

3. Qualitätsbericht

DMP KHK

der

Gemeinsamen Einrichtung Land Brandenburg

Berichtszeitraum 01.01.2007 bis 31.12.2007

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	4
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	13
3. Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern zur Sekundärprävention	15
4. Therapie mit Betablockern bei Patienten nach einem akuten Koronarereignis	16
5. Therapie mit ACE-Hemmern bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz	17
6. Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern bei Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt	18
7. Messung Gesamt- und LDL-Cholesterin	19
8. Kooperation der Versorgungsebenen	20
8.1 Kooperation der Versorgungsebenen – Überweisung bei zunehmender oder erstmalig aufgetretener Angina pectoris Symptomatik	20
8.2 Kooperation der Versorgungsebenen - Überweisung bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz	21
8.3 Kooperation der Versorgungsebenen - Überweisung bei neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen	22
9. Wahrnehmung empfohlener Diabetes-Schulungen	23
10. Wahrnehmung empfohlener Hypertonie-Schulungen	24
11. Stationäre notfallmäßige Behandlung innerhalb von 12 Monaten	25
12. Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung innerhalb von 6 Monaten	26
IV. Fazit	27

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 Landeskrankengesellschaft 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.

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 dritten Qualitätsbericht für das DMP KHK für den Zeitraum 01.01.2007 bis 31.12.2007 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

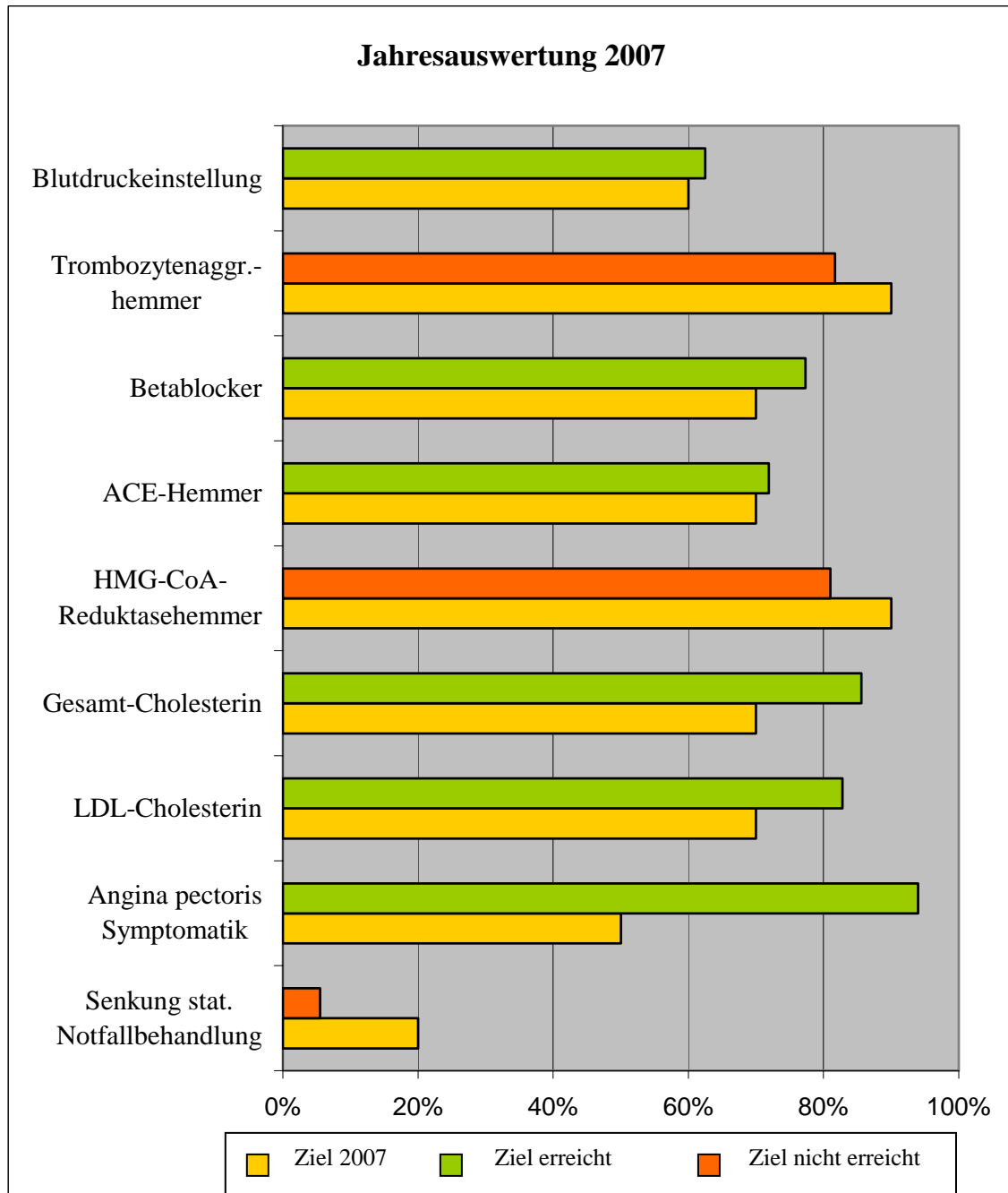
Um diese Ziele zu erreichen, wurden im Rahmen des DMP KHK Anforderungen an die Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität definiert und in Qualitätszielen festgehalten.

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.

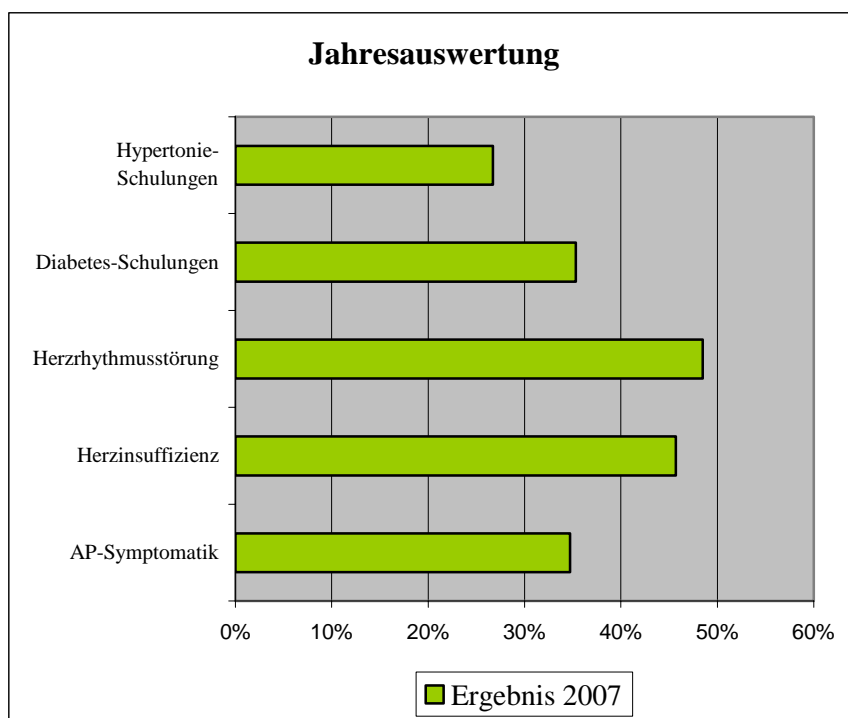
Im Folgenden möchten wir Ihnen die vereinbarten Qualitätssicherungsziele sowie die erreichten Ergebnisse zusammenfassend darstellen.

Jahresauswertung 2007



Qualitätssicherungsziele	Ziel	Ergebnis 2007
Blutdruckeinstellung	60,0%	62,5%
Thrombozytenaggregationshemmer	90,0%	81,7%
Betablocker	70,0%	77,3%
ACE-Hemmer	70,0%	71,9%
HMG-CoA-Reduktasehemmer	90,0%	81,0%
Gesamt-Cholesterin	70,0%	85,6%
LDL-Cholesterin	70,0%	82,8%
Angina pectoris Symptomatik	50,0%	95,2%
Senkung stationäre Notfallbehandlung	20,0%	5,5%

Für die im Folgenden dargestellten medizinischen 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.



	Ergebnis
Hypertonie-Schulungen	26,7%
Diabetes-Schulungen	35,3%
Überweisung bei symptomatischen Herzrhythmusstörung	48,5%
Überweisung bei Herzinsuffizienz	45,7%
Überweisung bei Angina pectoris - Symptomatik	34,7%

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.

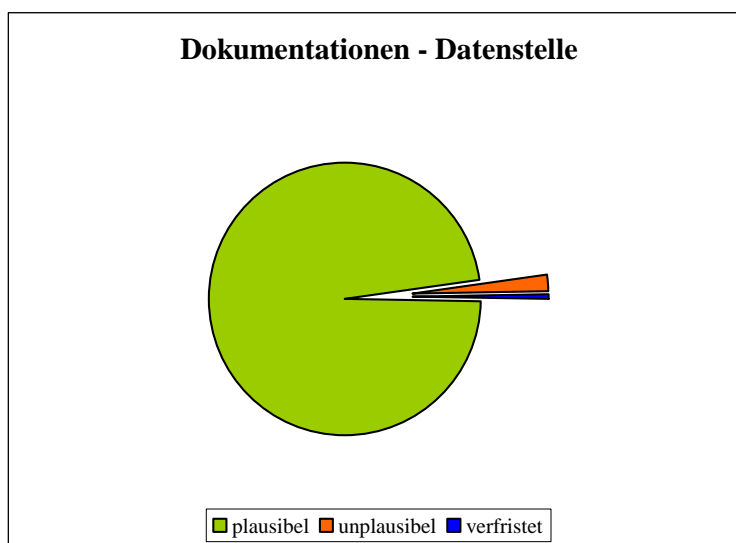
Inhaltliche Grundlage der Auswertungen ist die Anlage 5 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV), auf deren Basis das DMP KHK entwickelt wurde, sowie die vertraglich vereinbarten Ziele zu den einzelnen Qualitätsindikatoren.

Zum 31.12.2007 nahmen 73.938 Patienten am DMP KHK teil. Allein im Kalenderjahr 2007 wurden demnach durch die koordinierenden Vertragsärzte 17.919 KHK-Patienten neu in das DMP KHK eingeschrieben.

Ebenfalls mit Stand 31.12.2007 nahmen 1.224 Vertragsärzte koordinierend und 48 Vertragsärzte an der kardiologisch qualifizierten Versorgung im Rahmen des DMP KHK teil. Dies entspricht einem Anteil von rund 82 % der ambulant tätigen Hausärzte.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse und Verläufe von 55.724 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation und Folgedokumentation bzw. mindestens zwei Folgedokumentation in einem Halbjahr 2007 vorlagen.

Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation



Datenqualität	2007	
	Anzahl	%
plausibel	179.847	97,5
unplausibel	3.495	1,9
verfristet	1.124	0,6
gesamt	184.466	100,0

In der DMP-Datenstelle gingen im Kalenderjahr 2007 insgesamt 184.466 Erst- und Folgedokumentationen zum DMP KHK ein. Hiervon waren bereits bei Eingang in der Datenstelle 179.847 Dokumentationen plausibel. Somit waren 97,5 % der Dokumentationen korrekt und konnten entsprechend verarbeitet werden.

Allerdings waren auch 1.124 Dokumentationen bereits bei Eingang in der Datenstelle verfristet, bzw. 3.495 unplausibel und konnten nicht verarbeitet werden.

Datenauswertung	1. HJ 2007	2. HJ 2007
Anzahl Patienten, für die in der Datenstelle Dokumentationsbögen eingingen	69.889	79.813
Anzahl Patienten, die im Bericht berücksichtigt werden konnten	48.280	55.724
davon Anzahl Patienten mit Erst- und Folgedokumentation	7.886	7.682
davon Anzahl Patienten mit zwei Folgedokumentationen	40.384	48.042

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.

42,5 % der eingeschriebenen Patienten sind Frauen, 57,5 % der eingeschriebenen Patienten sind Männer.

Der Anteil der eingeschriebenen Patienten über 75 Jahre bei den Männern bei 23 % und bei den Frauen bei 38 %. Der Altersdurchschnitt der eingeschriebenen Patienten bleibt auch im Vergleich zu den Vorjahren 2005/2006 bei konstant 70 Jahre.

Altersverteilung der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten

	2006		2007		2006		2007	
	männlich		männlich		weiblich		weiblich	
Alter	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<= 45	407	1,7	558	1,7	157	0,9	217	0,9
46 - 55	2.130	8,9	2.913	9,1	789	4,7	1.112	4,7
56 - 65	5.141	21,6	6.505	20,3	2.566	15,5	3.242	13,8
66 - 75	11.023	46,3	14.741	45,9	7.029	42,4	10.051	42,5
> 75	5.108	21,5	7.374	23,0	6.048	36,5	9.011	38,1
Gesamt	23.809	100,0	32.091	100,0	16.589	100,0	23.633	100,0

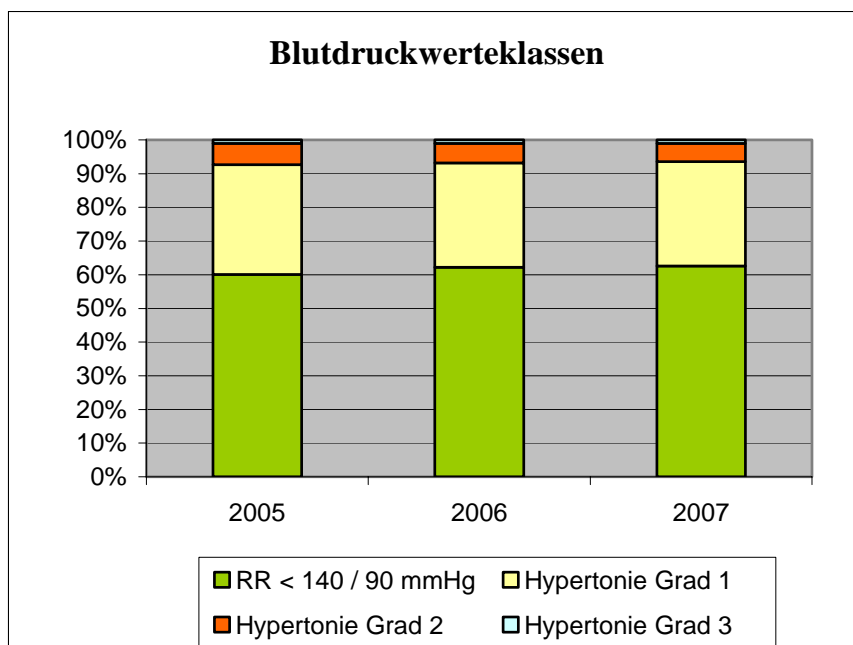
Blutdruckeinstellung der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten

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

Anteile und Anzahl der Patienten nach Blutdruckwerteklassen

Im Vergleich zu den Vorjahren zeigt die nachfolgende Übersicht die Entwicklung der Patienten mit einem bekannten Hypertonus innerhalb der Blutdruckwerteklassen.



	31.12.2005		31.12.2006		31.12.2007	
Hypertonie Grad 3	174	0,9%	349	1,1%	528	1,1%
Hypertonie Grad 2	1.147	6,3%	1.947	5,8%	2.439	5,3%
Hypertonie Grad 1	5.943	32,5%	10.293	30,9%	14.317	31,1%
RR < 140 / 90	11.015	60,3%	20.754	62,2%	28.840	62,5%
Gesamt	18.279	100,0%	33.343	100,0%	46.124	100,0%

Der Anteil von Patienten mit einem Blutdruck von RR <140/90 stieg leicht im Auswertungszeitraum zum Vorjahresvergleich.

Demgegenüber nahm der Anteil der Patienten mit einer Hypertonie Grad 1 nur geringfügig zu. Im Jahresvergleich zwischen 2006 und 2007 wird die Verschiebung der Hypertoniker aus dem normotensiven Bereich bzw. mit einem Grad 2 in die Werteklasse 1 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 zu den Vorjahren 2005 und 2006 dargestellt.

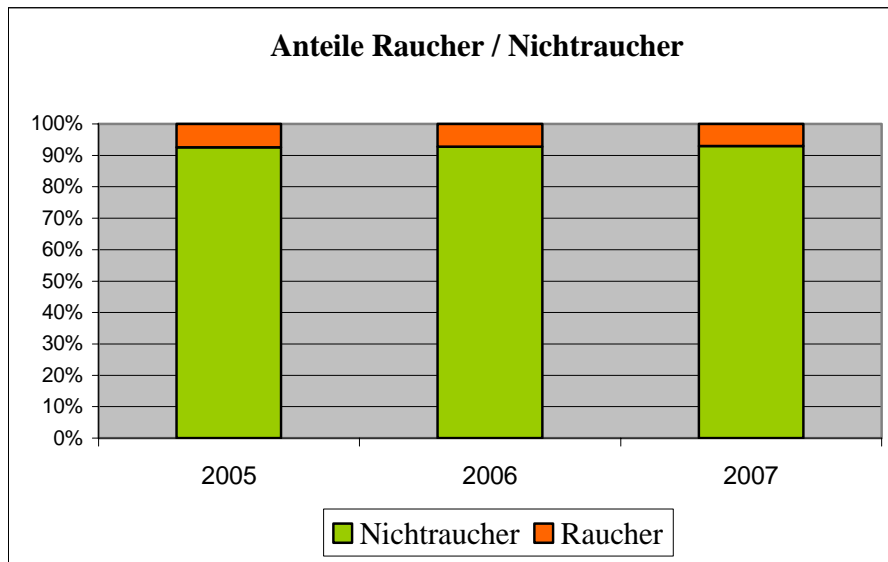


Abb. 5

	2005		2006		2007	
Raucher	1.574	7,1%	2.899	7,2%	4.137	7,4%
Nichtraucher	20.711	92,9%	37.499	92,8%	51.587	92,6%

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.

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.

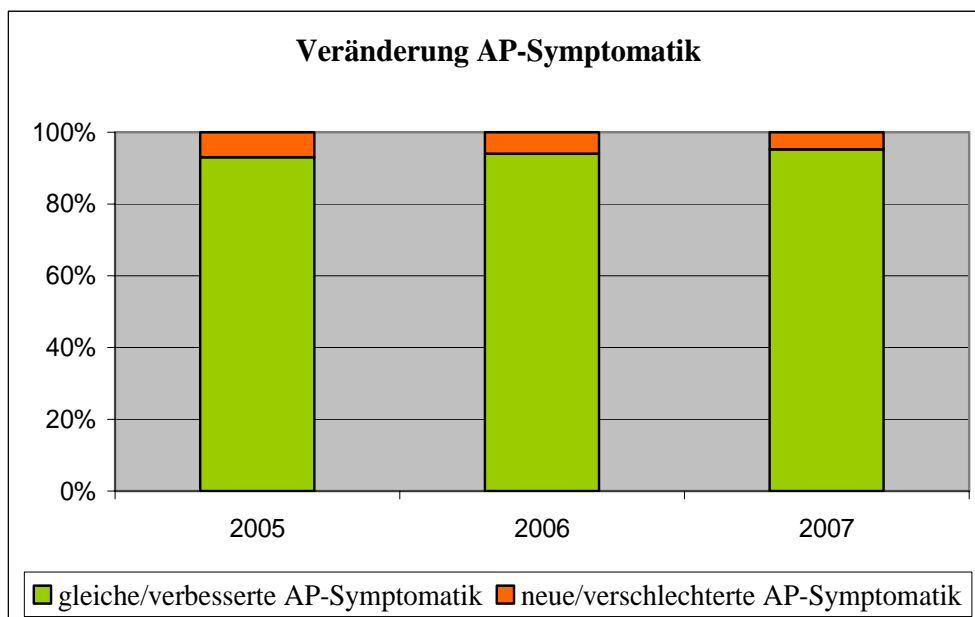
„Eine koronare Herzkrankheit ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Bei häufigem Auftreten von Angina pectoris Beschwerden ist die Lebensqualität vermindert. Daraus ergeben sich folgende Therapieziele. ... Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von 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



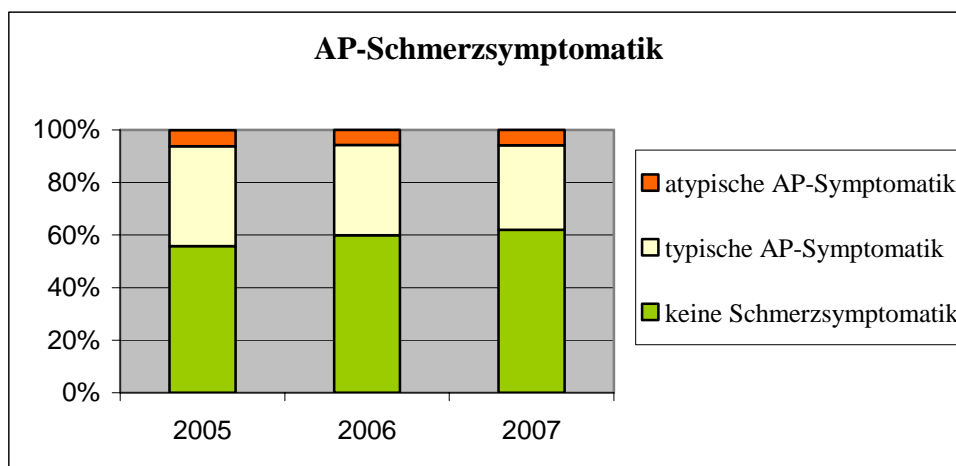
	2005		2006		2007	
neue/verschlechterte AP-Symptomatik	1.395	7,0%	2.359	6,2%	2.587	4,8%
gleiche/verbesserte AP-Symptomatik	18.638	93,0%	35.670	93,8%	50.814	95,2%

Die Grundgesamtheit (alle Patienten ohne Shift-Symptomatik) beträgt 53.401 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 95,2 % und hat sich zu den Vorjahreswerten kontinuierlich verbessert. Das Qualitätsziel wurde damit erreicht.

Die folgende Übersichten stellen die Anteile der Patienten mit typischer und atypischer AP-Symptomatik sowie die Unterteilung in einzelne Schweregrade dar.

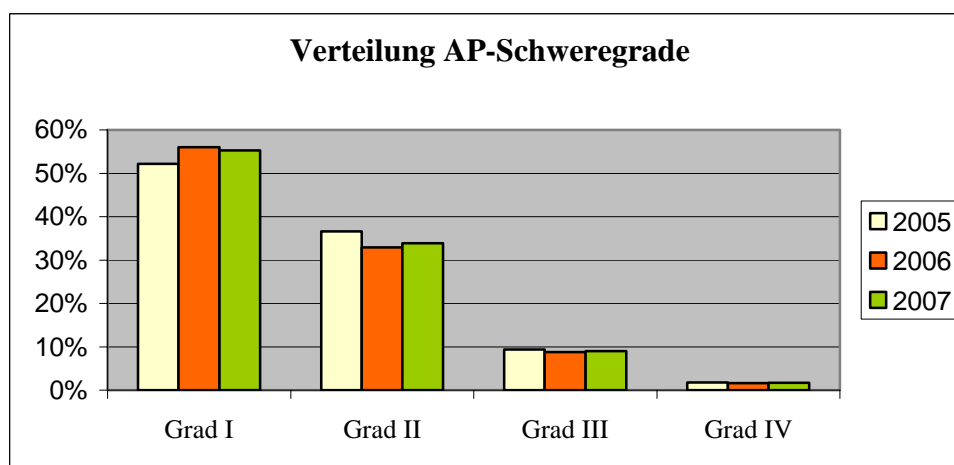
Anteile von typischer und atypischer AP-Symptomatik



	2005		2006		2007	
atypische AP-Symptomatik	1.370	6,2%	2.298	5,7%	3.311	5,9%
typische AP-Symptomatik	8.474	38,0%	13.907	34,4%	17.877	32,1%
keine Schmerzsymptomatik	12.441	55,8%	24.193	59,9%	34.536	62,0%

Der überwiegende Teil der Patienten mit Angina pectoris weist keine Schmerzsymptomatik auf. Im Drei-Jahresvergleich ist erkennbar, dass dieser Patientenanteil stetig steigt.

Einteilung der Patienten mit typischer Angina pectoris in Schweregrade



	2005		2006		2007	
typische AP Grad I	4.423	52,2%	7.870	56,6%	9.887	55,3%
typische AP Grad II	3.105	36,6%	4.583	33,0%	6.069	34,0%
typische AP Grad III	796	9,4%	1.224	8,8%	1.612	9,0%
typische AP Grad IV	150	1,8%	230	1,6%	309	1,7%

2. Erhöhung der Zahl normotensiver Patienten mit bekannter Hypertonie

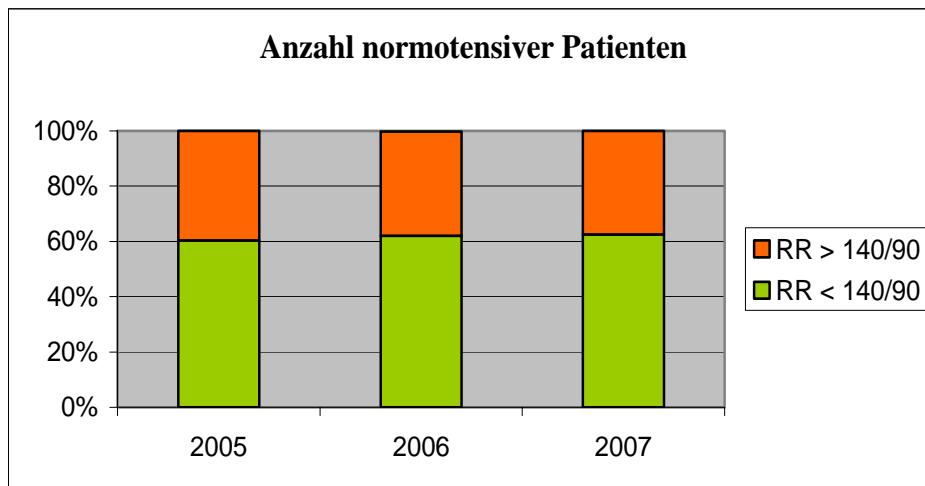
Die Hypertonie ist ein wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung der Arteriosklerose und damit der koronaren Herzkrankheit. Die Senkung erhöhter Blutdruckwerte in den Bereich < 140 und < 90 mmHg ist deshalb ein wichtiger Parameter bei der individuellen Therapiezielplanung.

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



	2005		2006		2007	
RR < 140/90	11.015	60,3%	20.754	62,2%	28.840	62,5%
RR \geq 140/90	7.264	39,7%	12.589	37,8%	17.284	37,5%
Gesamt	18.279	100,0%	33.343	100,0%	46.124	100,0%

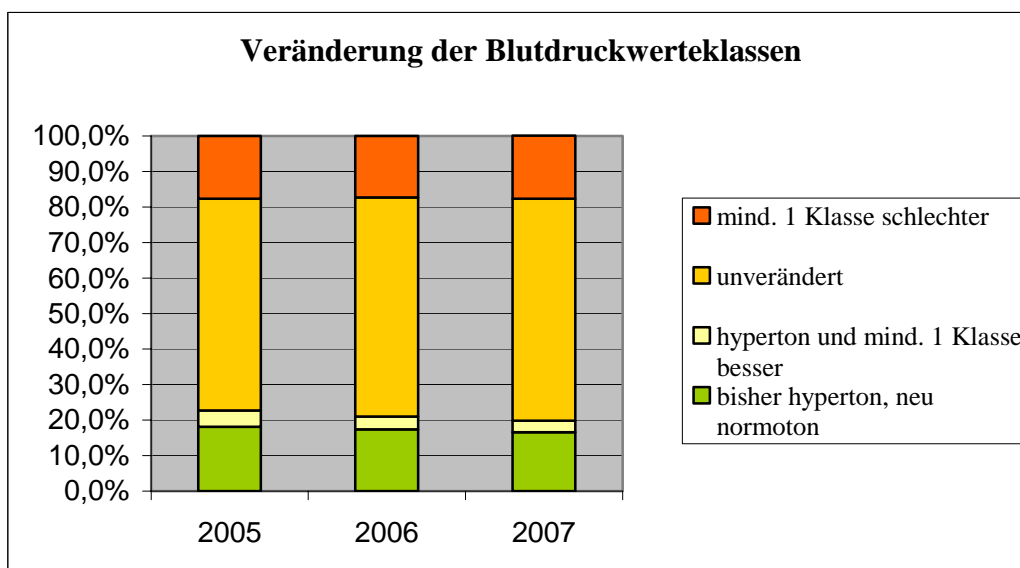
Von den insgesamt in diesem Bericht berücksichtigten 55.724 Patienten haben 46.124 Patienten eine bekannte Hypertonie. Dies entspricht einem Anteil von 82,8 %.

Bei den Patienten, bei denen ein Hypertonus bekannt ist, konnten bei 28.840 Patienten (dies entspricht einem Anteil von 62,5 %) 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.

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

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



	2005		2006		2007	
mind. 1 Klasse schlechter	3.242	17,7%	5.780	17,3%	8.206	17,8%
unverändert	10.901	59,6%	20.568	61,7%	28.805	62,5%
hyperton und mind. 1 Klasse besser	833	4,6%	1.187	3,6%	1.453	3,2%
bisher hyperton, neu normoton	3.300	18,1%	5.807	17,4%	7.660	16,6%

16,6 % der Patienten, die bei der letzten Dokumentation hyperten waren, konnten im aktuellen Berichtszeitraum normotensive Blutdruckwerte aufweisen.

Immerhin konnten auch im aktuellen Berichtszeitraum 3,2 % der hypertensiven Patienten (4,6% in 2005) ihren Blutdruck um eine Blutdruckwerteklasse verbessern.

Eine unveränderte Blutdruckwerteklasse zeigte sich bei 62,5 % der Patienten.

Insgesamt haben sich knapp 20 % der Patienten in den Blutdruckwerteklassen 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, auch im Kalenderjahr 2007 eine deutliche Verbesserung.

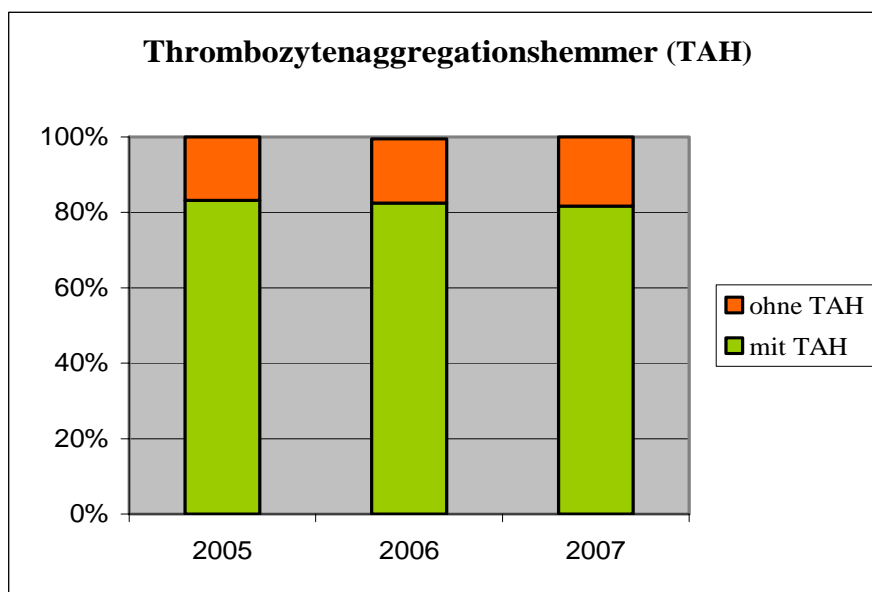
Diese Entwicklung wird sich möglicherweise in den folgenden Jahren aufgrund der generellen Verbesserung und Stabilisierung der Blutdruckwerte im normotensiven Bereich abschwächen. Letztlich ist die Quote der normotensiven im Vergleich zu allen Hypertoniker ein wichtiges Kriterium in der Beurteilung der Betreuung dieser Patientengruppe.

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



	2005		2006		2007	
ohne TAH	3.653	16,8%	6.878	17,5%	9.906	18,3%
mit TAH	18.125	83,2%	32.520	82,5%	44.360	81,7%

Bei 54.266 im Berichtszeitraum 2007 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 81,7% und hat sich im Vergleich zum Vorberichtszeitraum leicht verringert. Das Qualitätsziel wurde nicht erreicht.

Therapeutisch einzusetzende TAH werden häufig nicht rezeptiert, da es sich um geringpreisige Medikamente handelt. Dennoch erhalten mehr Patienten als in der obigen Darstellung aufgezeigt eine entsprechende medizinische Empfehlung und nehmen diese Medikamente auch ein.

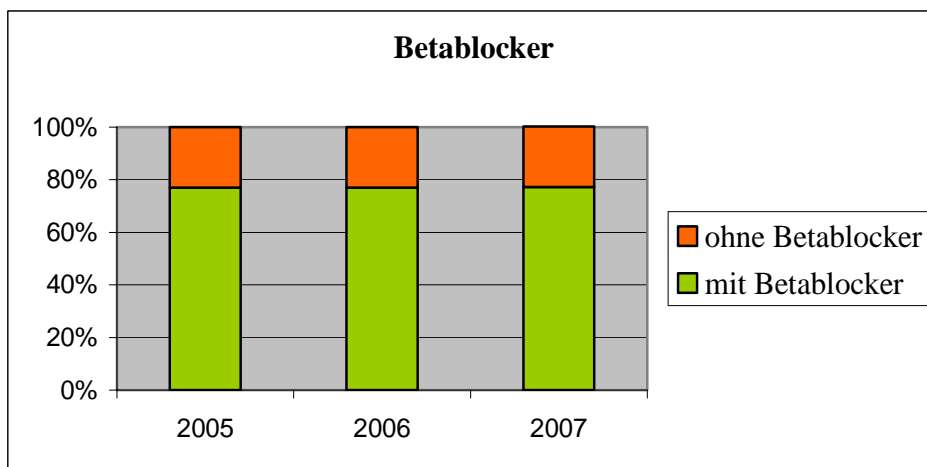
Hier kann es sich um eine möglicherweise nicht ganz korrekte Abbildung handeln, da aufgrund der fehlenden Rezeptierung auch keine entsprechende Angabe in der Dokumentation erfolgt.

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



	2005		2006		2007	
ohne Betablocker	4.933	23,0%	9.026	23,1%	12.160	22,7%
mit Betablocker	16.556	77,0%	29.966	76,9%	41.454	77,3%

Keine Kontraindikation gegenüber Betablockern besteht bei 53.614 Patienten. Der Anteil der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit Betablockern behandelt werden, liegt im Vergleich zu den Vorjahresergebnissen stabil bei 77,3%.

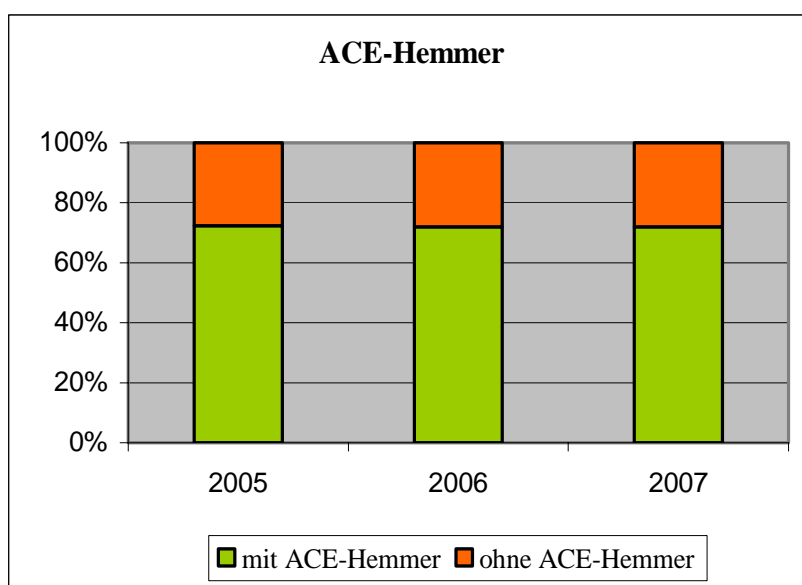
Das Qualitätsziel wurde damit erreicht.

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



	2005		2006		2007	
ohne ACE-Hemmer	1.512	27,6%	2.710	28,0%	3.664	28,1%
mit ACE-Hemmer	3.957	72,4%	6.959	72,0%	9.396	71,9%

Insgesamt wurden für diese Auswertung 13.060 Patienten mit einer Herzinsuffizienz zugrunde gelegt. Der Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit ACE-Hemmern behandelt wurden, betrug im Berichtszeitraum 72,0%.

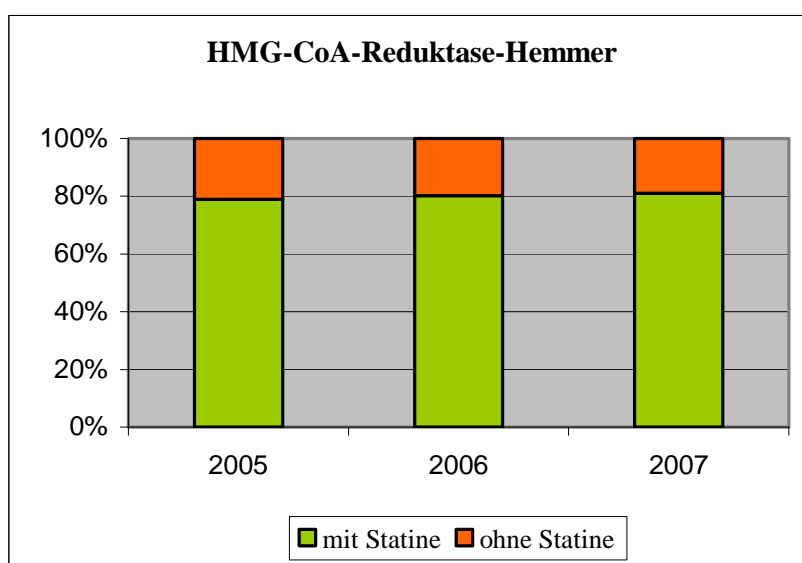
Damit wurde das Qualitätsziel erreicht.

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



	2005		2006		2007	
ohne Statine	1.582	21,0%	2.555	19,8%	3.094	19,0%
mit Statine	5.968	79,0%	10.379	80,2%	13.172	81,0%

Bei 16.266 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 81,0% und hat sich im Vergleich zum betrachteten Vorjahreszeitraum gering erhöht. Dennoch konnten auch nach dem dritten Auswertungsjahr das Qualitätsziel nicht erreicht werden.

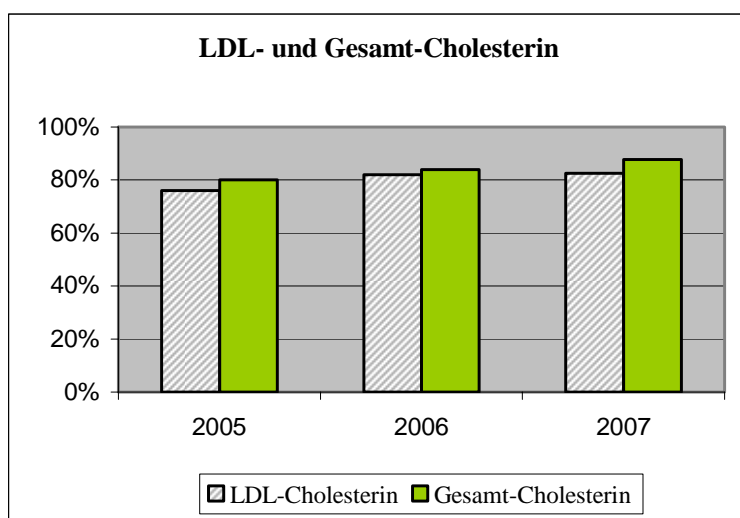
Ergänzend bleibt zu erwähnen, dass Patienten, insbesondere wenn eine stationäre Behandlung nach einem Herzinfarkt vorausging, nicht immer eine Empfehlung zur medikamentösen Therapie mit CSE-Hemmern im Rahmen der Therapieverordnung durch die Kliniken erhalten. Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass eine Therapie mit CSE-Hemmern aufgrund von Nebenwirkungen nicht in jedem Fall durchführbar ist.

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 soll bei 70 % liegen.

Messung Gesamt- und LDL-Cholesterin



	2005		2006		2007	
LDL-Cholesterin	12.689	76,0%	25.261	81,8%	35.840	82,8%
Gesamt-Cholesterin	13.330	80,0%	26.108	84,5%	37.052	85,6%

Im Auswertungszeitraum 2007 wurden insgesamt 43.289 Patienten mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern behandelt.

Von diesen Patienten wurde bei 37.052 Patienten das Gesamt-Cholesterin gemessen. Dies entspricht einem Anteil von 85,6%.

Bei 35.840 Patienten wurde das LDL-Cholesterin bestimmt, was einem Anteil von 82,8 % 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

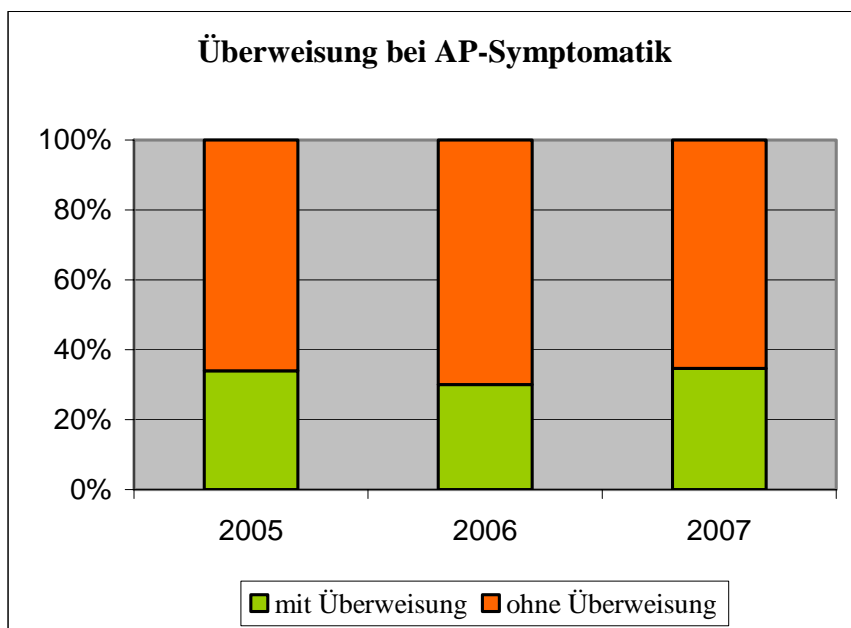
Anders als beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 gibt es beim DMP KHK keine quantitativen Zielvorgaben für die Überweisung an die nächste Versorgungsebene. Es gibt lediglich Hinweise mit empfehlendem Charakter.

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



	2005		2006		2007	
ohne Überweisung	921	66,0%	1.639	69,5%	1.689	65,3%
mit Überweisung	474	34,0%	720	30,5%	898	34,7%

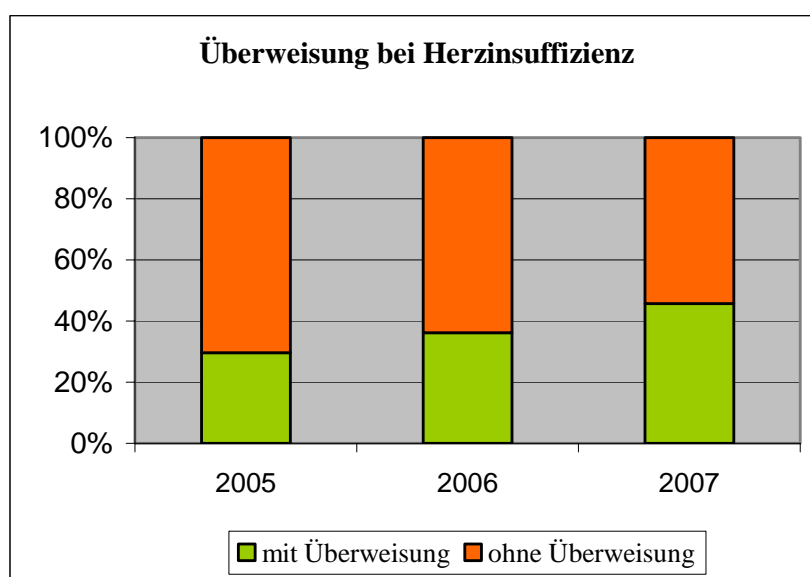
Im Kalenderjahr 2007 trat von 55.724 eingeschriebenen Patienten bei 2.587 Patienten erstmalig eine AP-Symptomatik auf bzw. nahm diese zu (4,6%). Demgegenüber lag dieser Anteil im Kalenderjahr 2006 noch bei 5,8% und im Kalenderjahr 2005 bei 6,2 % der Patienten.

Zum Vorjahr nahm der Anteil der Überweisungen um 4 % zu. Dennoch muss kritisch angemerkt werden, dass nach wie vor nur ca. ein Drittel aller betroffenen Patienten überhaupt an einen Facharzt überwiesen werden.

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



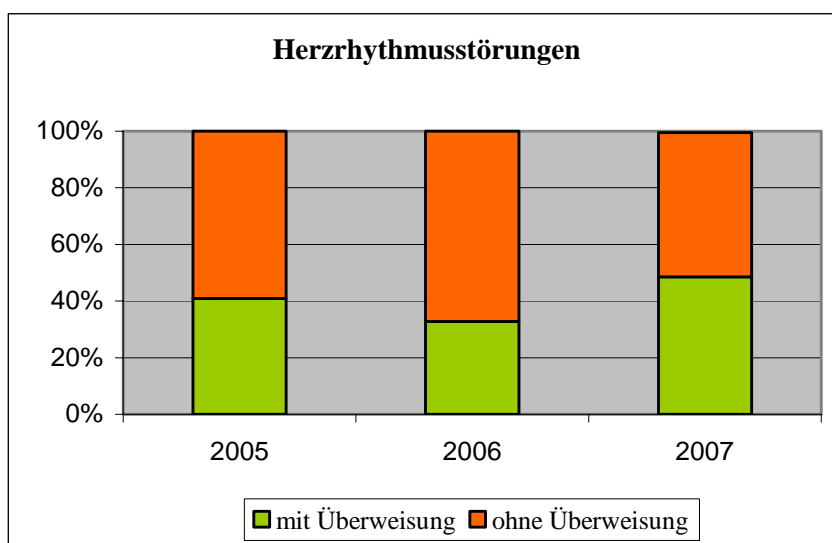
	2005		2006		2007	
ohne Überweisung	161	70,3%	150	63,8%	182	54,3%
mit Überweisung	68	27,7%	85	36,2%	153	45,7%

Von 55.724 berücksichtigten Patienten im Kalenderjahr 2007 hatten 335 Patienten eine neu aufgetretene Herzinsuffizienz. In den Vorjahren lag dieses Verhältnis ebenfalls bei ca. 1 % aller Patienten. Erfreulicherweise kann bei diesem Ziel festgestellt werden, dass die Überweisungsrate kontinuierlich ansteigt.

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



	2005		2006		2007	
ohne Überweisung	107	59,1%	182	67,2%	152	51,5%
mit Überweisung	74	40,9%	89	32,8%	143	48,5%

Im Auswertungszeitraum 2007 trat bei 295 Patienten eine aufgetretene symptomatische Herzrhythmusstörung neu auf. Der Anteil dieses Patientenkontingents an allen eingeschriebenen Patienten sank von 0,8 % im Jahr 2005 auf 0,5 % im aktuellen Berichtszeitraum.

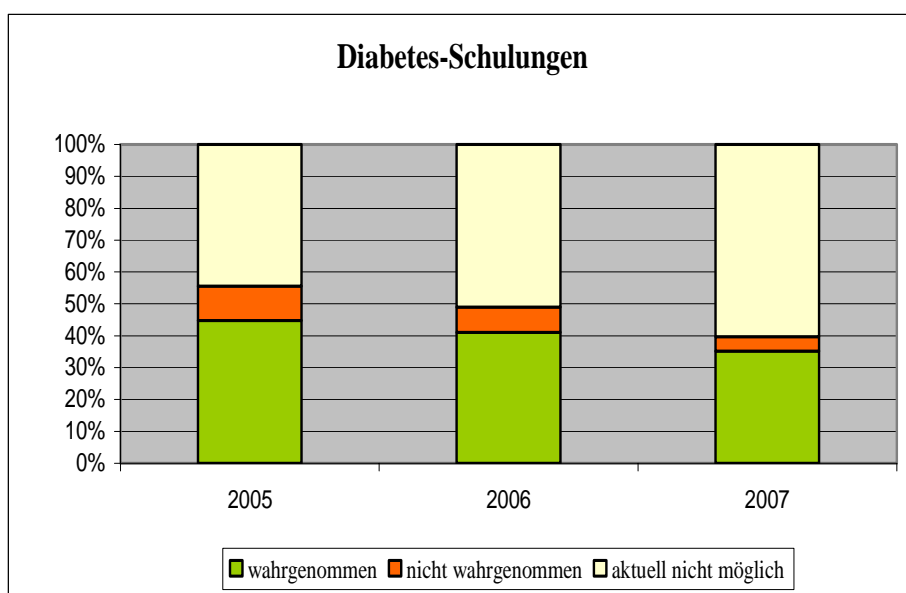
Auch bei diesem Ziel ist ein steigender Trend hinsichtlich der Einleitung einer Überweisung der betroffenen Patienten an einen Facharzt zu verzeichnen.

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



	2005		2006		2007	
aktuell nicht möglich	193	44,4%	368	50,9%	262	60,4%
nicht wahrgenommen	47	10,8%	71	7,9%	19	4,4%
wahrgenommen	195	44,8%	455	41,2%	153	35,3%

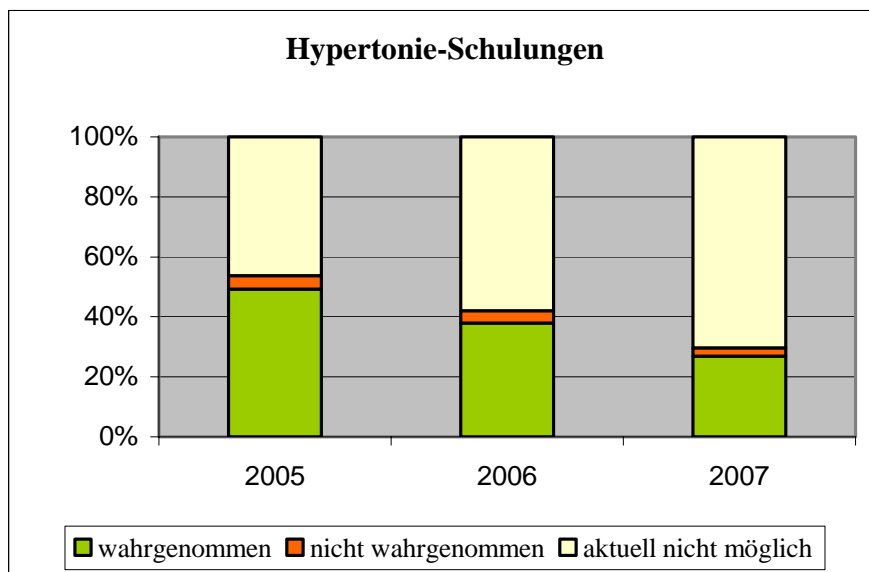
Im Kalenderjahr 2007 erhielten 434 Patienten eine Empfehlung zur Durchführung einer Diabetes-Schulung. Der Anteil der Patienten mit einer Schulungsempfehlung beträgt im Auswertungszeitraum 0,8 % an allen eingeschriebenen Patienten.

Im Berichtszeitraum 2006 lag die Empfehlungsrate zur Durchführung einer Diabetes-Schulung noch bei 2,2 % von allen im Bericht berücksichtigten Patienten.

Der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Schulung wahrgenommen haben sank von 41,2 % auf 35,3 %.

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



	2005		2006		2007	
aktuell nicht möglich	241	46,3%	2.530	58,2%	1.953	70,5%
nicht wahrgenommen	23	4,4%	158	3,6%	78	2,8%
wahrgenommen	257	49,3%	1.661	38,2%	739	26,7%

Im Berichtszeitraum 2007 lag die Empfehlungsrate zur Durchführung einer Hypertonieschulung bei 5,0 % (2.770 Patienten von 55.724 eingeschriebenen Patienten). Diese auch im Vergleich zum Vorjahr niedrige Quote einer Schulungsempfehlung kann möglicherweise ihre Ursache in der bereits hohen Anzahl beschulter Patienten liegen. Schulungen werden häufig auch während der stationären Aufenthalte in Kliniken oder in Rehabilitationseinrichtungen wahrgenommen.

Auch bereits länger zurückliegende Schulungen von Patienten, die erst zu einem späteren Zeitpunkt in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, bedürfen nicht zwangsläufig einer Nachschulung.

Dennoch ist der Anteil der Patienten, die trotz einer Schulungsempfehlung diese nicht wahrgenommen haben, kritisch zu hinterfragen. Da durch die Einbindung von Krankenhäusern zur Durchführung von Patientenschulungen im Rahmen der DMP neue Kapazitäten geschaffen wurden, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Schulungsumsetzung an fehlenden Strukturen scheitert.

Ein möglicher Grund kann in der Definition der „Schulungsempfehlung“ liegen. Hier sollte nur dann eine Schulungsempfehlung ausgesprochen werden, soweit diese notwendig ist um die direkte Einflussnahme des Patienten auf die Therapie der Erkrankung zu bewirken und auch in absehbarer Zeit umgesetzt werden kann. Eventuell werden noch zu häufig Schulungsempfehlungen dokumentiert, ohne dass die Durchführung auch tatsächlich nachgehalten werden kann.

11. Stationäre notfallmäßige Behandlung innerhalb von 12 Monaten

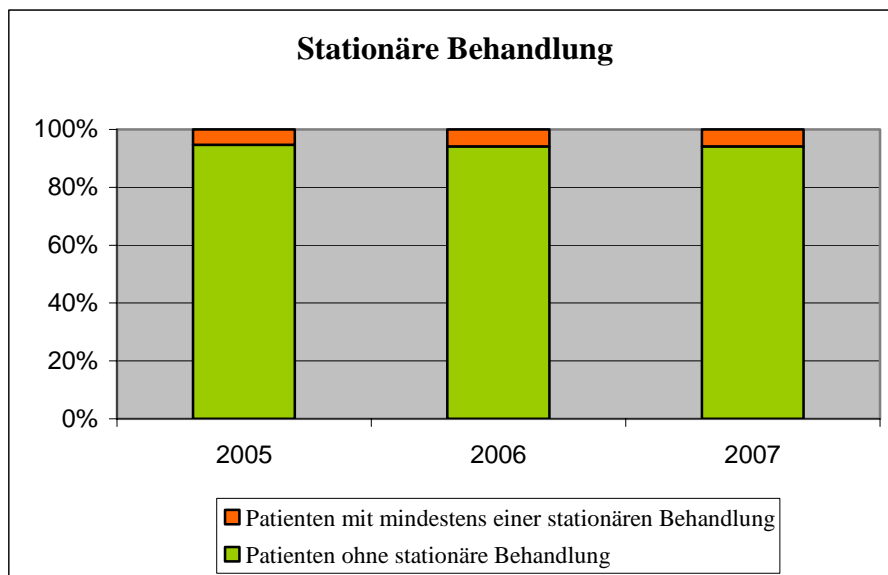
Die Reduktion notfallmäßiger Behandlungen ist im Sinne der Steigerung der Lebensqualität von Patienten mit KHK ein wesentliches Therapieziel

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



	2005		2006		2007	
Patienten mit mindestens einer stationären Behandlung	1.350	5,3%	2.775	5,5%	2.838	5,2%
Patienten ohne stationäre Behandlung	24.273	94,7%	46.771	94,5%	54.260	94,8%

Im betrachteten Zeitraum blieb der Anteil der Patienten, die mindestens einmal stationär behandelt wurden, mit 5,2 % nahezu gleich niedrig wie im Vorberichtszeitraum.

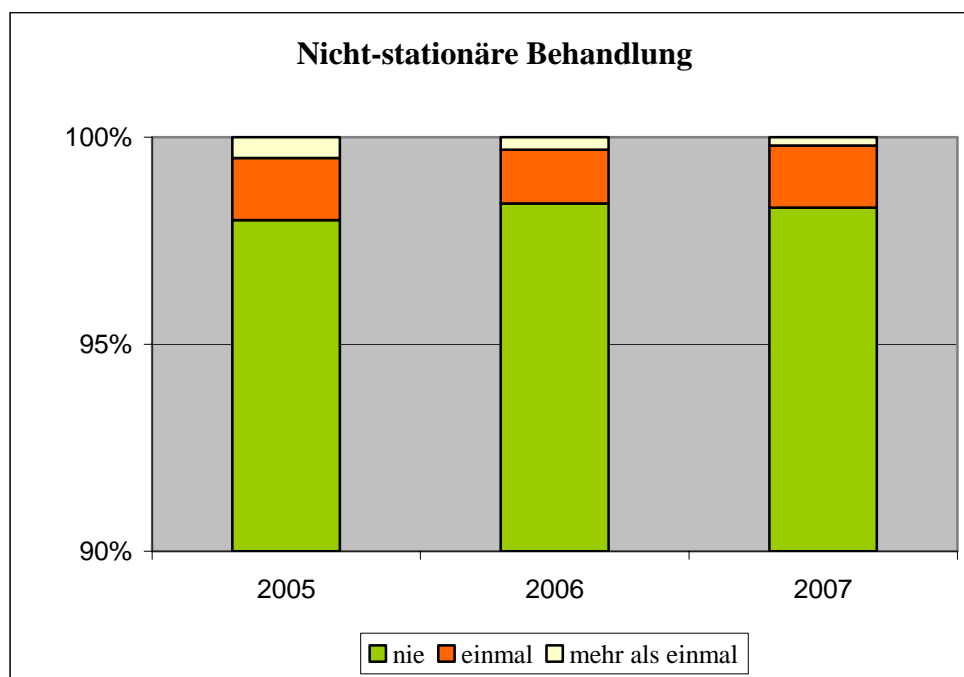
Das primäre Ziel, die Senkung der notfallmäßigen stationären Behandlungen wurde erreicht und im Vorjahresvergleich um 5,5 % gesenkt.

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

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



	2. HJ 2005		2. HJ 2006		2. HJ 2007	
mehr als einmal	115	0,5%	108	0,3%	123	0,2%
einmal	341	1,5%	515	1,3%	812	1,5%
nie	21.829	98,0%	39.775	98,5%	54.789	98,3%

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 2006 zum zweiten Halbjahr 2007 um 0,2 % gesunken.

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 mmHgwurden jeweils erreicht, außerdem gab es im Vergleich zum vorhergehenden Berichtszeitraum erneut eine Verbesserung. Der Anteil der eingeschriebenen KHK-Patienten mit Hypertonie ist mit über 82 % 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 Koronarereignis 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 81,7 %. 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 81 % 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 85,6 % der mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmer behandelten Patienten das Gesamt-Cholesterin und bei 82,8 % das LDL-Cholesterin bestimmt wurde. Damit wurde das QS-Ziel erreicht.

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. 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 Überweiskriterien“ 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 Herzrhythmusstörung lagen zwischen 35 % und 48 %.

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 5,9%.
Bei lediglich ca. 10 % der KHK-Patienten wurde eine Hypertonie-Schulungsempfehlung ausgesprochen. Der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Schulung wahrgenommen haben, nahm um ca. 11% ab.

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.