



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND

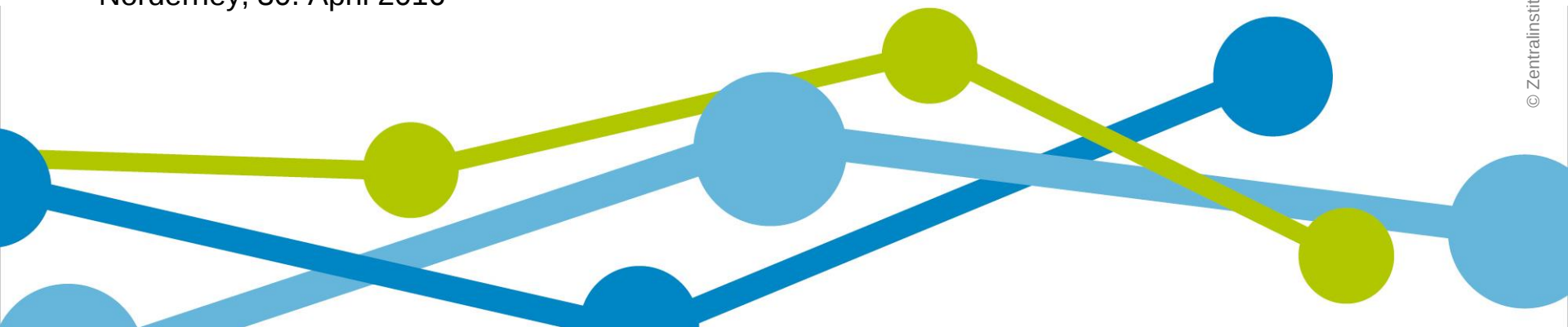
Teilnahmekontinuität und Qualitätszielerreichung

Geänderte Dokumentation und Ziele seit Juli 2015

Befunde aus dem Disease Management Programm (DMP) Koronare Herzkrankheit in der Region Nordrhein

Bernd Hagen • Sabine Groos • Jens Kretschmann • Arne Weber
DMP-Projektbüro Köln

82. Fortbildungskongress der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Norderney, 30. April 2016



Kurzer Überblick

- (1) Erreichen nur Dauerteilnehmer die DMP-Qualitätsziele?
- (2) Neue Parameter in der Dokumentation seit Juli 2015
- (3) Weiterentwicklung der DMP, neue Inhalte und zeitlicher Plan

(1) Erreichen nur Dauerteilnehmer die DMP-Qualitätsziele?



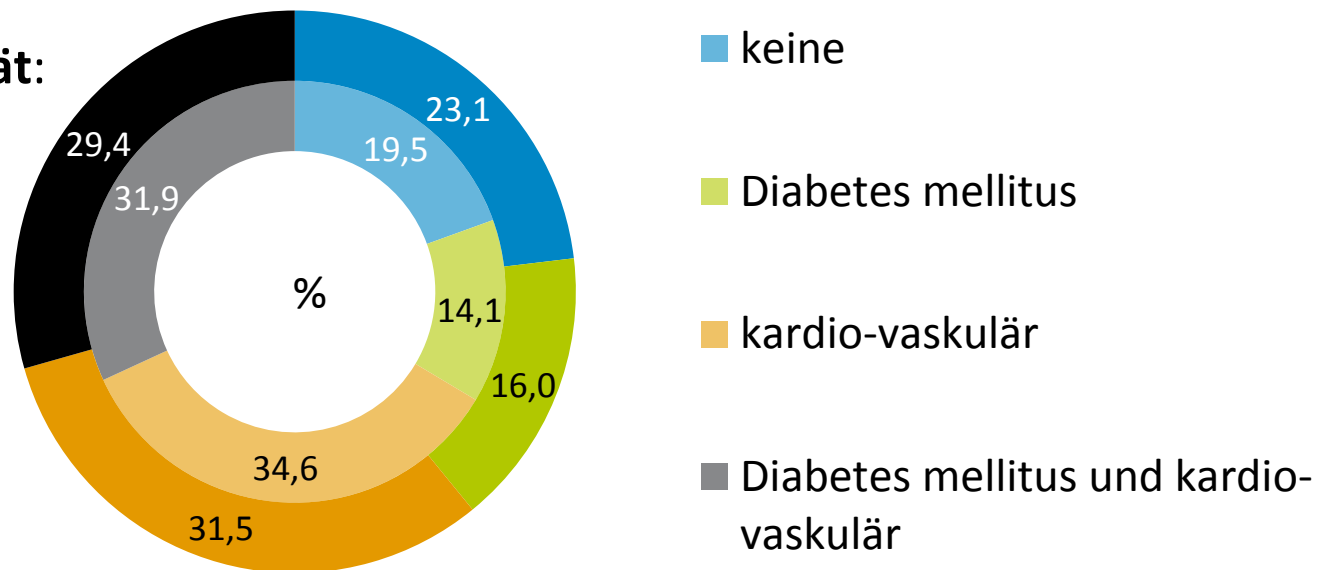
Qualitätssicherungsziele des DMP Koronare Herzkrankheit

- Blutdruck bei arterieller Hypertonie < 140/90 mmHg
- Nichtraucheranteil erhöhen
- Thrombozyten-Aggregationshemmer, Beta-Blocker, Statine verordnen
- ACE-Hemmer bei chronischer Herzinsuffizienz verordnen
- Kontrolle der Serum-Elektrolyte bei chronischer Herzinsuffizienz
- seit dem 2. Halbjahr 2015:
 - wenige Patienten mit einer Angina pectoris-Symptomatik
 - Schulungsteilnahme nach DMP-Einschreibung

Allgemeine Merkmale der KHK-Patienten im DMP Nordrhein

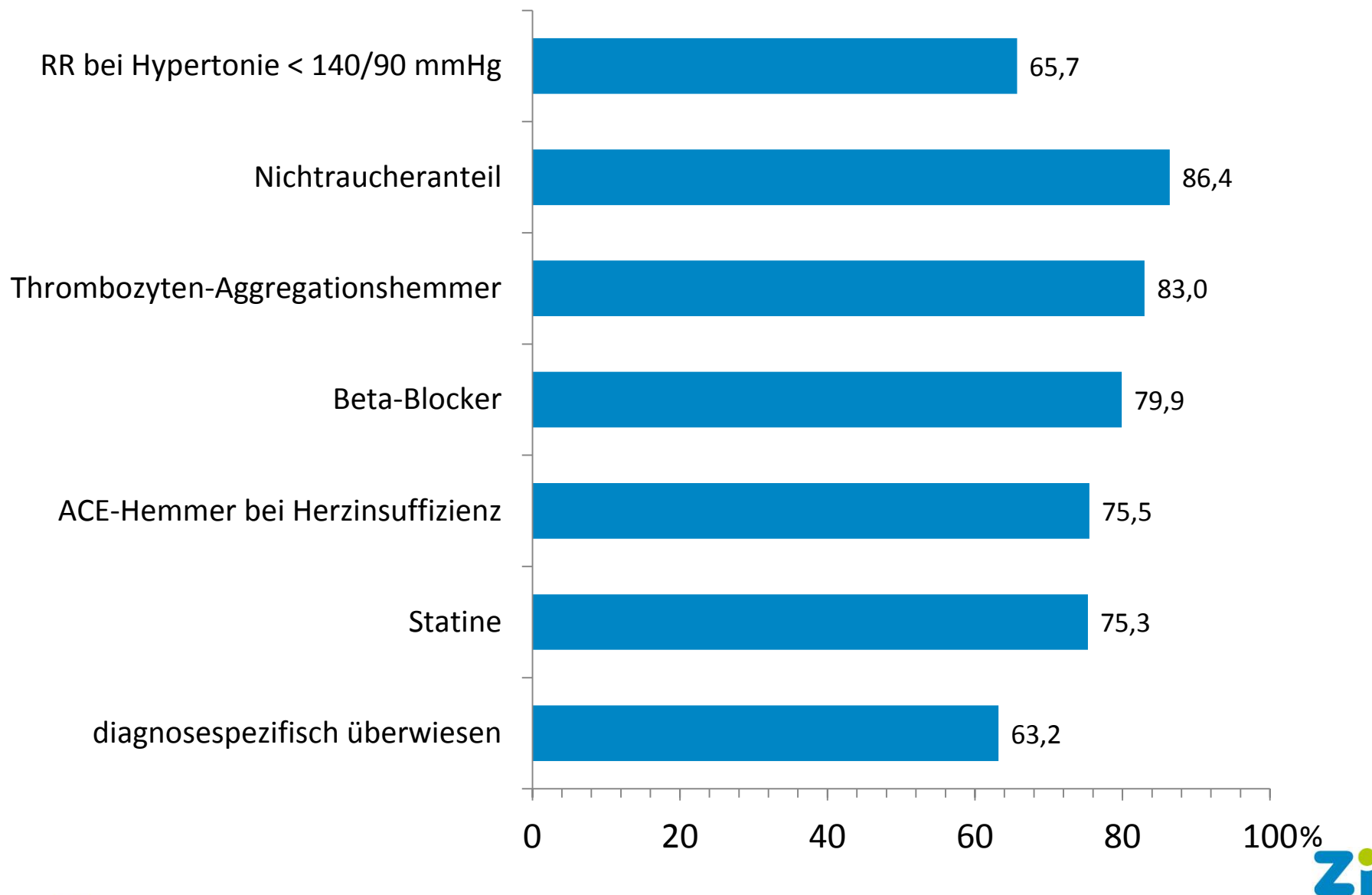
- **Anzahl 2014 dokumentierter Patienten:** 238.969
- **Anteil weiblicher Patienten:** 36,4 %
- **hausärztlich betreut:** 98,2 %
- **mittleres Alter / Betreuungszeit im DMP:** $71,9 \pm 10,9$ / $5,5 \pm 3,1$ Jahre

- **Komorbidität:**

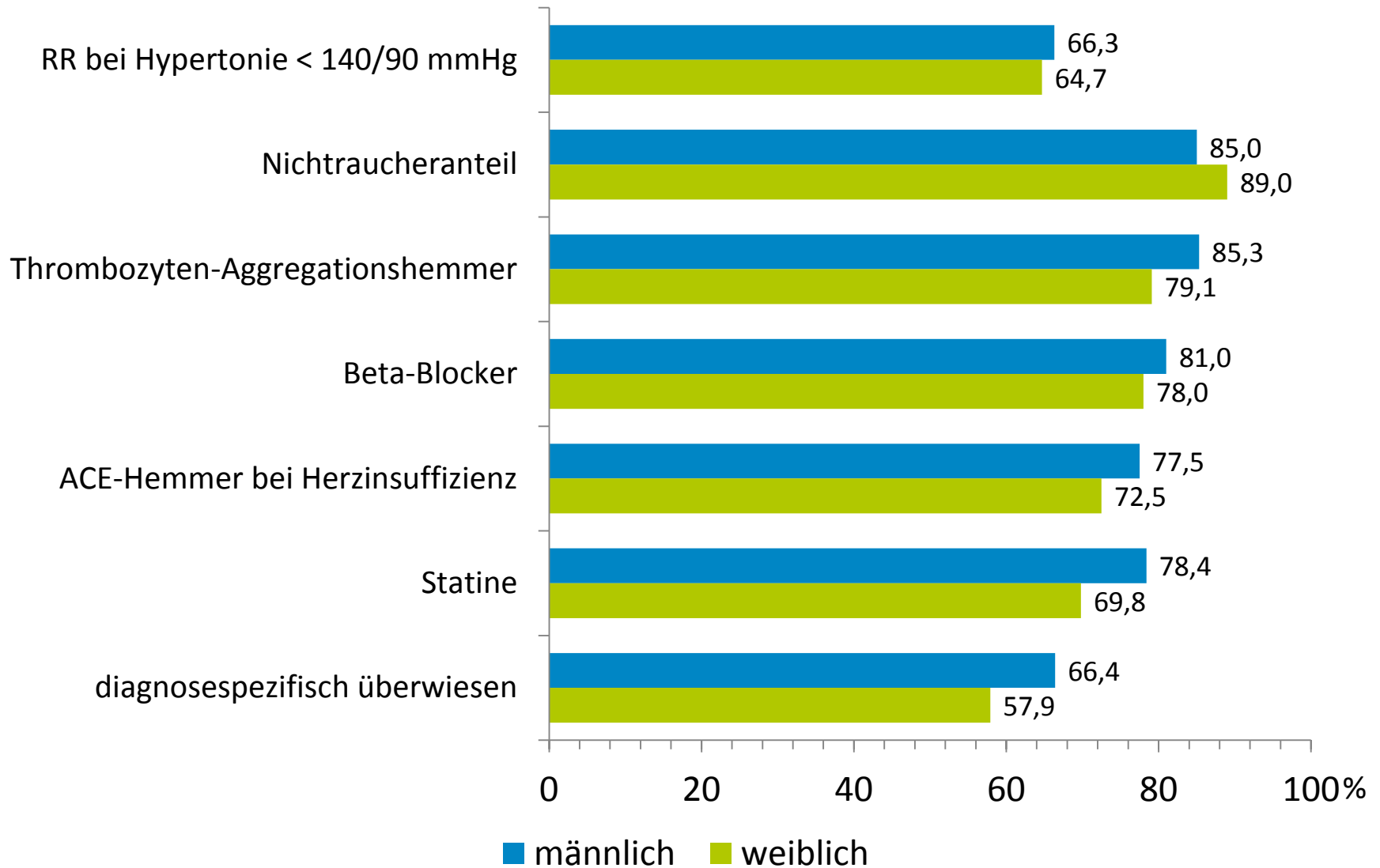


äußerer Ring: weibliche, innerer: männliche Patienten

Erreichte Raten bei den Qualitätszielen 2014



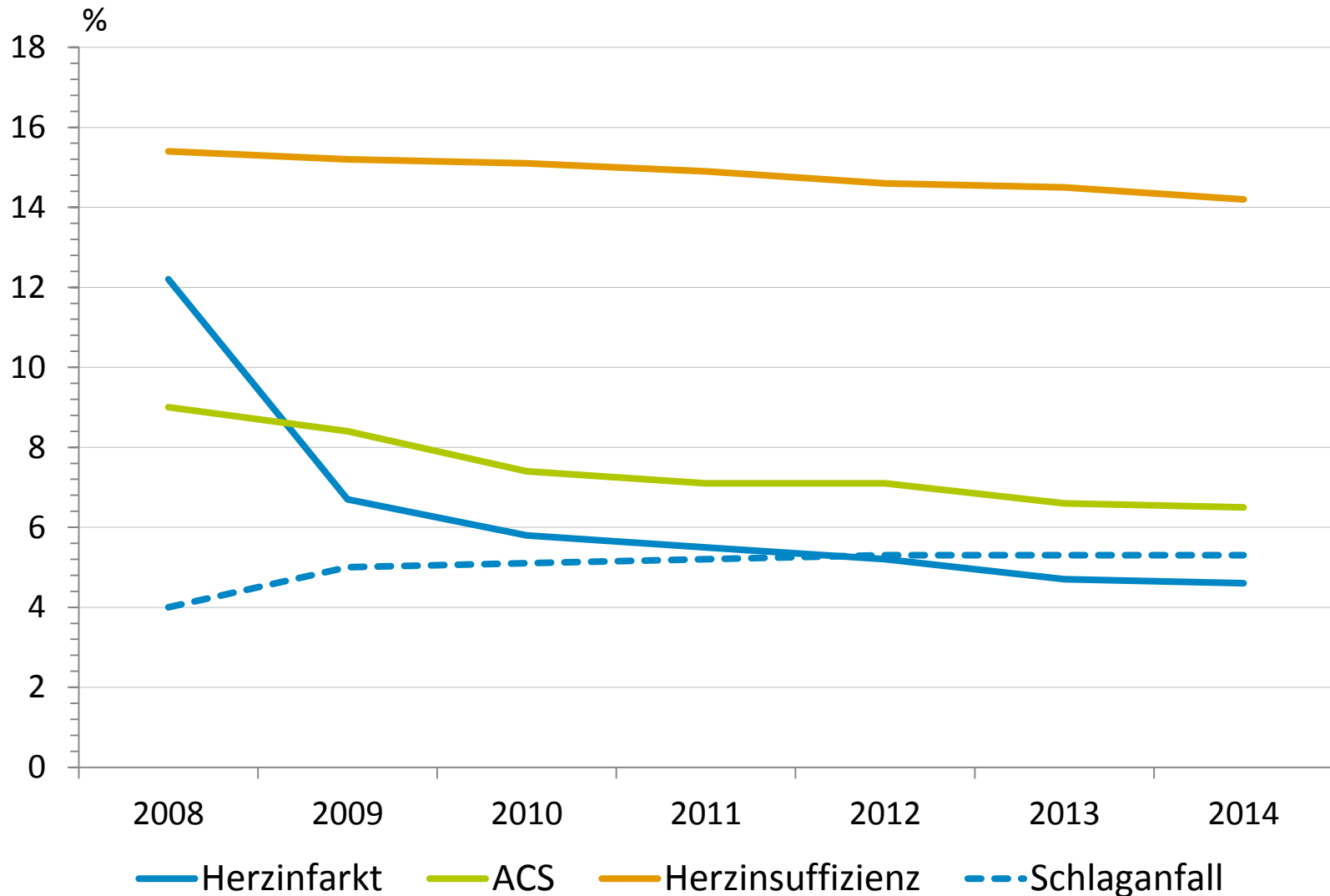
Erreichte Raten bei den Qualitätszielen 2014 nach Geschlecht



Erhöhung der Verordnungsraten im Zeitverlauf

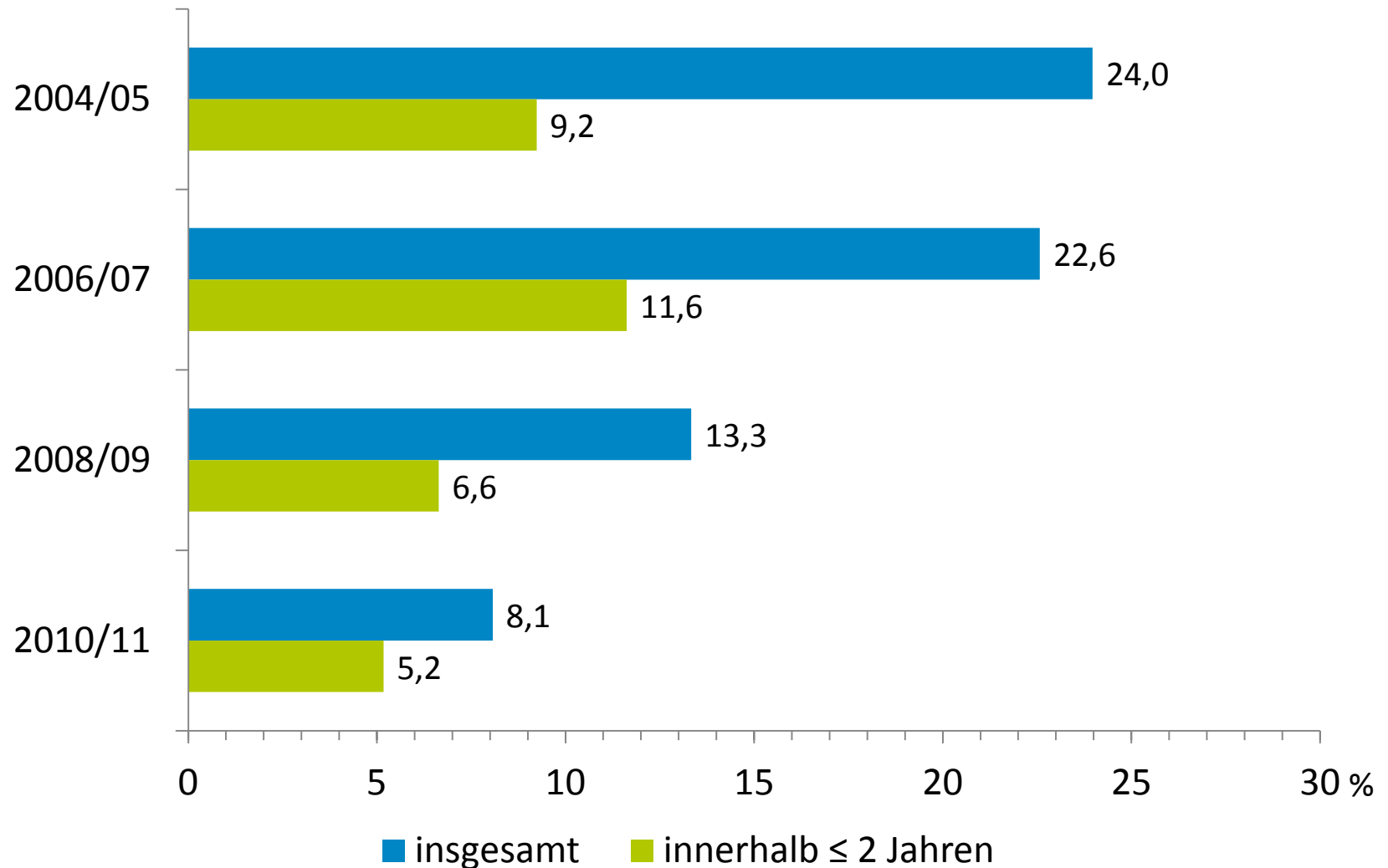


Prävalenz von Herzinfarkt, ACS, Herzinsuffizienz, Schlaganfall im Zeitverlauf

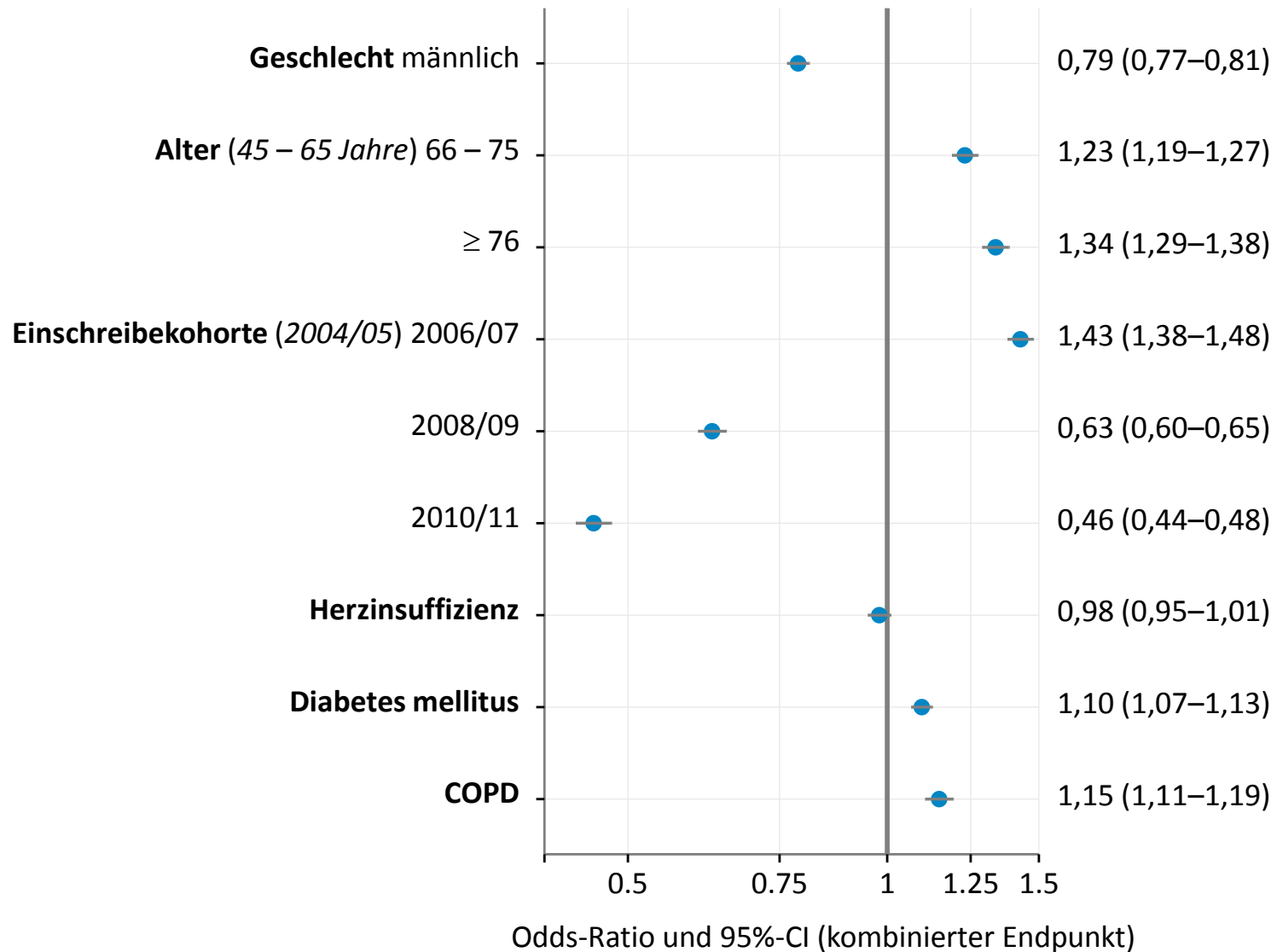


Querschnittsdaten

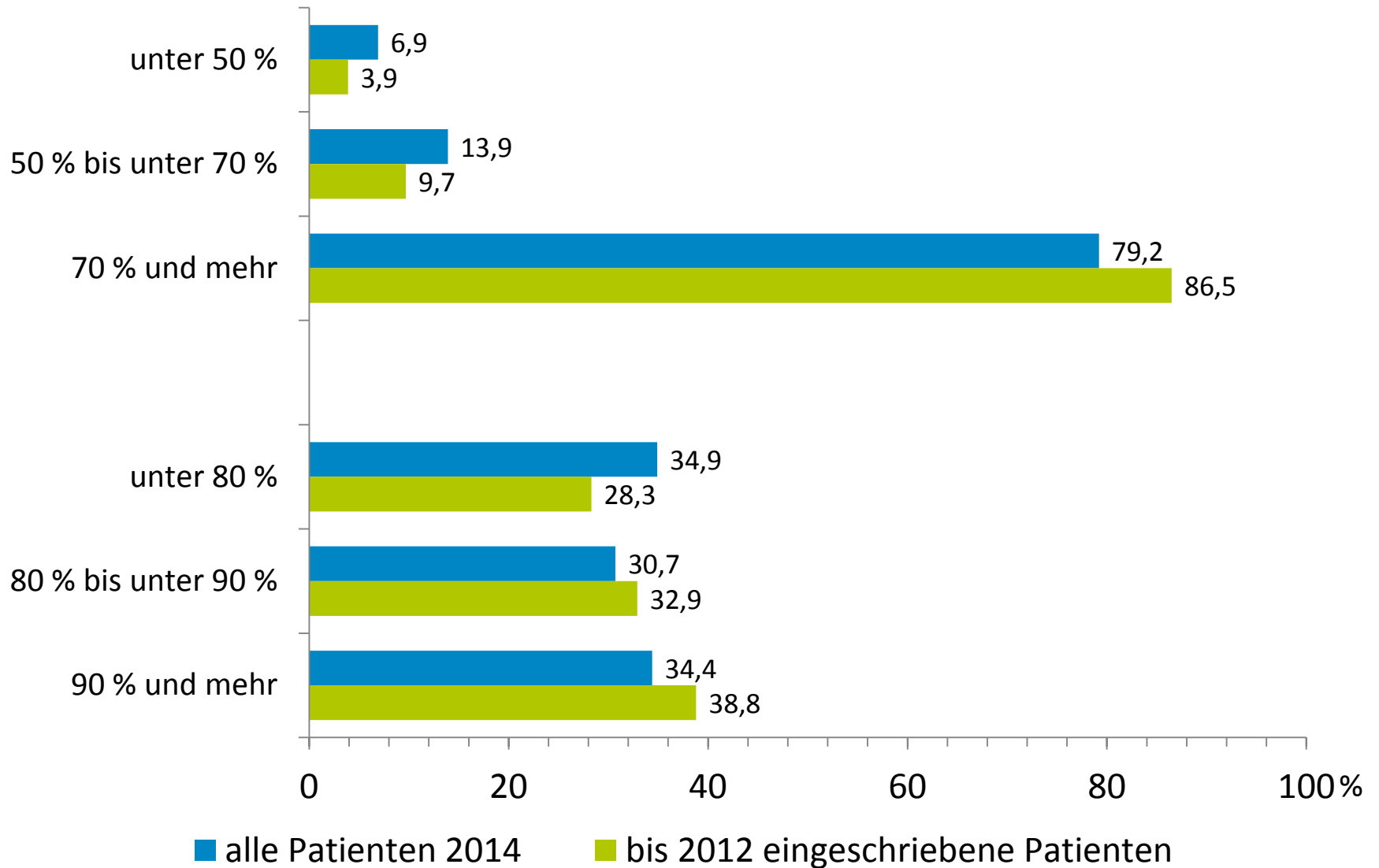
Inzidenz von Herzinfarkt, ACS oder Schlaganfall nach Einschreibekohorte



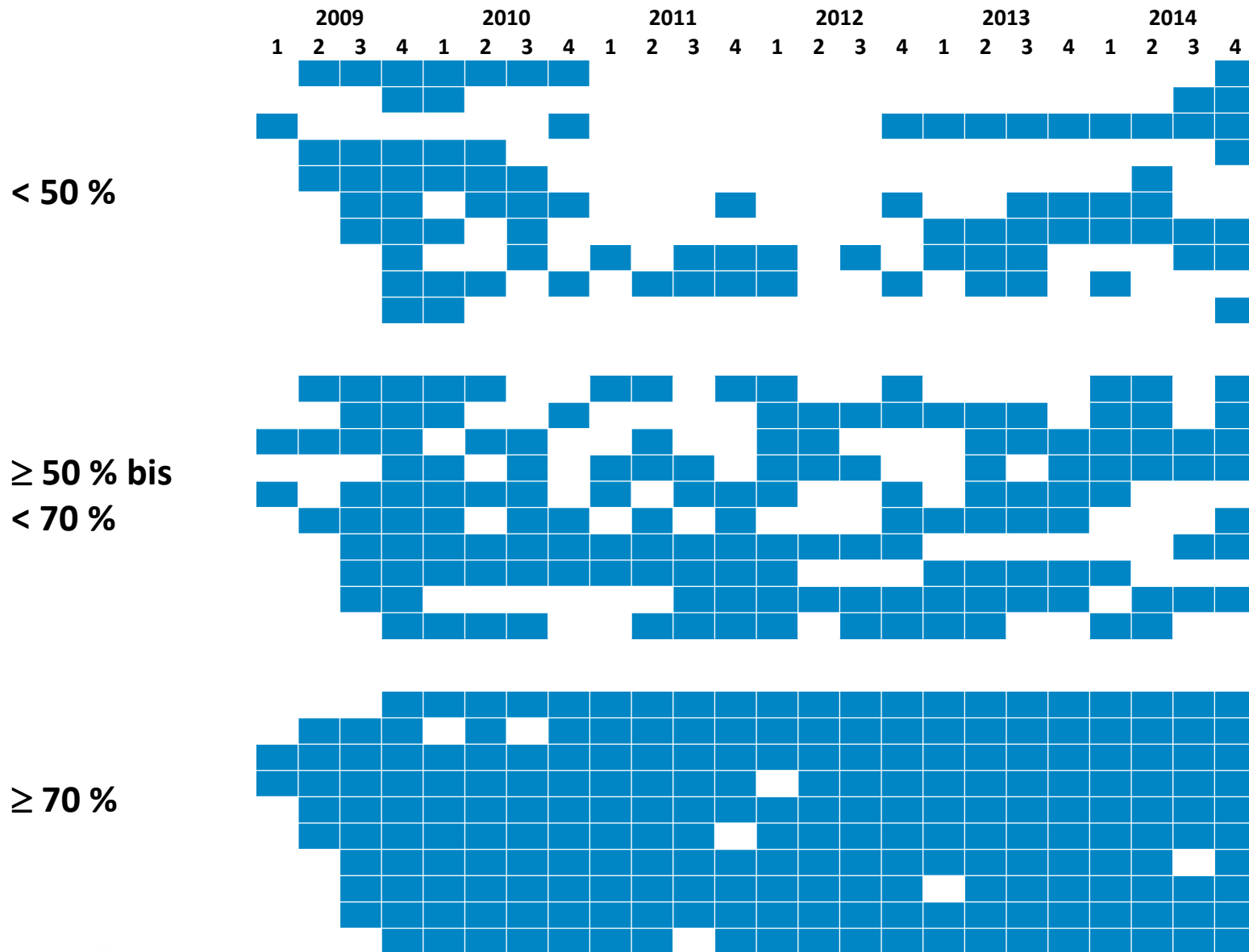
Einflussfaktoren der Inzidenz des kombinierten Endpunkts



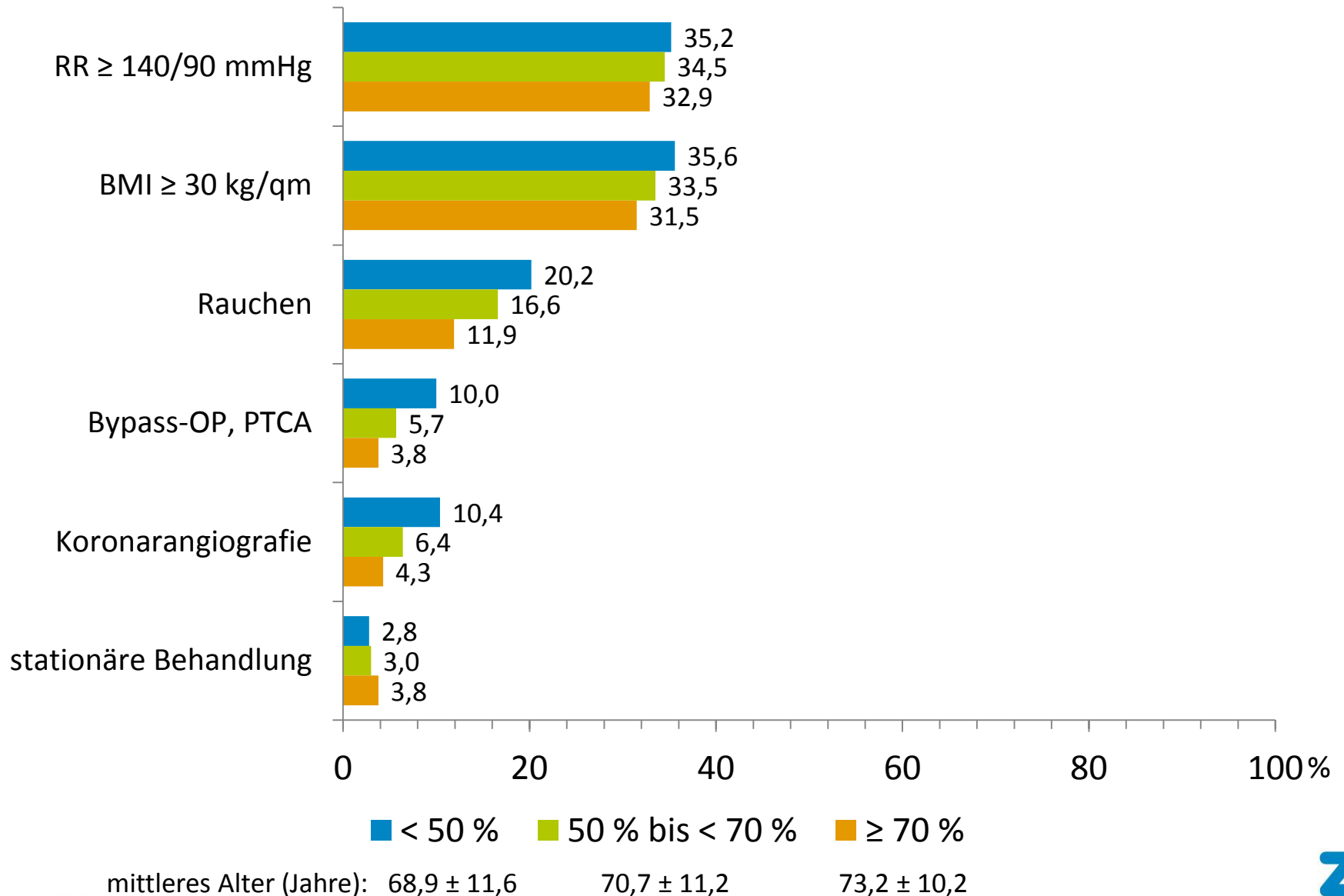
Ausmaß der Teilnahmekontinuität



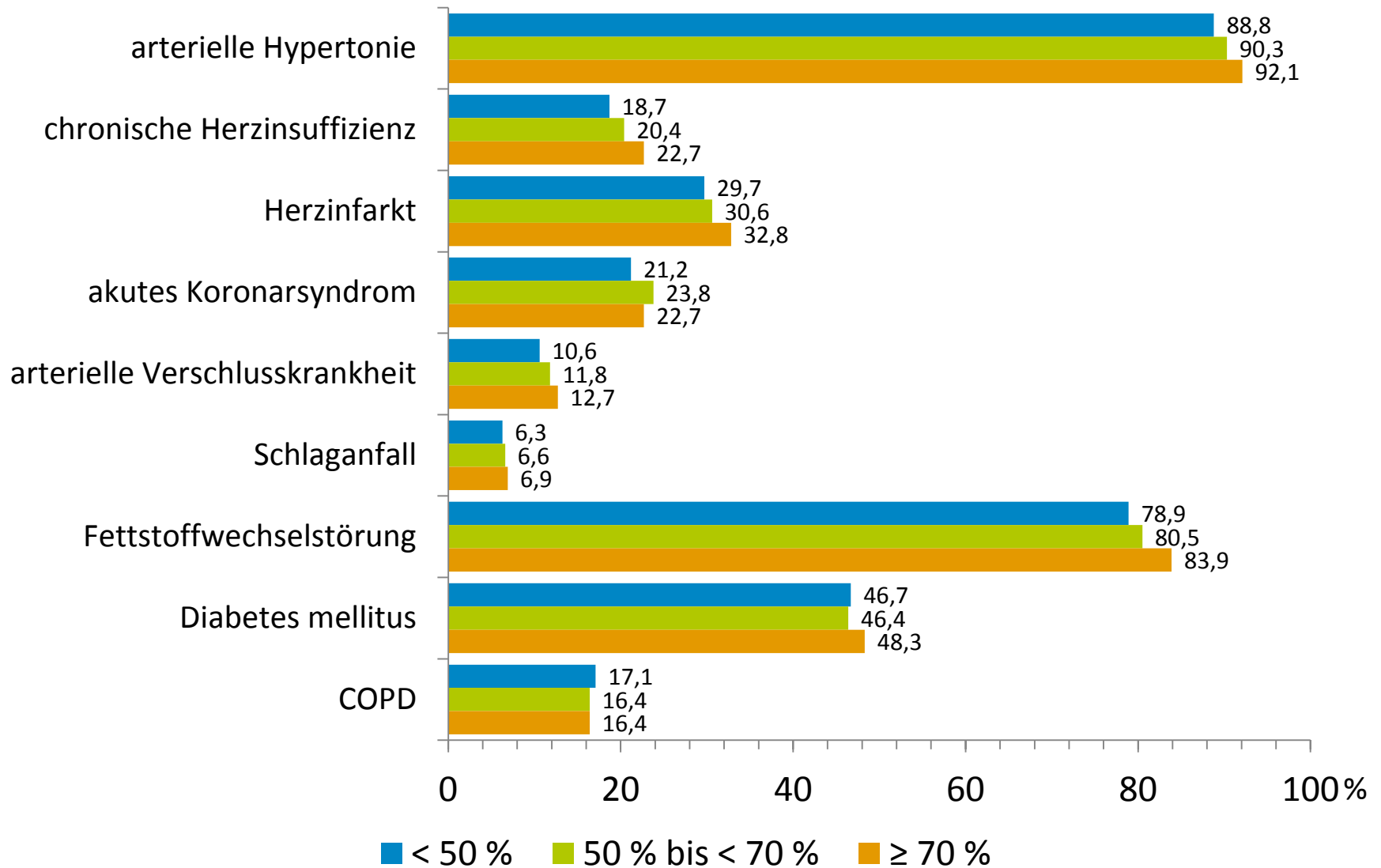
Muster der Teilnahmekontinuität



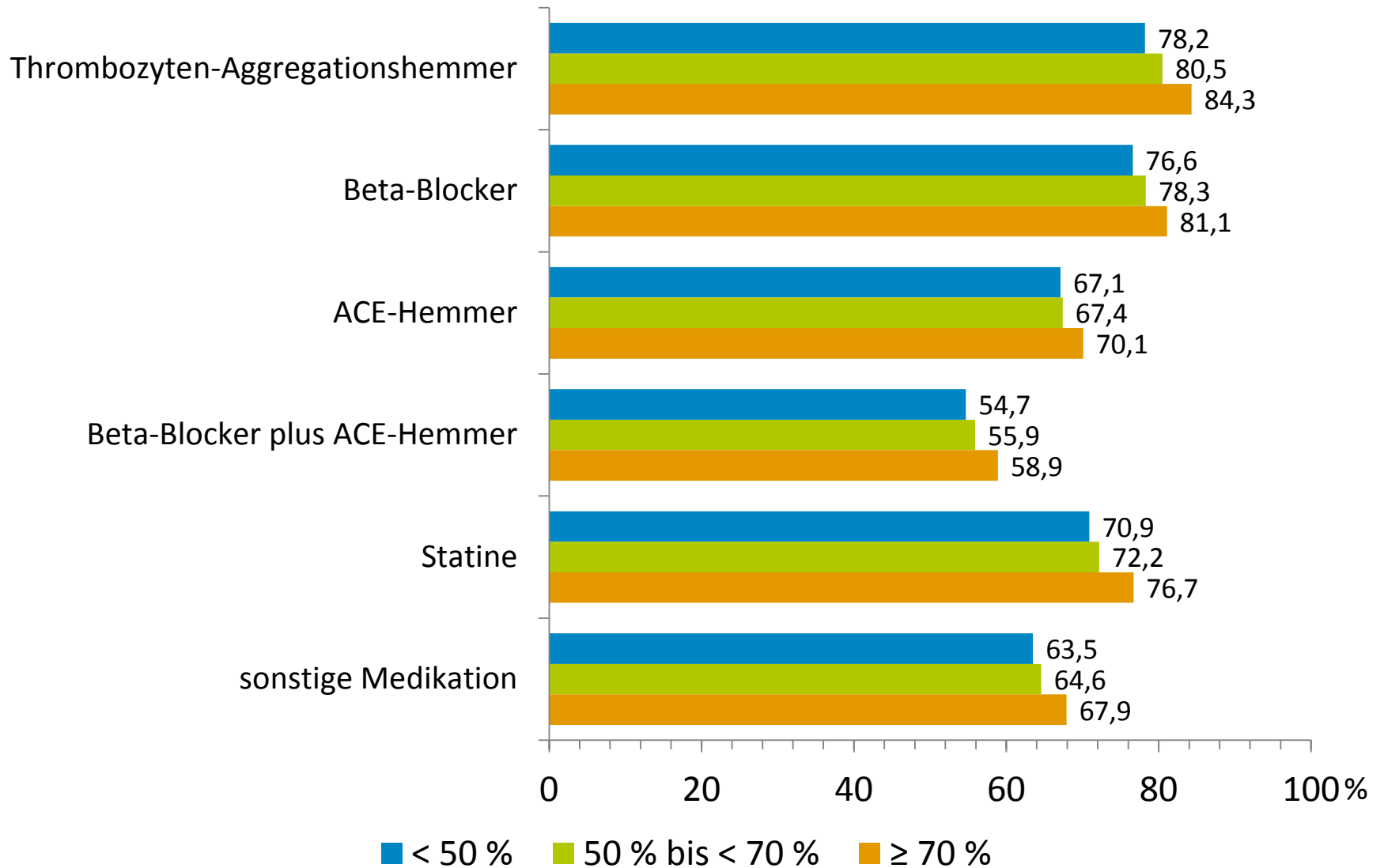
Befunde bei unterschiedlich kontinuierlich teilnehmenden Patienten



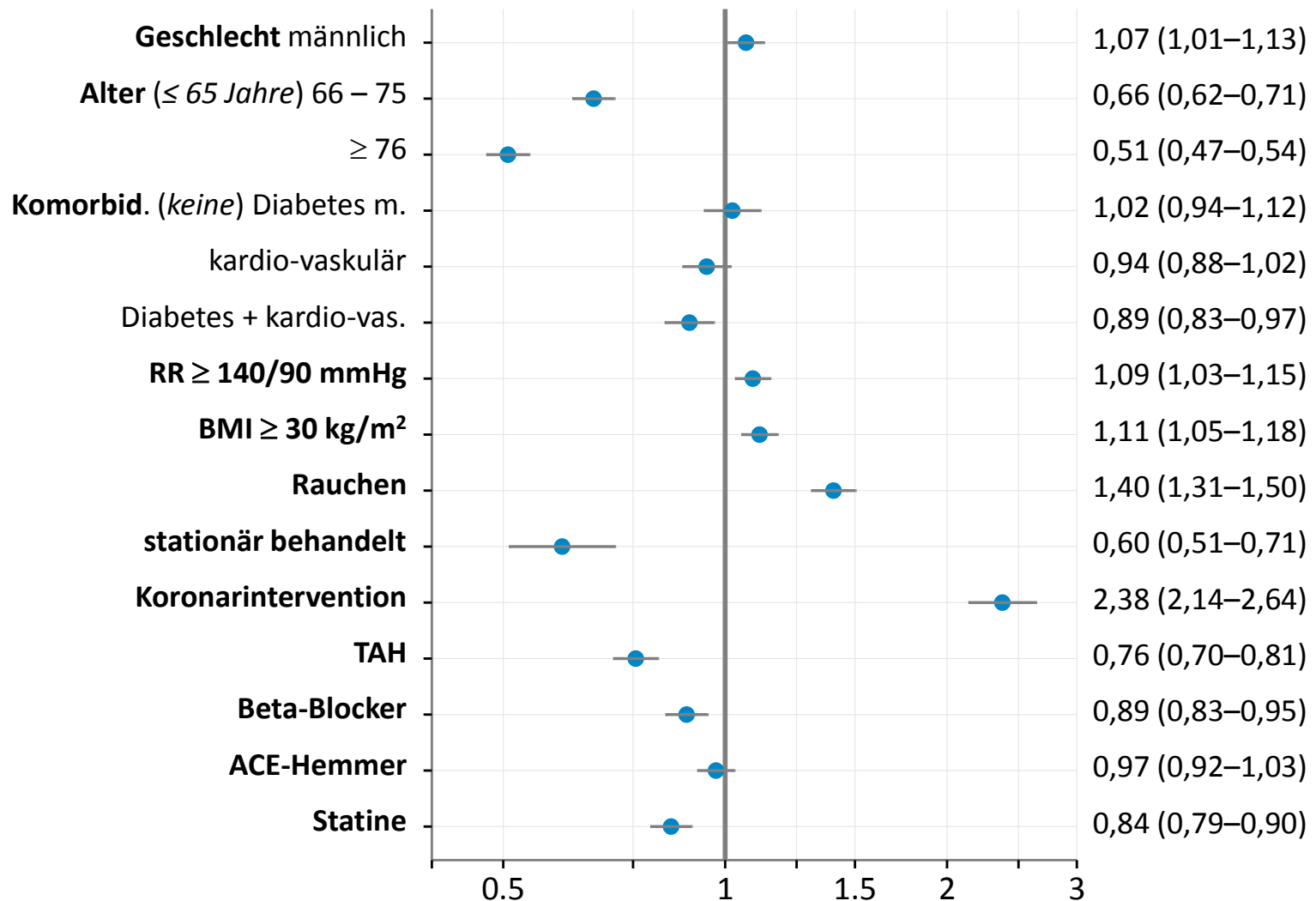
Komorbidität bei unterschiedlich kontinuierlich teilnehmenden Patienten



Medikation bei unterschiedlich kontinuierlich teilnehmenden Patienten



Einflussfaktoren einer hohen Teilnahmediskontinuität



Odds-Ratio und 95%-CI (< 50 % beobachtet)

Einfluss einer hohen Teilnahmekontinuität auf die QS-Zielerreichung

	Odds Ratio	95%-CI
RR < 140/90	1,09	1,04–1,15
Rauchen	1,35	1,28–1,43
TAH	1,27	1,20–1,34
Beta-Blocker	1,14	1,08–1,20
ACE-I	1,13	1,00–1,27
Statine	1,16	1,10–1,22
Überweisung	1,41	1,09–1,83

Einfluss einer hohen Teilnahmekontinuität, Resümee



- In der Gruppe aller KHK-Patienten zeigt sich bei hoher Komorbidität eine starke Zunahme der Verordnungsraten im Zeitverlauf, und parallel hierzu ein Rückgang der Prävalenz und Inzidenz eines Herzinfarkts/ACS bzw. Schlaganfalls.
- Ein geringer Teil der Patienten (4–7%) weist eine sehr hohe Teilnahmediskontinuität auf.
- Diese Patienten haben häufiger hypertone Blutdruckwerte, sind häufiger übergewichtig, rauchen häufiger und bei ihnen sind deutlich mehr Koronarinterventionen dokumentiert, gleichzeitig geringere Verordnungsraten.
- Kontinuierlich teilnehmende Patienten haben bei allen Qualitätszielen eine höhere Chance, diese zu erreichen.

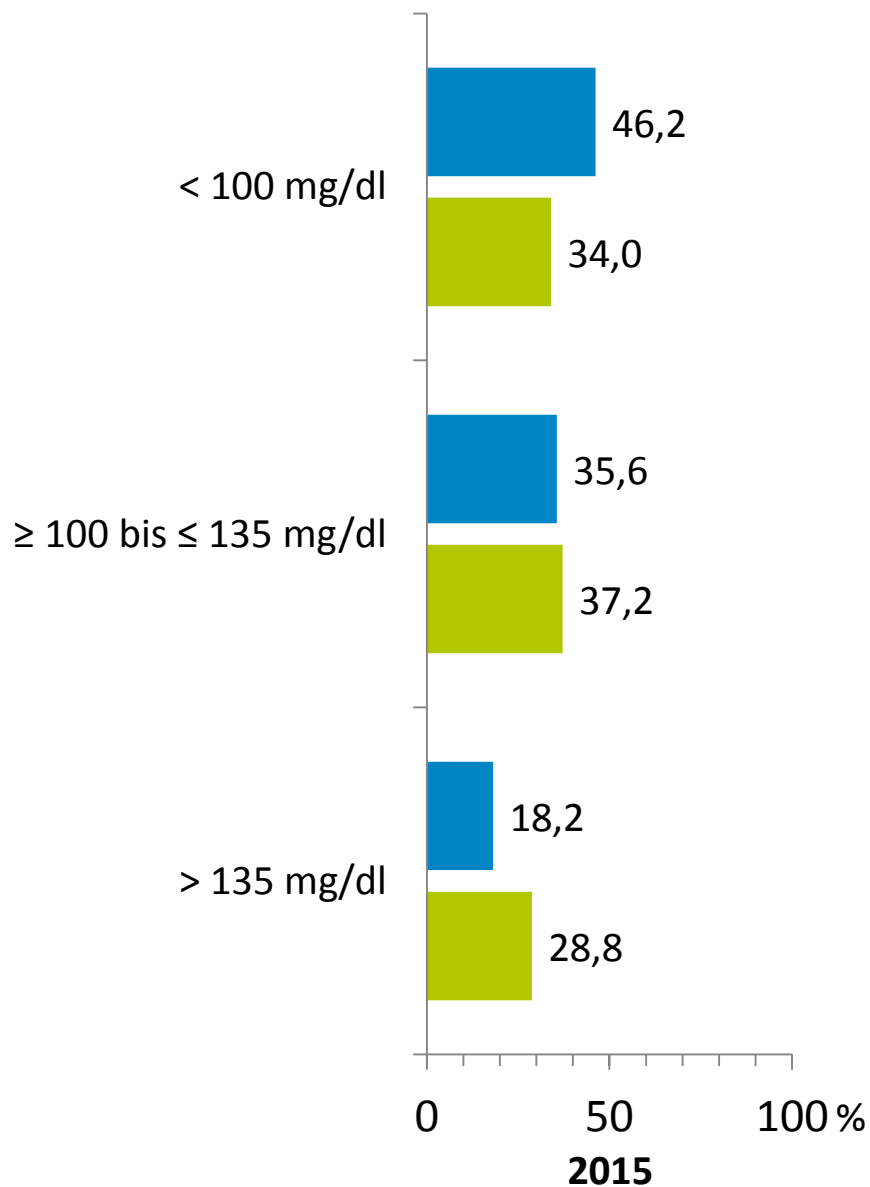
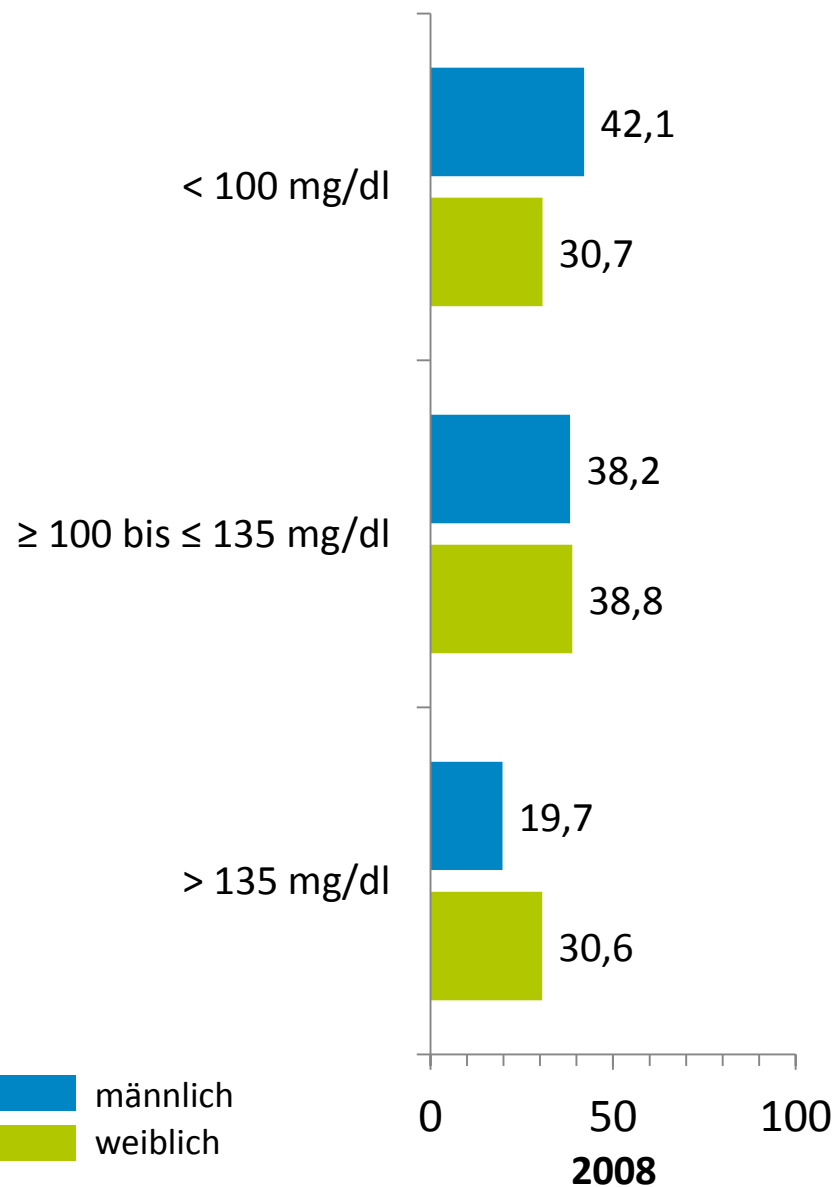
(2) Neue Parameter in der Dokumentation



Was kann seit Juli 2015 neu (wieder) dokumentiert werden?

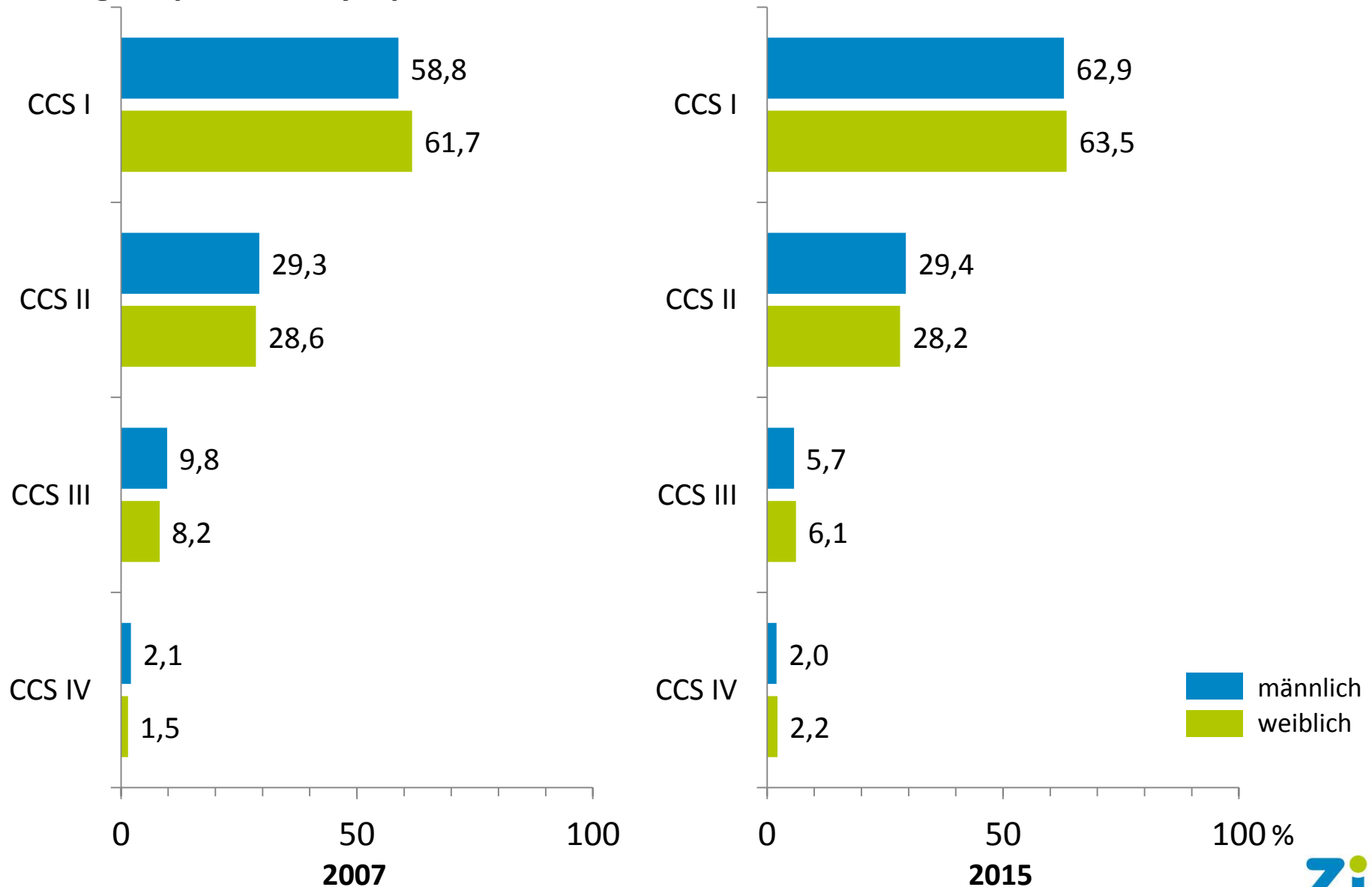
- LDL-Cholesterin (wieder eingeführt nach Wegfall Ende Juni 2008)
- CCS-Klassifikation einer stabilen Angina pectoris-Symptomatik
- getrennte Dokumentation einer Bypass-OP und PTCA
- Verordnung oraler Antikoagulanzen und von Sartanen kann dokumentiert werden (aber weiterhin nicht die von Diuretika, wie jetzt in den DMP Diabetes mellitus Typ 2 und 1)
- differenzierte Erfassung einer Überweisung zum Facharzt und einer stationären Einweisung (erstaunlicherweise nur im DMP KHK)

LDL-Cholesterin nach Geschlecht 2008 und 2015



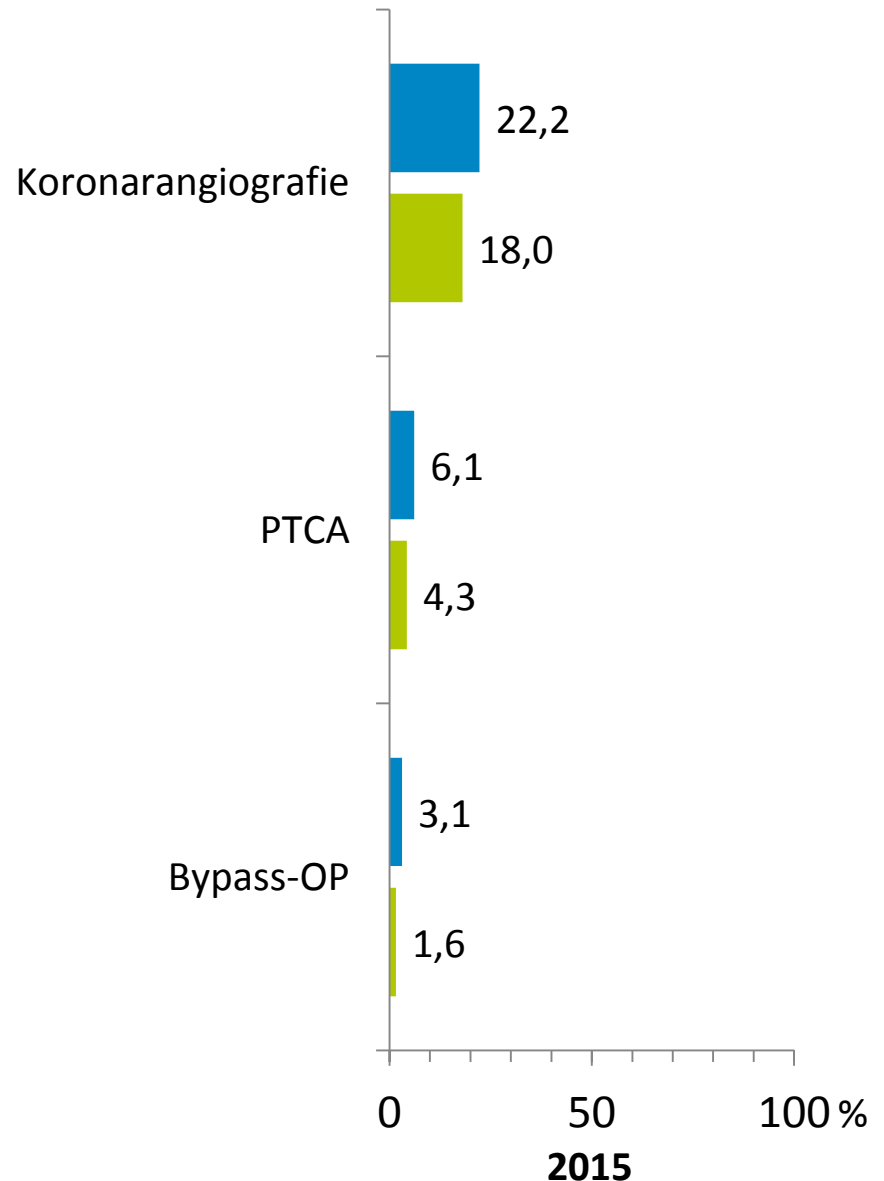
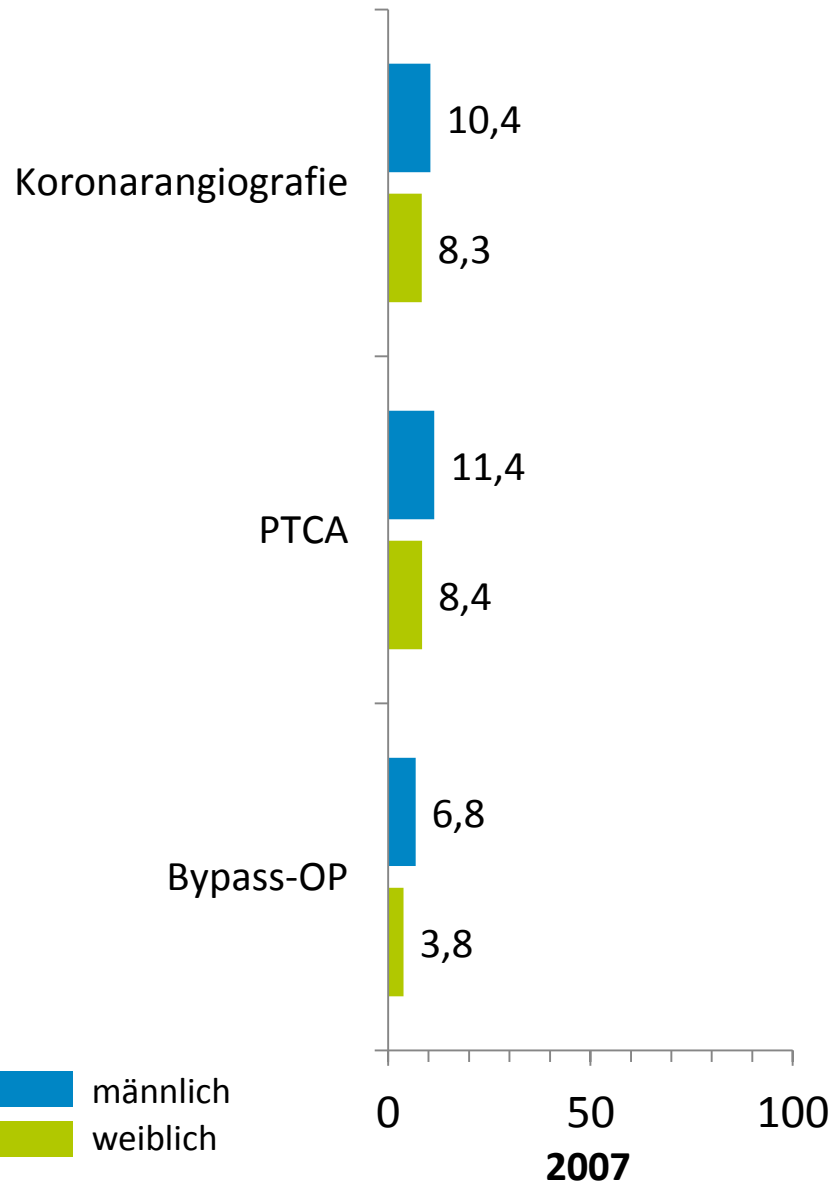
■ männlich
■ weiblich

Angina pectoris-Symptomatik nach Geschlecht 2007 und 2015

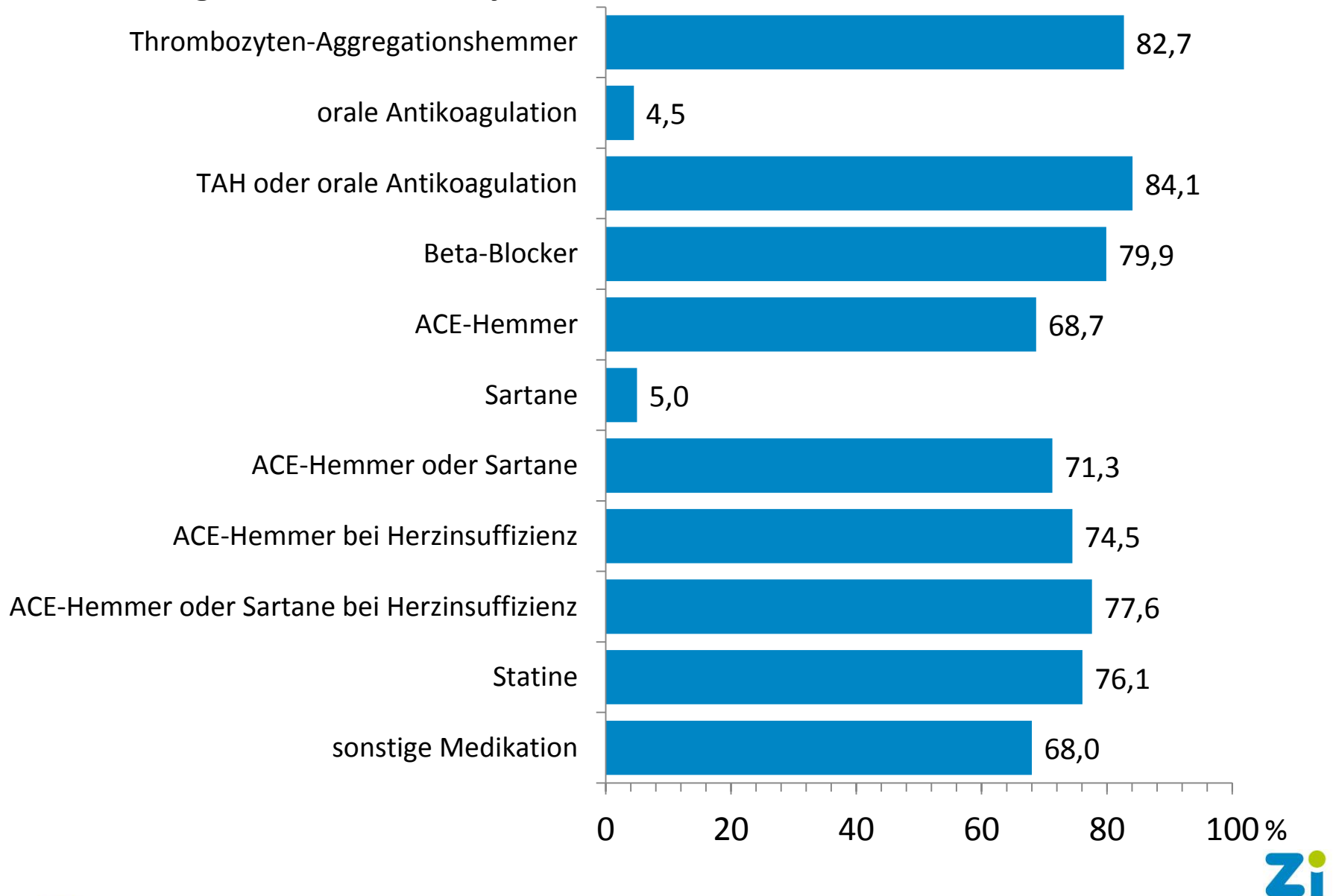


Basis: nur Patienten mit typischer (2007) bzw. stabiler (2015) Ap-Symptomatik

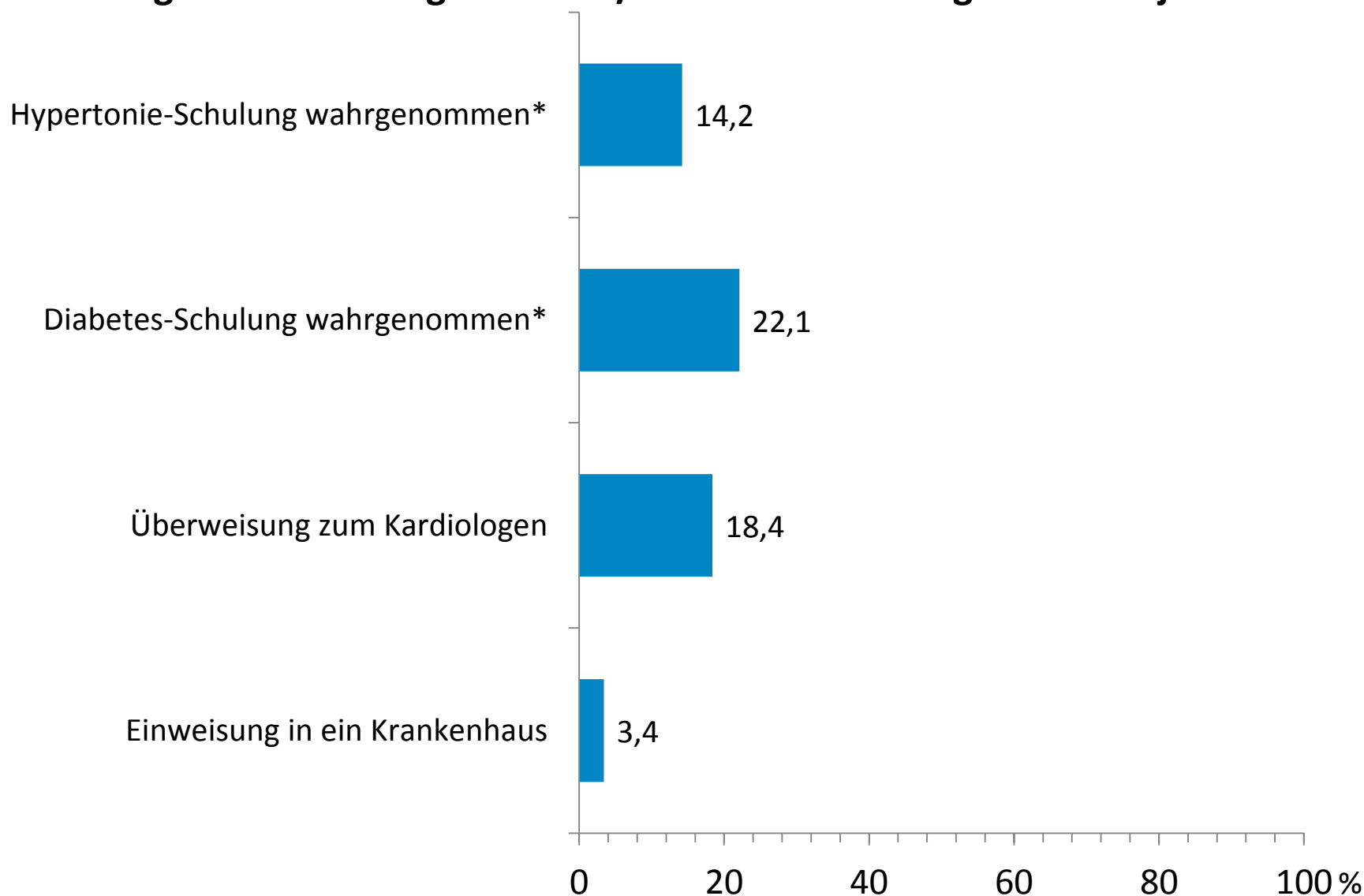
Koronarinterventionen nach Geschlecht 2007 und 2015



Verordnungsraten im 2. Halbjahr 2015



Schulungswahrnehmung und Mit- / Weiterbehandlung im 2. Halbjahr 2015



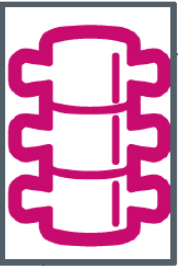
*: nach entsprechender Empfehlung

(3) Wohin segeln die DMP?



Einführung neuer DMP in der nahen Zukunft

Neue DMP



DMP Rückenschmerz

Start AG-Beratung G-BA: 02/2016. Erste Hürde: Abgrenzung der Zielgruppe (SGB V-Frist 31.12. 2016)



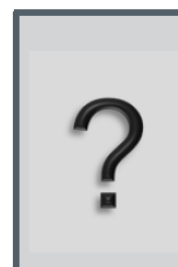
DMP Herzinsuffizienz

(eigenständig statt Modul)
Start AG Beratung G-BA 01/2016, voraussichtlich kein Beschluss in 2016



DMP Depression

IQWiG Bericht soll im 4. Quartal 2016 vorliegen. Start AG Beratung G-BA frühestens 4. Quartal 2016 (SGB V- Frist 31.12. 2016)



DMP Rheuma, DMP Osteoporose
bisher unklar

Zeitliche Planung für die weiteren Veränderungen bei den DMP

Jahr/ Quartal	2015	2016				2017				2018			
AG DMP	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Diabetes 2	10/15												
Brustkrebs				09/16									
Asthma/ COPD		COPD	06/16					Asthma			06/18		
Evaluation			Abhängig von Umsetzungsmöglichkeit vergleichende Evaluation							02/18			
chr. RS										03/18			
HI										02/18			
Richtlinie				07/16				04/17					
Depression													
KHK													
Rheuma													
Osteoporose													
Diabetes 1													

AG-Arbeit	AG-Arbeit beendet
-----------	-------------------

Zum Nachlesen



Qualitätssicherungsbericht 2014
Disease-Management-Programme in Nordrhein
Hrsg.: Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung
DMP, Düsseldorf

Download via www.kvno.de