

**Qualitätsbericht
zum Disease-Management-Programm
Koronare Herzkrankheit (KHK) in Berlin**

Berichtszeitraum 01.01.2007 bis 31.12.2007

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zu diesem Bericht	2
1 Einleitung.....	3
2 Disease-Management-Programm (DMP).....	4
3 Qualitätssicherung im DMP.....	5
3.1 Strukturqualität.....	5
3.1.1 Hausärztlicher Versorgungssektor	6
3.1.2 Fachärztlicher Versorgungssektor	7
3.1.3. Durchführung von programmierten Schulungen	8
3.1.4 Qualitätssichernde Maßnahmen nach Erteilung der Teilnahmegenehmigung	9
3.1.5 Feedbackberichte.....	9
3.2 Weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung	10
4 Statistische Daten	11
4.1 Feedbackberichte	11
4.2 Anzahl der ambulanten Leistungserbringer	11
4.3 Daten zu den teilnehmenden Patienten.....	11
5 Erreichung der Qualitätsziele	15
5.1 Erhöhung der Zahl normotensiver Patienten mit bekannter Hypertonie.....	15
5.2 Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern zur Sekundärprävention.....	16
5.3 Therapie mit Betablockern bei Patienten mit chronischer KHK.....	17
5.4 Therapie mit ACE-Hemmern bei Patienten mit Herzinsuffizienz.....	18
5.5 Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern bei Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt	19
5.6 Verbesserung oder Verhinderung einer Verschlechterung der Angina pectoris Symptomatik.....	20
5.7 Wahrnehmung empfohlener Diabetes-Schulungen.....	21
5.8 Wahrnehmung empfohlener Hypertonie-Schulungen.....	22

Vorwort zu diesem Bericht

Vor Ihnen liegt der dritte Qualitätsbericht DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) der Gemeinsamen Einrichtung DMP Berlin GbR für das Jahr 2007.

Über vier Jahre sind nun seit der Einführung des Disease-Management-Programmes Koronare Herzkrankheit vergangen. Wir freuen uns, mit dem vorliegenden Bericht positive Ergebnisse und Entwicklung für dieses Disease-Management-Programm zu belegen.

Allen Beteiligten ist deutlich geworden: Die enge Zusammenarbeit der Versorgungsebenen, die Lotsenfunktion der beteiligten Hausärzte, die Behandlung nach wissenschaftlich anerkannten Leitlinien, die Schulung und Mobilisierung der Patienten zu einem aktiven Umgang mit ihrer Erkrankung bzw. einer Veränderung ihres Lebensstils, unterstützt durch die Vereinbarung individueller, realistischer Behandlungsziele – alles das macht ein Disease-Management-Programm aus.

Zu den wesentlichen Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung DMP Berlin GbR gehört der Prozess der Qualitätssicherung und die damit verbundene Veröffentlichung des Qualitätsberichtes. Mit der Herausgabe des Qualitätsberichtes stellt die Gemeinsame Einrichtung die gesetzlichen Anforderungen, die Versorgungsstrukturen und die Qualität der Behandlungsprozesse und –ergebnisse transparent dar.

Genauere Details sind in den folgenden Kapiteln des Berichtes nachzulesen.

Dr. med. Angelika Prehn

Vorsitzende der Gemeinsamen Einrichtung DMP Berlin GbR

1 Einleitung

Mit diesem Qualitätsbericht legen die beteiligten Vertragspartner – die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und alle gesetzlichen Krankenkassen Berlins – ihre arztbezogene Qualitätssicherung im DMP Koronare Herzkrankheit dar. Die versichertenbezogene Qualitätssicherung erfolgt durch die einzelnen Kassen in einem eigenen Bericht.

Im Qualitätsbericht wird die Versorgung der eingeschriebenen Versicherten dargestellt und die Ergebnisdaten dieses Programms für einen Zeitraum von einem Jahr präsentiert. Der Bericht erläutert neben dem Begriff der Disease-Management-Programme auch Einzelheiten zur ärztlichen Qualitätssicherung, insbesondere zur Struktur- und Prozessqualität. Weiterhin wird aufgezeigt, in welchem Umfang die vertraglich definierten Qualitätsziele des DMP KHK in Berlin erreicht wurden. Der Bericht basiert auf den von der Datenstelle als „plausibel“ und vollständig weitergeleiteten Datensätzen, die der Gemeinsamen Einrichtung für den Zeitraum vom 01.01.2007 bis 31.12.2007 übermittelt wurden. In die Auswertung gehen dabei nur Datensätze von Patienten ein, von denen mindestens zwei Dokumentationen, davon eine Folgedokumentation im 2. Halbjahr 2007 und eine Erst- oder eine Folgedokumentation im 1. Halbjahr 2007 vorliegen. Aus der Art der Auswertung ergibt sich, dass die Anzahl der am strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmenden Versicherten in Berlin größer ist, als die Anzahl der Patienten, über die berichtet wird. Trotzdem kann eine Aussage zur tendenziellen Entwicklung getroffen werden. Für die Auswertung dieses Berichtes ist die Anlage 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) (in der jeweils gültigen Fassung) die inhaltliche Grundlage. Diese Anlage ist die Basis, auf der die strukturierten Behandlungsprogramme umgesetzt wurden und auf der die Ziele zu den Qualitätsindikatoren vereinbart wurden.

Die nachfolgenden Darstellungen sollen die Ergebnisse des Disease-Management-Programmes KHK der interessierten Öffentlichkeit zugänglich machen.

2 Disease-Management-Programm (DMP)

Der Begriff DMP bezeichnet die Behandlung von Krankheitsbildern anhand evidenzbasierter Handlungsempfehlungen, bei der alle Therapieschritte wie Behandlung, Rehabilitation, Pflege und Einsatz von Leitlinien aufeinander abgestimmt sind.

Die Philosophie des Disease-Management-Programms ist eine kontinuierliche, qualitätsgesicherte und strukturierte Versorgung auf der Basis des besten verfügbaren Wissens. Disease Management fasst unterschiedliche Maßnahmen zur optimalen Behandlung eines gesamten Krankheitsbildes zusammen.

Es handelt sich hierbei um eine Versorgungsform, die sich über Strukturgrenzen hinweg mit der Sekundärprävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation einer Erkrankung befasst. Das generelle Ziel liegt in der Verbesserung der Koordination der Behandlungsabläufe, um mit dem optimalen Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen die beste medizinische Qualität und Versorgung zu erreichen. Komplikationen und Folgeerkrankungen chronischer Krankheiten sollen vermieden oder der Zeitpunkt des Auftretens verzögert werden. Die Therapie dient der Erhöhung der Lebenserwartung, der Reduktion der Morbidität und der Verbesserung der Lebensqualität der Versicherten. Der Patient soll durch gemeinsam mit dem koordinierenden Arzt festgelegten Behandlungsverlauf und Therapieziele zu einem gesundheitsbewussten Verhalten und zur aktiven Mitarbeit motiviert werden.

Die Erfassung und Auswertung wichtiger Behandlungsdaten – unter anderem durch den Versand von Feedbackberichten an die teilnehmenden Ärzte – soll hierbei unterstützen. Bisher wurden in Berlin strukturierte Behandlungsprogramme für die Krankheitsbilder Diabetes mellitus Typ 2, Diabetes mellitus Typ 1, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und COPD eingeführt.

3 Qualitätssicherung im DMP

Die Qualitätssicherung soll gewährleisten, dass die zentralen Intentionen, die mit dem strukturierten Behandlungsprogramm KHK verbunden sind, tatsächlich umgesetzt werden. Darüber hinaus soll die Qualitätssicherung der Weiterentwicklung des Programms und der Verbesserung der Patientenversorgung dienen. Die RSAV verpflichtet die Vertragspartner im Rahmen der Disease-Management-Programme zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und -aktivitäten. In den DMP-Verträgen wurden diese Anforderungen definiert. So legten die Vertragspartner u.a. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität fest.

Die Gemeinsame Einrichtung DMP Berlin GbR, die von den Vertragspartnern (Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen/-verbände) gebildet wurde, hat gemäß § 14 Abs. 2 und § 27 des DMP-Vertrages und § 3 des Gesellschaftsvertrages der Gemeinsamen Einrichtung DMP Berlin GbR die Aufgabe, auf Basis der von den teilnehmenden Ärzten regelmäßig zu erstellenden Dokumentationen die ärztliche Qualitätssicherung durchzuführen. Dazu gehört unter anderem:

- die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele
- die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß der RSAV
- die Durchführung des ärztlichen Feedbacks und
- die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung

3.1 Strukturqualität

Um am Disease-Management-Programm KHK teilnehmen zu können, müssen die Vertragsärzte bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Die Vertragsärzte können als „Koordinierende Ärzte“ (hausärztlicher Versorgungssektor) oder als Ärzte des „fachärztlich qualifizierten Versorgungssektors“ teilnehmen. Die Teilnahme muss durch die KV Berlin genehmigt werden. Die KV Berlin prüft die vertraglich vereinbarten strukturellen Voraussetzungen (gemäß der Anlage 1 und 2 des DMP-Vertrages) und stellt somit die Einhaltung der Qualitätsanforderungen sicher.

Ferner legt die RSAV fest, unter welchen Voraussetzungen Patienten im DMP eingeschrieben werden dürfen. Die Teilnahme am DMP ist für Patienten und für Ärzte freiwillig.

3.1.1 Hausärztlicher Versorgungssektor

Teilnahmeberechtigt für den hausärztlichen Versorgungssektor sind Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, die nachfolgenden Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten und die Kenntnissnahme der Information durch das Praxismanual bestätigen.

Der koordinierende Arzt muss folgende Anforderungen erfüllen:

- Möglichkeit, Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards durchzuführen
- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der KHK (EKG, Belastungs-EKG in Eigenleistung oder per Auftragsleistung in Anlehnung an die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie [Leitlinie zur Ergometrie¹])
- laborchemische Untersuchungen in einem Labor, welches ein Ringversuchszertifikat nachweisen kann

Apparative Voraussetzungen

Bei der Durchführung des Belastungs-EKGs dürfen nur Geräte verwendet werden, die genau festgelegten Anforderungen entsprechen. Darüber hinaus müssen bestimmte weitere apparative Voraussetzungen erfüllt sein:

- entsprechendes Ergometriegerät
- 12-Kanal-EKG
- EKG-Monitoring
- Defibrillator
- Notfallausrüstung zur Intubation (Ambubeutel, Laryngoskop, Endotrachealtubus, Führungsstab, Magill-Zange)
- Geräte zur Infusionstherapie (Infusionslösung, [NaCl, Glukose], Infusionsbestecke)
- Notfallmedikation
- Möglichkeit der Sauerstoffgabe per Nasensonde
- Liege

¹ Leitlinie zur Ergometrie, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, bearbeitet im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiologie von H.J. Trappe und H. Löllgen: Z. Kardiologie. 89(200), 821-838

Personelle Voraussetzungen

- Ausgebildetes Personal für das sorgfältige Anlegen und eine qualitätsgesicherte EKG-Registrierung
- Ständige Anwesenheit eines Arztes (muss über adäquate EKG-Kenntnisse verfügen und den Patienten in Notfällen versorgen können, Erstellen eines standardisierten Protokolls) während der gesamten Untersuchung

In regelmäßigen Abständen, mindestens einmal jährlich, eine KHK-spezifische Fortbildung der teilnehmenden Ärzte durch von der KV oder von den Ärztekammern anerkannte oder zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen (z.B. durch Qualitätszirkel)

3.1.2 Fachärztlicher Versorgungssektor

Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte, die folgende Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte einhalten und die Kenntnisnahme der Information durch das Praxismanual bestätigen.

Fachärztlich tätiger Internist oder Kardiologe (zur nicht invasiven Diagnostik und Therapie der KHK):

Fachliche Anforderungen

Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung "Kardiologie"

oder

Facharzt für Innere Medizin

und

- eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Klinik für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie innerhalb der letzten 5 Jahre

oder

- die regelmäßige Betreuung von mindestens 150 Patienten im Durchschnitt mit KHK pro Quartal im letzten Jahr vor Antragstellung

KHK spezifische Fortbildung der teilnehmenden Ärzte durch von der KV oder von den Ärztekammern anerkannte oder zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen (z.B. Qualitätszirkel) mindestens zweimal jährlich

Organisatorische Voraussetzungen und Geräte

- Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards
- 24-Stunden-Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards
- Qualitätsgesicherte EKG-Durchführung
- Belastungs-EKG unter Berücksichtigung der Leitlinien zur Ergometrie

- Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung der Doppler-Echokardiographie mit Farbkodierung (bestimmte Untersuchungs- und Darstellungsmethode des Herzens mit Ultraschall) gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung
- Laborchemische Untersuchungen in einem Labor, welches ein Ringversuchszertifikat nachweisen kann
- Möglichkeit zur Durchführung der Röntgenuntersuchung des Thorax (Brustkorb) ggf. per Auftragsleistung

Kardiologe mit der Möglichkeit zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen² (Linkskatheteruntersuchungen, therapeutische Katheterinterventionen):

Fachliche Voraussetzungen

- Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“
- Nachweis² der Befähigung zur Durchführung invasiver kardiologischer Leistungen (diagnostische und therapeutische Katheterintervention) gegenüber der KV
- KHK-spezifische Fortbildung durch von der KV oder von den Ärztekammern anerkannte oder zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen (z.B. durch Qualitätszirkel) mindestens zweimal jährlich

3.1.3. Durchführung von programmierten Schulungen

Nach den Regelungen der RSAV soll jeder am DMP teilnehmende Patient Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten. Im Rahmen des DMP KHK werden in Berlin verschiedene Schulungen für teilnehmende Patienten angeboten. Es handelt sich dabei um Schulungsprogramme, die vom Bundesversicherungsamt zugelassen wurden. Folgende Schulungsprogramme können von eingeschriebenen Patienten zielgruppenspezifisch in Anspruch genommen werden:

- Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) (Heise-T, Jennen-E, Sawicki-P. ZaeFQ 95; 349-355)
- Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Sawicki-P, Jörgens-V. J of Human Hyertension 1997. 11: 501-506)
- Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen; in der jeweils aktuellsten Auflage, bearbeitet von Dr. M. Grüßer und Dr. V. Jörgens; Deutscher Ärzte Verlag
- Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen; in der jeweils aktuellsten Auflage, bearbeitet von Dr. M. Grüßer und Dr. V. Jörgens; Deutscher Ärzte Verlag

² gem. „Voraussetzungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen vom 03.09.1999

- Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen; in der jeweils aktuellsten Auflage, bearbeitet von Dr. M. Grüßer und Dr. V. Jörgens; Deutscher Ärzte Verlag
- Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG) (Sawicki PT, for the Working Group for the Study of Patient Self-Management of oral Anticoagulation. JAMA 1999, 281: 145 - 150)]

Um die Patientenschulungen durchführen zu dürfen, bedarf es einer Genehmigung durch die KV Berlin. Dazu ist es notwendig, dass der Arzt (und ggf. seine Praxismitarbeiter) erfolgreich an einer entsprechenden Fortbildung teilgenommen hat/haben, die zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert.

3.1.4 Qualitätssichernde Maßnahmen nach Erteilung der Teilnahmegenehmigung

Aus dem Spektrum der Fortbildungsmaßnahmen müssen Ärzte, die als koordinierende Ärzte am Vertrag teilnehmen, mindestens einmal, und Ärzte, die als Fachärzte am Vertrag teilnehmen, mindestens zweimal jährlich eine KHK spezifische anerkannte oder zertifizierte Fortbildung nachweisen. Dies wird durch die Gemeinsame Einrichtung kontrolliert und überwacht. Auf Beschluss der Gemeinsamen Einrichtung werden für das Jahr 2007 die Fortbildungsnachweise der am DMP KHK teilnehmenden Ärzte durch die KV Berlin überprüft. Die Überprüfung orientierte sich an der Musterfortbildungsordnung der Bundesärztekammer. Insgesamt wurden von 1.589 zu diesem Zeitpunkt teilnehmenden Ärzten entsprechende Nachweise angefordert. 889 Ärzte besuchten einen Vortrag mit Diskussion zum Thema KHK, 782 Ärzte wiesen eine Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers (z.B. Qualitätszirkel) nach. 252 Ärzte hatten mehrtägige Kongresse im In- und Ausland besucht. Ferner gaben 795 Teilnehmer an, ein Selbststudium durch Fachliteratur und –bücher sowie Lehrmittel durchgeführt zu haben. (Mehrfachnennungen waren möglich)

3.1.5 Feedbackberichte

Eine Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung in der Qualitätssicherung ist das Erstellen von Feedbackberichten für die am DMP als koordinierender Arzt teilnehmenden Ärzte. Dabei werden nur die Daten der Patienten ausgewertet, für die mindestens zwei gültige Dokumentationen vorliegen. Hierbei sind die Daten der jeweiligen Praxis den Durchschnittsdaten aller teilnehmenden Praxen gegenübergestellt.

Zudem erhält der koordinierende Arzt allgemeine Hinweise zur möglichen Verbesserung der Patientenversorgung. Dem Arzt steht damit ein strukturiertes Instrument zur Selbstüberprüfung zur Verfügung. Weiterhin erhält der Arzt dort, wo es die Anlage 9 „Qualitätssicherung 6a“ vorsieht, spezielle Hinweise zur Patientenversorgung.

3.2 Weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Neben der Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität wurden durch die Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung DMP Berlin GbR folgende Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Rahmen des DMP KHK durchgeführt:

- diverse Veröffentlichungen im KV-Blatt
- Service-Telefone
- Begleitende Hotline beim Versand der Feedbackberichte
- In Kooperation zwischen der KV Berlin und der AOK Berlin: Durchführung von Pharm-Pro-Beratungen
- Informationsveranstaltungen zur Pharmakotherapie bei KHK
- Information der Ärzte über Mailings
- Dokumentationsschulungen
- Reminder
- Informationsveranstaltungen und Dokumentationsschulungen für Ärzte und Arzthelferinnen.

4 Statistische Daten

4.1 Feedbackberichte

Für das DMP KHK wurden für den Zeitraum 01.01.2007 – 30.06.2007 insgesamt 1.140 Feedbackberichte und für den Zeitraum 01.07.2007 – 31.12.2007 insgesamt 1.172 Feedbackberichte an die teilnehmenden Vertragsärzte versandt. Sie entsprechen den Vorgaben der Anlage 9 „Qualitätssicherungsziele, -indikatoren und -maßnahmen“.

4.2 Anzahl der ambulanten Leistungserbringer

Zum Stichtag 31.12.2007 nehmen 1.589 Ärzte als koordinierender Arzt gemäß § 3 sowie § 4 Abs. 3 des DMP-Vertrages am DMP KHK teil. Davon haben 88 Ärzte auch eine Genehmigung für den fachärztlich qualifizierten Versorgungssektor gem. § 4. 4 Ärzte nehmen ausschließlich nach § 4 am fachärztlich qualifizierten Versorgungssektor teil. Unter den teilnehmenden kardiologisch qualifizierten Fachärzten haben 14 Ärzte eine Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch und therapeutisch).

Eine Schulungsberechtigung für das „Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie“ haben zum Stichtag 31.12.2007 383 Ärzte, für das „Strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm“ vier Ärzte und für die „SPOG-Schulung (Schulung für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung)“ 17 Ärzte.

4.3 Daten zu den teilnehmenden Patienten

Voraussetzung für die Einschreibung eines Patienten in das DMP ist die vollständige, plausible und fristgerecht eingereichte Erstdokumentation zusammen mit der Teilnahme-/Einwilligungserklärung. Insgesamt wurde in dem Zeitraum 01.01.2007 – 31.12.2007 eine Anzahl von 18.713 Erstdokumentationen bei der Datenstelle eingereicht.

Liegt von einem Versicherten eine Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei der Datenstelle vor und fehlt für die wirksame Einschreibung noch die Erstdokumentation, fordert die Datenstelle wöchentlich, insgesamt bis zu viermal, die fehlende Erstdokumentation bei dem Vertragsarzt ein.

Beim Eingang der Dokumentationen prüft die Datenstelle diese auf Vollständigkeit und Plausibilität. Vollständig ist eine Dokumentation, wenn alle erforderlichen Datenfelder ausgefüllt sind. Bei unvollständig bzw. nicht plausibel vorliegenden Dokumentationen fordert die Datenstelle die vollständige Dokumentation beim koordinierenden Arzt nach.

Für die Vollständigkeit der Dokumentation sieht der DMP-Vertrag vor, dass eine Vollständigkeitsquote beim ersten Eingang von

- 60% nach Ablauf der ersten 12 Monate,
- 85% im Laufe der nächsten 24 Monate

erreicht werden soll.

Bezogen auf die o.g. Anzahl eingereicherter Erstdokumentationen wurden 18.501 vollständig und plausibel und 13.781 sofort vollständig und plausibel eingereicht. Hingegen wurden 212 nicht vollständig bzw. nicht plausibel ausgefüllte Erstdokumentationen eingereicht. Im Umkehrschluss heißt dies, dass 98,87% der im Berichtszeitraum eingereichten

Erstdokumentationen vollständig bzw. plausibel waren und 73,64% beim ersten Eingang plausibel und vollständig waren.

Von allen am strukturierten Behandlungsprogramm koronare Herzkrankheit im Zeitraum vom 01.01.2007 - 31.12.2007 eingeschriebenen Versicherten gingen 134.212 Folgedokumentationen bei der Datenstelle ein. Hiervon waren insgesamt 133.728 vollständig und plausibel ausgefüllt und 118.434 sogar sofort vollständig und plausibel, d.h. es bestand kein Korrekturbedarf. Hingegen waren 484 der eingereichten Folgedokumentationen nicht vollständig bzw. nicht plausibel. Die Vollständigkeitsquote lag bei den Folgedokumentationen demnach bei 99,25%. 88,24% der Folgedokumentationen auf Anrieb vollständig und plausibel. Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

Weiterhin wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass bei ausstehenden Dokumentationen von der Datenstelle ein Reminder an den Arzt versandt wird, in dem er an die Erstellung und fristgerechte Einreichung der Dokumentation erinnert wird. Im Betrachtungszeitraum wurden 5.440 Reminder, die sich auf 1.526 Ärzte aufteilten, versandt.

Im Zeitraum vom 01.01.2007 – 31.12.2007 fehlten von allen bis zu diesem Zeitpunkt eingeschriebenen Versicherten 8.015 Folgedokumentationen von 145.770 zu erwartenden Folgedokumentationen, wobei hiervon keine fehlenden Folgedokumentationen von bereits in vorangegangenen Quartalen verfristeten oder beendeten Fällen enthalten sind. Die Quote der ausstehenden Folgedokumentationen beträgt 5,5%.

Altersverteilung Patienten

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

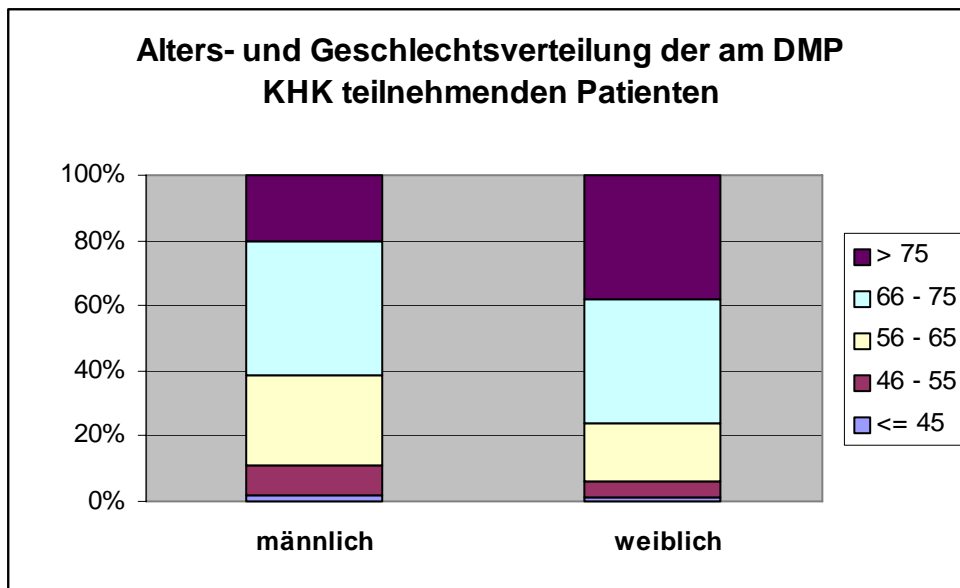
Die Tabelle stellt die Alters- und Geschlechtsverteilung der eingeschriebenen Patienten in Berlin dar.

Im Durchschnitt sind die Patienten im DMP KHK in Berlin 70 Jahre alt. Der Anteil der Patienten, die über 75 Jahre alt sind, beträgt 30,5%. 1,6% der Patienten sind höchstens 45 Jahre alt. Der Anteil der Patienten, die zwischen 46 Jahre und 75 Jahre alt sind, beträgt 67,9%.

39% der Patienten sind weiblich. 61% der Patienten sind männlich.

Alters- und Geschlechtsverteilung der am DMP KHK teilnehmenden Patienten:

Alter	männlich		weiblich	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
<= 45	604	1,83	242	1,15
46 - 55	2.863	8,7	1.067	5,07
56 - 65	7.663	23,28	3.262	15,49
66 - 75	13.915	42,27	7.885	37,45
> 75	7.846	23,84	8.592	40,81



Anteile der Patienten, die Nichtraucher bzw. Raucher sind

Die **Tabelle** zeigt die Anteile und Anzahl der Patienten, die Raucher bzw. Nichtraucher sind, an allen eingeschriebenen Patienten im aktuellen Berichtszeitraum (Grundgesamtheit aktuell: 53.928).

85,4% der Patienten sind Nichtraucher.

Anteile und Anzahl der Patienten, die Nichtraucher bzw. Raucher sind:

	in %	absolut
Raucher	14,6	7.869
Nichtraucher	85,4	46.059

Anteil der Patienten, die Raucher sind und denen die Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen wurde

Für diese Auswertung wurden alle gültigen Erst- und Folgedokumentationen im Betrachtungszeitraum ausgewertet unabhängig davon, ob im „aktuellen“ oder im Zeitraum „vorher“ eine Dokumentation vorlag. Sobald ein Versicherter im Betrachtungszeitraum in einer Dokumentation als Raucher ausgewiesen wurde, ist dieser in die "Gesamtzahl Raucher" eingegangen. Die Gesamtzahl der Raucher im Berichtszeitraum betrug 7.869 Patienten, von denen 7.109 Patienten eine Empfehlung zur Aufgabe des Tabakkonsums erhalten haben. Somit haben 90,34% der Raucher eine Empfehlung erhalten.

Anteil der aktuell eingeschriebenen Patienten mit den genannten, bekannten Begleit- und Folgeerkrankungen

Von 32.282 gültigen Erstdokumentationen wiesen 16.548 Dokumentationen für Patienten eine oder mehrere bekannte Begleit- und Folgeerkrankungen aus.

Anzahl der Versicherten mit...	absolut	prozentual
bekannter Herzinsuffizienz	2837	17,14%
bekanntem Diabetes mellitus	4333	26,18%
Zustand nach Myokardinfarkt	5387	32,55%
bekannter Fettstoffwechselstörung	10566	63,85%
bekanntes symptomatisches Herzrhythmusstörungen	2857	17,26%

5 Erreichung der Qualitätsziele

In diesem Abschnitt wird die Erreichung der vereinbarten Qualitätsziele dargestellt. Grundlage hierfür sind die Anlage 5 der RSAV, aus der in einigen Passagen zitiert wird, und die vertraglichen Vereinbarungen, insbesondere die Anlage 9 „Qualitätssicherung 6a“ des DMP-Vertrages. Die Ergebnisse sind in bezug auf die im DMP-Vertrag vereinbarten Qualitätsziele textlich und in Form von Grafiken dargestellt. Es werden hierbei Daten von 42.162 Patienten berücksichtigt und entweder die Daten der Erstdokumentation mit einer Folgedokumentation oder die Daten von zwei Folgedokumentationen gegenübergestellt.

Die Angabe KV vorher bezieht sich jeweils auf das 1. Halbjahr 2007; die Angabe KV aktuell auf das 2. Halbjahr 2007.

5.1 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.

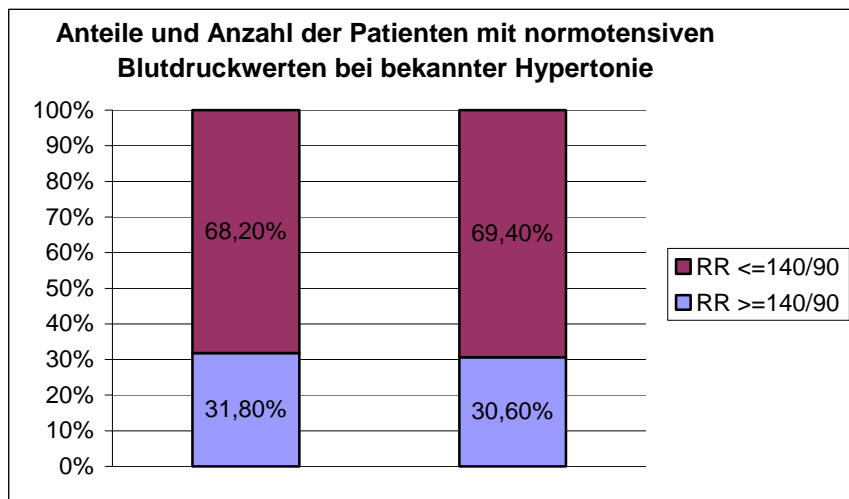
Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- im 1. Jahr mehr als 40%,
- im 2. Jahr mehr als 45%,
- im 3. Jahr mehr als 50%

der Patienten mit bekannter Hypertonie normotensive Werte aufweisen sollen.

Die **Abbildung** zeigt die Anteile der Patienten, die bei bekannter Hypertonie aktuell normotensive Blutdruckwerte (< 140 und < 90 mmHg) aufweisen an allen eingeschriebenen Patienten mit bekannter Hypertonie (Grundgesamtheit im aktuellen Berichtszeitraum: 33.811).

69,4% der Patienten mit bekannter Hypertonie weisen normotensive Blutdruckwerte auf. Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von mehr als 50% erreicht.



	KV vorher		KV aktuell	
RR \geq 140/90	10.062	31,80%	10.348	30,60%
RR \leq 140/90	21.607	68,20%	23.463	69,40%

5.2 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 im DMP-Vertrag vereinbart, dass

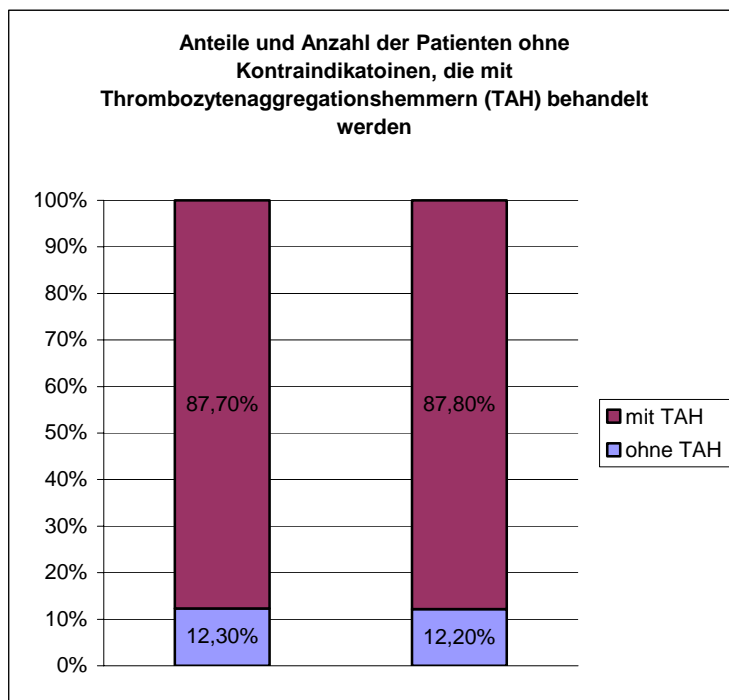
- im 1. Jahr mehr als 70%,
- im 2. Jahr mehr als 80%,
- im 3. Jahr mehr als 90%

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

Die Abbildung zeigt die Anteile der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit Thrombozytenaggregationshemmern behandelt werden an allen eingeschriebenen Patienten ohne Kontraindikationen (Grundgesamtheit aktuell: 41.031).

Der Anteil der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit TAH behandelt werden, betrug im aktuellen Berichtszeitraum 87,8%.

Im betrachteten Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von mehr als 90% der Patienten nicht erreicht.



	KV vorher		KV aktuell	
ohne TAH	4.752	12,30%	5.011	12,20%
mit TAH	33.774	87,70%	36.020	87,80%

5.3 Therapie mit Betablockern bei Patienten mit chronischer KHK

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

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass

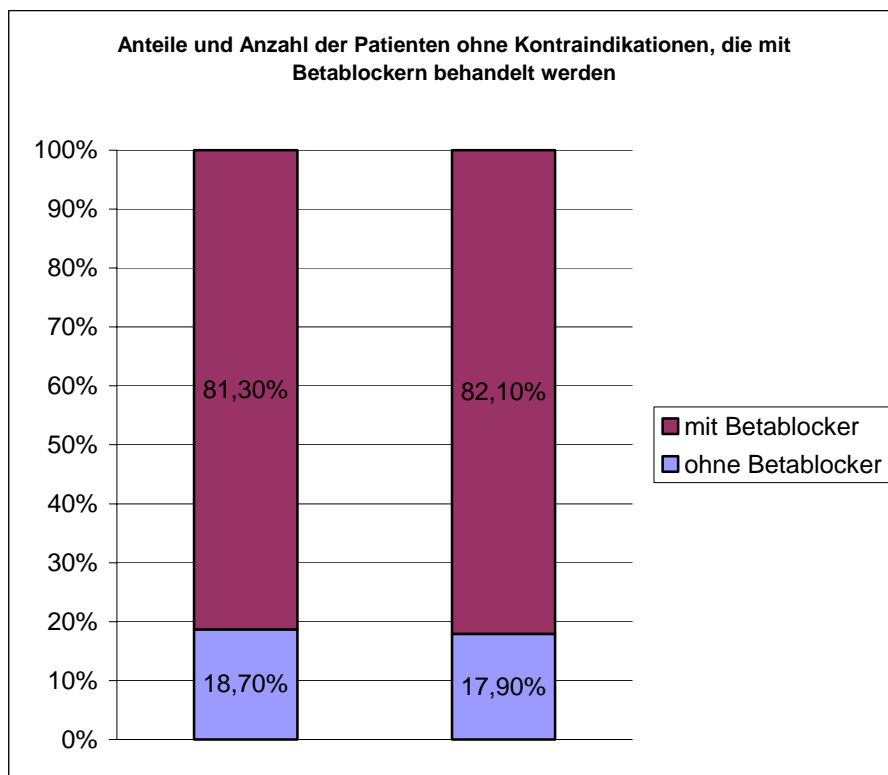
- im 1. Jahr mehr als 75%,
- im 2. Jahr mehr als 80%,
- im 3. Jahr mehr als 85%

der Patienten ohne Kontraindikationen mit Betablockern behandelt werden sollen.

Die Abbildung zeigt die Anteile der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit Betablockern behandelt werden, an allen eingeschriebenen Patienten ohne Kontraindikationen (Grundgesamtheit aktuell: 39.748).

Der Anteil der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit Betablockern behandelt werden, betrug im aktuellen Berichtszeitraum 82,1%.

Das Qualitätsziel von mehr als 85% wurde nicht erreicht.



	KV vorher		KV aktuell	
ohne Betablocker	6.964	18,70%	7.112	17,90%
mit Betablocker	30.367	81,30%	32.636	82,10%

5.4 Therapie mit ACE-Hemmern bei 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

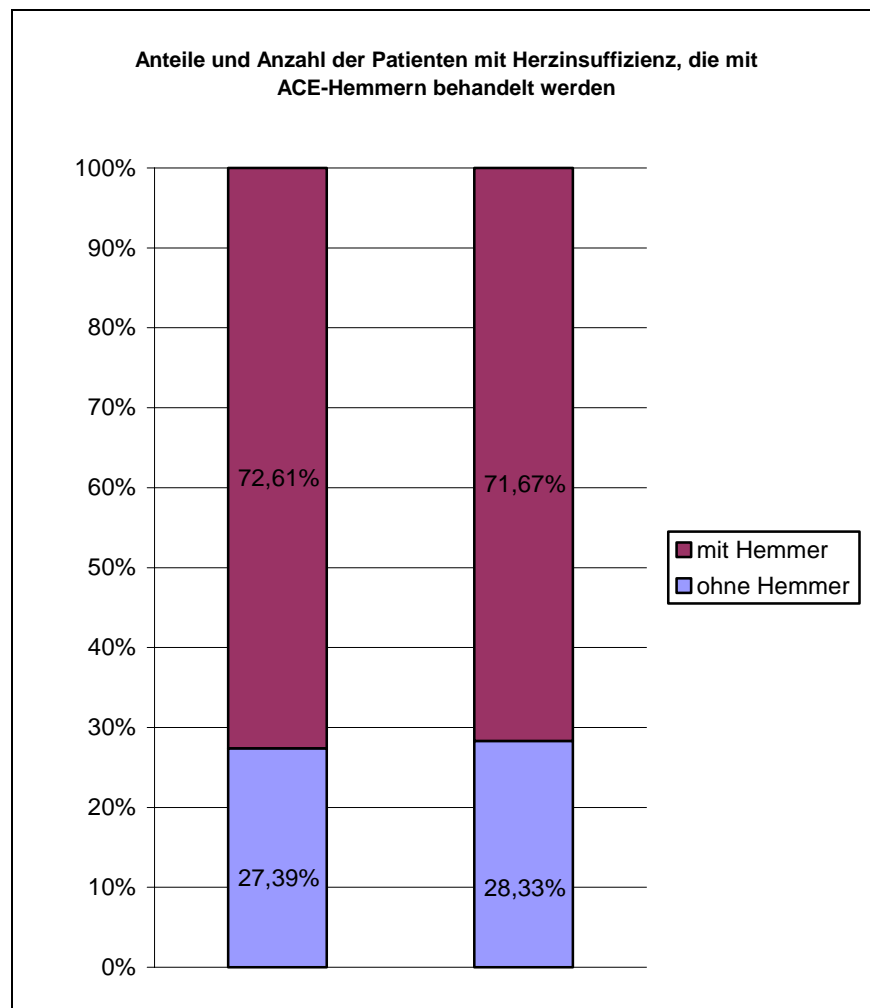
- im 1. Jahr mehr als 60%,
- im 2. Jahr mehr als 70%,
- im 3. Jahr mehr als 80%

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

Die **Abbildung** zeigt die Anteile der Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit ACE-Hemmern behandelt werden, an allen eingeschriebenen Patienten mit Herzinsuffizienz (Grundgesamtheit aktuell: 4.188).

Der Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit ACE-Hemmern behandelt werden, betrug im aktuellen Berichtszeitraum 71,67%.

Das Qualitätsziel von mehr als 80% wurde nicht erreicht.



	KV vorher		KV aktuell	
ohne Hemmer	575	27,39%	670	28,33%
mit Hemmer	1.524	72,61%	1.695	71,67%

5.5 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 im DMP-Vertrag vereinbart, dass

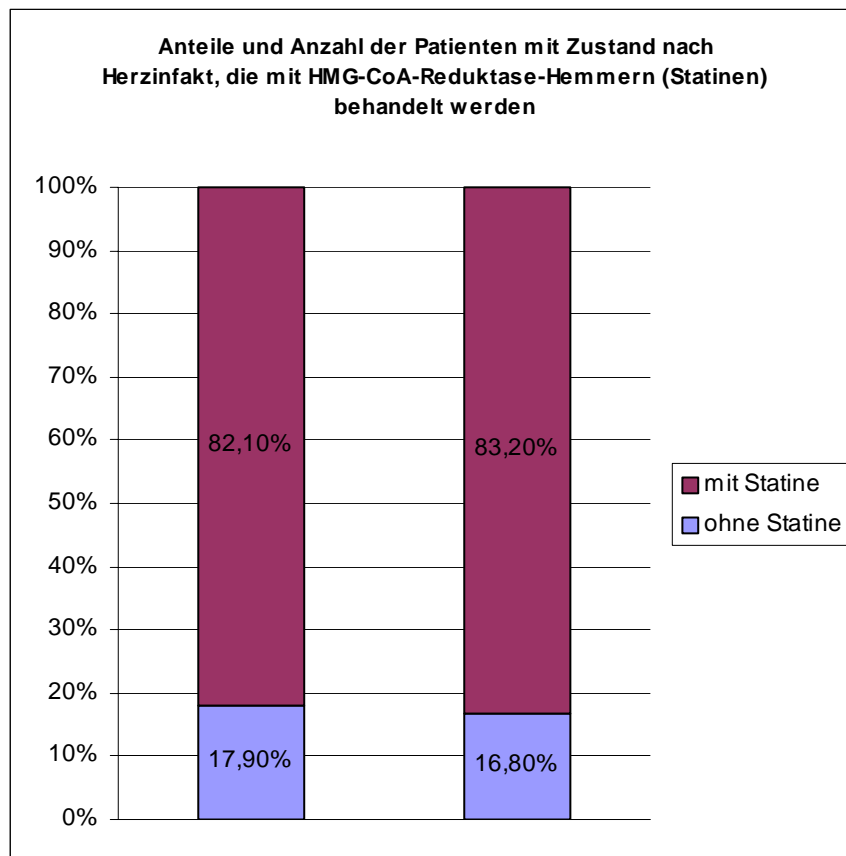
- im 1. Jahr mehr als 50%,
- im 2. Jahr mehr als 60%,
- im 3. Jahr mehr als 70%

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

Die **Abbildung** zeigt die Anteile der Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt, die mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern behandelt werden an allen eingeschriebenen Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt (Grundgesamtheit aktuell: 15.163).

Der Anteil der Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt, die mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern behandelt werden, betrug im aktuellen Berichtszeitraum 83,2%.

Das Qualitätsziel von mehr als 70% wurde erreicht und somit wesentlich übertroffen.



	KV vorher		KV aktuell	
ohne Statine	2.568	17,90%	2.542	16,80%
mit Statine	11.793	82,10%	12.621	83,20%

5.6 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 zu §§ 28b bis 28g, Ziffer 1.3, Nummer 3 der RSAV)

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass

- im 1. Jahr weniger als 70%,
- im 2. Jahr weniger als 65%,
- im 3. Jahr weniger als 60%

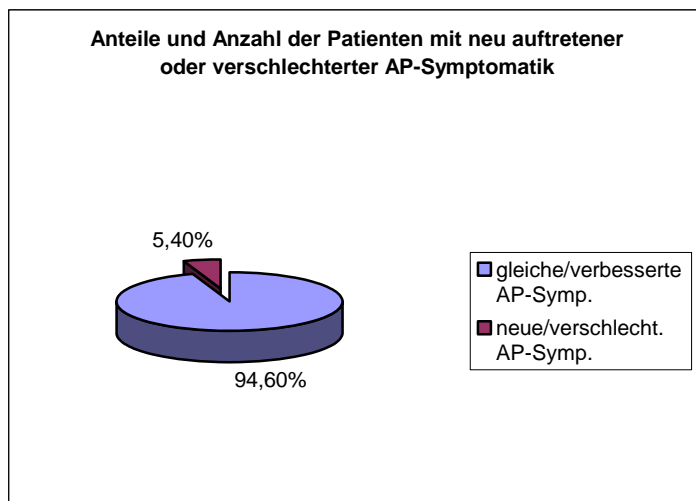
der Patienten eine neu aufgetretene AP-Symptomatik oder eine Verschlechterung der AP-Symptomatik aufweisen sollen.

Die Abbildung zeigt die Anteile und Anzahl der Patienten mit neu aufgetretener oder verschlechterter AP-Symptomatik an allen eingeschriebenen Patienten ohne Shift-Patienten (Grundgesamtheit aktuell: 40.363).

Als Shift-Patienten werden Patienten bezeichnet, deren AP-Symptomatik von einer typischen zu einer atypischen oder umgekehrt wechselt.

Der Anteil der Patienten mit neu aufgetretener oder verschlechterter AP-Symptomatik betrug im aktuellen Berichtszeitraum 5,4%.

Das Qualitätsziel von weniger als 60% wurde erreicht.



	KV vorher		KV aktuell	
	gleiche/verbesserte AP-Symp.	30.730	94,30%	38.186
neue/verschlecht. AP-Symp.	1.864	5,70%	2.177	5,40%

5.7 Wahrnehmung empfohlener Diabetes-Schulungen

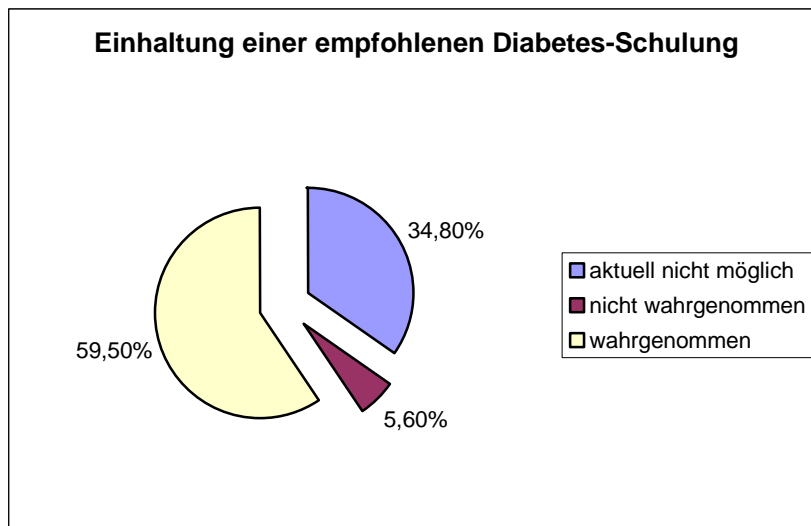
"Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen..." (Anl. 5 RSAV)

Über die Programmlaufzeit sollen im Mittel 60% der Patienten, denen eine Schulung empfohlen wurde, in der folgenden Dokumentation eine empfohlene Schulung wahrgenommen haben.

Die Abbildung (Grundgesamtheit aktuell: 462) zeigt die Anteile und Anzahl der Patienten, die eine empfohlene Diabetes-Schulung

- wahrgenommen haben
 - nicht wahrgenommen haben bzw.
 - bei denen eine Schulung aktuell nicht möglich war
- an allen eingeschriebenen Patienten, denen eine Diabetes-Schulung empfohlen wurde.

59,5% der Patienten haben im aktuellen Berichtszeitraum eine empfohlene Diabetes-Schulung wahrgenommen. Das Qualitätsziel wurde somit knapp verfehlt.



	KV vorher		KV aktuell	
aktuell nicht möglich	196	35,80%	161	34,80%
nicht wahrgenommen	28	5,10%	26	5,60%
wahrgenommen	323	59,0%	275	59,50%

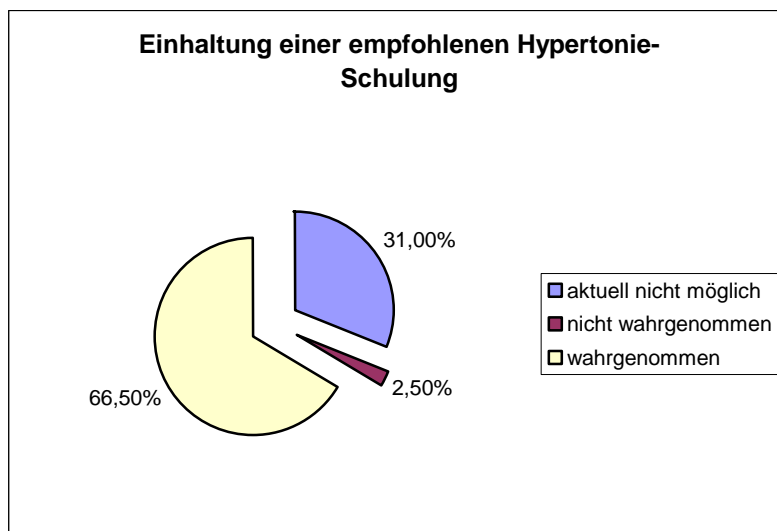
5.8 Wahrnehmung empfohlener Hypertonie-Schulungen

Über die Programmlaufzeit sollen im Mittel 60% der Patienten, denen eine Schulung empfohlen wurde, in der folgenden Dokumentation eine empfohlene Schulung wahrgenommen haben.

Die Abbildung (Grundgesamtheit aktuell: 1.822) zeigt die Anteile und Anzahl der Patienten, die eine empfohlene Hypertonie-Schulung

- wahrgenommen haben
 - nicht wahrgenommen haben bzw.
 - bei denen eine Schulung aktuell nicht möglich wahr
- an allen eingeschriebenen Patienten, denen eine Hypertonie-Schulung empfohlen wurde.

66,5% der Patienten haben im aktuellen Berichtszeitraum eine empfohlene Hypertonie-Schulung wahrgenommen. Das Qualitätsziel von durchschnittlich 60% wurde erreicht.



	KV vorher		KV aktuell	
aktuell nicht möglich	626	29,30%	565	31,0%
nicht wahrgenommen	89	4,20%	45	2,50%
wahrgenommen	1.419	66,50%	1.212	66,50%

6. Zusammenfassung und Ausblick

In dem vorliegenden Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung DMP Berlin GbR werden die Ergebnisse der ärztlichen Qualitätssicherung des dritten Jahres der Laufzeit des strukturierten Behandlungsprogramms Koronare Herzkrankheit in Berlin dargestellt.

Am Ende des dritten Berichtsjahres nahmen in Berlin 1.589 koordinierende Ärzte am DMP Koronare Herzkrankheit teil, davon haben 88 Ärzte eine Genehmigung für den fachärztlich qualifizierten Versorgungssektor. Vier Ärzte nahmen ausschließlich am fachärztlich qualifizierten Versorgungssektor teil. Insgesamt haben 14 teilnehmende kardiologisch qualifizierte Ärzte eine Berechtigung „Invasive Kardiologie“. Insgesamt bieten 404 teilnehmende Ärzte Schulungsprogramme für Patienten an. 17 Ärzte davon haben eine Schulungsberechtigung für die „SPOG-Schulung (Schulung für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung)“. Den teilnehmenden Ärzten wurden die DMP-Ergebnisse, bezogen auf ihre Patienten im Vergleich zu allen teilnehmenden Ärzten im Bereich der KV Berlin, bereits in den zugesandten Feedbackberichten dargestellt. Diese Berichte stellen eine wesentliche Grundlage für den hier vorliegenden Qualitätsbericht dar. Darin wurden 42.162 in das DMP KHK eingeschriebene Patienten betrachtet.

Die Einführung des DMP bedeutet für Ärzte und Patienten eine stärkere Strukturierung im Behandlungsablauf, die auch geänderte Anforderungen an das Praxismanagement stellt. Ausdruck dafür ist unter anderem die notwendige Dokumentation, geplante Wiedervorstellung und Überweisung der Patienten gemäß den im Programm definierten Schnittstellen. Von den Dokumentationen waren beim Ersteingang nur 73,64% der Erstdokumentationen und 88,24% der Folgedokumentationen korrekt. Die notwendige Fehlerbearbeitung durch die Arztpraxen und die Datenstelle führte zu 98,87% korrekten Erst- und 99,25% korrekten Folgedokumentationen. Der Korrekturbedarf bindet erhebliche personelle Kapazitäten und beinhaltet auch die Gefahr einer Verfristung von Dokumentationen, die zu einer Ausschreibung von Patienten aus dem Programm führen kann. Um eine Verbesserung der Dokumentations-, Struktur- und Prozessqualitäten zu erreichen, wurden durch die Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung umfangreiche Maßnahmen, wie beispielsweise Dokumentationsschulungen, Praxisbesuche, Arzthelferinnenschulungen, durchgeführt.

Ziel der Disease-Management-Programme ist es, neben einer Verbesserung der Behandlungsabläufe und Zusammenarbeit der Sektoren auch eine gute Qualität der medizinischen Versorgung zu erreichen. Die Auswertung der vorliegenden Dokumentationen zeigt, dass die Versorgung von Patienten mit Koronarer Herzkrankheit in vielen Bereichen in Berlin sehr gut ist. Die vereinbarten Qualitätsziele wurden wie bereits in den vorherigen Berichtszeiträumen oft erreicht oder sogar deutlich bessere Ergebnisse erzielt. So wurde im aktuellen Berichtszeitraum bei 5,4% der Patienten eine neu aufgetretene oder verschlechterte Angina-Pectoris-Symptomatik dokumentiert. Das Qualitätsziel von weniger als 60% wurde damit deutlich erreicht. 69,4% der Patienten mit bekannter Hypertonie wiesen im aktuellen Berichtszeitraum normotensive Blutdruckwerte auf. Das vereinbarte Qualitätsziel von mehr als 50% wurde damit erfüllt.

Im Bereich der medikamentösen Therapie wurden die vereinbarten Qualitätsziele erreicht oder nur sehr knapp verfehlt. Der Anteil der Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt, die mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern behandelt werden, betrug im aktuellen Berichtszeitraum 83,2% (Zielwert > 70%). Der Anteil der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit Thrombozytenaggregationshemmern behandelt werden, betrug im aktuellen

Berichtszeitraum 87,8% (Zielwert > 90%). Der Anteil der Patienten, die ohne das Vorliegen von Kontraindikationen mit einem Betablocker behandelt werden, betrug 82,1% (Zielwert > 85%). Der Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit ACE-Hemmern therapiert werden, betrug im aktuellen Berichtszeitraum 71,67% (Zielwert > 80%).

Im Programm werden Schulungen für Patienten mit Hypertonie und/oder Diabetes mellitus Typ 2 angeboten. Über die Programmlaufzeit sollen im Mittel 60% der Patienten, denen eine Schulung empfohlen wurde, in der folgenden Dokumentation eine empfohlene Schulung wahrgenommen haben. Für die Gruppe der Patienten, die eine Diabetes-Schulung empfohlen bekommen haben (Grundgesamtheit 462 Patienten), war dies für 59,5 % der Fall. Für die Gruppe der Patienten, die eine Hypertonie-Schulung empfohlen bekommen haben, (Grundgesamtheit 1.822 Patienten) war dies für 66,5 % der Fall.

Auf die Bedeutung einer evidenzbasierten Arzneimitteltherapie, der invasiven Diagnostik und Intervention, die im Rahmen einer differenzierten Therapieplanung mit dem Patienten auf der Basis einer individuellen Nutzen- und Risikoabschätzung durchzuführen sind, wurden die teilnehmenden Ärzte auf Informations- und Fortbildungsveranstaltungen intensiv hingewiesen.

Den Ärzten wurde in den versandten Feedbackberichten ihre Verordnungsweise im Vergleich zu den übrigen teilnehmenden Ärzten der KV Berlin aufgezeigt. Zusätzlich wurden sie in den Berichten beispielsweise auf andauernd hypertone Patienten hingewiesen, wobei auch die antihypertensive Therapie und der Schulungsstatus der betreffenden Patienten aufgezeigt wurde. Zur Unterstützung der Ärzte bei der leitliniengerechten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie sowie zur Erörterung problematischer Fälle sind weitere Fortbildungsveranstaltungen zur Pharmakotherapie und zur leitlinienorientierten Therapie der Koronaren Herzkrankheit geplant.