

Qualitätsbericht

DMP KHK

der

Gemeinsamen Einrichtung Land Brandenburg

Berichtszeitraum 01.01.2005 bis 31.12.2005

I. Einleitung	
Koronare Herzkrankheit – Definition und Prävalenz	3
II. DMP KHK	
1. Strukturierte Behandlung bei KHK	3
2. Ziele des DMP KHK	4
3. Qualitätssicherung	4
4. Dokumentation/Datenlieferung/Datenqualität	6
5. Basisdaten	7
III. Ergebnisse des DMP KHK	
1. Vermeidung/Reduktion der Schwere von Angina pectoris Symptomen	10
2. Erhöhung der Zahl normotensiver Patienten mit bekannter Hypertonie	11
3. Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern zur Sekundärprävention	13
4. Therapie mit Betablockern bei Patienten nach einem akuten Koronarereignis	14
5. Therapie mit ACE-Hemmern bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz	15
6. Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern bei Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt - Cholesterinbestimmung	16
7. Verbesserung oder Verhinderung einer Verschlechterung der Angina pectoris Symptomatik	18
8. Kooperation der Versorgungsebenen	19
Kooperation der Versorgungsebenen - Überweisung bei zunehmender oder erstmalig aufgetretener Angina pectoris Symptomatik	19
Kooperation der Versorgungsebenen - Überweisung bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz	20
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	25

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.

Die KHK und die damit im Zusammenhang stehenden Begleit- und Folgeerkrankungen stellen angesichts ihrer Häufigkeit Volkskrankheiten dar, die zu einer erheblichen Reduzierung der Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung der Erkrankten führen können.

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%. Die KHK ist ebenfalls die häufigste Todesursache in Deutschland. Die Sterblichkeit bei ischämischen Herzkrankheiten je 100.000 Einwohner beträgt 217,9 (1998), die Sterblichkeit bei akutem Myokardinfarkt 92,6 je 100.000 Einwohner (1998). (ÄZQ, Leitlinienbericht KHK 2002)

Die KHK ist die wichtigste Ursache der Herzinsuffizienz. Allein in Deutschland erleiden mehr als 300.000 Menschen pro Jahr einen Herzinfarkt.

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 Folgeerkrankungen 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) 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 Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg. Nahmen im Kalenderjahr 2004 insgesamt 21 Krankenhäuser am DMP-KHK-Vertrag teil, so konnte die Anzahl bereits ein Jahr später auf 30 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.

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

Die Gemeinsame Einrichtung legt hiermit den ersten Qualitätsbericht für das DMP KHK für den Zeitraum 01.01.2005 bis 31.12.2005 vor.

2. Ziele des DMP KHK

Das Disease-Management-Programm (DMP) KHK verfolgt die Ziele:

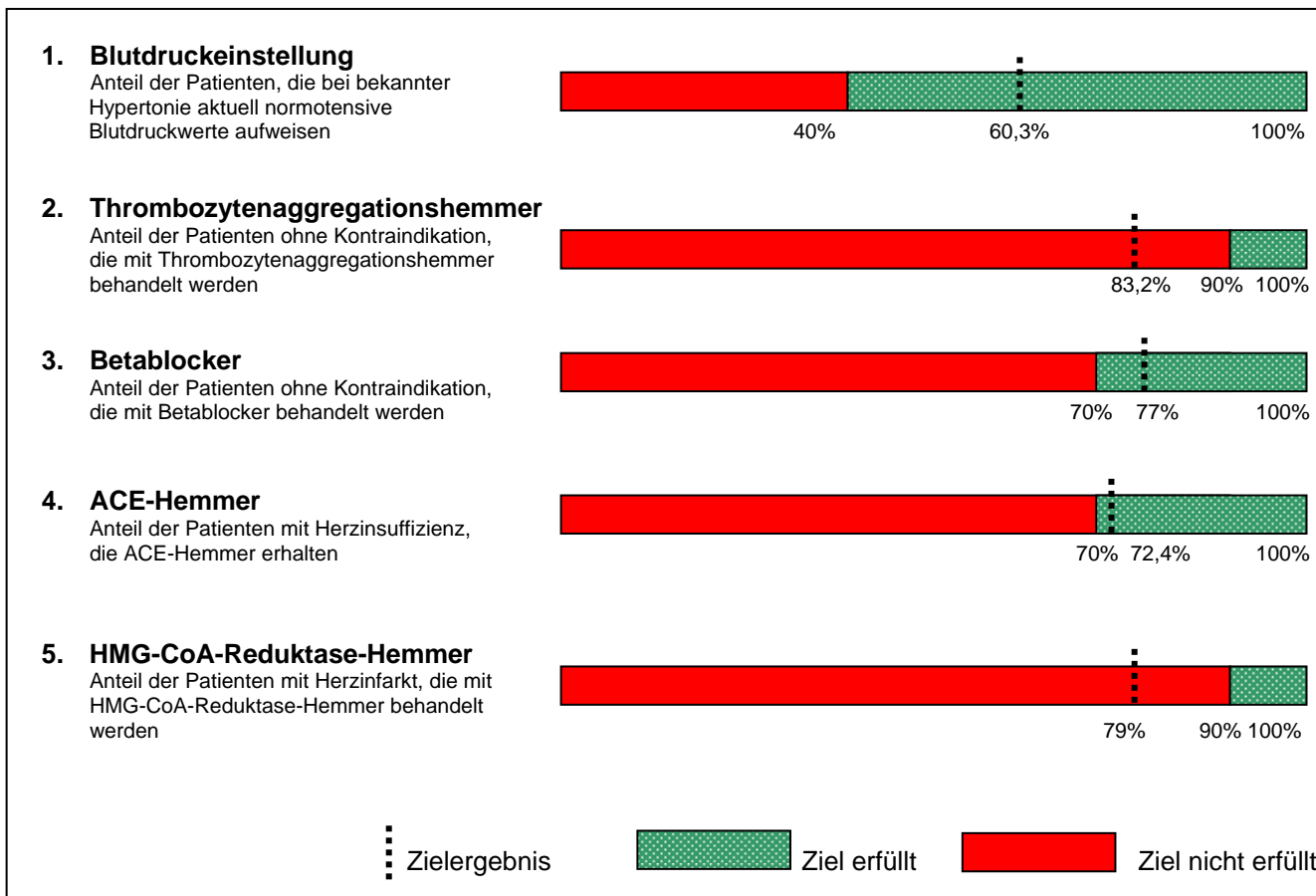
- Reduktion der Sterblichkeit
- Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz
- Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von Angina-Pectoris-Beschwerden
- Erhaltung der Belastungsfähigkeit des Patienten

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.



6. Bestimmung des Gesamt-Cholesterin

Anteil der Patienten mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmer, bei denen Gesamt-Cholesterin bestimmt wurde



7. Bestimmung des LDL-Cholesterin

Anteil der Patienten mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmer, bei denen LDL-Cholesterin bestimmt wurde



8. Verbesserung der Angina pectoris Symptomatik

Anteil der Patienten mit gleichbleibender oder verbesserter Angina pectoris Symptomatik



9. Überweisung bei AP-Symptomatik

Anteil der Patienten mit zunehmender oder erstmaliger AP-Symptomatik mit veranlasster Überweisung



10. Überweisung bei Herzinsuffizienz

Anteil der Patienten mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz, mit veranlasster Überweisung



11. Überweisung bei symptomatischen Herzrhythmusstörungen

Anteil der Patienten mit symptomatischen Herzrhythmusstörungen mit veranlasster Überweisung



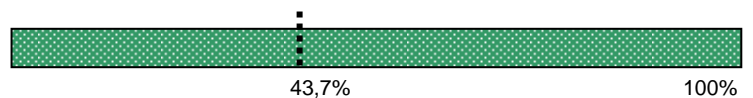
12. Diabetes-Schulungen

Anteil der Patienten, die eine empfohlene Diabetes-Schulung wahrgenommen haben



13. Hypertonie-Schulungen

Anteil der Patienten, die eine empfohlene Hypertonie-Schulung wahrgenommen haben



14. Stationäre Notfallbehandlung KH

Anteil der Patienten mit notfallmäßiger stationärer Behandlung (wegen fehlendem Vergleichszeitraum noch nicht auswertbar)



⋮ Zielergebnis

■ Ziel erfüllt

■ Ziel nicht erfüllt

4. Dokumentation/Datenlieferung/Datenqualität

Der Bericht wertet nur Datensätze von Patienten aus, 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. Weitere Voraussetzung ist, dass deren Datensätze von der Datenstelle als vollständig und plausibel bewertet und an die Gemeinsame Einrichtung übermittelt wurden.

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

Zum 31.12.2005 waren 36.200 Patienten in das DMP KHK eingeschrieben. Ebenfalls mit Stand 31.12.2005 nahmen 1116 Vertragsärzte koordinierend und 47 kardiologisch qualifiziert am DMP KHK teil. Dies entspricht einem Anteil von ca. 73% der ambulant tätigen Hausärzte.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse und Verläufe von 22285 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation sowie mindestens eine Folgedokumentation im zweiten Halbjahr 2005 vorlagen.

Tabelle 1 Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation

Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation	KHK	%
Meldung lt. Datenstelle 2005		
Dokumentationen korrekt bei Ersteingang in Datenstelle	22573	85,2
Dokumentationen korrekt nach Korrektur	2588	9,8
Dokumentationen verfristet	116	0,4
Dokumentationen verfrüht	512	1,9
Sonstiges	721	2,7
Gesamt	26510	100

Tabelle 2 Anzahl ausgewerteter Dokumentationen

	1. HJ 2005	2. HJ 2005
Anzahl Patienten, für die in der Berichtsstelle Dokumentationsbögen eingingen bis 31.12.2005		36746
Anzahl Patienten, die im Bericht berücksichtigt werden konnten	2749	22285
davon Anzahl Patienten mit Erst- und Folgedokumentation	2748	16017
davon Anzahl Patienten mit zwei Folgedokumentationen	1	6265

5. Basisdaten

Alters- und Geschlechtsverteilung

Die Angaben zur Alters- und Geschlechtsverteilung Ihrer 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.

39,9 % (34,8 % im ersten Halbjahr 2005) der eingeschriebenen Patienten sind Frauen, 60,1 % (65,2 % im ersten Halbjahr 2005) der eingeschriebenen Patienten sind Männer.

Der Anteil der eingeschriebenen Patienten über 75 Jahre steigt vom ersten zum zweiten Halbjahr 2005 bei den Männern von 19,6 % auf 21,2 %. Bei den Frauen steigt dieser Anteil von 33,9 % auf 37,2 %. Der Altersdurchschnitt der eingeschriebenen Patienten steigt von 69 Jahren auf 70 Jahre.

Tabelle 3 Altersverteilung der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten

Alter	1. HJ 2005		2. HJ 2005		1. HJ 2005		2. HJ 2005	
	männlich		männlich		weiblich		weiblich	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<= 45	35	2	224	1,7	10	1	66	0,7
46 - 55	164	9,1	1131	8,4	43	4,5	373	4,2
56 - 65	386	21,5	2978	22,2	174	18,2	1394	15,7
66 - 75	857	47,8	6216	46,4	405	42,4	3756	42,2
> 75	351	19,6	2843	21,2	324	33,9	3304	37,2
Gesamt	1793	100	13392	100	956	100	8893	100

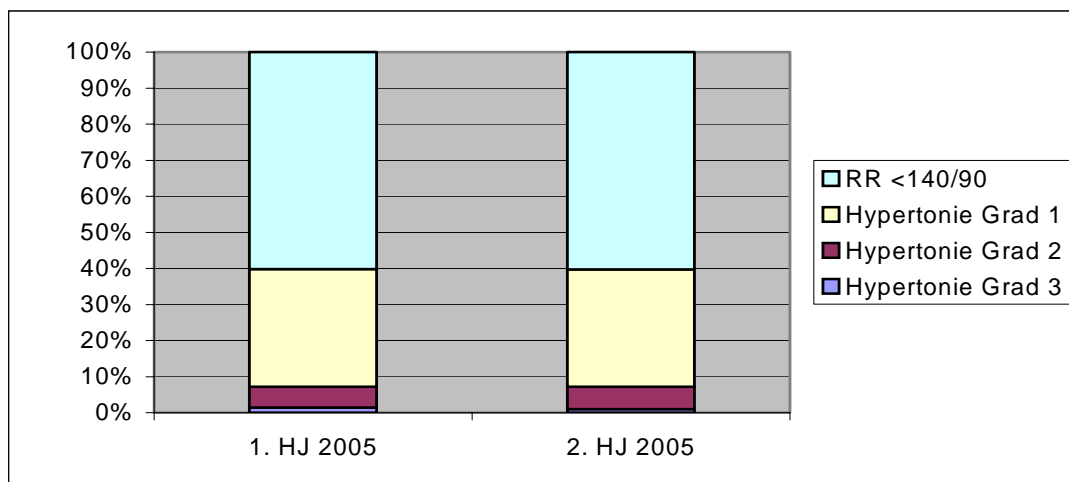
eventuelle Abweichungen in den Prozentzahlen ergeben sich durch Rundungsdifferenzen

Der Blutdruck ist ein wesentlicher Parameter bei der individuellen Therapieziel-Planung. Entsprechend der Einteilung der WHO werden folgende Blutdruckklassen differenziert:

Tabelle 4 Blutdruckeinstellung der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten

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

Abb. 1 Anteile und Anzahl der Patienten nach Blutdruckklassen



	1. HJ 2005		2. HJ 2005	
RR <140/90	1380	60,2%	11015	60,3%
Hypertonie Grad 1	747	32,6%	5943	32,5%
Hypertonie Grad 2	134	5,8%	1147	6,3%
Hypertonie Grad 3	32	1,4%	174	1,0%

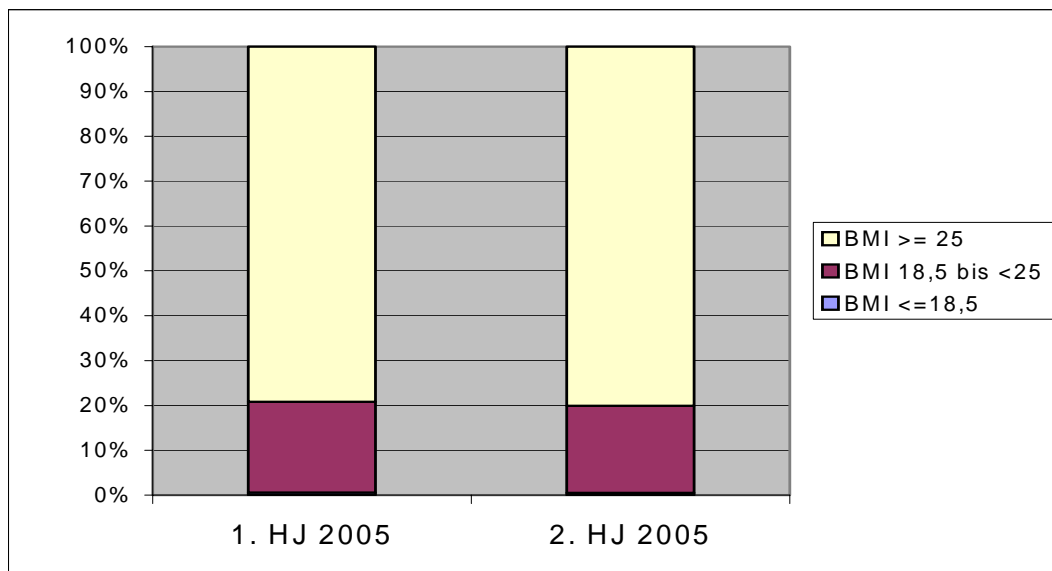
Der Anteil der Patienten mit RR <140/90 lag konstant bei ca. 60%. Von diesen hatten im 2. HJ 2005 12,8% einen optimalen Blutdruck, etwas mehr als im 1. HJ 2005, 37,9% einen normalen Blutdruck und 49,2% einen hoch normalen Blutdruck nach den Kriterien der WHO.

Übergewicht

Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen anhand des BMI nach WHO (2000):

- Untergewicht: <18,5
- Normalgewicht: 18,5 bis <25
- Übergewicht: ≥ 25
 - Präadipositas: 25 bis <30
 - Adipositas Grad 1: 30 bis <35
 - Adipositas Grad 2: 35 bis <40
 - Adipositas Grad 3: ≥ 40

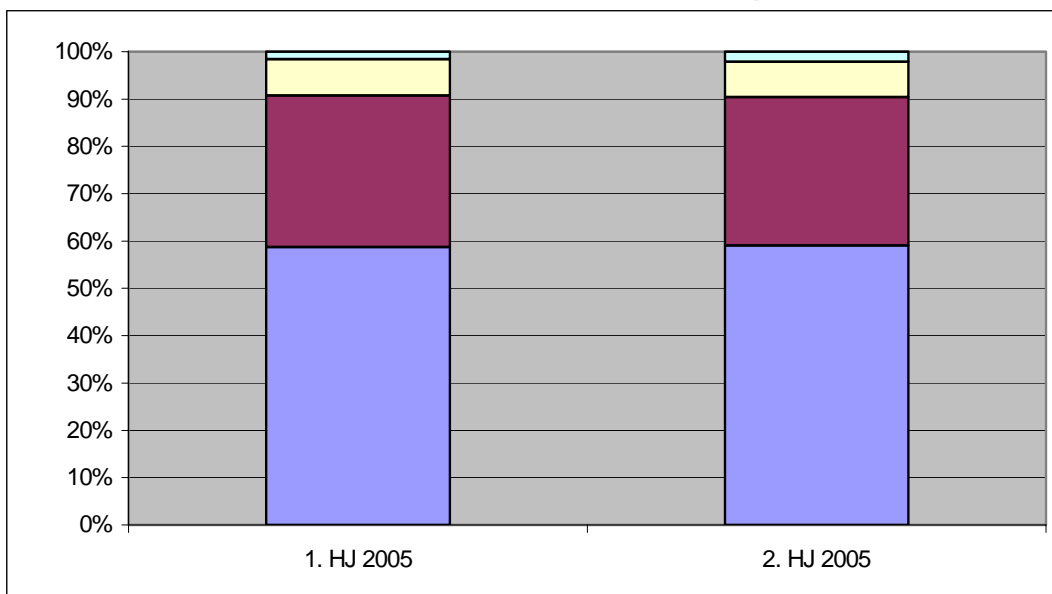
Abb. 3 Anteile und Anzahl der Patienten differenziert nach BMI-Klassen



	1. HJ 2005		2. HJ 2005	
■ BMI >= 25	2175	79,2%	17819	80,1%
■ BMI 18,5 bis <25	557	20,3%	4329	19,5%
■ BMI <=18,5	15	0,5%	108	0,5%

Die Patienten mit einem BMI > 25 wurden weiter differenziert nach dem Grad der Adipositas:

Abb. 4 Bei BMI >25 weiter differenziert nach Adipositas-Klassen



	1. HJ 2005		2. HJ 2005	
■ Patienten mit BMI >=40	34	1,6%	374	2,1%
■ Patienten mit BMI 35 bis <40	167	7,7%	1330	7,5%
■ Patienten mit BMI 30 bis <35	696	32,0%	5585	31,3%
■ Patienten mit BMI 25 bis <30	1278	58,7%	10530	59,1%
Gesamt	2175	100%	17819	100%

Die Verteilung der Patienten über die Adipositas-Klassen bleibt im Wesentlichen unverändert. Es muss allerdings betont werden, dass es sich hier um unterschiedliche Kohorten handelt, so dass ein Gewichtsverlauf der einzelnen eingeschriebenen Patienten nicht dargestellt werden kann. Bemerkenswert ist jedoch, dass ca. 80% aller eingeschriebenen Patienten übergewichtig oder adipös ist.

III. Ergebnisse des DMP KHK

1. Vermeidung/Reduktion der Schwere von Angina pectoris Symptomen

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

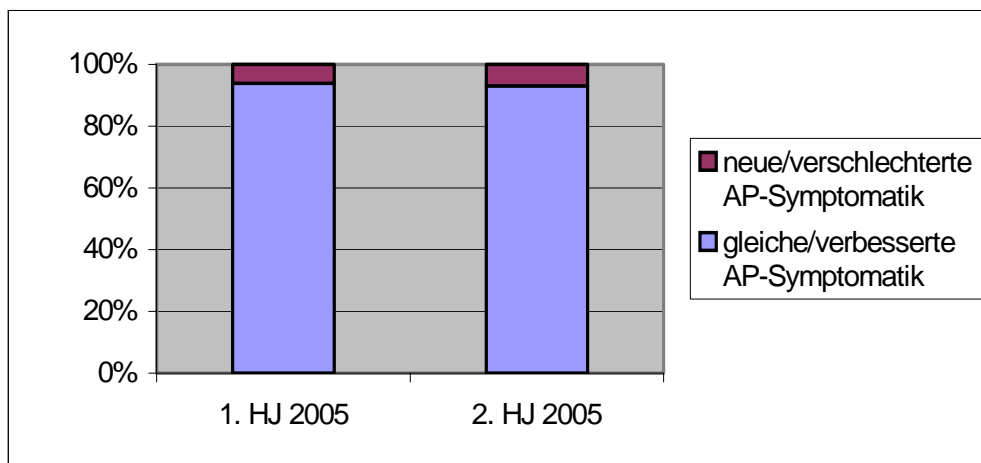
„Eine koronare Herzkrankheit ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Bei häufigem Auftreten von Angina pectoris Beschwerden ist die Lebensqualität vermindert. Daraus ergeben sich folgende Therapieziele. ... Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von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

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass

- im ersten Jahr mehr als 30%
- im zweiten Jahr mehr als 40%
- im dritten Jahr mehr als 50%

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

Abb. 5 Anteile und Anzahl der Patienten mit gleicher oder verbesserter AP-Symptomatik



	1. HJ 2005		2. HJ 2005	
neue/verschlechterte AP-Symptomatik	144	6,1%	1395	7%
gleiche/verbesserte AP-Symptomatik	2235	93,9%	18638	93%

Der Anteil der Patienten mit gleicher oder verbesserter AP-Symptomatik betrug im Berichtszeitraum 93,0%. Das Qualitätsziel wurde damit erreicht.

2. Erhöhung der Zahl normotensiver Patienten mit bekannter Hypertonie

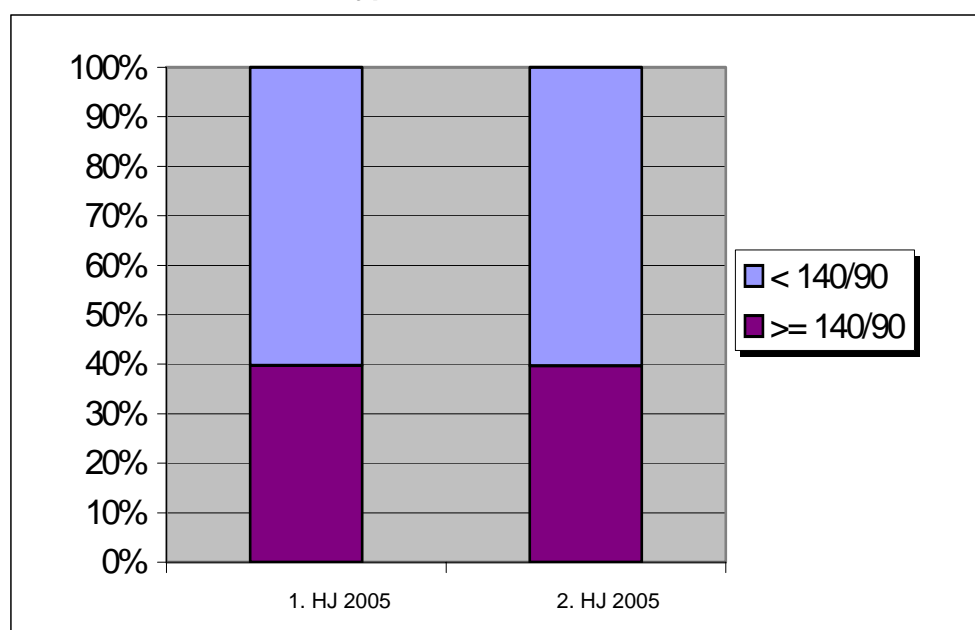
Die Hypertonie ist ein wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung der Arteriosklerose und damit der koronaren Herzkrankheit. Die Senkung erhöhter Blutdruckwerte in den Bereich < 140 und < 90 mmHg ist deshalb ein wichtiger Parameter bei der individuellen Therapiezielplanung.

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.

Abb. 6 **Anteile und Anzahl der Patienten mit normotensiven Blutdruckwerten bei bekannter Hypertonie**



	1. HJ 2005		2. HJ 2005	
RR < 140/90	1380	60,2%	11015	60,3%
RR >= 140/90	913	39,8%	7264	39,7%

Grundgesamtheit: 18279 Patienten (Patienten mit bekannter Hypertonie)
alle eingeschriebenen Patienten: 22285

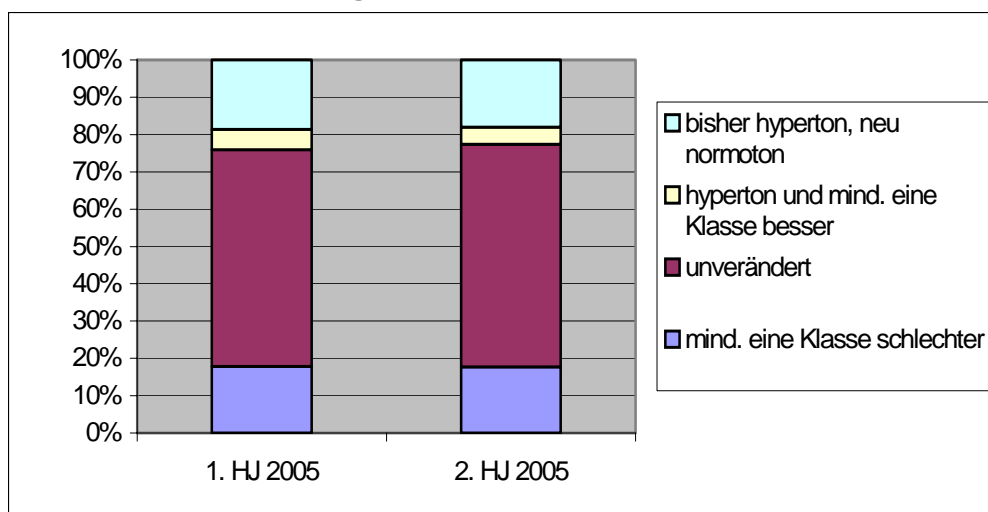
Insgesamt haben 82,0% der im zweiten HJ 2005 eingeschriebenen Patienten eine Hypertonie, im Vergleich zu 83,4% im ersten HJ 2005.

Der Anteil der Patienten mit bekannter Hypertonie, die normotensive Blutdruckwerte aufweisen, betrug im aktuellen Berichtszeitraum 60,3% und liegt nahezu unverändert zum ersten Halbjahr 2005. Das Qualitätsziel von mehr als 40% 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:

Abb. 7 Veränderung der Blutdruckwerteklassen



	1. HJ 2005		2. HJ 2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bisher hyperten, neu normoton	428	18,7%	3300	18,1%
hyperten und mind. eine Klasse besser	124	5,4%	833	4,6%
unverändert	1332	58,1%	10901	59,6%
mind. eine Klasse schlechter	409	17,8%	3242	17,7%
Grundgesamtheit	2293		18276	

18,1% der Patienten, die bei der letzten Dokumentation hyperten waren, haben aktuell normotensive Blutdruckwerte.

4,6% der hypertensiven Patienten (5,4% im 1. HJ 2005) waren im aktuellen Berichtszeitraum eine Blutdruckwerteklasse besser.

Eine unveränderte Blutdruckwerteklasse zeigte sich bei 59,6% (58,1%) der Patienten.

Insgesamt haben sich also 22,7% der Patienten in den Blutdruckklassen verbessert, entweder sie wurden normoton 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

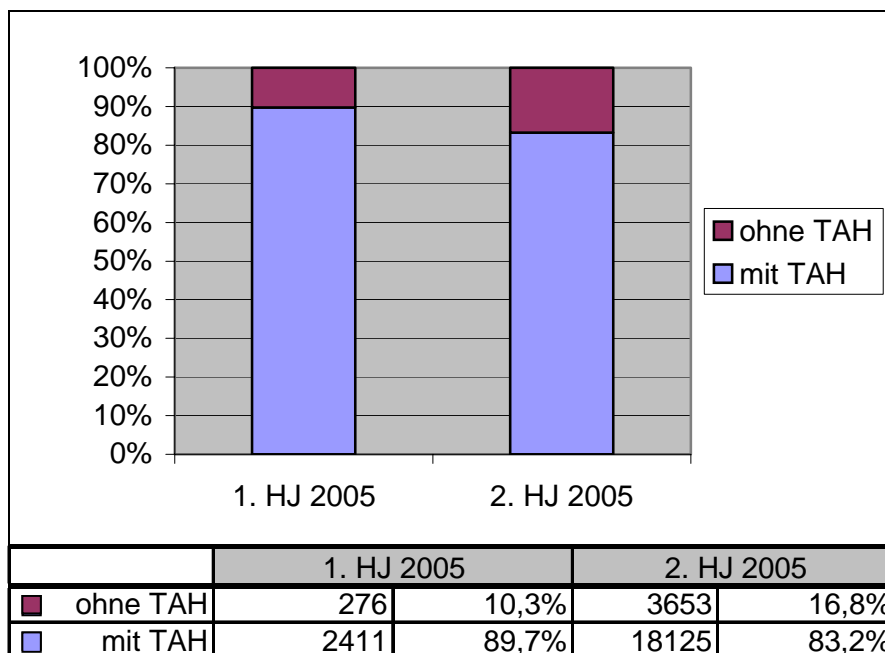
„Grundsätzlich sollen alle Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten Thrombozytenaggregationshemmer erhalten“ (Anl. 5 RSAV)

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

- im 1. Jahr mehr als 90%,
- im 2. Jahr mehr als 90%,
- im 3. Jahr mehr als 90%

der Patienten ohne Kontraindikationen mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) behandelt werden sollen*.

Abb. 8 **Anteile und Anzahl der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) behandelt werden**



Grundgesamtheit (Patienten ohne Kontraindikationen gegen TAH): 21778 Patienten

Der Anteil der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit TAH behandelt werden, betrug im Berichtszeitraum 83,2% 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

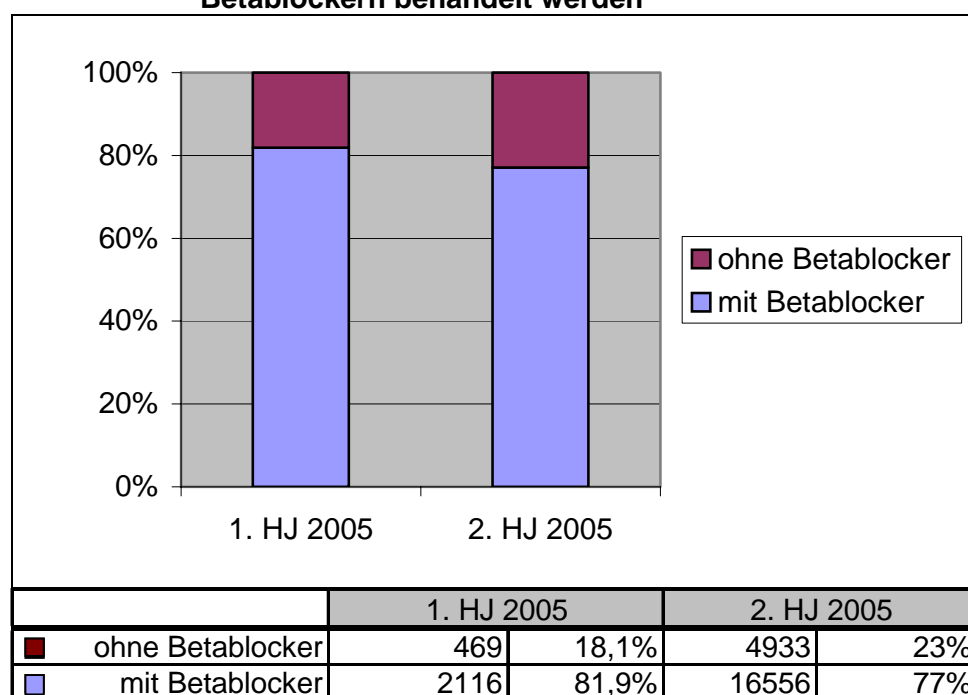
„Für die Behandlung der chronischen KHK insbesondere nach akutem Myokardinfarkt, sind Betablocker hinsichtlich der in Ziffer 1.3 (7. RSAV) genannten Therapieziele Mittel der ersten Wahl, auch bei relativen Kontraindikationen.“ (Anlage 5 RSAV)

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass

- im 1. Jahr mehr als 70%,
- im 2. Jahr mehr als 70%,
- im 3. Jahr mehr als 70%

der Patienten ohne Kontraindikationen mit Betablockern behandelt werden sollen.

Abb. 9 **Anteile und Anzahl der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit Betablockern behandelt werden**



Grundgesamtheit (Patienten ohne Kontraindikationen gegen Betablocker): 21489 Patienten

Der Anteil der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit Betablockern behandelt werden, betrug im Berichtszeitraum 77%, lag somit niedriger als im 1. HJ 2005. Das Qualitätsziel wurde damit erreicht.

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

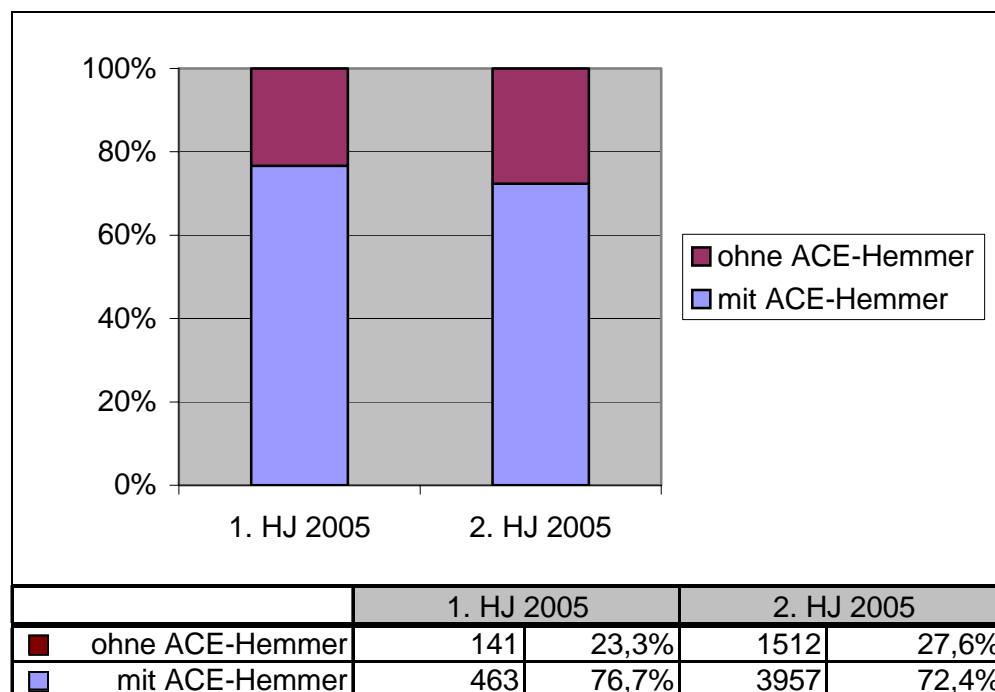
„Bei chronischer KHK mit gleichzeitig vorliegender Herzinsuffizienz oder mit asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion ist eine Therapie mit Angiotensin-Conversions-Enzym-Hemmern (ACE-Hemmer) grundsätzlich indiziert.“ (Anl. 5 RSAV)

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass

- im 1. Jahr mehr als 70%
- im 2. Jahr mehr als 70%
- im 3. Jahr mehr als 70%

der Patienten mit vorliegender Herzinsuffizienz mit ACE-Hemmern behandelt werden sollen.

Abb. 10 **Anteile und Anzahl der Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit ACE-Hemmern behandelt werden**



Grundgesamtheit (Patienten mit Herzinsuffizienz): 5469

Der Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit ACE-Hemmern behandelt wurden, betrug im Berichtszeitraum 72,4%.

Damit wurde das Qualitätsziel erreicht.

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

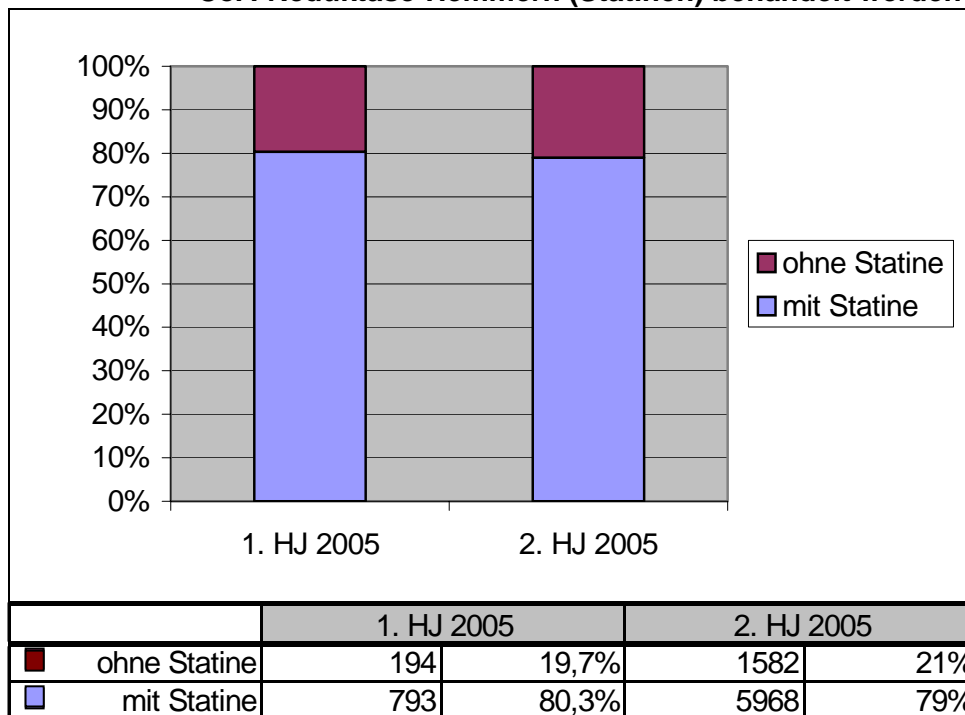
„Für die Therapie der chronischen KHK sollten HMG-CoA-Reduktasehemmer (Statine) erwogen werden, für die eine morbiditäts- und mortalitätssenkende Wirkung nachgewiesen ist...“ (Anl. 5 RSAV)

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

- im 1. Jahr mehr als 90%,
- im 2. Jahr mehr als 90%,
- im 3. Jahr mehr als 90%

der Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern behandelt werden sollen.

Abb. 11 Anteile und Anzahl der Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt, die mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statinen) behandelt werden



Grundgesamtheit (Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt): 7550

Der Anteil der Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt, die mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statinen) behandelt werden, betrug im Berichtszeitraum 79,0%.

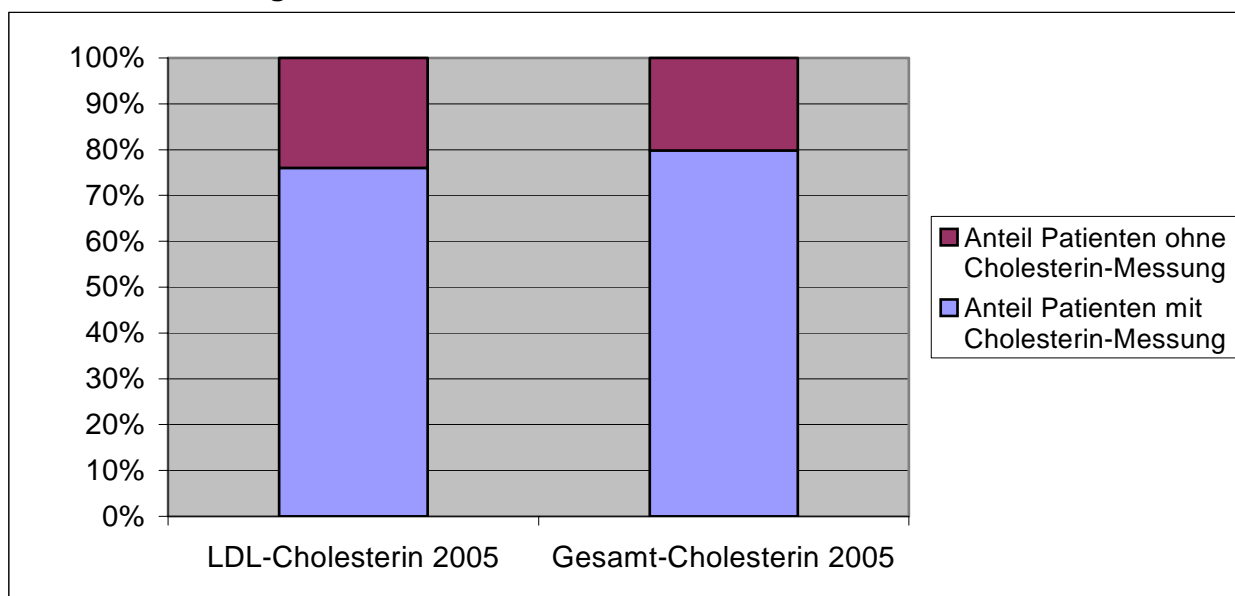
Das Qualitätsziel wurde damit nicht erreicht.

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.

Abb. 11 Messung Gesamt- und LDL-Cholesterin



	Anzahl Patienten	%
LDL-Cholesterin	12689	76,0
Gesamt-Cholesterin	13330	79,8
Grundgesamtheit	16694	100,0

Der Anteil der Patienten die mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern behandelt werden beträgt im Auswertungszeitraum 2005 insgesamt 16694 Patienten.

Von diesen Patienten wurde bei 13330 Patienten das Gesamt-Cholesterin gemessen. Dies entspricht einem Anteil von 79,8%.

Bei 12689 Patienten wurde das LDL-Cholesterin bestimmt, was einem Anteil von 76,0 % entspricht. Für beide Auswertungskriterien wurde das Qualitätsziel erreicht.

7. Verbesserung oder Verhinderung einer Verschlechterung der Angina pectoris Symptomatik

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

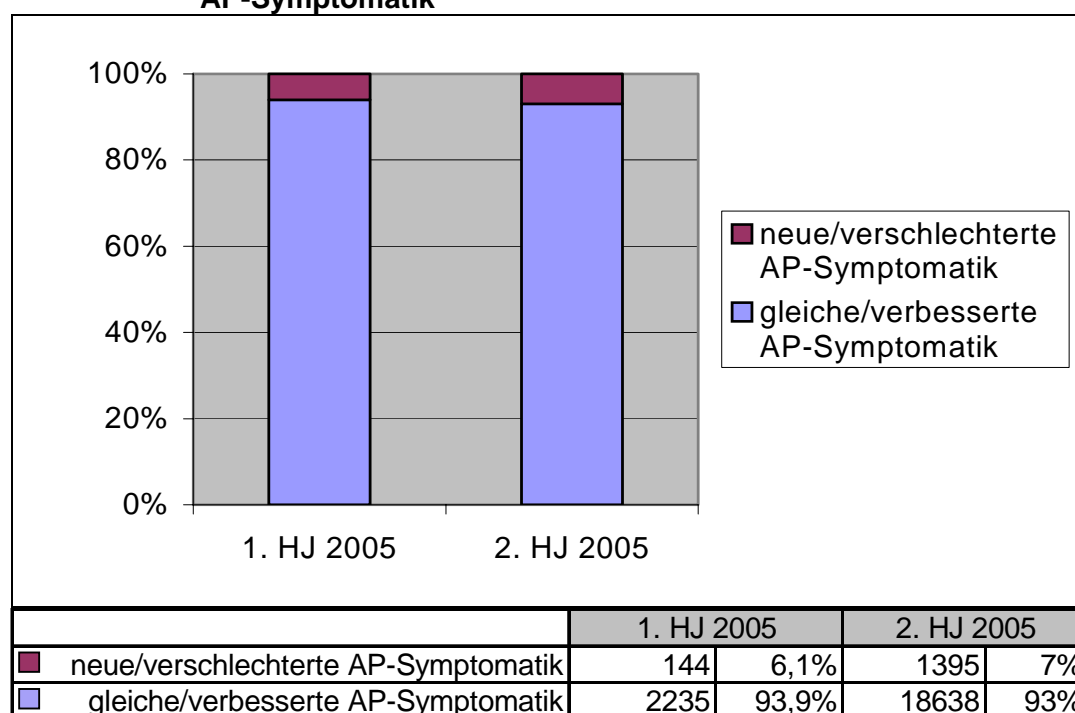
„Eine koronare Herzkrankheit ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Bei häufigem Auftreten von Angina pectoris Beschwerden ist die Lebensqualität vermindert. Daraus ergeben sich folgende Therapieziele. ... Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von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

Abb. 12 **Anteile und Anzahl der Patienten mit neu aufgetretener oder verschlechterter AP-Symptomatik**



Grundgesamtheit (alle Patienten ohne Shift-Symptomatik): 20033

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 93,0%.

Das Qualitätsziel wurde damit erreicht.

8. Kooperation der Versorgungsebenen

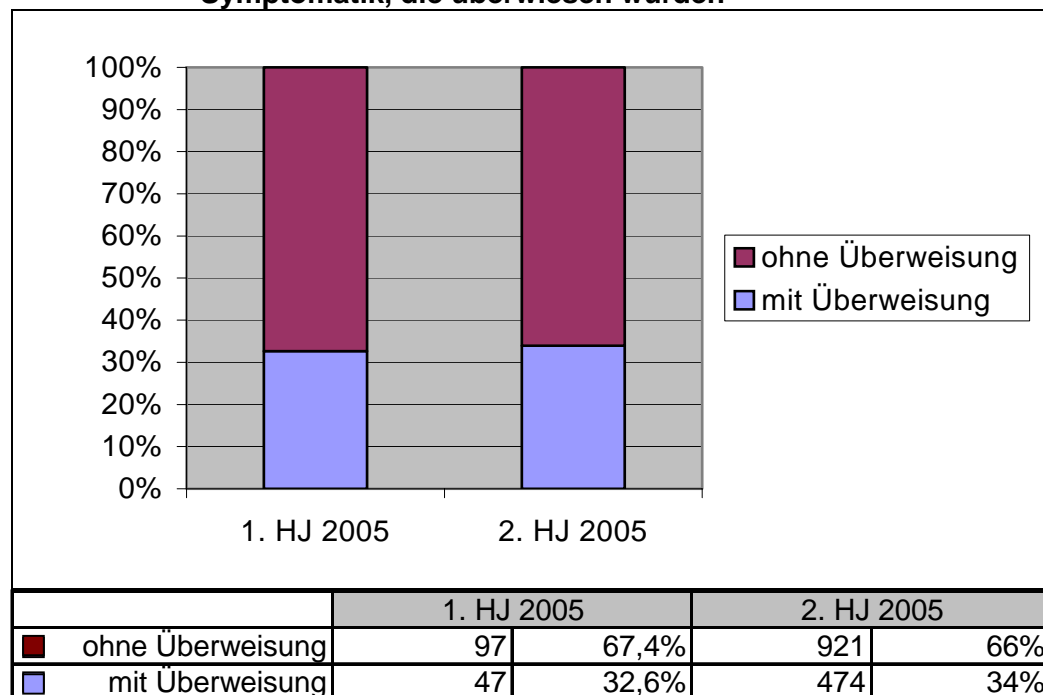
Anders als beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 gibt es beim DMP KHK keine quantitativen Zielvorgaben für die Überweisung an die nächste Versorgungsebene. Es gibt lediglich Hinweise mit empfehlendem Charakter.

- **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)

Abb. 13 **Anteile und Anzahl der Patienten mit zunehmender oder erstmaliger AP-Symptomatik, die überwiesen wurden**



1. HJ 2005: Grundgesamtheit (Patienten mit zunehmender oder erstmaliger AP-Symptomatik): 144
alle eingeschriebenen Patienten: 2749

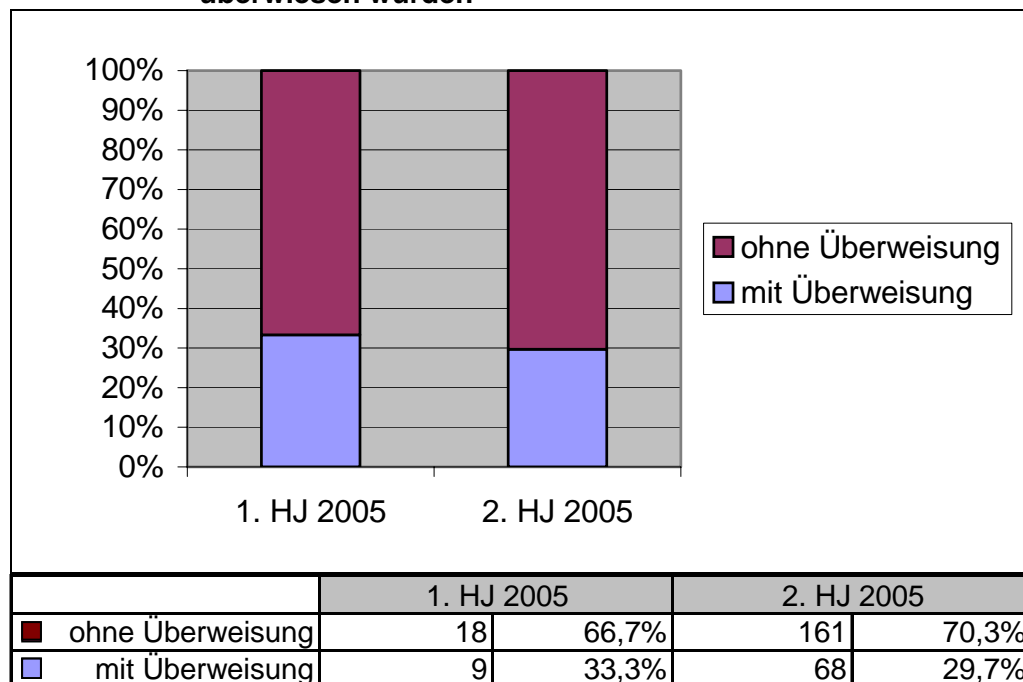
2. HJ 2005: Grundgesamtheit (Patienten mit zunehmender oder erstmaliger AP-Symptomatik): 1395
alle eingeschriebenen Patienten: 22285

Der Anteil der Patienten mit zunehmender (typischer) oder erstmaliger (typischer oder erstmaliger) AP-Symptomatik, für die eine Überweisung veranlasst wurde, betrug im zweiten HJ 2005 34,0%, im Vergleich zu 32,6% im ersten Halbjahr 2005, hier ist also eine leichte Verbesserung zu beobachten, auch wenn die Überweisungsquote insgesamt noch recht niedrig erscheint. Insgesamt nahm der Anteil der Patienten, bei denen erstmalig oder zunehmend Angina pectoris Beschwerden auftraten von 5,2% auf 6,3% zu.

- **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)

Abb. 14 **Anteile und Anzahl der Patienten mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz, die überwiesen wurden**



1. HJ 2005: Grundgesamtheit (Patienten mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz): 27

alle eingeschriebenen Patienten: 2749

2. HJ 2005: Grundgesamtheit (Patienten mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz): 229

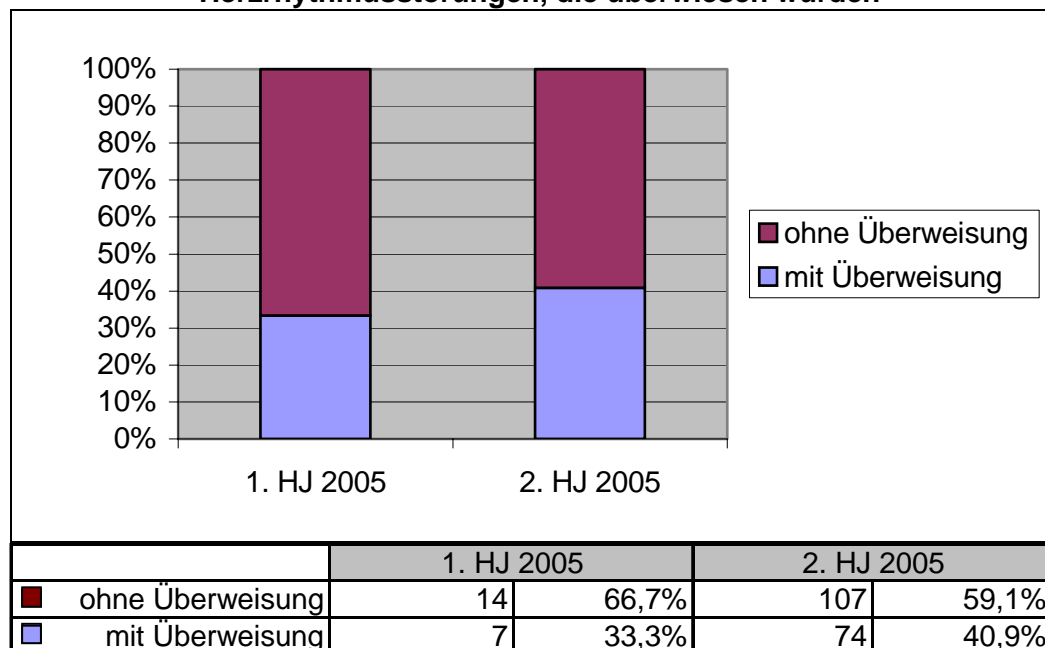
alle eingeschriebenen Patienten: 22285

Der Anteil der Patienten mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz, für die eine Überweisung veranlasst wurde, betrug 29,7% im Vergleich zu 33,3% im ersten Halbjahr 2005.

- **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)

Abb. 15 **Anteile und Anzahl der Patienten mit neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen, die überwiesen wurden**



1. HJ 2005: Grundgesamtheit (Patienten mit neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen): 21

2. HJ 2005: Grundgesamtheit (Patienten mit neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen): 181

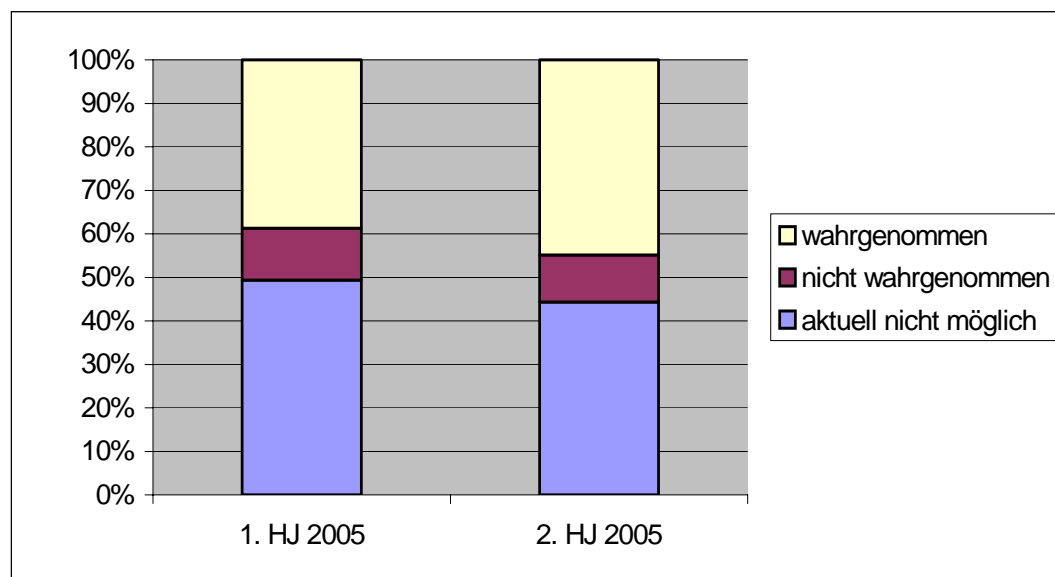
Der Anteil der Patienten mit neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen, für die eine Überweisung veranlasst wurde, betrug 40,9%.

Zur Wahrnehmung von empfohlenen Patientenschulungen wurden keine quantitativen Zielvorgaben definiert.

9. Wahrnehmung empfohlener Diabetes-Schulungen

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

Abb. 17 **Anteile und Anzahl der Patienten, die eine empfohlene Diabetes-Schulung wahrgenommen / nicht wahrgenommen haben bzw. bei denen eine Schulung aktuell nicht möglich war**



	1. HJ 2005		2. HJ 2005	
■ wahrgenommen	29	38,7%	195	44,8%
■ nicht wahrgenommen	9	12,0%	47	10,8%
■ aktuell nicht möglich	37	49,3%	193	44,4%

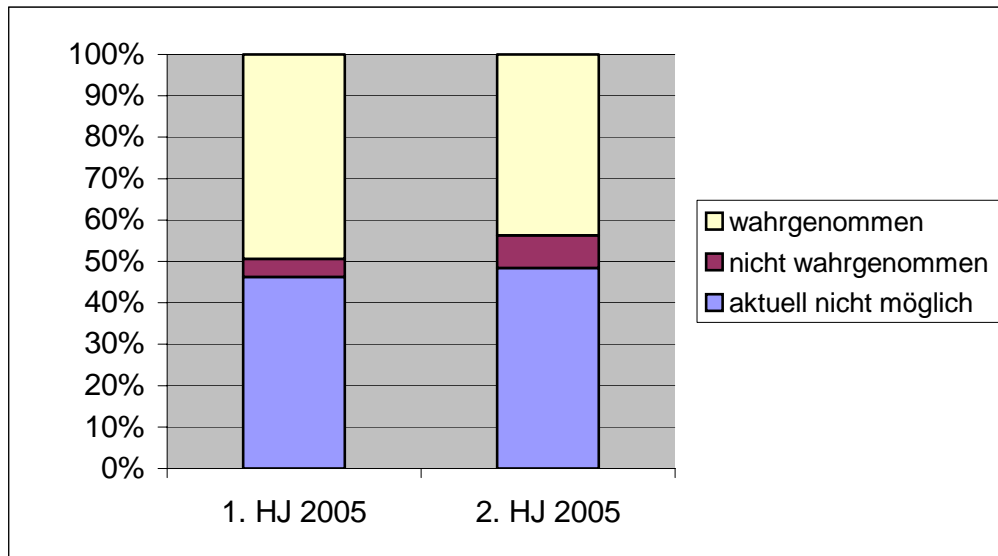
Grundgesamtheit im ersten HJ 2005 (Patienten mit Empfehlung einer Diabetes-Schulung): 75

Grundgesamtheit im zweiten HJ 2005 (Patienten mit Empfehlung einer Diabetes-Schulung): 435

Der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Schulung wahrgenommen haben oder bei denen eine Schulung aktuell nicht möglich war, steigerte sich vom ersten zum zweiten Halbjahr 2005 von 88 % auf 89,2 %. Der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Schulung wahrgenommen haben, stieg von 38,7 % auf 44,8 %. Diese Entwicklung ist sehr positiv zu verzeichnen.

10. Wahrnehmung empfohlener Hypertonie-Schulungen

Abb. 18 Anteile und Anzahl der Patienten, die eine empfohlene Hypertonie-Schulung wahrgenommen/nicht wahrgenommen haben, bzw. bei denen eine Schulung aktuell nicht möglich war



	1. HJ 2005		2. HJ 2005	
■ wahrgenommen	257	49,3%	841	43,7%
■ nicht wahrgenommen	23	4,4%	152	7,9%
■ aktuell nicht möglich	241	46,3%	931	48,4%

Grundgesamtheit im ersten HJ 2005 (Patienten mit Empfehlung einer Hypertonie-Schulung): 521
 Grundgesamtheit im zweiten HJ 2005 (Patienten mit Empfehlung einer Hypertonie-Schulung): 1924

Der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Hypertonie-Schulung wahrgenommen haben oder bei denen eine Schulung aktuell nicht möglich war, lag im ersten Halbjahr 2005 bei 95,6 % und fiel im Folgehalbjahr leicht auf 92,1 % ab. Der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Schulung nicht wahrgenommen haben, stieg von 4,4 % auf 7,9 % an, ob dieser negative Trend an noch nicht ausreichenden Schulungskapazitäten liegt oder verstärkter Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit der betreuenden Ärzte bedarf, muss beobachtet werden.

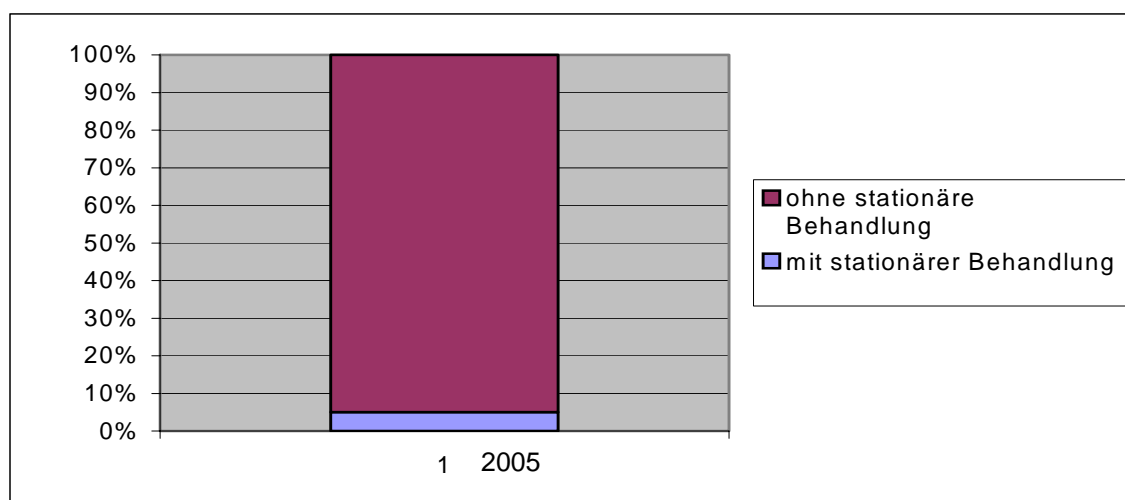
11. Stationäre notfallmäßige Behandlung innerhalb von 12 Monaten

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

Abb. 19 **Anteile und Anzahl der Patienten mit stationärer notfallmäßiger Behandlung innerhalb von 12 Monaten**



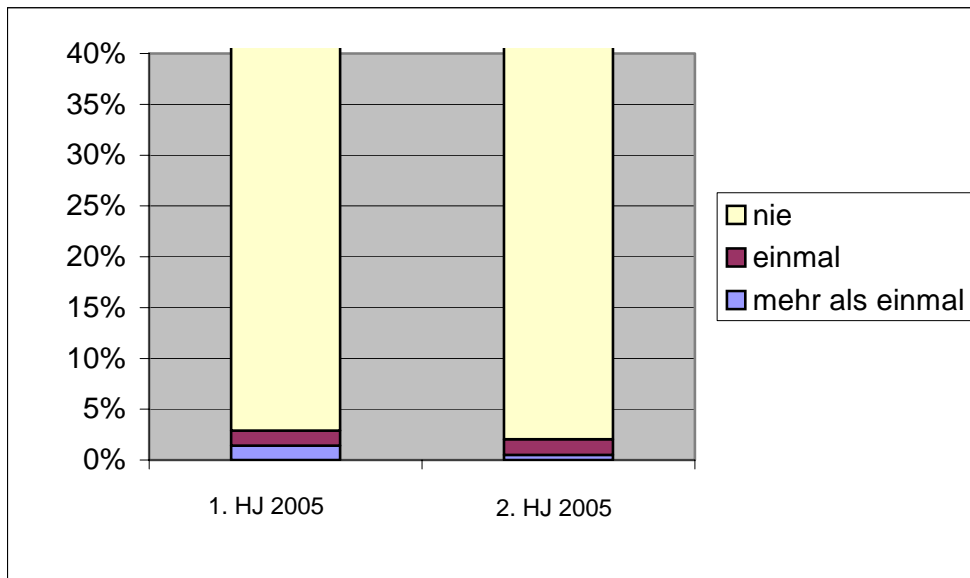
	Anzahl	Prozent
Patienten ohne stationäre Behandlung	24273	94,7
Patienten mit mindestens einer stationären Behandlung	1350	5,3
Grundgesamtheit	25623	100,0

Aufgrund der Auswertungszeit von lediglich einem Jahr und dem fehlenden Vergleichszeitraum kann dieses QS-Ziel noch nicht beurteilt 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.

Abb. 20 **Anteile und Anzahl der Patienten mit nicht-stationärer notfallmäßiger Behandlung innerhalb von 6 Monaten**



	1. HJ 2005		2. HJ 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nie	2669	97,1	21829	98
einmal	41	1,5	341	1,5
mehr als einmal	39	1,4	115	0,5

Der Anteil der Patienten, die keine notfallmäßige nicht-stationäre Behandlung hatten, ist geringfügig angestiegen, von 97,1% im ersten Halbjahr 2005 auf 98% im zweiten Halbjahr 2005.

III. Fazit

Die Ergebnisse des DMP KHK im Land Brandenburg zeigen, dass die vereinbarten Qualitätsziele bereits nach ca. einem 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, wobei der Anteil der eingeschriebenen KHK-Patienten mit Hypertonie mit ca. 80 % sehr hoch ist. 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 nur 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. Nach einem Jahr lag dieser Anteil bei ca. 83 %.
 - 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 79 % 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 von 16694 mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmer behandelten Patienten bei 79,8% das Gesamt-Cholesterin und bei 76,0 % das LDL-Cholesterin bestimmt wurde.
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“ ist auf die Vergleichszahlen des zweiten und dritten Jahres der Programmlaufzeit bezogen und damit zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beurteilbar.
4. Zu dem Qualitätsziel „Einhaltung der Überweisungskriterien“ wurden keine quantitativen Zielvorgaben genannt. Es fällt aber auf, dass 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 insgesamt mit Quoten zwischen 29,7 % und 40,9 % eher niedrig erscheinen. Möglicherweise ist dies der strukturschwachen Situation im Land Brandenburg geschuldet, eine kritische Diskussion dieser Zahlen sollte im Rahmen von ärztlichen Fortbildungen und Qualitätszirkeln geführt werden.
5. Auch das QS-Ziel „Wahrnehmung empfohlener Schulungen“ wurde nicht mit konkreten Zahlen hinterlegt. Der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Diabetes-Schulung wahrgenommen haben oder bei denen dies aktuell nicht möglich war, lag mit fast 90 % in einem sehr guten Bereich.
 Bei lediglich ca. 10 % der KHK-Patienten wurde eine Hypertonie-Schulungsempfehlung ausgesprochen, allerdings lag der Anteil der Patienten, die die empfohlene Schulung wahrgenommen haben oder bei denen dies aktuell nicht möglich war bei über 90 %. Die geringe Anzahl an Empfehlungen einer Hypertonie-Schulung liegt möglicherweise an den noch nicht flächendeckend vorhandenen Hypertonie-Schulungsangeboten im Land Brandenburg. Der Anteil der Ärzte, die eine Hypertonie-Schulungsberechtigung haben, ist zur Zeit noch deutlich geringer als der Anteil der Ärzte mit Diabetes-Schulungsberechtigung. Der Trend ist aber positiv. In Anbetracht der hohen Bedeutung, die der Hypertonus als Risikofaktor für Apoplex, Nephropathie und Myokardinfarkt hat, sollte über den weiteren Ausbau der Hypertonie-Schulungsstrukturen im Land mit den Ärzten diskutiert werden.