

Regelmäßigkeit der Teilnahme und Erreichen der Qualitätsziele

Ergebnisse aus dem Disease Management Programm Koronare Herzkrankheit in Nordrhein

Bernd Hagen • Sabine Groos • Jens Kretschmann • Arne Weber

Hintergrund und Fragestellung: Ein regelmäßig erfolgreicher Arzt-Patienten-Kontakt wird in der Betreuung chronisch kranker Patienten allgemein als ein Schlüsselement der Qualität der hausärztlichen Versorgung angesehen. Die Regelmäßigkeit der Kontakte ist auch von entscheidender Bedeutung innerhalb der Disease Management Programme (DMP). Je nach Erkrankungsschwere sind hier eine quartalsweise oder halbjährliche Untersuchung des Patienten in der Praxis zwingend vorgeschrieben. Im Rahmen des DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) wurde untersucht, in welchem Ausmaß die Patienten kontinuierlich an dem Programm teilnehmen, welche Faktoren diese Teilnahmekontinuität bedeutsam beeinflussen und ob sie ihrerseits relevant für das Erreichen der vertraglich definierten Qualitätsziele ist.

Methoden: Es wurden drei Patientengruppen gebildet, für die relativ zu ihrer jeweiligen Teilnahmedauer und festgelegten Untersuchungsfrequenz < 50 %, 50 bis < 70 % bzw. ≥ 70 % aller theoretisch möglichen Dokumentationen vorliegen. Die Unterschiede zwischen diesen drei Patientengruppen werden deskriptiv dargestellt. In voneinander unabhängigen logistischen Regressionsmodellen wurden die Risikofaktoren einer hohen Teilnahmediskontinuität sowie deren Einfluss auf das Erreichen der Qualitätsziele im DMP KHK bestimmt (Maßzahl: Odds Ratio OR und deren 95%-Konfidenzintervall CI).

Ergebnisse: Innerhalb der 2015 im DMP betreuten und bis 2013 eingeschriebenen 197.710 KHK-Patienten wiesen 4.399 (2,2 %) einen Anteil < 50 % aller möglichen Dokumentationen auf, 10.892 (5,5 %) einen zwischen 50 % und < 70 % sowie 182.419 (92,3 %) einen ≥ 70 %. Damit wird im DMP KHK im Vergleich zu allen anderen internistischen DMP der geringste Anteil diskontinuierlicher Teilnahme beobachtet (max. Anteil mit < 50 % im DMP Diabetes mellitus Typ 1: 5,6 %). Bedeutende Gruppenunterschiede bestanden in Bezug auf Patientenmerkmale, Risikofaktoren und den Interventionsbedarf. So waren diskontinuierliche Teilnehmer jünger (68,9 vs. 70,5 vs. 73,2 Jahre), sie rauchten häufiger und bei ihnen war 2015 deutlich häufiger eine Bypass-OP oder PTCA erforderlich.

Dementsprechend wiesen Patienten bis zu 65 Jahren, Raucher sowie insbesondere Patienten, bei denen eine Koronarintervention erfolgte, auch ein hohes Diskontinuitätsrisiko auf. Dieses Risiko war auch bei männlichen KHK-Patienten etwas größer. Auf der anderen Seite erhöhte sich mit wachsender Teilnahmekontinuität insbesondere die Chance, die beiden Schulungsziele zu erreichen, aber auch diejenige für alle übrigen definierten Qualitätsziele.

Schlussfolgerung: Eine kleine Gruppe männlicher, jüngerer, rauchender KHK-Patienten mit hohem Interventionsbedarf stellt die beteiligten Hausärzte vor große Herausforderungen. Solche Patienten müssen besonders informiert und motiviert werden, regelmäßig teilzunehmen, damit langfristig eines der zentralen DMP-Ziele erreicht werden kann, nämlich das Verhindern oder Verzögern der kardio-vasculär bedingten Morbidität und Mortalität.

Tab. 1: Einfluss hoher Teilnahmekontinuität auf die Qualitätszielerreichung

Qualitätsziel	Beta-Koeffizient	Odds Ratio	95 %-CI	Fallzahl	R ²
Blutdruck < 140/90 mmHg bei arterieller Hypertonie	0,197	1,22	1,14–1,30	196.613	0,009
Rauchen vermeiden	0,377	1,46	1,35–1,57	218.779	0,147
Thrombozyten-Aggregationshemmer verordnen	0,231	1,34	1,23–1,45	218.779	0,244
Beta-Blocker verordnen	0,125	1,13	1,05–1,22	214.814	0,110
Statine verordnen	0,174	1,19	1,11–1,28	218.779	0,234
Hypertonie-Schulung wahrnehmen	0,909	2,48	2,14–2,89	36.055	0,021
Diabetes-Schulung wahrnehmen	0,781	2,18	1,81–2,63	20.945	0,021
Anteil Patienten ohne A.p.-Symptomatik erhöhen	0,162	1,18	1,05–1,31	218.779	0,009

Abb. 1: Patientenmerkmale und Komorbidität

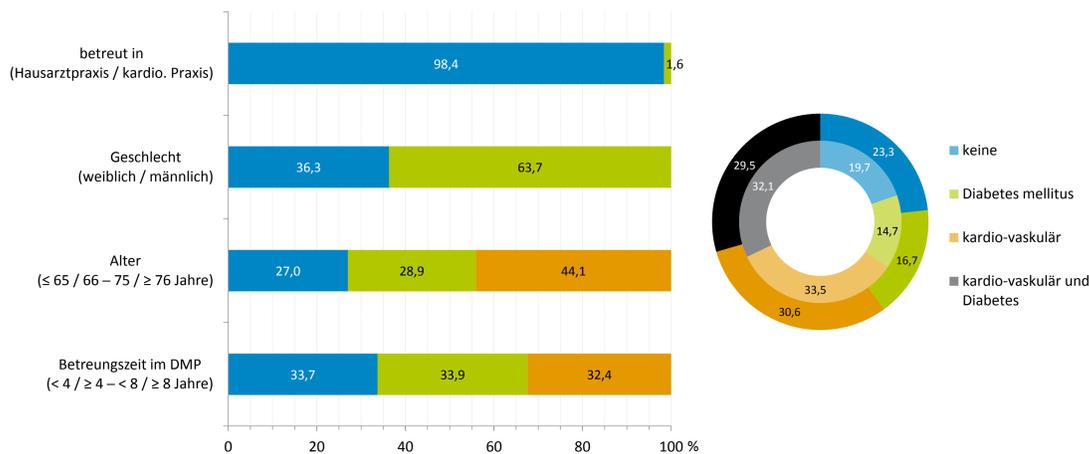


Abb. 2: Einschreibung der Patienten ins DMP

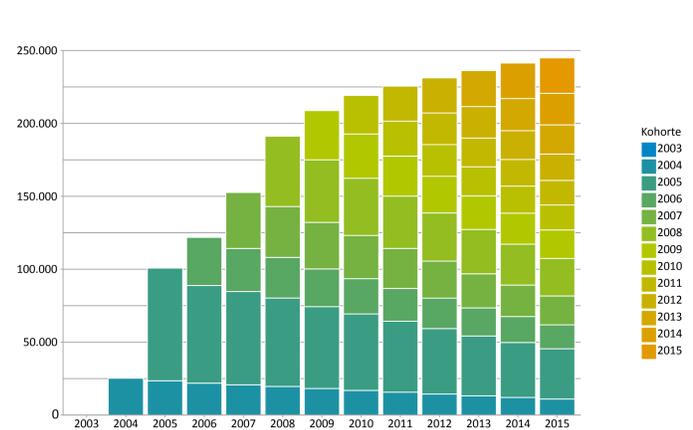


Abb. 3: Häufigkeit der Teilnahmekontinuität

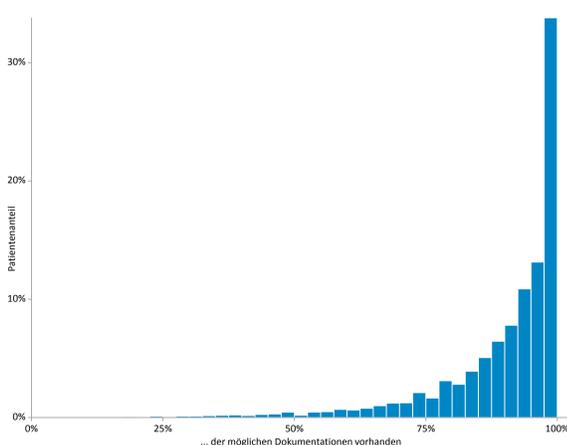


Abb. 4: Muster der Teilnahmekontinuität

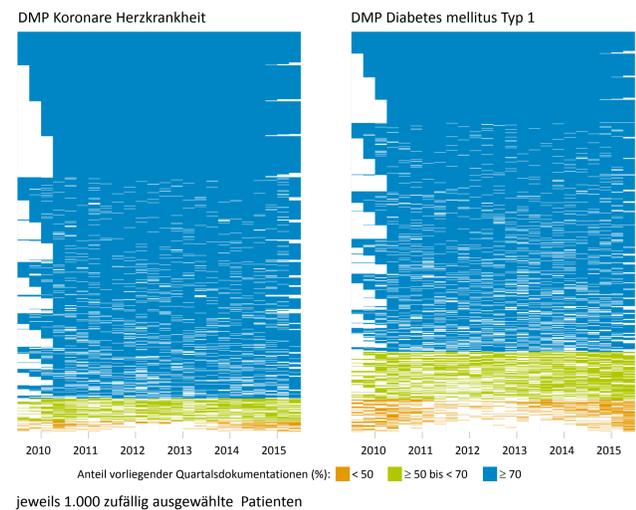


Abb. 5: Unterschiede nach Teilnahmekontinuität

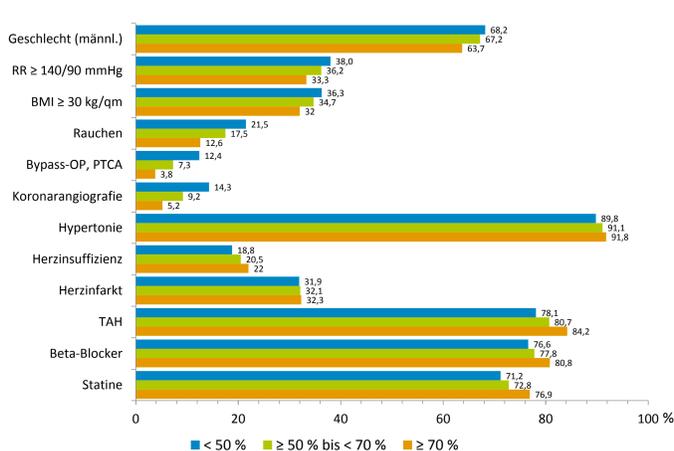


Abb. 6: Prädiktoren einer geringen Teilnahmekontinuität

