

5. Qualitätsbericht

DMP KHK

der

Gemeinsamen Einrichtung Land Brandenburg

Berichtszeitraum 01.01.2010 bis 31.12.2010

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	7
2.5	Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen	7
2.6	Basisdaten	8
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	14
3.7	Kooperation der Versorgungsebenen	15
3.7.1	Überweisung bei neu aufgetretener AP-Symptomatik	15
3.7.2	Überweisung bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz	16
3.8	Wahrnehmung empfohlener Hypertonie-/Diabetes-Schulungen	17
4.	Ergebnisse zum Modul Herzinsuffizienz	19
4.1	Therapie mit ACE-Hemmer	19
4.2	Therapie mit Betablockern	20
5.	Fazit	21

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 ein Jahr beträgt für ischämische Herzkrankheiten bei der erwachsenen Bevölkerung ca. 5%. Die Lebenszeitprävalenz für ischämische Herzkrankheiten bei der erwachsenen Bevölkerung beträgt mindestens 10%.

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

2. DMP KHK

2.1 Strukturierte Behandlung bei KHK

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

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

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

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 Landeskrankenhäuser-

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

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

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 fünften Qualitätsbericht für das DMP KHK für den Zeitraum 01.01.2010 bis 31.12.2010 vor.

2.2 Ziele des DMP KHK

Das DMP KHK einschließlich des Moduls Herzinsuffizienz verfolgt die Ziele:

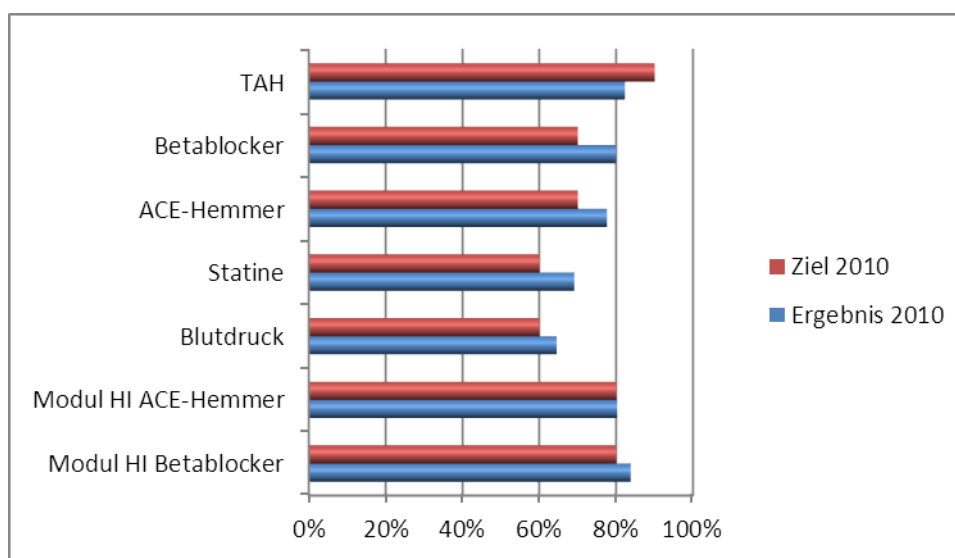
- Reduktion der Sterblichkeit
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz bzw. Vermeidung/Verlangsamung einer Progression der bestehenden kardialen Funktionsstörung
- Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von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

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

2.3 Qualitätssicherung

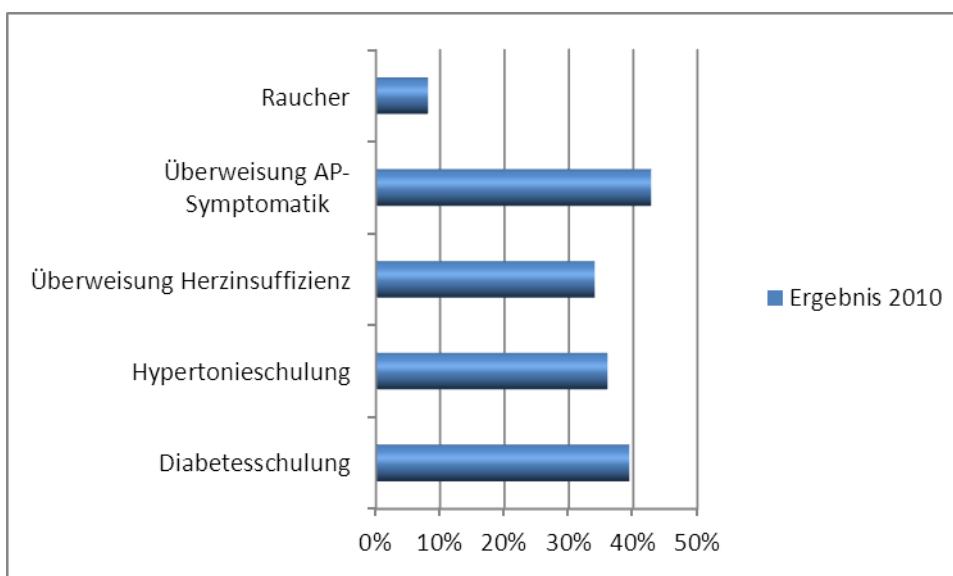
Die Ziele, Indikatoren und Maßnahmen der Qualitätssicherung auf der Grundlage der in den Erst- und Folgedokumentationen erhobenen Daten sind insbesondere in der Anlage zur Qualitätssicherung des DMP-Vertrages detailliert beschrieben.

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



Qualitätssicherungsziele	Ziel 2010	Ergebnis 2010	Zielerreichung
Thrombozytenaggregationshemmer	≥ 90%	82,3%	!
Betablocker	≥ 70%	79,9%	✓
ACE-Hemmer	≥ 70%	77,6%	✓
Statine	≥ 60%	69,1%	✓
Blutdruck	≥ 60%	64,5%	✓
Modul HI ACE-Hemmer	≥ 80%	80,3%	✓
Modul HI Betablocker	≥ 80%	83,8%	✓

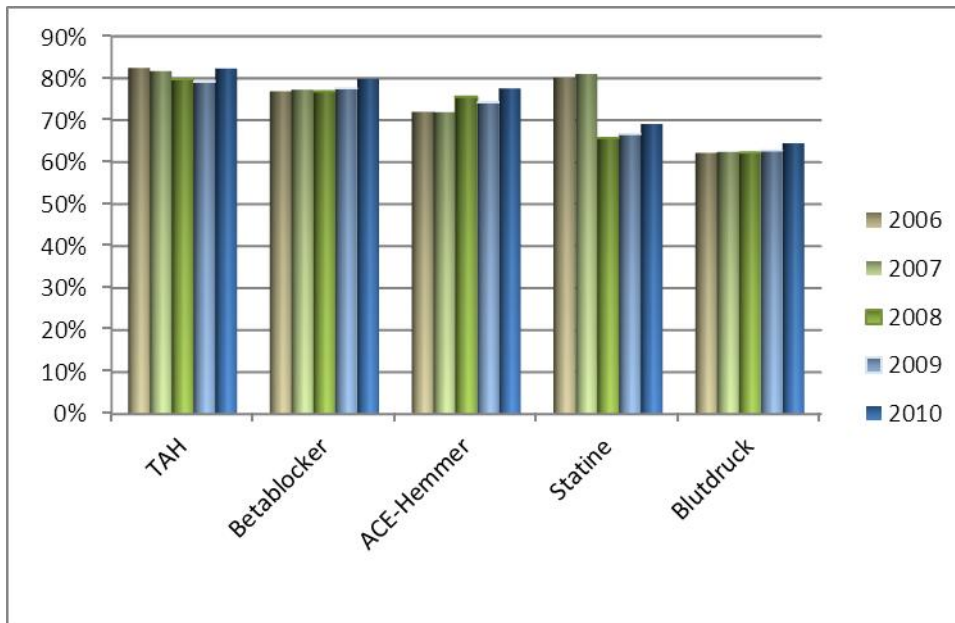
Für die im Folgenden dargestellten Parameter wurden im DMP-Vertrag Koronare Herzkrankheit keine konkreten Zielwerte festgelegt. Die Auswertung dieser Kriterien soll dazu dienen, die Umsetzung der im DMP-Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalte abzubilden und Tendenzen zu erkennen.



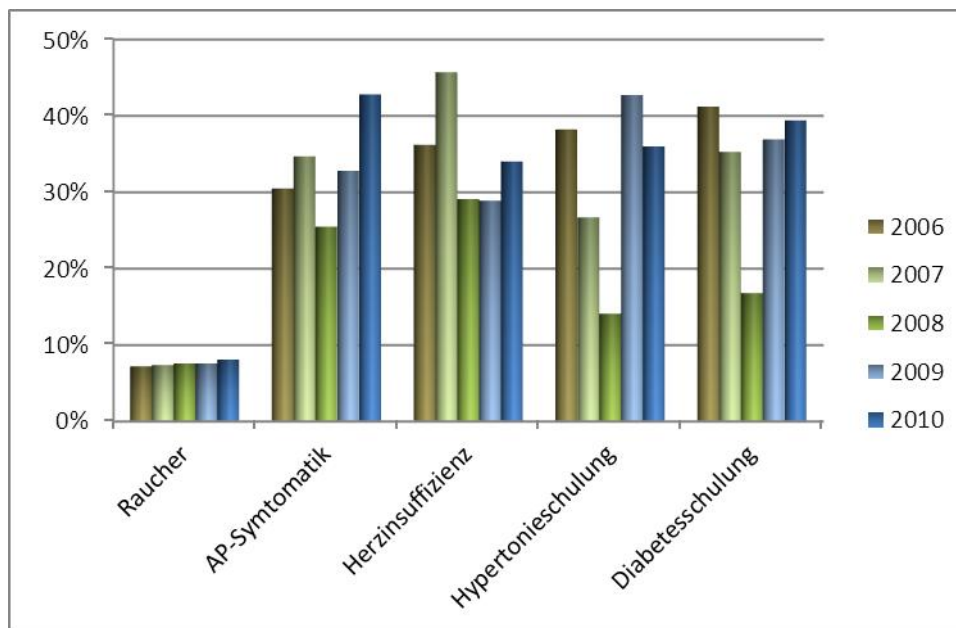
Indikatoren	Ergebnis 2010
Raucher	8,1%
hoher Anteil Überweisung bei AP-Symptomatik	42,8%
hoher Anteil Überweisung bei Herzinsuffizienz	34,0%
Hypertonieschulung	36,0%
Diabetesschulung	39,4%

Mit den Änderungen der 17. RSA-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 2010 bezieht sich daher nur auf die seit 2006 definierten Qualitätsziele.



Jahresvergleich	2006	2007	2008	2009	2010
TAH	82,5%	81,7%	79,8%	79,2%	82,3%
Betablocker	76,9%	77,3%	76,9%	77,6%	79,9%
ACE-Hemmer	72,0%	71,9%	75,6%	74,3%	77,6%
Statine	80,2%	81,0%	65,8%	66,7%	69,1%
Blutdruck	62,2%	62,5%	62,3%	62,8%	64,5%



Jahresvergleich	2006	2007	2008	2009	2010
Raucher	7,2%	7,4%	7,6%	7,6%	8,1%
Überweisung AP-Symptomatik	30,5%	34,7%	25,5%	32,8%	42,8%
Überweisung Herzinsuffizienz	36,2%	45,7%	29,1%	28,9%	34,0%
Hypertonieschulung	38,2%	26,7%	14,1%	42,7%	36,0%
Diabetesschulung	41,2%	35,3%	16,8%	36,9%	39,4%

Der Vergleich macht deutlich, dass seit dem Jahr 2006, bis auf geringe zeitweilige Schwankungen, die Ergebnisse zu den Zielen im DMP KHK auf hohem Niveau erreicht und gehalten wurden. Die auf den ersten Blick auffällige Senkung der Verordnung von Statinen zwischen den Jahren 2007 zu 2008 erklärt sich aus der geänderten Grundmenge zur Ermittlung dieses Qualitätszieles. Bis zum 30.06.2008 wurden in der Betrachtungsgruppe nur Patienten mit einem Myokardinfarkt berücksichtigt, seit dem 01.07.2008 werden alle Patienten (ohne Kontraindikation) berücksichtigt. Auch wenn durch unterschiedliche Kohorten keine direkte Vergleichbarkeit der Jahresergebnisse besteht, sollte an dieser Stelle nicht auf die Ergebnisse beim Ziel „Statine“ verzichtet werden.

Besonders erfreulich ist die zwischen den Jahren 2009 und 2010 durchgehende Steigerung der Ergebnisse, was möglicherweise auf die kontinuierliche Information über den ärztlichen Feedbackbericht oder auch die DMP-Fortbildungsveranstaltungen, bzw. Diskussion in den Qualitätszirkeln zurückzuführen ist.

2.4 Dokumentation / Datenlieferung

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 6 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV).

Zum 31.12.2010 waren 90.190 Patienten im DMP KHK eingeschrieben. Ebenfalls mit Stand 31.12.2010 nahmen 1.360 Vertragsärzte koordinierend und 58 Vertragsärzte an der kardiologisch qualifizierten Versorgung im Rahmen des DMP KHK teil. Dies entspricht einem Anteil von rund 87% der ambulant tätigen Hausärzte.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse und Verläufe von 86.907 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation und Folgedokumentation bzw. mindestens zwei Folgedokumentation im Kalenderjahr 2010 vorlagen.

2.5 Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation

In der DMP-Datenstelle gingen im Kalenderjahr 2010 für 86.907 Patienten Dokumentationen zum DMP KHK ein. Hiervon waren bereits bei Eingang in der Datenstelle nahezu 100% der Dokumentationen plausibel. Lediglich ein unerheblicher Anteil von 0,02% der Dokumentationen konnte erst 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.

Betrachtet man alle in der Datenstelle eingegangenen Dokumentationen einschließlich derer, die z. B. aufgrund von Verfristungen oder fehlender Mitgliedschaft von Patienten in einer Krankenkasse nicht in der DMP-Datenstelle verarbeitet werden konnten, so wurden 2,6% der Dokumentationen nicht berücksichtigt.

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 Verlaufsdokumentationen 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.

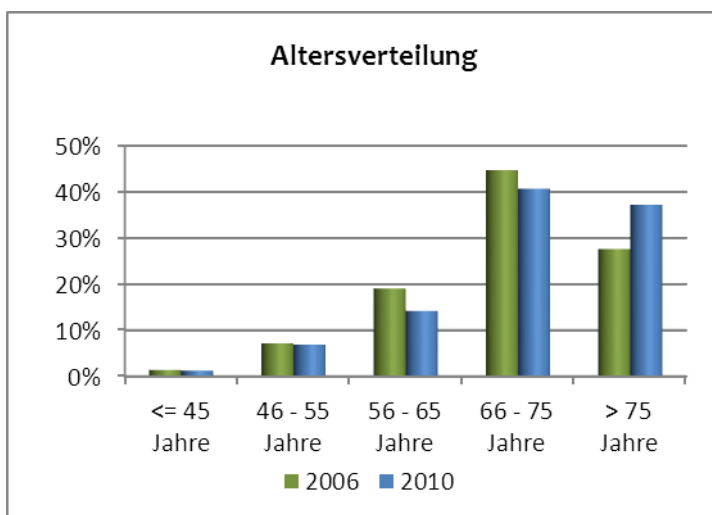
Es ist davon auszugehen, dass mit diesen Maßnahmen prognostisch die Anzahl der verfrühten oder verspäteten Dokumentationslieferungen weiter sinkt.

2.6 Basisdaten

Altersverteilung

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

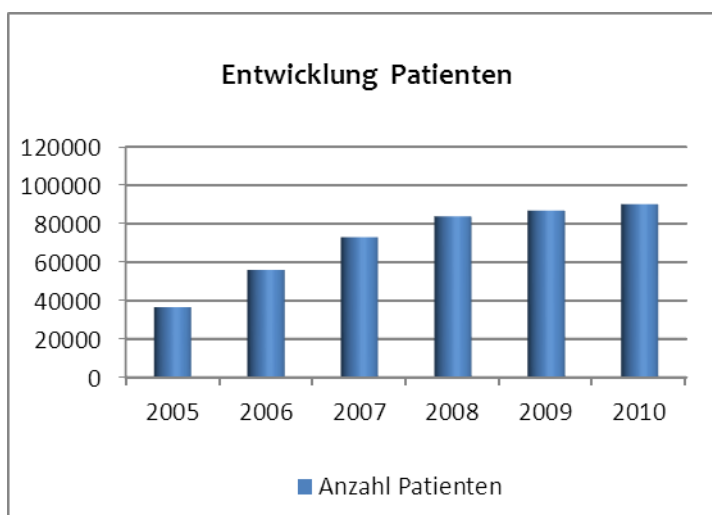
Die nachfolgende Tabelle gibt einen Gesamtüberblick über die Altersverteilung und Anteile in den jeweiligen Altersgruppen der im Berichtszeitraum eingeschriebenen Patienten im Land Brandenburg. Das mittlere Alter der in diesem Bericht berücksichtigten Patienten beträgt 71 Jahre.



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 2010	1.032	5.888	12.339	35.330	32.318

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	2010
Anzahl Patienten	36.621	55.994	72.950	83.793	86.789	90.190

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

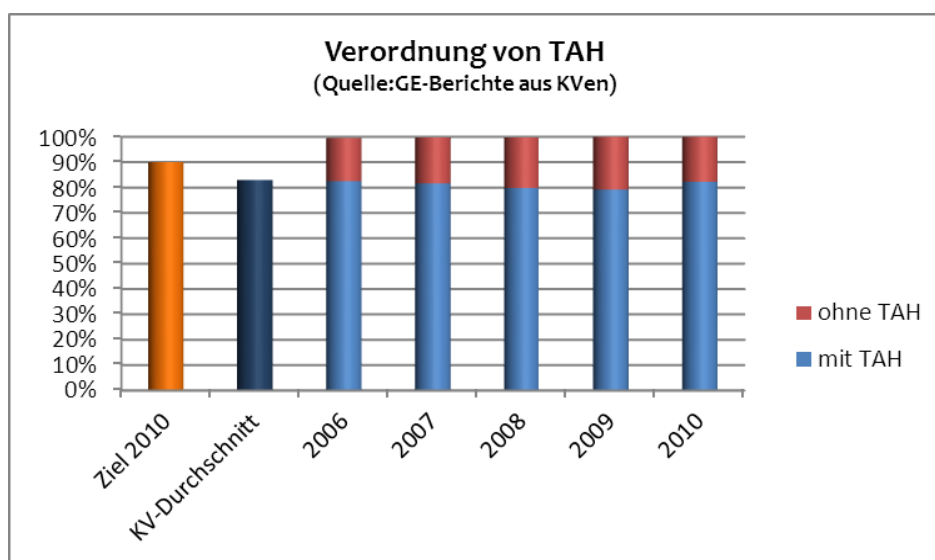
3. Ergebnisse des DMP KHK

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		2010	
ohne TAH	6.878	17,5%	9.906	18,3%	15.069	20,2%	17.048	20,8%	14.864	17,7%
mit TAH	32.520	82,5%	44.360	81,7%	59.390	79,8%	64.807	79,2%	69.263	82,3%

Von den im Auswertungszeitraum berücksichtigten Patienten liegt bei 84.127 Patienten keine Kontraindikation gegen TAH vor. 2.780 Patienten können aufgrund einer Kontraindikation nicht mit TAH behandelt werden.

Der Anteil der Patienten bei denen keine Kontraindikation vorliegt und die mit TAH behandelt werden, betrug im Berichtszeitraum 82,3% und hat sich im Vergleich zu den Vorjahren wieder erhöht. Der seit dem Jahr 2007 zu verzeichnende Abwärtstrend in der Verordnung von TAH konnte demnach beendet werden. Das Qualitätsziel wurde dennoch nicht erreicht.

Therapeutisch einzusetzende TAH werden häufig nicht rezeptiert, da es sich um Medikamente mit einem geringen Kostenanteil handelt. Dennoch erhalten vermutlich weitaus mehr Patienten als in

der obigen Darstellung aufgezeigt, eine entsprechende medizinische Empfehlung und nehmen diese Medikamente auch ein.

Die vorliegenden Ergebnisse geben somit nicht hinreichend Aufschluss über eine tatsächliche Einnahme von TAH durch die Patienten.

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

Im Durchschnitt von 13 betrachteten KV-Bereichen erhalten 82,9% der Patienten einen TAH. Die Verordnungsbreite schwankt hier zwischen 79,0% und 88,5%.

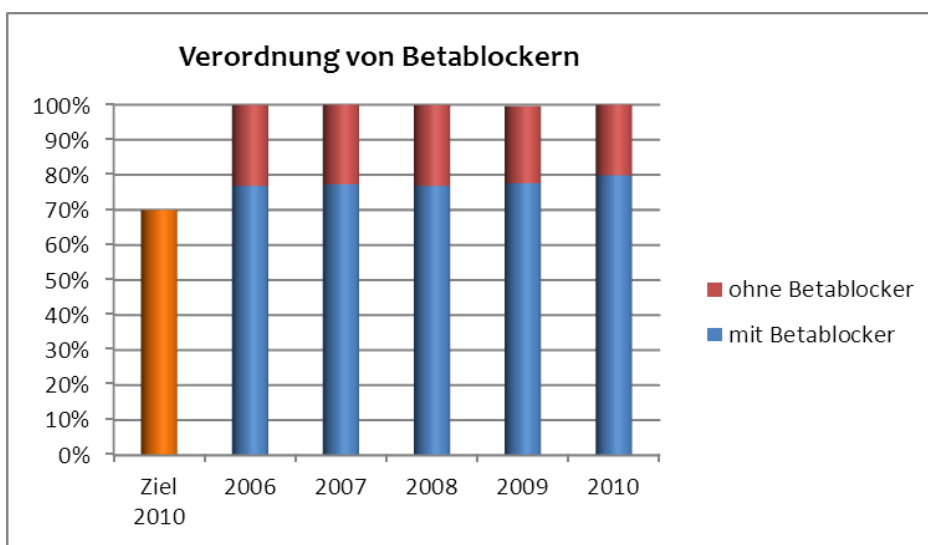
Die für einen Regionenvergleich zum KV-Durchschnitt zugrundeliegenden Daten der einzelnen KV-Bereiche können hinsichtlich der Anzahl der teilnehmenden KV-Bereiche schwanken. Gründe hierfür bestehen u.a. in der unterschiedlichen Darstellung von Zielergebnissen und somit fehlenden Vergleichsmöglichkeit oder dem Fehlen einzelner Datenergebnisse aus den KV-Bereichen.

3.2 Therapie mit Betablockern

„Für die Behandlung der chronischen KHK insbesondere nach akutem Myokardinfarkt, sind Betablocker hinsichtlich der in Ziffer 1.3 (RSAV) genannten Therapieziele Mittel der ersten Wahl, auch bei relativen Kontraindikationen.“ (Anlage 5 RSAV, Ziffer 1.5.2)

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

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



	2006		2007		2008		2009		2010	
ohne Betablocker	9.026	23,1%	12.160	22,7%	17.172	23,1%	18.309	22,4%	16.892	20,1%
mit Betablocker	29.966	76,9%	41.454	77,3%	57.006	76,9%	63.303	77,6%	67.099	79,9%

Im vorliegenden Auswertungszeitraum wurden 83.991 Patienten betrachtet, bei denen keine Kontraindikation zur Therapie mit Betablockern vorliegt. Bei 2.916 Patienten liegt eine solche vor.

Im Jahresvergleich zeigt sich die seit 2006 kontinuierlich hohe Versorgung der KHK Patienten mit einem Betablocker und erreicht im Jahr 2010 erstmals den höchsten Stand seit Einführung des DMP KHK.

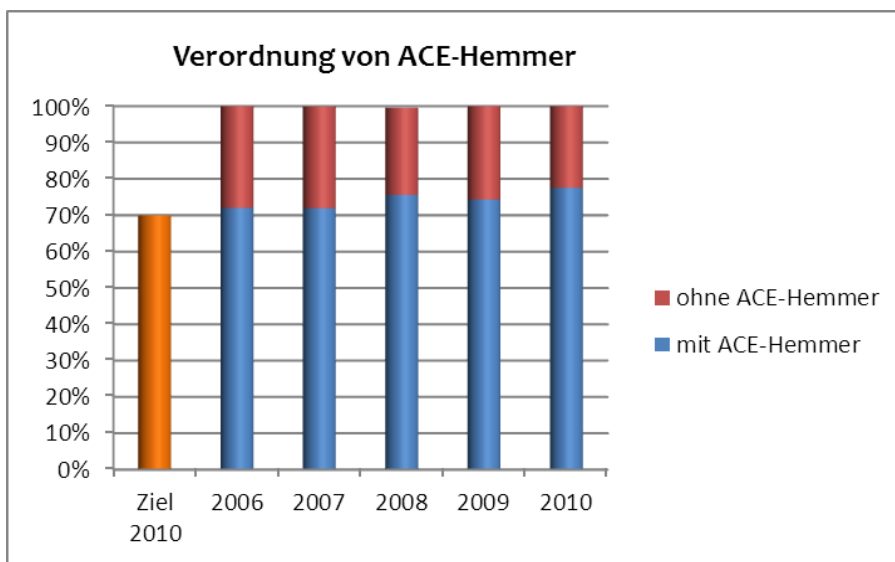
Das Qualitätsziel wurde erreicht.

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

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

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

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



	2006		2007		2008		2009		2010	
ohne ACE-Hemmer	2.710	28,0%	3.664	28,1%	3.385	24,4%	6.106	25,7%	4.637	22,4%
mit ACE-Hemmer	6.959	72,0%	9.396	71,9%	10.491	75,6%	17.611	74,3%	16.019	77,6%

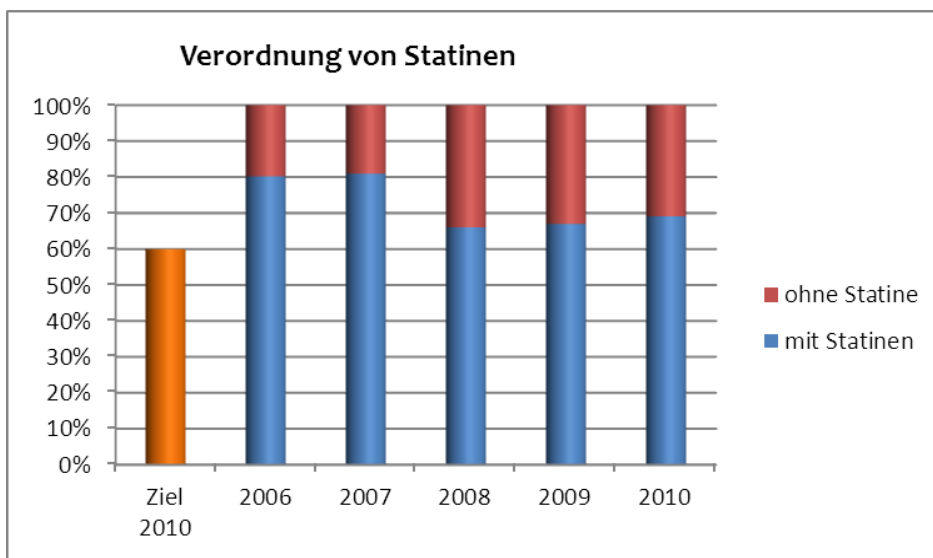
Insgesamt konnten für diese Auswertung 20.656 Patienten mit einer Herzinsuffizienz zugrunde gelegt werden. Der Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit ACE-Hemmern behandelt wurden, betrug im Berichtszeitraum 77,6%. Auch bei diesem Ziel wurde im Jahr 2010 erstmals der höchste Stand zur Versorgung der KHK-Patienten mit ACE-Hemmern seit Einführung des DMP KHK und somit auch das Qualitätsziel erreicht.

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

„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		2010	
ohne Statine	2.555	19,8%	3.094	19,0%	25.922	34,2%	27.778	33,3%	26.469	30,9%
mit Statine	10.379	80,2%	13.172	81,0%	49.973	65,8%	55.525	66,7%	59.273	69,1%

Im Berichtszeitraum bis zum 31.12.2007 wurden bei diesem Ziel nur Patienten mit einem Myokardinfarkt in der Grundmenge betrachtet. Mit der Anpassung der Qualitätsziele zum 01.07.2008 werden nunmehr alle Patienten bei denen keine Kontraindikation besteht, unabhängig von einem Myokardinfarkt, berücksichtigt. Daher wird in der Betrachtung der Jahre 2007 und 2008 ein statistischer Rückgang der Verordnung von Statinen deutlich.

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

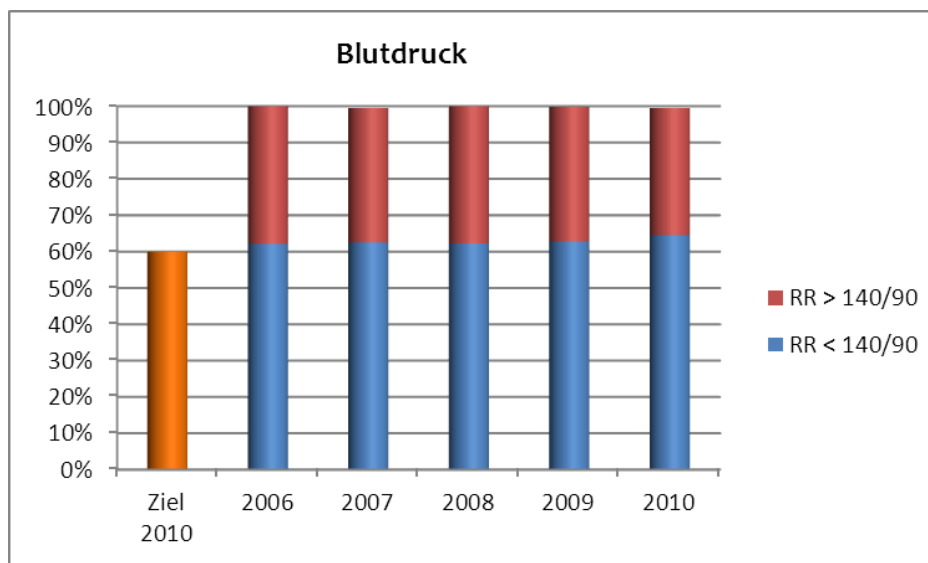
Blutdruckklassen (WHO)	systolisch (mmHg)	diastolisch (mmHg)
optimal	<=120	<=80
normal	< 130	< 80
hoch normal	130 – 139	80 – 89
Hypertonie (Grad 1)	140 – 159	90 – 99
Hypertonie (Grad 2)	160 – 179	100 – 109
Hypertonie (Grad 3)	>= 180	>= 110

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



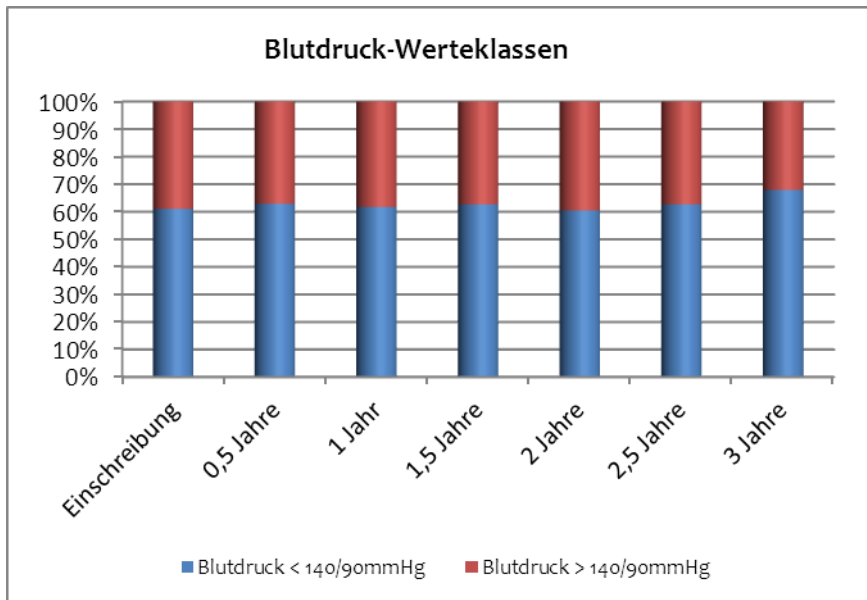
	2006		2007		2008		2009		2010	
RR > 140/90	12.589	37,8%	17.284	37,5%	23.226	37,7%	28.652	37,2%	27.259	35,5%
RR < 140/90	20.754	62,2%	28.840	62,5%	38.371	62,3%	48.383	62,8%	49.476	64,5%

Von den insgesamt in diesem Bericht berücksichtigten 86.907 Patienten weisen 76.735 Patienten eine Hypertonie auf. Dies entspricht einem Anteil von rund 88%. Im Auswertungszeitraum 2009 lag der Anteil noch bei 92%.

Bei Patienten mit bekanntem Hypertonus konnten bei 49.476 Patienten (dies entspricht einem Anteil von 64,5%) der Blutdruck unter den RR-Wert 140/90 gesenkt oder gehalten werden.

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

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

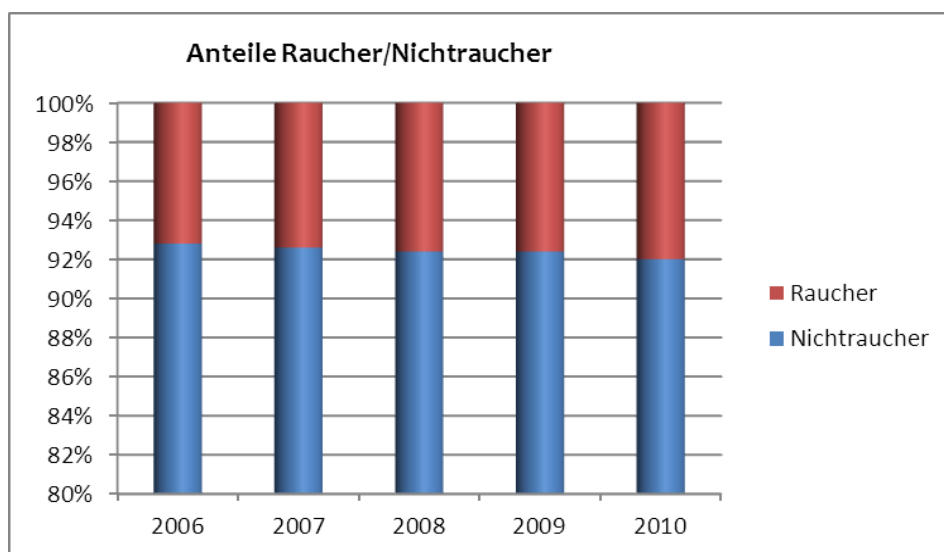


Blutdruck	Beginn	0,5 Jahre	1 Jahr	1,5 Jahre	2 Jahre	2,5 Jahre	3 Jahre
≥ 140/90mmHg	39,0%	37,1%	38,3%	37,4%	39,6%	37,4%	32,1%
< 140/90mmHg	61,0%	62,9%	61,7%	62,6%	60,4%	62,6%	67,9%

Aus der Übersicht wird erkennbar, dass auch die Teilnahmedauer Einfluss auf die Entwicklung des Blutdruckes hat. So können immerhin laut Auswertung des Kalenderjahres 2010 rund 7% der Patienten mit mindestens dreijähriger Teilnahmedauer ihren hypertonen Blutdruck in den normotensiven Blutdruckbereich senken.

3.6 Rauchen

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



	2006		2007		2008		2009		2010	
Raucher	2.899	7,2%	4.137	7,4%	5.832	7,6%	6.370	7,6%	7.027	8,1%
Nichtraucher	37.499	92,8%	51.587	92,6%	70.458	92,4%	77.460	92,4%	79.880	91,9%

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 allerdings 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

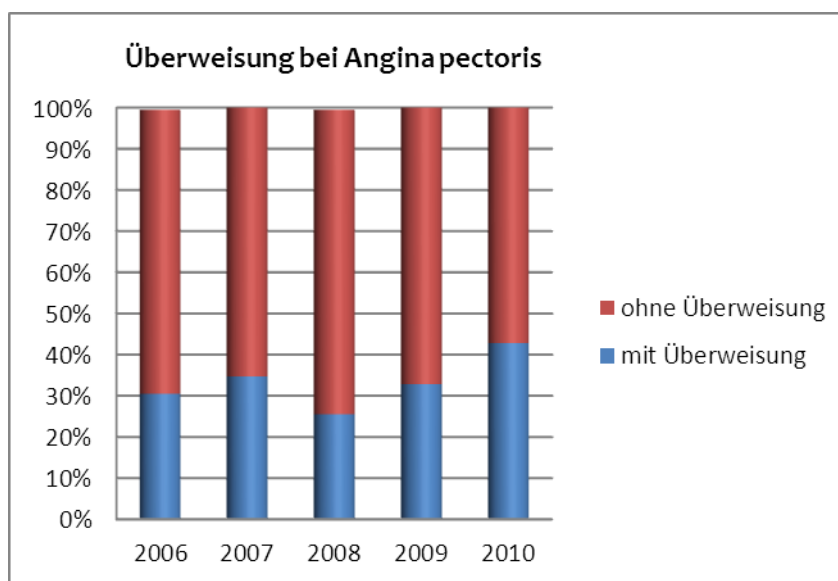
Es gibt beim DMP KHK keine quantitativen Zielvorgaben für die Überweisung an die nächste Versorgungsebene. Allerdings wurde als Qualitätssicherungsziel vertraglich vereinbart, dass die Überweiskriterien gem. Anlage „Versorgungsinhalte“ einzuhalten sind. (Anlage 5 RSAV, Ziffer 1.7)

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 neu aufgetretener AP-Symptomatik



	2006		2007		2008		2009		2010	
ohne Überweisung	1.639	69,5%	1.689	65,3%	16.523	74,5%	3.518	67,2%	2.405	57,2%
mit Überweisung	720	30,5%	898	34,7%	5.650	25,5%	1.714	32,8%	1.797	42,8%

Im Kalenderjahr 2010 trat bei 4.202 Patienten erstmalig eine AP-Symptomatik auf (4,8% der betrachteten KHK-Patienten). Demgegenüber lag dieser Anteil im Kalenderjahr 2006 noch bei 5,8%. Seit dem Auswertungszeitraum 2008 ist nach anfänglichem Rückgang der Anteil der überwiesenen Patienten kontinuierlich gestiegen.

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.

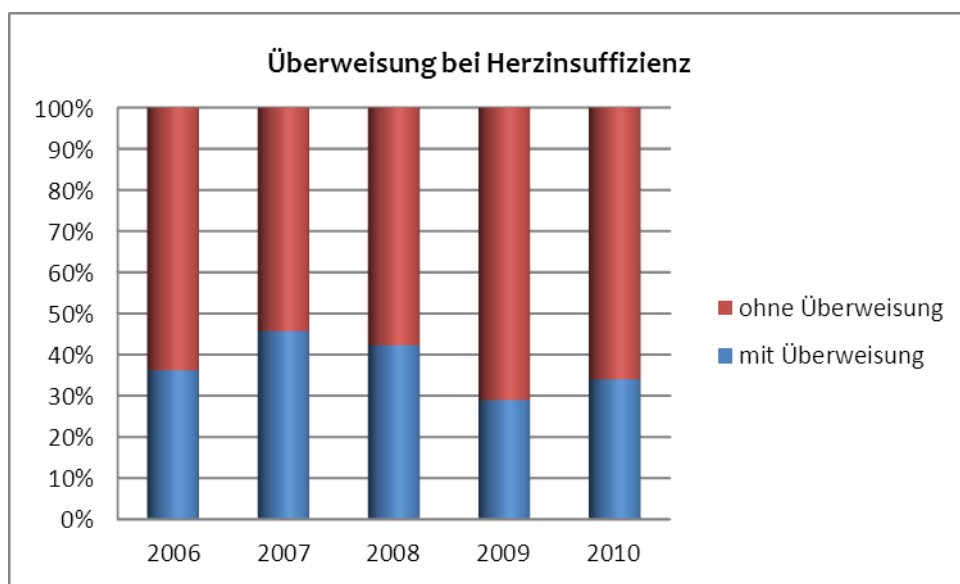
Auch wenn nach wie vor nur knapp die Hälfte aller betroffenen Patienten bei neu aufgetretener AP-Symptomatik überhaupt an einen Facharzt überwiesen werden, lässt sich in der Tendenz doch eine Änderung im Überweisungsverhalten zwischen den Hausärzten und Fachärzten erkennen, was möglicherweise auf eine strukturiertere Versorgung der Patienten schließen lässt.

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		2010	
ohne Überweisung	150	63,8%	182	54,3%	6.677	79,9%	1.813	71,1%	1.448	66,0%
mit Überweisung	85	36,2%	153	45,7%	2.741	29,1%	738	28,9%	745	34,0%

Von 86.907 im Berichtszeitraum berücksichtigten Patienten 2010 lag bei 2.193 Patienten eine neu aufgetretene Herzinsuffizienz vor. Dies entspricht einem Patientenanteil von 2,5%.

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

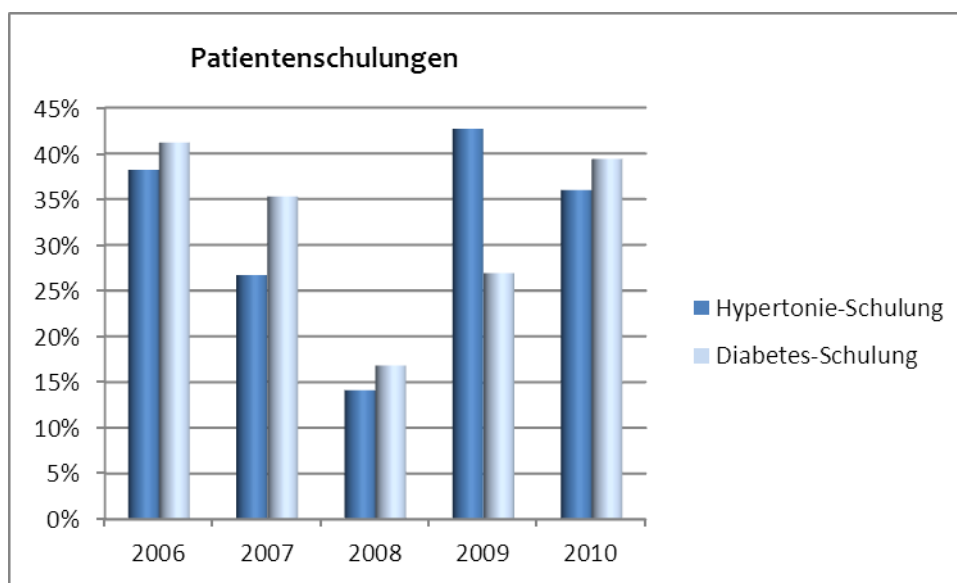
Die in Brandenburg erreichte Überweisungsquote von 34% liegt im Vergleich mit weiteren zwölf KV-Bereichen sehr hoch. Im KV-Durchschnitt werden lediglich 25,8% der Patienten bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz an einen Facharzt überweisen, wobei die Schwankungen zwischen 18,2% und 34,7% liegen.

3.8 Wahrnehmung empfohlener Hypertonie-Schulungen

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.

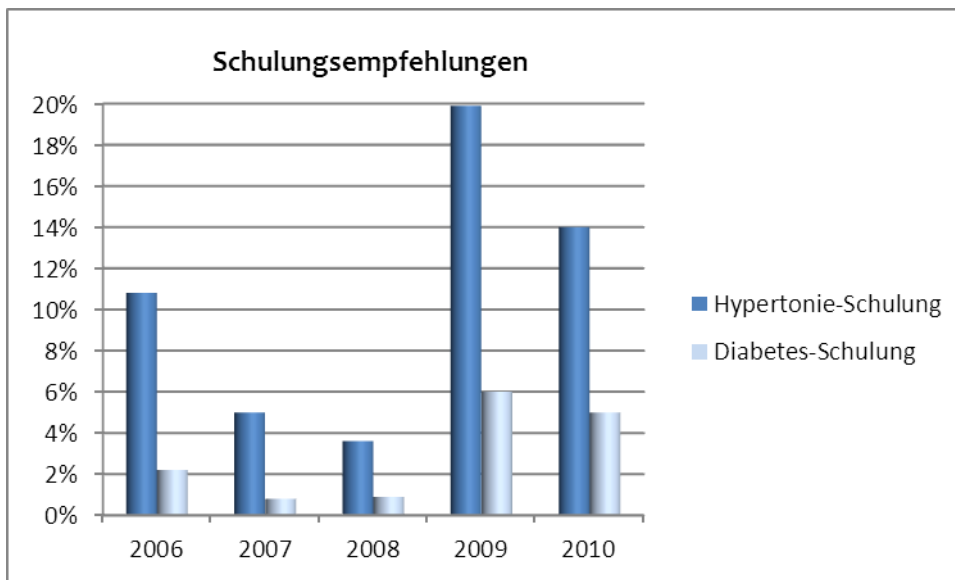
"Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen...." (Anl. 5 RSAV, Ziffer 4.2). Daher sollte ein hoher Anteil von Patienten innerhalb von vier Quartalen nach einer Schulungsempfehlung diese auch wahrgenommen haben.

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

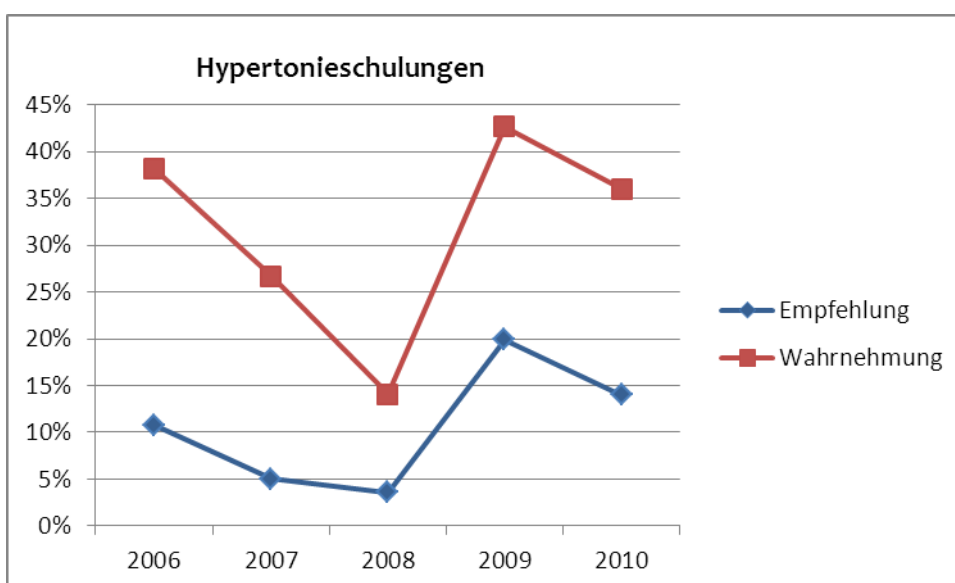


Schulungen	2006		2007		2008		2009		2010	
Hypertonie	1.661	38,2%	739	26,7%	389	14,1%	7.121	42,7%	4.348	36,0%
Diabetes	455	41,2%	153	35,3%	120	16,8%	1.850	36,9%	1.749	39,4%

Im vorliegenden Berichtszeitraum 2010 lag die Empfehlungsrate zur Durchführung einer Hypertonieschulung bei knapp 14% (12.088 Patienten von 86.907 eingeschriebenen Patienten). Da die Durchführung von empfohlenen Schulungen in den Jahren 2006 – 2010 stark schwankt wird in der folgenden Übersicht die Entwicklung der Schulungsempfehlungen durch die koordinierenden Ärzte näher betrachtet.



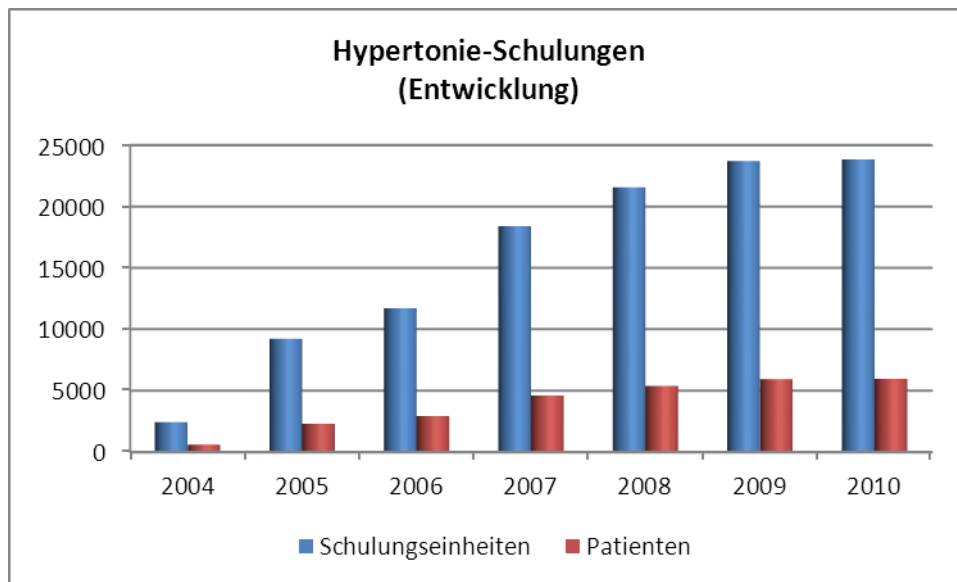
Empfehlungsrate	2006		2007		2008		2009		2010	
Hypertonie	4.349	10,8%	2.770	5,0%	2.757	3,6%	16.660	19,9%	12.088	13,9%
Diabetes	894	2,2%	434	0,8%	715	0,9%	5.014	6,0%	4.435	5,1%



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. Modul Herzinsuffizienz

Mit Wirkung ab 01.04.2010 wurde im DMP-Vertrag KHK zusätzlich das Modul Herzinsuffizienz vertraglich vereinbart. Für Patienten, bei denen sowohl eine chronische KHK als auch eine Herzinsuffizienz diagnostiziert wurde, besteht seit diesem Zeitpunkt die Möglichkeit einer Teilnahme am Modul. Eine Herzinsuffizienz bei koronarer Herzkrankheit ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Die Lebensqualität ist besonders durch eine Einschränkung der Belastbarkeit und eine hohe Hospitalisierungsrate vermindert.

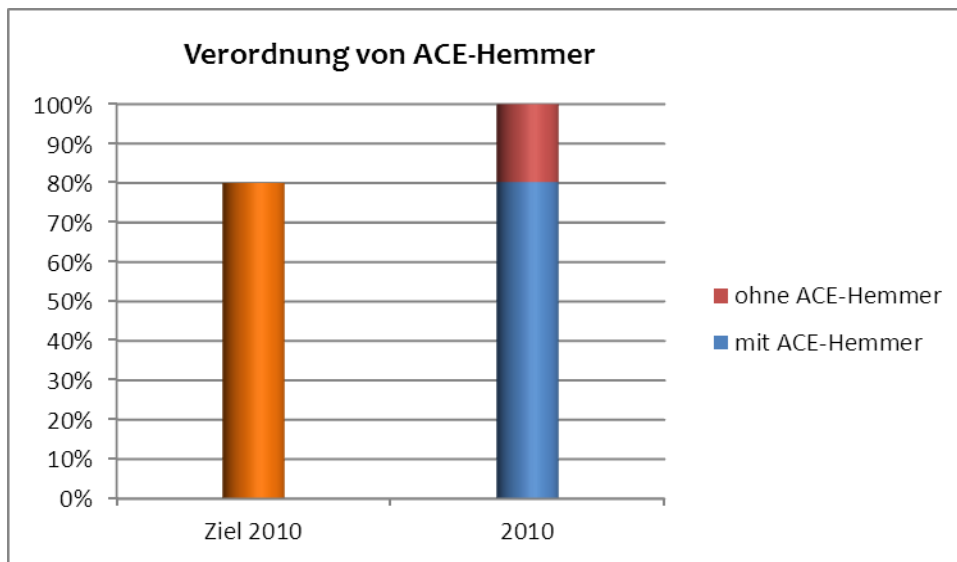
Mit der Aufnahme des Moduls in den DMP-Vertrag KHK sollte die strukturierte Behandlung dieser Patientengruppe nach evidenzbasierten Leitlinien umgesetzt werden, um somit eine Reduktion der Letalität und kardiovaskulären Morbidität, insbesondere der Vermeidung und Verlangsamung einer Progression der bestehenden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

Ausgehend vom strukturierten Behandlungsprogramm KHK sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikation vorrangig Medikamente zur Behandlung der Herzinsuffizienz verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der Therapieziele in randomisierten, kontrollierten Studien nachgewiesen wurden.

4.1 Therapie mit ACE-Hemmern

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

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



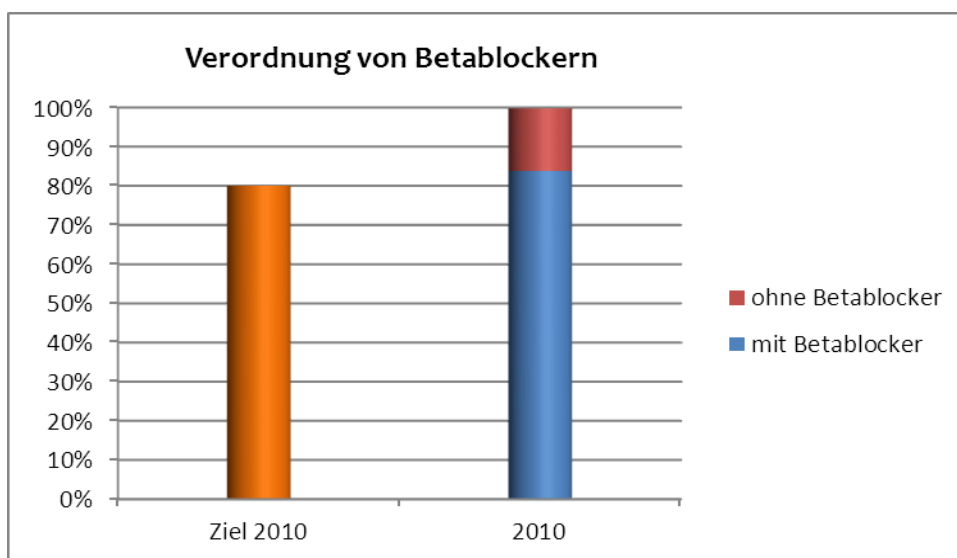
	2010	
ohne ACE-Hemmer	810	19,7%
mit ACE-Hemmer	3.308	80,3%

Am Modul Herzinsuffizienz nehmen Ende 2010 bereits 4.118 Patienten teil, die keine Kontraindikation gegen ACE-Hemmer aufweisen. Bereits mit Beginn der ersten Auswertung zum Modul Herzinsuffizienz erhielten mehr als 80% der Patienten einen ACE-Hemmer. Das Qualitätsziel wurde damit erreicht.

4.2 Therapie mit Betablockern

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

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



	2010	
ohne Betablocker	1.138	16,2%
mit Betablocker	5.890	83,8%

Auch bei diesem Ziel konnte bereits zu Beginn der Auswertungen festgestellt werden, dass das Qualitätsziel erreicht wurde und eine hohe Anzahl von Patienten Betablocker erhalten.

5. Fazit

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

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

- Die Senkung des Blutdruckes bei Patienten mit zunächst hypertensiven Werten auf Werte unter 140/90 mmHg wurde auch in 2010 erreicht, außerdem gab es im Vergleich zum vorhergehenden Berichtszeitraum erneut eine Steigerung der Anzahl von Patienten mit neu normotonen Blutdruckwerten. Der Anteil der eingeschriebenen KHK-Patienten mit Hypertonie ist mit 88% sehr hoch, ähnliche Ergebnisse werden jedoch aus anderen Bundesländern berichtet. Angesichts der Bedeutung, die dem Bluthochdruck für die Prognose der KHK beigemessen wird, sollte die weitere Optimierung der Blutdruckeinstellung angestrebt werden und an der Erweiterung der bestehenden Hypertonie-Schulungskapazitäten gearbeitet werden.

5.2 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 und weist im Jahresverlauf eine kontinuierliche Steigerung auf.
- Ebenso konnte das QS-Ziel „ACE-Hemmer bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz unter Beachtung der Kontraindikationen“ erreicht und seit Einführung des DMP die Versorgung mit diesem Wirkstoff um knapp 6% gemessen an allen Patienten ohne Kontraindikation erhöht werden.
- Über die Laufzeit des Programms sollten mindestens 60 % aller eingeschriebenen KHK-Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt, eine Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmer erhalten. Dieser Anteil lag im Berichtszeitraum bei rund 69% 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 TAH erhalten, sollte über die Laufzeit des Programms bei etwa 90 % liegen, im aktuellen Berichtszeitraum lag der Anteil bei 82,3%. Auch wenn ein Erhöhung des Anteils von Patienten mit TAH im Vergleich zum Vorjahr vorliegt, sollte dieses Ergebnis innerärztlich mit dem Ziel der Ergebnisverbesserung diskutiert werden.

5.3 Zur Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen wurde das Qualitätsziel „Einhaltung der Überweisungskriterien“ vertraglich vereinbart, bei dem jedoch keine quantitativen Zielvorgaben genannt wurden.

- Die Überweisungsquoten an die jeweils spezialisierte Fachebene bei einer neu auftretenden typischen oder atypischen Angina pectoris Symptomatik sowie bei einer neu auftretenden Herzinsuffizienz lag bei rund 43 % bzw. rund 34%. Insbesondere Patienten mit einer AP-Symptomatik wurden im Vergleich zu 2009 deutlich häufiger

(Steigerung um 10% aller Patienten) an einen Facharzt überwiesen. Auch Patienten mit einer hinzugekommenen Herzinsuffizienz wurden im jetzigen Auswertungszeitraum deutlich häufiger zu Beginn der Erkrankung einem Facharzt vorgestellt.

Dennoch ist zu berücksichtigen, dass immerhin noch weit mehr als die Hälfte aller Patienten mit den genannten neuen Indikationen nicht bzw. nicht zeitnah von einem Facharzt weiter- oder mitbehandelt werden.

- 5.4 Das Ziel „Sicherstellung der Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentationen wurde ebenfalls erreicht. Mit fast 100% der eingereichten Dokumentationen sind nahezu alle Dokumentationen bereits bei Eingang in der Datenstelle plausibel/ fristgerecht und konnten somit verarbeitet werden.
- 5.5 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, wieder auf 36% gesunken ist. Die Ursachen für eine Nichtinanspruchnahme durch Patienten mit einer Schulungsempfehlung sind sicher vielschichtig. Hier sollten sich die Vertragspartner über geeignete Maßnahmen zur Erhöhung der Motivation bei den Patienten verständigen.

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