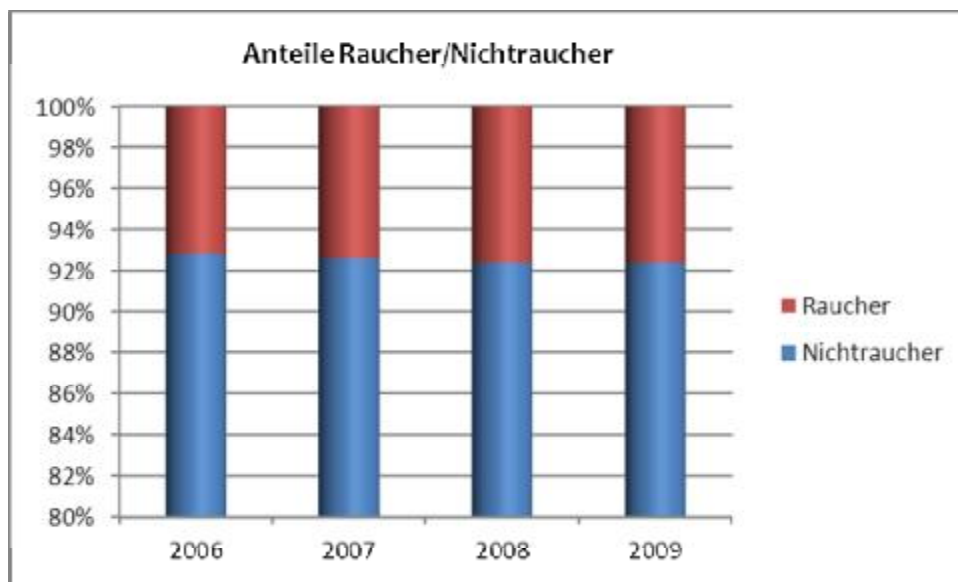
	Ein- schreibung	0,5 Jahre	1 Jahr	1,5 Jahre	2 Jahre	2,5 Jahre	3 Jahre	3,5 Jahre
> 140/90mmHg	43,7%	38,9%	37,7%	36,7%	36,0%	35,8%	35,5%	35,8%
=< 140/90mmHg	56,3%	61,1%	62,3%	63,3%	64,0%	64,2%	64,5%	64,2%

Aus der Übersicht wird erkennbar, dass die Teilnahmedauer Einfluss auf die Entwicklung des Blutdruckes hat. So können immerhin laut Auswertung des Kalenderjahres 2009 rund 8 % 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 2006 bis 2008 dargestellt.



	2006		2007		2008		2009	
Raucher	2.899	7,2%	4.137	7,4%	5.832	7,6%	6.370	7,6%
Nichtraucher	37.499	92,8%	51.587	92,6%	70.458	92,4%	77.460	92,4%

Die Auswertung der Anteile von Rauchern / Nichtrauchern zeigt in den Berichtszeiträumen wiederholt eine geringe Anzahl von Rauchern.

Der Vergleich mit namenhaften Studien (Euroaspire I und II, Völler, Twardelle et al) zeigt 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

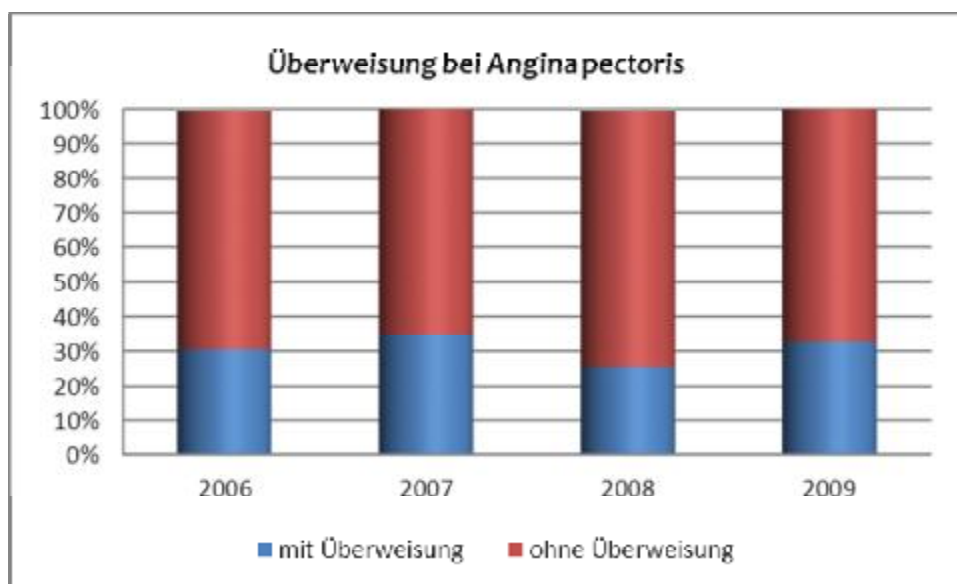
Es gibt beim DMP KHK keine quantitativen Zielvorgaben für die Überweisung an die nächste Versorgungsebene. Allerdings wurde als Qualitätssicherungsziel vertraglich vereinbart, dass die Überweiskriterien gem. Anlage „Versorgungsinhalte“ einzuhalten sind. (Anlage 5 RSAV, Ziffer 1.7)

3.7.1 Überweisung bei neu aufgetretener Angina pectoris Symptomatik

„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:

- Neu auftretende typische oder atypische Angina pectoris Beschwerden...“ (Anl.5 RSAV, Ziffer 1.7.2)

Anteile und Anzahl der Patienten mit AP- Symptomatik



	2006		2007		2008		2009	
ohne Überweisung	1.639	69,5%	1.689	65,3%	16.523	74,5%	3.518	67,2%
mit Überweisung	720	30,5%	898	34,7%	5.650	25,5%	1.714	32,8%

Im Kalenderjahr 2009 trat von 83.830 eingeschriebenen Patienten bei 5.232 Patienten erstmalig eine AP-Symptomatik auf (6,2% der Patienten). Demgegenüber lag dieser Anteil im Kalenderjahr 2006 noch bei 5,8% der eingeschriebenen Patienten.

Seit dem Auswertungszeitraum 2006 ist der Anteil der überwiesenen Patienten nahezu gleich niedrig. Lediglich um 2% konnte der Anteil der Patienten mit einer Überweisung erhöht werden. Hier muss kritisch angemerkt werden, dass nach wie vor nur ca. ein Drittel aller betroffenen Patienten überhaupt an einen Facharzt überwiesen werden.

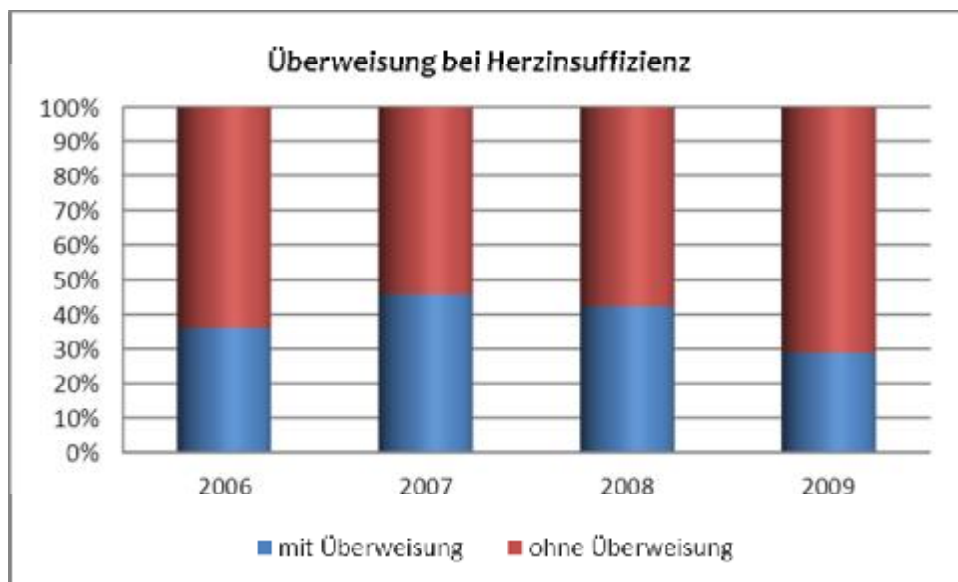
Die bei diesem Ziel in 2008 aufgetretene hohe Anzahl von Patienten mit erstmalig oder neu aufgetretener Angina pectoris lässt auf ein Problem in der Dokumentation der Daten im 2. Halbjahr 2008 schließen. Möglicherweise wurden hier nochmals alle Patienten mit einer AP-Symptomatik berücksichtigt ohne Differenzierung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

3.7.2 Überweisung bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz

„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/zur qualifizierten Einrichtung bzw. zum Psychotherapeuten erfolgen soll:

... – neu aufgetretene Herzinsuffizienz...“ (Anl.5 RSAV, Ziffer 1.7.2)

Anteile und Anzahl der Patienten mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz



	2006		2007		2008		2009	
ohne Überweisung	150	63,8%	182	54,3%	6.677	79,9%	1.813	71,1%
mit Überweisung	85	36,2%	153	45,7%	2.741	29,1%	738	28,9%

Von 83.830 im Berichtszeitraum 2009 Patienten hatten 2.551 Patienten eine neu aufgetretene Herzinsuffizienz. Dies entspricht einem Patientenanteil von 3%. In den Vorjahren lag dieses Verhältnis bei unter 1% aller Patienten.

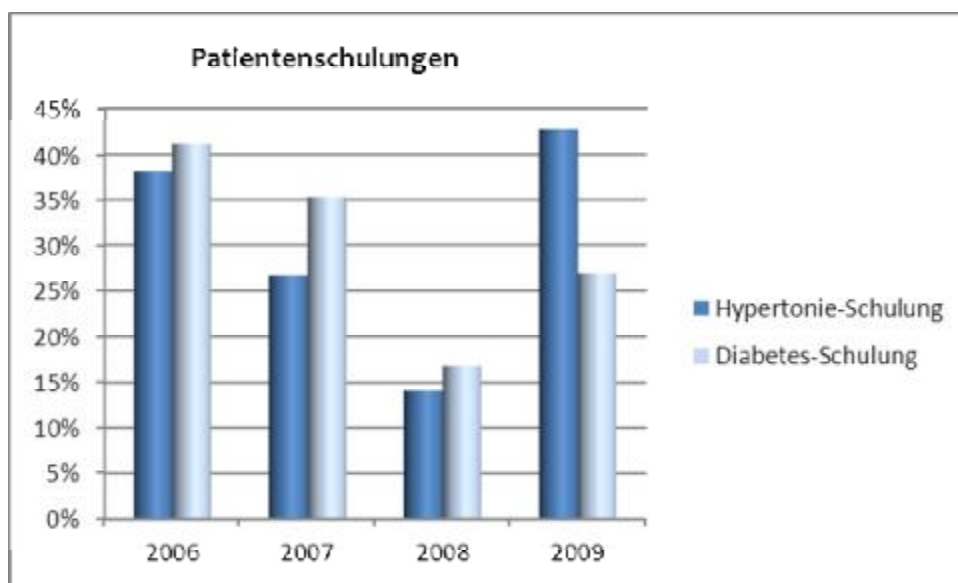
Auch bei diesem Ziel lässt die in 2008 aufgetretene hohe Anzahl von Patienten mit erstmalig oder neu aufgetretener Herzinsuffizienz auf ein Problem in der Dokumentation der Daten im 2. Halbjahr 2008 schließen. Möglicherweise wurden hier nochmals alle Patienten mit einer Herzinsuffizienz berücksichtigt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

Zur Wahrnehmung von empfohlenen Patientenschulungen wurden keine quantitativen Zielvorgaben im DMP-KHK-Vertrag definiert. Dennoch möchten wir im Folgenden die Durchführung von Patientenschulungen näher betrachten.

3.8 Wahrnehmung empfohlener Hypertonie-Schulungen

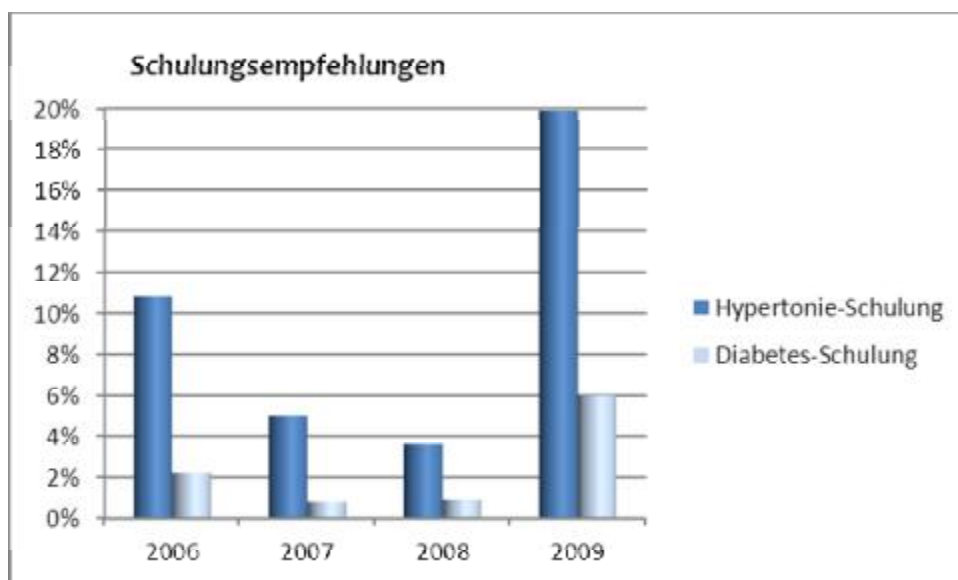
"Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen...." (Anl. 5 RSAV, Ziffer 4.2)

Anteile und Anzahl der Patienten mit Wahrnehmung einer Hypertonie-/Diabetes-Schulung

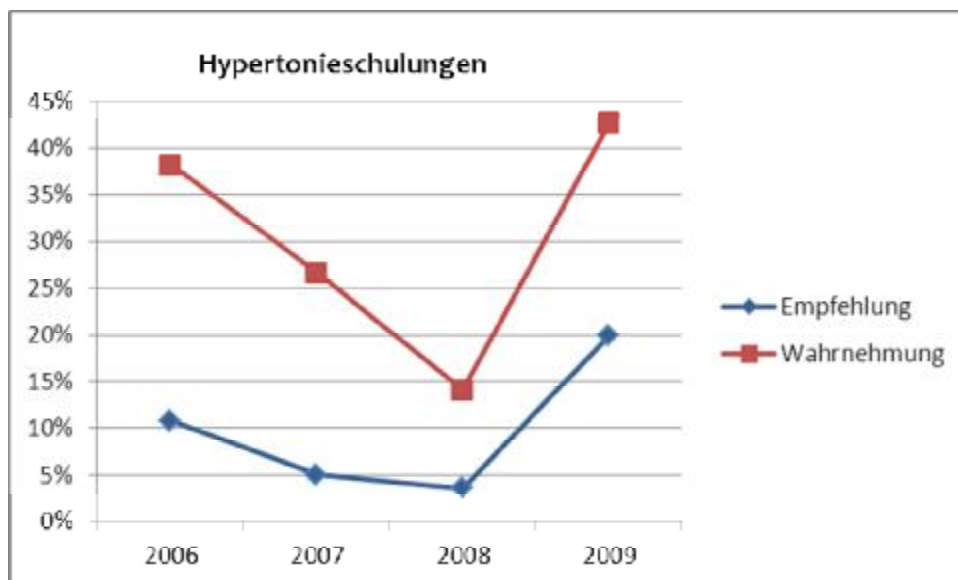


	2006		2007		2008		2009	
Hypertonie-Schulungen	1.661	38,2%	739	26,7%	389	14,1%	7.121	42,7%
Diabetes-Schulungen	455	41,2%	153	35,3%	120	16,8%	1.850	36,9%

Im vorliegenden Berichtszeitraum 2009 lag die Empfehlungsrates zur Durchführung einer Hypertonieschulung bei 20% (16.660 Patienten von 83.830 eingeschriebenen Patienten). Da die Wahrnehmung von empfohlenen Schulungen in den Jahren 2006 – 2009 stark schwankt wird in der folgenden Übersicht die Entwicklung der Schulungsempfehlungen durch die koordinierenden Ärzte näher betrachtet.

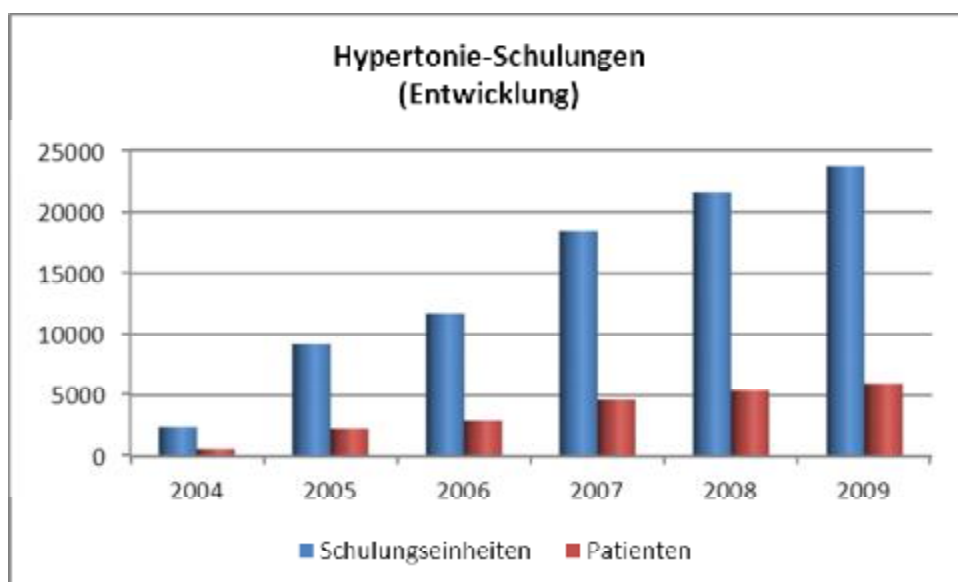


Empfehlungsrate	2006		2007		2008		2009	
Hypertonie-Schulungen	4.349	10,8%	2.770	5,0%	2.757	3,6%	16.660	19,9%
Diabetes-Schulungen	894	2,2%	434	0,8%	715	0,9%	5.014	6,0%



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 in Abhängigkeit der Empfehlung erfolgt. Eine mögliche Schlussfolgerung kann sein, 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.



Betrachtet man die Durchführung von Hypertonie-Schulungen lässt sich erkennen, dass dennoch die Inanspruchnahme von Hypertonie-Schulungen durch Patienten kontinuierlich steigt.

4. Fazit

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

4.1 QS-Ziel zu den „Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien“

- Senkung des Blutdruckes bei Patienten mit zunächst hypertensiven Werten auf Werte unter 140/90 mmHg wurde erreicht, außerdem gab es im Vergleich zum vorhergehenden Berichtszeitraum erneut eine Verbesserung. Der Anteil der eingeschriebenen KHK-Patienten mit Hypertonie ist mit 92% sehr hoch, ähnliche Ergebnisse werden 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 und an der Erweiterung der bestehenden Hypertonie-Schulungskapazitäten gearbeitet werden.

4.2 Die Ziele zu den „Anforderungen an eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gem. § 12 SGB V“ wurden überwiegend erreicht.

- Das QS-Ziel „Gabe von Betablockern, insbesondere bei Patienten nach einem akuten Koronareignis unter Beachtung der Kontraindikationen“ wurde erfüllt.
- Ebenso konnte das QS-Ziel „ACE-Hemmer bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz unter Beachtung der Kontraindikationen“ erreicht 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 67 % und damit im Zielbereich.
- 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 einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, sollte über die Laufzeit des Programms bei etwa 90 % liegen, im aktuellen Berichtszeitraum lag der Anteil bei 79%. Dieses Ergebnis sollte kritisch betrachtet und innerärztlich mit dem Ziel der Ergebnisverbesserung diskutiert werden.

4.3 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 einer neu auftretenden Herzinsuffizienz lag bei rund 33 % bzw. rund 29%. Eine mögliche Ursache liegt darin, dass ein recht hoher Anteil von Patienten von Ärzten des fachärztlichen Versorgungssektors eingeschrieben und koordiniert werden. Diese betreuen die Patienten auch bei Vorliegen eines der o.g. Überweisungskriterien weiter ohne dies als Überweisung zu dokumentieren.

4.4 Die „Sicherstellung der Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentationen wurde ebenfalls sichergestellt. Mit 99,6% der eingereichten Dokumentationen sind nahezu alle Dokumentationen bereits bei Eingang in der Datenstelle plausibel/ fristgerecht und können somit verarbeitet werden.

4.5 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 rund 43% stieg. Im Vergleich zum Jahr 2006 erhöhte sich die Anzahl der Durchführung der Schulung um fast 5%.

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

Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass das DMP KHK seit Beginn der Einführung im Jahr 2004 erfolgreich verläuft und die vereinbarten Qualitätsziele erreicht werden.

Wir hoffen, mit dieser Auswertung einige Ansätze für eine weiterführende innerärztliche Diskussion geben zu können.