

2. Qualitätsbericht

DMP KHK

der

Gemeinsamen Einrichtung Land Brandenburg

Berichtszeitraum 01.01.2006 bis 31.12.2006

I. Einleitung	3
Koronare Herzkrankheit – Definition und Prävalenz	3
II. DMP KHK	3
1. Strukturierte Behandlung bei KHK	3
2. Ziele des DMP KHK	4
3. Qualitätssicherung	5
4. Dokumentation/Datenlieferung/Datenqualität	6
5. Basisdaten	8
III. Ergebnisse des DMP KHK	11
1. Vermeidung/Reduktion der Schwere von Angina pectoris Symptomen	11
2. Erhöhung der Zahl normotensiver Patienten mit bekannter Hypertonie	12
3. Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern zur Sekundärprävention	14
4. Therapie mit Betablockern bei Patienten nach einem akuten Koronareignis	15
5. Therapie mit ACE-Hemmern bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz	16
6. Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern bei Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt	17
7. Messung Gesamt- und LDL-Cholesterin	18
8. Kooperation der Versorgungsebenen	19
8.1 Kooperation der Versorgungsebenen – Überweisung bei zunehmender oder erstmalig aufgetretener Angina pectoris Symptomatik	19
8.2 Kooperation der Versorgungsebenen - Überweisung bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz	20
8.3 Kooperation der Versorgungsebenen - Überweisung bei neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen	21
9. Wahrnehmung empfohlener Diabetes-Schulungen	22
10. Wahrnehmung empfohlener Hypertonie-Schulungen	23
11. Stationäre notfallmäßige Behandlung innerhalb von 12 Monaten	24
12. Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung innerhalb von 6 Monaten	25
IV. Fazit	26

I. 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.

II. DMP KHK

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 Landeskrankenhausesgesellschaft Brandenburg. Nahmen im Kalenderjahr 2004 insgesamt 21 Krankenhäuser am DMP-KHK-Vertrag teil, so konnte die Anzahl bereits innerhalb der nächsten zwei Jahre auf 32 Krankenhäuser erhöht werden. Ebenso sind bisher 4 Reha-Einrichtungen in diesen Vertrag eingebunden, so dass strukturell eine auf die leitliniengerechte Versorgung ausgerichtete medizinische Betreuung flächendeckend im Land Brandenburg sichergestellt werden kann.

Mit Wirkung vom 01.12.2006 wurde der DMP-KHK-Vertrag dahingehend ergänzt, dass nunmehr Patienten, bei denen während einer stationären Behandlung eine Koronare Herzkrankheit diagnostiziert wurde, auch durch an diesem Vertrag teilnehmende Krankenhäuser in das DMP KHK eingeschrieben werden können. Die weitergehende Koordinierung wird anschließend durch den niedergelassenen betreuenden Arzt sichergestellt.

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

Die Gemeinsame Einrichtung legt hiermit den zweiten Qualitätsbericht für das DMP KHK für den Zeitraum 01.01.2006 bis 31.12.2006 vor.

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.

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.

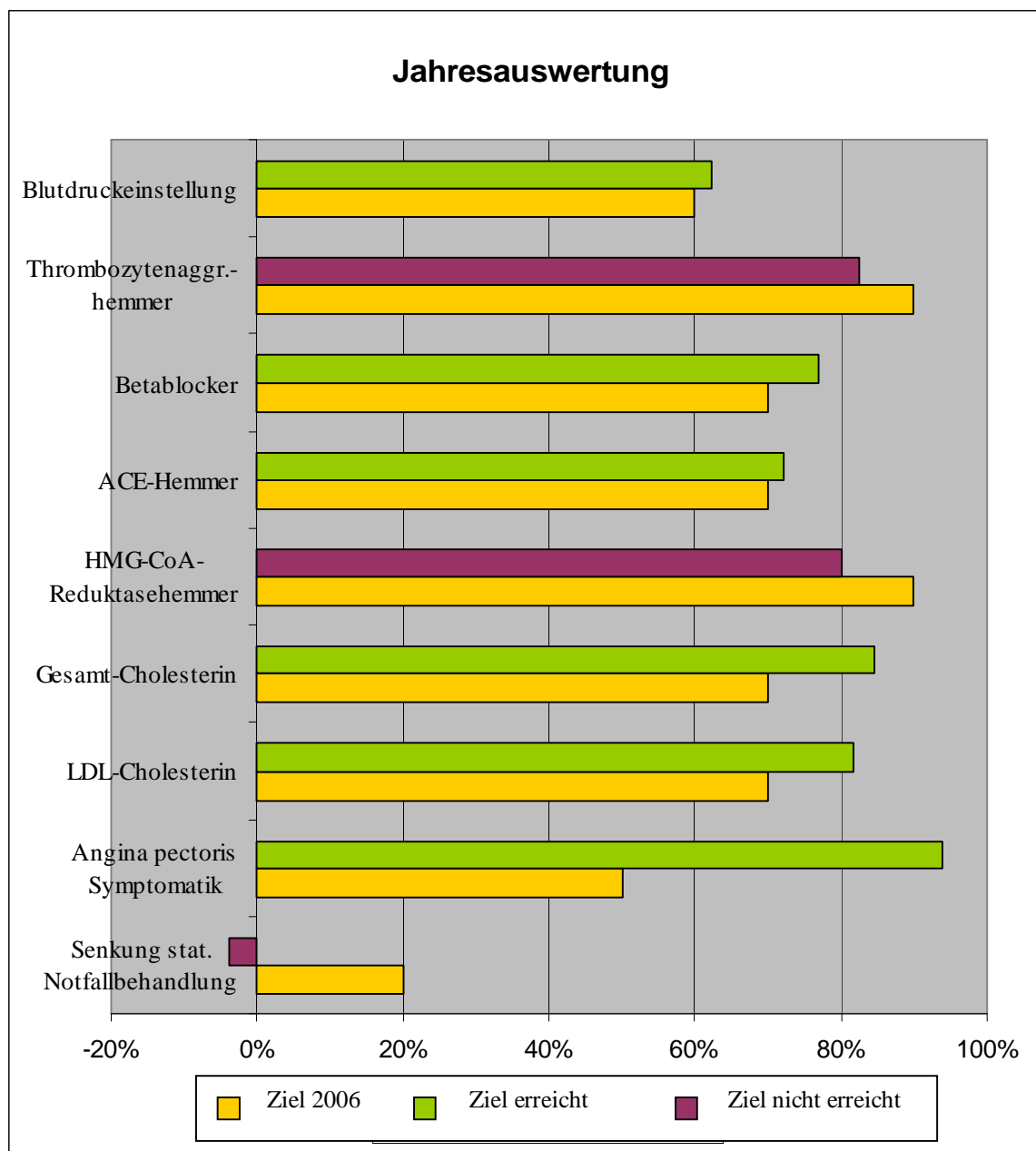


Abb. 1

	Ziel	Ergebnis
Senkung stat. Notfallbehandlung (weniger als 20% zum Vorjahreswert)	20,0%	-3,8% *
Angina pectoris Symptomatik	50,0%	93,8%
LDL-Cholesterin	70,0%	81,8%
Gesamt-Cholesterin	70,0%	84,5%
HMG-CoA-Reduktasehemmer	90,0%	80,2%
ACE-Hemmer	70,0%	72,0%
Betablocker	70,0%	76,9%
Thrombozytenaggregationshemmer	90,0%	82,5%
Blutdruckeinstellung	60,0%	62,2%

* Die Darstellung dieses Zielergebnis im Negativbereich wird unter Pkt. III. 11. näher erläutert.

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

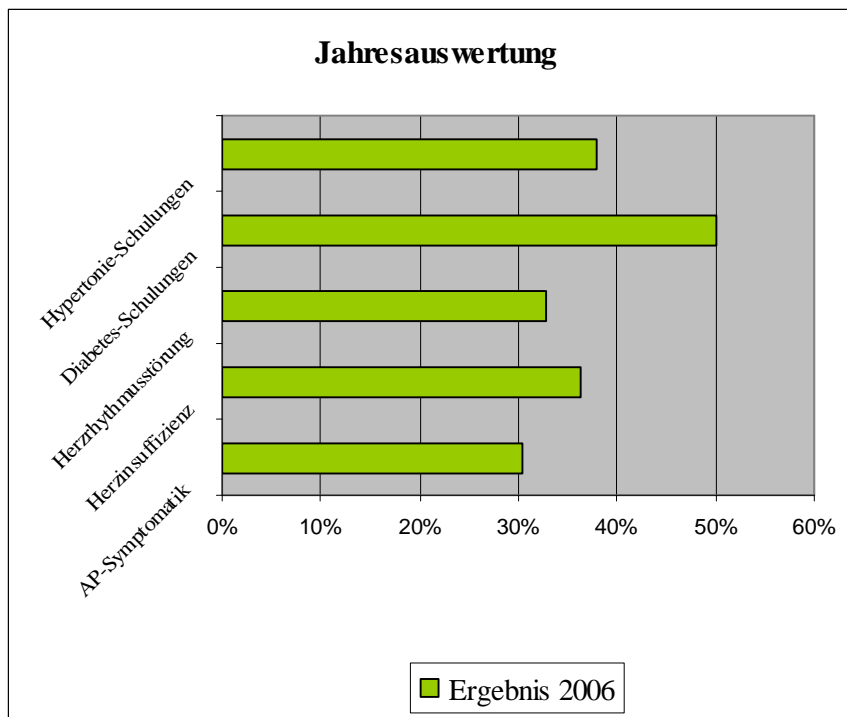


Abb. 2

	Ergebnis
Hypertonie-Schulungen	38,2%
Diabetes-Schulungen	50,9%
Überweisung bei symptomatischen Herzrhythmusstörung	32,8%
Überweisung bei Herzinsuffizienz	36,2%
Überweisung bei Angina pectoris - Symptomatik	30,5%

4. Dokumentation / Datenlieferung / Datenqualität

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 31.12.2006 nahmen 56.019 Patienten am DMP KHK teil. Allein im Kalenderjahr 2006 wurden demnach durch die koordinierenden Vertragsärzte 19.819 KHK-Patienten in das DMP eingeschrieben.

Ebenfalls mit Stand 31.12.2006 nahmen 1218 Vertragsärzte koordinierend und 51 an der kardiologisch qualifizierten Versorgungsebene des DMP KHK teil. Dies entspricht einem Anteil von rund 79 % der ambulant tätigen Hausärzte.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse und Verläufe von 40.398 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation und Folgedokumentation bzw. mindestens zwei Folgedokumentation in einem Halbjahr 2006 vorlagen.

Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation

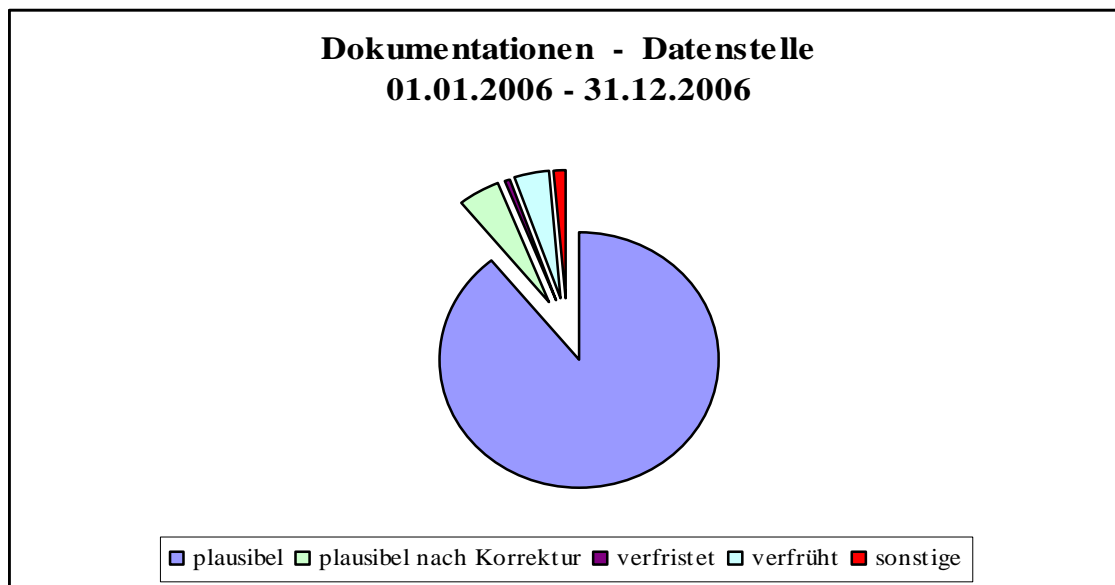


Abb. 3

In der DMP-Datenstelle gingen im Kalenderjahr 2006 insgesamt 128.873 Erst- und Folgedokumentationen zum DMP KHK ein. Hiervon waren bereits bei Eingang in der Datenstelle 115.026 Dokumentationen plausibel sowie zusätzlich 8.926 plausibel nach Korrektur durch die Arztpraxis. Somit sind 96,1 % der Dokumentationen korrekt und konnten entsprechend verarbeitet werden.

Allerdings waren auch 316 Dokumentationen bereits bei Eingang in der Datenstelle verfristet und im Gegensatz dazu 2.854 Dokumentationen verfrüht eingereicht worden.

Für 1.751 Dokumentationen lagen sonstige Gründe zur Abweisung vor.

Datenqualität	2006	
Dateneingang insgesamt	128.873	100,0%
plausibel	115.026	89,2%
plausibel nach Korrektur	8.926	6,9%
verfristet	316	0,3%
verfrüht	2.854	2,2%
sonstige Gründe zur Abweisung	1.751	1,4%

Tabelle 1

Datenauswertung	1. HJ 2006	2. HJ 2006
Anzahl Patienten, für die in der Datenstelle Dokumentationsbögen eingingen	48.543	59.156
Anzahl Patienten, die im Bericht berücksichtigt werden konnten	31.309	40.398
davon Anzahl Patienten mit Erst- und Folgedokumentation	8.508	8.253
davon Anzahl Patienten mit zwei Folgedokumentationen	22.801	32.144

Tabelle 2

5. Basisdaten

Alters- und Geschlechtsverteilung

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

Die unten stehende Tabelle stellt die Alters- und Geschlechtsverteilung der eingeschriebenen Patienten dar.

41,1 % (40,5 % im ersten Halbjahr 2006) der eingeschriebenen Patienten sind Frauen, 58,9 % (59,5 % im ersten Halbjahr 2006) der eingeschriebenen Patienten sind Männer.

Der Anteil der eingeschriebenen Patienten über 75 Jahre steigt vom ersten zum zweiten Halbjahr 2006 bei den Männern von 21,3 % auf 21,5 %. Bei den Frauen liegt dieser Anteil stabil bei 36,5 %. Der Altersdurchschnitt der eingeschriebenen Patienten bleibt im Vergleich zum Vorjahr 2005 bei konstant 70 Jahre.

Altersverteilung der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten

	1. HJ 2006		2. HJ 2006		1. HJ 2006		2. HJ 2006	
	männlich		männlich		weiblich		weiblich	
Alter	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<= 45	308	1,7	407	1,7	117	0,9	157	0,9
46 - 55	1.660	8,9	2.130	8,9	598	4,7	789	4,7
56 - 65	4.068	21,8	5.141	21,6	1.952	15,4	2.566	15,5
66 - 75	8.626	46,3	11.023	46,3	5.380	42,5	7.029	42,4
> 75	3.977	21,3	5.108	21,5	4.623	36,5	6.048	36,5
Gesamt	18.639	100,0	23.809	100,0	12.670	100,0	16.589	100,0

Tabelle 3

Blutdruckeinstellung der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten

Der Blutdruck ist ein wesentlicher Parameter bei der individuellen Therapieziel-Planung. 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

Tabelle 4

Anteile und Anzahl der Patienten nach Blutdruckklassen

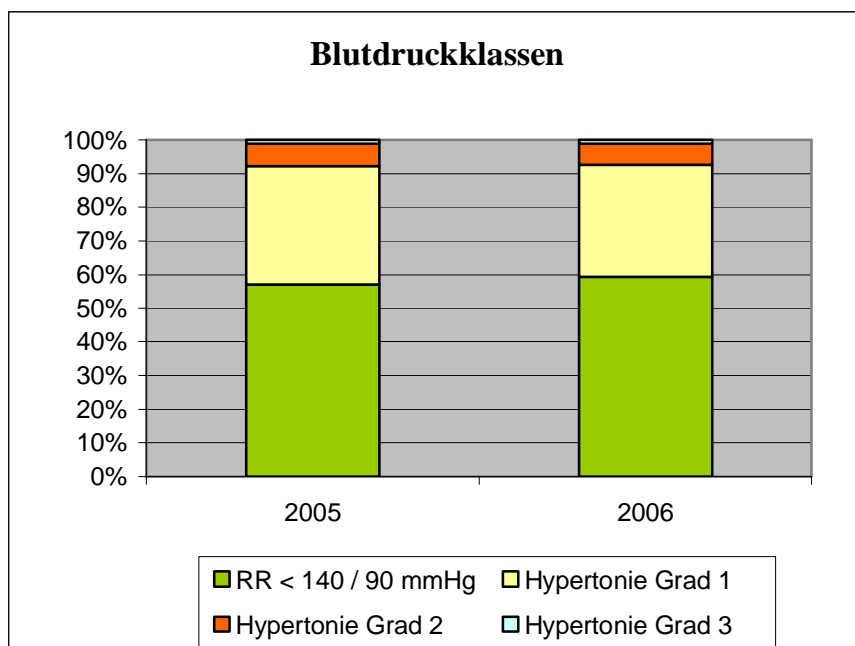


Abb. 4

	31.12.2005		31.12.2006	
Hypertonie Grad 3	174	1,0%	349	1,0%
Hypertonie Grad 2	1.147	6,3%	1947	5,8%
Hypertonie Grad 1	5.943	32,50%	10.293	30,90%
RR < 140 / 90	11.015	60,30%	20.754	62,20%

Der Anteil der Patienten mit einem Hypertoniegrad von 1 und 2 konnte im Vergleich zum Vorjahr jeweils deutlich gesenkt werden. Ebenfalls positiv zu bewerten ist der damit angestiegene Anteil von Patienten mit einem Blutdruck von RR <140/90. Im Jahresvergleich zwischen 2005 und 2006 wird die Verschiebung der Hypertoniker in eine Werteklasse besser bzw. in den normotensiven Bereich gut erkennbar.

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 zum Vorjahr 2005 dargestellt.

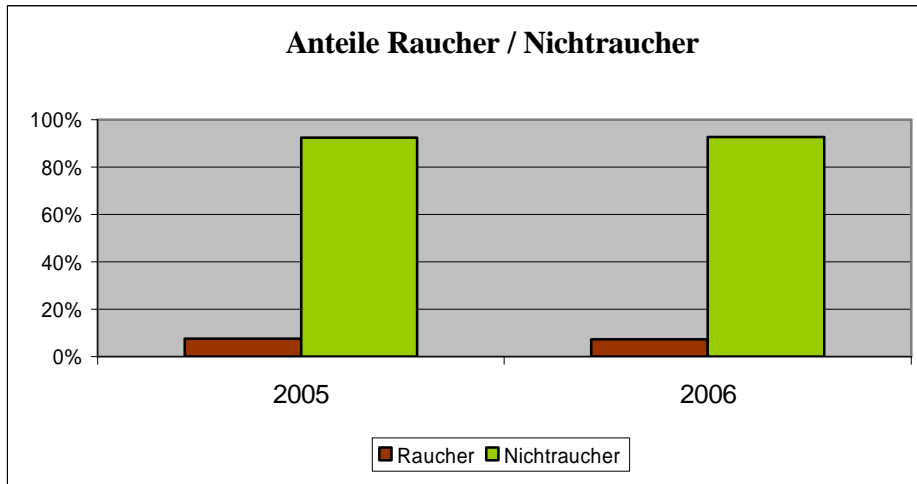


Abb. 5

	2005		2006	
Raucher	1.574	7,1%	2.899	7,2%
Nichtraucher	20.711	92,9%	37.499	92,8%

Die Auswertung der Anteile von Rauchern / Nichtrauchern zeigt im Berichtszeitraum eine geringe Anzahl von Rauchern.

Der Vergleich mit namhaften 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.

III. Ergebnisse des DMP KHK

1. Vermeidung/Reduktion der Schwere von Angina pectoris Symptomen

Ein wichtiges Ziel des DMP Koronare Herzkrankheit ist die Steigerung der Lebensqualität der betroffenen Patienten, insbesondere durch die Vermeidung von Angina pectoris Beschwerden.

„Eine koronare Herzkrankheit ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Bei häufigem Auftreten von Angina pectoris Beschwerden ist die Lebensqualität vermindert. Daraus ergeben sich folgende Therapieziele. ... Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina-Pectoris-Beschwerden und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.“ (Anl.5 der RSAV)

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

- im 1. Jahr mehr als 30%,
- im 2. Jahr mehr als 40%,
- im 3. Jahr mehr als 50%

der Patienten eine gleichbleibende AP-Symptomatik oder eine Verbesserung der AP-Symptomatik aufweisen sollen.

Anteile und Anzahl der Patienten mit neu aufgetretener oder verschlechterter AP-Symptomatik

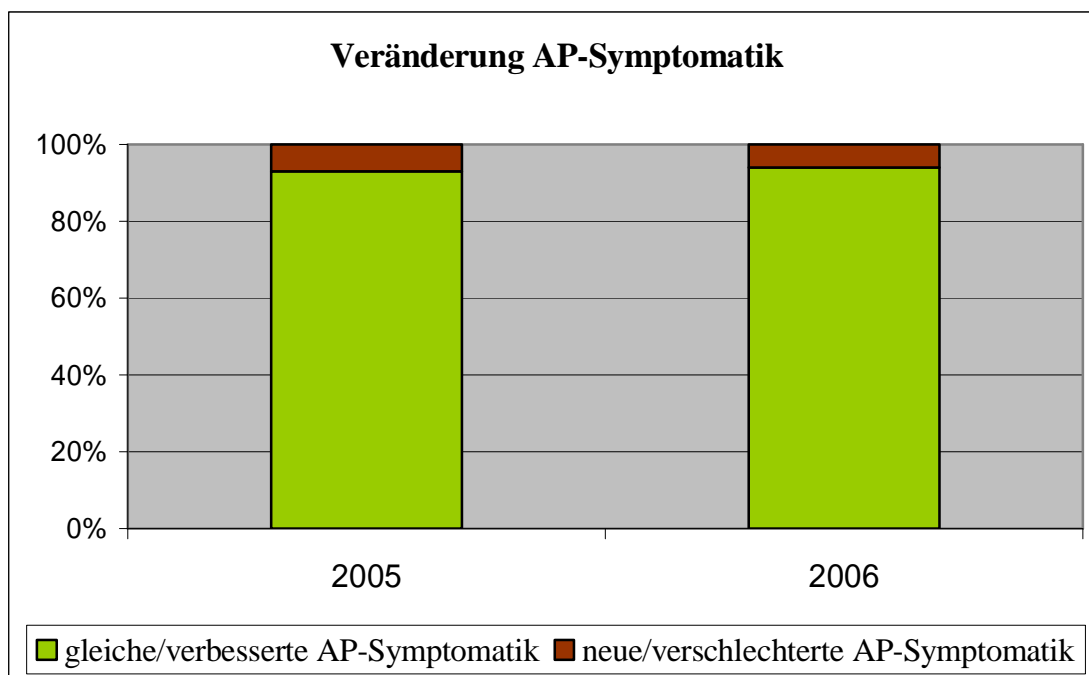


Abb. 6

	2005		2006	
neue/verschlechterte AP-Symptomatik	1.395	7,0%	2.359	6,2%
gleiche/verbesserte AP-Symptomatik	18.638	93,0%	35.670	93,8%

Die Grundgesamtheit 2006 (alle Patienten ohne Shift-Symptomatik) beträgt 38.029 Patienten.

Als Shift-Patienten werden Patienten bezeichnet, deren AP-Symptomatik von einer typischen zu einer atypischen oder umgekehrt wechselt. Der Anteil der Patienten mit gleicher oder verbesserter AP-Symptomatik betrug im Berichtszeitraum 93,8%.

Das Qualitätsziel wurde damit erreicht.

2. 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.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

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

der Patienten mit bekannter Hypertonie normotensive Werte aufweisen sollen.

Anteile und Anzahl der Patienten mit normotensiven Blutdruckwerten bei bekannter Hypertonie

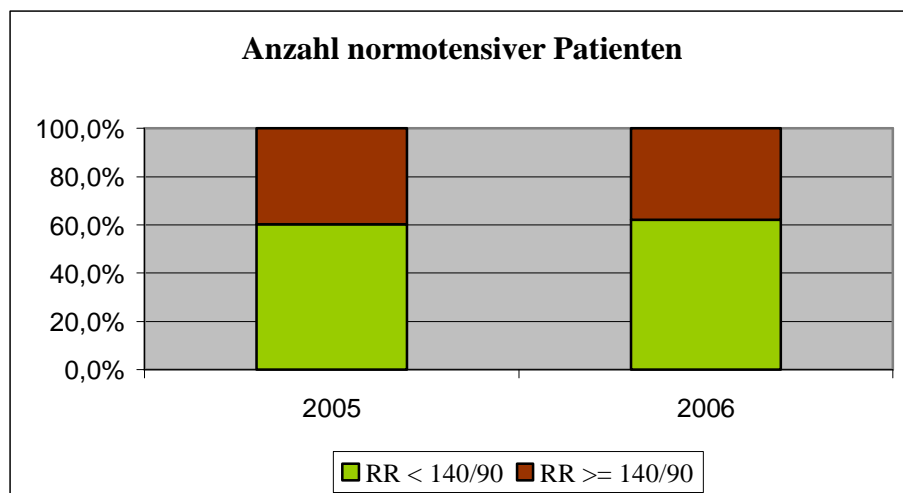


Abb. 7

	2005		2006	
RR \geq 140/90	7.264	39,7%	12.589	37,8%
RR < 140/90	11.015	60,3%	20.754	62,2%
Gesamt	18.279	100,0%	33.343	100,0%

Von den insgesamt in diesem Bericht berücksichtigten 40.398 Patienten haben 33.343 Patienten eine bekannte Hypertonie. Dies entspricht einem Anteil von 82,5 %.

Bei den Patienten, bei denen ein Hypertonus bekannt ist, konnten 20.754 Patienten (dies entspricht einem Anteil von 62,2 %) den Blutdruckwert unter den RR-Wert 140/90 senken.

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

Hier kann aufgrund der unterschiedlichen Kohorten allerdings keine wirkliche Längsschnittbetrachtung erfolgen.

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

Veränderung der Blutdruckwerteklassen

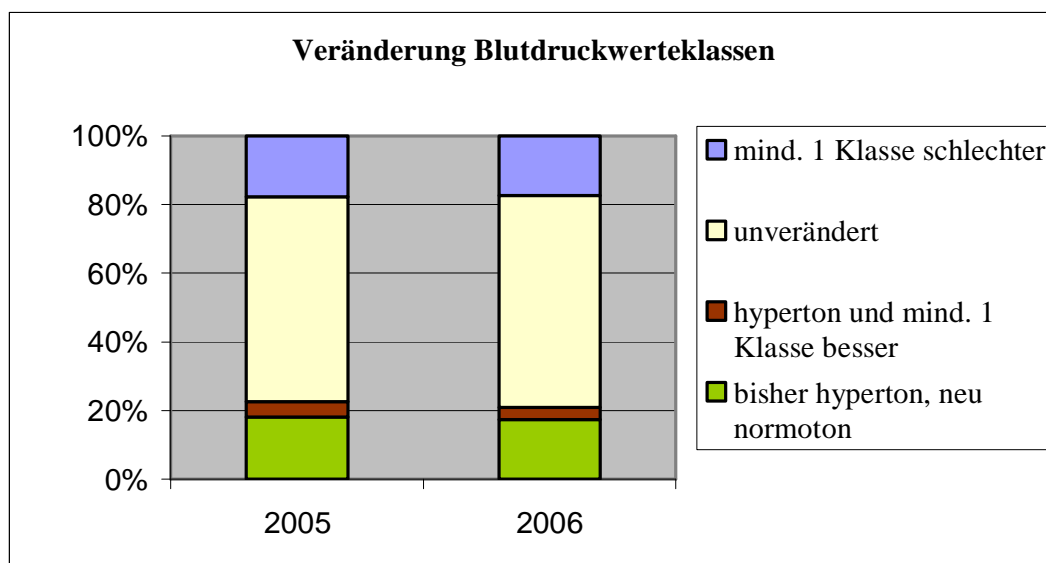


Abb. 8

	31.12.2005		31.12.2006	
mind. 1 Klasse schlechter	3242	17,7%	5.780	17,3%
unverändert	10.901	59,6%	20.568	61,7%
hyperton und mind. 1 Klasse besser	833	4,6%	1.187	3,6%
bisher hyperton, neu normoton	3.300	18,1%	5.807	17,4%

17,4 % der Patienten, die bei der letzten Dokumentation hyperten waren, konnten im aktuellen Berichtszeitraum normotensive Blutdruckwerte aufweisen.

3,6 % der hypertensiven Patienten (4,6% in 2005) waren im aktuellen Berichtszeitraum eine Blutdruckwerteklasse besser.

Eine unveränderte Blutdruckwerteklasse zeigte sich bei 61,7 % der Patienten.

Insgesamt haben sich also 21,0 % der Patienten in den Blutdruckklassen verbessert. Entweder haben diese Patienten normotone Werte erreichen können oder haben sich um mindestens eine Klasse verbessert. Dies zeigt angesichts der Relevanz, die der Hypertonus für die Prognose der KHK hat, eine deutliche Verbesserung.

3. Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern 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 **über die Laufzeit des Programms im Mittel etwa 90%** der Patienten ohne Kontraindikationen mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) behandelt werden sollen.

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

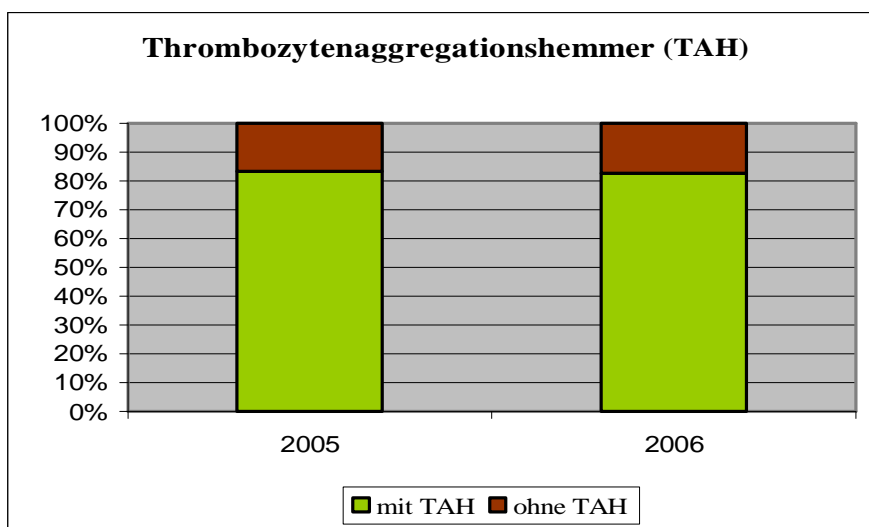


Abb. 9

	2005		2006	
ohne TAH	3.653	16,8%	6.878	17,5%
mit TAH	18.125	83,2%	32.520	82,5%

Bei 39.398 im Bericht berücksichtigten Patienten besteht keine Kontraindikationen gegen Thrombozytenaggregationshemmer.

Der Anteil der Patienten die mit TAH behandelt werden und bei denen keine Kontraindikation vorliegt, betrug im Berichtszeitraum 82,5% und hat sich im Vergleich zum Vorberichtszeitraum leicht verringert. Das Qualitätsziel wurde nicht erreicht.

* bezieht sich auf alle eingeschriebenen Versicherten in der Nachsorge des Herzinfarktes sowie nach arteriellen Eingriffen

4. Therapie mit Betablockern bei Patienten nach einem akuten Koronarereignis

„Für die Behandlung der chronischen KHK insbesondere nach akutem Myokardinfarkt, sind Betablocker hinsichtlich der in Ziffer 1.3 (7. RSAV) genannten Therapieziele Mittel der ersten Wahl, auch bei relativen Kontraindikationen.“ (Anlage 5 RSAV)

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass **über die Laufzeit des Programms im Mittel etwa 70%** mit Betablockern behandelt werden sollen.

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

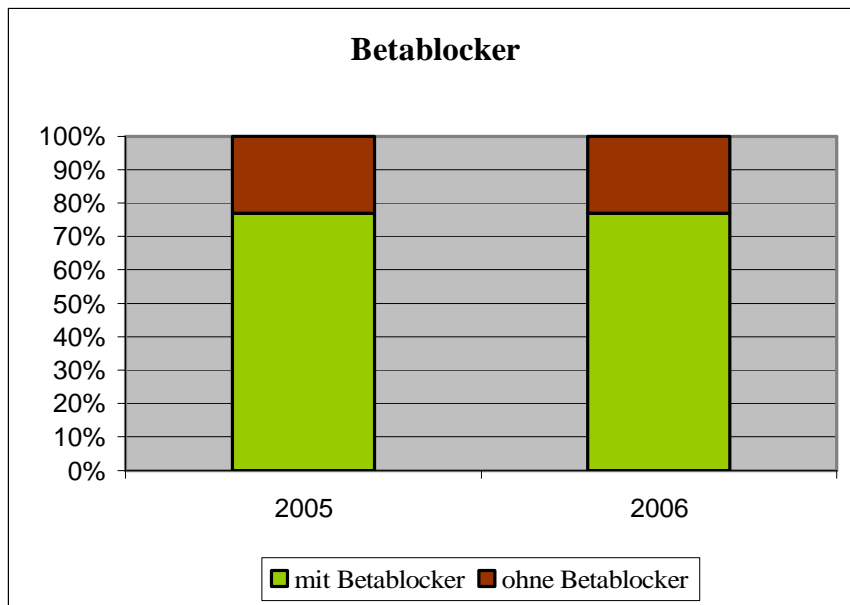


Abb. 10

	2005		2006	
ohne Betablocker	4.933	23,0%	9.026	23,1%
mit Betablocker	16.556	77,0%	29.966	76,9%

Keine Kontraindikation gegenüber Betablockern besteht bei 38.992 Patienten. Der Anteil der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit Betablocker behandelt werden, liegt im Vergleich zum Vorjahresergebnis stabil bei 76,9%.

Das Qualitätsziel wurde damit erreicht.

5. Therapie mit ACE-Hemmern bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz

„Bei chronischer KHK mit gleichzeitig vorliegender Herzinsuffizienz oder mit asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion ist eine Therapie mit Angiotensin-Converting-Enzym-Hemmern (ACE-Hemmer) grundsätzlich indiziert.“ (Anl. 5 RSAV)

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass über die Laufzeit des Programms im Mittel etwa 70% der Patienten mit vorliegender Herzinsuffizienz mit ACE-Hemmern behandelt werden sollen.

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

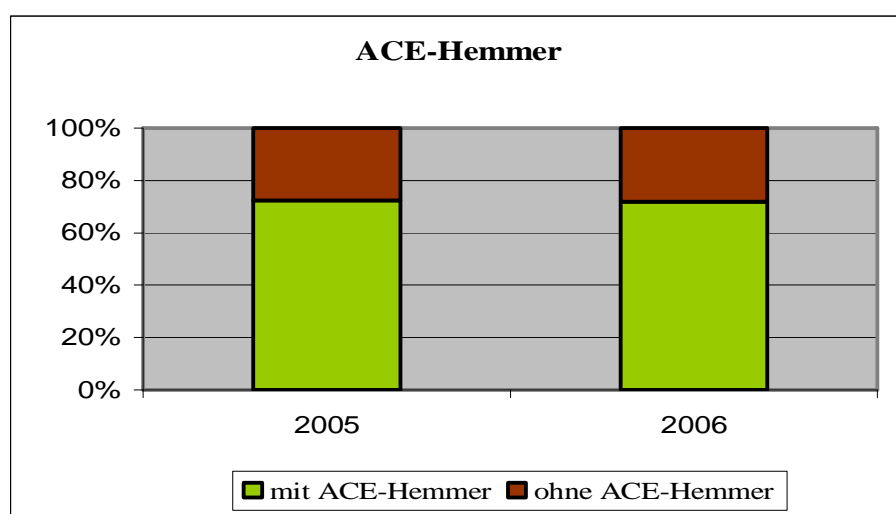


Abb. 11

	2005		2006	
ohne ACE-Hemmer	1.512	27,6%	2.710	28,0%
mit ACE-Hemmer	3.957	72,4%	6.959	72,0%

Insgesamt wurden für diese Auswertung 9.669 Patienten mit einer Herzinsuffizienz zugrunde gelegt. Der Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit ACE-Hemmern behandelt wurden, betrug im Berichtszeitraum 72,0%.

Damit wurde das Qualitätsziel erreicht.

6. Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern bei Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt

„Für die Therapie der chronischen KHK sollten HMG-CoA-Reduktasehemmer (Statine) erwogen werden, für die eine morbiditäts- und mortalitätssenkende Wirkung nachgewiesen ist...“ (Anl. 5 RSAV)

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass über die Laufzeit des Programms im Mittel etwa 90% der Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt unter Beachtung der Kontraindikationen mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern behandelt werden sollen.

Anteile und Anzahl der Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt, die mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statinen) behandelt werden

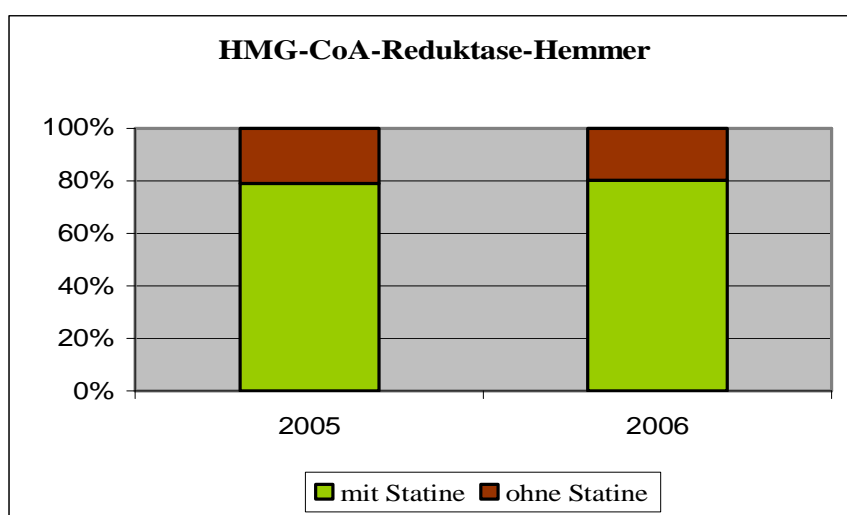


Abb. 12

	2005		2006	
ohne Statine	1.582	21,0%	2.555	19,8%
mit Statine	5.968	79,0%	10.379	80,2%

Bei 12.934 Patienten liegt ein Zustand nach Herzinfarkt vor. Der Anteil der Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt, die mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statinen) behandelt werden, betrug im Berichtszeitraum 80,2%.

Das Qualitätsziel wurde damit nicht erreicht.

7. Messung von Gesamt- und LDL-Cholesterin

„Zur medikamentösen Einstellung und Therapiekontrolle sollten bei Patienten, die HMG-CoA-Reduktase-Hemmer erhalten, mindestens einmal jährlich Gesamt-Cholesterin und LDL-Cholesterin gemessen werden.“

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass bei Patienten, die mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmer behandelt werden, jährlich Gesamt-Cholesterin und LDL-Cholesterin gemessen werden. Der Anteil sollte bei 70 % liegen.

Messung Gesamt- und LDL-Cholesterin

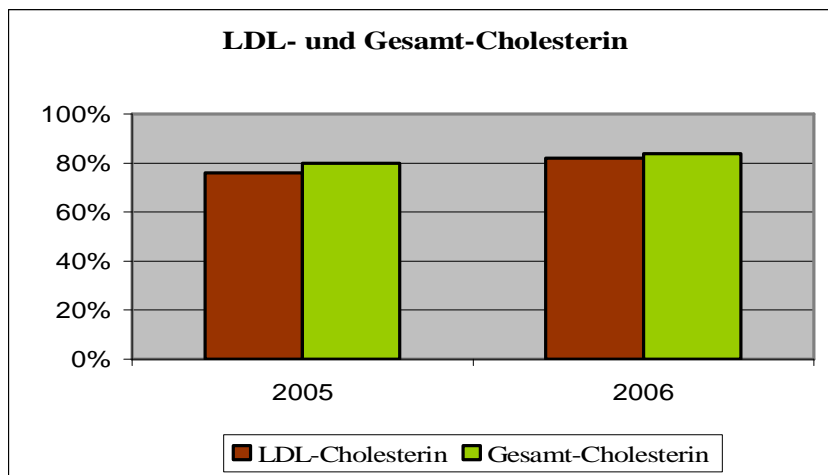


Abb. 13

	2005		2006	
LDL-Cholesterin	12.689	76,0%	25.261	81,8%
Gesamt-Cholesterin	13.330	80,0%	26.108	84,5%

Im Auswertungszeitraum 2006 wurden insgesamt 30.892 Patienten mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern behandelt .

Von diesen Patienten wurde bei 26.108 Patienten das Gesamt-Cholesterin gemessen. Dies entspricht einem Anteil von 84,5%.

Bei 25.261 Patienten wurde das LDL-Cholesterin bestimmt, was einem Anteil von 81,8 % entspricht.

Für beide Auswertungskriterien wurde das Qualitätsziel erreicht.

Bei der Betrachtung der Patienten, die mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmer behandelt werden, ist ein direkter Vergleich mit den unter Pkt. 6 aufgeführten Daten nicht möglich. Ursächlich ist die notwendige Verwendung einer unterschiedlichen Datenbasis. Insofern handelt es sich um unterschiedliche Kohorten.

8. Kooperation der Versorgungsebenen

Anders als beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 gibt es beim DMP KHK keine quantitativen Zielvorgaben für die Überweisung an die nächste Versorgungsebene. Es gibt lediglich Hinweise mit empfehlendem Charakter.

8. 1. Kooperation der Versorgungsebenen – Überweisung bei zunehmender oder erstmalig aufgetretener Angina pectoris Symptomatik

In der RSAV ist der Therapieablauf für Patienten mit chronischer KHK unter Berücksichtigung der an der Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen dargestellt.

„Der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen eine Überweisung/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:
- zunehmende oder erstmalige Angina pectoris Beschwerden...“ (Anl.5, RSAV)

Anteile und Anzahl der Patienten mit zunehmender oder erstmaliger AP- Symptomatik, die überwiesen wurden

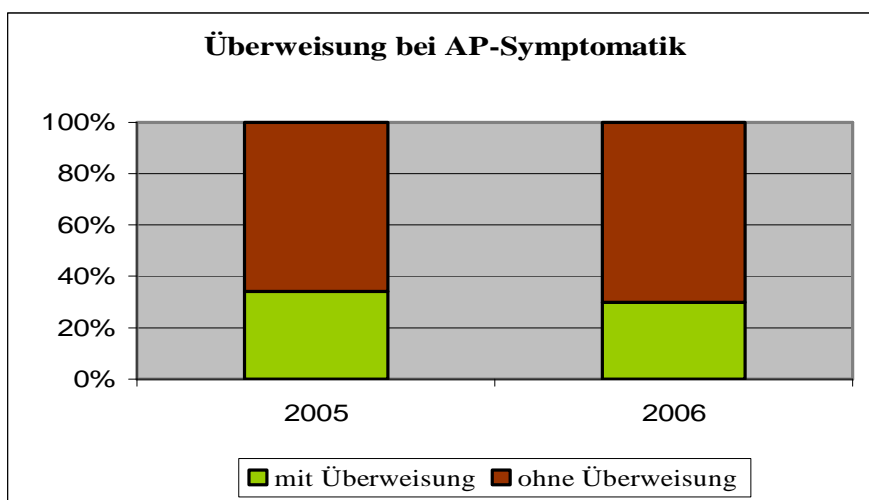


Abb. 14

	2005		2006	
ohne Überweisung	921	66,0%	1.639	69,5%
mit Überweisung	474	34,0%	720	30,5%

Im Kalenderjahr 2005 wurden von insgesamt 22.285 berücksichtigten Patienten 1.395 Patienten mit zunehmender oder erstmaliger AP-Symptomatik ermittelt (6,2%).

Demgegenüber lag dieser Anteil im Kalenderjahr 2006 von nunmehr 40.398 Patienten bei 2.359 Versicherten (5,8%). Der Anteil der Patienten mit zunehmender oder erstmaliger typischer AP-Symptomatik, für die eine Überweisung veranlasst wurde, betrug im Kalenderjahr 2006 30,5%, im Vergleich zu 34,0% im Kalenderjahr 2005.

8. 2 Kooperation der Versorgungsebenen - Überweisung bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz

„Der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen eine Überweisung/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)

Anteile und Anzahl der Patienten mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz, die überwiesen wurden

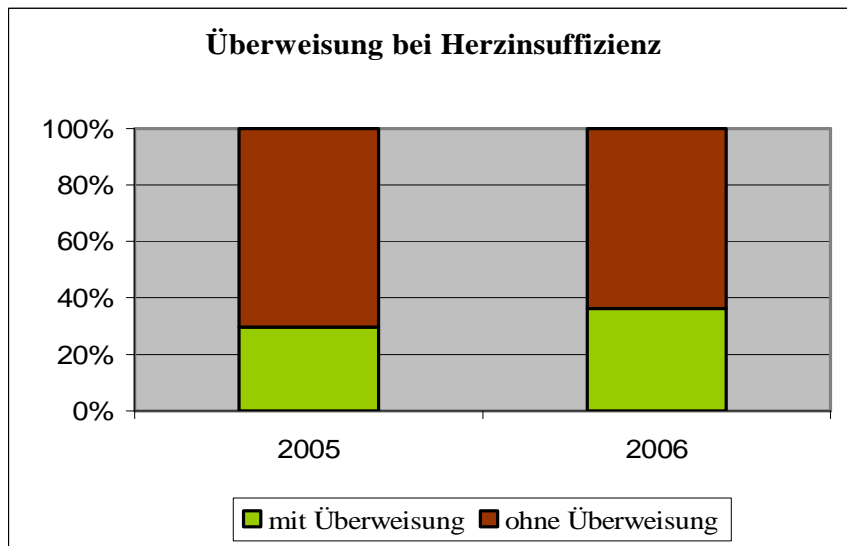


Abb. 15

	2005		2006	
ohne Überweisung	161	70,3%	150	63,8%
mit Überweisung	68	27,7%	85	36,2%

Von 22.285 berücksichtigten Patienten im Kalenderjahr 2005 hatten 229 Patienten eine neu aufgetretene Herzinsuffizienz.

Im Kalenderjahr 2006 waren es 235 Patienten bei insgesamt 40.398 im Bericht berücksichtigten Patienten.

Der Anteil der Patienten mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz, für die eine Überweisung veranlasst wurde, betrug im Jahr 2006 36,2% im Vergleich zu 29,7% im Jahr 2005.

8. 3. Kooperation der Versorgungsebenen - Überweisung bei neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen

"Der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen eine Überweisung/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 oder symptomatische Herzrhythmusstörungen ..."(Anl.5, RSAV)

Anteile und Anzahl der Patienten mit neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen, die überwiesen wurden

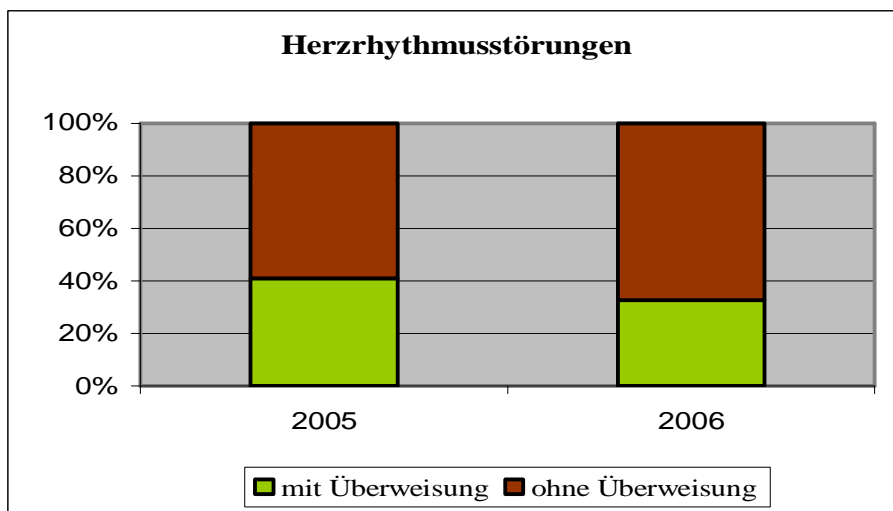


Abb. 16

	2005		2006	
ohne Überweisung	107	59,1%	182	67,2%
mit Überweisung	74	40,9%	89	32,8%

Von 22.285 berücksichtigten Patienten im Kalenderjahr 2005 hatten 181 Patienten eine neu aufgetretene symptomatische Herzrhythmusstörung. Im Kalenderjahr 2006 waren es 271 Patienten bei insgesamt 40.398 Patienten (0,7%).

Der Anteil der Patienten mit neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen, für die eine Überweisung veranlasst wurde, betrug 2005 noch 40,9%, sank jedoch im Jahr 2006 auf 32,8%.

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.

9. Wahrnehmung empfohlener Diabetes-Schulungen

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

Anteile und Anzahl der Patienten, die eine empfohlene Diabetes-Schulung wahrgenommen/ nicht wahrgenommen haben, bzw. bei denen eine Schulung aktuell nicht möglich war

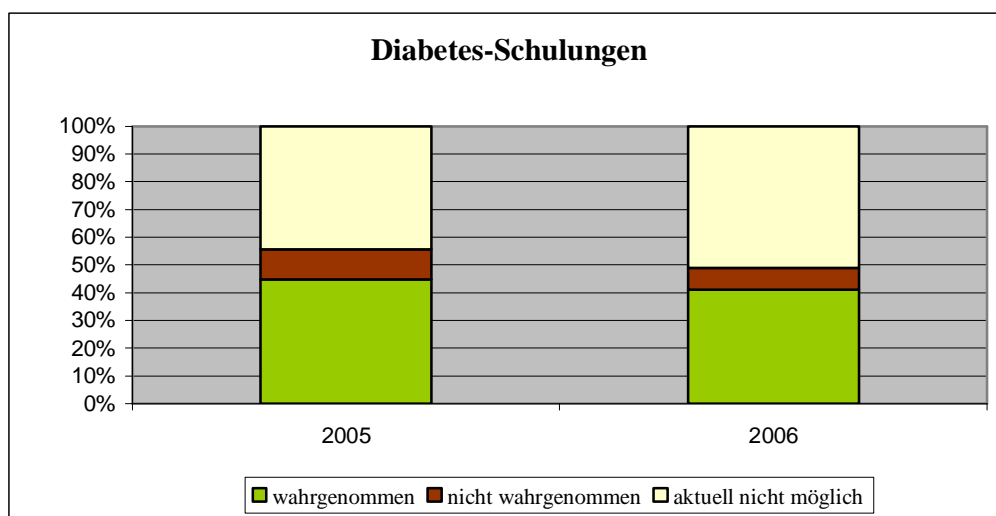


Abb. 17

	2005		2006	
aktuell nicht möglich	193	44,4%	368	50,9%
nicht wahrgenommen	47	10,8%	71	7,9%
wahrgenommen	195	44,8%	455	41,2%

Im Kalenderjahr 2005 erhielten 435 Patienten eine Empfehlung zur Durchführung einer Diabetes-Schulung.

Im Berichtszeitraum 2006 lag die Empfehlungsrate zur Durchführung einer Diabetes-Schulung bei 2,2 % von allen im Bericht berücksichtigten Patienten. Der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Schulung wahrgenommen haben sank von 44,8 % auf 41,2%.

10. Wahrnehmung empfohlener Hypertonie-Schulungen

Anteile und Anzahl der Patienten, die eine empfohlene Hypertonie-Schulung wahrgenommen / nicht wahrgenommen haben, bzw. bei denen eine Schulung aktuell nicht möglich war

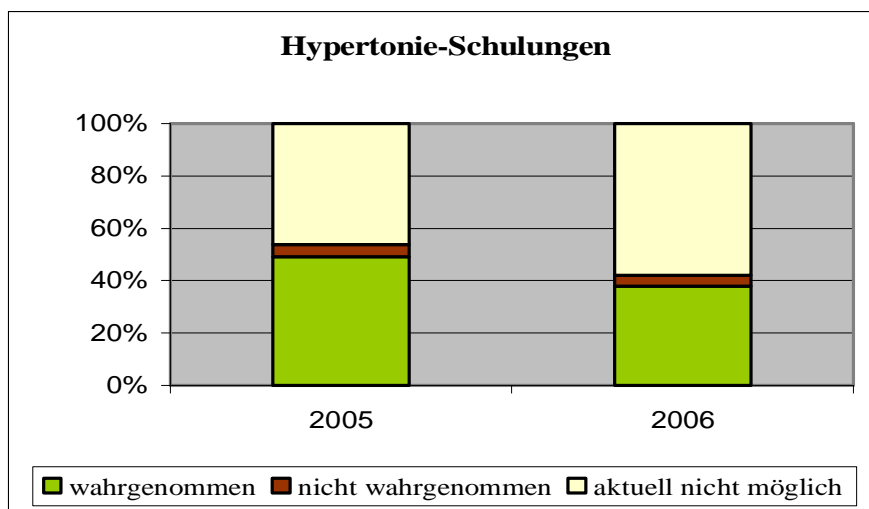


Abb. 18

	2005		2006	
aktuell nicht möglich	241	46,3%	2.530	58,2%
nicht wahrgenommen	23	4,4%	158	3,6%
wahrgenommen	257	49,3%	1.661	38,2%

Im Kalenderjahr 2005 erhielten von 22.285 Patienten insgesamt 521 Patienten eine Empfehlung zur Durchführung einer Hypertonie-Schulung. Dies entspricht einer Schulungsempfehlung von 2,3 %.

Im Berichtszeitraum 2006 lag die Empfehlungsrate bereits bei 10,8 % (4.349 Patienten) von 40.398 Patienten

Trotz gestiegener Empfehlung zur Durchführung einer Hypertonieschulung ein deutlicher Rückgang der Wahrnehmung und Durchführung der Schulungen zu verzeichnen.

Der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Hypertonie-Schulung wahrgenommen haben, sank im Kalenderjahr 2006 im Vorjahresvergleich um 11,1%. Der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Schulung nicht wahrgenommen haben, sank zwar von 4,4 % auf 3,6 %, hingegen ist der Anteil der Patienten denen die Durchführung der Schulung aktuell nicht möglich war deutlich angestiegen. Ob dieser negative Trend an bereits im Rahmen des DMP Diabetes durchgeführten Schulungen oder noch nicht ausreichenden Schulungskapazitäten liegt oder verstärkter Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit der betreuenden Ärzte bedarf, muss beobachtet werden. Auch die immer noch sehr geringe absolute Zahl der Schulungsempfehlungen kann derzeit noch nicht abschließend bewertet werden.

11. Stationäre notfallmäßige Behandlung innerhalb von 12 Monaten

Die Reduktion notfallmäßiger Behandlungen ist im Sinne der Steigerung der Lebensqualität von Patienten mit KHK ein wesentliches Therapieziel

Als QS-Ziel wurde definiert „Reduzierung des Anteils der Patienten, die eine stationäre notfallmäßige Behandlung von Angina Pectoris/KHK in den letzten 12 Monaten erhalten haben“.

Der Anteil der Patienten, die eine stationäre notfallmäßige Behandlung von Angina Pectoris/KHK in den letzten 12 Monaten erhalten haben, soll

- im zweiten Jahr gegenüber dem ersten Jahr um 10%,
- im dritten Jahr gegenüber dem zweiten um 20% reduziert werden.

Anteile und Anzahl der Patienten mit stationärer notfallmäßiger Behandlung innerhalb von 12 Monaten

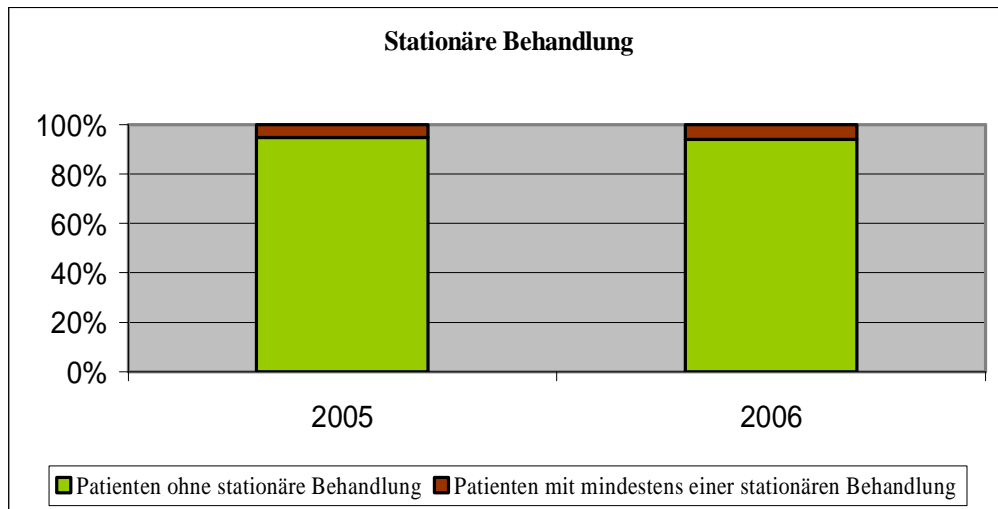


Abb. 19

	2005		2006	
Patienten mit mindestens einer stationären Behandlung	1.350	5,3%	2.229	5,5%
Patienten ohne stationäre Behandlung	24.273	94,7%	40.398	94,5%

Im betrachteten Zeitraum blieb der Anteil der Patienten, die mindestens einmal stationär behandelt wurden, mit 5,5 % nahezu gleich niedrig wie im Vorberichtszeitraum.

Das eigentliche Ziel, die Senkung der notfallmäßigen stationären Behandlungen wurde nicht nur nicht erreicht, sondern die Anzahl der stationären Behandlungen nahm sogar zu. Der Vergleich der beiden Kalenderjahre spiegelt die Zunahme der stationären Behandlungen von 0,2% wider, so dass im Ergebnis ein negativer Zielerreichungswert dargestellt ist.

Das Qualitätsziel der Senkung des Anteils der stationären Notfallbehandlungen im Vergleich zum Vorjahr um 20 % wurde nicht erreicht.

12. Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung innerhalb von 6 Monaten

Die Reduktion notfallmäßiger Behandlungen ist im Sinne der Steigerung der Lebensqualität von Patienten mit KHK ein wesentliches Therapieziel.

Anteile und Anzahl der Patienten mit nicht-stationärer notfallmäßiger Behandlung innerhalb von 6 Monaten

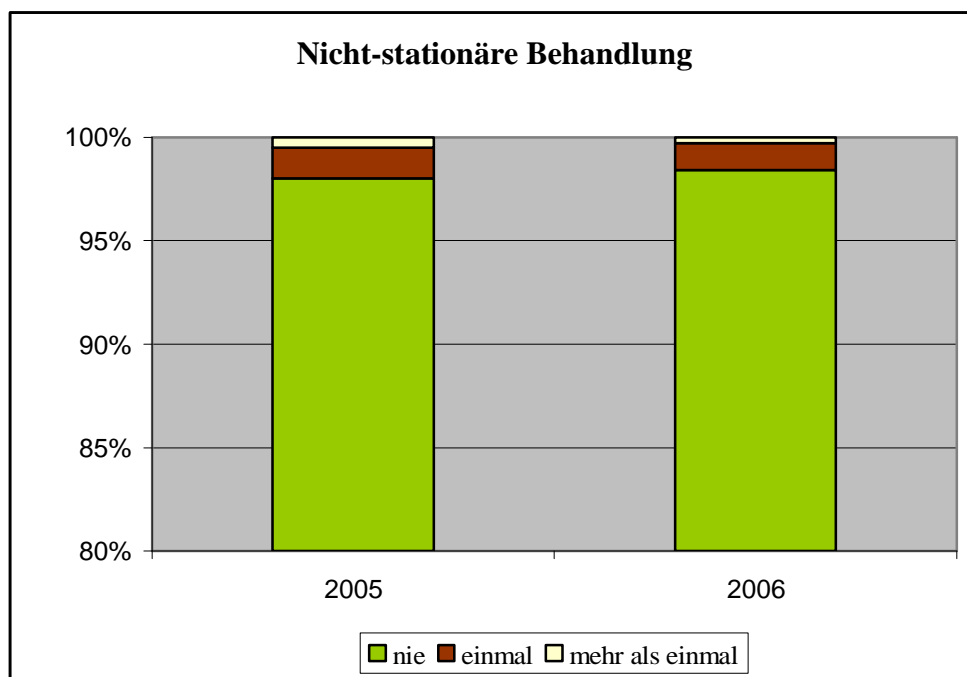


Abb. 20

	2. HJ 2005		2. HJ 2006	
mehr als einmal	115	0,5%	108	0,3%
einmal	341	1,5%	515	1,3%
nie	21.829	98,0%	39.775	98,5%

Für die Betrachtung der Entwicklung der notfallmäßigen nicht-stationären Behandlung wurden für dieses Ziel die Zeiträume des 2. Halbjahres des jeweiligen Kalenderjahres zugrunde gelegt. Der Anteil der Patienten, die keine notfallmäßige nicht-stationäre Behandlung hatten, ist im Vergleich des zweiten Halbjahres 2005 zum zweiten Halbjahr 2006 absolut um 0,5 % gestiegen.

IV. Fazit

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

1. Die QS-Ziele zu den „Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien“
 - Vermeidung/Reduktion der Schwere von Angina pectoris sowie
 - Senkung des Blutdruckes bei Patienten mit zunächst hypertensiven Werten auf Werte unter 140/90 mmHg
wurden jeweils erreicht, außerdem gab es im Vergleich zum vorhergehenden Berichtszeitraum erneut eine Verbesserung. Der Anteil der eingeschriebenen KHK-Patienten mit Hypertonie ist mit über 80 % 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.

2. Die Ziele zu den „Anforderungen an eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gem. § 12 SGB V“ wurden zum Teil erreicht.
 - Das QS-Ziel „Gabe von Betablockern, insbesondere bei Patienten nach einem akuten Koronareignis unter Beachtung der Kontraindikationen“ wurde erreicht.
 - Ebenso wurde das QS-Ziel „ACE-Hemmer bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz unter Beachtung der Kontraindikationen“ 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 einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, sollte über die Laufzeit des Programms bei etwa 90 % liegen, im aktuellen Berichtszeitraum lag der Anteil bei 82,5 %. Dieses Ergebnis sollte kritisch betrachtet und innerärztlich mit dem Ziel der Ergebnisverbesserung diskutiert werden.
 - Über die Laufzeit des Programms sollten mindestens 90 % aller eingeschriebenen KHK-Patienten, die einen Myokardinfarkt erlitten hatten, eine Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmer erhalten. Dieser Anteil lag im Berichtszeitraum bei 80,2 % und damit noch nicht im Zielbereich. Zur medikamentösen Einstellung und Therapiekontrolle sollten bei 70 % der entsprechenden Patienten Gesamt-Cholesterin und LDL-Cholesterin mindestens einmal jährlich bestimmt werden. Die Auswertung zeigte, dass im Berichtszeitraum bei 84,5 % der mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmer behandelten Patienten das Gesamt-Cholesterin und bei 81,8 % das LDL-Cholesterin bestimmt wurde. Damit wurde das QS-Ziel erreicht, und es zeigt sich eine deutliche Verbesserung zum Vorjahreszeitraum.

3. Das QS-Ziel „Reduzierung des Anteils der Patienten, die eine stationäre notfallmäßige Behandlung von Angina Pectoris/KHK in den letzten 12 Monaten erhalten haben“ wurde nicht erreicht, es kam zu einem leichten Anstieg. Da es sich aber in beiden Berichtszeiträumen nicht um die gleiche Kohorte handelt, kann dieses Ergebnis nicht im Längsschnitt betrachtet werden. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass mit zunehmender DMP-Laufzeit mehr multimorbide Patienten eingeschrieben wurden und die zunehmende Zahl stationärer notfallmäßiger Behandlungen auch darauf zurückzuführen ist.
Zu dem Qualitätsziel „Einhaltung der Überweisungskriterien“ wurden keine quantitativen Zielvorgaben genannt. Die Überweisungsquoten an die jeweils spezialisierte Fachebene bei einer zunehmenden oder erstmalig auftretenden Angina pectoris Symptomatik, einer

neu aufgetretenen Herzinsuffizienz sowie neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen lagen zwischen 30,5 % und 36,2 %.

Eine mögliche Ursache liegt darin, dass ein recht großer Teil der Patienten von Ärzten des fachärztlichen Versorgungssektors eingeschrieben und koordiniert werden. Diese betreuen die Patienten auch bei Vorliegen eines der o.g. Überweiskriterien weiter, möglicherweise ohne dies als Überweisung zu dokumentieren.

4. Auch das QS-Ziel „Wahrnehmung empfohlener Schulungen“ wurde nicht mit konkreten Zahlen hinterlegt. Der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Diabetes-Schulung wahrgenommen haben, sank um 3,6%.

Bei lediglich ca. 10 % der KHK-Patienten wurde eine Hypertonie-Schulungsempfehlung ausgesprochen, wobei der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Schulung wahrgenommen haben, um ca. 11% abnahm.

Da die Kapazitäten der schulungsberechtigten Arztpraxen derzeit nicht ausreichen um eine flächendeckende Schulung sicherzustellen, wurde im Land Brandenburg eine Ergänzungsvereinbarung zu den strukturierten Behandlungsprogrammen abgeschlossen, nach der entsprechend an den DMP-Verträgen teilnehmende Krankenhäuser mit nachgewiesener Schulungskompetenz diese Schulungen durchführen können.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit diese Erweiterung des Schulungsangebotes genutzt wird und zu positiven Ergebnissen im Rahmen der Einhaltung der Versorgungsinhalte des DMP-KHK-Vertrages führt.