

BITTE
FREIMACHEN

Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland
Herbert-Lewin-Platz 3
10623 Berlin

ANMELDESCHLUSS
28. MAI 2014

Zi ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND
www.zi.de

Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland
Herbert-Lewin-Platz 3
10623 Berlin

Tel. +49 30 4005 2450
Fax +49 30 4005 2490
kontaktversorgungsatlas@zi.de

VERANSTALTUNGSORT

Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV
Herbert-Lewin-Platz 2
Konferenzraum 1/2
10623 Berlin



FACHTAGUNG
AM 4. JUNI 2014
IN BERLIN



**Herzinsuffizienz -
mit leitliniengerechter
Versorgung nicht schlapp
machen!**

PROGRAMM

UHRZEIT THEMA UND REFERENTIN / REFERENT

10.00 – 10.15	Begrüßung und Einführung Dr. Andreas Gassen, KBV Berlin
10.15 – 10.40	Nationale Versorgungsleitlinie Herzinsuffizienz - Stellenwert von Leitlinien in der Versorgung der Herzinsuffizienz Dr. Christiane Muth, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt
10.40 – 11.05	Herzinsuffizienz in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten und in den Arzneiverordnungsdaten Dr. Burgi Riens, Zentralinstitut Berlin
11.05 – 11.30	Wie kann eine leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Herzerkrankungen erreicht werden? Prof. Dr. Andreas Klement, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
11.30 – 11.55	Gender und Herzinsuffizienz - Was wissen wir? Dr. Sabine Oertelt-Prigione, Charité Berlin
11.55 – 12.20	Sektorenübergreifende Versorgung und Polypharmazie bei Herzinsuffizienz Dr. Michael Erhart, Zentralinstitut Berlin
12.20 – 13.00	Mittagspause
13:00 – 13:25	Qualitätssicherung bei der Herzinsuffizienzbehandlung in der klinischen Versorgung - Vergleich ambulanter und stationärer Diagnosequalität Dr. Peter Krämer, Sana-Klinikum Lübeck
13:25 – 13:50	Herzerkrankungen im Rahmen von Disease Management Programmen am Beispiel der KV Nordrhein Dr. Lutz Altenhofen, Zentralinstitut Köln
13:50 – 14:15	Herzbericht 2014 - Was gibt es Neues? Prof. Dr. Dietrich Andresen, Deutsche Herzstiftung e.V. Frankfurt / ehem. Klinikum am Urban Berlin
14:15 – 15:30	Moderierte Podiumsdiskussion - Dr. Peter Krämer, Sana-Klinikum Lübeck - Dr. Stephan Hofmeister, KV Hamburg - Dr. Christian Peters, AOK-Bundesverband - Dr. Christiane Muth, Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt am Main - Dr. Monika Mund, KBV Berlin - Dr. Benny Levenson, Kardiolog. Praxis Berlin Moderation: Dipl. Biol. Barbara Ritzert (Pressestelle Versorgungsatlas)
15:30	Ende der Veranstaltung

Stand: 14.5.2014 - Änderungen vorbehalten

ANLASS

Im Rahmen des Projekts Versorgungsatlas wurde im Februar 2014 eine Analyse des Zentralinstituts (ZI) zur Herzinsuffizienz abgeschlossen, bei der sich anhand von Daten der ambulanten kassenärztlichen Versorgung in Deutschland sowohl Hinweise auf regionale als auch auf genderbezogene Versorgungsunterschiede darstellten. In diesem Zusammenhang stellen sich einerseits Fragen zu den methodischen Möglichkeiten, die Qualität der Versorgung der Herzinsuffizienz durch Routinedaten erfassen zu können. Andererseits ergeben sich Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgungsqualität. Diese und weitere Aspekte der Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz wie z. B. sektorenübergreifende Versorgung oder Polypharmazie sollen auf der Fachtagung thematisiert werden.

THEMA

Die Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz stellt eine Aufgabe mit wachsender Bedeutung für das Gesundheitsversorgungssystem dar. Europaweit leiden mehr als 10 Millionen Menschen an einer chronischen Herzinsuffizienz, daneben gibt es eine vergleichbare Zahl von asymptomatischen Patienten mit systolischer kardialer Dysfunktion. Herzinsuffizienz zählt heute zu den häufigsten Gründen für eine Einweisung ins Krankenhaus. Bisherige Studien identifizierten verschiedene Prädiktoren für die Hospitalisierungs- und Rehospitalisierungsrate. Art, Intensität und Qualität der ambulanten Versorgung kommen bei der Patientenversorgung eine zentrale Rolle zu.

ZIEL

Auf der Fachtagung mit Workshop-Charakter sollen Möglichkeiten und Grenzen bei der Nutzung von Routinedaten und die sich aus dieser Art der Versorgungsforschung ergebenden Perspektiven für die Behandlung der Herzinsuffizienz in Deutschland interdisziplinär diskutiert werden.

WIR FREUEN UNS AUF IHRE TEILNAHME.



Anmeldung zur Fachtagung „Herzinsuffizienz“ am 4. Juni 2014 in Berlin:

Name / Namen

Institution

Straße

PLZ, Ort

E-Mail



**Bitte senden Sie Ihre Anmeldung bis zum 28. Mai 2014 per Post, Fax oder Email:
Fax +49 30 4005 2490
Email kontaktversorgungsatlas@zi.de**

PROGRAMM

10:00 - 10:15	Begrüßung und Einführung Dr. Andreas Gassen, KBV Berlin
10:15 - 10:40	Nationale Versorgungsleitlinien Herzinsuffizienz - Stellenwert von Leitlinien in der Versorgung der Herzinsuffizienz Dr. Christiane Muth, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt
10:40 - 11:05	Herzinsuffizienz in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten und in den Arzneiverordnungsdaten Dr. Burgi Riens, Zentralinstitut Berlin
11:05 - 11:30	Wie kann eine leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Herz-erkrankungen erreicht werden? Prof. Dr. Andreas Klement, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
11:30 - 11:55	Gender und Herzinsuffizienz - Was wissen wir? Dr. Sabine Oertelt-Prigione, Charité Berlin
11:55 - 12:20	Sektorenübergreifende Versorgung und Polypharmazie bei Herzinsuffizienz Dr. Michael Erhart, Zentralinstitut Berlin
12.20 - 13.00	Mittagspause
13:00 - 13:25	Qualitätssicherung bei der Herzinsuffizienzbehandlung in der klinischen Versorgung - Vergleich ambulanter und stationärer Diagnosequalität Dr. Peter Kraemer, Sana-Klinikum Lübeck
13.25 - 13.50	Herzkrankungen im Rahmen von Disease Management Programmen am Beispiel der KV Nordrhein Dr. Lutz Altenhofen, Zentralinstitut Berlin
13:50 - 14:15	Herzbericht 2014 - Was gibt es Neues? Prof. Dr. Dietrich Andresen, Deutsche Herzstiftung e.V. Frankfurt
14:15 - 15:30	Moderierte Podiumsdiskussion <ul style="list-style-type: none">- Dr. Peter Kraemer, Sana-Klinikum Lübeck- Dr. Stephan Hofmeister, KV Hamburg- Dr. Christian Peters, AOK Bundesverband- Dr. Christiane Muth, Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt a. M.- Dr. Monika Mund, KBV Berlin- Dr. Benny Levenson, Kardiolog. Praxis Berlin <p>Moderation: Dipl. Biol. Barbara Ritzert (Pressestelle Versorgungsatlas)</p>
15:30	Ende der Veranstaltung

Zi-Fachtagung zur Herzinsuffizienz, Berlin, 4. Juni 2014

- Informationen zu den Referentinnen und Referenten -

Dr. Christiane Muth, Fachärztin für Innere Medizin, MPH, Frankfurt am Main

Leiterin des Arbeitsbereichs Klinische Entscheidungsunterstützung am Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Frau Dr. Muth studierte Humanmedizin an den Universitäten Leipzig und Münster sowie Public Health an der Medizinischen Hochschule Hannover. Mehrjährige klinische Tätigkeit im Bereich der Inneren Medizin mit Facharztanerkennung Innere Medizin in 1999. Seit 2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Sie ist Erstautorin der evidenzbasierten DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ für die hausärztliche Versorgung, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wurde. Diese Leitlinie wurde wegen ihrer hohen methodischen Qualität als Quell-Leitlinie für die Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz ausgewählt, an deren Entwicklung Frau Dr. Muth als autorisierte DEGAM-Vertreterin mitgearbeitet hat. Gegenwärtig arbeitet sie mit renommierten internationalen Forschungskollegen an der Weiterentwicklung von Leitlinien zur besseren Berücksichtigung von Ko- und Multimorbidität. Im Rahmen ihrer Forschungsschwerpunkte Polypharmazie und Multimorbidität arbeitet Frau Dr. Muth aktuell an der Entwicklung von Strategien zur Reduktion unangemessener Multimedikation. Erkenntnisse aus der von ihr geleiteten cluster-randomisierten kontrollierten Studie PRIMUM (PRiorisierung von MUltimedikation bei Multimorbidität) flossen bereits in die Entwicklung der mit dem VdEK-Zukunftspreis 2012 ausgezeichneten hausärztlichen Leitlinie „Multimedikation“ ein, an der Frau Dr. Muth ebenfalls beteiligt war.

Dr. Burgi Riens, Diplom-Biologin, Berlin

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Versorgungsforschung und Risikostruktur des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland am Standort Berlin.

Frau Dr. Riens studierte Biologie an der Universität Göttingen. Promotion zum Dr. rer. nat ebenfalls in Göttingen. Nach Tätigkeit als Wiss. Mitarbeiterin an der Universität Göttingen war Frau Dr. Riens von 2002 - 2010 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Göttingen. Seit 2010 ist Frau Dr. Riens am Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland in Berlin tätig, wo sie u. a. an der Entwicklung und Implementierung des Projekts Versorgungsatlas beteiligt war.

Prof. Dr. Andreas Klement, Facharzt für Chirurgie und Allgemeinmedizin, Halle und Dresden

Honorarprofessor und Leiter der Sektion Allgemeinmedizin an der Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg

Prof. Dr. Klement studierte Humanmedizin in Berlin. Assistenzarztzeit in der Allgemein-, Unfall- und Gefäßchirurgie des Städtischen Krankenhauses am Urban in Berlin-Kreuzberg. 1999 Promotion an der Charité in Berlin mit dem Thema *Anwendung einer hochauflösenden Oberflächenspule in der Kernspintomographie am Beispiel des Handgelenkes und Karpaltunnels*. In 2001 Facharztanerkennung Chirurgie, in 2004 Facharztanerkennung Allgemeinmedizin. Mehrere Jahre Wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Instituten für Allgemeinmedizin der Universitäten Leipzig bzw. Halle-Wittenberg. In 2005 Niederlassung in allgemeinmedizinischer Gemeinschaftspraxis in Dresden. Seit 2009 Leiter der Sektion Allgemeinmedizin der Universität Halle-Wittenberg, in 2012 Bestellung zur Honorarprofessur.

Dr. Sabine Oertelt-Prigione, Fachärztin für Innere Medizin, MScPH, Berlin

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Berliner Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM) der Charité

Studium der Humanmedizin an der Università degli Studi in Mailand. Dort erhielt sie in 2008 auch die Facharztanerkennung für Innere Medizin. 2004 - 2006 Tätigkeit an der University of California in Davis, wo sie den Einfluss von geschlechtsspezifischen Faktoren auf Autoimmunität untersuchte. In 2012 Abschluss als MPH an der University of London/LSHTM. Ihre wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen in der Untersuchung des Einflusses von Gender Aspekten in der Prävention und Implementierung. Sie war für die Entwicklung der ersten gendermedizinischen wissenschaftlichen Datenbank *GenderMedDB* verantwortlich und ist Mitherausgeberin eines der ersten Fachbücher zu Gender Medizin *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine*. 2010 - 2012 leitete Sie die Implementierung von Pflichtschulungen für ärztliches Personal zum Umgang mit Betroffenen häuslicher Gewalt in Deutschland und gewann 2014 den Max Rubner-Preis für Innovationen der Stiftung Charité für die erste deutsche Erhebung von Prävalenzdaten und Präventionsstrategien zu Grenzüberschreitungen im klinischen Alltag. Seit 2009 ist sie Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Berliner Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM) der Charité in Berlin.

Dr. Michael Erhart, Diplom-Psychologe, Berlin

Leiter des Fachbereichs Versorgungsforschung und Risikostruktur des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland am Standort Berlin

Nach dem Studium der Psychologie an der Technischen Universität in Berlin war Herr Dr. Erhart von 2001 - 2002 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Charité Berlin, Abteilung für Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung in der Rehabilitation, 2002 - 2007 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Robert Koch-Institut, seit 2005 stellvertretender Leiter der Forschungsgruppe „Subjektive Indikatoren der Kinder- und Jugendgesundheit“. In 2007 Promotion zum Dr. P.H. an Universität Bielefeld, wo er von 2007 - 2008 am WHO Collaborating Center for Child and Adolescent Health Promotion tätig war. Von 2008 - 2010 Dozent für Statistik an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg und von 2008 - 2010 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf als Stellvertretender Leiter Forschungsgruppe Child Public Health. Seit 2010 ist Herr Dr. Erhart am Zentralinstitut tätig.

Dr. Peter Kraemer, Facharzt für Innere Medizin, Notfall- und Intensivmedizin, MBA

Unternehmensleitung Medizinische Prozesse und Qualität der Sana Kliniken Oldenburg und Lübeck und Leiter des regionalen Medizincontrollings der Region Nord der Sana Kliniken AG, München

Herr Dr. Kraemer ist Facharzt für Innere Medizin, Notfall- und Intensivmedizin. Weitere Qualifikationen bestehen im Ärztlichen Qualitätsmanagement, als Gesundheitsökonom (MBA), EFQM Assessor sowie als Qualitätsmanager der Deutschen Gesellschaft für Qualität und als Traumanetzwerk-Auditor. 2000 - 2008 internistischer Oberarzt der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Herzzentrum Lahr/Baden. Von 2008 - 2012 Medizinischer Direktor der Damp Holding AG Hamburg. Seit 2012 in der Unternehmensleitung Medizinische Prozesse und Qualität der Sana Kliniken Oldenburg und Lübeck und Leiter regionales Medizincontrolling der Region Nord der Sana Kliniken AG München. Darüber hinaus medizinisch-administrativer Direktor der Sana CardioMed Nord (überregionales Herznetz in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern).

Dr. Lutz Altenhofen, Sozialwissenschaftler und Medizinsoziologe

Leiter des DMP-Projektbüros des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland am Standort Köln

Herr Dr. Altenhofen ist seit 1988 am Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland zunächst als Wissenschaftlicher Mitarbeiter tätig. 1996 Promotion zum Dr. rer. soc. an der Universität Bielefeld. Arbeitsschwerpunkte sind Evaluation und Qualitätssicherung von Präventivmaßnahmen sowie Disease-Management-Programme. Herr Dr. Altenhofen ist Koautor zahlreicher Veröffentlichungen zur Früherkennung kolorektaler Karzinome. Seit 2008 Mitwirkung im Nationalen Krebsplan und seit 2009 Mitglied der Kommission Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts. Seit 2003 leitet Herr Dr. Altenhofen ein Wissenschaftlerteam des Zentralinstituts, welches die Feedback-Berichte an die DMP-beteiligten Praxen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erstellt und den jährlichen DMP-Qualitätsbericht für Nordrhein und Westfalen-Lippe inhaltlich verantwortet.

Prof. Dr. med. Dietrich Andresen, Facharzt für Innere Medizin, Kardiologe, Berlin

Ehemals Direktor der Medizinischen Klinik I (Kardiologie und Intensivmedizin) am Vivantes-Klinikum Am Urban und der Medizinischen Klinik I (Kardiologie) am Vivantes-Klinikum Im Friedrichshain in Berlin, zusätzlich Ärztlicher Leiter des Klinikums Am Urban; Vorstandsmitglied der Deutschen Herzstiftung e. V., Frankfurt am Main

Nach Promotion 1977 und Habilitation in 1986 wurde Herr Prof. Dr. Andresen in 1990 zum apl. Professor berufen. Herr Prof. Dr. Andresen besitzt die Facharztanerkennungen für Innere Medizin, Kardiologie und Notfall- und Rettungsmedizin. 1997 - 2014 leitete er als Direktor die Medizinische Klinik I (Kardiologie und Intensivmedizin) des Vivantes-Klinikums Am Urban und 2000 - 2013 zusätzlich die Medizinische Klinik I (Kardiologie) des Vivantes-Klinikums Im Friedrichshain in Berlin. Von 2013 - 2014 war er darüber hinaus Ärztlicher Leiter des Klinikums Am Urban. Seit 2014 Aufbau einer ambulant-stationären Kardiologie an der Evangelischen Elisabeth-Klinik in Berlin-Mitte. Herr Prof. Andresen ist Mitglied in zahlreichen nationalen und internationalen kardiologischen Fachgesellschaften und im Wissenschaftlichen Beirat diverser Fachzeitschriften sowie Vorstandsmitglied der Deutschen Herzstiftung e. V. mit Sitz in Frankfurt am Main.

- Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Podiumsdiskussion -

Dr. Peter Kraemer (siehe unter Referenten/innen)

**Dr. Stephan Hofmeister, Facharzt für Allgemeinmedizin, Stellvertretender
Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg**

**Dr. Christian Peters, MBA, Leiter der Abteilung Ambulante Versorgung im AOK-
Bundesverband, Berlin**

Dr. Christiane Muth (siehe unter Referenten/innen)

**Dr. Monika Mund, Leiterin der Fachabteilung indikationsbezogene
Versorgungskonzepte im Dezernat Sektorenübergreifende Qualitätsförderung und –
darstellung, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Berlin**

**Dr. Benny Levenson, niedergelassener Kardiologe in der Kardiologischen
Gemeinschaftspraxis Dr. Levenson, Dr. Albrecht & Dr. Eisenhut in Berlin-Charlottenburg**

Moderation:

Fachtagung Zi-Forum

„Herzinsuffizienz – mit leitliniengerechter Versorgung nicht schlapp machen!“

Berlin, 4. Juni 2014

Dr. Andreas Gassen, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Begrüßung

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Gäste,

ich begrüße Sie sehr herzlich in den Räumen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu der heutigen Fachtagung „Herzinsuffizienz“ des Zentralinstituts. Ich darf Sie sowohl als Hausherr als auch in meiner Eigenschaft als Vorsitzender des Zentralinstituts willkommen heißen.

In beiden Funktionen ist mir das heutige Thema ein persönliches Anliegen: Die fachübergreifende ambulante Versorgung chronisch Kranker wächst zu einer der größten Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung heran. Einer der wichtigsten Qualitätsindikatoren einer guten ambulanten Versorgung ist, stationäre Behandlungen zu vermeiden. Dies ist sowohl für den einzelnen Patienten von Bedeutung als auch für das Gesamtsystem. Die Versorgungsforschung, also die Beobachtung der medizinischen Versorgung unter Alltagsbedingungen, kann uns wichtige Hinweise geben, an welchen Stellen – sowohl im Prozess als auch in räumlicher Hinsicht – Veränderungen vorgenommen werden können, um die Qualität insgesamt zu verbessern. Der heutige Tag soll uns in dieser Hinsicht ein Stückchen weiter bringen.

Knapp ein Prozent der Gesamtbevölkerung in Deutschland ist an einer Herzinsuffizienz erkrankt. Dies betrifft insbesondere Menschen im höheren Lebensalter. Im Alter

ab 75 Jahren haben etwa zehn Prozent der GKV-Versicherten eine Herzleistungsschwäche. Die Herzinsuffizienz gehört damit zu den meist diagnostizierten und behandelten Erkrankungen in der ambulanten Versorgung in Deutschland. Sie ist außerdem der zweithäufigste Anlass einer stationären Behandlung. Zwischen 1995 und 2011 stieg die Zahl der vollstationär behandelten Fälle um den Faktor 1,7 von 275 auf 465 pro 100.000 Einwohner. Bei der Sterblichkeit zeichnet sich eine Reduktion ab, dennoch liegt die Herzinsuffizienz mit einem Anteil knapp über fünf Prozent an der Gesamtsterblichkeit an dritter Stelle der Todesursachenstatistik, hinter der chronisch ischämischen Herzerkrankung und dem akuten Myokardinfarkt. Aufgrund der demografisch bedingten Alterung der Bevölkerung ist in den nächsten Jahren mit einem weiteren Anstieg von Inzidenz und Prävalenz zu rechnen. Jede mögliche Verbesserung in der Behandlung der Herzinsuffizienz ist also von eminenter gesundheitspolitischer und ökonomischer Bedeutung.

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte haben eine vorrangige Rolle bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz. Insofern sind es auch die Vertragsärzte, an die sich die verfügbaren Leitlinien zur Diagnose und Therapie der Herzinsuffizienz in erster Linie richten. Ich verweise hier auf die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin und die fachübergreifende Nationale Versorgungsleitlinie. Nicht immer können im Prozess der Leitlinienerstellung alle Fragen berücksichtigt werden, die sich im Alltag stellen. An diesem Punkt kann die Versorgungsforschung einen Beitrag leisten.

Eine interessante Weiterentwicklung der Versorgungsforschung ist die Betrachtung und Analyse räumlicher Unterschiede in den Versorgungsprozessen. Diese können uns Hinweise sowohl auf externe Einflussfaktoren als auch auf Verbesserungspotenziale in der Versorgung geben.

Versorgung unter Alltagsbedingungen zu untersuchen, darin unterscheidet sich die Versorgungsforschung von der klinischen Forschung, die ja letztendlich unter „Laborbedingungen“ arbeitet. Aus der klinischen Forschung stammen jedoch in der Regel die wichtigsten Evidenzbelege für Leitlinien. Aus der Versorgungsforschung kommt hingegen der Warnhinweis „mind the gap“ – oder anders gesagt: Beachten Sie die Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit.

Für diese Lücke kann es gute Gründe geben, die sich unter Laborbedingungen nicht offenbaren. Diese Lücke so klein wie möglich zu machen, wo hierzu Gestaltungsspielraum besteht, das ist die Aufgabe derjenigen, die in der gemeinsamen Selbstverwaltung die Verantwortung für die Versorgungsqualität übernehmen.

Diesem Ziel ist das Projekt „Versorgungsatlas“ gewidmet, welches das Zi im August 2011 im Auftrag seiner Träger begonnen hat. Das Webportal www.versorgungsatlas.de bietet eine öffentlich zugängliche Informationsquelle zu einer stetig wachsenden Zahl ausgewählter Themen aus der medizinischen Versorgung in Deutschland. Die vom Zi selbst durchgeführten Analysen basieren auf den bundesweiten Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung. Aber auch die Ergebnisse anderer Forschungseinrichtungen zur geografischen Versorgungsforschung können hier veröffentlicht werden. Zwischen August 2011 und Mai 2014 wurden bisher 32 themenspezifische Berichte auf www.versorgungsatlas.de veröffentlicht.

Zuletzt hat das Zi Anfang Mai dieses Jahres eine Studie zur Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz veröffentlicht. Die Analyse basiert auf Abrechnungsdaten und Arzneiverordnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung. Wir wissen, dass eine leitliniennahe Versorgung statistisch mit weniger stationären Behandlungen und einer höheren Lebensqualität der Patienten einhergeht. Ausgehend von bestimmten Indikatoren für leitlinienkonforme Diagnostik und Therapie wird deshalb die Versorgungssituation von Patienten mit Herzinsuffizienz unter Alltagsbedingungen betrachtet.

Die Ergebnisse fordern zur Diskussion unter dem Motto „mind the gap“ heraus. Lassen Sie mich dazu kurz die wichtigsten Befunde herausarbeiten.

Am häufigsten sind die Indikatoren einer leitliniengerechten Versorgung bei denjenigen Patienten erfüllt, die von Haus- und Fachärzten gemeinsam behandelt wurden. Dieser Befund ist erfreulich, weist er doch auf die funktionale Einheit der haus- und fachärztlichen Versorgung hin. Allerdings bestehen deutliche regionale Unterschiede in der Versorgung im Hinblick auf die Bedeutung der Echokardiografie bei neu diagnostizierten Fällen von Herzinsuffizienz und bei der Verordnungshäufigkeit spezifischer Medikamente wie ACE-Hemmer oder Betarezeptorenblocker in der Therapie.

Außerdem zeigen sich systematische Unterschiede in der Versorgung zwischen Frauen und Männern. Frauen werden zu einem geringeren Anteil leitlinienbezogen behandelt als Männer. Die Existenz dieser geschlechtsspezifischen Differenzen ist zwar schon aus anderen Untersuchungen bekannt. Dennoch weist die Deutlichkeit dieses Phänomens darauf hin, dass die heutigen Leitlinien wichtige Entscheidungsparameter noch nicht explizit aufgreifen.

Auch die geschlechtsspezifischen Versorgungsunterschiede sind regional recht unterschiedlich ausgeprägt. Somit weisen sie auch auf ein noch zu präzisierendes Verbesserungspotenzial in der Versorgung unter Alltagsbedingungen hin.

Dass in der Versorgung Gestaltungsspielraum besteht, lernen wir insbesondere durch den Blick auf die statistische Verteilung der Versorgungsindikatoren innerhalb einer Region. Anders ausgedrückt: Für die Ausprägung der Versorgungsindikatoren kommt es nicht so sehr darauf an, wo ein Patient wohnt, sondern durch welche Praxen er behandelt wurde. Wenn wir also die Frage stellen, wie die Patienten in einer Region *mehrheitlich* versorgt werden, zeigen sich regionale Muster, aus denen ein realisierbares Verbesserungspotenzial ermittelt werden kann. So werden die weiblichen Patienten in einigen Regionen Deutschlands mehrheitlich leitliniennäher behandelt als männliche Patienten in anderen Regionen. Mit den Methoden der Versorgungsforschung wird damit ein Signal gesetzt, das vor Ort näher untersucht und beraten werden muss. Voreilige Schlüsse oder gar Vorverurteilungen sollten hingegen dringend vermieden werden.

Deshalb freue ich mich, dass heute eine Reihe von Referenten bei uns sind, die aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Positionen zur der Frage Stellung beziehen werden, wie die Befunde der Versorgungsforschung zu interpretieren sind, welche Probleme bei der Umsetzung von Leitlinien bestehen und welche Lösungsansätze erkennbar sind. Im Anschluss an die Vorträge wird es eine Podiumsdiskussion geben zwischen Vertreterinnen und Vertretern aus der Wissenschaft, aus der klinisch tätigen Ärzteschaft, aus der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und von Krankenkassen.

Last not least möchte ich die Gelegenheit nutzen, Ihnen Herrn Dr. Bätzing-Feigenbaum vorzustellen. Er hat Anfang dieses Jahres die Leitung des Projekts Ver-

sorgungsatlas am Zentralinstitut übernommen. Er ist Allgemeinmediziner und Infektiologe mit langjähriger Erfahrung sowohl im klinisch-ambulanten Bereich als auch in der Epidemiologie. Herr Bätzing-Feigenbaum wird durch die weitere Veranstaltung führen. Die Podiumsdiskussion wird von Frau Ritzert moderiert, die die Pressestelle des Versorgungsatlas vertritt.

Ich wünsche Ihnen allen eine erfolgreiche Veranstaltung, interessante Erkenntnisse aus den Vorträgen sowie eine spannende Diskussion.

Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Stellenwert von Leitlinien in der Versorgung der Herzinsuffizienz

Dr. med. Christiane Muth, MPH



**FACHTAGUNG
AM 4. JUNI 2014
IN BERLIN**

**Institut für
Allgemein-
medizin**



Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Leitlinien im Chronic Care-Konzept

Chronic Care-Modell –

ein innovatives Konzept zur umfassenden Versorgung für chronisch Erkrankte



Gensichen J, Muth C et al. (2006) Die Zukunft ist chronisch... ZEFQ 100;365–74

Das NVL - Programm

- Start 2002
- Trägerschaft: BÄK, KBV, AWMF
- ÄZQ: Koordination, Redaktion und Pflege
- Ziele
 - Schlüsselempfehlungen zu **prioritären Versorgungsproblemen** definieren → Methoden der Evidenzbasierten Medizin
 - Behandlungsabläufe über **verschiedene Versorgungsebenen** darstellen (Hausarzt >> Spezialist >> Klinik >> Rehabilitation)
 - **Beteiligung** aller Disziplinen, Fachorganisationen und Patienten
- Präsentation (Langfassung, Kurzfassung, Patienten-LL, ...)
- Besonderheiten (**LL-basiert**, **Fokus Versorgungskoordination**)

„Heart failure remains one of the most common, costly, disabling, and deadly medical conditions...“

McMurray & Pfeffer 2005

Lancet; 365 (9474): 1877-1889

NVL Chronische Herzinsuffizienz - Start

Quelleleitlinie: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Stand: 2006

Referenzleitlinien:

- Leitliniengruppe Hessen (LLGH): Hausärztliche Leitlinie Therapie der chronischen Herzinsuffizienz. Stand: 2006.
- European Society of Cardiology (ESC): Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure (update 2005). Stand: 2005.
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DKG): Leitlinien zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz. Stand: 2005.
- American College of Cardiology (ACC)/ American Heart Association (AHA): Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. Stand: 2005.
- ...

Entwicklungsprozess



- 30.01.2007 – 16.12.2009
- 14 Vertreter aus 12 wiss. Fachgesellschaften/AKdÄ/pmv + 1 Patientenvertreter
- 19 Sitzungen
- 127 Empfehlungen und Statements

Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz

The German National Disease Management Guideline „Chronic Heart Failure“

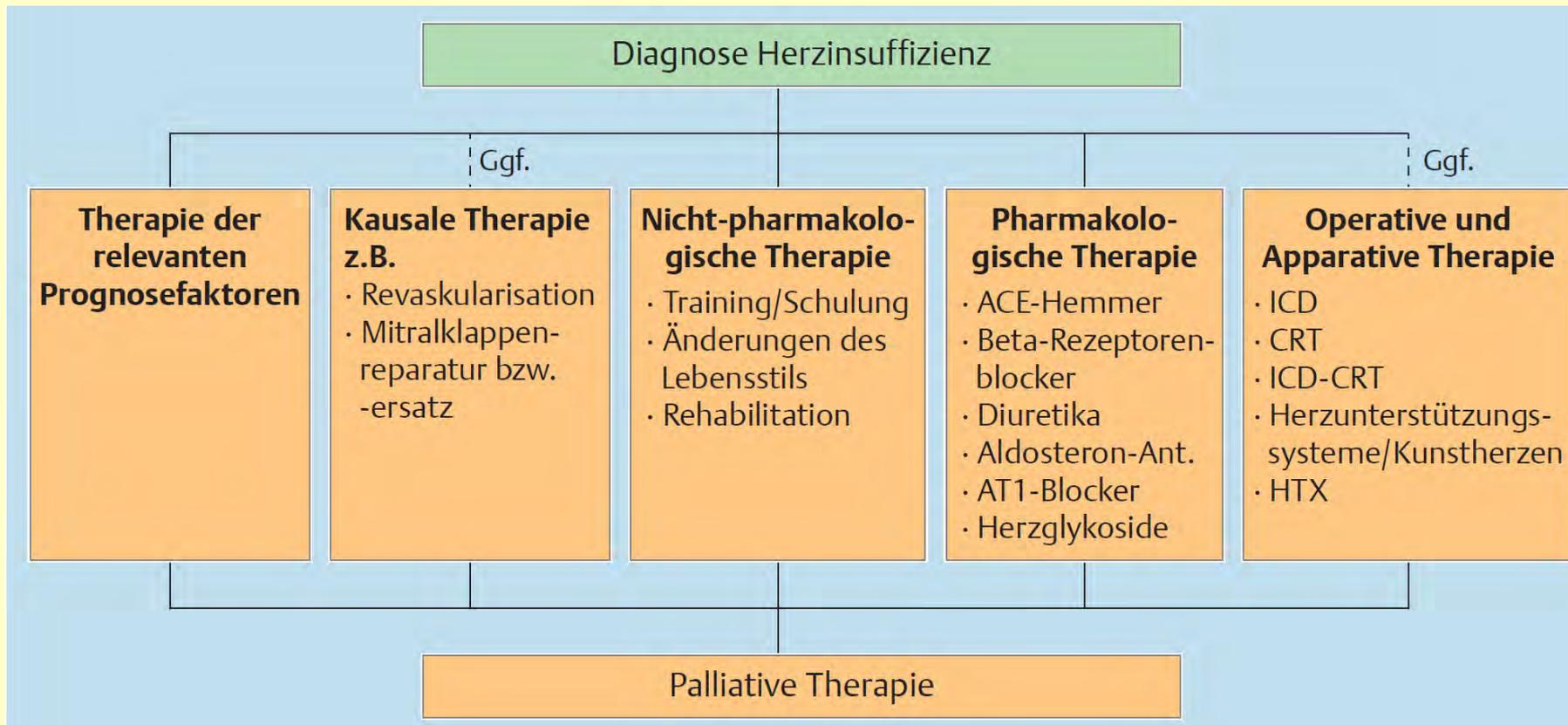
Autoren

S. Weinbrenner¹ T. Langer¹ M. Scherer² S. Störk³ G. Ertl³ Ch. Muth⁴ U.C. Hoppe⁵ I. Kopp⁶
G. Ollenschläger¹ für den Expertenkreis NVL Chronische Herzinsuffizienz des ÄZQ

Dtsch Med Wochenschr 2012; 137: 219–226 · S. Weinbrenner et al., Nationale VersorgungsLeitlinie „Chronische ...

- 30.01.2007 – 16.12.2009
- 14 Vertreter aus 12 wiss. Fachgesellschaften/AKdÄ/pmv + 1 Patientenvertreter
- 19 Sitzungen
- 127 Empfehlungen und Statements

Therapieoptionen bei chron. Herzinsuffizienz



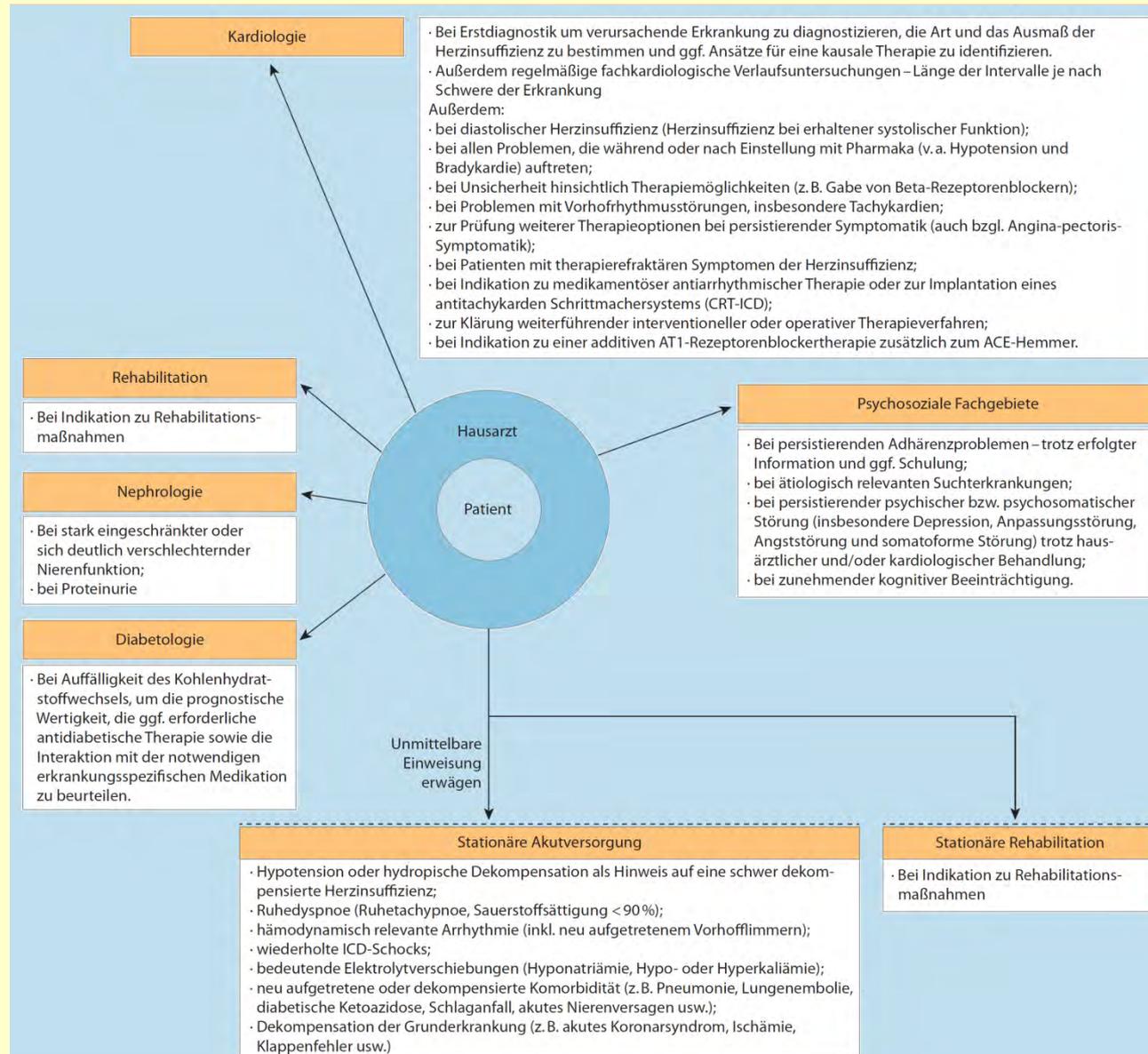
Dtsch Med Wochenschr 2012; 137: 219–226 · S. Weinbrenner et al., Nationale Versorgungsleitlinie „Chronische ...

Besonderheiten der NVL Chron. Herzinsuffizienz

Acht Themen erstmalig in einer deutschen LL zur chronischen Herzinsuffizienz behandelt, darunter:

- Psychosoziale Aspekte
- Prävention und Rehabilitation

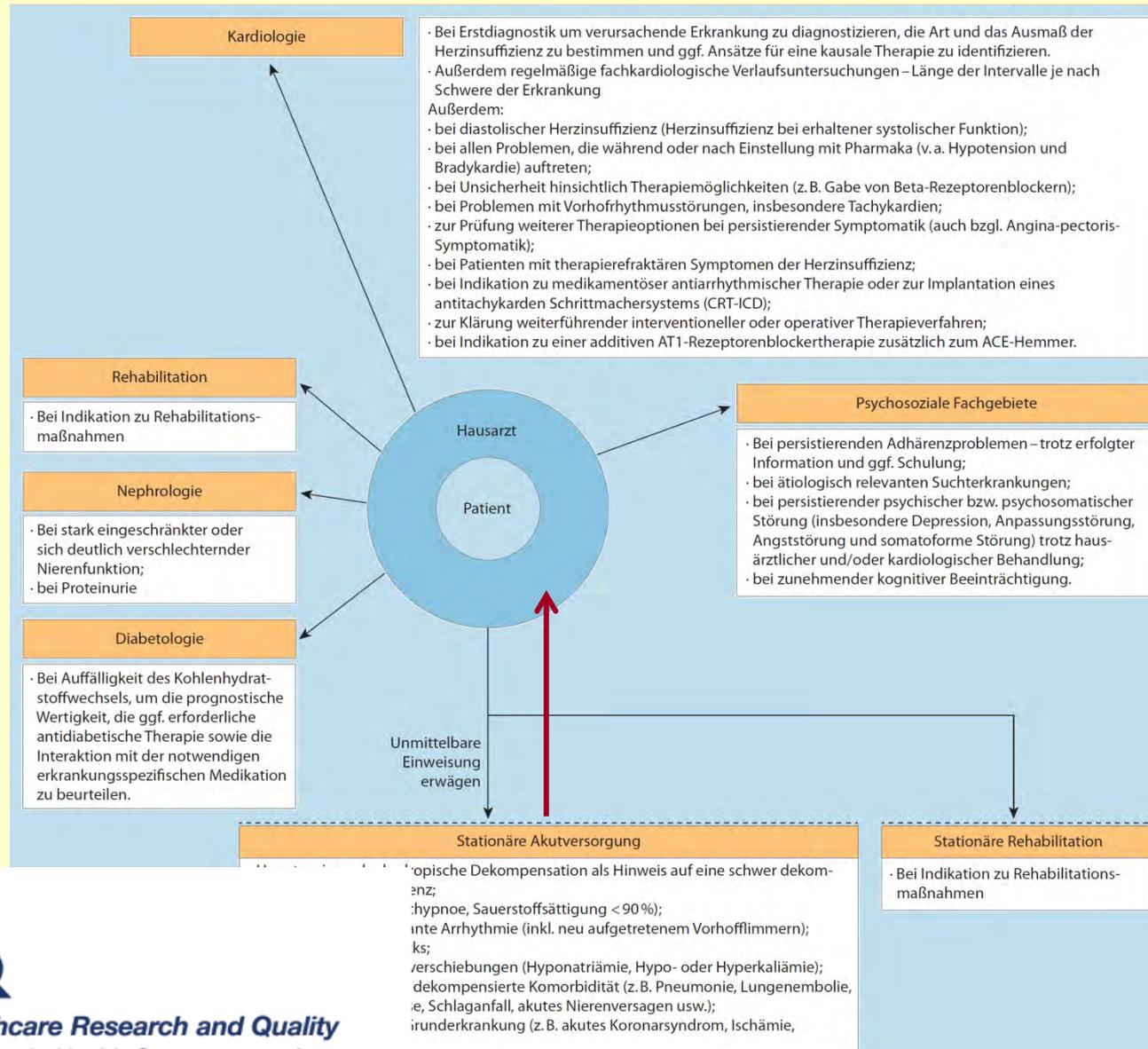
NVL-Fokus Koordination der Versorgung



NVL-Fokus Koordination der Versorgung

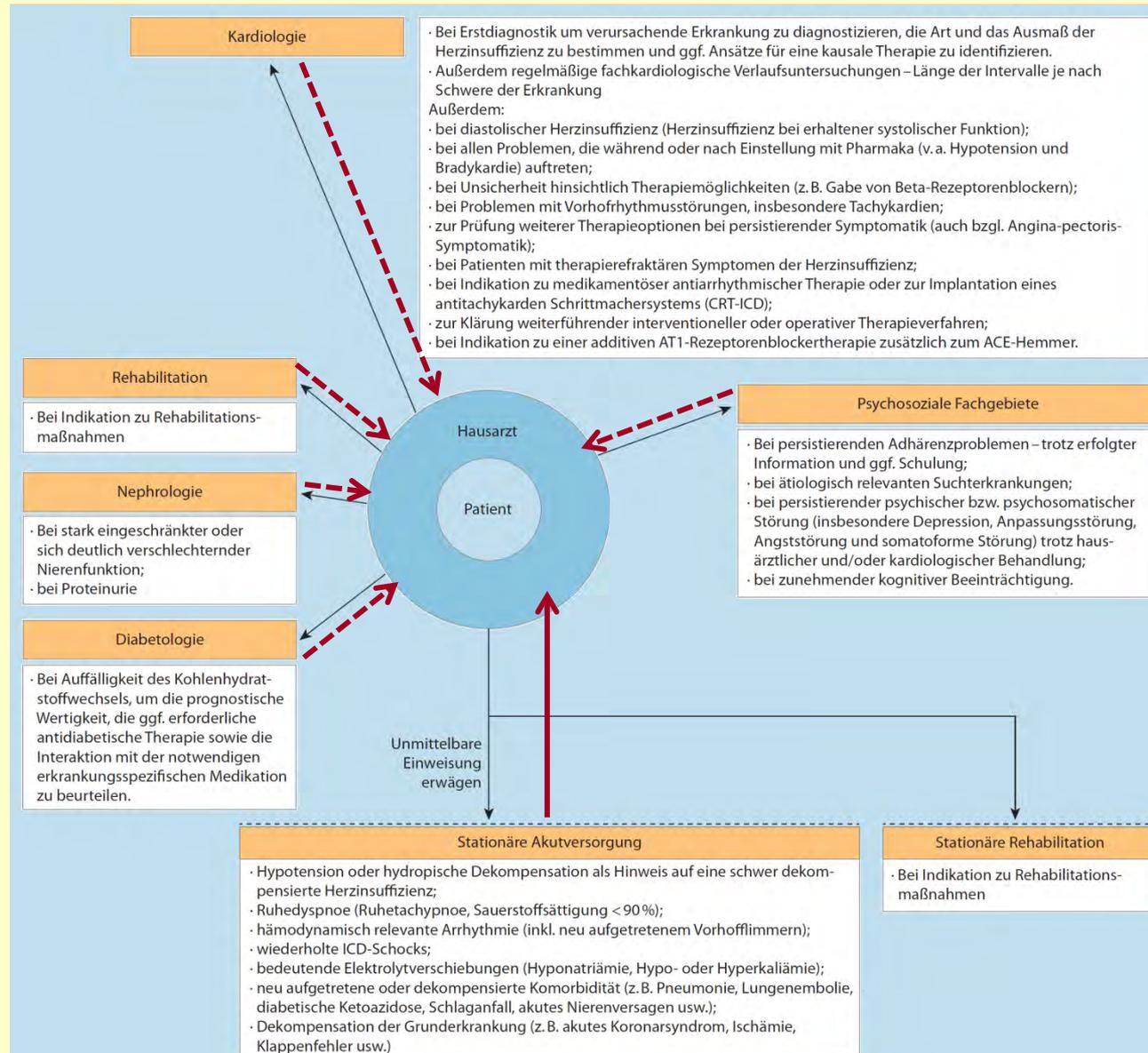
Transitional care interventions to prevent readmissions for people with heart failure.

AHRQ Publication
No. 14-EHC021-EF,
May 2014

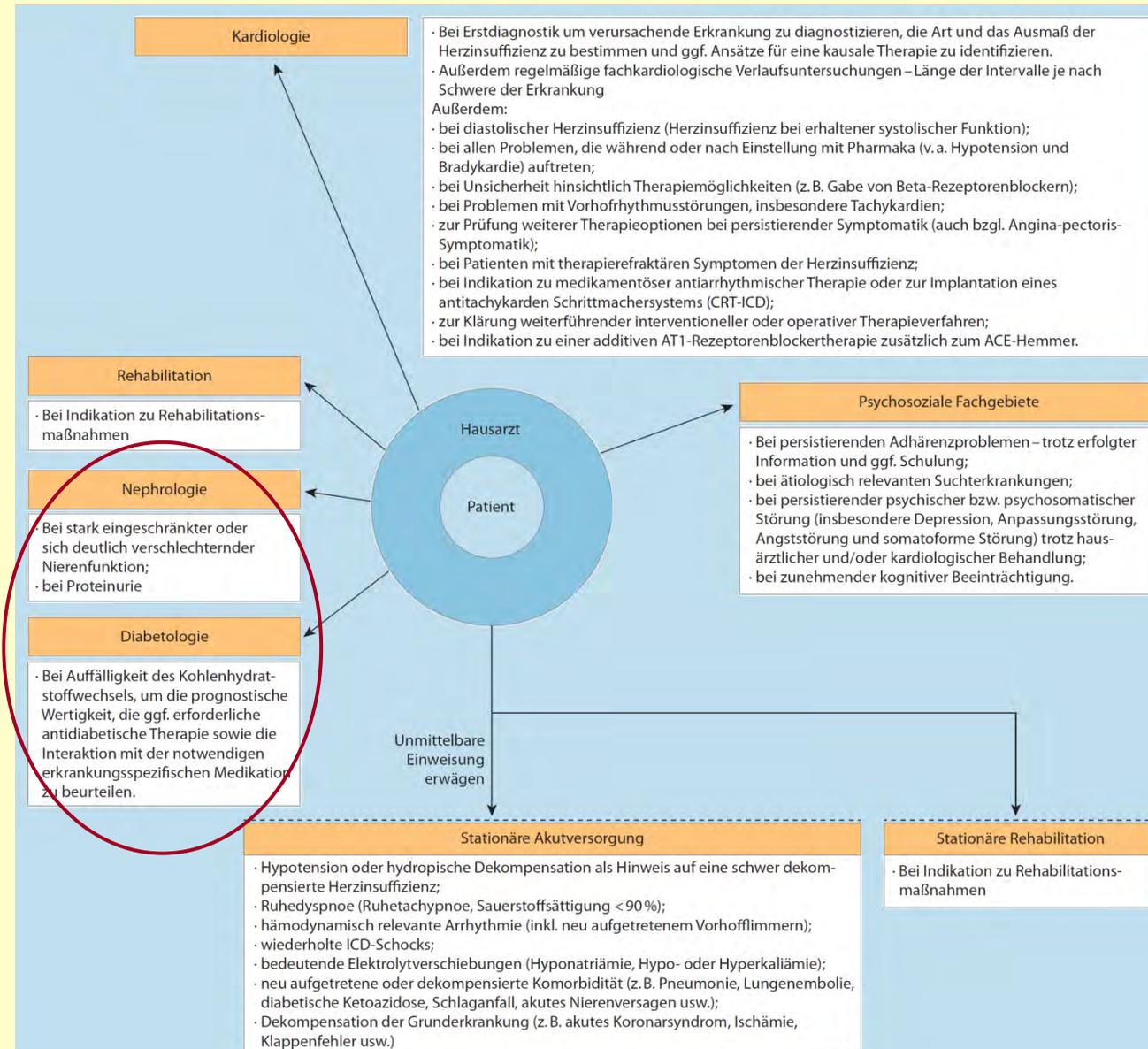


Agency for Healthcare Research and Quality
Advancing Excellence in Health Care • www.ahrq.gov

NVL-Fokus Koordination der Versorgung



NVL-Fokus Koordination der Versorgung

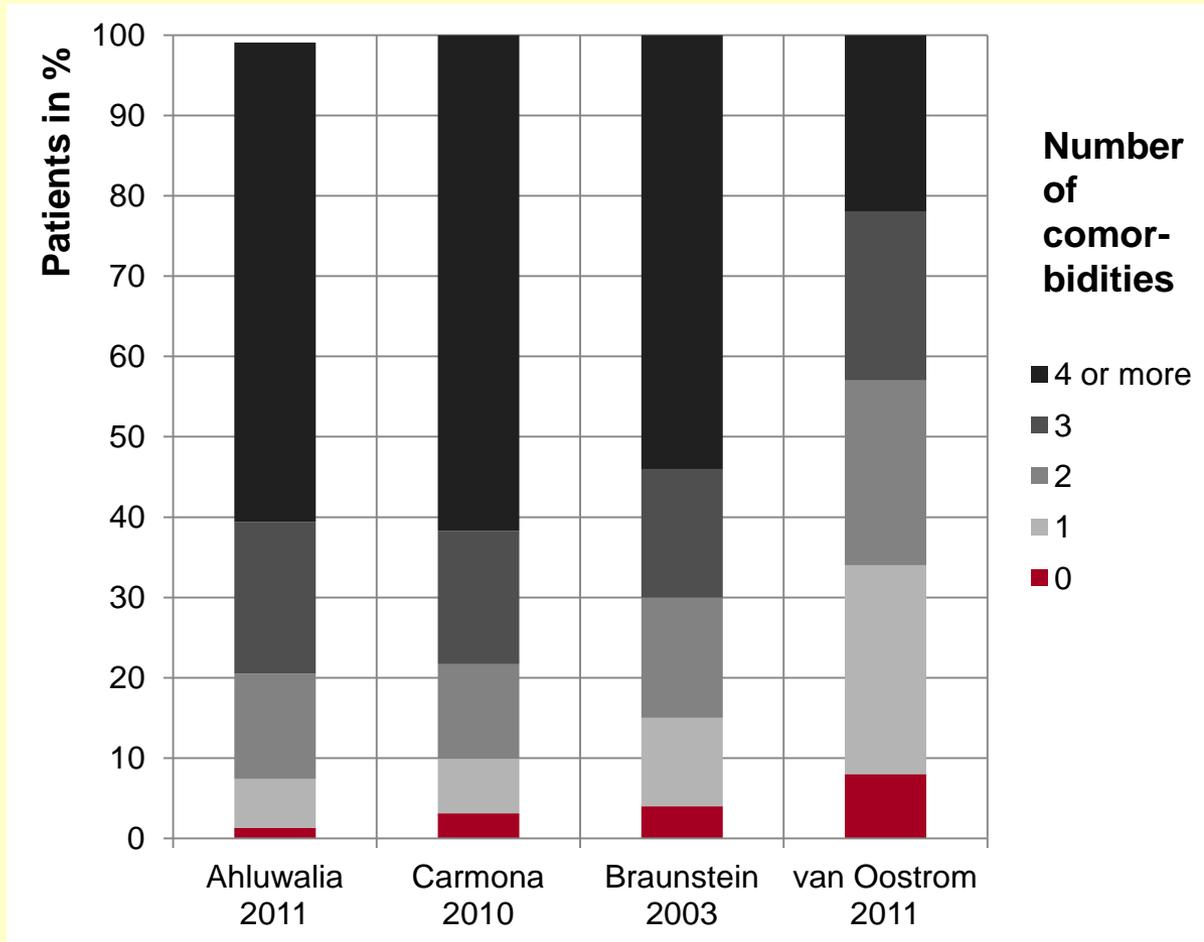


Besonderheiten der NVL Chron. Herzinsuffizienz

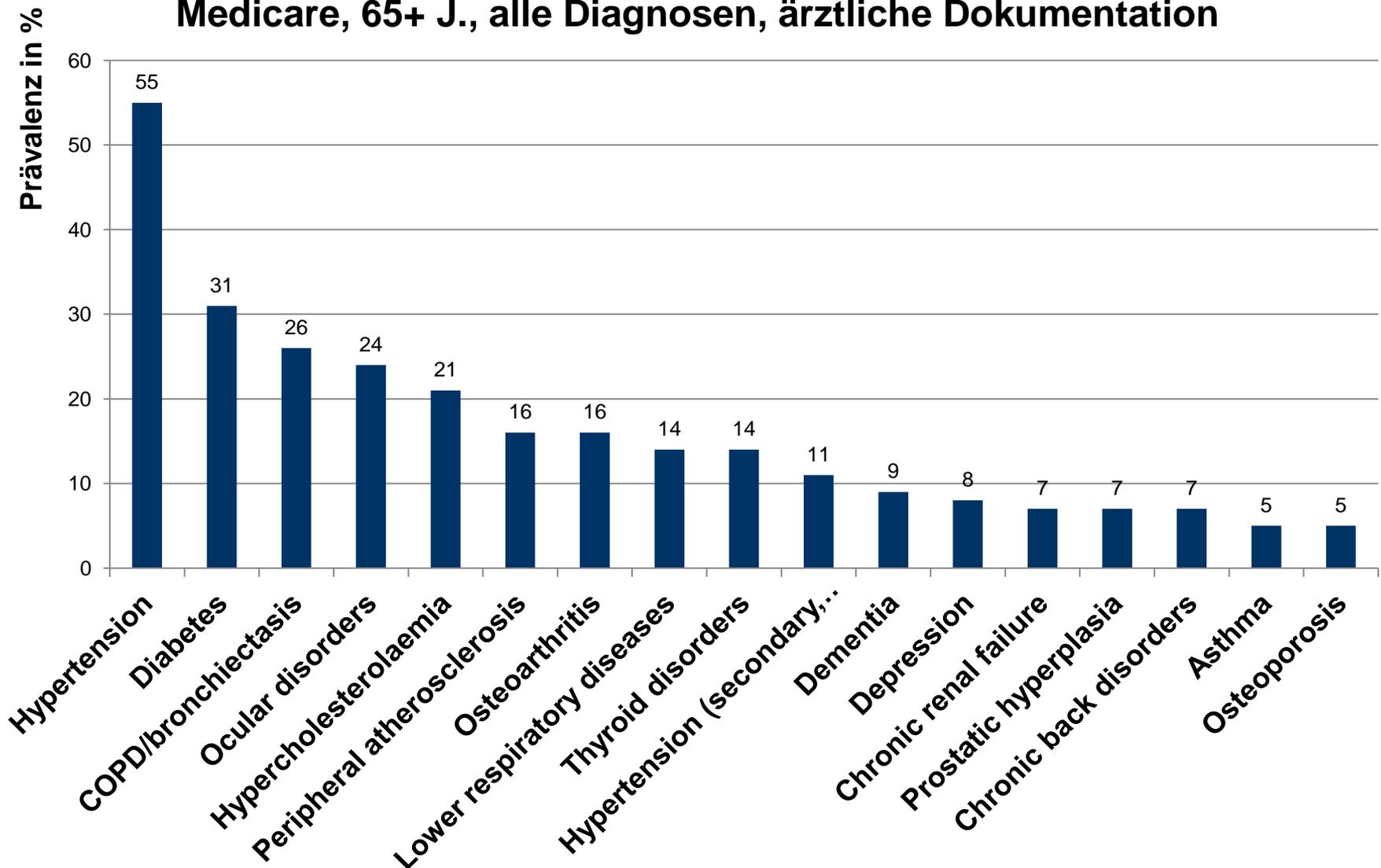
Acht Themen erstmalig in einer deutschen LL zur chronischen Herzinsuffizienz behandelt, darunter:

- Psychosoziale Aspekte
- Prävention und Rehabilitation
- **Ko- und Multimorbidität:**
 - N=12 Komorbiditäten
 - 5/12 in separaten Abschnitten,
7/12 zusammengefasst in einem Multimorbiditätsabschnitt

Anzahl von nicht-kardialen Komorbiditäten bei HI



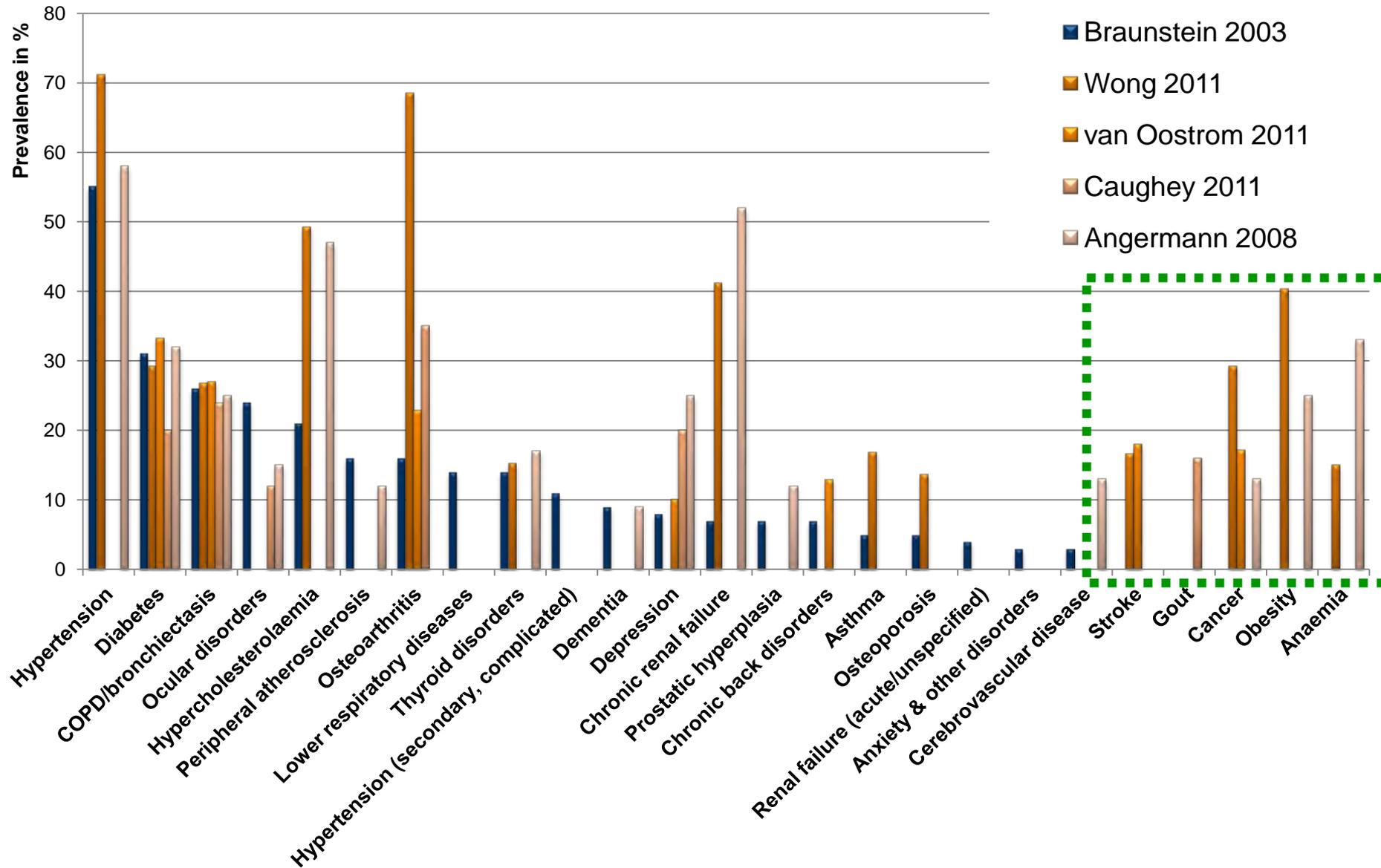
Medicare, 65+ J., alle Diagnosen, ärztliche Dokumentation



Interaktionsmatrix

- Textanalyse an **N=48** Leitlinien zu Herzinsuffizienz / 18 nicht-kardialen Begleiterkrankungen
- Klassifikation möglicher Interaktionen
- Datenextraktion aus LL und Entwicklung einer Interaktionsmatrix
- Identifikation von fast 250 Interaktionen verschiedener Kategorien (zwischen Erkrankungen, Erkrankungen und Medikamenten sowie zwischen Arzneimitteln)

Was sind die häufigsten Komorbiditäten bei HI?



NVL Chron. Herzinsuffizienz: Zwischenfazit I

- Aufwändiger Entwicklungsprozess
- Konsensorientierte Arbeitsgruppe mit kollegialem und ergebnisorientiertem Arbeitsstil
- Professionelle Koordination durch das ÄZQ

*„Heart failure **remains** one of the most common, costly, disabling, and deadly medical conditions...“*

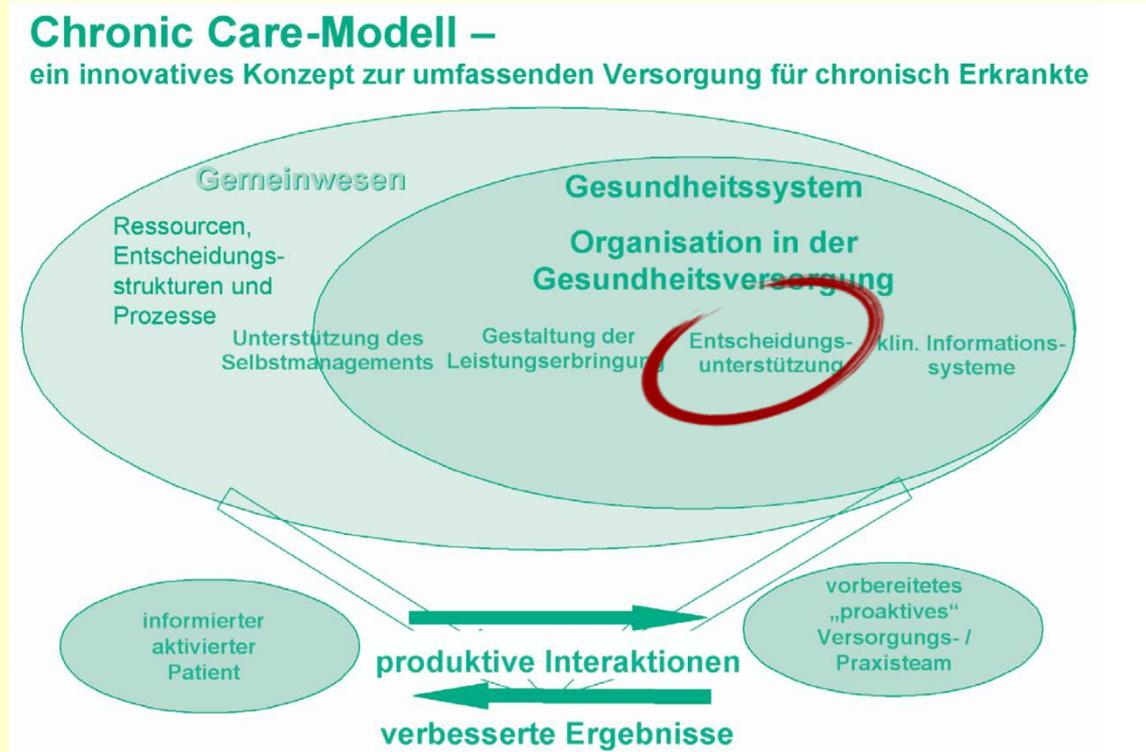
Status quo??? → What's next?

NVL Chron. Herzinsuffizienz: Zwischenfazit II

- (Ziele von NVLs:)
 - **Behandlungsabläufe über verschiedene Versorgungsebenen** darstellen (Hausarzt >> Spezialist >> Klinik >> Rehabilitation
! auch Hausarzt << Spezialist << Klinik ...)
 - **Schlüsselempfehlungen zu prioritären Versorgungsproblemen** definieren → Methoden der Evidenzbasierten Medizin
→ **Co- & Multimorbidität (Interaktionen, Individualisierung)**
- Aktualisierungsbedarf: Überprüfung der Empfehlungen (Inhalt / Evidenzlage: Stärke der Empfehlungen)
- „Gültigkeit“ endet 12/2014

„It has been argued that evidence based guidelines (mostly developed for people with single diseases) are inappropriate for people with multiple conditions,... (BUT) ...we have little with which to replace them.“

Roland M, Paddison C. BMJ 2013;346:f2510

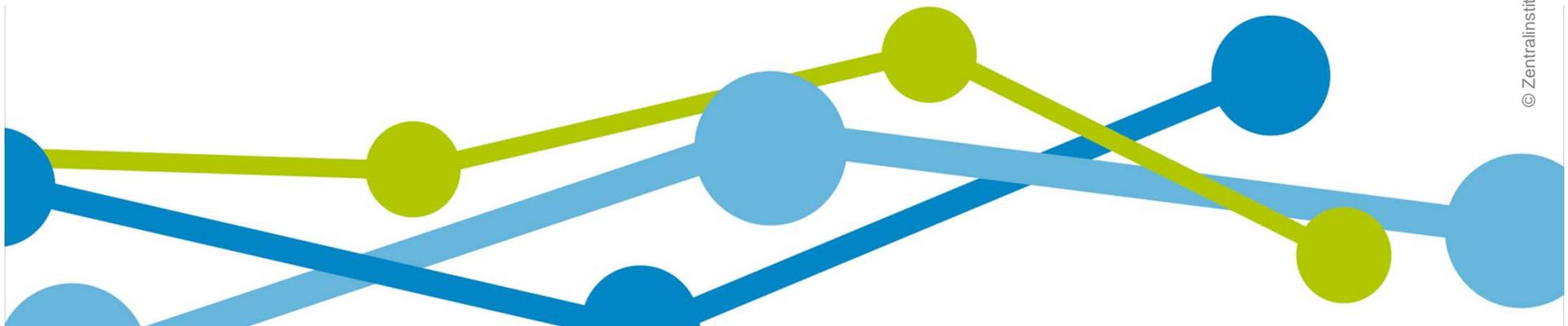




ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND

Leitliniengerechte Therapie bei Herzinsuffizienz

Dr. Burgi Riens / Dr. Jörg Bätzing-Feigenbaum / Dr. Dominik Graf von Stillfried / 4. Juni 2014



Aus regionalen Unterschieden lernen



- 1) Was sind die systematischen Unterschiede?
- 2) Was sind die regionalen Unterschiede?
- 3) Was ist der individuelle Beitrag?



Hintergrund

→ Eine Therapie nach evidenzbasierten Leitlinien kann bei der Linksherzinsuffizienz zur Symptomreduktion und Prognoseverbesserung führen sowie die Lebensqualität verbessern und die Hospitalisierungsrate reduzieren

→ Ziel der Studie

In wieweit erfolgt eine leitliniengerechte Behandlung der Patienten mit Linksherzinsuffizienz?

In welchem Umfang spielen alters- und geschlechtsabhängige, sowie regionale Variationen dabei eine Rolle?

In welchem Ausmaß findet eine kardiologische Mitbehandlung statt?

Als Indikatoren zur Beantwortung der Fragestellungen wurden

- die pharmakologische Therapie
- die Echokardiographie sowie
- der Influenza-Impfstatus gewählt

Datengrundlagen des ZI

1. Ambulante Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V

- Angaben zum Arzt / zur Praxis
- Angaben zum Versicherten
- Diagnosen (arzt- & patientenbezogen pro Quartal)
- Gebührenordnungspositionen, Leistungsbedarf (Arzt & P

**Auf Arzt- und
Patientenebene
verknüpfbar**

2. Arzneimittelabrechnungsdaten gemäß § 300 SGB V

- Angaben zum Arzt / zur Praxis
- Angaben zum Versicherten
- Abgegebene Arzneimittel

Leitlinien, die bei der Studie Berücksichtigung fanden

- Nationale Versorgungsleitlinie chronische Herzinsuffizienz (NVL)
- DEGAM Leitlinie Herzinsuffizienz (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin)
- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung
- Hausärztliche Leitlinie chronische Herzinsuffizienz der Leitliniengruppe Hessen
- Leitlinien zur Herzinsuffizienz der Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC)
- Leitlinien der ACC (American College of Cardiology) und der AHA (American Heart Association)

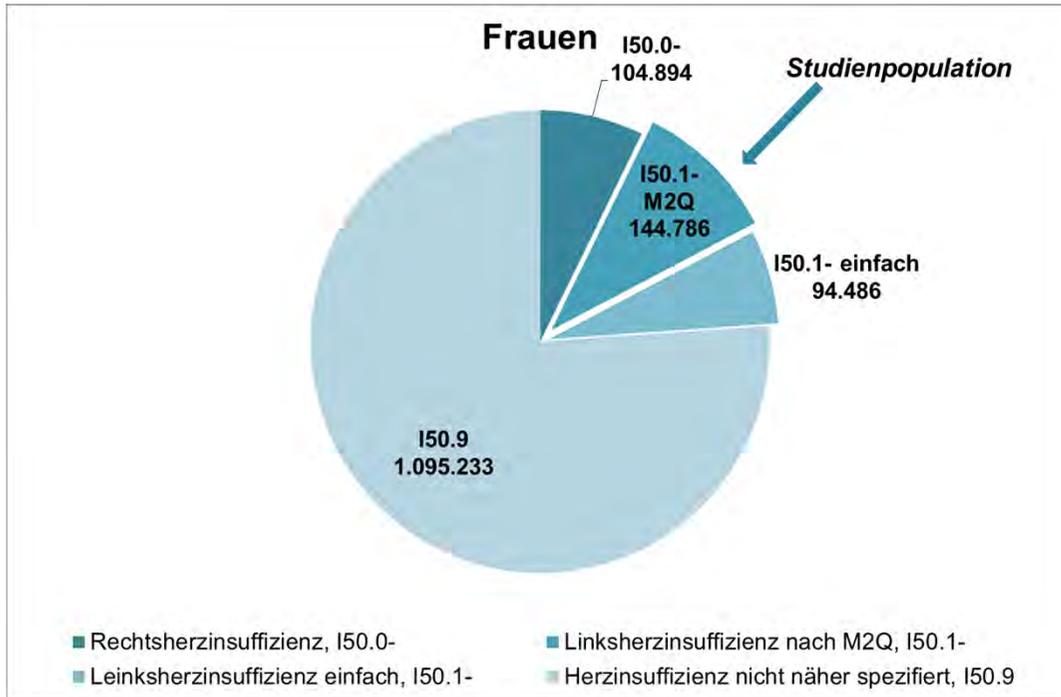
Leitlinien-Empfehlungen

Hohe Übereinstimmung der Empfehlungen zur Pharmakotherapie

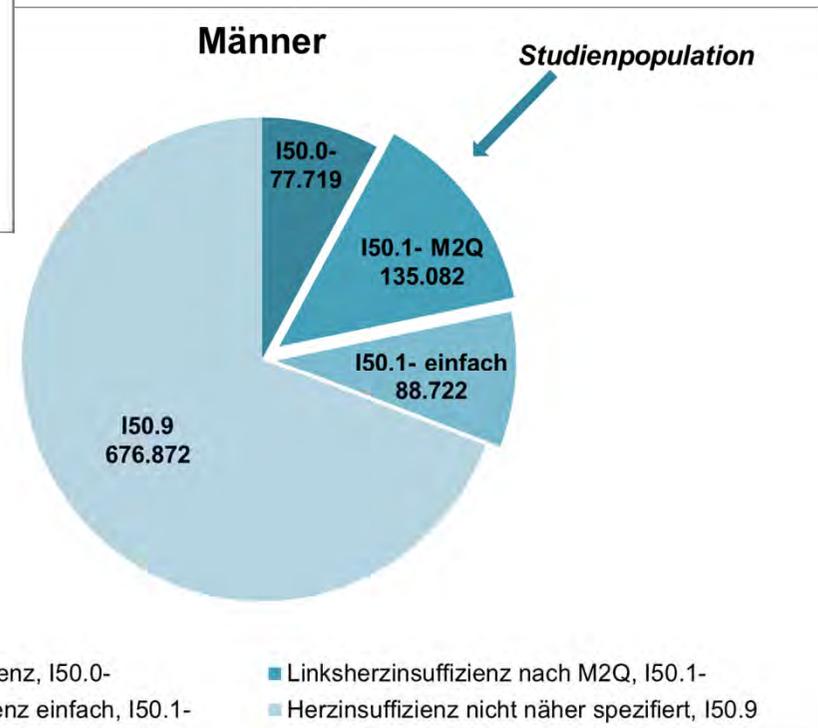
Demnach sollen alle

- symptomatischen und asymptomatischen Patienten mit systolischer Dysfunktion und fehlenden Kontraindikationen **ACE-Hemmer** erhalten bzw. bei ACE-Hemmer-Unverträglichkeit **Angiotensin-II-Antagonisten** (AT1-Rezeptorblocker);
- symptomatischen Patienten (NYHA II-IV) mit nachgewiesener Herzinsuffizienz und Fehlen von Kontraindikationen, sofern klinisch stabil **Beta-Rezeptorenblocker** erhalten.

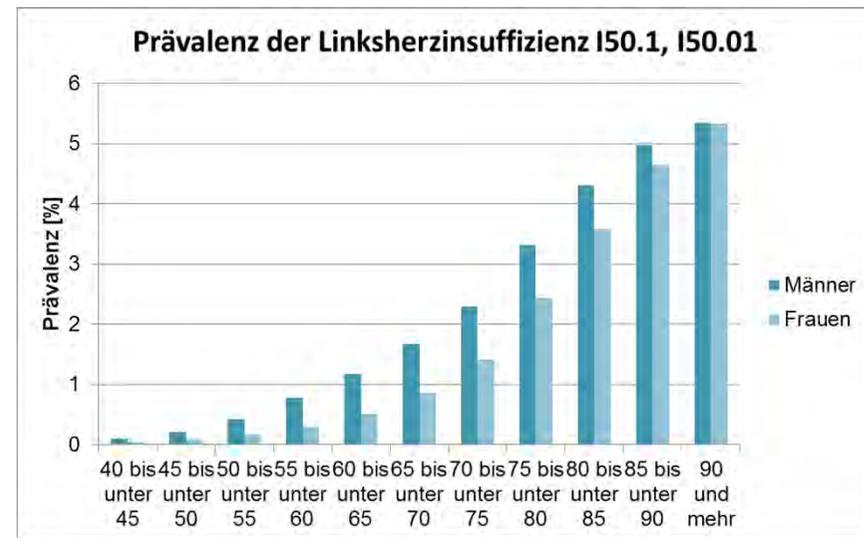
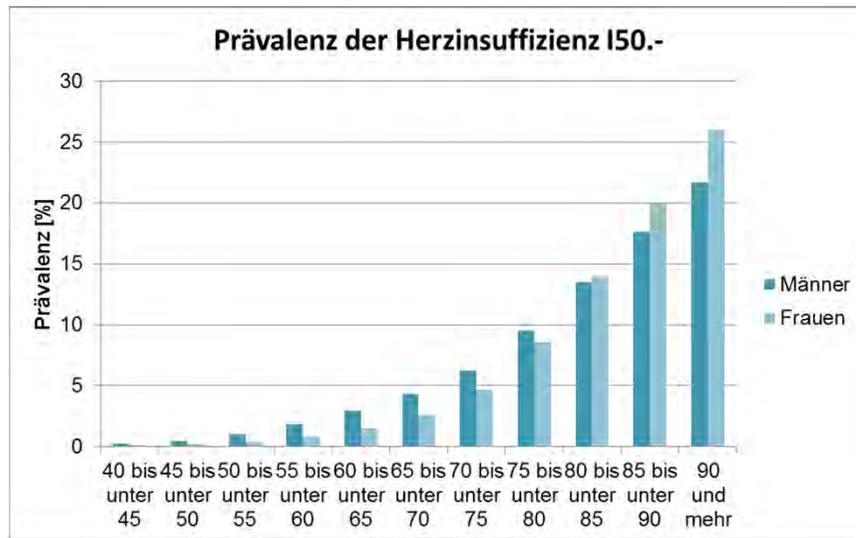
Studienpopulation



Die Studienpopulation bilden die Patienten mit systolischer Linksherzinsuffizienz (ICD-10 I50.1- „G“), da die Leitlinien sich im Allgemeinen auf diese Patientengruppe beziehen



(Administrative) Prävalenz der Herzinsuffizienz nach Geschlecht und Altersgruppen



Prävalenzangaben in der Literatur:

- Große Variation in der berichteten Prävalenz
- unterschiedliche Definitionen der Herzinsuffizienz bzw. der Schwellenwerte für systolische und nicht-systolische Herzinsuffizienz
- unterschiedliche Soziodemographie und Risikofaktoren der Studienkohorten
- Übereinstimmung in:
 - Altersabhängigkeit: Je höher das Lebensalter einer Population, desto häufiger Erkrankung
 - Genderunterschiede: In den jüngeren Altersklassen sind eher Männer von Herzinsuffizienz betroffen, in den höheren Altersklassen eher Frauen
 - Zunahme der Prävalenz in den letzten 20 Jahren

HEART FAILURE

Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure

John J McMurray, Simon Stewart
Clinical Research Initiative in Heart Failure, Wolfson Building,
University of Glasgow, Glasgow, UK

596

- Comprehensive clinical registries collected in conjunction with clinical trials. These include a large proportion of individuals who were identified on the basis of having both impaired left ventricular systolic dysfunction and signs and symptoms of heart failure.

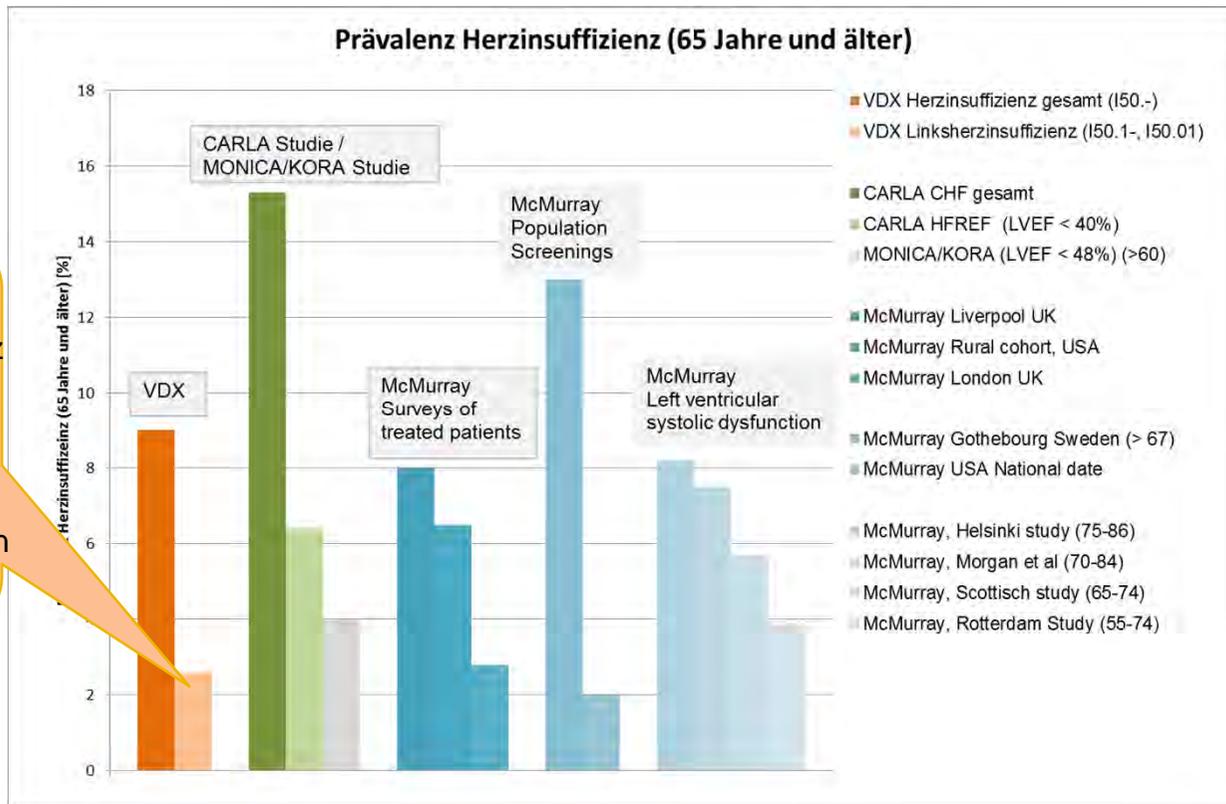
Within the context of the specific limitations of the type of data available from these studies, the current understanding of the aetiology, epidemiology, and prognostic implications of chronic heart failure are discussed here.

Hear failure is now recognised as a major and escalating public health problem in industrialised countries with ageing populations. Any attempt to describe the epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure, however, must take

Epidemiology of heart failure

Prevalence

Table 1 summarises the reported prevalence of heart failure according to whether this was



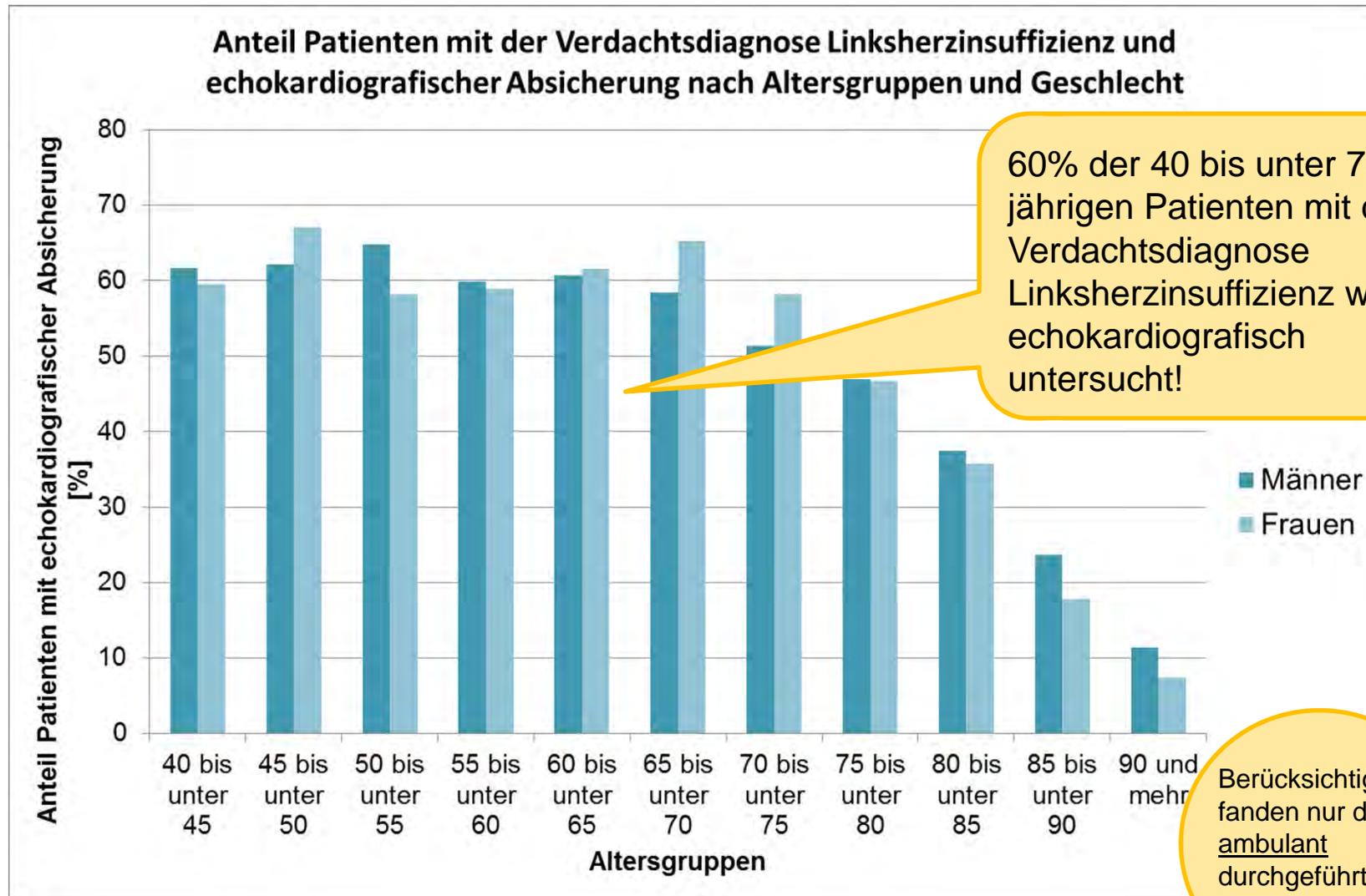
VDX: 50% der Patienten mit Linksherzinsuffizienz wurden echokardiografisch untersucht (in der Altersgruppe der 45 bis unter 70-Jährigen sind es sogar 65%)

Quelle:
eigene Darstellung auf Basis von

- VDX-Daten (ZI)
- CARLA-Studie
- MONICA-Studie
- Literaturstudie McMurray, Stewart



Diagnostik (1):

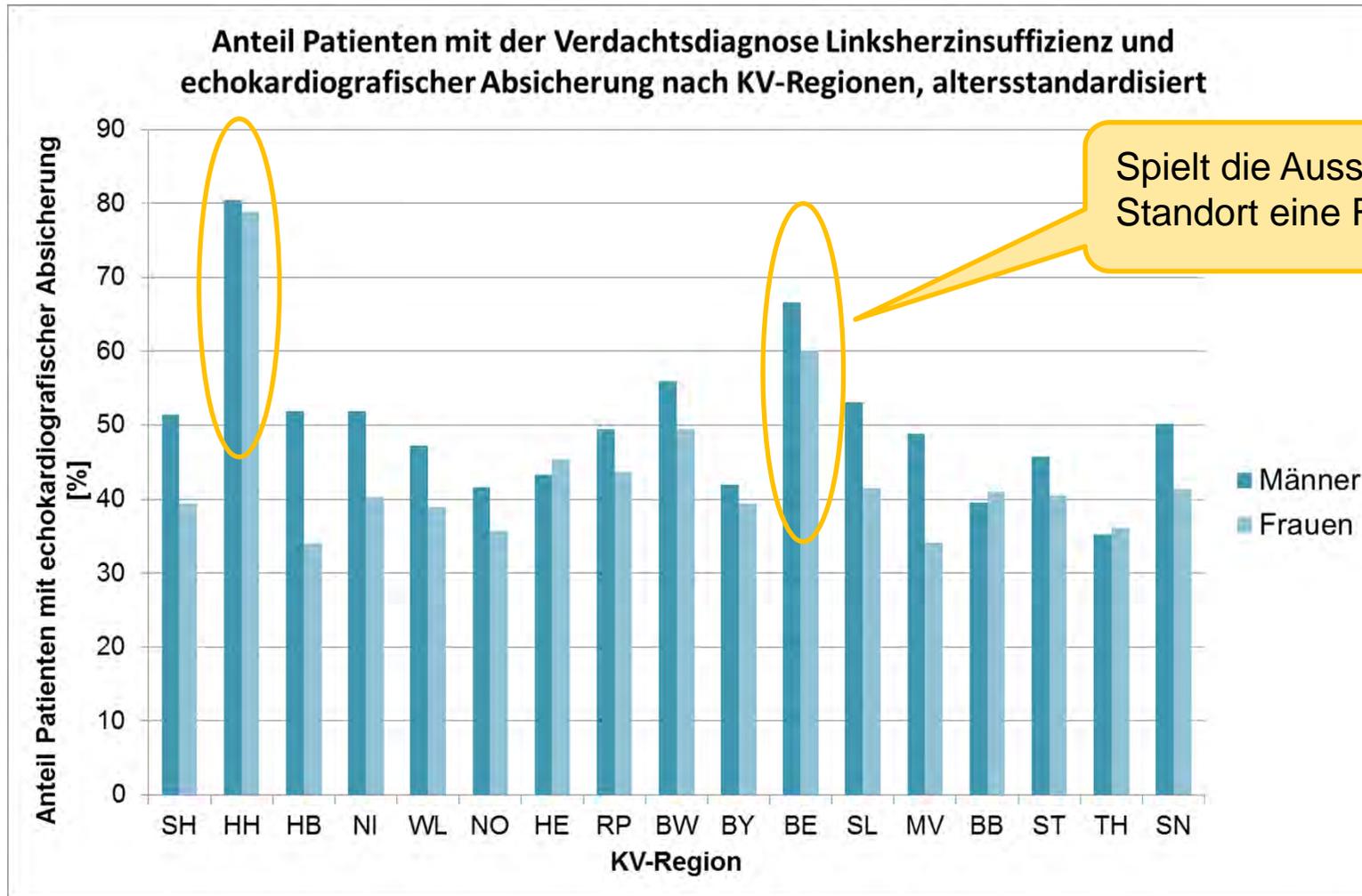


Die Studienpopulation bilden die Patienten, die in 2009 die Verdachtsdiagnose I50.1- hatten und in 2008 keine Diagnose H50.1- und bei denen im Jahr 2009 oder im 1. Quartal 2010 eine Echokardiografie durchgeführt wurde.

VDX - Daten 2009, N = 13.664 Patienten, I50.1- V in 2009 und keine I50.1- in 2008



Diagnostik (2):

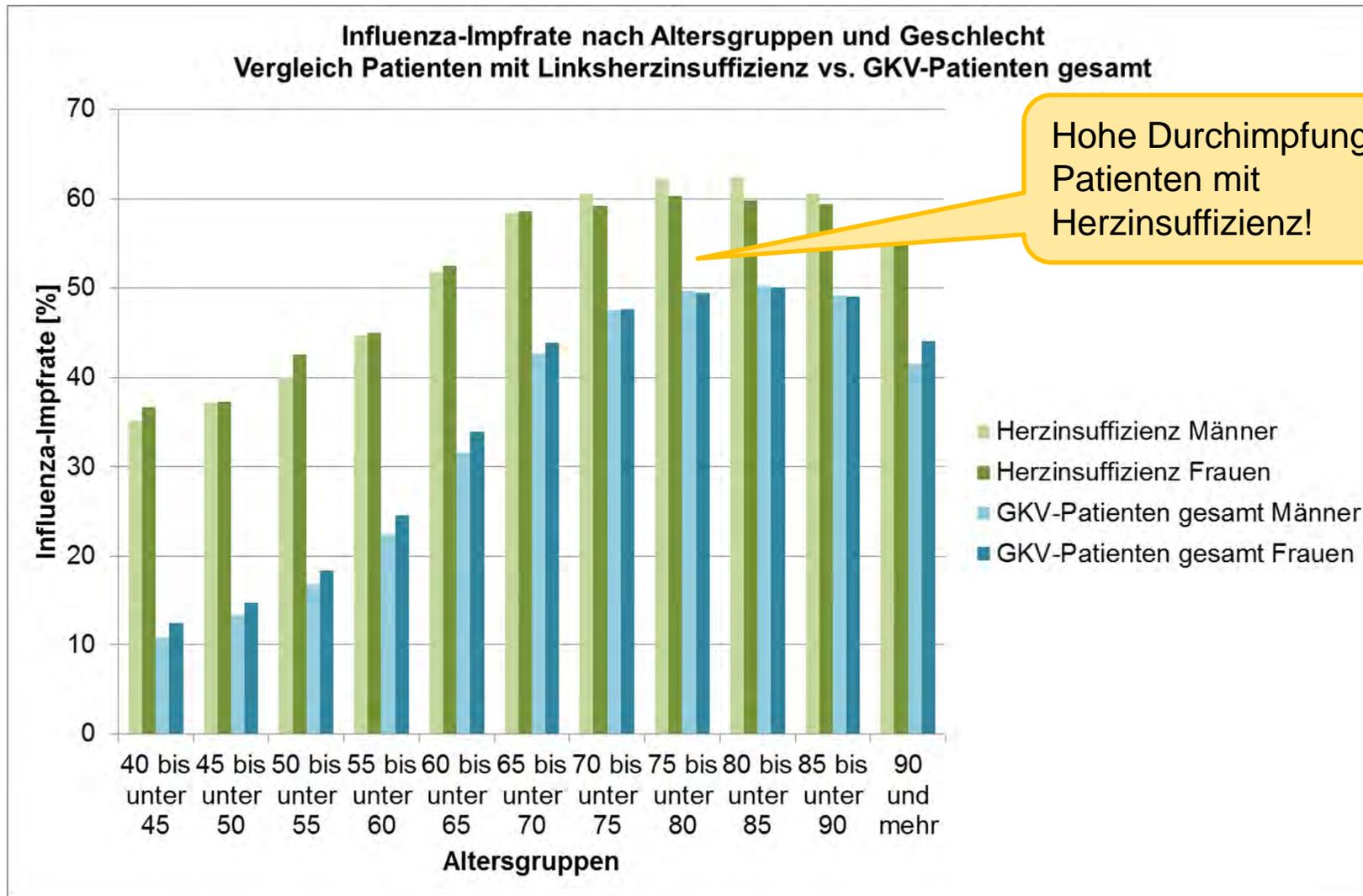


Spielt die Ausstattung am Standort eine Rolle?

Die Studienpopulation bilden die Patienten, die in 2009 die Verdachtsdiagnose I50.1- hatten und in 2008 keine Diagnose H50.1- und bei denen im Jahr 2009 oder im 1. Quartal 2010 eine Echokardiografie durchgeführt wurde.
Bremen konnte auf Grund der geringen Fallzahlen nicht ausgewertet werden.

VDX - Daten 2009, N = 13.664 Patienten, I50.1- V in 2009 und keine I50.1- in 2008

Prävention (1):



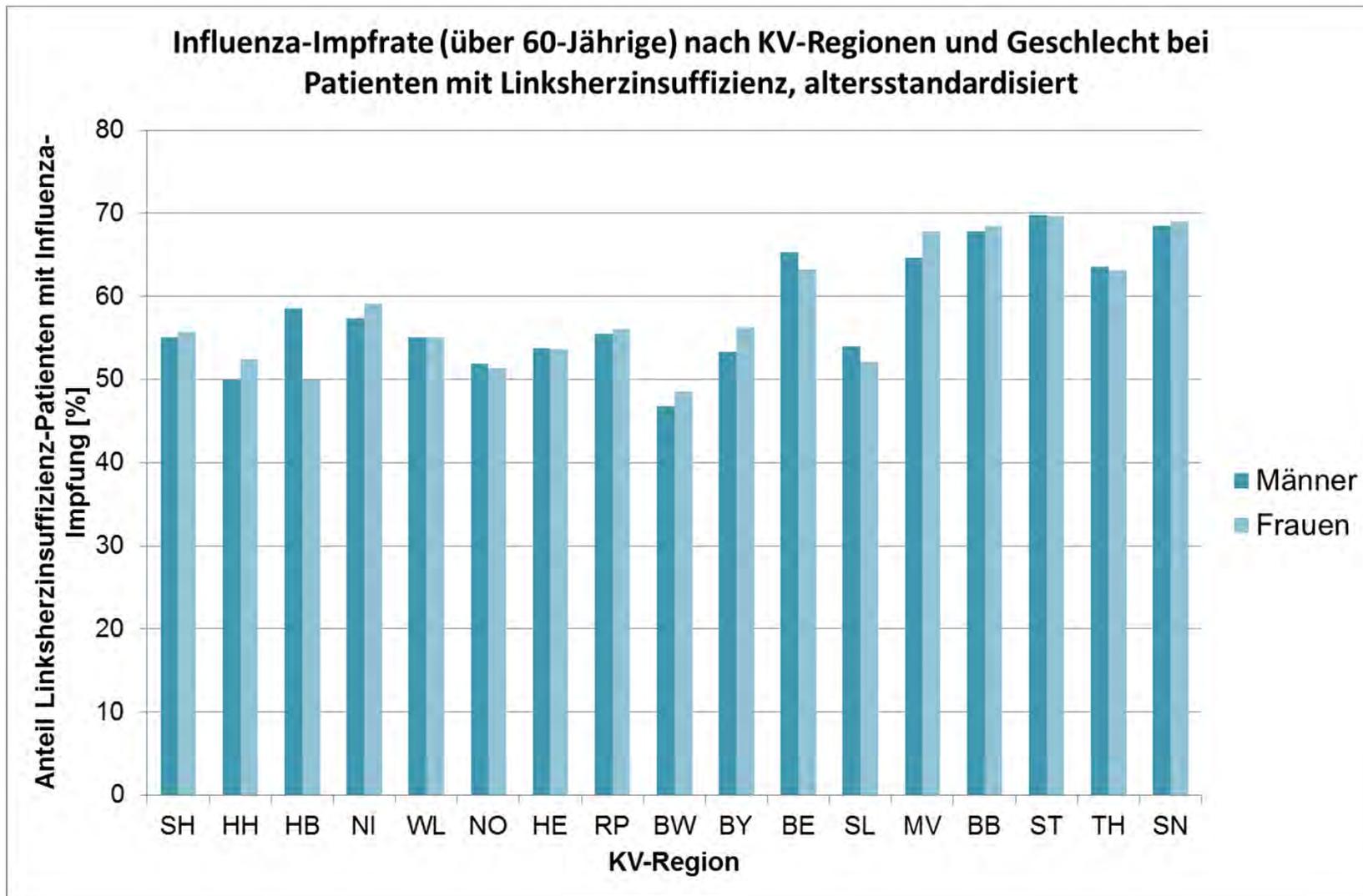
Hohe Durchimpfungsrate der Patienten mit Herzinsuffizienz!

Anteil Patienten mit Influenza-Impfung nach Altersgruppen und Geschlecht. Gegenübergestellt sind Patienten mit Linksherzinsuffizienz und GKV-Patienten.

VDX - Daten 2009, N (HI) = 297.655 Patienten, I50.1- (M2Q)
 N (GKV) = 38.082.084 Patienten



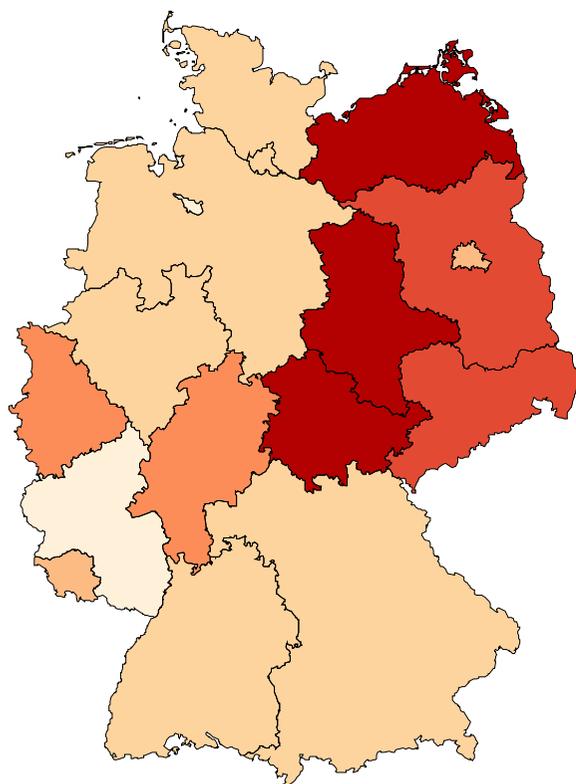
Prävention (2):



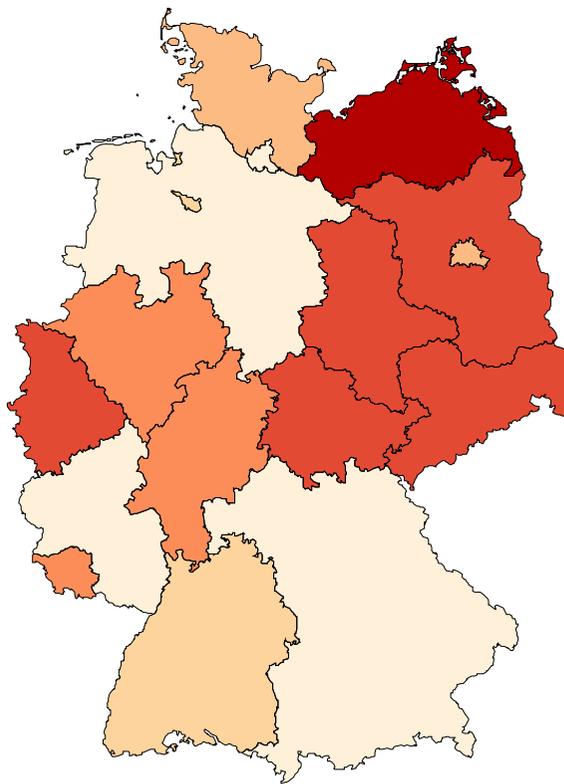
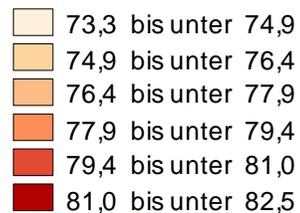
VDX - Daten 2009, N = 297.655 Patienten, I50.1- (M2Q)

Pharmakotherapie (1)

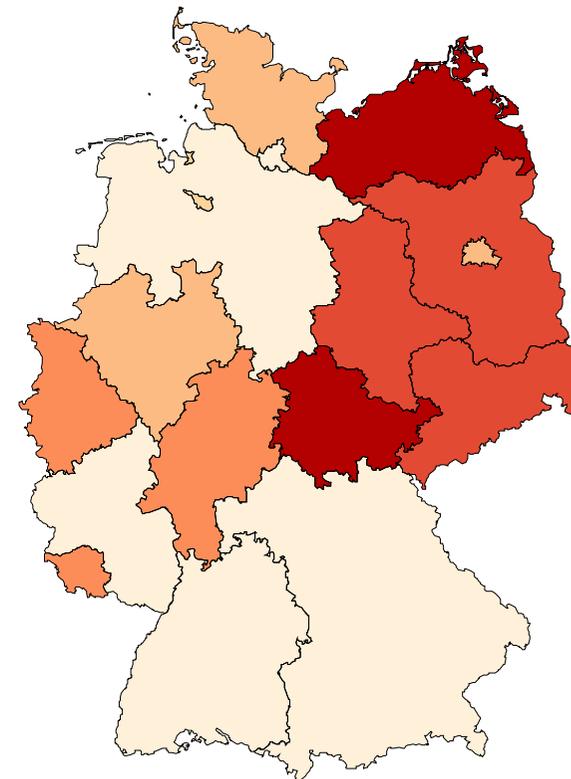
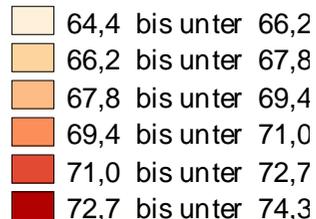
Anteil Patienten (ab 40 Jahre) mit Linksherzinsuffizienz und leitliniengerechter Pharmakotherapie nach KV-Regionen



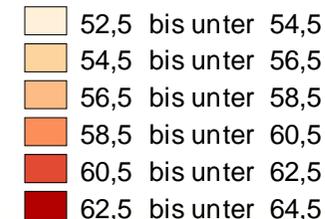
ACE und/oder AT1



Betablocker



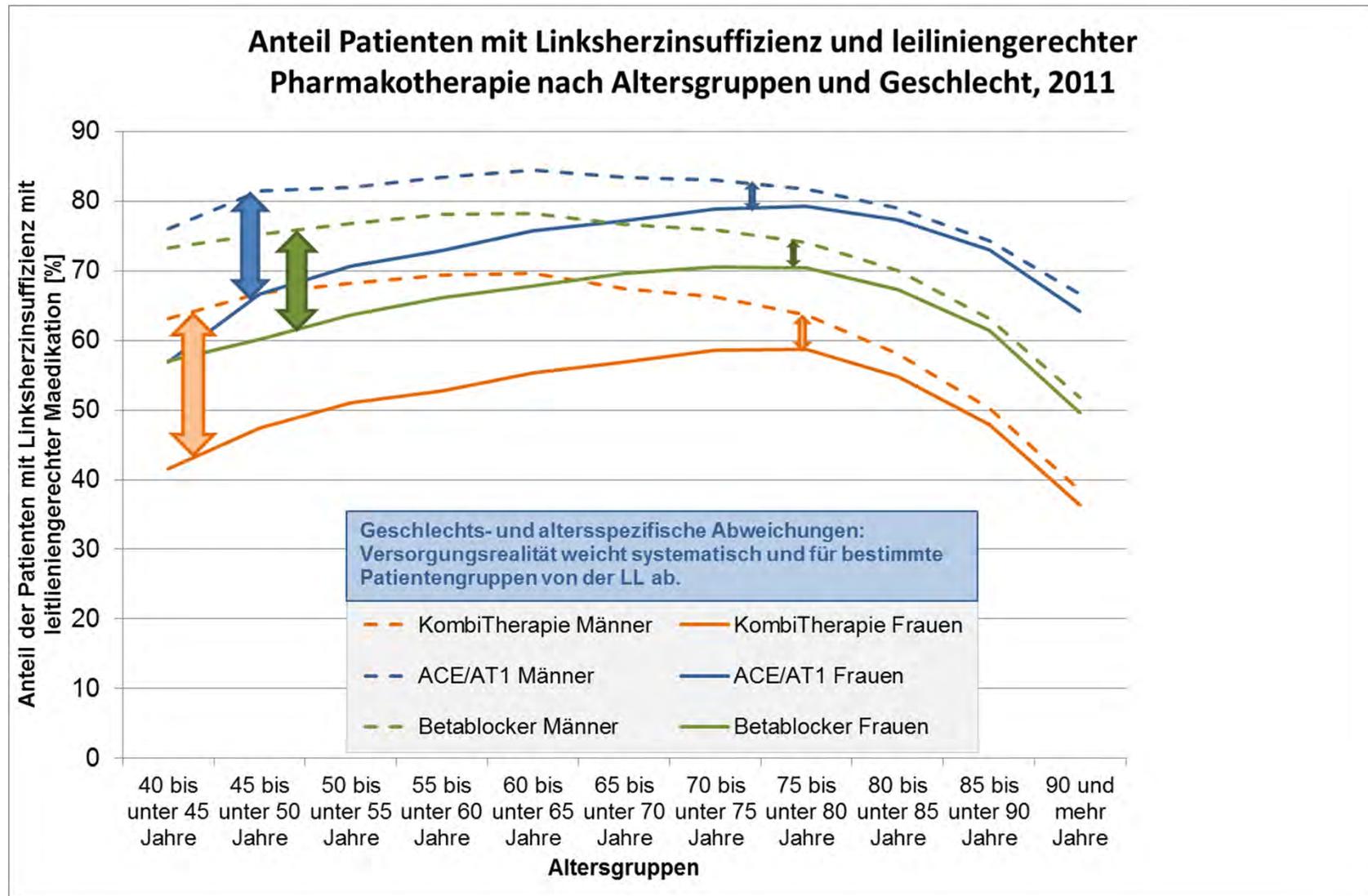
ACE/AT1 kombiniert mit Betablockerr



Direkt alters- und geschlechtsstandardisiert AVD / VDA-Daten 2011, N = 433.560 Patienten, I50.1- M2Q



Pharmakotherapie (2)



AVD / VDA-Daten 2011, N = 433.560 Patienten, I50.1- M2Q



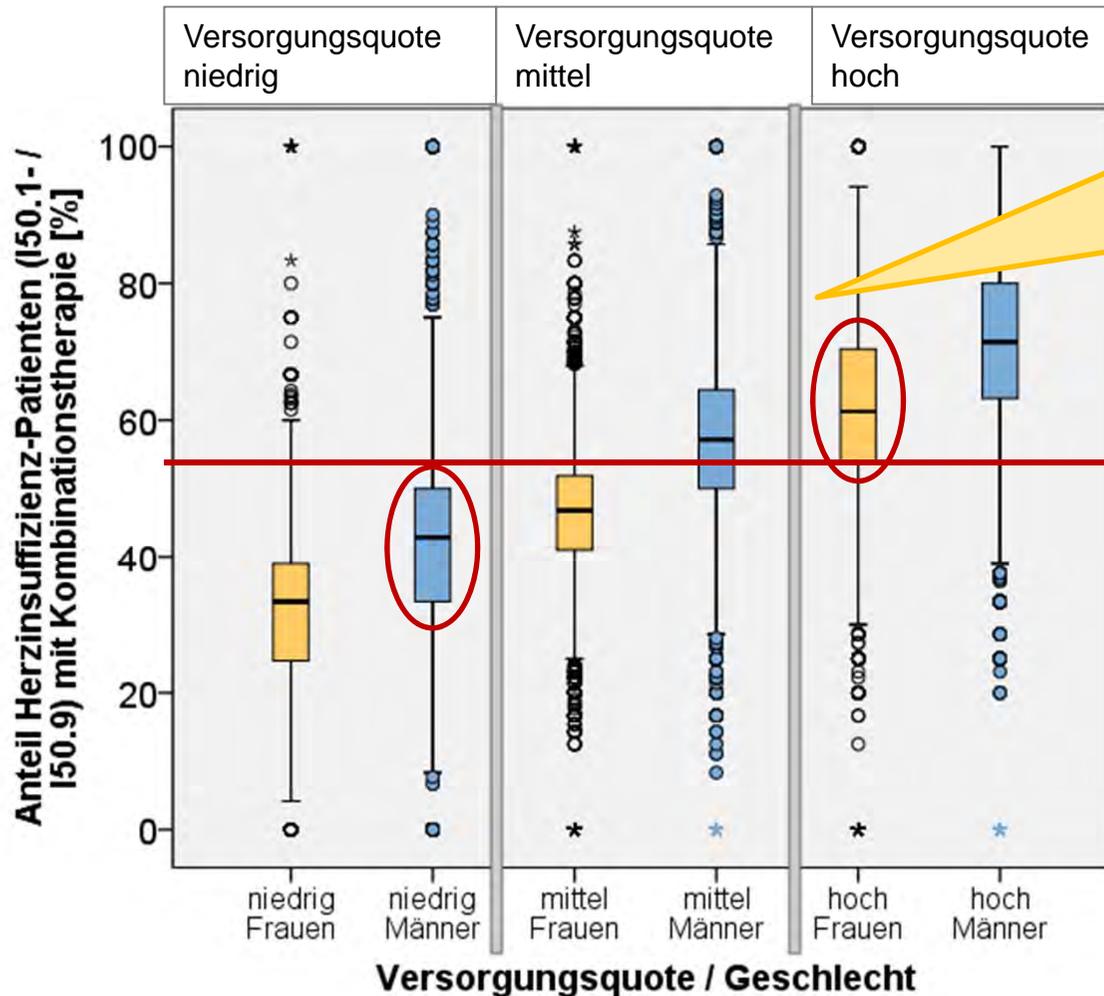
Funktionale Patientenpopulationen und virtuelle Versorgungsgemeinschaften (VG)

Ein Analysemodell zur Darstellung der Bedeutung unterschiedlicher „Behandlungsstile“ und deren Beitrag zu regionalen Unterschieden in der medizinischen Versorgung:

- Jeder Patient wird einem virtuellen „Netz“ von Praxen zugeordnet, das insgesamt die Versorgung des Patienten wahrgenommen hat (Versorgungsgemeinschaft)
- Für jeden Patienten wird die Praxis aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich mit der höchsten Fallzahl für diesen Patienten identifiziert; der Patient wird dieser Praxis mit allen weiteren Arztkontakten zugeordnet.
- Auf diese Weise wird jeder hausärztlichen Praxis eine streng abgegrenzte „funktionale Patientenpopulation“ zugewiesen, sie bildet gemeinsam mit allen beteiligten Facharztpraxen eine „virtuelle Versorgungsgemeinschaft (VG)“.
- Diese Patientenpopulationen bzw. Versorgungsgemeinschaften können z.B. im Hinblick auf die Prozessqualität mit Hilfe ausgewählter Versorgungsindikatoren verglichen werden.
- Frage: beruht der Mittelwert des Indikators für eine Region auf geringen oder großen Unterschieden zwischen den VG dieser Region?



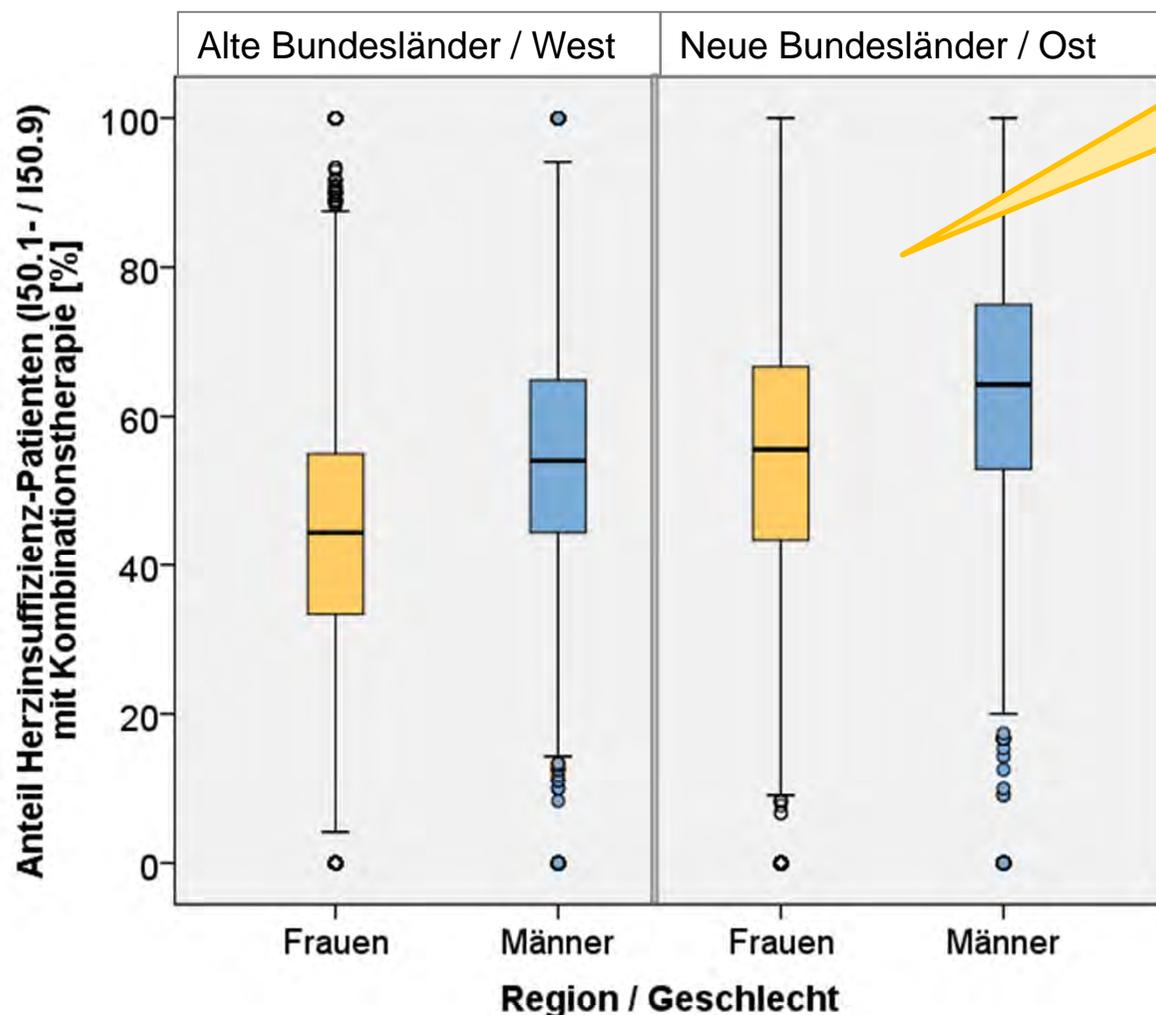
Anteil der Herzinsuffizienz-Patienten mit Kombinationstherapie an allen Patienten mit I50.1 / I50.9 (M2Q) nach Versorgungsquoten und Geschlecht



- 1) Es gibt eine große Streubreite in den Behandlungsstilen
- 2) Frauen werden immer etwas weniger leitlinienorientiert behandelt als Männer

AVD / VDA-Daten 2011 (ohne WL)
 I50.1 / I50.9
 N Männer = 570.820 Patienten
 N Frauen = 818.707 Patienten
 N Versorgungsgemeinschaften = 34.548
 Patienten pro funktionaler Population $40,2 \pm 38,6$
 (Min = 1, Max = 744)

Anteil der Herzinsuffizienz-Patienten mit Kombinationstherapie an allen Patienten mit I50.1 / I50.9 (M2Q) nach Versorgungsquoten und Region



- 1) Systematische Variabilität
- 2) Individuelle Variabilität
- 3) Regionaler Effekt

AVD / VDA-Daten 2011 (ohne WL)

I50.1 / I50.9

N Männer = 570.820 Patienten

N Frauen = 818.707 Patienten

N Versorgungsgemeinschaften

West = 27.689

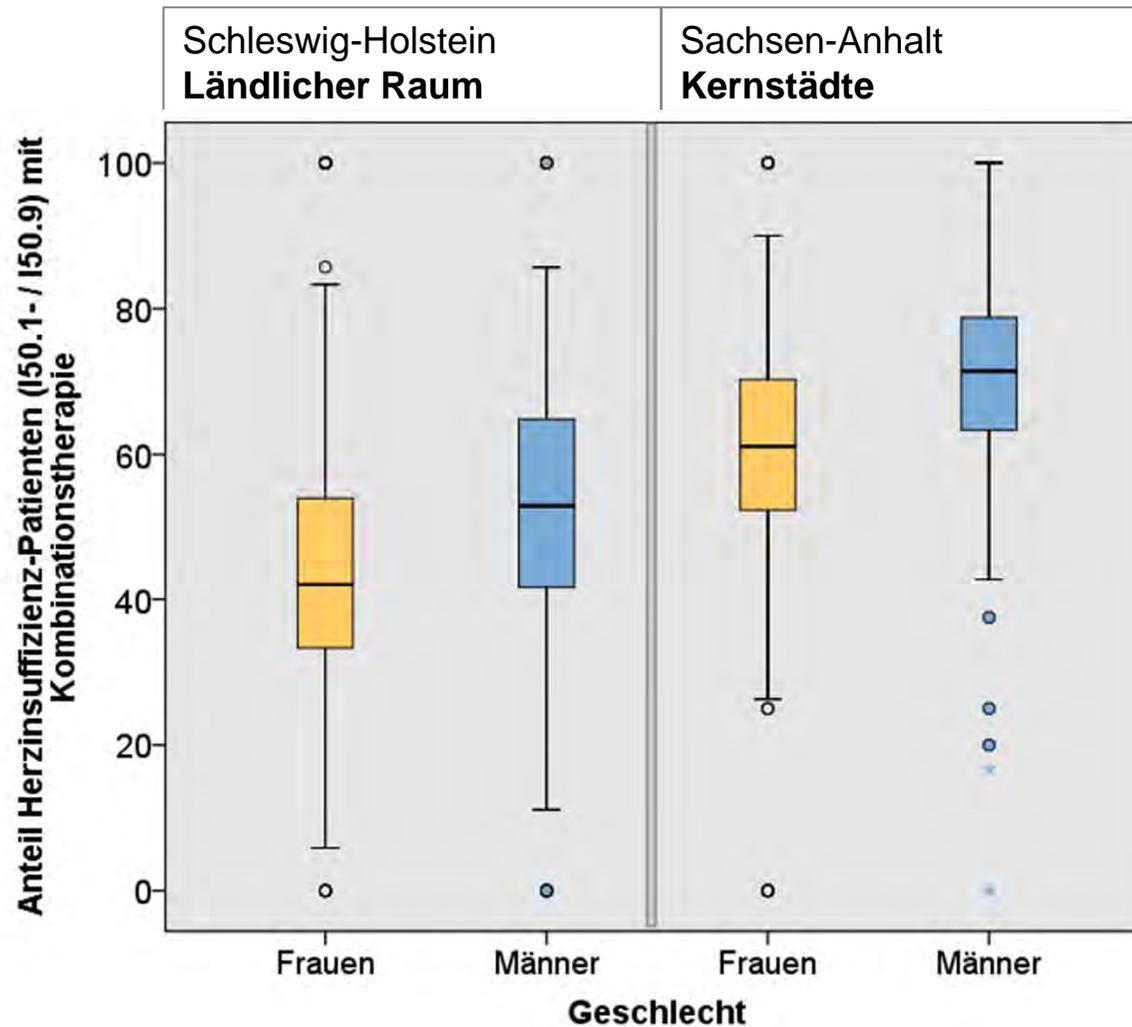
Ost = 6.859

Patienten pro funktionaler Population

West $38,7 \pm 36,3$ (Min = 1, Max = 724)

Ost $46,4 \pm 45,9$ (Min = 1, Max = 744)

Anteil der Herzinsuffizienz-Patienten mit Kombinationstherapie an allen Patienten mit I50.1 / I50.9 (M2Q) nach Kreistypen und Geschlecht



AVD / VDA-Daten 2011

I50.1 / I50.9

N SH = 11.292 Patienten

N ST = 13.931 Patienten

N Versorgungsgemeinschaften

SH = 284

ST = 274

Patienten pro funktionaler Population

SH = $39,8 \pm 30,7$ (Min = 1, Max = 214)

ST = $50,8 \pm 47,6$ (Min = 1, Max = 573)



Einflussfaktoren auf Genderunterschiede

Frauen leiden eher unter diastolischer Herzinsuffizienz => erfordert andere Behandlung

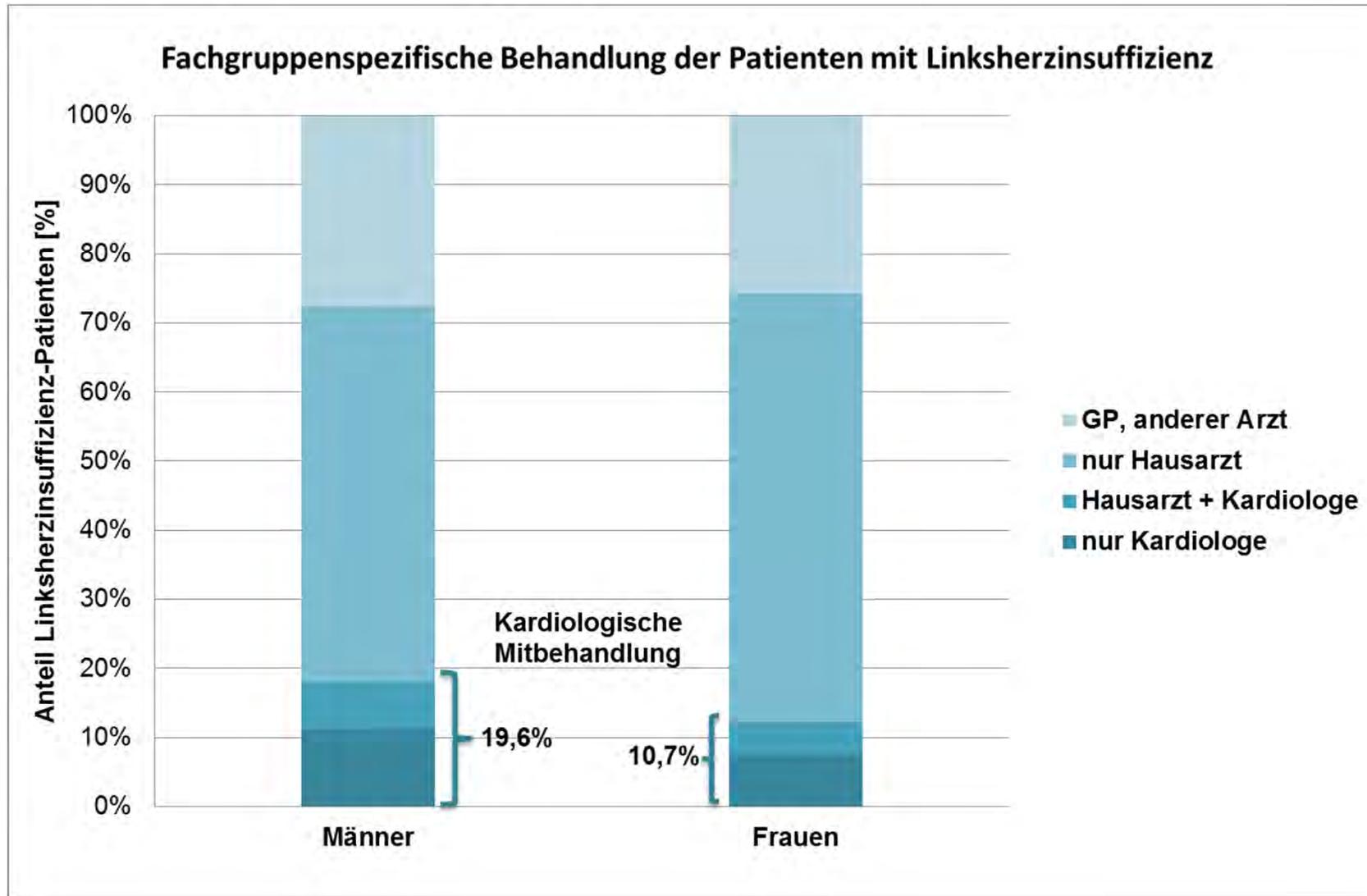
Männer leiden eher unter Erkrankungen wie KHK, die ähnlich behandelt werden (Frauen sind bis zur Menopause hormonell bedingt besser vor Herz-Kreislaufferkrankungen geschützt)

Pharmakologische Behandlung der männlichen Patienten mit Herzinsuffizienz leitlinienorientierter

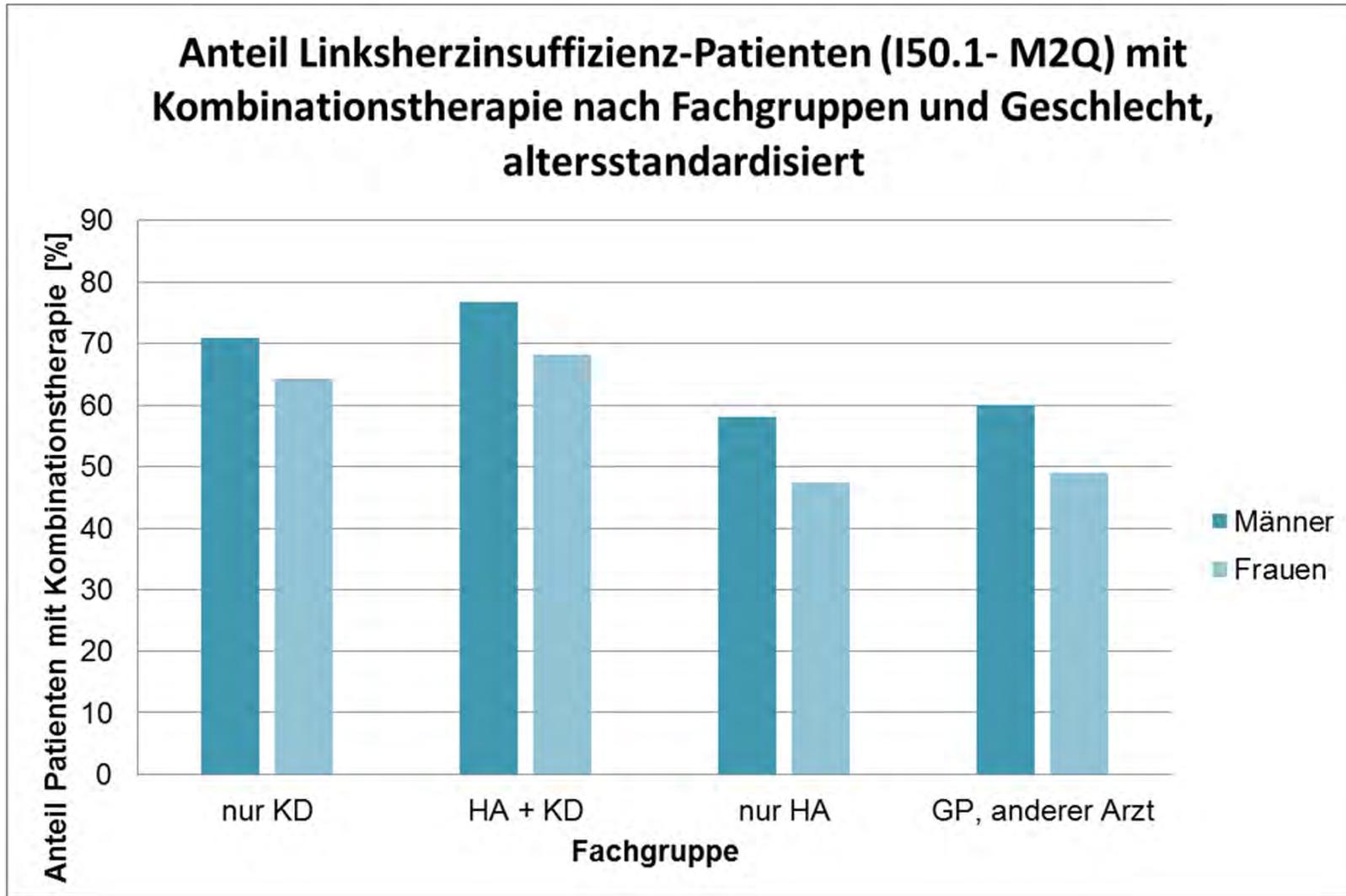
Die kardiologische Mitbehandlung ist bei Männern höher als bei Frauen (Kardiologen haben höhere Verschreibungsrate von herzinsuffizienz-typischen Medikamenten)

Häufigere Arzneimittelnebenwirkungen bei Frauen => bei gleicher Diagnose, Risikokonstellation und Alter werden Frauen weniger intensiv therapiert werden als Männer

Mögliche Ursachen der geschlechtsspezifischen Unterschiede



Pharmakotherapie nach Fachgruppen



HA = Hausarzt
KD = Kardiologe



Logistische Regression

Die Chance eine Kombinationstherapie zu erhalten

- ist bei Patienten mit **Komorbiditäten** signifikant höher als bei Patienten ohne Komorbiditäten (keine Interaktion mit Geschlecht)
- steigt mit zunehmender **Polymedikation** (keine Interaktion mit Geschlecht)
- ist **geschlechtsspezifisch** (bei Männern signifikant höher als bei Frauen)
- nimmt mit zunehmendem **Alter** ab (Interaktion mit Geschlecht)
- ist bei zusätzlicher oder ausschließlicher Behandlung durch einen **Kardiologen** um 88% höher als bei Behandlung durch einen Hausarzt
- ist **regionsabhängig** (bei Patienten mit Wohnort in den alten Bundesländern um 19% niedriger als bei Patienten der neuen Bundesländern)

Modellgüte:

- mittels ROC-Kurve (Fläche 0,716) und R-Quadrat (0,201) akzeptabel
- Alle untersuchten Variablen sind hoch signifikant ($p < .000$)

Zusammenfassung

Unterstützung durch Kardiologe sorgt für mehr Leitlinientreue

Die zusätzliche Behandlung des Patienten durch einen Kardiologen wirkt sich positiv auf die Leitlinientreue aus. Sie lag etwa 20 Prozent höher als bei Patienten, die allein vom Hausarzt behandelt wurden.

Männer werden stärker nach Leitlinien therapiert

Die Medikamenten-Therapie durch ACE-Hemmer, AT1-Antagonisten und Betablocker wird bei Männern leitliniengerechter durchgeführt als bei Frauen. Das bedeutet nicht, dass Frauen benachteiligt werden. Vielmehr ist es so, dass Frauen Medikamente anders vertragen. Sie haben oftmals mehr oder häufiger Nebenwirkungen. Deshalb sind die Ärzte hier vorsichtiger beim verschreiben von ACE-Hemmern oder Betablockern.

Regionale Unterschiede in der Pharmakotherapie

Alle drei untersuchten medikamentösen Therapieoptionen zeigen in den östlichen KV-Bereichen höhere Verordnungsraten als in den westlichen, wobei Mecklenburg-Vorpommern die höchsten Werte erzielt.

Echokardiografie wird häufiger in Ballungsräumen und Stadtstaaten eingesetzt

Regionale Unterschiede gibt es unter anderem in Bezug auf die Echokardiografie. Diese Diagnostik wird in Stadtstaaten häufiger eingesetzt als in anderen Regionen. So wird in Hamburg bei fast 75 Prozent der Patienten mit der Verdachtsdiagnose Linksherzinsuffizienz die Echokardiografie angewendet, in Berlin bei circa 65 Prozent und in den übrigen KV-Regionen dagegen nur bei 35 bis 50 Prozent der Patienten.



Offene Fragen



- Differenzieren die vorhandenen Leitlinien ausreichend nach Männern und Frauen?
- Welcher Gestaltungsspielraum besteht für individuelle ärztliche Behandlungsstile bei der Umsetzung der Leitlinien?
- Wie können unerwünschte regionale Unterschiede vermieden werden?

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

www.zi.de

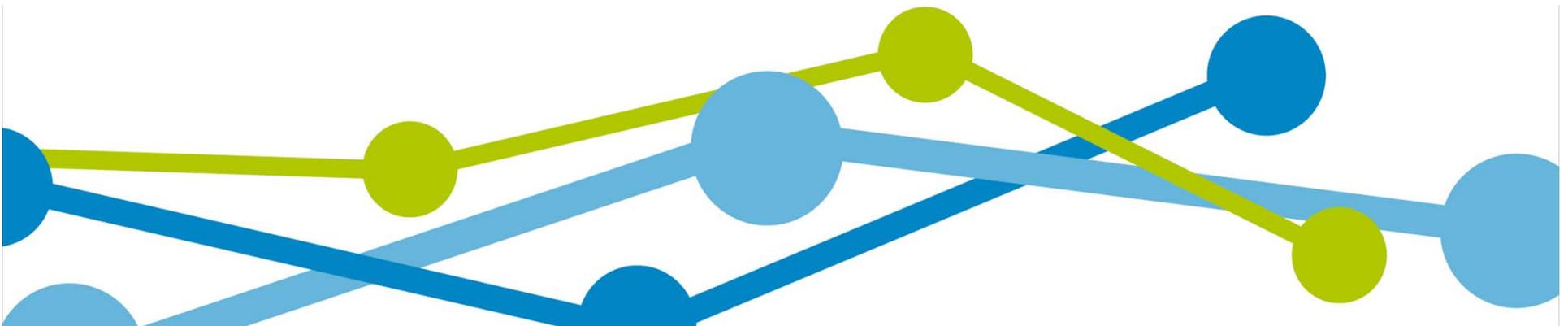
**Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**

Herbert-Lewin-Platz 3
10623 Berlin

Tel. +49 30 4005 2450

Fax +49 30 4005 2490

zi@zi.de

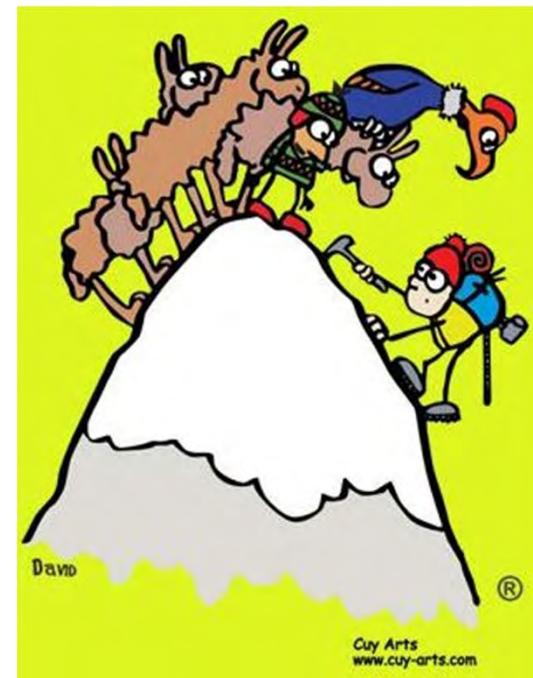


Leitlinien zur Versorgung von Herzkranken durch *Hausärzte*: Systematischer Review zu Implementierungsstrategien

Prof. Dr. med. Andreas Klement

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
Sektion Allgemeinmedizin
Magdeburger Str. 8
06112 Halle (Saale)
andreas.klement@medizin.uni-halle.de

SAM
Sektion Allgemeinmedizin



Evidenzbasierte Medizin?

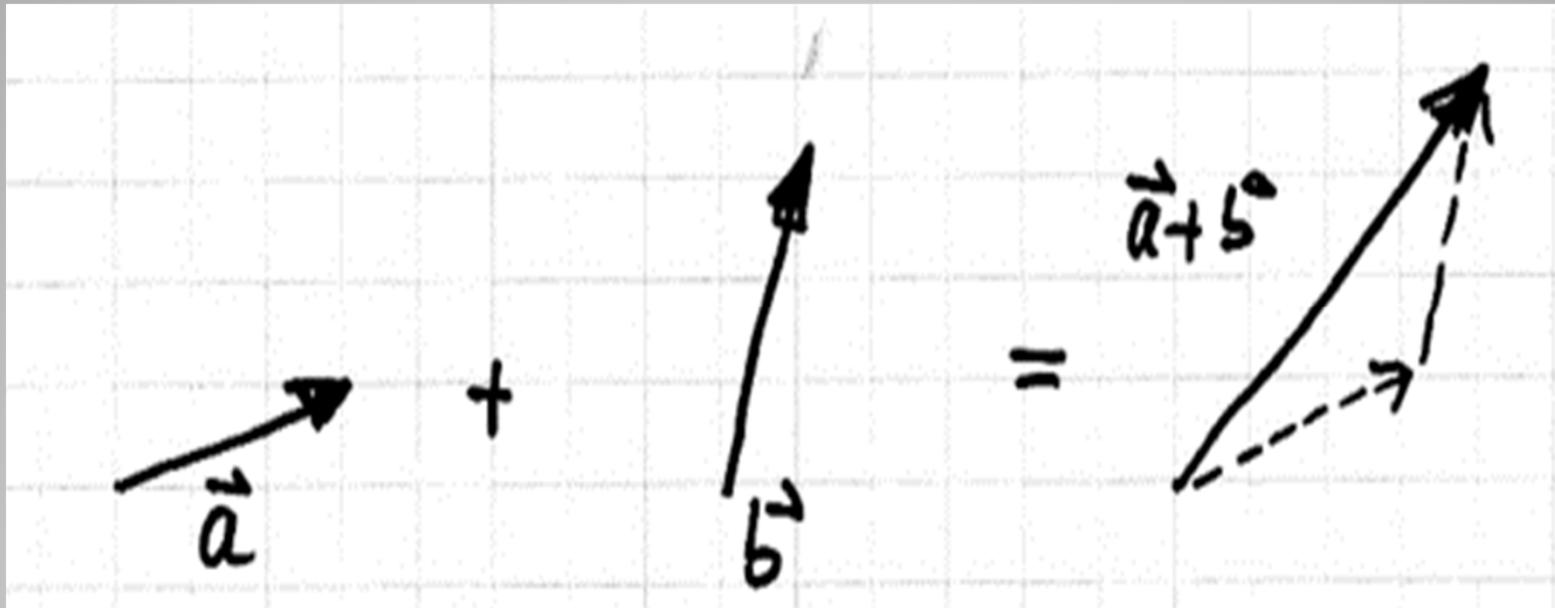


David Sackett:

The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.

Evidence based medicine: **what** it is and **what** it isn't.
BMJ 1996;312:71-2.

EbM-Vektor: Adhärenz von wem?



Maxwellrechnung (fast) ohne Formeln.
Bäker M: ScienceBlogs ; August 24, 2010

Prozessparameter: Arztadhärenz?



= Maß für die Übereinstimmung des Denkens oder Handelns eines Akteurs mit den in einer Leitlinie gegebenen Empfehlungen.

Hasenbein & Wallesch (2007) Gesundheitswesen 69:427-437

Arztadhärenz als primärer Endpunkt :

- Umsetzung multipler Indikatoren (Adhärenzscore, Häufigkeiten von z.B. Kontrolle von Risikofaktoren, Medikamentenverordnung, Tests)

Arztadhärenz als sekundärer Endpunkt.

- Einzelne Indikatoren (Medikamentenverordnung, Beratung, Dokumentation)

Primäre Endpunkte messen dann Nutzen für den Patienten:

Lebensqualität, Morbidität und Mortalität oder Surrogatparameter

Teamwork: 2011-2014



Family Practice Advance Access published December 23, 2013

Family Practice, 2013, Vol. 00, No. 00, 1–20
doi:10.1093/fampra/cmt080

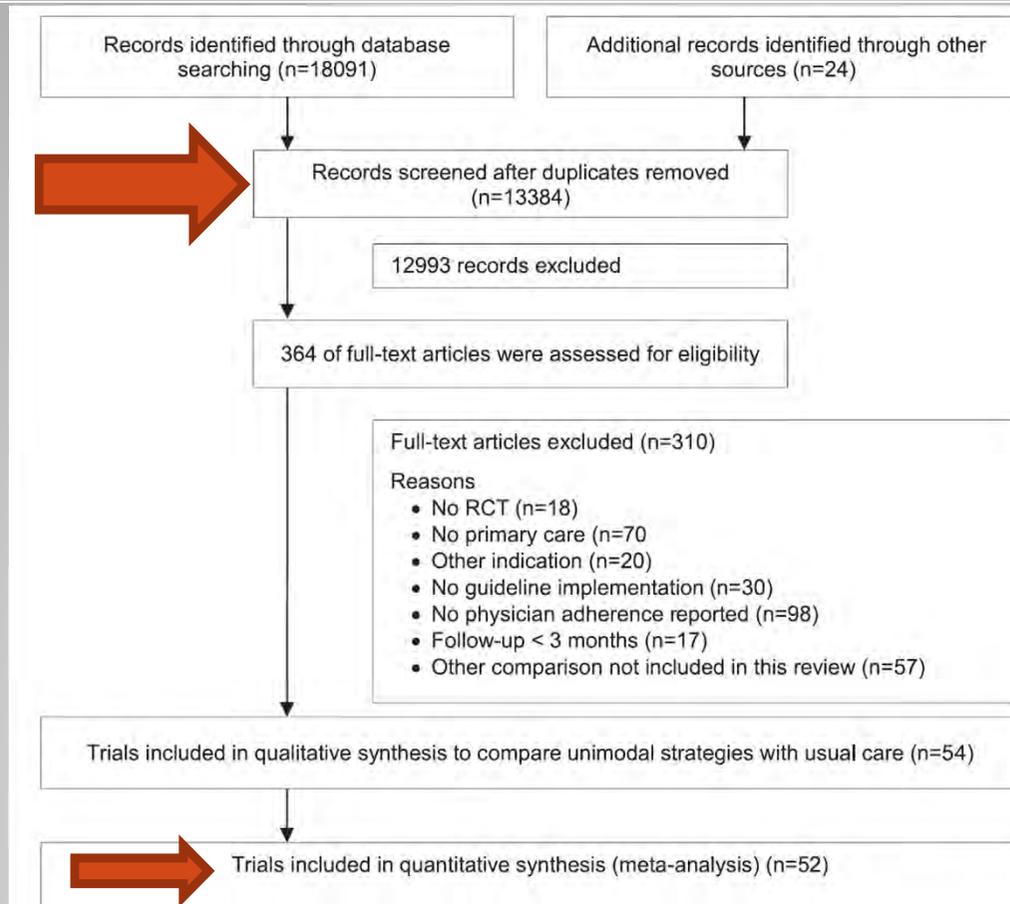


Strategies for guideline implementation in primary care focusing on patients with cardiovascular disease: a systematic review

Susanne Unverzagt^{a,*}, Matthias Oemler^b, Kristin Braun^b and Andreas Klement^b

^aInstitute of Medical Epidemiology, Biostatistics and Informatics and ^bSection of General Practice, Institute of Medical Epidemiology, Biostatistics and Informatics, University Halle/Wittenberg, Halle (Saale), Germany.

Masse statt Klasse: Auswahl?

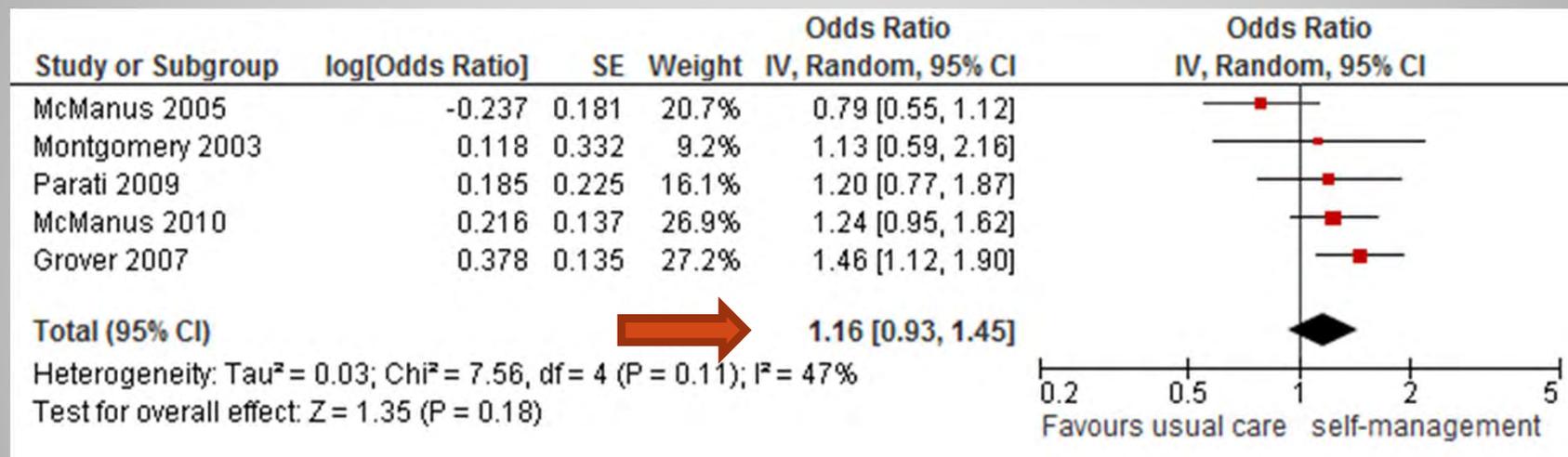


ma flow chart

Selbstständige Patienten?



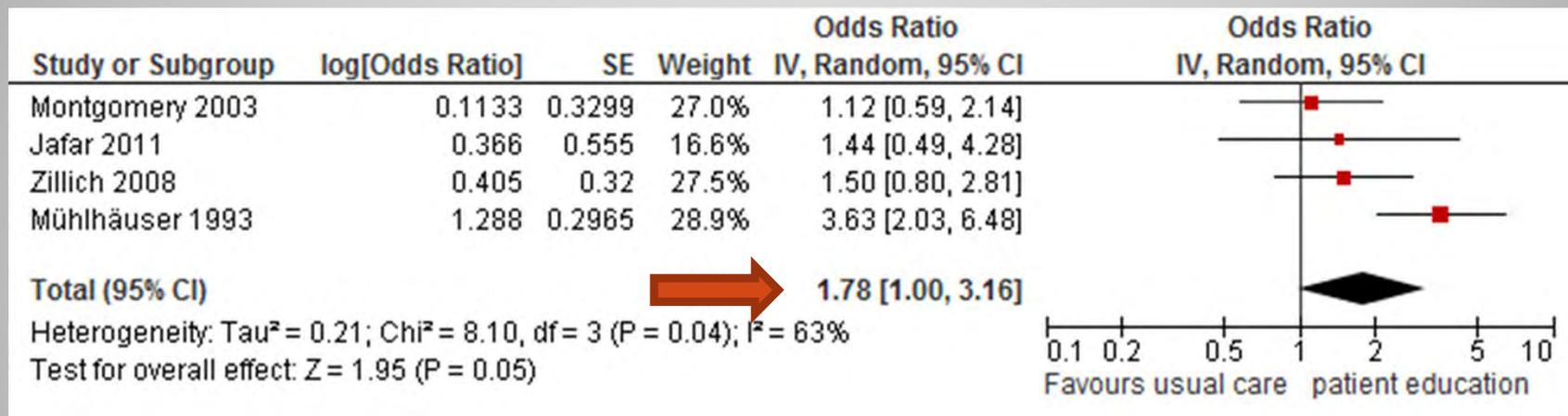
Promotion of self-management vs. usual care



Informierte Patienten?



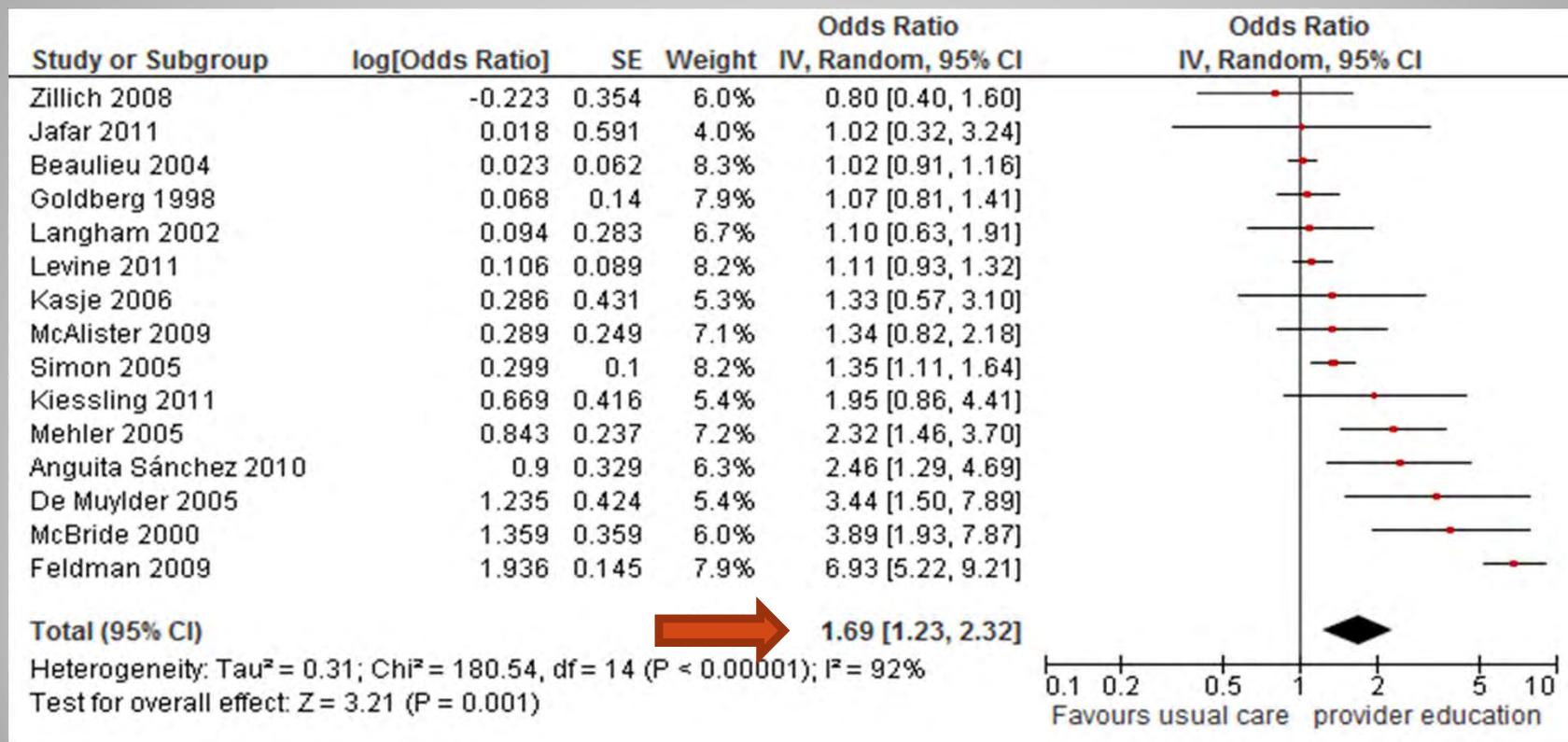
Patient education vs. usual care



Informierte Hausärzte?



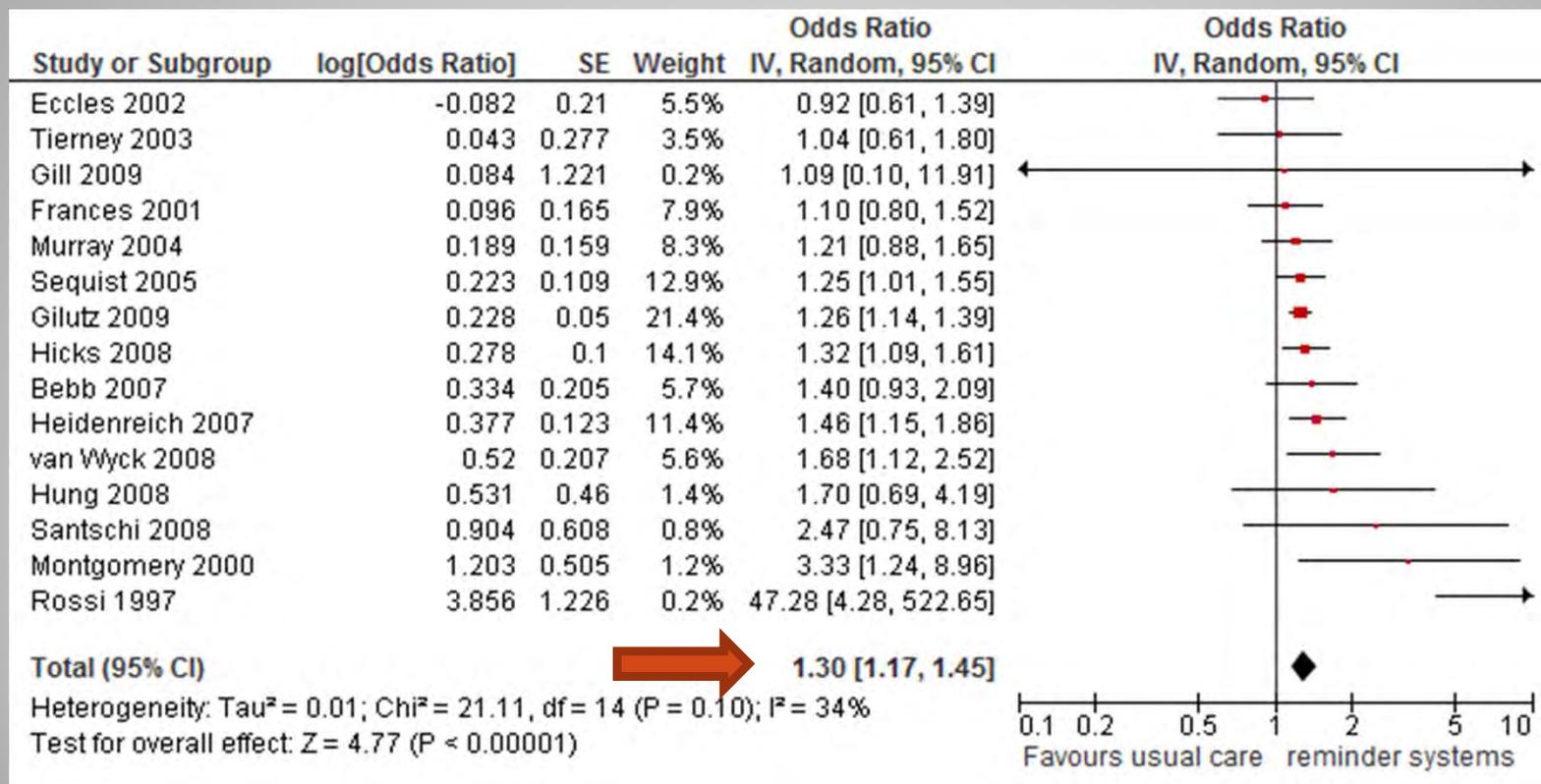
Provider education vs. usual care



Erinnerungssysteme?



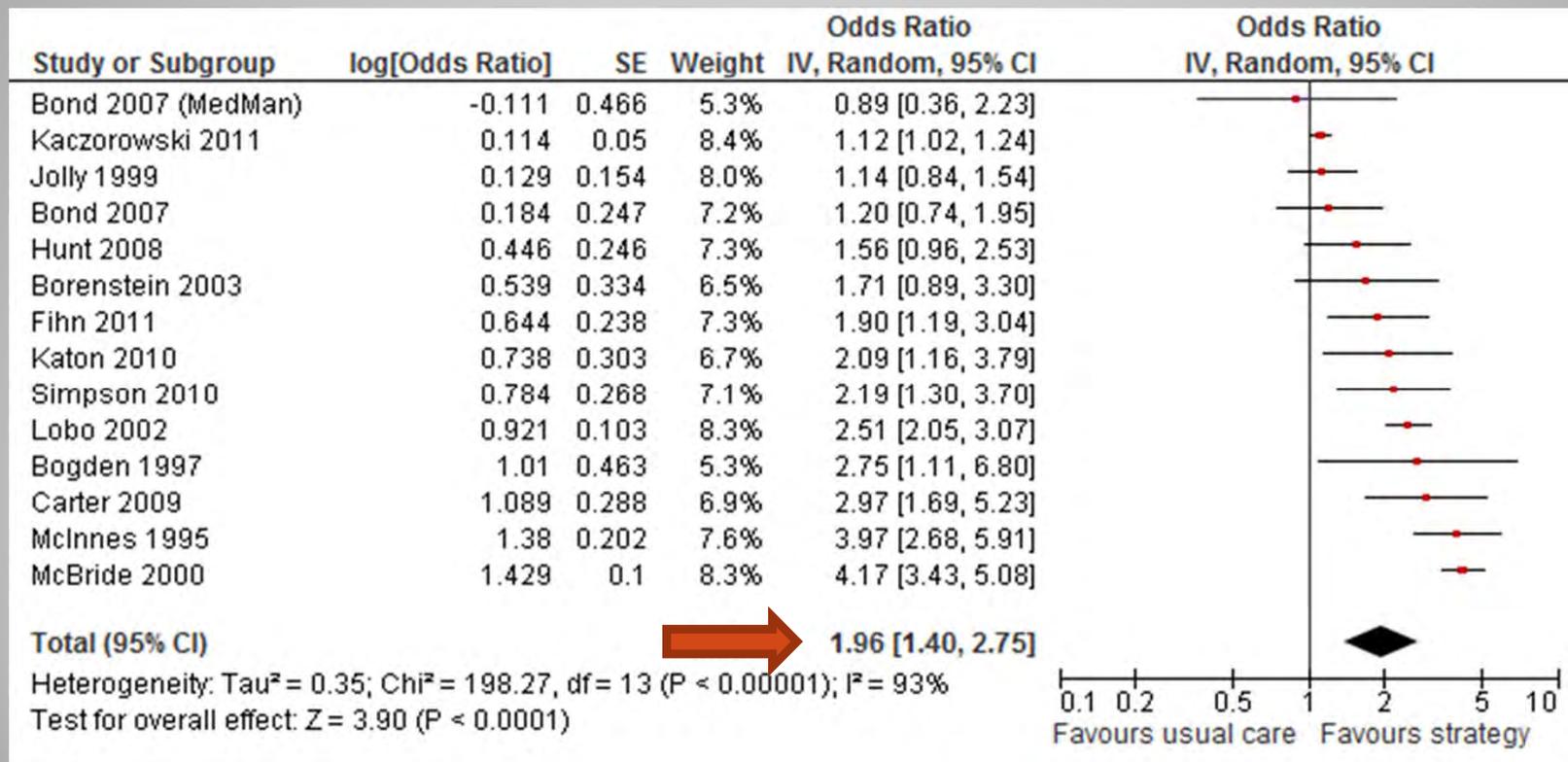
Provider reminder systems vs. usual care



Versorgungsablauf?



Organizational change vs. usual care



Wieviel mehr hilft noch mehr?



Bringen multimodale Strategien mehr?

Dimensions	Random effects model with 7 strategies	Variance of between-study heterogeneity
Multi- vs. unidimensional	1.15 (1.04 to 1.27)	0.248, $\chi^2=13.71$ (p=0.0002)
Influence of one more strategy number	1.17 (1.11 to 1.23)	0.187, $\chi^2=25.21$ (p<0.0001)

Heterogenitätsanalyse (ROR)



Methodological factors	ROR (95%CI)	Between-trial variability τ^2 ; relative reduction
 Nurse as Receiver vs. other Other professionals as receiver vs. other	1.29 (1.05 - 1.60) 1.62 (1.29 - 2.04)	0.1389; 26.9%
 Primary prevention vs. other Secondary prevention vs. other	1.30 (0.98-1.71) 1.31 (1.09 - 1.57)	0.1692; 10.9%
 cRCT vs. RCT	1.28 (1.02 - 1.60)	0.1871; 1.5%
 Adherence as primary vs. secondary outcome	1.38 (1.12 - 1.70)	0.1719; 9.5%
Long (>12 months) vs. short follow-up periods	1.38 (1.03 - 1.83)	0.1741; 8.3%

Zusammenfassung



Conclusion

The use of implementation strategies for the distribution of guidelines on CVD can be convincingly effective on physician adherence, regardless whether based on a unimodal or multimodal design.

Three distinct strategies should be well considered:

- **organizational changes in the primary care team,**
- **patient education and**
- **provider education**

Diskussionspunkte



- Arztadhärenz als Zielgröße: nur wenn belegt ist, dass die Leitlinie darüber ihre **Ziele erreichen** kann.
- Nur 10% der Strategien haben **theoretische Grundlage**.
- Schwierige **Interpretation**, warum positive oder negative Effekte.
- **Patientenrelevante Endpunkte** und Prozessparameter erfassen.
- Wenn Prozessparameter, sollte der **Zusammenhang** mit Nutzen für den Patienten eindeutig belegt sein.

Grimshaw et al. 2004 *Health Technology Assessment* 2004; 8: 6.

Siering 2012 *AWMF Arbeitstagung Leitlinien: Attraktivität, Implementierung und Evaluation*.



Wilhelm-Roux-Programm 2014

Systematisches Review:
Strategien zur Erhöhung der
Patientenadhärenz bei
der Therapie der Herzinsuffizienz
(AdHeart-II) bis 2015



Danke!





Gender und Herzinsuffizienz – was wissen wir ?

Dr. Sabine Oertelt-Prigione, MScPH
Institut für Geschlechterforschung in
der Medizin (GiM)

Personalisierung der Medizin: Sex und Gender



Institute of Gender in Medicine (GiM)

Sex – biologische Faktoren,
Gene und Hormone

Gender – soziokulturelle Aspekte,
Gender Rollen und Stereotypen,
subjektive Wahrnehmung

Y: 78 Gene,
sex-spezifisch

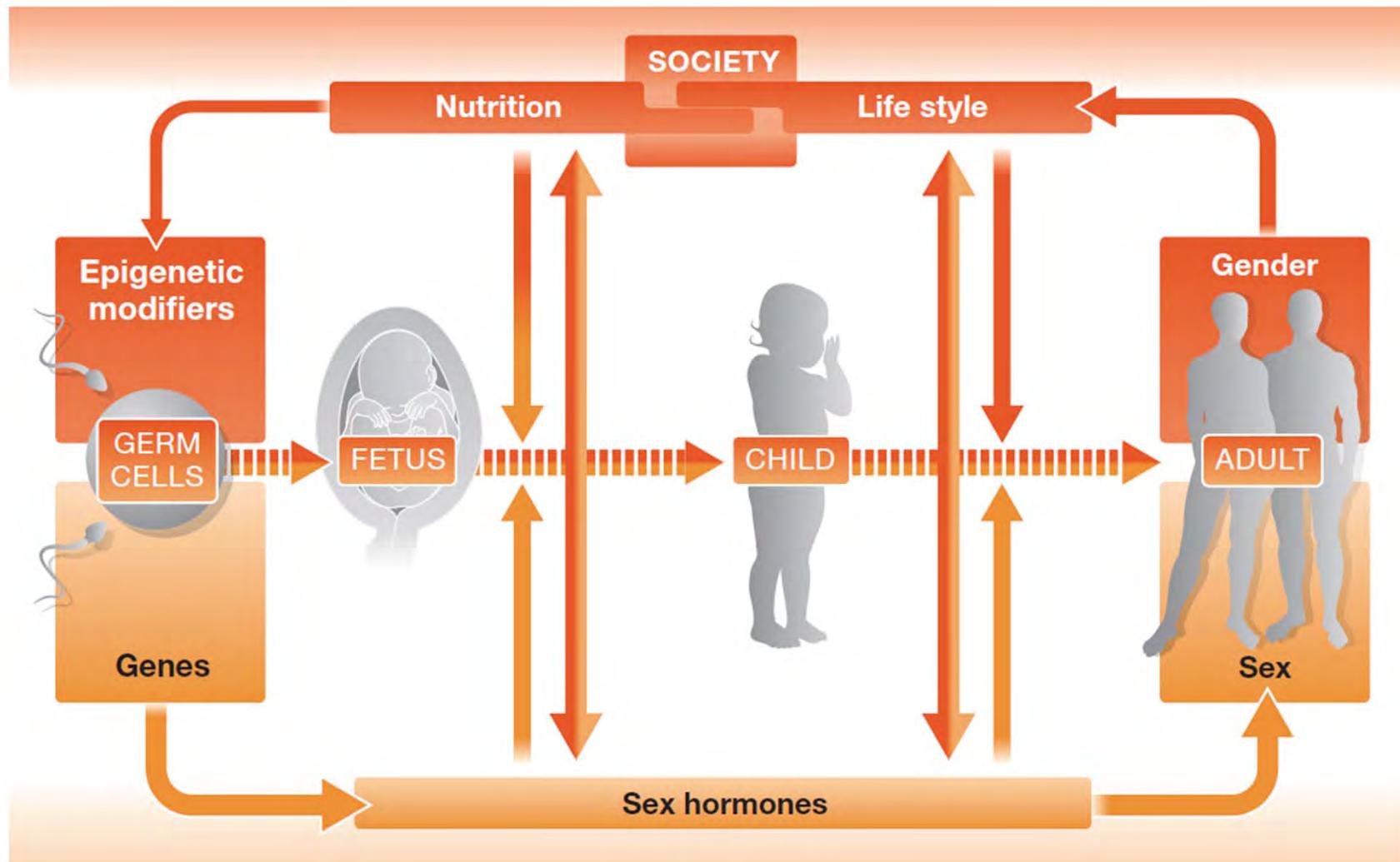
X: ca 1500 Gene
Herz, Hirn, Immunfunktion

Geschlechtshormone

Interaktion von Sex und Gender



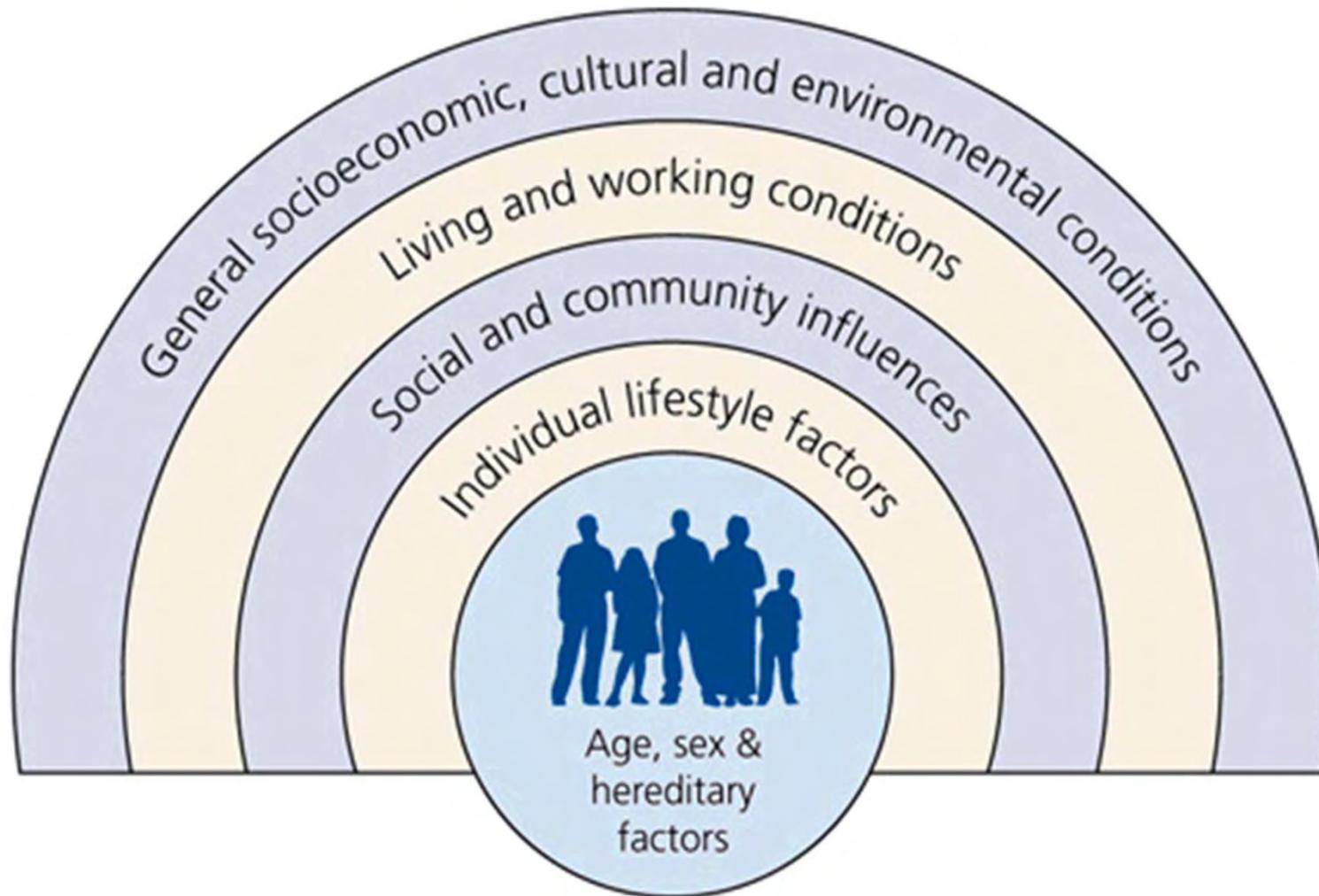
Institute of Gender in Medicine (GiM)



Geschlecht und anderer soziale Determinanten von Gesundheit



Institute of Gender in Medicine (GiM)



Erklärungsansätze



Institute of Gender in Medicine (GiM)

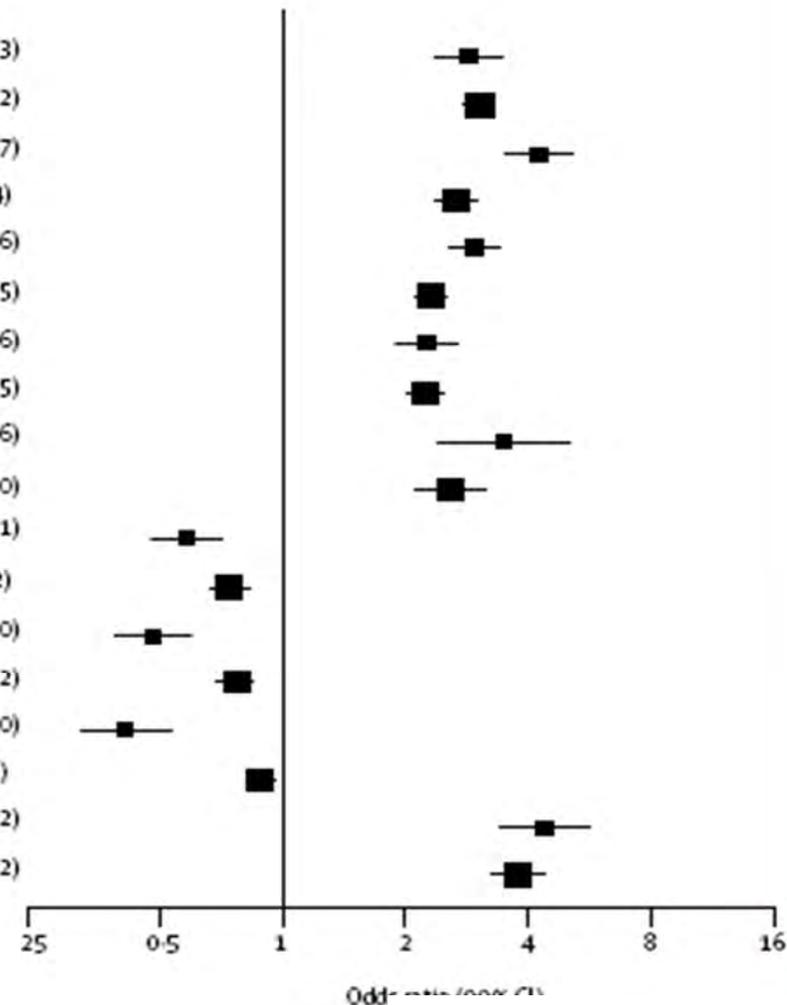
- Biologische Faktoren – Gene, Hormone, Immunsystem
- Symptomwahrnehmung – Bereitschaft über Beschwerden zu berichten (health-reporting behaviour)
- Gesundheitsverhalten und Risiko/Krankheitsverhalten – Rauchen, Alkohol, körperliche Aktivität, Gesundheitsvorsorge
- Soziale Rollen – Geschlechtsstereotype

Risikofaktoren und KHE - Geschlechterunterschiede in der Relevanz



Institute of Gender in Medicine (GiM)

Risk factor	Sex	Control (%)	Case (%)	Odds ratio (99% CI)	PAR (99% CI)
Current smoking	F	9.3	20.1	2.86 (2.36-3.48)	15.8% (12.9-19.3)
	M	33.0	53.1	3.05 (2.78-3.33)	44.0% (40.9-47.2)
Diabetes	F	7.9	25.5	4.26 (3.51-5.18)	19.1% (16.8-21.7)
	M	7.4	16.2	2.67 (2.36-3.02)	10.1% (8.9-11.4)
Hypertension	F	28.3	53.0	2.95 (2.57-3.39)	35.8% (32.1-39.6)
	M	19.7	34.6	2.32 (2.12-2.53)	19.5% (17.7-21.5)
Abdominal obesity	F	33.3	45.6	2.26 (1.90-2.68)	35.9% (28.9-43.6)
	M	33.3	46.5	2.24 (2.03-2.47)	32.1% (28.0-36.5)
Psychosocial index	F	-	-	3.49 (2.41-5.04)	40.0% (28.6-52.6)
	M	-	-	2.58 (2.11-3.14)	25.3% (18.2-34.0)
Fruits/veg	F	50.3	39.4	0.58 (0.48-0.71)	17.8% (12.9-24.1)
	M	39.6	34.7	0.74 (0.66-0.83)	10.3% (6.9-15.2)
Exercise	F	16.5	9.3	0.48 (0.39-0.59)	37.3% (26.1-50.0)
	M	20.3	15.8	0.77 (0.69-0.85)	22.9% (16.9-30.2)
Alcohol	F	11.2	6.3	0.41 (0.32-0.53)	46.9% (34.3-60.0)
	M	29.1	29.6	0.88 (0.81-0.96)	10.5% (6.1-17.5)
ApoB/ApoA1 ratio	F	14.1	27.0	4.42 (3.43-5.70)	52.1% (44.0-60.2)
	M	21.9	35.5	3.76 (3.23-4.38)	53.8% (48.3-59.2)



9 Risikofaktoren erklären 90 % der Infarkteinige geschlechtsspezifisch

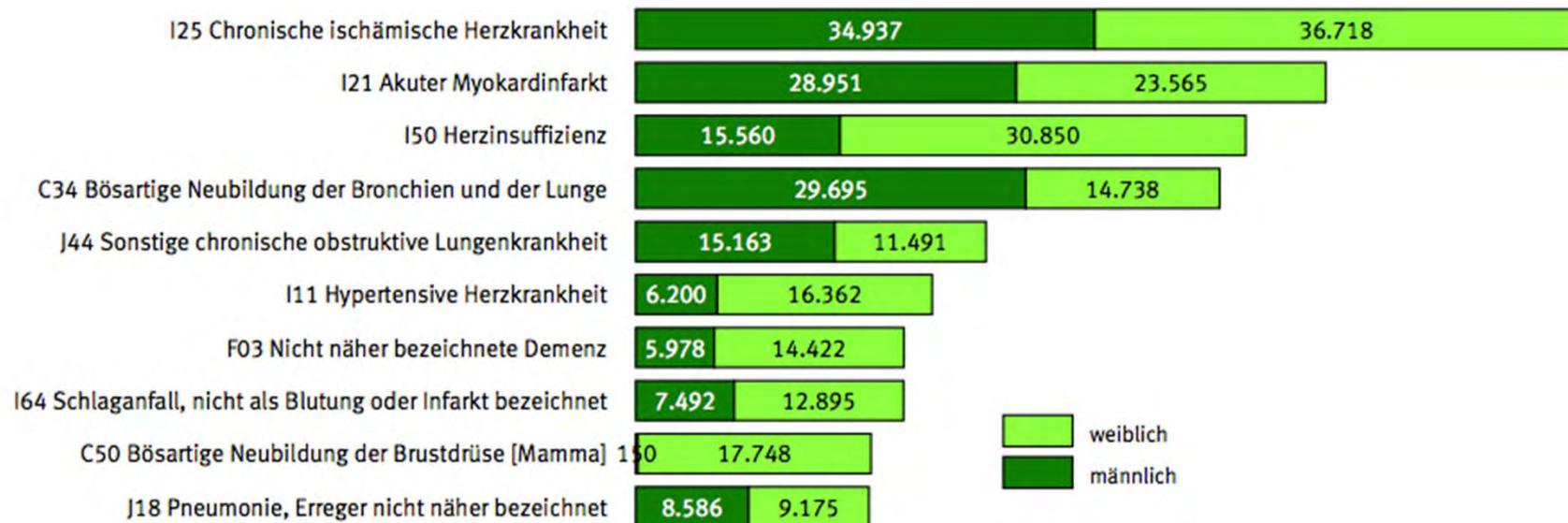
S Yusuf, Interheart, JAMA 2004

Todesursachen in Deutschland



Institute of Gender in Medicine (GiM)

Abbildung 2: Häufigste Todesursachen 2012

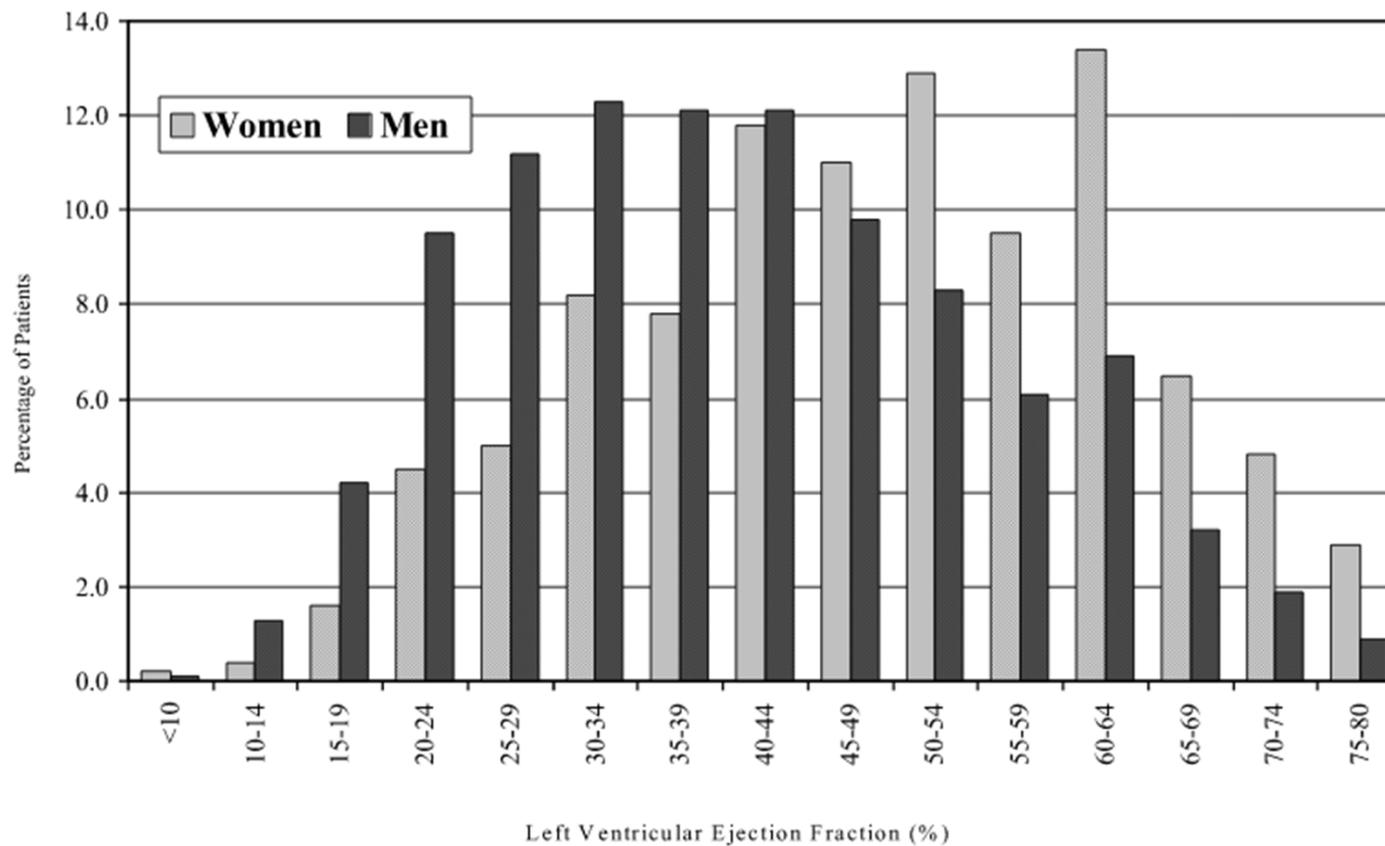


Unterschiedliche Formen der Herzinsuffizienz bei Frauen & Männern – EuroHeart Failure Survey



Institute of Gender in Medicine (GiM)

Querschnitt: hospitalisierte Patienten mit HF in Europa, 115 KH, 47600 Pat



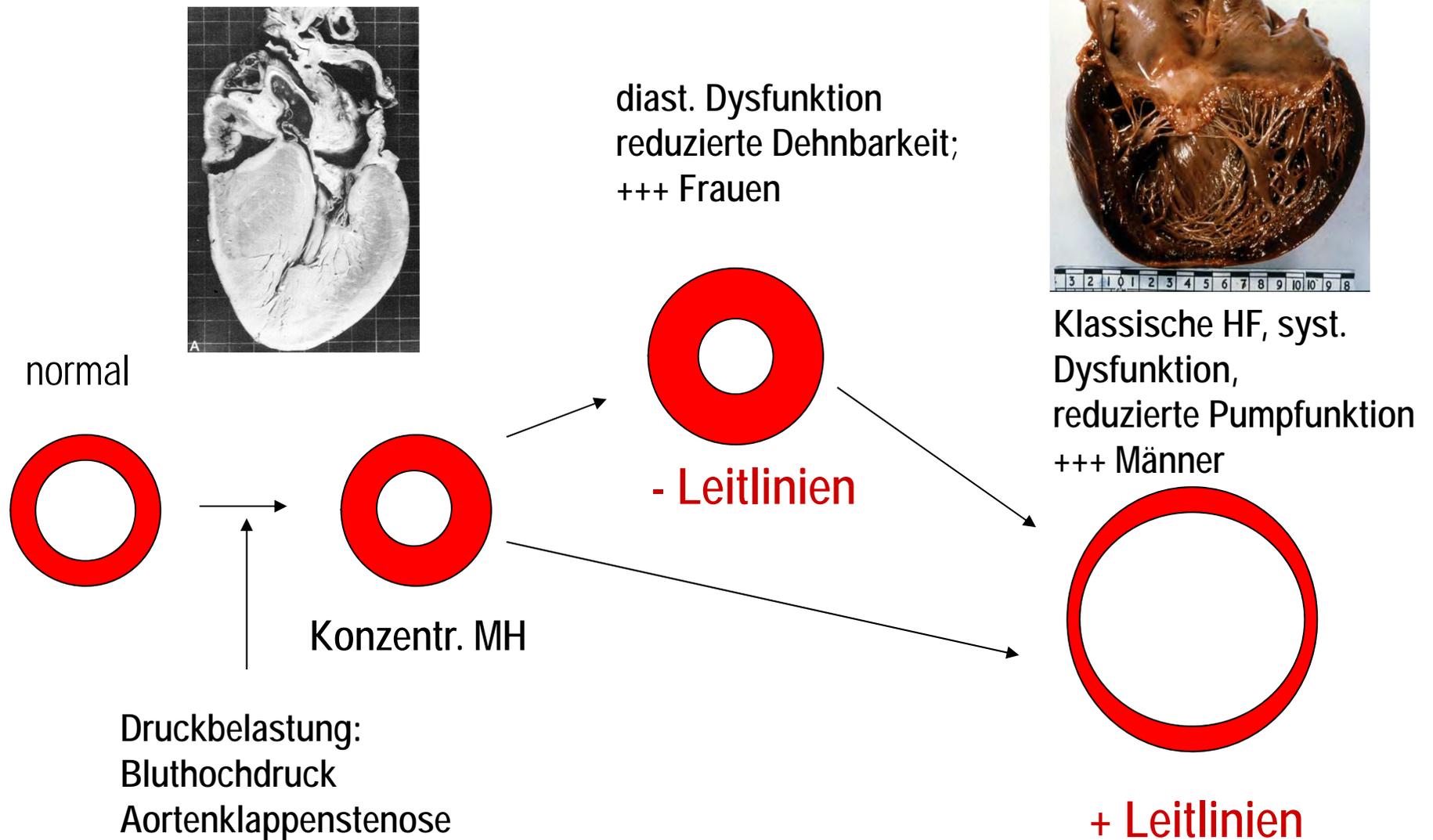
Left ventricular EF < 40%

Cleland et al, EHJ, 2003,

Formen der Herzinsuffizienz



Institute of Gender in Medicine (GiM)



Diastolische und systolische Herzinsuffizienz bei Frauen und Männern

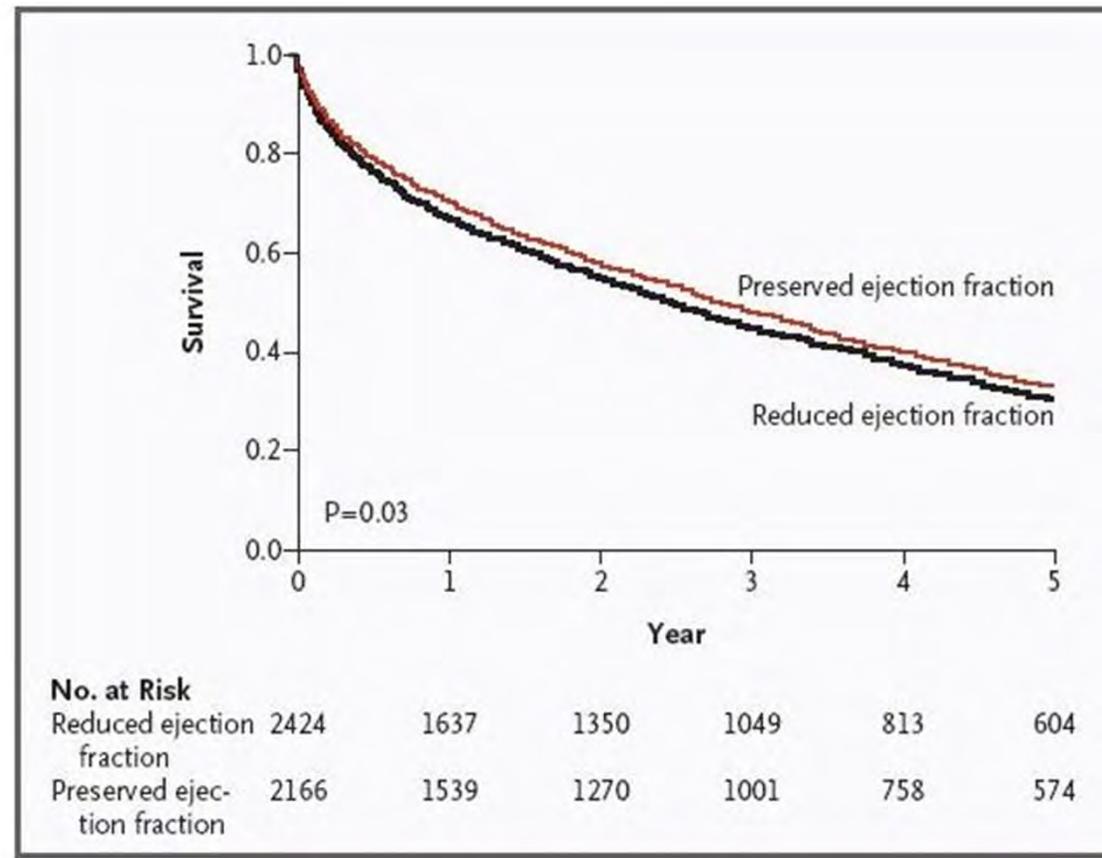


Institute of Gender in Medicine (GiM)

Langzeitstudie aus
Olmsted county,
Minnesota, 5590 Pat

Diastolische HI:

- 46 % aller Patienten
- 65 % Frauen



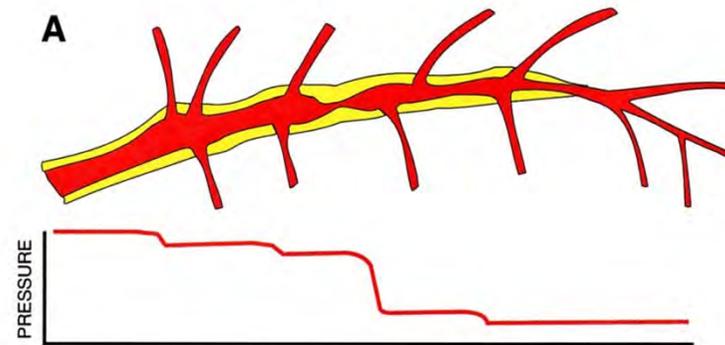
Diastolische und systolische HF sind gleichermassen ungünstig für die Prognose

Nicht-obstruktive Koronarerkrankungen bei Frauen und obstruktive bei Männern

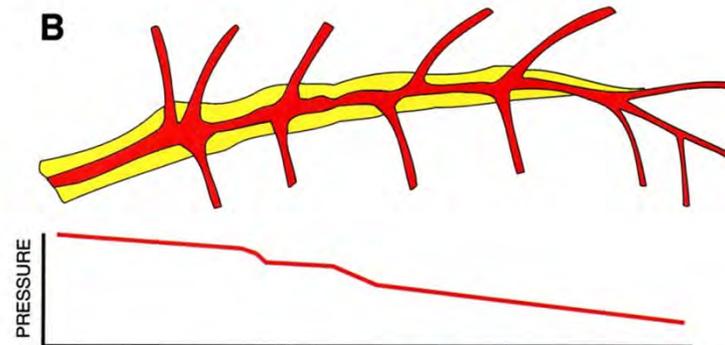


Institute of Gender in Medicine (GiM)

Häufiger bei Männern:
Lokalisierte Stenosen



Häufiger bei Frauen: nicht obstruktive KHE (NobCAD)
Wandverdickung, Mikroangiopathie



schematic of mixed segmental and diffuse narrowings and associated pressure drops along the length of the artery at maximum flow. (A) Predominant, more severe single segmental stenoses with less diffuse narrowing, suitable for angioplasty or bypass surgery. (B) Predominantly diffuse disease or multiple stenoses with a segmental narrowing, not appropriate for angioplasty or bypass surgery. Reprinted with permission from Gould KL. Coronary artery stenosis and reversing atherosclerosis, 2nd ed. London: Arnold Publishing, 1999.

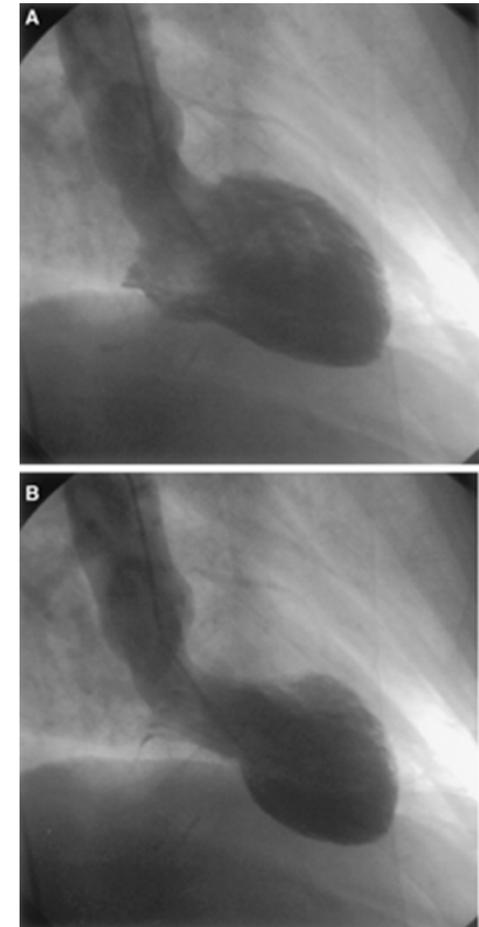
Herzinsuffizienz: Stress induzierte Kardiomyopathie „Tako-tsubo“ - 90 % Frauen



Institute of Gender in Medicine (GiM)

- Akute Brustschmerzen mit EKG Veränderungen
- Fehlen sign. Koronarstenosen im Koronarangio
- Systolische Dysfunktion (EF 29 + 9%) mit apikaler Wandbewegungsstörung
- Massiver psychologischer Stress

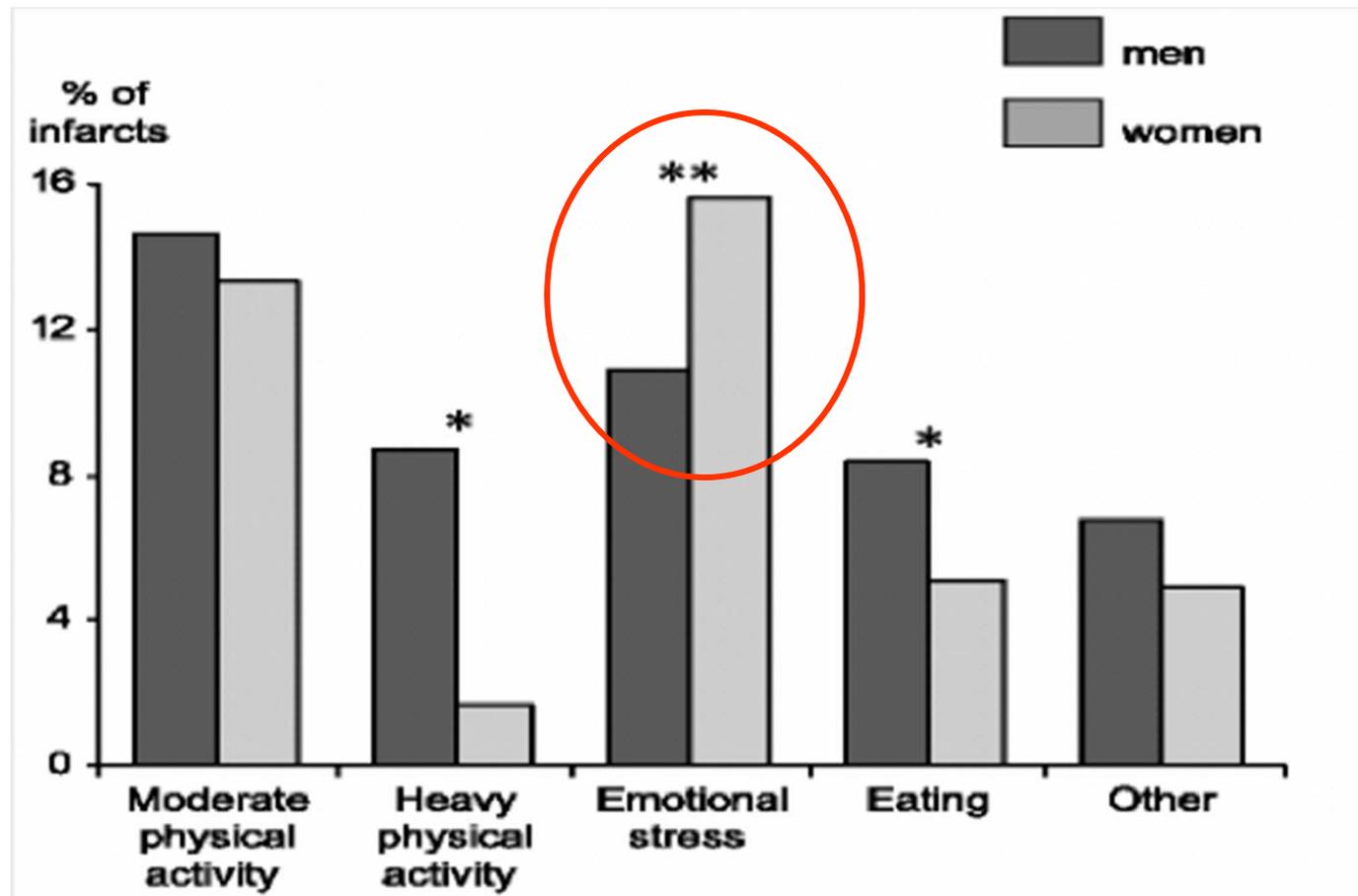
**Ca 40 % brauchen
Intensivtherapie;
Erholung innerhalb von
Tagen, Todesfälle
möglich.**



Emotional Stress als Infarktauslöser spielt bei Frauen eine größere Rolle als bei Männern



Institute of Gender in Medicine (GiM)



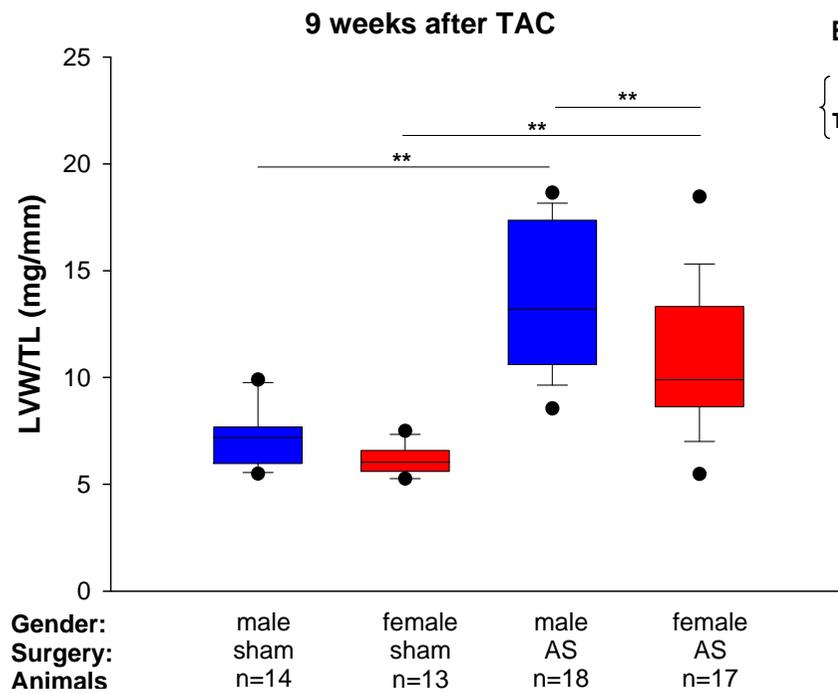
Metaanalyse (17 Studien) Čulić et al., Int J Cardiol (2005)

Transverse Aortenkonstriktion (TAC) im Mausmodell - Geschlechterunterschiede



Institute of Gender in Medicine (GiM)

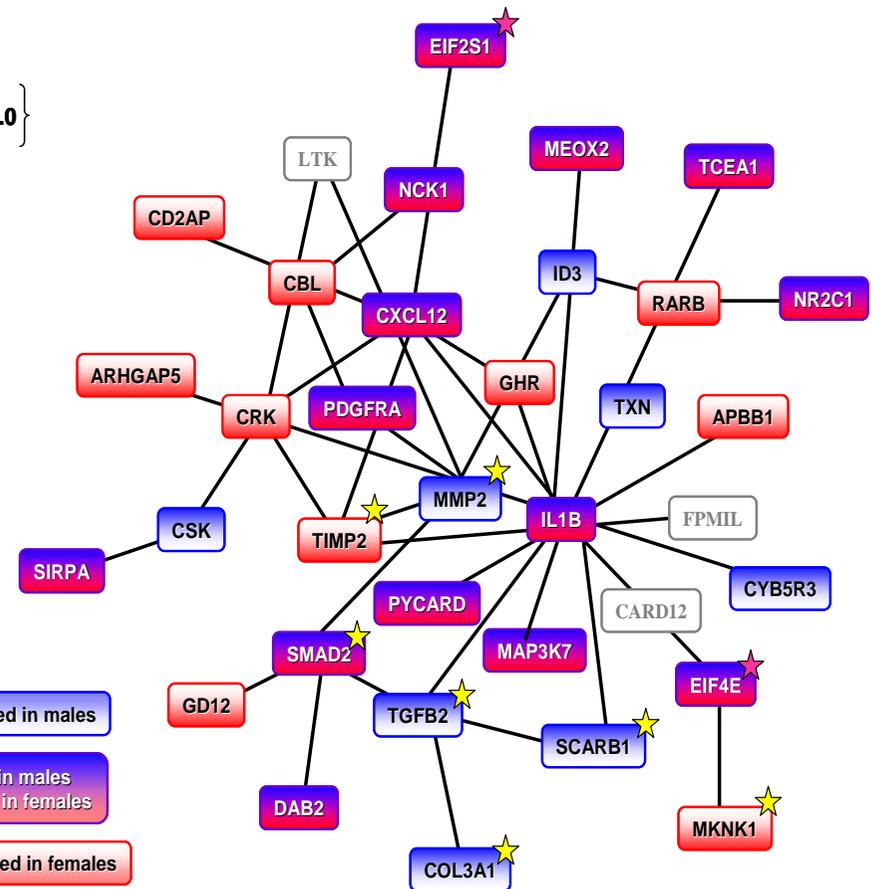
Males develop more LVH and matrix gene upregulation



B)

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{TAC-f/sham-f} \\ \text{TAC-m/sham-m} \end{array} < 1.0 \right\}$$

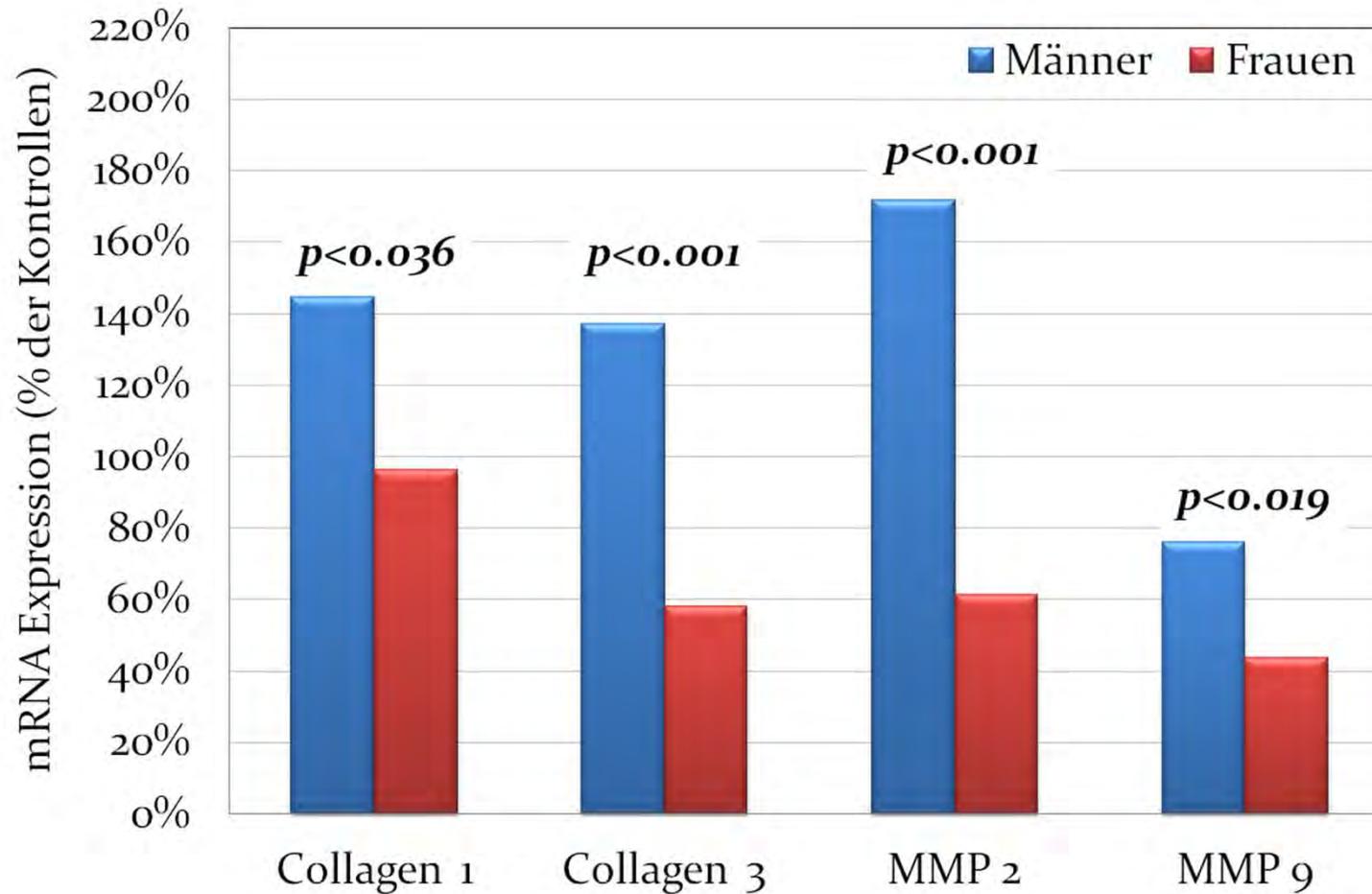
- more upregulated in males
- upregulated in males
downregulated in females
- more downregulated in females



Klinik- DHZB Studie: Matrixassoziierte Genexpression bei Männern stärker als bei Frauen mit Aortenstenose aktiviert



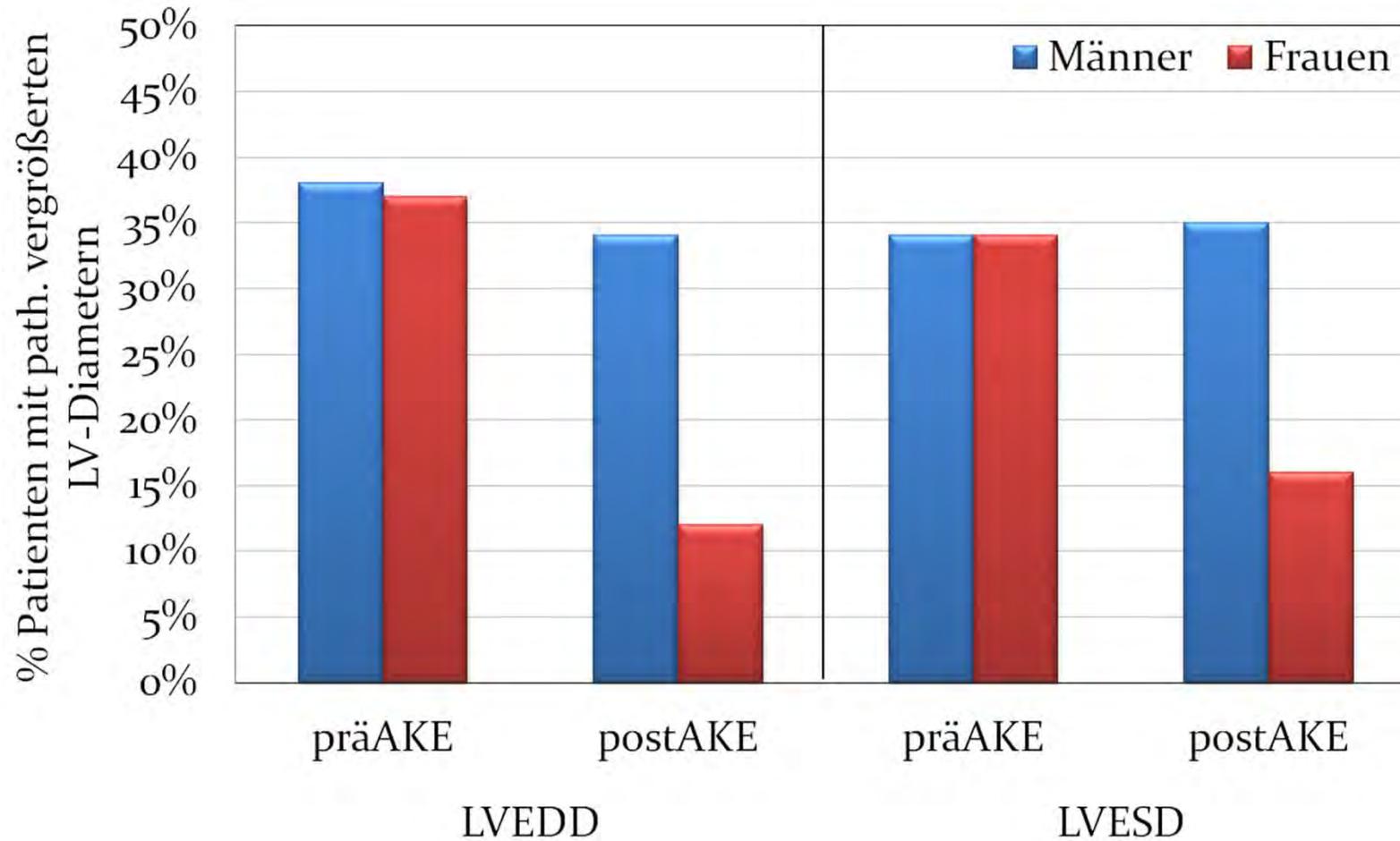
Gender in Medicine (GiM)



Schnellere Regression der LV-Diameter nach AKE bei Frauen als bei Männern



Institute of Gender in Medicine (GiM)

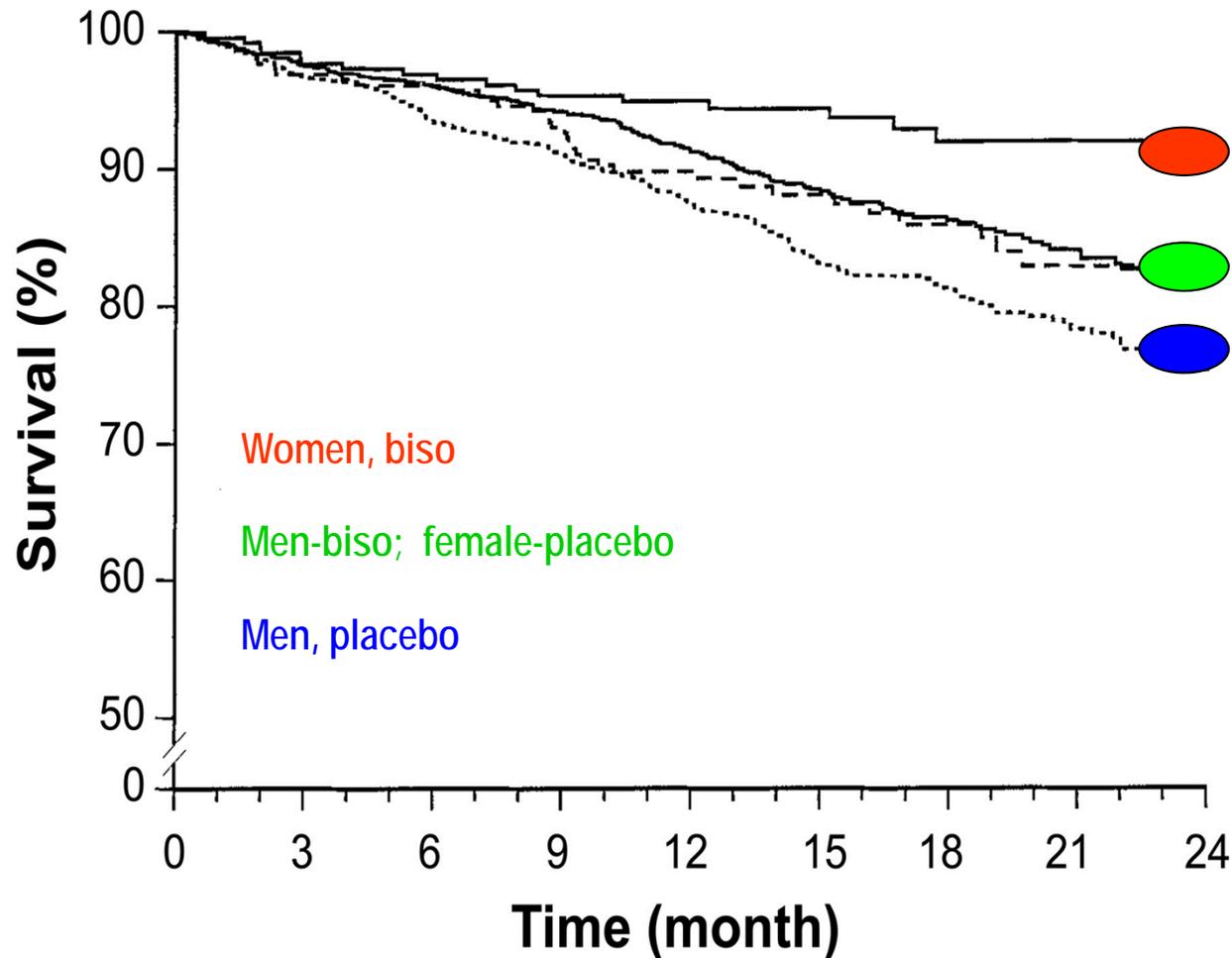


Männer: N=32, Frauen: N=46

Überleben bei “klassischer Herzinsuffizienz” ist besser bei Frauen – unabhängig von der Therapie



Institute of Gender in Medicine (GiM)



Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenz von UAWs



Institute of Gender in Medicine (GiM)

Daten aus 48 Kohortenstudien zu neu eingeführten Arzneimitteln

Inzidenz von UAW pro
10.000 Beh.-Monate:

Frauen: 20,6

Männer: 12,9

RR: 1,6 (1,5 – 1,7)

Gründe?

Höhere Plasma-
Konzentrationen bei
Frauen?

Körperfett-Unterschiede?

Häufigere Berichte zu
UAW?

Hormonelle Einflüsse?

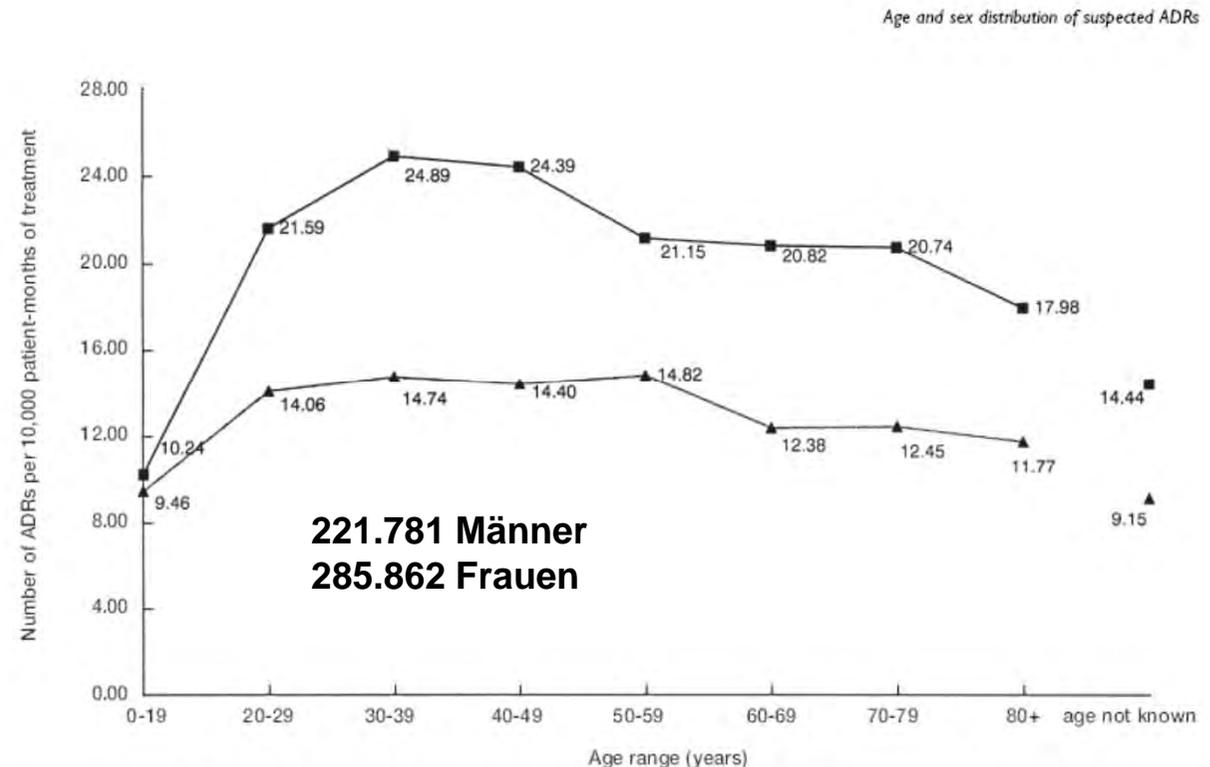
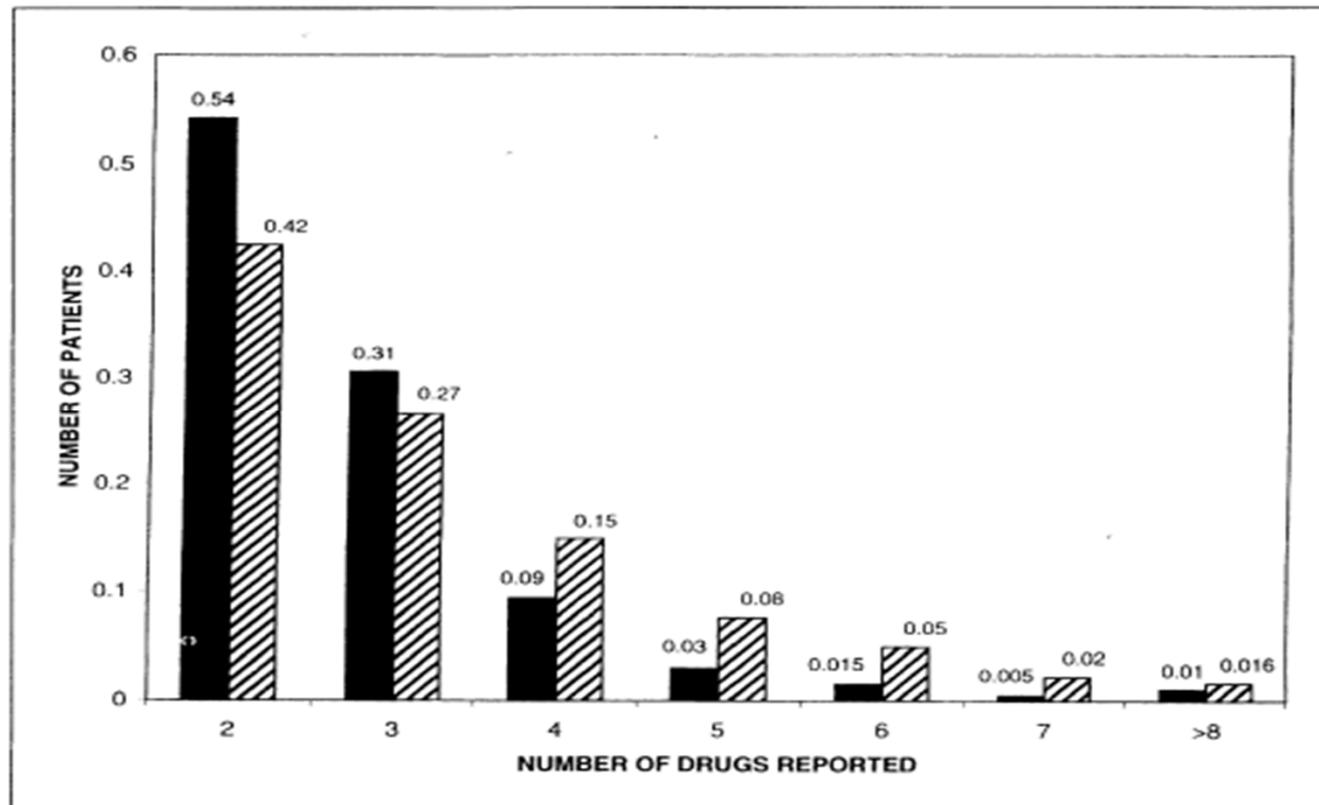


Figure 1 Age and sex specific incidence rates of suspected adverse drug reactions (ADRs) ■ female, ▲ male.

Geschlechterunterschiede bei UAWs - Polymedikation



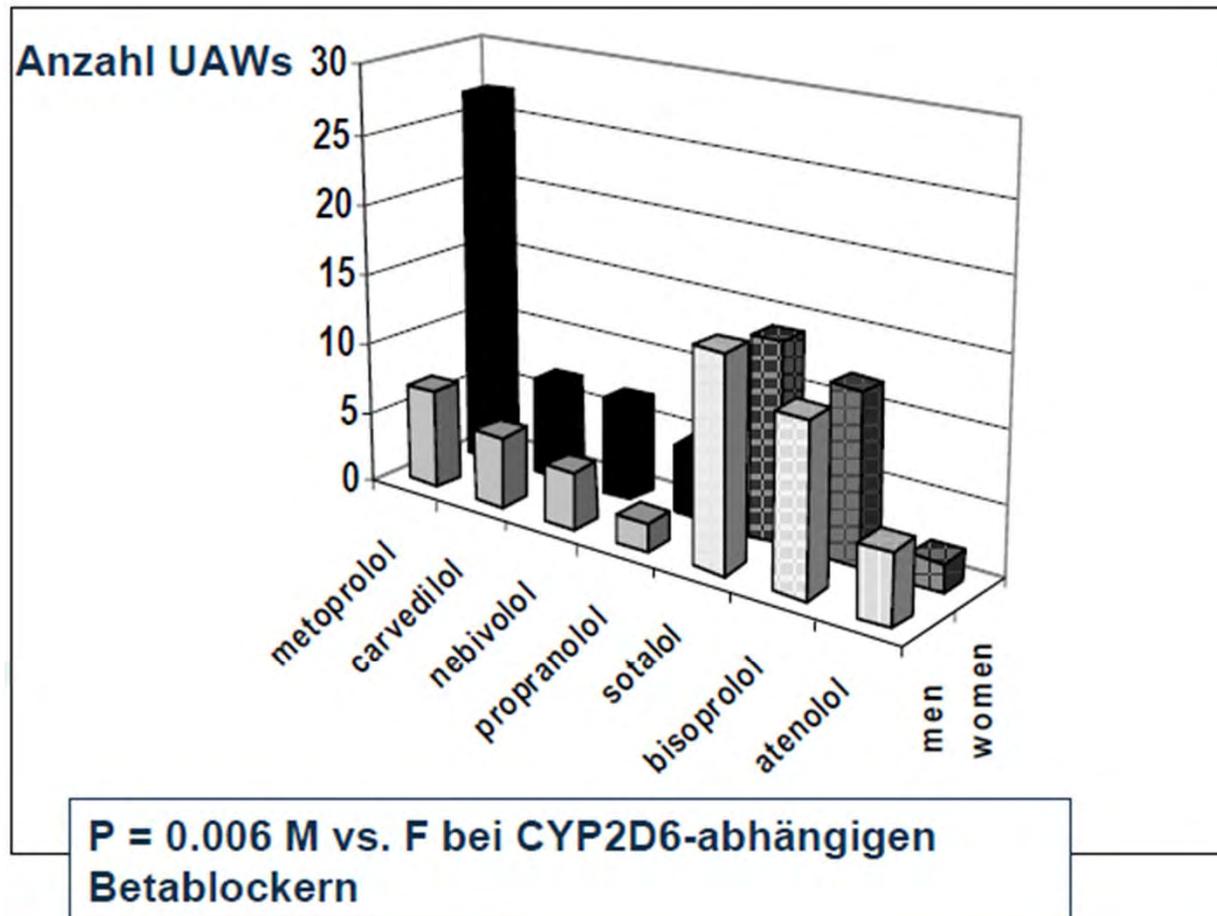
Institute of Gender in Medicine (GiM)



Geschlechterunterschiede in der Verträglichkeit von β Blockern



Institute of Gender in Medicine (GiM)



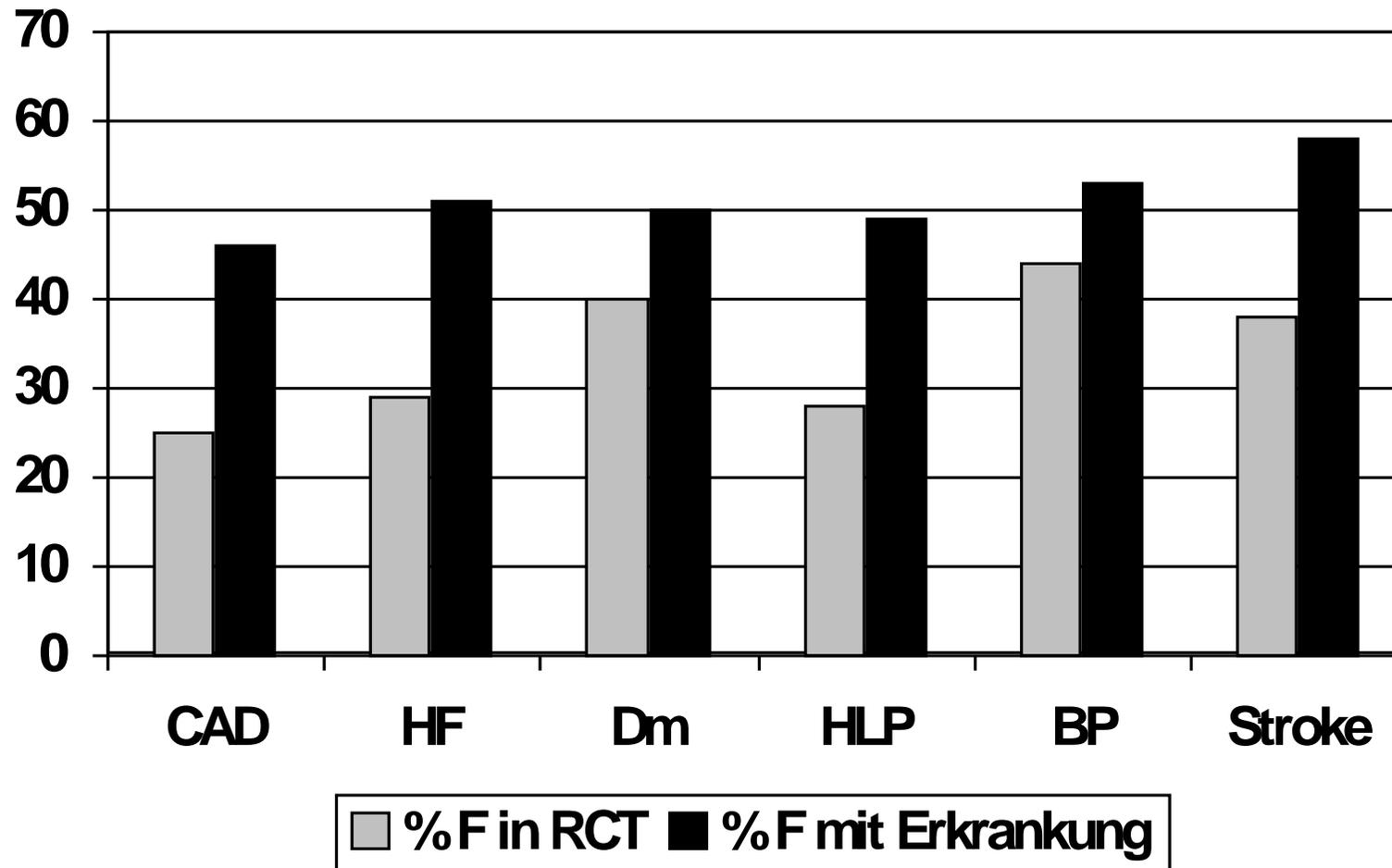
CYP2D6-Substrate:
Metoprolol,
Carvedilol,
Nebivolol,
Propranolol

CYP2D6-unabhängige Betablocker:
Sotalol,
Bisoprolol,
Atenolol

Frauen sind weniger in klinischen Studien vertreten



Institute of Gender in Medicine (GiM)





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Für evtl. Fragen:

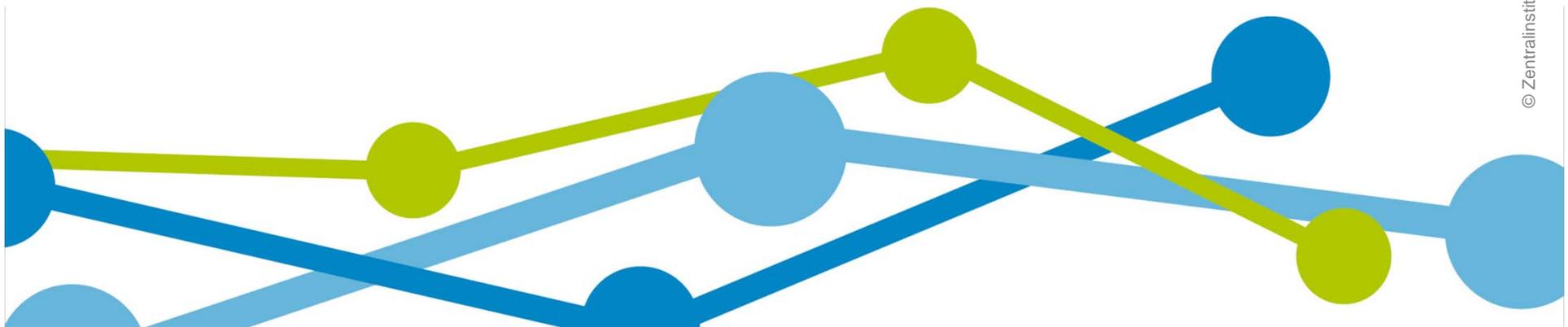
sabine.oertelt-prigione@charite.de

<http://gender.charite.de>

Fachtagung Herzinsuffizienz am 4. Juni in Berlin

Sektorenübergreifende Versorgung und Polypharmazie bei Herzinsuffizienz

Michael Erhart



Hintergrund

1. In der Vergangenheit wurden zahlreiche randomisierte kontrollierte Studien zu Herzinsuffizienz durchgeführt
2. Bis vor wenigen Jahren fehlten dagegen systematische Untersuchungen der Effekte der Einnahme von mehreren Medikamenten in verschiedenen Patientengruppen, insbesondere bei älteren, komorbiden Patienten und Patienten mit Komedikation.
3. Weiterhin wird eine verminderte Verordnung von Beta-Blockern in der Praxis beobachtet, obwohl sie sich in mehreren RCTs als wirksame Therapie gegen Herzinsuffizienz erwiesen hat.
 - Eine Analyse möglicher Gründe hierfür sowie des fraglichen Zusammenhangs mit der stationären Behandlungsbedürftigkeit liegt bisher auf Grundlage von Routinedaten nicht vor.
 - Somit fehlt Vertrags- und Krankenhausärzten auch die Möglichkeit, die Behandlungssituation dieser Patientengruppe auf Basis vorliegender Empirie kritisch zu reflektieren.

Ziele der Studie

Ziel des Projekts ist, den Behandlungsverlauf von Herzinsuffizienzpatienten anhand von Routine- und Verordnungsdaten aus der vertragsärztlichen und der stationären Versorgung nachzuvollziehen.

Hierzu strebt das Zi die Kooperation mit ausgesuchten Krankenhäusern in bestimmten KV-Bereichen und den jeweiligen KVen an.

Im Rahmen dieser Analysen soll die Machbarkeit einer sektorenübergreifenden Analyse des Versorgungsgeschehens bei Herzinsuffizienz für einen KV-Bereich und ein Krankenhaus geprüft werden

Methode

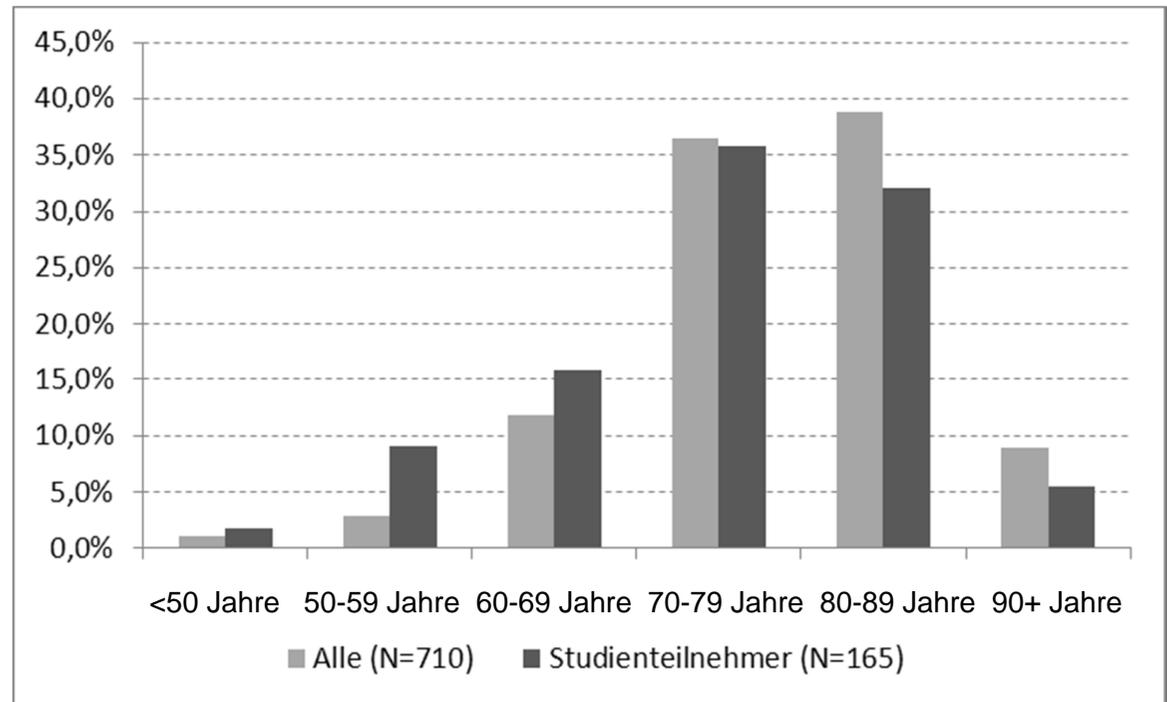
- Als **Fälle** werden alle Patienten mit der ambulanten Diagnose Herzinsuffizienz (ICD-10 I50 [NYHA III-IV]) definiert, die zwischen 01.01.2008 und 31.12.2010 im kooperierenden Krankenhaus eingewiesen und mit der Entlassungsdiagnose Herzinsuffizienz wieder entlassen wurden. [Einverständniserklärung + §75 SGB X]
- Als **Kontrollen** werden alle Patienten mit der ambulanten Diagnose Herzinsuffizienz (ICD-10 I50 [NYHA??]) definiert, die nicht zwischen 01.01.2008 und 31.12.2010 aus dem kooperierenden Krankenhaus mit der Entlassungsdiagnose Herzinsuffizienz entlassen wurden. [§75 SGB X]
- **Statistische Analysen:**
 - Unterschiede in Verordnung relevanter Arzneimittelklassen (Angiotensin-Converting-Enzyme-Hemmer (ACE-Hemmer), Angiotensin-II-Rezeptors-Blocker (ARBs), Diuretika, β -Blocker, Aldosteron-Antagonisten, Digitalis-Glykoside)
 - Umstellungen der Medikation im Klinikum
 - Unterschiede in Alter und Geschlecht, Komorbiditäten, Komedikationen (Arzneimittel aus anderen Arzneimittelklassen als sechs erwähnten)

Ergebnisse: Machbarkeit der Datenerhebung im Krankenhaus und Verknüpfung mit ambulanten Daten

Teilnahmerate und Drop out

- 392 stationäre Fälle (166 Patienten) berücksichtigt
- Teilnahmerate 2008: 85 von 314 Fällen mit I50 [27,1%];
- Teilnahmerate 2010: 154 von 258 Fällen mit I50 [59,7%]
- Drop out wegen Versterbens: Studienteilnehmer sind mehrheitlich etwas jünger als Grundgesamtheit aller stat. I50-Fälle aus dem Landkreis des Klinikums

Altersstruktur der Studienteilnehmer im Vergleich zu allen stationären Fällen im Landkreis (DRG-Statistik)

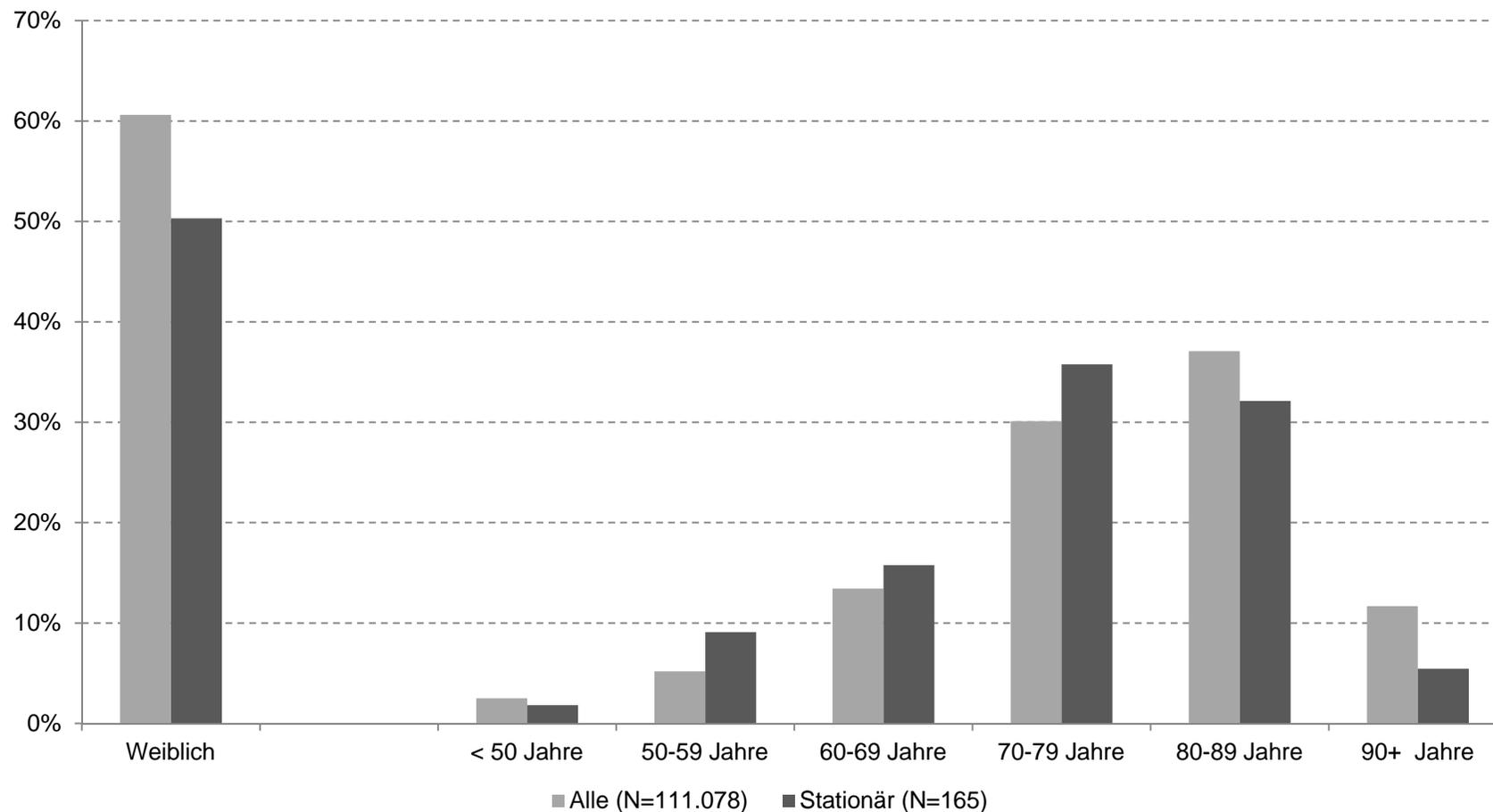


Zuordenbarkeit von stationären zu ambulanten Daten

- Die Daten von 200 der stationären Fällen (83 der stationären Patientinnen und Patienten) konnten mit Hilfe der von der KBV-IT programmierte Software über die im Rahmen des Projektes entwickelten Datenflussspezifikationen und Infrastrukturen mit den ambulanten Abrechnungsdaten der Betroffenen verknüpft werden.



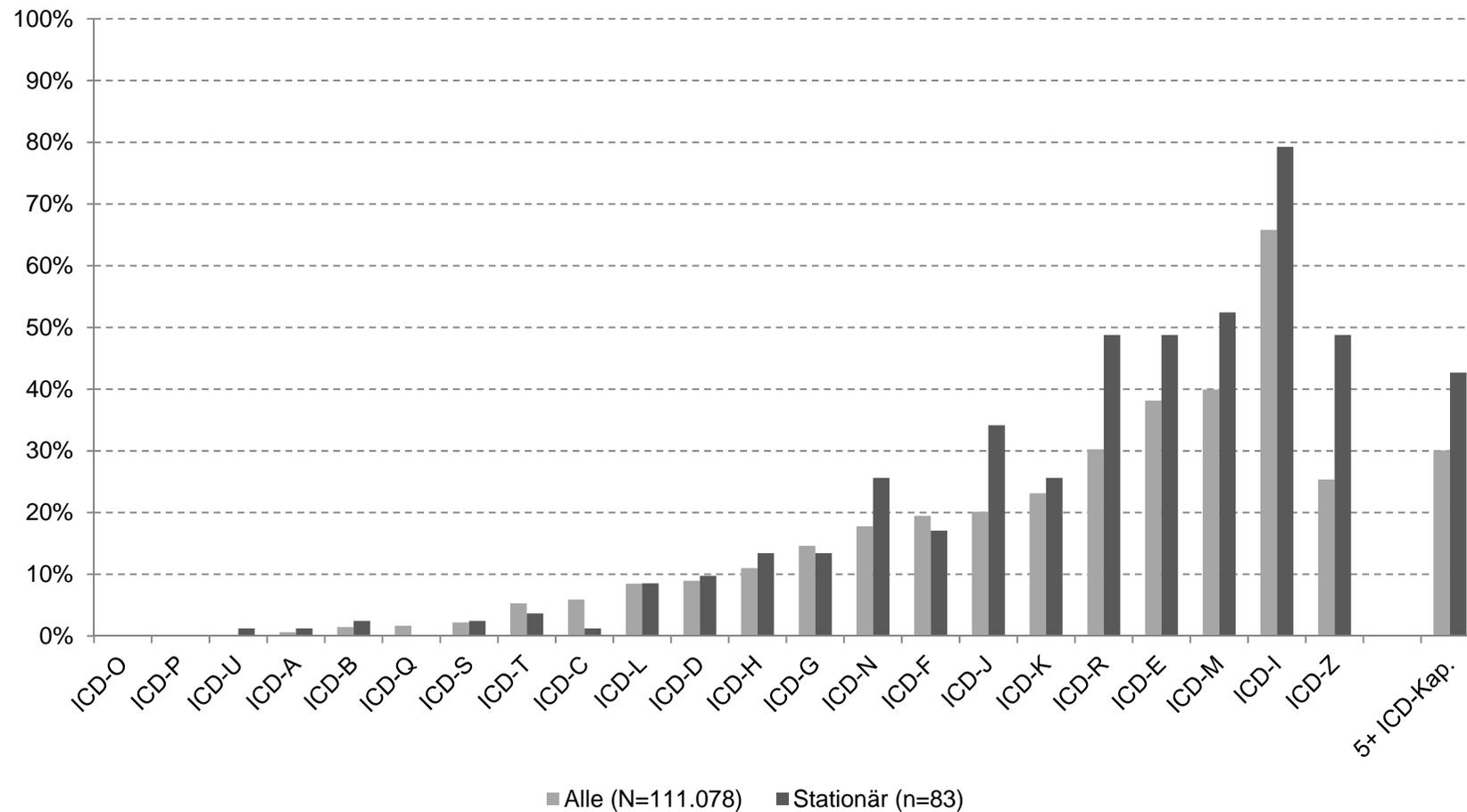
Ergebnisse: Demografische Unterschiede - Stationäre Patienten versus alle Patienten



(cave: ca. 7% aller Patienten stationär versorgt)



Ergebnisse: Ambulant kodierte Morbiditätsunterschiede - Stationäre Patienten versus alle Patienten

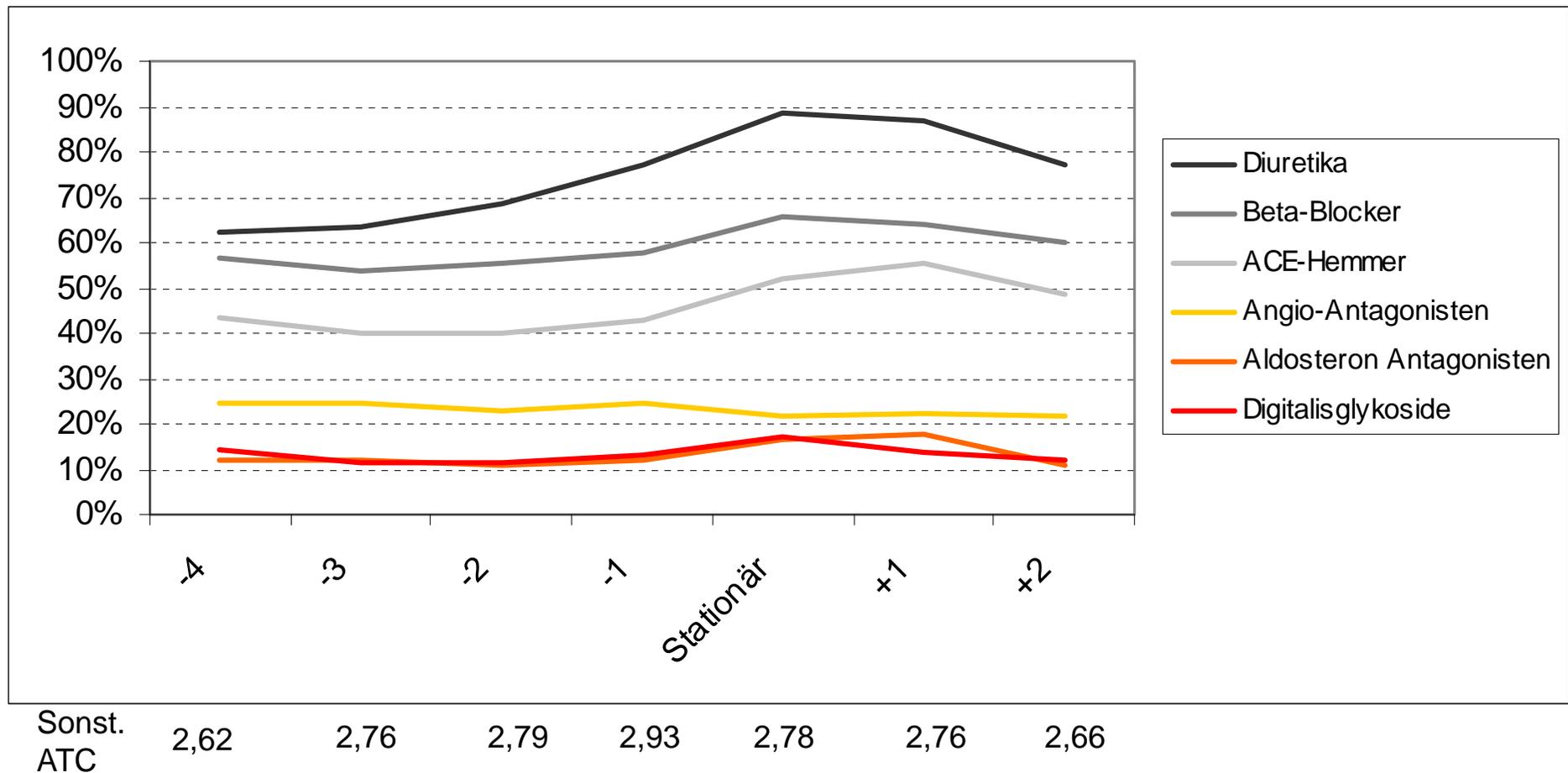


(cave: 7% aller Patienten ebenfalls stationär versorgt)



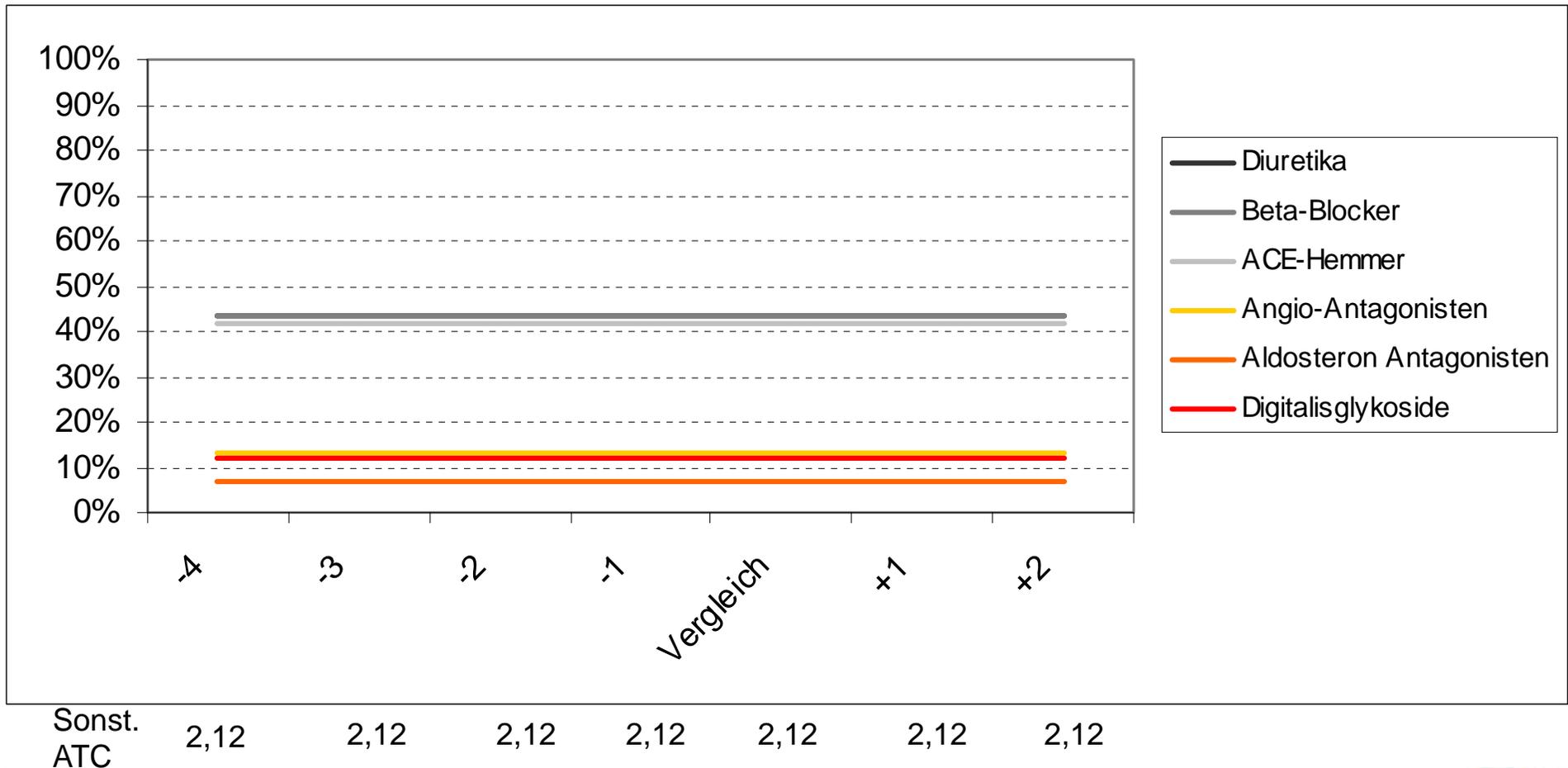
Ergebnisse: Verordnungsmuster im Zeitverlauf vor und nach stationärem Aufenthalt (Krankenhausfälle)

Zeitverlauf in Quartalen vor und nach stationärem Aufenthalt



Ergebnisse: Verordnungsmuster im Zeitverlauf vor und nach stationärem Aufenthalt (Kontrollgruppe)

Zeitverlauf in Quartalen vor und nach stationärem Aufenthalt (der Fälle)



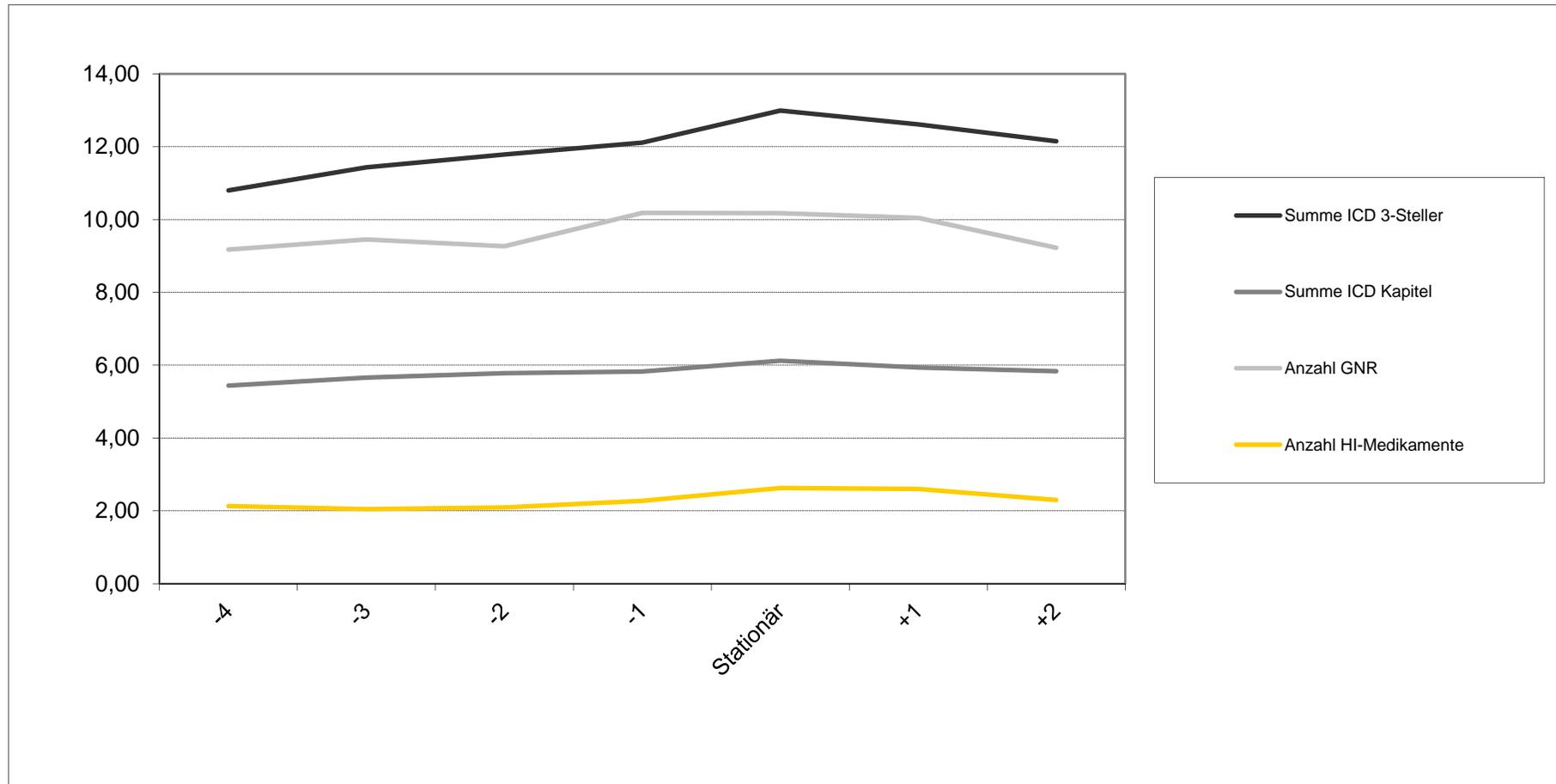
Sonst.
ATC

(cave: 7% aller Patienten der Kontrollgruppe ebenfalls stationär versorgt)



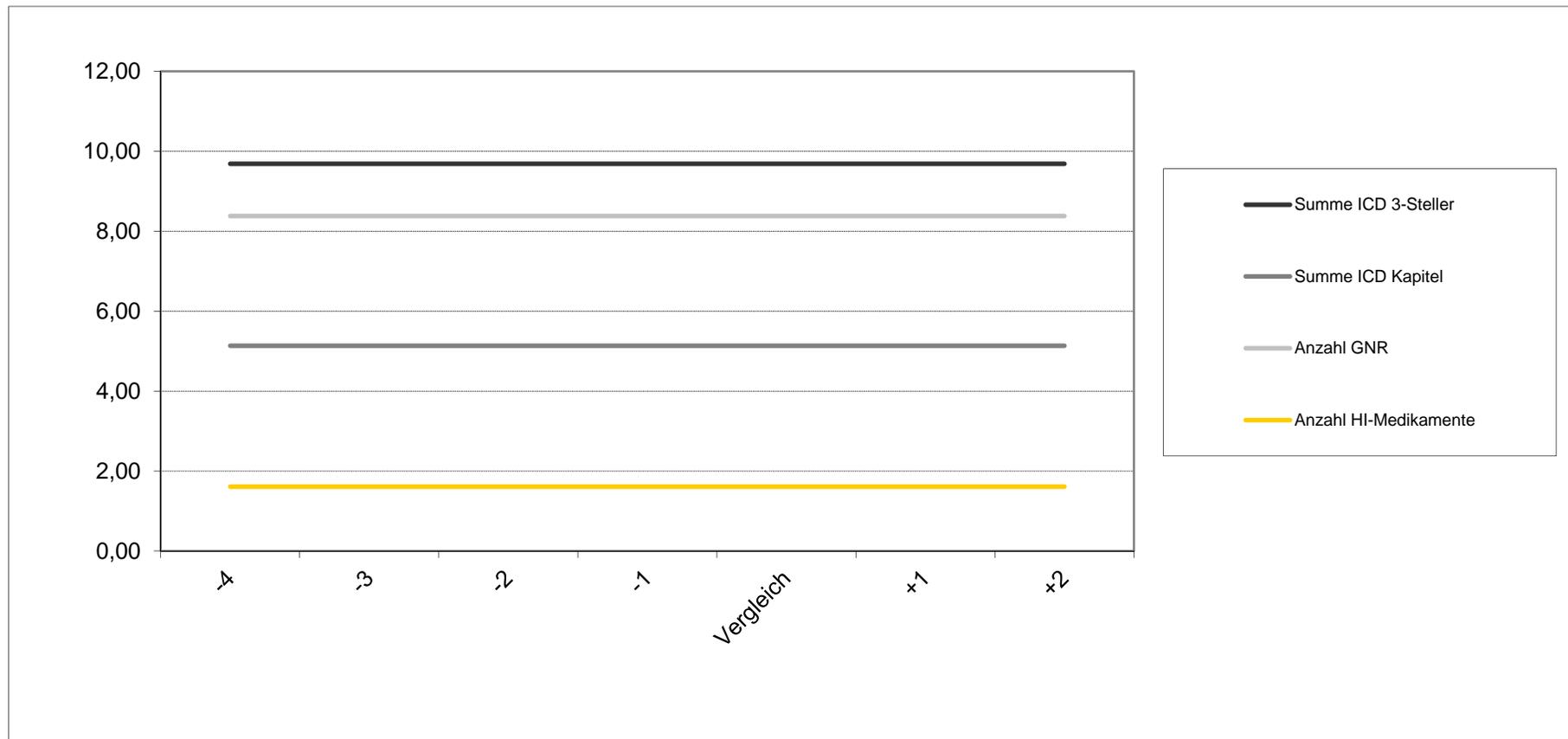
Indikatoren der Krankheitsschwere im Zeitverlauf vor und nach stationärem Aufenthalt (Krankenhausfälle)

Zeitverlauf in Quartalen vor und nach stationärem Aufenthalt



Indikatoren der Krankheitsschwere im Zeitverlauf vor und nach stationärem Aufenthalt (Kontrollgruppe)

Zeitverlauf in Quartalen vor und nach stationärem Aufenthalt (der Fälle)



(cave: 7% aller Patienten der Kontrollgruppe ebenfalls stationär versorgt)



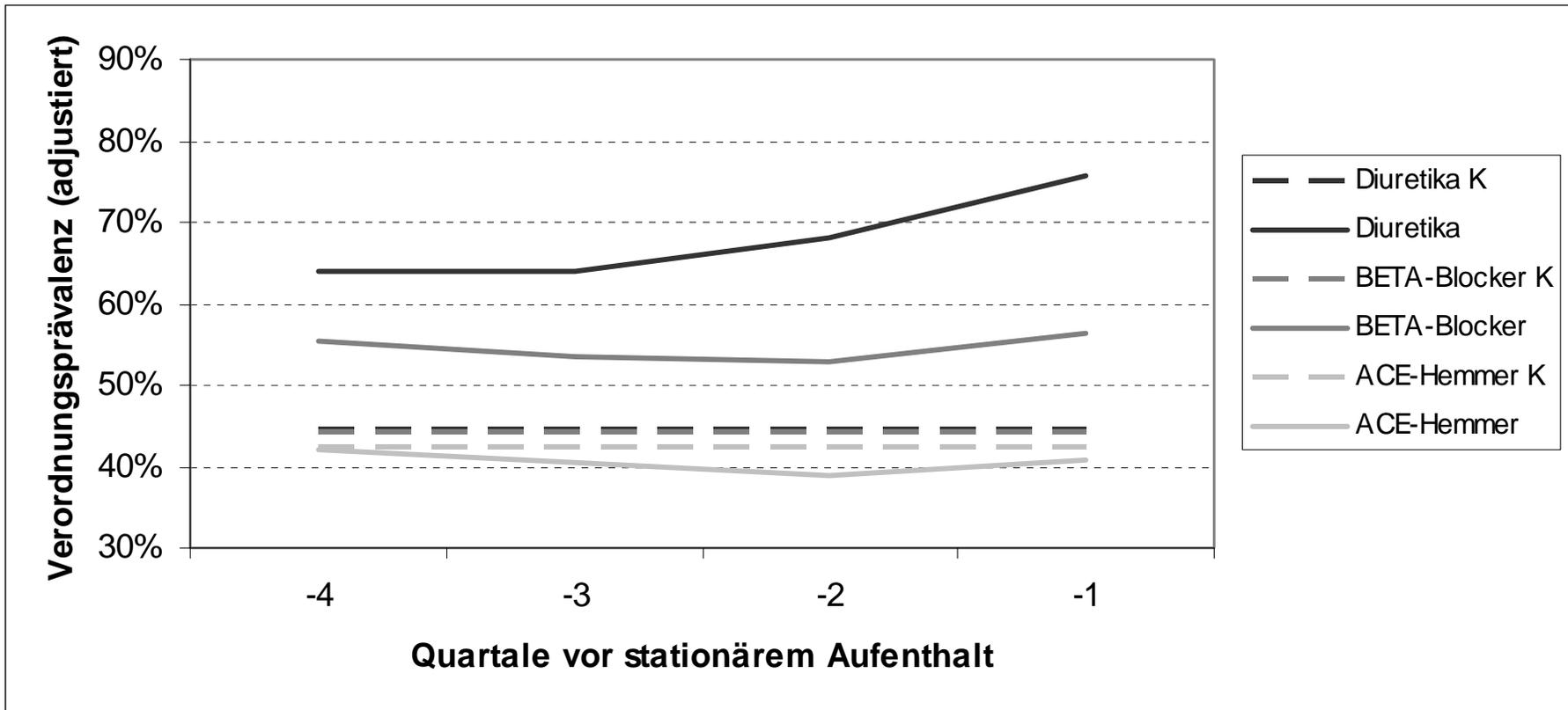
Welche Bedeutung hat die ambulante (leitliniengerechte) Medikation für das Hospitalisierungsrisiko?

Methodische Herausforderungen:

1. HI-Medikamentenverordnung korreliert mit dem Schweregrad
 2. Schweregrad korreliert mit dem Hospitalisierungsrisiko
 3. Aus 1 und 2 folgt: **Medikamentenverordnung korreliert mit Hospitalisierungsrisiko (-> Fehlschluss)**
- Statistische Kontrolle für Schweregrad trotz NYHA-Schema und Komorbiditäten ggf. noch zu grob.
- Stationäre Fallzahl mit n=392 Fällen / n=166 Patienten zu gering.

Kann eine protektive Wirkung leitlinienkonformer ambulanter Medikation aufgezeigt werden?

Alters-, Geschlechts-, (Ko-)Morbiditäts- und Komedikations- adjustierte Verordnungsprävalenzen von Diuretika, BETA-Blocker, ACE-Hemmer

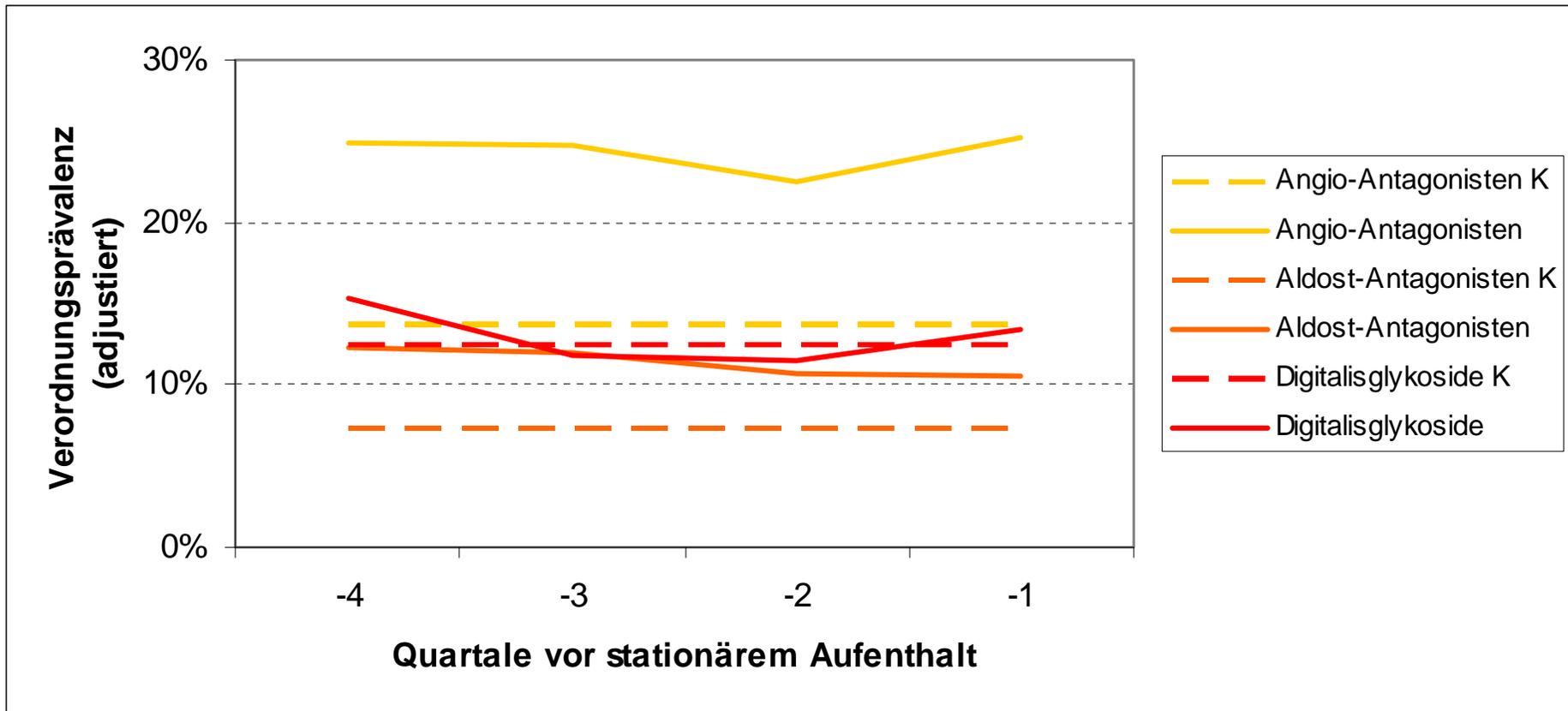


Nur vage Hinweise auf protektive Wirkung leitlinienkonformer Medikation



Kann eine protektive Wirkung leitlinienkonformer ambulanter Medikation aufgezeigt werden?

Alters-, Geschlechts-, (Ko-)Morbiditäts- und Komedikations- adjustierte Verordnungsprävalenzen von Angio-Antag., Aldosteron-Antag., Digitalisglykoside



Nur vage Hinweise auf protektive Wirkung leitlinienkonformer Medikation



Polypharmazie und Herzinsuffizienz

-Hintergrund

1. Verordnung mehrerer Wirkstoffe per se nicht schädlich
 - Leitliniengerechte Versorgung kann Mehrfachverordnungen erforderlich machen
2. Polypharmazie mit Risiken verbunden
 - Vermehrte unerwünschte Arzneimittelwirkungen
 - Arzneimittelwechselwirkungen
 - Medikationsfehler und niedrige Compliance
3. Multimorbid erkrankte Patienten haben ein erhöhtes Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAE) und Wechselwirkungen
 - Problematik insbesondere bei älteren Patienten verstärkt
 - Leitlinien thematisieren in der Regel maximal nur eine Komorbidität
4. Bereits bestehende Polypharmazie kann dazu führen das leitliniengerechte Medikation für zusätzliche / Erkrankung mit Rücksicht auf bestehende Polypharmazie nicht erfolgt
5. Nebenwirkungen der Polypharmazie – Unerwünschte Arzneimittelwirkung kann ihrerseits weitere Verordnungen zur Behandlung der UAEs nach sich ziehen
 - Entstehung einer Verschreibungskaskade

Polypharmazie: Methode

- **A) Bundesweite Stichprobe n=1.000.000 unausgelesene Patienten mit / ohne Herzinsuffizienz**
 - Anzahl unterschiedlichen ATC-Verordnungen mit mindestens 0,5 DDD zu Stichtag (1. Juli 2009; mindestens eine VO vor + nach); 6+ = Polypharmazie
- **B) Herzinsuffizienzpatientenkohorte n=110.000 mit Herzinsuffizienz**
 - Anzahl unterschiedlicher ATC-Verordnungen mit mindestens 0,5 DDD zu Stichtag (Quartalsmitte; mindestens eine VO vor + nach); ohne Herzinsuffizienz-Medikamenten-ATC.
- **Statistische Analysen:**
 - Prävalenz der Polypharmazie in Herzinsuffizienzpatienten
 - Assoziation der allgemeinen Polypharmazie mit Herzinsuffizienzmedikation

Herzinsuffizienz und Polypharmazie-Risiko

Herzinsuffizienzpatienten weisen mit die höchsten Raten an Polypharmazie (6+ ATC Wirkstoffgruppen zeitgleich (Stichtag 1. Juli 2009; Bundesweite Stichprobe n=1.000.000)

Krankheiten (Herzinsuffizienz und 60 Krankheitskategorien nach INBA-Klassifikationssystem)	Prozent mit Polypharmazie (6+ ATC)	OR alters- und geschlechts-adjustiert
TCC130 Abhängigkeit von Dialyse	61,24%	18,01
TCC129 Terminale Niereninsuffizienz	58,96%	12,84
RCC004 Diabetes mellitus; nach Variante 15. EBA	38,90%	7,02
I50 Herzinsuffizienz	37,29%	4,32
TCC019 Diabetes mellitus ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen, Schwangerschaftsdiabetes	29,39%	5,86
RCC029 Krankheiten und Zustände nach sonstigen Transplantationen und nach besonderen medizinischen Maßnahmen; nach Variante 15. EBA	29,29%	3,24
RCC017 Zerebrovaskuläre Krankheiten; nach Variante 15. EBA	27,57%	3,08
RCC014 Sonstige neurologische Krankheiten; nach Variante 15. EBA	25,89%	4,30
RCC010 Störungen des Bewusstseins und neuropsychologische Symptome; nach Variante 15. EBA	23,78%	2,42
RCC005 Sonstige endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten; nach Variante 15. EBA	22,02%	3,33
RCC016 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems; nach Variante 15. EBA	21,91%	4,39
TCC179 Verschiedene Eingriffe, Status nach operativen Eingriffen, Nachbehandlung, elektive Chirurgie	21,28%	3,01
RCC020 Augen-Krankheiten; nach Variante 15. EBA	21,04%	2,85
TCC040 Cox- oder Gonarthrose	18,88%	2,17
TCC038 Entzündliche Systemerkrankungen des rheumatoiden Formenkreises	18,77%	2,47
RCC002 Bösartige Neubildungen; nach Variante 15. EBA	17,96%	1,83
RCC019 Krankheiten der unteren Atemwege; nach Variante 15. EBA	17,64%	3,13
TCC010 Bösartige Neubildungen Dickdarm, Rektum, Anus, Mamma, Geschlechtsorgane, Niere und ableitende Harnwege, Auge, Schilddrüse, maligne Melanome	17,40%	1,67
TCC091 Essentielle Hypertonie	17,29%	6,23

Herzinsuffizienz und Polypharmazie

Welche Bedeutung hat polypharme Verordnung von Nicht-Herzinsuffizienz Medikamenten für Leitliniengerechte Versorgung mit Herzinsuffizienzmedikamenten?

Analyse des Zusammenhanges zwischen “Allgemeiner Polypharmazie“ und Herzinsuffizienzmedikamenten, kontrolliert für Alter, Geschlecht und (Ko-)Morbidity

- ACE-Hemmer: „Chance“ für ACE-Hemmer steigt mit Anzahl sonstiger ATC [OR=1,1]
 - Angiotensin-Antagonisten: [OR=1,1]
 - Diuretika: [OR=1,2]
 - Digitalisglykoside: [OR=1,1]
 - BETA-Blocker: [OR=1,1]
 - Aldosteron-Antagonisten: [1,1]
- Anzahl Herzinsuffizienzmedikamente: Anzahl steigt mit Zahl sonstiger ATC um Faktor 0,11 je ATC

Fazit: Generelle Polypharmazie ist mit Herzinsuffizienzverordnungsintensität assoziiert



Fazit / Ausblick

Machbarkeit

- Die Qualität der Datenzusammenführung ist verbesserungsfähig, auch wenn man unterstellt, dass durch überregionale Fälle oder Privatpatienten Ausfälle zu erwarten sind. Sie kann erst in Kooperation mit weiteren Standorten besser beurteilt werden.
- Das Projekt stellt einen wichtigen Schritt hin zu „wahren“ sektorenübergreifenden Versorgungsanalysen auf Basis von individuellen sektorenübergreifenden Patientendaten dar.

Ausblick: Kooperationen mit weiteren KVen und Krankenhäusern

- Das Projekt soll um weitere Krankenhäuser und KV-Bereiche erweitert werden.
- Da mit diesem Projekt erstmals die systematische sektorenübergreifende Datenzusammenführung ohne Beschränkung auf Daten einzelner Kassen durchgeführt wird, ist eine große Beteiligung wünschenswert.
- Zudem sind die Fallzahlen je Krankenhaus klein; eine Vergrößerung der Datenbasis ist notwendig damit auch Gruppen mit a-priori anzunehmenden Versorgungsmängel (ältere Frauen) gezielt analysiert werden können
- Breitere Datenbasis erforderlich für die Identifikation von versorgerseitigen Behandlungs-Stilen / -Unterschiede und deren Bedeutung für bspw. Hospitalisierungsrisiko
- Verfahren zur Differenzierung des Schweregrads unterhalb einer ICD-10 Kodierung und Identifizierung akuter Zustandsverschlechterungen notwendig für die Bewertung der Versorgungsqualität



**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

www.zi.de

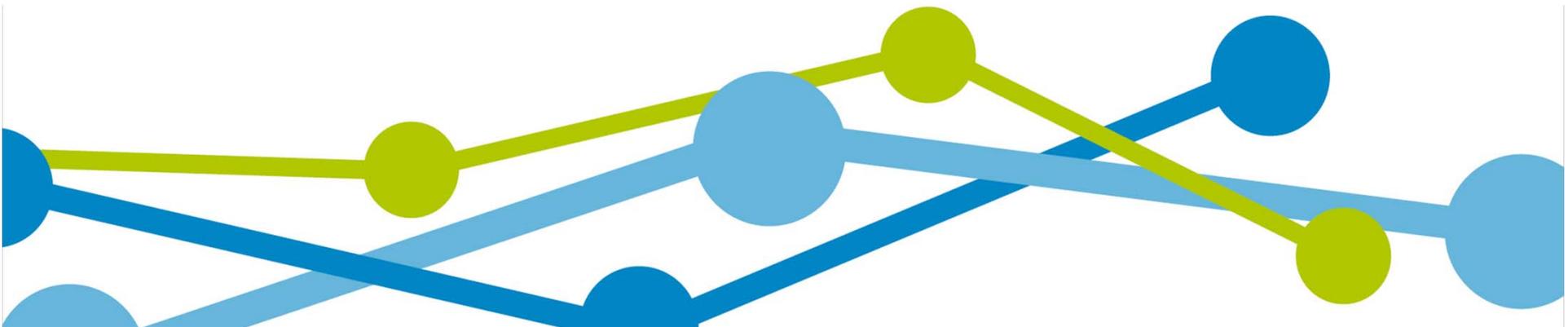
**Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**

Herbert-Lewin-Platz 3
10623 Berlin

Tel. +49 30 4005 2450

Fax +49 30 4005 2490

zi@zi.de



Qualitätssicherung bei der Herzinsuffizienzbehandlung in der klinischen Versorgung – Vergleich ambulanter und stationärer Diagnosequalität



**7-fach stark
Die Spezialisten in Ihrer Nähe**

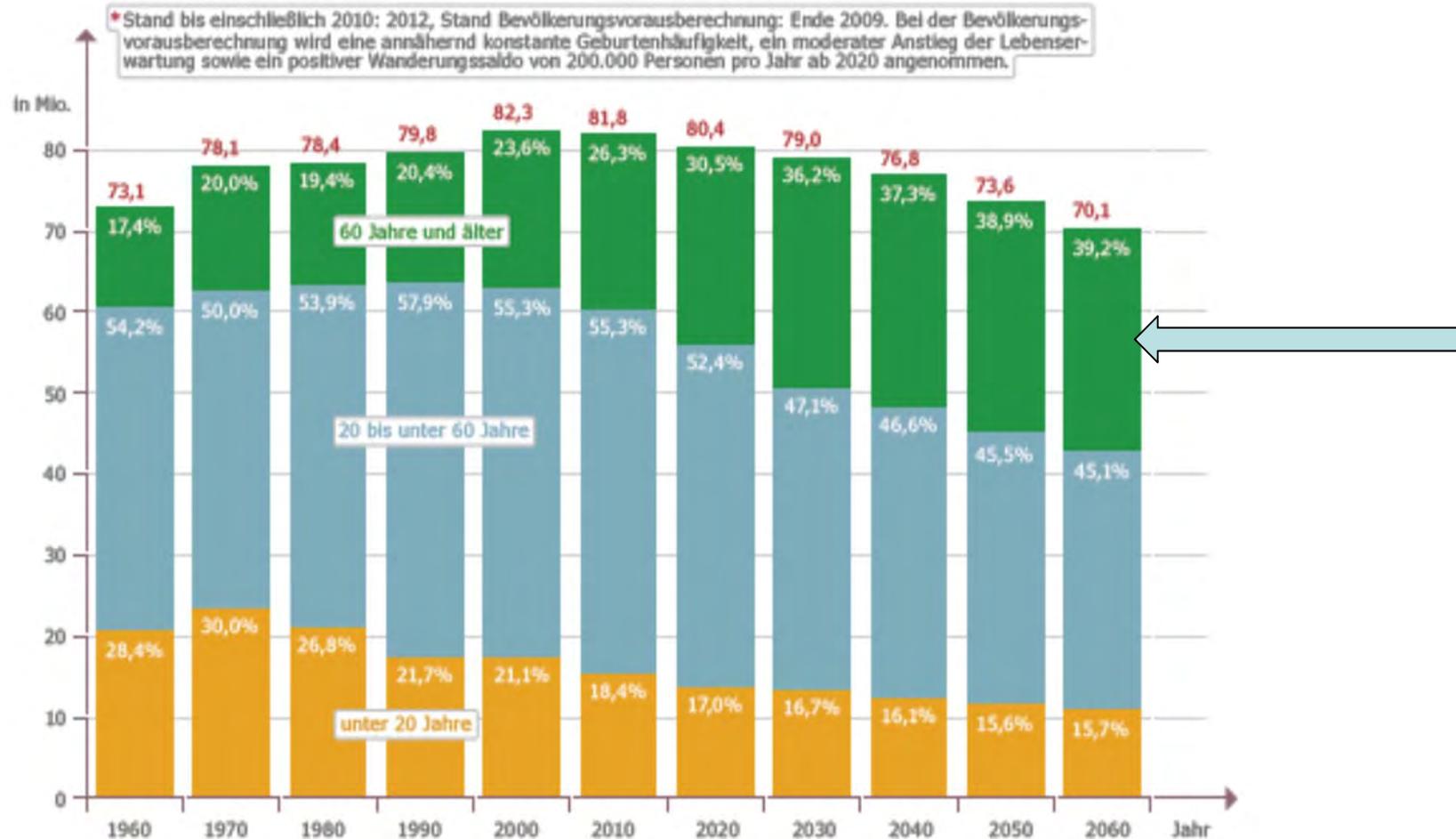
Dr. med. Kraemer
Direktor (administrativ) Sana CardioMed Nord
Unternehmensleitung Medizin & Qualität
Sana Kliniken Ostholstein u. Lübeck

**Herzinsuffizienz -
mit leitliniengerechter
Versorgung nicht schlapp
machen!
04.06.2014**

Agenda neu

-
- **Forschungsprojekt Herzinsuffizienz: Die Vision**
 - Herzinsuffizienz und DRG stationär
 - elektronische Arzneimitteltherapiesicherheit (CPOE)
-

Demographische Entwicklung in Deutschland bis 2060



Quelle: Statistisches Bundesamt: Lange Reihen: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Lizenz: Creative Commons by-nc-nd/3.0/de Bundeszentrale für politische Bildung, 2012, www.bpb.de

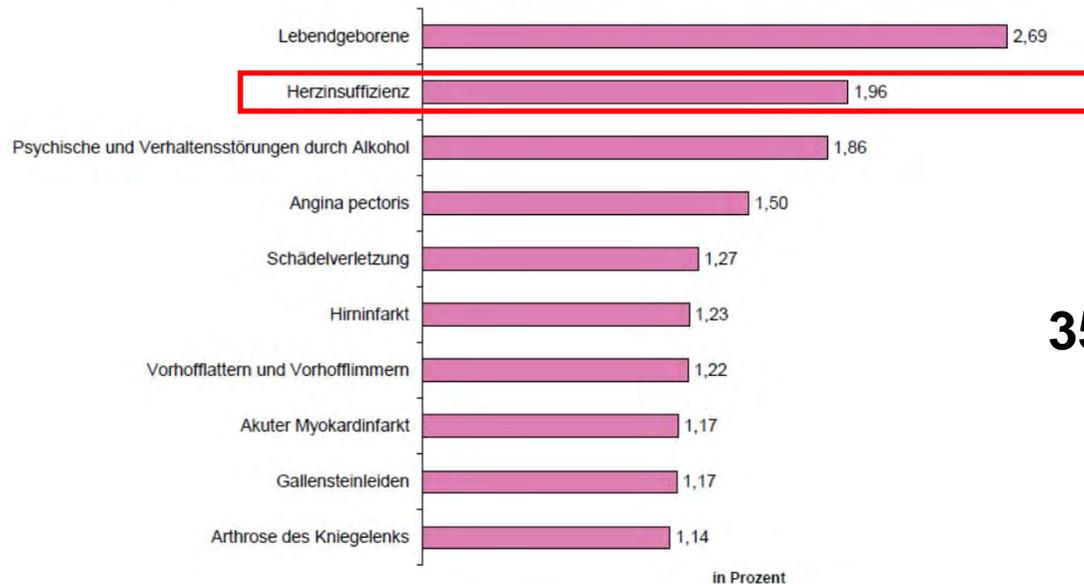
Herzinsuffizienz:

2. häufigste Hauptdiagnose

Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen vollstationär behandelter Patienten

Zu den zehn häufigsten Hauptdiagnosen (ICD-10) vollstationär behandelter Patienten in Deutschland gehören Herz-Kreislauferkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol. Dies zeigt eine aktuelle Statistik des Statistischen Bundesamtes. Die Statistik umfasst auch Sterbe- und sogenannte Stundenfälle – also Patienten, die nicht länger als einen Tag im Krankenhaus behandelt wurden.

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen vollstationär behandelter Patienten 2008



2008:

350.711 stationäre Fälle *

Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010

- aus: info- Service Krankenhaus, ein Service der KBV, 15.08.2010, Ausgabe 2/2010
- *: Statistisches Bundesamt

Qualitätsreport 2009: Aqua Institut

Table 2: Logistische Regression zur Vorhersage der In-Hospital-Letalität von Patienten mit isoliert koronarchirurgischer Erstoperation

Risikofaktor	Regressions- koeffizient β	Std.-Fehler	p-Wert	Odds-Ratio OR	95 %-Konfidenzintervall für OR (Untergrenze Obergrenze)	
Geschlecht = Weiblich	0,153	0,072	0,035	1,165	1,011	1,343
Alter 66 – 70 Jahre	0,537	0,099	0,000	1,710	1,409	2,076
Alter 71 – 75 Jahre	0,705	0,094	0,000	2,023	1,682	2,434
Alter 76 – 80 Jahre	1,015	0,098	0,000	2,760	2,280	3,342
Alter 81 – 85 Jahre	1,417	0,112	0,000	4,126	3,311	5,140
Alter 86 Jahre und älter	1,615	0,217	0,000	5,030	3,285	7,700
Body Mass Index < 22	0,440	0,114	0,000	1,552	1,241	1,943
Body Mass Index > 35	0,161	0,121	0,184	1,174	,926	1,489
Herzinsuffizienz (NYHA IV): Beschwerden in Ruhe	0,519	0,078	0,000	1,680	1,442	1,957

Demographische Entwicklung und Herzinsuffizienz

demo- graphische Entwicklung

- erhöhte Inzidenz für chronische Herzinsuffizienz
- meist ältere Patienten betroffen mit Multimorbiditäten
- Polypharmazie (im Durchschnitt 5-8 Medikamente, geriatrische Pat. häufig > 10 Medikamente)

- Herzinsuffizienz:

epidemiologische Verteilung altersabhängig

Alter

Prävalenz

44-55 Jahre

1%

65-79 Jahre

10%

über 80 Jahre

50%*

Besonderheiten

- zahlreiche Studien zur Herzinsuffizienz
- aber keine Aussagen über die Effekte der Einnahme von mehreren Medikamenten
- in der Praxis finden sich verminderte Verordnungen z.B. von Betablockern**
- steigende Hospitalisierungsrate ***

medikamentöse Therapie: Leitlinien

- sehr genau vorgegeben/empfohlen (evidenzbasiert)

*Krum,2006; McMurray,2000

**Gheorghiade,2003

***AHA,2008

Forschungsvorhaben

gemeinsam mit dem Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und der KV Schleswig-Holstein

Ziele:

- Analyse und Abbildung der Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor.
- Im Fokus steht die Arzneimittelversorgung:
 - Vormedikation (Medikation vor der Hospitalisierung)
 - Entlassungsmedikation (Medikation bei der Krankenhausentlassung)
 - Nachmedikation (Medikation durch den ambulant tätigen Kassenarzt nach der Hospitalisierung)
- Arzneimittelversorgung in Bezug auf die Leitlinienkonformität

Stadieneinteilung der Herzinsuffizienz

- **NYHA Klassifikation der Herzinsuffizienz**

Funktionelle Klassifizierung

- I. Herzerkrankung ohne körperliche Limitation. Alltägliche körperliche Belastung verursacht keine inadäquate Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris.
- II. Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Alltägliche körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris.
- III. Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Geringe körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris.
- IV. Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe. Bettlägrigkeit.

Empfehlungsgrad Definition

- I. **Evidenz oder allgemeine Übereinkunft, dass eine Therapieform oder eine diagnostische Maßnahme effektiv, nützlich oder heilsam ist.**
- II. Widersprüchliche Evidenz und/oder unterschiedliche Meinungen über den Nutzen/die Effektivität einer Therapieform oder einer diagnostischen Maßnahme.
 - II a) Evidenzen/Meinungen favorisieren den Nutzen bzw. die Effektivität einer Maßnahme.
 - II b) Nutzen/Effektivität einer Maßnahme ist weniger gut durch Evidenzen/Meinungen belegt.

Evidenzniveau Definition

- A. **Die Empfehlung wird mindestens durch zwei randomisierte Studien gestützt.**
- B. Die Empfehlung wird durch eine randomisierte Studie und/oder eine Metaanalyse nicht-randomisierter Studien gestützt.
- C. Konsensus-Meinung von Experten, basierend auf Studien und klinischer Erfahrung.

Leitlinien Herzinsuffizienz

Medikamentöse Therapie

Medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz		
Wirkstoffgruppe	Wann	Empfehlungsgrad
ACE Hemmer	bei verminderter Pumpfunktion (EF \leq 40 %) NYHA Stadium II - IV	IA
Betablocker	bei verminderter Pumpfunktion (EF \leq 40 %) NYHA Stadium II - IV	IA
Aldosteronantagonisten	bei verminderter Pumpfunktion (EF \leq 35 %) NYHA Stadium II - IV	IA/ IB
AT1-Rezeptorenblocker	bei verminderter Pumpfunktion (EF \leq 40 %) NYHA Stadium II - IV	IA/ IB
Ivabradin (Procoralan)	bei verminderter Pumpfunktion (EF \leq 35 %) und einer Herzfrequenz \geq 70 pro min selektive und spezifische Hemmung der sogenannten If-Kanäle im Sinusknoten	IIa
Diuretika	Herzinsuffizienz mit Flüssigkeitsretention	IA

Pocketleitlinie Herzinsuffizienz update 2012

NYHA II-IV: Diuretika, Beta-Blocker
 NYHA II-IV: Aldosteronantagonisten, Spironolakton, Eplerenon
 NYHA IV: Transplantation, (Kunstherz)

→ Wichtigstes Ziel der Herzinsuffizienztherapie ist die Regulation der Herzfrequenz $<$ 70/min

Beispiel: ACE Hemmer

17 ANTI HYPERTONIKA

9059555 ACCUPRO 10	TA	30	ST	QUINAPRIL
3692435 ENAHEXAL 1.25 MG I.V.	AM	5	ST	ENALAPRIL
599899 ENAHEXAL 5 MG	TA	50	ST	ENALAPRIL
599936 ENAHEXAL 10 MG	TA	50	ST	ENALAPRIL
599965 ENAHEXAL 20 MG	TA	50	ST	ENALAPRIL
1201628 LISIHEXAL 2.5MG	TA	50	ST	LISINOPRIL
594761 LISIHEXAL 5MG	TA	50	ST	LISINOPRIL
594838 LISIHEXAL 20MG	TA	50	ST	LISINOPRIL
760969 RAMIPRIL HEXAL 2.5 MG	TA	20	ST	RAMIPRIL
761259 RAMIPRIL HEXAL 5 MG	TA	20	ST	RAMIPRIL
761928 RAMIPRIL HEXAL 10 MG	TA	20	ST	RAMIPRIL
6348980 CAPTOHEXAL COR	TA	50	ST	CAPTOPRIL

Die nachfolgende Übersicht zeigt verschiedene ACE-Hemmer mit ihrer Anfangsdosis (Initialdosis) und der zur Dauermedikation empfohlenen Dosis bei Herzinsuffizienz.

	<u>Initialdosis</u>	<u>Dauermedikation</u>
Benazepril	2,5 mg	20 - 40 mg
Captopril	6,25 mg	75 - 150 mg
Enalapril	2,5 mg	20 - 40 mg
Fosinopril	5,0 mg	20 - 40 mg
Lisinopril	2,5 mg	20 - 40 mg
Quinapril	2,5 mg	10 - 20 mg
Perindopril	2,0 mg	4 - 8 mg
Ramipril	2,5 mg	10 - 20 mg

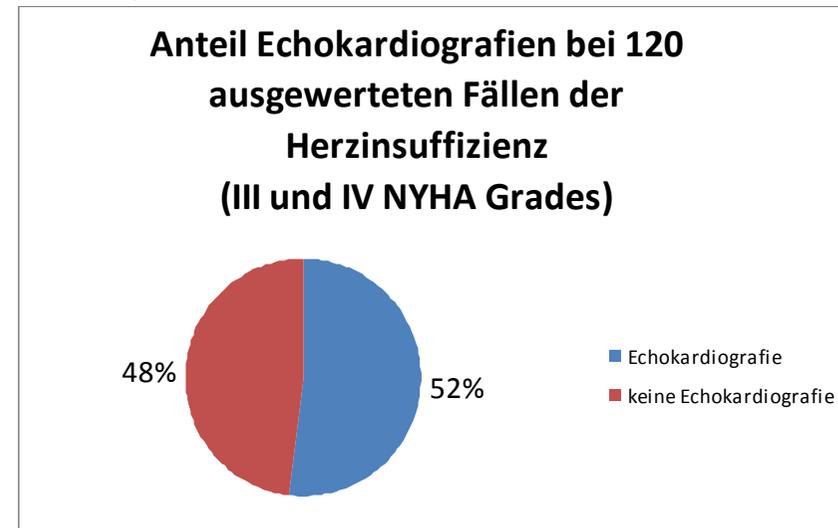
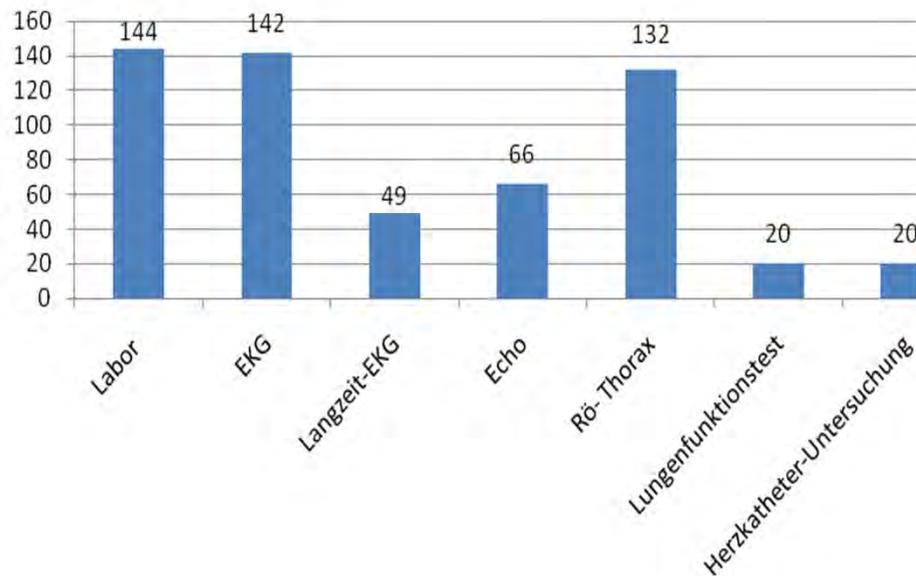
Aufwendige Aktenausarbeitungen: Aufnahme der Medikation für alle Wirkstoffgruppen

Diuretika		
Name	Menge	Dosierung
Torasemid	10 mg	1-1-0
Furosemid	10 mg	1-0-0
Xipamid	10 mg; 10 mg	1-0-0; 1-1-0
Furosemid	40 mg	1/2-1/2-0
Torasemid	10 mg	1-0-0
Torasemid; Lorzaar (Hydrochlorothiazid (Hct))	200 mg; 50 mg	1/4-0-0; 1-0-0
Furosemid	40 mg	1-0-0
Torasemid	10 mg	1-0-0
Hydrochlorothiazid	40 mg; 25 mg	0
Torasemid	10 mg	1-0-0
Torasemid	20 mg	2-1-1/2
Torasemid	10 mg	1-0-0
Torasemid	10 mg	1-0-1/2
Hydrochlorothiazid	10 mg	1-0-0
Torasemid	200 mg	1/4-0-0
d (Hct)	25 mg	1-0-0
Torasemid	10 mg	1-0-0
Torasemid; Xipamid	20 mg; 10 mg	1-0-0; 0-1-0
Torasemid; Xipamid	10 mg; 20 mg	1-1/2-0; 1-0-0

Auswertung ca. 120 Patienten mit der Hauptdiagnose
Herzinsuffizienz III-IV Grades

Aufwendige Aktenausarbeitungen: Untersuchungen

Kreatinin	Kalium	Labor	Sono Abd.	EKG	Langzeit-EKG	Echo	Lungenfkt.	Rö-Thorax	Rö-Abd	BGA
-----------	--------	-------	-----------	-----	--------------	------	------------	-----------	--------	-----



Auswertung ca. 120 Patienten mit der Hauptdiagnose Herzinsuffizienz III-IV Grades

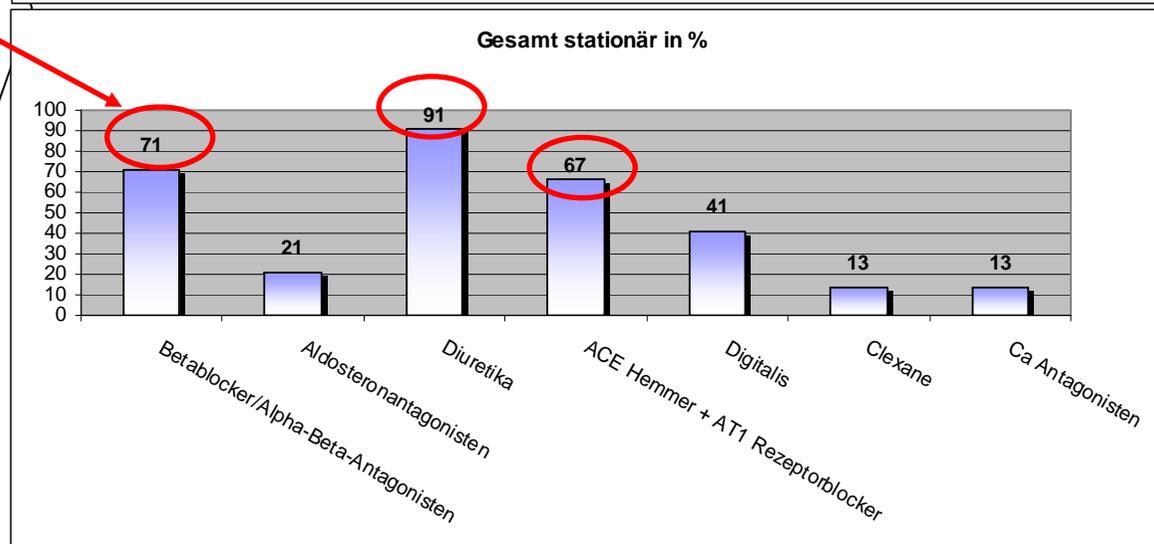
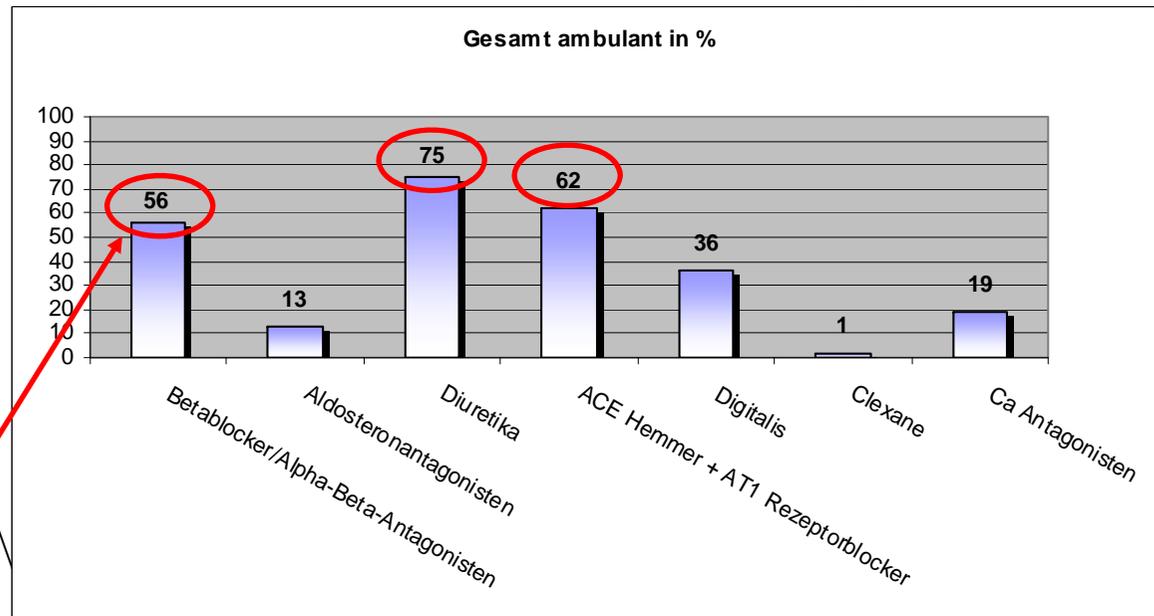
Aufwendige Aktenausarbeitungen: Dateneingabe und Alter der Patienten

HDDText	Aufnahmeart	Geburtsdatum	Geschlecht	Aufnahme- datum	Aufnahmegrund	Entlassungs- datum	Entlassungsgrund
I50.13 Linksherzinsuffizienz	(N) Notfall	14.09.1929	1917	14.12.2008	(01) Vollstationäre Behandlung	06.01.2009	(01) Regulär beendet
I50.13 Linksherzinsuffizienz	(E) Einweisung Arzt	21.07.1917	1925	07.01.2009	(02) Vollstationär nach vorstationärer B	12.01.2009	(01) Regulär beendet
I50.13 Linksherzinsuffizienz	(N) Notfall	06.04.1947	1925	24.12.2008	(01) Vollstationäre Behandlung	05.01.2009	(01) Regulär beendet
I50.14 Linksherzinsuffizienz	(N) Notfall	10.08.1925	1924	27.12.2008	(01) Vollstationäre Behandlung	14.01.2009	(01) Regulär beendet
I50.13 Linksherzinsuffizienz	(N) Notfall	02.05.1931	1924	28.12.2008	(01) Vollstationäre Behandlung	09.01.2009	(01) Regulär beendet
I50.13 Linksherzinsuffizienz	(N) Notfall	07.02.1929	1924	30.12.2008	(01) Vollstationäre Behandlung	13.01.2009	(01) Regulär beendet
I50.14 Linksherzinsuffizienz	(N) Notfall	27.06.1930	1924	30.12.2008	(01) Vollstationäre Behandlung	13.01.2009	(01) Regulär beendet
I50.14 Linksherzinsuffizienz	(N) Notfall	02.10.1924	1924	30.12.2008	(01) Vollstationäre Behandlung	06.01.2009	(07) Tod
I50.13 Linksherzinsuffizienz	(N) Notfall	28.08.1925	1925	02.01.2009	(01) Vollstationäre Behandlung	27.01.2009	(01) Regulär beendet

Auswertung ca. 120 Patienten mit der Hauptdiagnose
Herzinsuffizienz III-IV Grades

(leitlinienkonforme) medikamentöse Therapie

Medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz		
Wirkstoffgruppe	Wann	Empfehlungsgrad
ACE- Hemmer:	bei verminderter Pumpfunktion (< 35-40%) unabhängig vom NYHA- Stadium	IA
Betablocker:	NHYHA Stadium II-III Bisoprolol, Carvedilol, Metoprolol Succinat	IA
Diuretika:	Herzinsuffizienz mit Flüssigkeitsretention Diuretika immer mit ACE Hemmer	IA IB
Aldosteronantagonisten	niedrig dosiert und additiv NHYHA Stadium III-IV	IB
AT1-Rezeptorenblocker	u.a. bei ACE Hemmer Unverträglichkeit	IA
Herzglykoside:	Frequenzkontrolle bei Vorhofflimmern	IB



Auswertung ca. 120 Patienten mit der Hauptdiagnose Herzinsuffizienz III-IV Grades

Agenda neu

-
- Forschungsprojekt Herzinsuffizienz: Die Vision
 - **Herzinsuffizienz und DRG stationär**
 - elektronische Arzneimitteltherapiesicherheit (CPOE)
-

Sinkende Zahl der Krankenhäuser und der aufgestellten Betten: Bettenauslastung

Pressemitteilung Nr. 286 vom 28.08.2013: Statistisches Bundesamt

WIESBADEN – Im Jahr 2012 wurden rund 18,6 Millionen Patientinnen und Patienten stationär im Krankenhaus behandelt, das waren 1,5 % mehr als im Jahr zuvor. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) nach vorläufigen Ergebnissen weiter mitteilt, dauerte der Aufenthalt im Krankenhaus durchschnittlich 7,6 Tage (2011: 7,7 Tage).

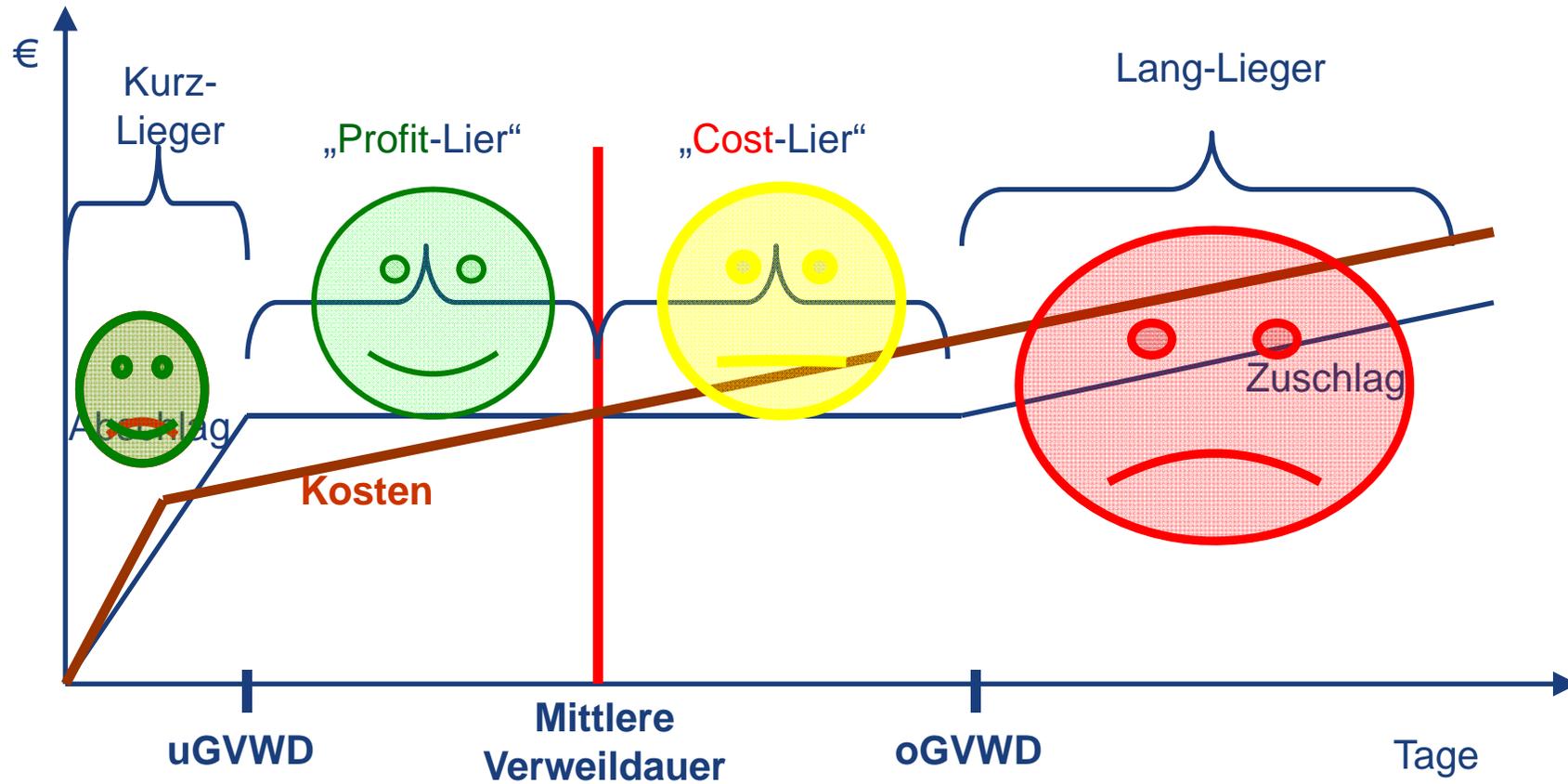
Für die stationäre Behandlung standen in **2.017** Krankenhäusern Deutschlands (2011: 2.045) insgesamt rund 501.000 Betten zur Verfügung; das waren gut 500 Betten weniger als 2011.

Mit **77,4 % lag die Bettenauslastung 2012** geringfügig über dem Vorjahresniveau (77,3 %).

Konsequenz:
Die Verweildauer sinkt!

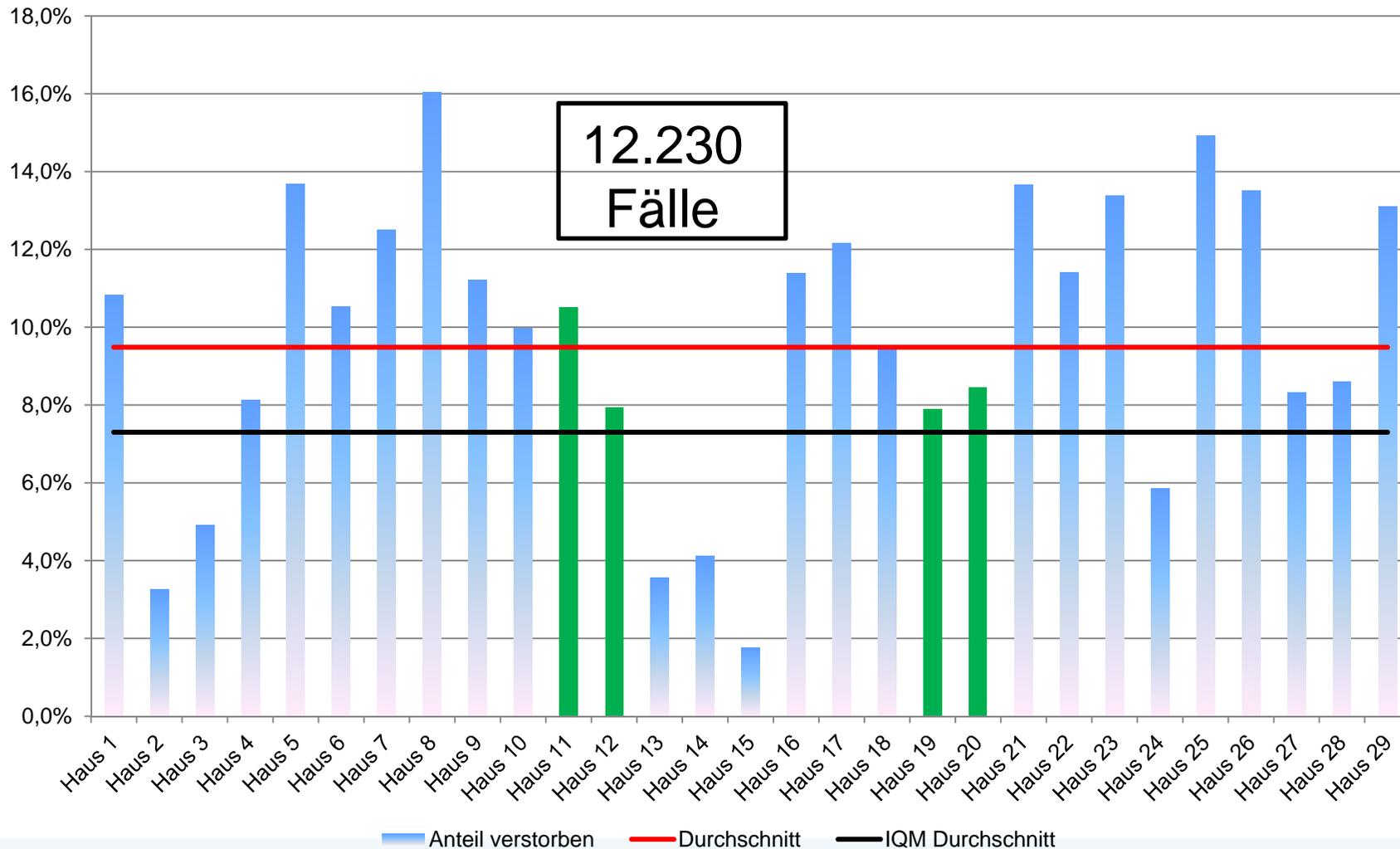
Verweildauermanagement

Liegedauer – Erlös



Herzinsuffizienz und Tod, Sana IS 2013

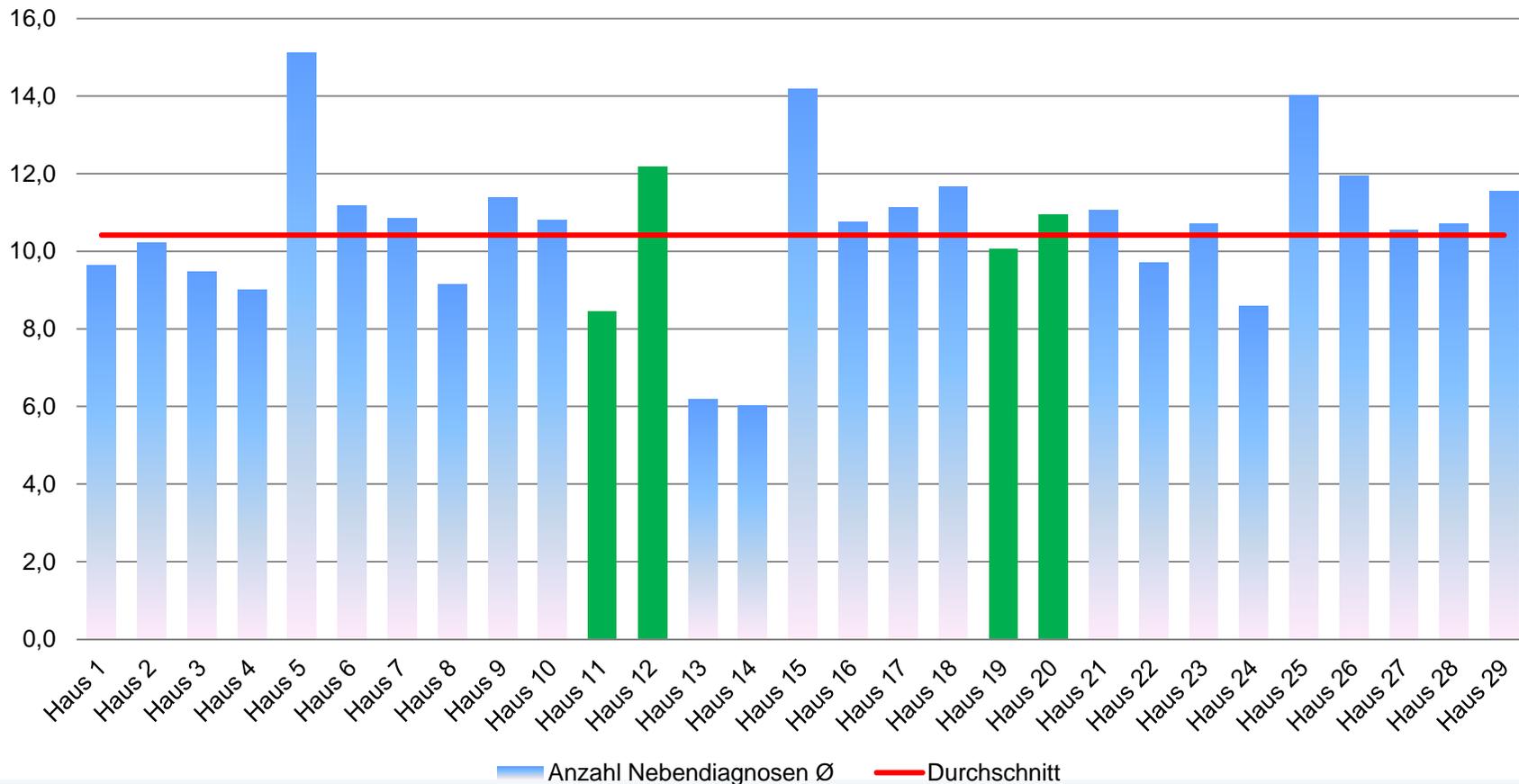
Hauptdiagnose Herzinsuffizienz und Anteil verstorben



Herzinsuffizienz und Nebendiagnosen

Sana IS 2013

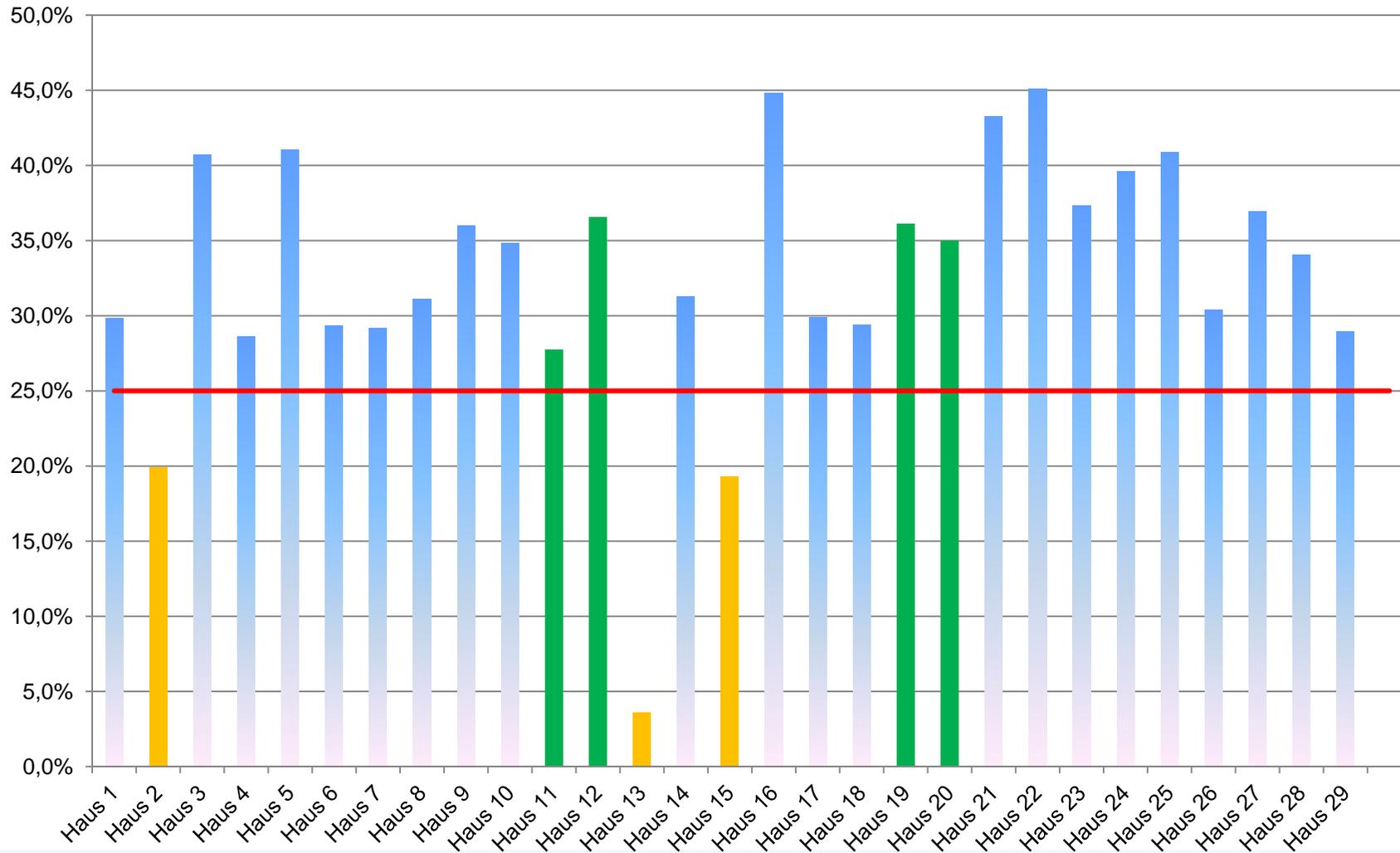
**Anzahl der Nebendiagnosen bei Hauptdiagnose
Herzinsuffizienz**
(Durchschnittliches Alter der Patienten 77,9 (63,8-82,3) Jahre)



Herzinsuffizienz und Verweildauer

Sana IS 2013 (3. Quartil oder Costlier (>mVD<uGVD))

Anteil 3. Quartil



Agenda neu

-
- Forschungsprojekt Herzinsuffizienz: Die Vision
 - Herzinsuffizienz und DRG stationär
 - **elektronische Arzneimitteltherapiesicherheit (CPOE)**
-

Unzufriedenheit mit Entlassmedikation

Teure Entlassmedikation: Kliniken ignorieren Reform

Ärzte Zeitung, 29.10.2009

Teure Entlassmedikation: Kliniken ignorieren Reform

Regierung gesteht Scheitern ein / Vertragsärzte müssen Patienten umstellen

BERLIN (fst). Patienten, die mit teuren Verschreibungen aus der Klinik wiederkommen, bleiben für niedergelassene Ärzte ein Ärgernis. Kliniken scheitern nicht um die wirtschaftlichen Nöte der Niedergelassenen. Alle Reformversuche sind gescheitert.

Seite 1 von 1

Dtsch Arztebl 2009; 106(48): A-2393 / B-2061 / C-2001

Korzilius, Heike; Osterloh, Falk

Schnittstelle ambulant/stationär: Schattensprünge

POLITIK



Diskutiert wird lebhaft über ambulant-stationäre Kooperationen, getan noch wenig: DKG-Chef Georg Baum (links) im

ARZNEIMITTEL

KVen beklagen teure Entlassmedikation



Die Entlassmedikation beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung erfolgt wirtschaftlich und zweckmäßig. Das ist die Aufgabe der Bundesregierung.

Die Entlassmedikation beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung erfolgt wirtschaftlich und zweckmäßig. Das ist die Aufgabe der Bundesregierung.

Wie eine Reform als Rohrkrepiere endet

Ärzte Zeitung, 29.10.2009

Kommentar

Wie eine Reform als Rohrkrepiere endet

Von Florian Staeck

Es ist ein kleines Lehrstück, wie Reformgesetze in der GKV ins Leere laufen: Krankenhäuser sollen, schrieb das Arzneispargesetz von 2006 vor, bei der Entlassmedikation darauf achten, dass die Arzneimittel auch in der ambulanten Versorgung wirtschaftlich und zweckmäßig sind. Eine simple Vorschrift. Drei Jahre später zeigt ein Bericht der Bundesregierung: nichts ist passiert. Der Schwarze Peter liegt bei niedergelassenen Ärzten, die mit Patienten zeitaufwändig eine Umstellung der Medikation diskutieren müssen.

Seite 1 von 1

Fällen

Kosten: Arzneimitteltherapie und Angaben Entlassmedikation

Medikation	Anzahl Medikamente	Kosten	Kosten/Patient
Ambulante Medikation	498	1557,70	18,77
Stationäre Medikation	672	1118,28	13,47
Entlassmedikation	594	2106,74	25,38

Deutscher Bundestag Drucksache 16/141
16. Wahlperiode 14. 10

Unterrichtung
durch die Bundesregierung

Bericht der Bundesregierung über die Umsetzung der gesetzlichen Vorschrift zur Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung

Untersuchungsmerkmale

- 83 Patienten einer Universitäts-Klinik
 - Tatsächlich verordnete Dosen
 - Preise
 - ambulante Medikation mit Apothekenverkaufspreisen
 - stationäre Medikation mit Klinikpreisen
 - Entlassmedikation mit Apothekenverkaufspreisen

Groth-Tonberge/Strehl, 2008

Untersuchungsergebnisse

- Untersuchung von 1.800 Entlassbriefen* mit dem Ergebnis
 - ohne elektronische Unterstützung
 - lediglich in ca. 15% der Fälle Wirkstoff angegeben
 - in ca. 30% der Fälle weder Wirkstoff noch preisgünstige Alternative angegeben

Projekt HEICARE, Universitätsklinik Heidelberg

Poststationäre Medikation*	In %
Abgesetzt	27,6
Von prästationär wieder aufgenommen	26,3
Empfehlung übernommen	19,4
Neu	13,1
Umsetzung auf Generikum	9,3
Dosisänderung	4,2

Untersuchungsmerkmale

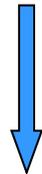
- 130 internistischer Patienten
- Untersuchung Poststationäre Medikationsänderungen



Handlungsbedarf unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Sektoren

Gerold, 2007

Elektronisches Verordnungssystem für Medikamente



Synonym

- Die meisten **Computerized Physician Order Entry (CPOE)** bieten als Grundfunktionen:
 - Allergie- und Arzneimittelinteraktionscheck
 - Bereitstellung der Fachinformation
 - Dokumentation (Wer hat wann was angeordnet?)
 - Angabe der Standarddosierungsbereiche entsprechend der Fachinformation
 - allgemeine Warnhinweise (Schwangerschaft / Laktation)
 - Auflistung der Kontraindikationen

elektronische Verordnungssystem

Neue Medikation

Dosierung auswählen
Wählen Sie die Dosierung für Ihre Verordnung.

Kein Patient
Keine Verordnung

Levofloxacin i.v. (Dosisschema)

Dosierungsempfehlungen der Infektiologie Freiburg (Prof. Kern) zur parenteralen Behandlung schwerer Infektionen bei normgewichtigen Erwachsenen. In gelb hinterlegt ist die der aktuellen Nierenfunktion des Patienten (Berechnung nach MDRD) entsprechende Zeile. Klicken Sie bitte auf die gewünschte Dosierung.

GFR >80 ml/min	1x750mg
80-50 ml/min	1x500mg
50-10 ml/min	1x250mg + Initialdosis!
GFR <10 ml/min	alle 48h 1x250mg + Initialdosis!
Hämodialyse	1x250mg + Initialdosis!
Hämofiltration	1x750mg

1x250mg + Initialdosis!
Initialdosis: 1x500mg

< Zurück Weiter > Abbruch

Keine Meldungen

Vorschlag einer an die Nierenfunktion angepassten Dosierung

Bsp: Aut-Simile

Komplexe Umsetzungsempfehlung

LORZAAR PLUS forte 100/12,5 mg 1-0-0-0
Losartan 91,74 mg, Hydrochlorothiazid 12,5 mg
täglich

➔ **Blopress 16mg 1-0-0-0**
Candesartan 11,54 mg
täglich

➔ **HCT-HEXAL 25mg 1/2-0-0-0**
Hydrochlorothiazid 25 mg
täglich

Candesartan
Blopress 16mg

Hydrochlorothiazid
HCT-HEXAL 25mg

Interaktionspartner
Candesartan <-> Hydrochlorothiazid

Beschreibung
Gleichzeitige Gabe wird allgemein gut vertragen und kann klinisch von Vorteil sein. Symptomatische Hypotonien bei Beginn der Gabe eines ATII-Rezeptor-Antagonisten bei einem Patienten mit Schleifendiuretika in hoher Dosis möglich; Veränderungen des Kaliumspiegels möglich

Schweregrad
leicht

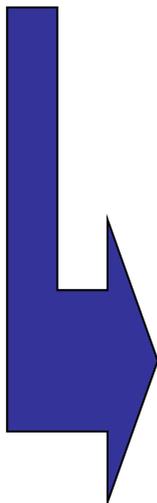
Klinisches Management
Dosis von ATII-Antagonist oder Diuretikum anfänglich reduzieren, insbes. bei Patienten mit Herzinsuffizienz oder Volumen-/Natrium-Armut; anfängliche Überwachung von Blutdruck und Kaliumspiegel

Relevanter Kontext
ambulant und stationär

Verlässlichkeit der Daten
sicher

Literaturangaben
Baxter, Karen (Hrsg.): Stockley's Drug Interactions, London 2011
Baxter, Karen (Hrsg.): Stockley's Drug Interactions, London 2008

Änderungsprotokoll



Priscus-Liste

Warnhinweise

Warnungen Laub, Liesel, geb. 21.05.1936
Klicken Sie 'Zurück', um zum letzten Dialog zurückzukehren und Ihre Eingabe zu korrigieren. Wählen Sie 'Weiter', um die Warnung zu ignorieren.

 **Potentiell Inadäquate Medikation im Alter: Adalat 20mg**

Hinweis

kurzwirksames Nifedipin: erhöhtes Myokardinfarktrisiko, erhöhte Sterblichkeit bei älteren Patienten

Maßnahmen, falls Medikation unbedingt erforderlich

Kontrolle Herz-Kreislauf-Funktion, Monitoring auf periphere Ödeme;
Dosierungsempfehlung: niedrige Initialdosis, Halbierung der üblichen Dosis, einschleichend dosieren

Alternativen

andere Antihypertensiva (z.B. ACE-Hemmer, AT1-Blocker, (Thiazid-)Diuretika, Betablocker, langwirksame, peripher wirkende Calciumantagonisten)
Priscus-Liste 2010; Likert: 2,17

[Weitere Hinweise vorhanden](#)

Diese Meldung für mich nicht mehr anzeigen

Schon bei der Auswahl eines potenziell inadäquaten Präparates für den Patienten wird gewarnt und auf Alternativen hingewiesen. Direkter Link zu Alternativverordnungen ohne neue Suche.

Aufnahmemedikation prüfen

Aufnahmemedikation | Kurve | Entlassmedikation | Stammdaten | Station Elbe (PG2) | Entzimmer, All Arts

Diagnose	Abgaben	Name	Ken
Körpergröße: keine Daten	K/Amongen: keine	Schwangerschaft	n.d.
Erlassung: nicht dokumentiert	Anasthesie: nicht freigegeben	Chirurg	nicht freigegeben

Ximovan 7,5 mg [Dosis nicht festgelegt]
Zapfen 7,5 mg
täglich

Beloc-Zok 95 mg [Dosis nicht festgelegt]
Metoprolol 77,82 mg
täglich

Dytide H 50/25 mg [Dosis nicht festgelegt]
Trameten 50 mg, Hydrochlorothiazid 25 mg
täglich

Voltaren Dispers 50 mg [Dosis nicht festgelegt]
Diclofenac 46,5 mg
täglich

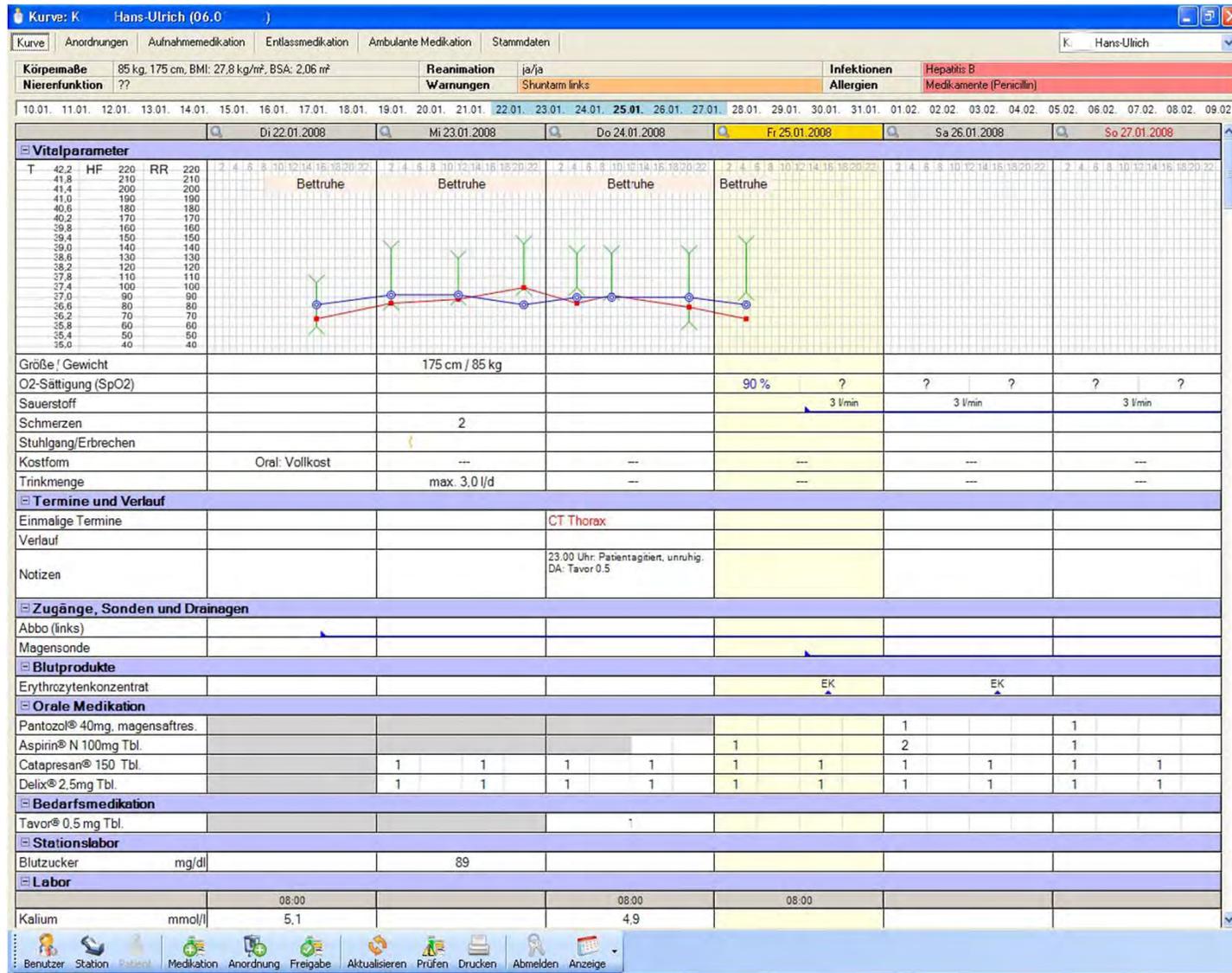
1 Hinzufügen 2 Umsetzen 3 In Kurve Speichern

Meldungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit

Benutzer Station Hinzufügen Übertragen Enternen Aktualisieren Abmelden

Medikationsrelevante Patientendaten:
Gewicht/Allergien/Nierenfunktion (Kreatinin)

Patientenkurve (Optional)



Quelle: Meona GmbH Freiburg

ZI Forum Berlin I 04. Juni 2014

Entlassmedikation: Arztbrief

Wirkstoff	Präparat	Stärke	morgens	mittags	abends	ZUR Nacht	Bemerkung
<u>Pantoprazol</u>	<u>Pantoprazol AAA</u>	20 mg	1	0	0	0	Einnahme vor den Mahlzeiten.
<u>Metoprolol</u>	<u>Beloc-Zok</u>	95 mg	1/2	0	2	0	
<u>Paracetamol</u>	<u>Paracetamol Heumann</u>	500 mg	1/2	0	2	0	
<u>Enoxaparin</u>	<u>Clexane</u>	10000 I.E.	0	0	1	0	Patient nimmt Medikament selbst.
<u>Dorzolamid, Timolol</u>	<u>Cosopt</u>	20/5 mg	5	2	5	0	

Selbstverständlich können auch bioäquivalente Präparate anderer Hersteller verwendet werden.

Fazit:

**Eine effektive Kostenreduktion
muss bei der Verordnung ansetzen!
(Gebrauchssteuerung)**

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Dr. med. Peter Kraemer
Unternehmensleiter
Medizinprozesse und Qualität
Sana Kliniken Ostholstein GmbH und
Sana Kliniken Lübeck GmbH

Direktor (administrativ)
Sana CardioMed Nord

Peter.Kraemer@sana.de





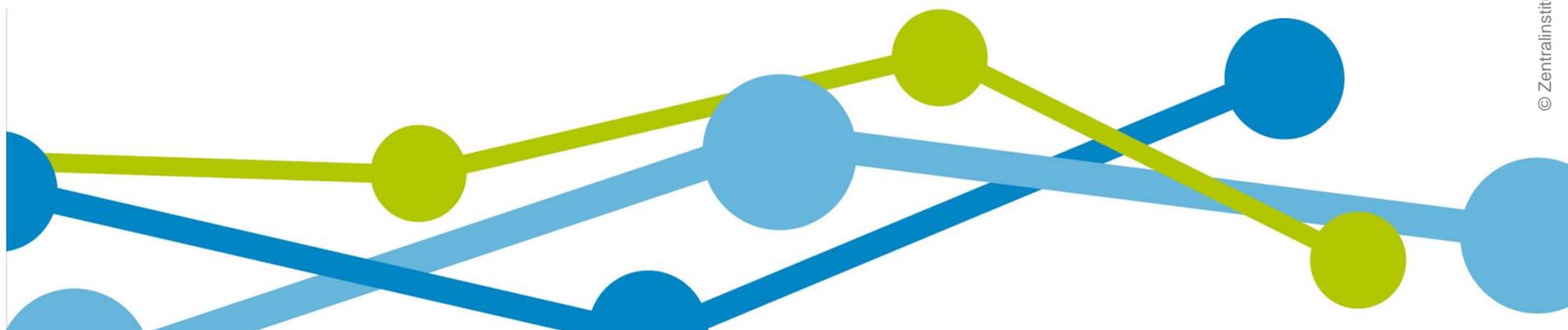
FACHTAGUNG
AM 4. JUNI 2014
IN BERLIN



Herzerkrankungen im Rahmen von Disease Management Programmen am Beispiel der KV Nordrhein

Lutz Altenhofen, Bernd Hagen, Jens Kretschmann, Sabine Groos, Arne Weber, Dominik Bohn

Berlin, 4. Juni 2014



Therapieziele des DMP KHK (gemäß der DMP-Anforderungen-Richtlinien des GBA)

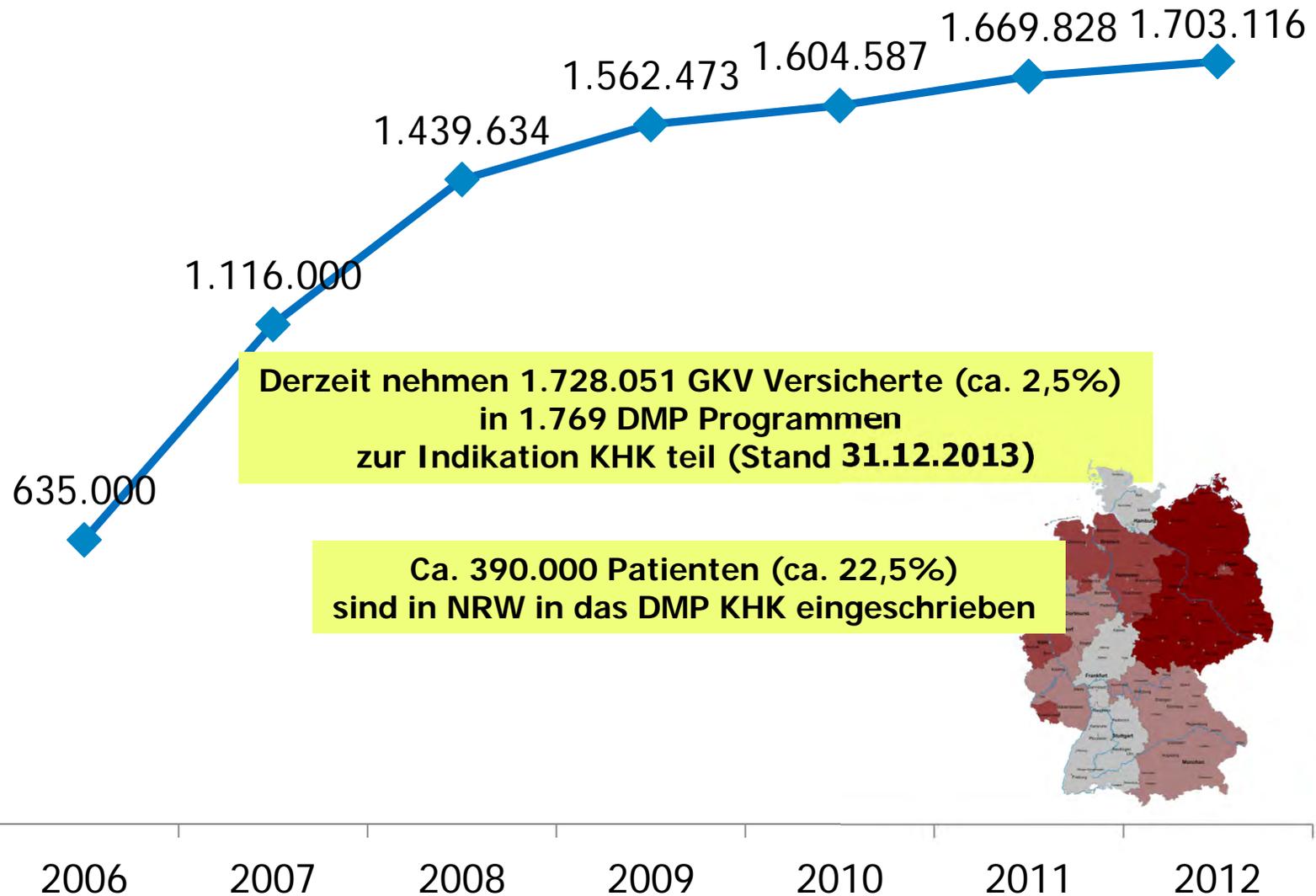
„1.3 Therapieziele

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:

- **Reduktion der Sterblichkeit,**
- **Reduktion der kardiovaskulären Morbidität,** insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz,
- **Steigerung der Lebensqualität,** insbesondere durch Vermeidung von Angina pectoris-Beschwerden, Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.“

(aus: DMP-Anforderungen-Richtlinie: Erstfassung vom 20. März 2014)

Anzahl der bundesweit im DMP KHK betreuten Patienten



Quelle: KBV Qualitätsberichte 2013



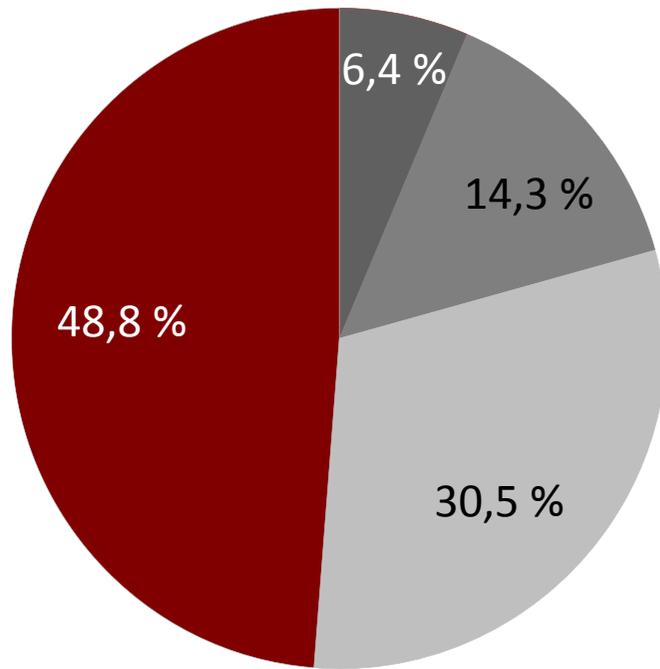
Daten zum DMP KHK Nordrhein

- Daten aus diesen Programmen liefern eine wichtige **Matrix zur Verortung der hausärztlichen Versorgungsqualität** in struktureller und prozessualer Hinsicht, auch im Hinblick auf die Behandlungsergebnisse.

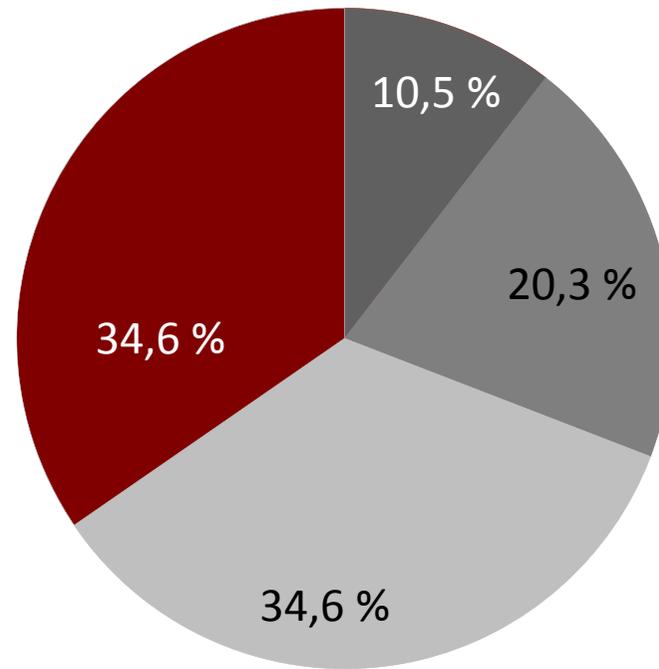
Region	Überweisung DSP	Überweisung Fußambulanz	Schulung empfohlen	Schulung wahrgenommen	Augen untersucht
Städteregion Aachen	14,1	42,1	47,1	59,0	77,0
Bonn	14,1		51,6	51,8	63,6
Duisburg	8,1		7	52,2	70,0
Düren	11		7	60,7	64,8
Düsseldorf	11		7	55,3	65,8
Essen	11		7	55,3	77,0
Euskirchen	11		7	55,3	67,5
Heinsberg	11		7	55,3	63,7
Kleve	11		7	55,3	64,9
Köln	11		7	55,3	63,9
Krefeld	11		7	55,3	70,9
Leverkusen	11		7	55,3	73,1
Mettmann	11		7	55,3	69,3
Mönchengladbach	11		7	55,3	72,4
Mülheim/Ruhr	11		7	55,3	69,3
Rhein-Kreis Neuss	11		7	55,3	79,5
Rhein-Bergischer K.	11		7	55,3	83,4
Oberbergischer K.	11		7	55,3	70,3
Oberhausen	11		7	55,3	74,7
Remscheid	11		7	55,3	73,8
Rhein.-Bergischer K.	11		7	55,3	73,1
Rhein-Erft-Kreis	11		7	55,3	73,1
Rhein-Sieg-Kreis	11		7	55,3	73,1
Solingen	5,6		7	55,3	73,1

DMP KHK Nordrhein: Zusammensetzung der 228.411 Patienten nach Alter

Frauen



Männer (63,2%)



Alter in Jahren:



≤ 55



56-65



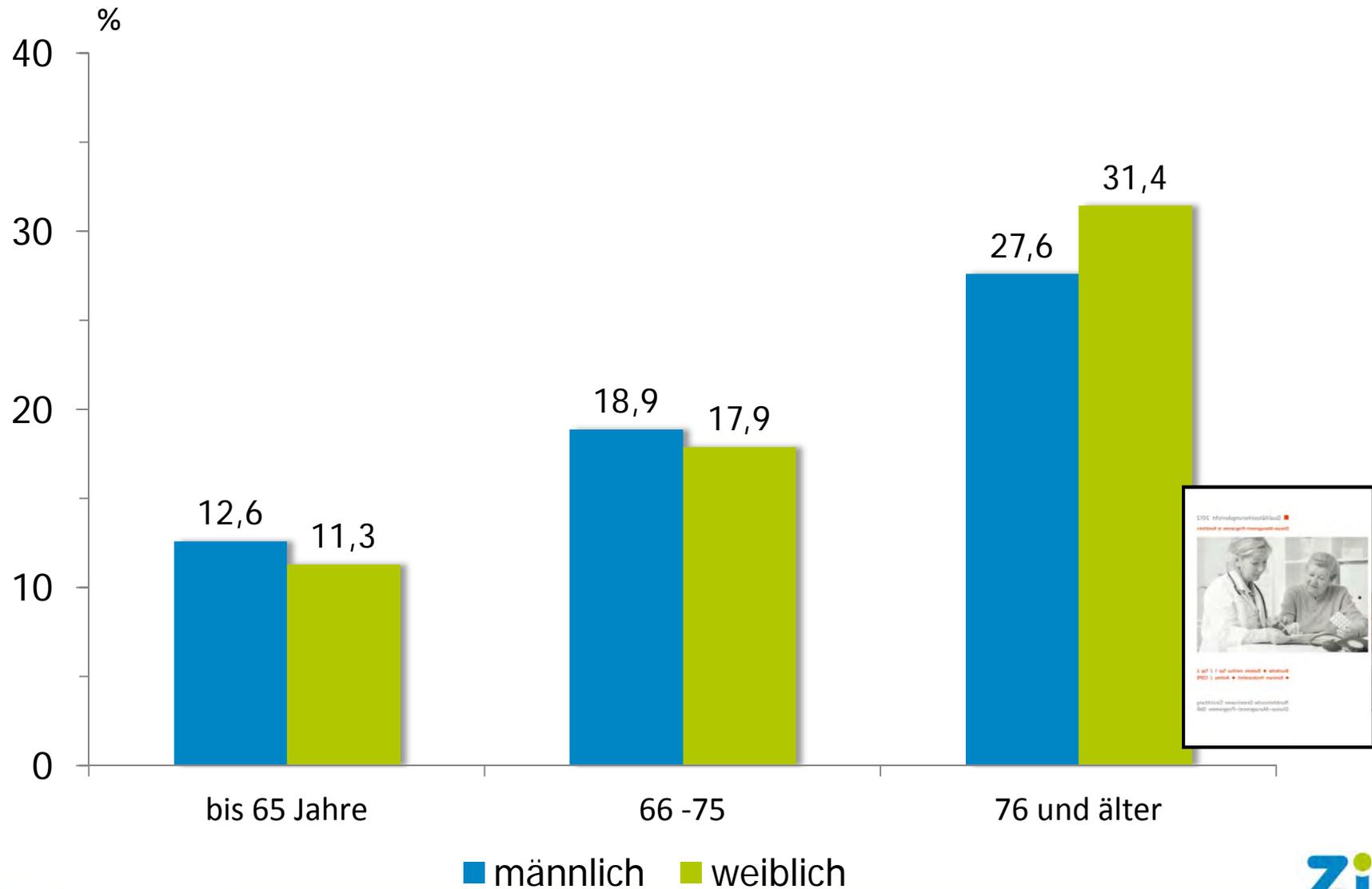
66-75



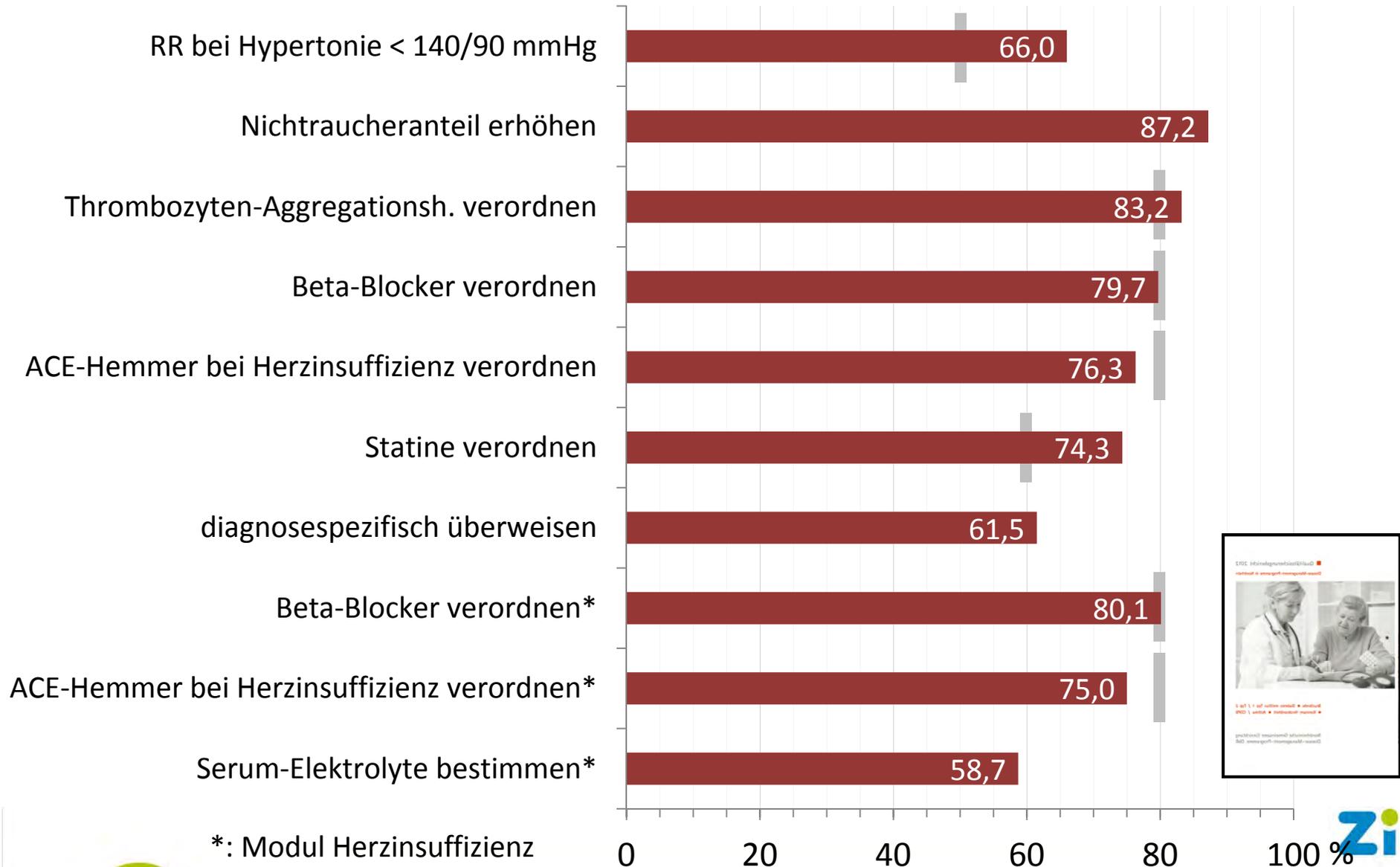
≥ 76



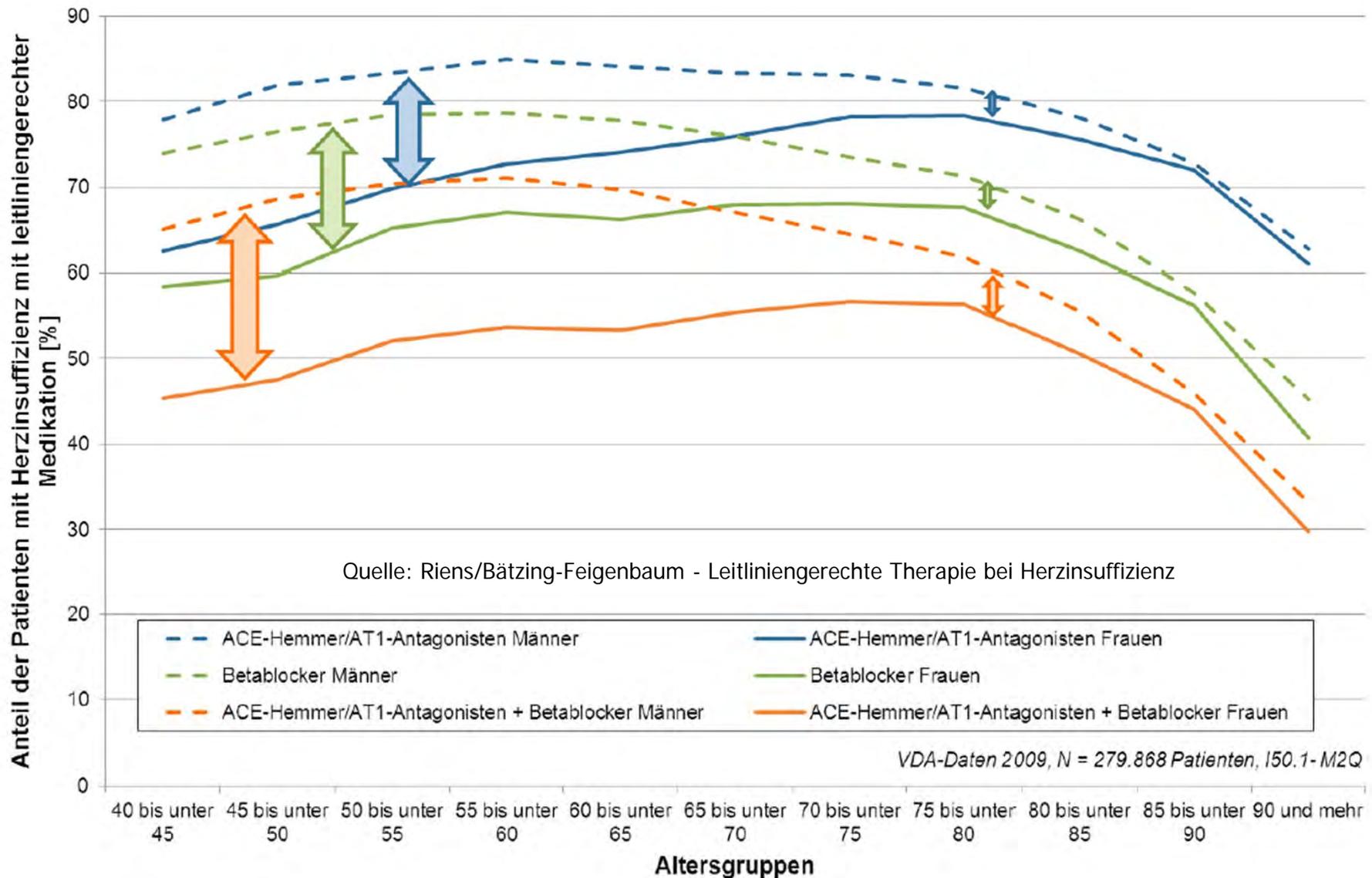
Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz im DMP KHK Nordrhein (2012)



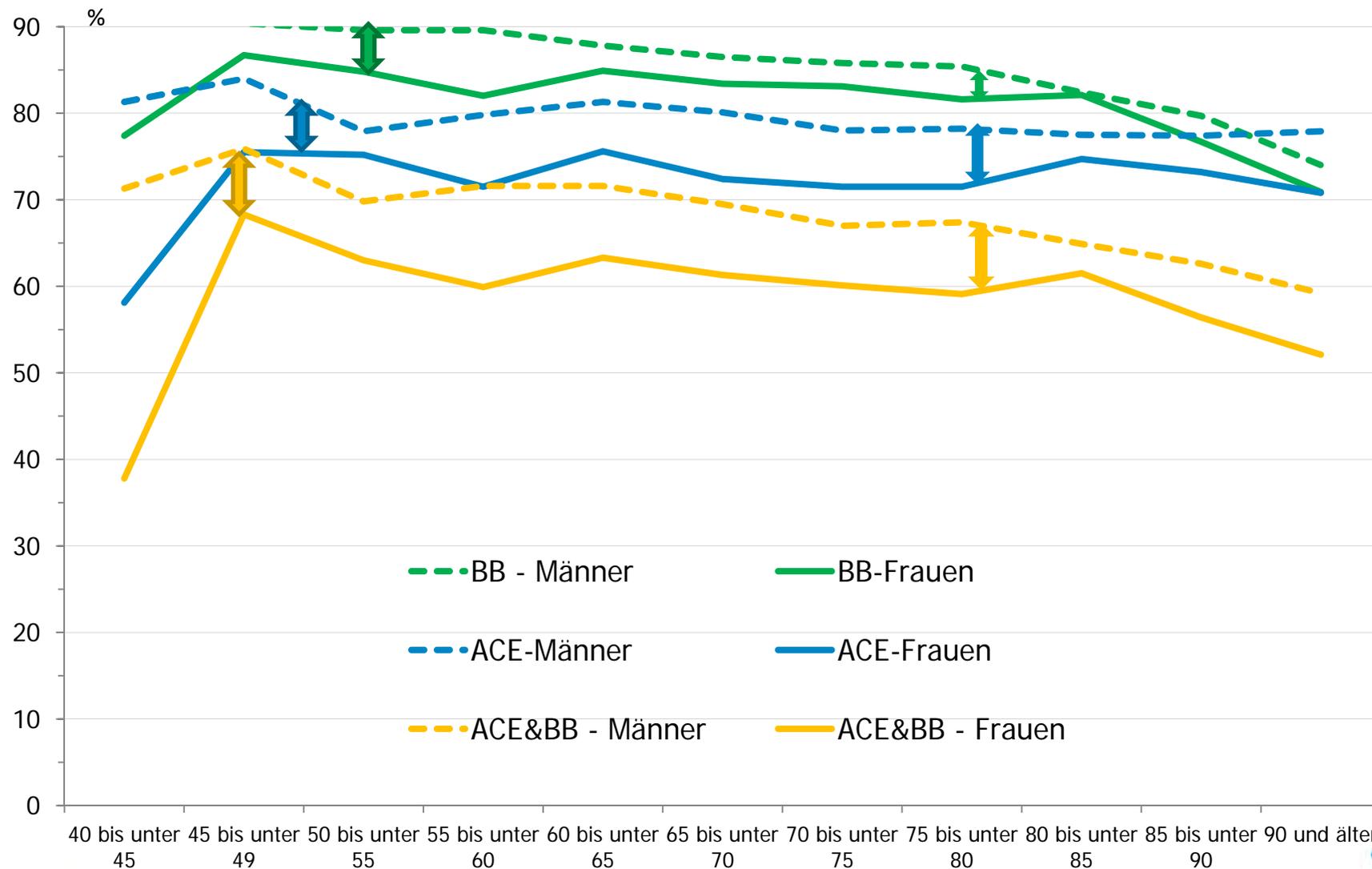
DMP KHK Nordrhein: Erreichung der Qualitätsziele



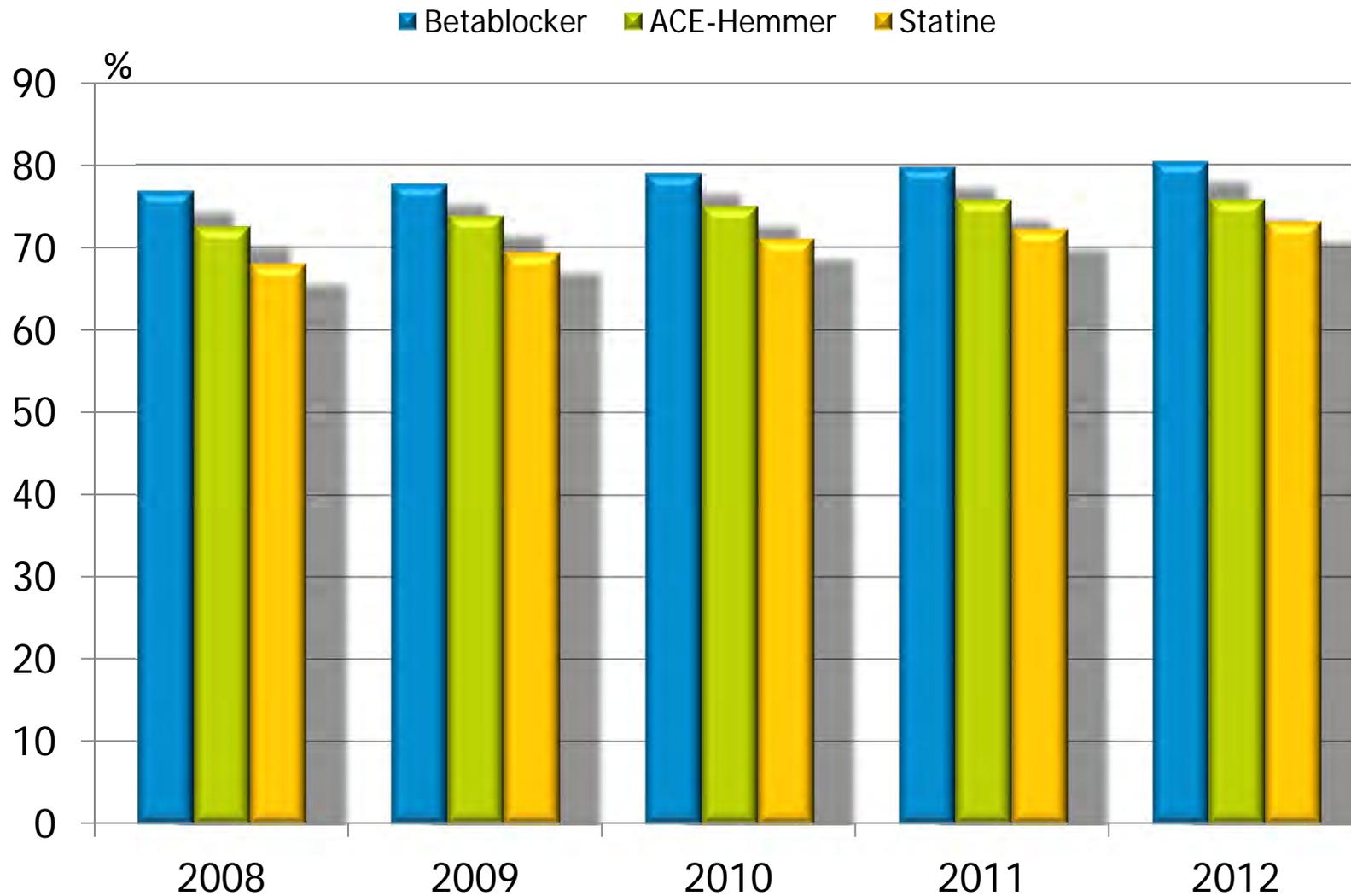
Versorgungsatlas: Verordnung von Betablockern, ACE-Hemmern und AT1-Antagonisten bei Patienten mit Herzinsuffizienz im Bundesgebiet



DMP KHK Nordrhein: Verordnung von Betablockern und ACE-Hemmern bei Patienten mit Herzinsuffizienz



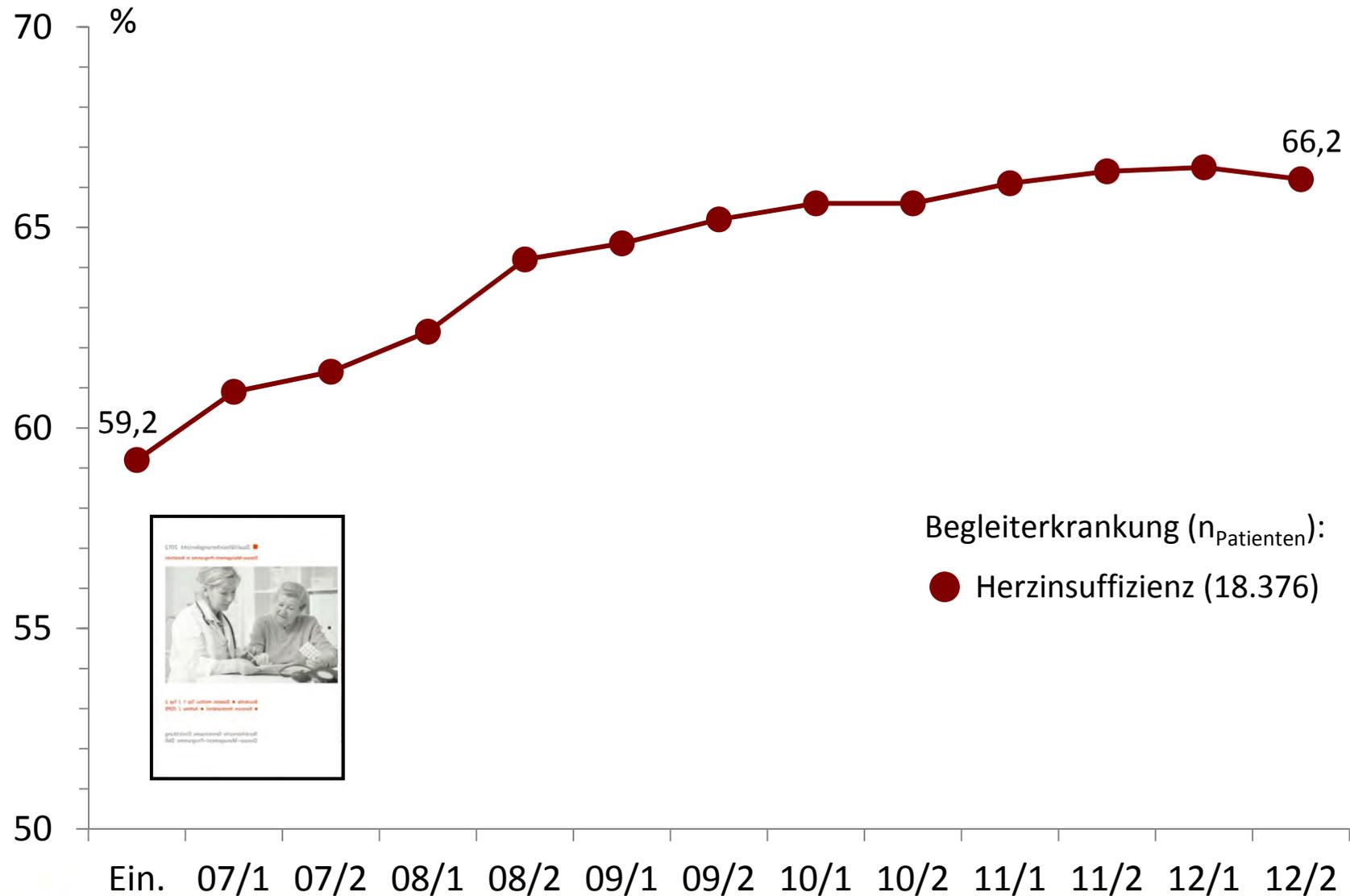
Verordnung von Betablockern, ACE-Hemmern und Statinen im DMP KHK Deutschland (13 bzw. 15 der 17 KV'en)



Quelle: KBV Qualitätsberichte 2013 und weitere Daten



Verordnung von: Beta-Blocker plus ACE-Hemmern im DMP KHK Nordrhein (Patienten mit Herzinfarkt oder Herzinsuffizienz)



**Beobachtung von ‚Endpunkten‘ im
DMP KHK:
stationäre Ereignisse,
Herzinsuffizienz, Sterblichkeit**

DMP Koronare Herzkrankheit Nordrhein: Auftreten von stationären Notfällen, PTCA, Bypass-OP

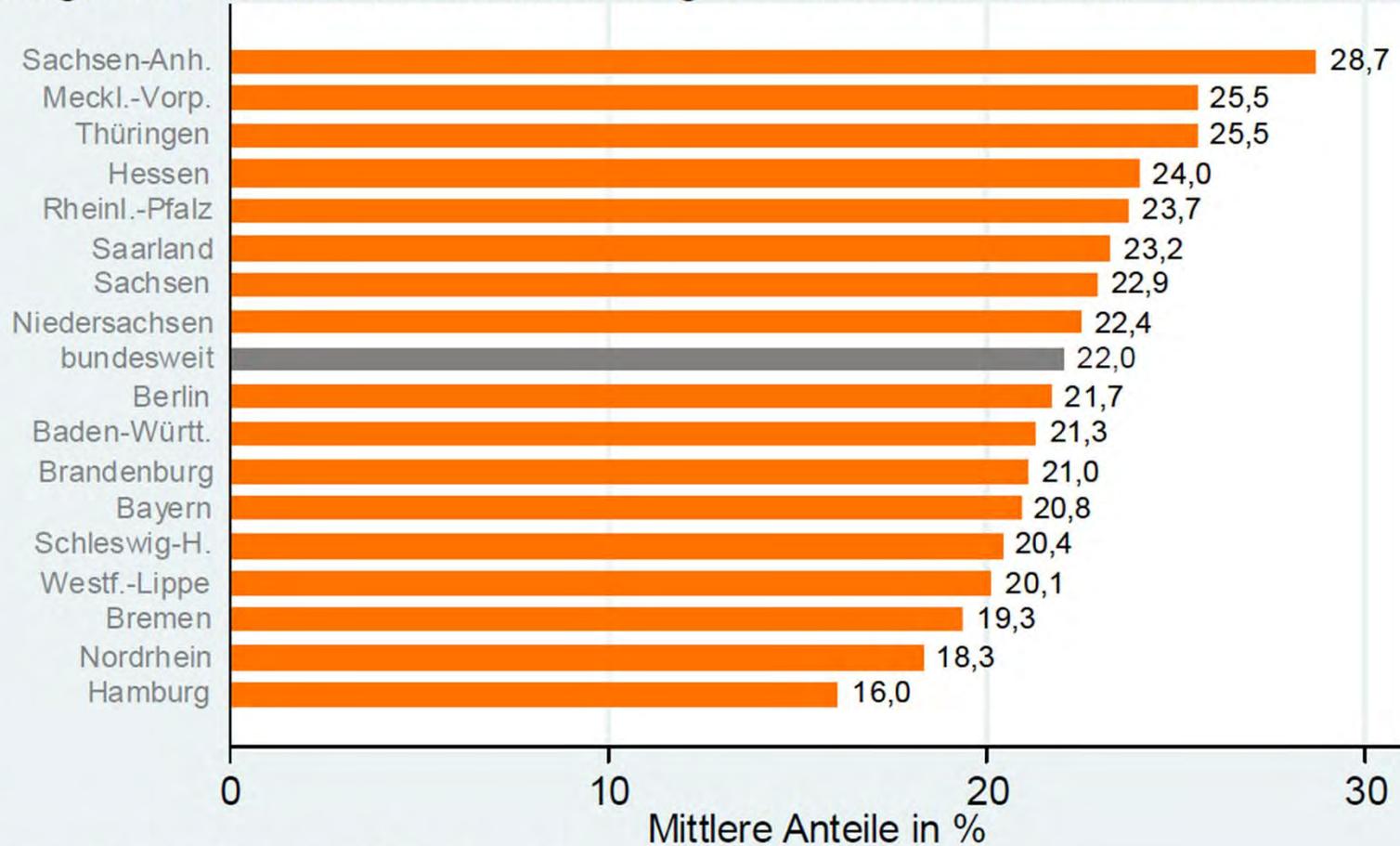
	Alter (Jahre)						zusammen		insg.
	≤ 65		66–75		≥ 76		w	m	
	w	m	w	m	w	m	w	m	
stationäre Notfallbehandlung	3,1	3,9	3,6	4,0	4,2	4,8	3,8	4,3	4,1
PTCA oder Bypass-OP	7,5	10,1	6,5	7,7	4,8	6,4	5,9	8,0	7,2
Koronarangiografie	9,7	11,1	8,6	8,8	6,0	7,4	7,6	9,0	8,5

217.741 Patienten mit aktueller Folgedokumentation und Angaben zu stationär behandelten Notfällen (PTCA, Bypass-OP, Angiografie: 220.240); alle Angaben in Prozent; Mehrfachangaben möglich



Ergebnisse der Externen Evaluation zum DMP KHK (BVA-Darstellung)

KHK: Neu auftretende Herzinsuffizienz
(Bezug: alle Pat. ohne Herzinsuffizienz gem. Erstdokumentation - anamnestisch)

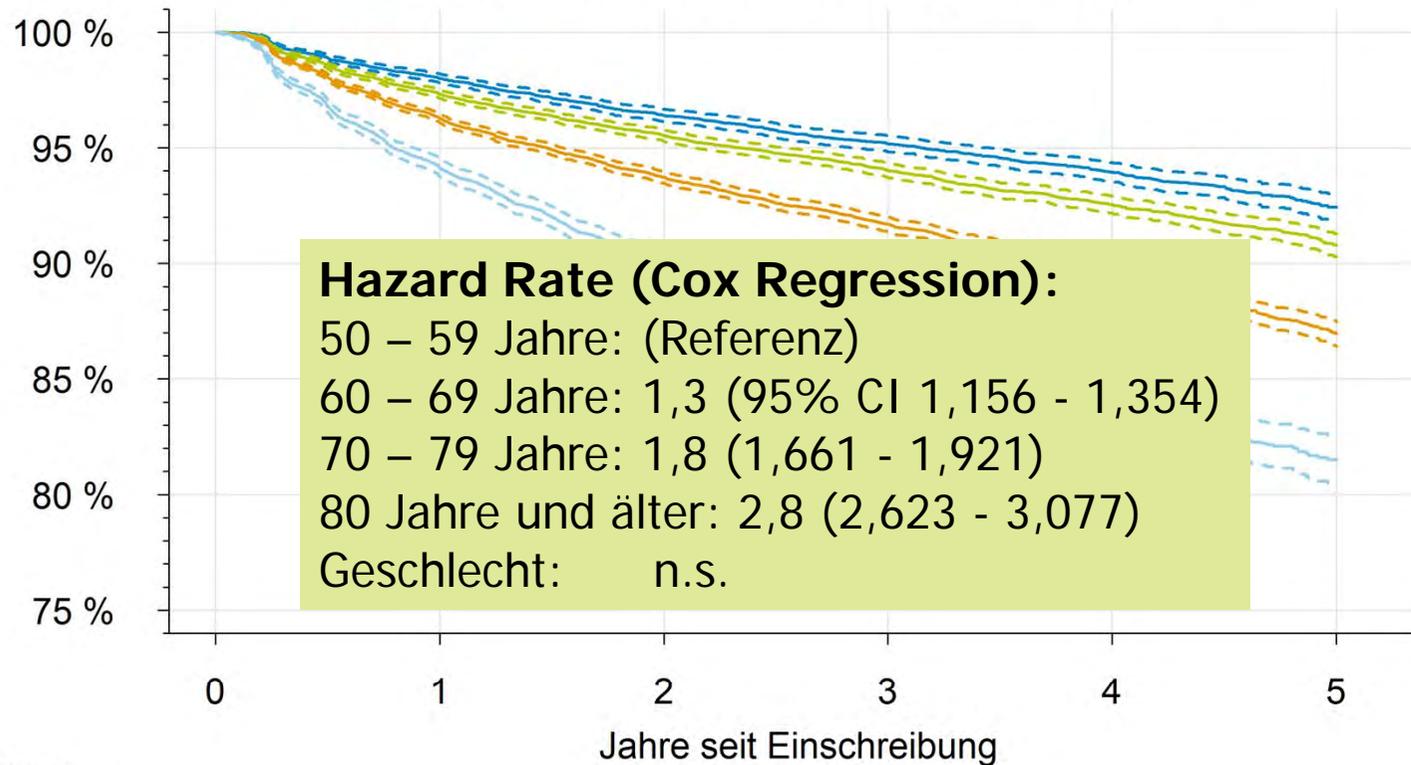


risikoadjustierte Werte, nicht fallzahlgewichtet, alle Kassen
Zeitraum: 2. Halbj. 2004 bis 2. Halbj. 2009



DMP KHK Nordrhein: Erstmaliges Auftreten einer Herzinsuffizienz (KM-Darstellung)

KHK-Patienten ohne neuauftretene CHF

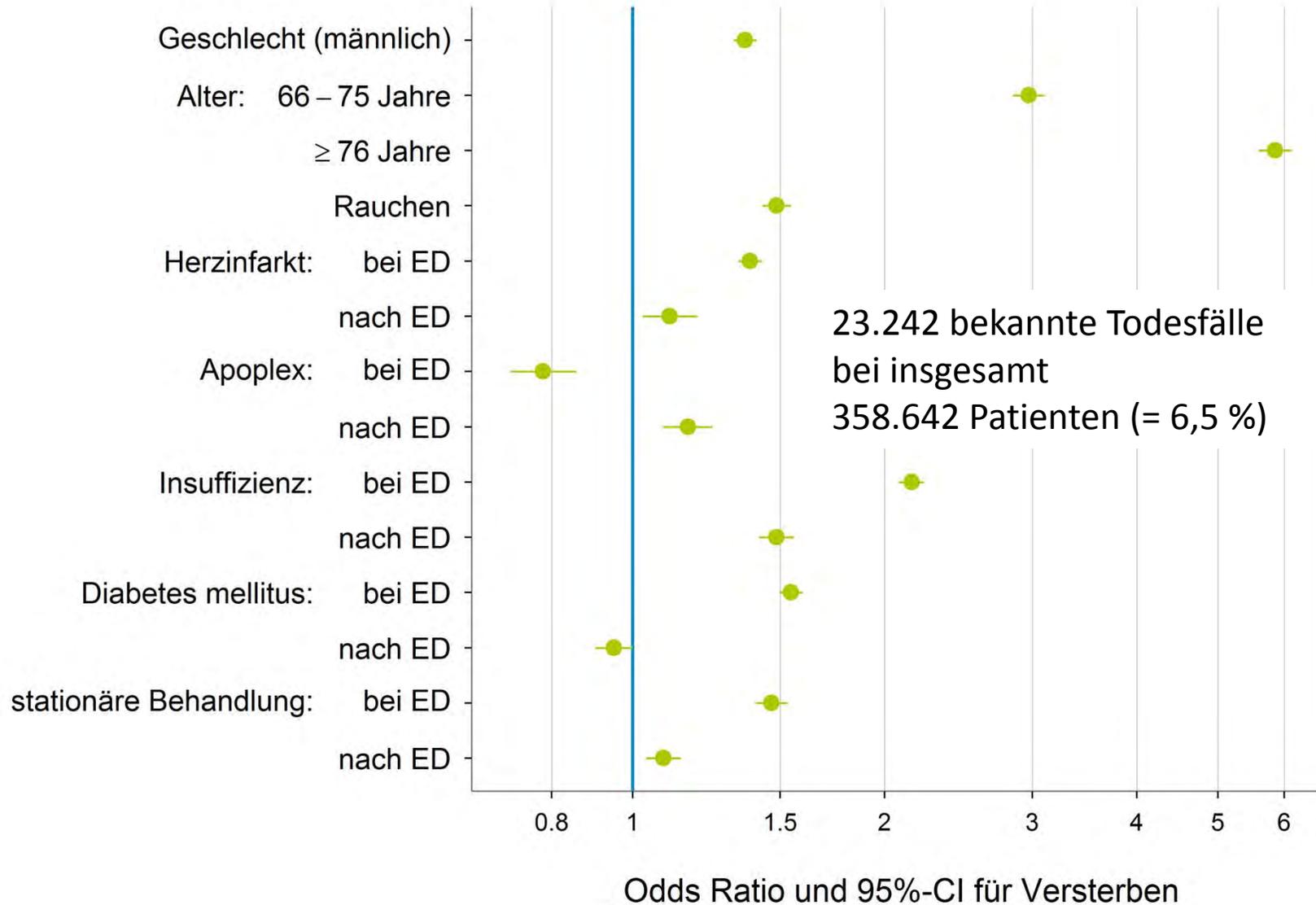


Personen unter Risiko
zum gegebenen Zeitpunkt:

50-59 Jahre	22740	17397	12818	8946	5356	1838
60-69 Jahre	32663	25334	19033	13581	8351	2904
70-79 Jahre	42745	32699	23739	16265	9647	3204
80 Jahre und älter	17337	12121	7966	4952	2525	718



DMP KHK Nordrhein: Einflussfaktoren auf die Sterblichkeit (nur Primärkassen-Versicherte)



n: 166.946, Nagelkerke's R²: 0,132, Referenzgruppe Alter: ≤ 65 J.



Ärztliche Kooperation im DMP KHK

DMP Koronare Herzkrankheit Nordrhein – Überweisungen des Hausarztes zum Kardiologen und/oder stationäre Einweisungen

	Alter (Jahre)						zusammen		insg.	Basis
	≤65		66–75		≥76		w	m		
	w	m	w	m	w	m	w	m		
überwiesen										
jemals	48,7	54,5	49,9	54,4	44,8	52,2	47,1	53,7	51,3	216.339 ^a
in den letzten 12 Monaten	31,4	34,6	30,1	33,2	25,1	30,3	27,9	32,6	30,9	216.339 ^a
jemals diagnosespezifisch	60,6	63,4	61,4	65,9	53,3	63,2	57,0	64,1	61,5	6.177 ^b

Bezugsgruppen, jeweils Patienten mit aktueller Folgedokumentation – a: hausärztlich betreute Patienten, b: hausärztlich betreute Patienten mit neu aufgetretener A.p.-Symptomatik oder Herzinsuffizienz



Feedback-Berichte im DMP KHK

Ausgewählte Kennzahlen zum Umfang der Produkte und Dienstleistungen des DMP Projektbüros

Art des Produkts / DL	Anzahl
Reminder produziert	444.200
Feedback-Berichte produziert	228.700
Qualitätsberichte produziert	9 (Nordrhein) + 9 (WL)
Vorträge QZ	80
Vorträge Fortbildung/Kongresse	260
Publikationen	45
Telefonkontakte mit Praxen	18.000



...die DMP-Daten werden u.a. für Rückmeldungen an die beteiligten Arztpraxen im Sinne eines benchmarking genutzt

Praxis
Herr Dr. Arterio Sklerose
Stemiplatz 1
12345 Anginad...

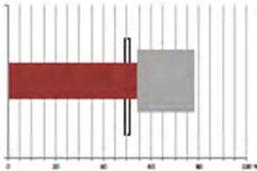
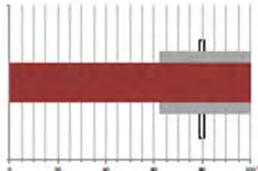
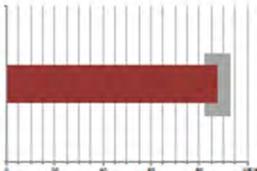
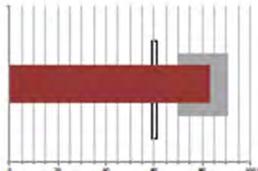
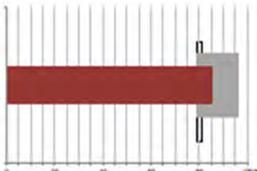
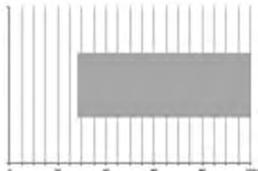
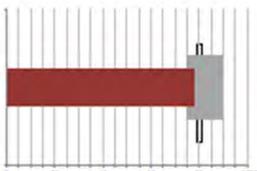
Berichtsentwurf No. 2
Variante Hausarbeit

Feedback-Bericht für das
2. Halbjahr 2013

DMP Koronare Herzkrankheit

DMP Koronare Herzkrankheit

Feedback-Bericht für das 2. Halbjahr 2013

Qualitätsziel	erreicht?	Vergleich	Qualitätsziel	erreicht?	Vergleich
Normotensiver Blutdruck bei arterieller Hypertonie: Mindestens 50 % der Patienten mit arterieller Hypertonie sollen normotone Blutdruckwerte (< 140/90 mmHg) aufweisen.	ja (51/95)		ACE-Hemmer bei Herzinsuffizienz: 80 % der Patienten mit einer Herzinsuffizienz und ohne Kontraindikationen sollen ACE-Hemmer erhalten.	ja (11/11)	
Steigern des Anteils nichtrauchender Patienten: Unter allen Patienten soll der Anteil von Nichtrauchern erhöht werden.	keine Zielvorg. (94/108)		Statine: 60 % der Patienten ohne Kontraindikationen sollen HMG-CoA-Reduktasehemmer (Statine) erhalten.	ja (90/108)	
Thrombozyten-Aggregationshemmer: 80 % der Patienten ohne Kontraindikationen sollen Thrombozyten-Aggregationshemmer erhalten.	ja (92/108)		Überweisungen: Patienten mit einer neu aufgetretenen typischen oder atypischen A.p.-Symptomatik oder einer neu aufgetretenen Herzinsuffizienz sollen überwiesen werden.	keine Zielvorg. k.A.	
β-Blocker: 80 % der Patienten ohne Kontraindikationen sollen β-Blocker erhalten.	nein (84/108)				

ACE-Hemmer: Herzinsuffizienz im Berichtszeitraum dokumentiert; erfüllen zehn oder weniger Ihrer Patienten eines der genannten Kriterien, erfolgt keine Bewertung; (n / m): Anzahl Patienten, die das Ziel erreichen (Zähler) / Anzahl Patienten, für die das Ziel gilt (Nenner); k.A.: Patienten, welche die geforderten Bedingungen erfüllen, sind bei Ihnen nicht dokumentiert



DMP KHK: Standardisierte praxisspezifische Feedback-Berichte

Feedbackbericht zum DMP Koronare *lesen - abwägen - reagieren*

Berichtszeitraum: 01.07.2013 bis 31.12.2013

Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern
Eisenheimerstraße 30, 80687 München

Gemeinschaftspraxis
Dr.med. Max Mustermann
Dr.med. Maxine Musterfrau
Musterstrasse 1
81234 München

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten den Feedbackbericht DMP Koronare Herzkrankheit für das **zweite Halbjahr 2013** (BSNR: 812345600). Für Sie ist daraus ersichtlich, ob Sie die Qualitätsziele erreicht haben und wie Sie im Vergleich zum Durchschnitt aller bayernischen Praxen liegen. Die Qualität der ärztlichen Behandlung Ihrer DMP-Patienten wird für Sie dadurch transparent.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern

Ihre Patienten im Bericht

Auswertung der Qualitätsziele: 153 Patienten

Im Berichtszeitraum vom 01.07.2013 bis 31.12.2013 lagen für 153 Patienten Ihrer Praxis Dokumentationen vor. Diese Patienten wurden in der Auswertung berücksichtigt (davon drei neue Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 150 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation). Von Ihren DMP-Teilnehmern nehmen 76 Patienten am Modul Herzinsuffizienz teil, davon ein Patient mit nur einer Erstdokumentation und 75 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation in diesem Modul.

Altersverteilung

Ihre Patienten sind durchschnittlich 77 Jahre alt (KV: 72 Jahre).

Praxis	<=45 Jahre	46-55 Jahre	56-65 Jahre	66-75 Jahre	>75 Jahre					
Praxis	0	2%	3	2%	30	13,1%	35	22,9%	95	62,1%
KV	2491	1%	14941	6,2%	40638	17,1%	77629	32,6%	102652	43,1%

Entwickelt nach: Qualitätskriterien Version 2.0 / Copyright © Gesundheitsliche Bundesregierung 2009-2011

Anhang (Modul Herzinsuffizienz)

9. ACE-Hemmer

DMP-Fallnummern und Geburtsdaten der Patienten mit Teilnahme am Modul und ohne ACE-Hemmer trotz nicht-Vorliegen von Kontraindikationen

DMP-Fallnummer
729 - DD.MM.YYYY
880 - DD.MM.YYYY
1153 - DD.MM.YYYY
1175 - DD.MM.YYYY
1570 - DD.MM.YYYY
2953 - DD.MM.YYYY
3876 - DD.MM.YYYY
3985 - DD.MM.YYYY
3773 - DD.MM.YYYY
6532 - DD.MM.YYYY
7733 - DD.MM.YYYY
11118 - DD.MM.YYYY
11498 - DD.MM.YYYY
12151 - DD.MM.YYYY

11. Serum-Elektrolyte

DMP-Fallnummern und Geburtsdaten der Patienten mit Teilnahme am Modul und ohne Bestimmung der Serum-Elektrolyte bei Betrachtung der letzten sechs Monate

DMP-Fallnummer
319 - DD.MM.YYYY
634 - DD.MM.YYYY
657 - DD.MM.YYYY
687 - DD.MM.YYYY
709 - DD.MM.YYYY
880 - DD.MM.YYYY
2919 - DD.MM.YYYY
2945 - DD.MM.YYYY
4351 - DD.MM.YYYY
6532 - DD.MM.YYYY
7012 - DD.MM.YYYY
8995 - DD.MM.YYYY

10. Betablocker

DMP-Fallnummern und Geburtsdaten der Patienten mit Teilnahme am Modul und ohne Betablocker trotz nicht-Vorliegen von Kontraindikationen

DMP-Fallnummer
3 - DD.MM.YYYY
709 - DD.MM.YYYY
909 - DD.MM.YYYY
1240 - DD.MM.YYYY
2852 - DD.MM.YYYY
2919 - DD.MM.YYYY
2945 - DD.MM.YYYY
2953 - DD.MM.YYYY
4170 - DD.MM.YYYY
8456 - DD.MM.YYYY
11589 - DD.MM.YYYY

Herzinsuffizienz

Praxis: 76 von 76 berücksichtigten Patienten

Bayern: 22935 von 32022 berücksichtigten Patienten

Praxis: 59 von 70 berücksichtigten Patienten

Bayern: 25285 von 32216 berücksichtigten Patienten

Praxis: 64 von 76 berücksichtigten Patienten

Bayern: 24446 von 33155 berücksichtigten Patienten



CME-Maßnahmen über Feedback- Berichte

Thematisierung der medikamentösen Therapie der KHK als CME-Maßnahme im Rahmen der ZI-Feedback-Berichte zum DMP Nordrhein



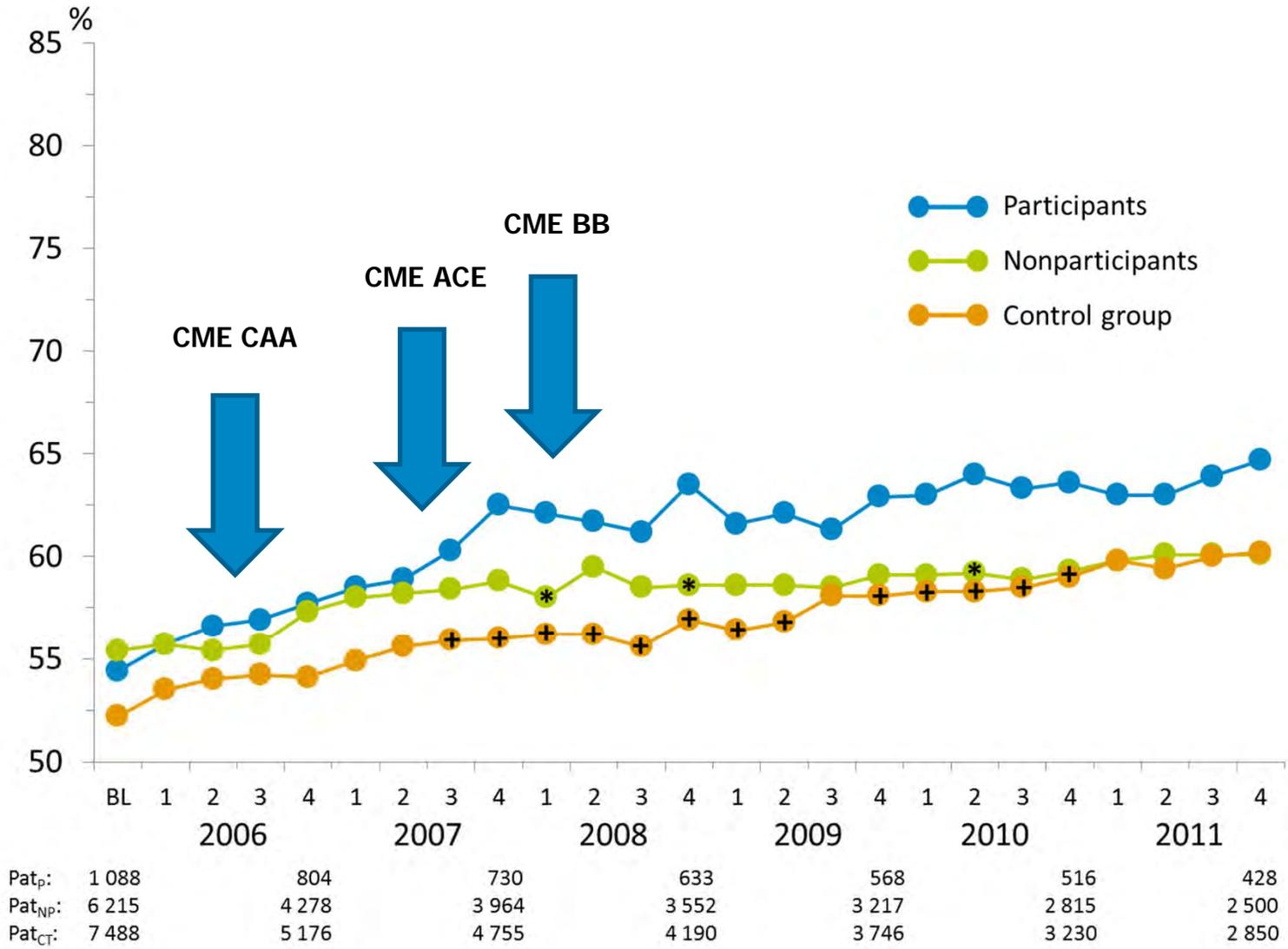
CME-Themen in den Feedback-Berichten des ZI

	DMP	Thema
	D2	„Lipidsituation“
	D2	„Diabetischer Fuß“
	D2	„Diabetische Retinopathie“
	KHK	„Kardiovaskuläres Gesamtrisiko“
	KHK	„Kalziumantagonisten“
	KHK	„Thrombozyten-Aggregationshemmer“
	D2	„Diabetes im Alter“
	KHK	„ACE-Hemmer“
	D2	„Orale Antidiabetika“
	KHK	„Beta-Blocker“
	D2	„Diabetischer Fuß“
	KHK	„Raucherentwöhnung“
	D2	„Diabetische Retinopathie“
	KHK	„Akutes Koronarsyndrom“
	CO	„Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) COPD“
	KHK	„Lipidsenker“
	KHK	„Ambulante Herzgruppe“
	AB*	„NVL Asthma“
	CO	„Lungenfunktionsdiagnostik“
	D2	„NVL Diabetische Nephropathie“
	D2	„NVL-Therapie des Typ 2-Diabetes“

Hinweis:
in den Jahren 2003 –
2004 wurden die
Fortbildungseinheiten
zunächst noch ohne
formale Anerkennung
durch die Ärztekammer
Nordrhein angeboten

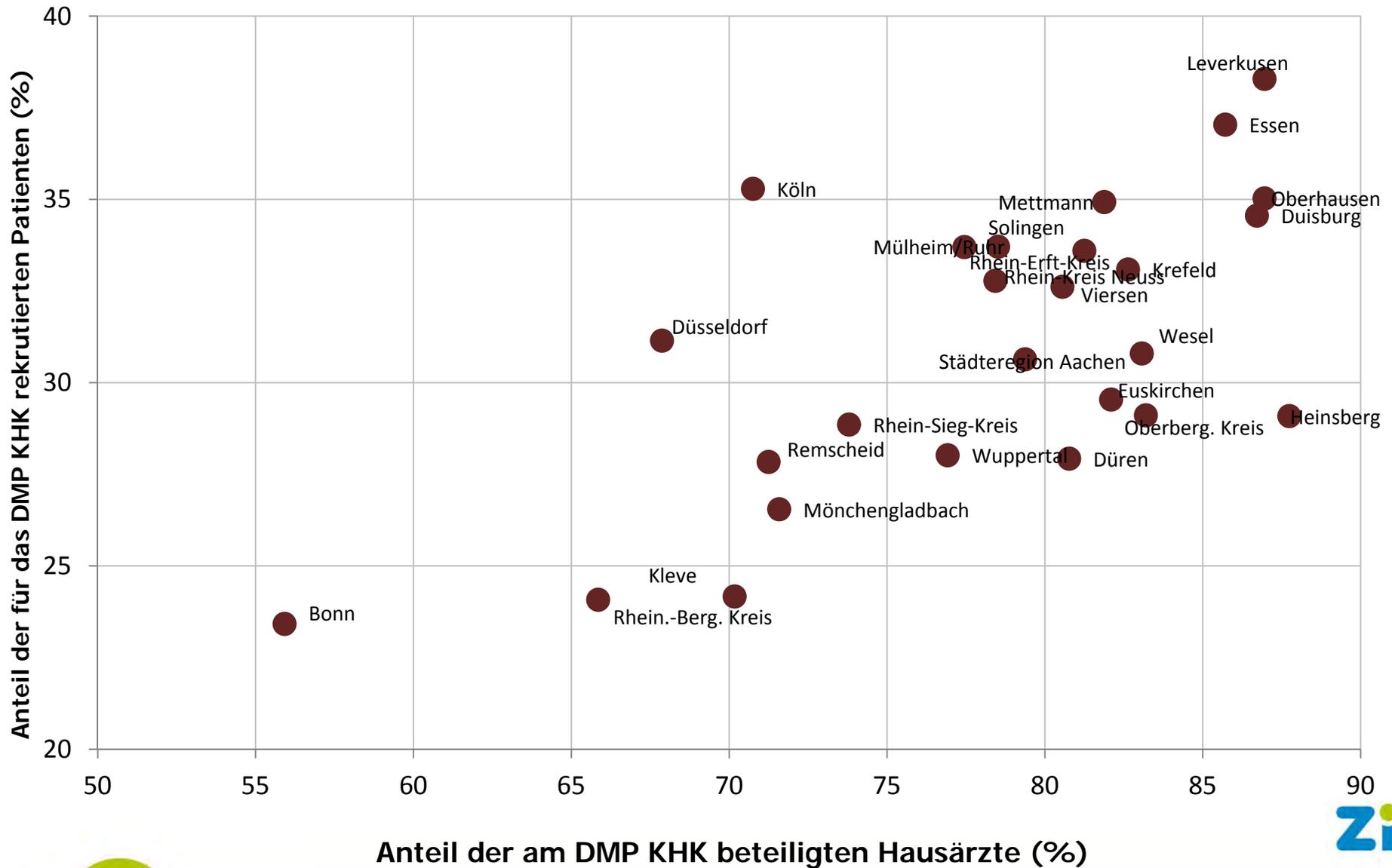


Einsatz kombinierter Verordnungen (Beta-Blocker und ACE-Hemmer bei Patienten im DMP KHK) CME-Teilnehmer vs. andere

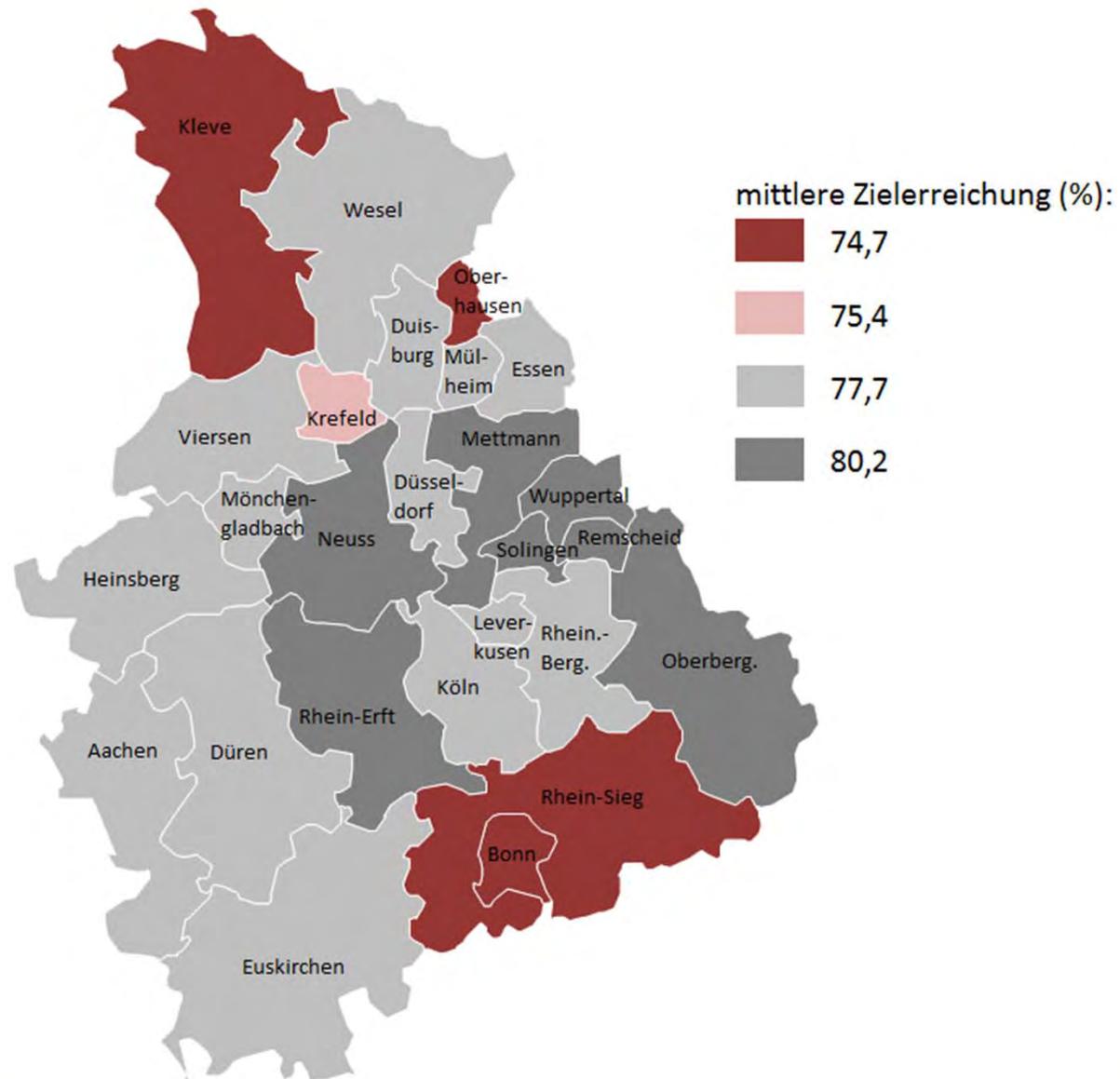


Regionalanalysen im DMP KHK

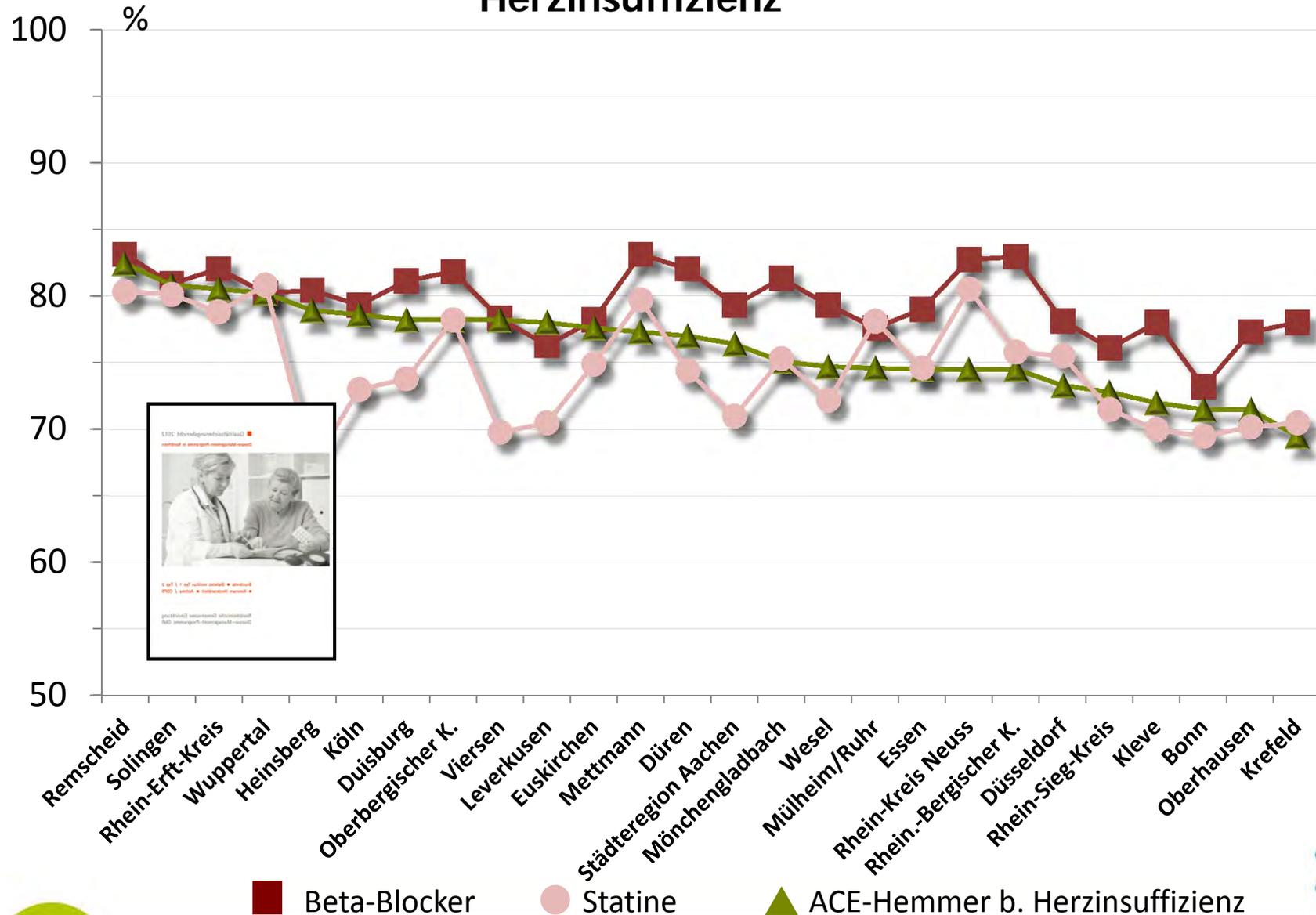
DMP KHK Nordrhein: Beteiligung der Hausärzte und Rekrutierung der KHK-Patienten für das DMP KHK (4. Q. 2013)



DMP KHK Nordrhein: Mittlere Qualitätszielerreichung in den Regionen



DMP KHK Nordrhein: Regionenvergleich zur Verordnung von Beta-Blockern, Statinen und ACE-Hemmern bei Patienten mit Herzinsuffizienz



Fazit

Die DMP enthalten einen (Erfahrungs-)Schatz, der noch nicht vollständig gehoben wurde



Dieser Schatz besteht aus

- ...der **Transparenz der Versorgungsprozesse** durch die kontinuierliche Dokumentation von Befunddaten der Patienten
- ...der Entwicklung von **Instrumenten der Qualitätssicherung** (Feedback, Reminder, Qualitätszirkel etc) für die Unterstützung der Betreuung von chronisch Kranken
- ...der Betonung der **ärztlichen Kooperation**
- ...der stärkeren **Einbindung der Patienten** in das Management ihrer Erkrankung (Schulung)



- **Herzerkrankungen** spielen im DMP eine zentrale Rolle. Das DMP KHK stellt bundesweit das strukturierte Behandlungsprogramm mit den **zweit meisten Teilnehmern** an allen etablierten DMP dar.
- Das DMP KHK bietet die Möglichkeit, Ärzte im Hinblick auf die gebotene stärkere Leitlinienorientierung ihrer Behandlung zu **unterstützen**.
- Mit den Daten aus dem DMP KHK lassen sich eine Vielfalt von Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Indikatoren der ambulanten Versorgung von Patienten mit KHK **analysieren**.
- Der **wissenschaftliche Austausch** über die Erkenntnisse aus den Analysen muss verstärkt werden, um Erfahrungen aus den strukturierten Behandlungsprogrammen rascher in das Versorgungssystem zurückfließen zu lassen.
- Mit den im laufenden Programm generierten **Daten** vermögen die beteiligten Ärzte ihre intensivierten medizinischen Bemühungen nachvollziehbar und plausibel darzulegen.

Zum Weiterlesen

■ Qualitätssicherungsbericht 2012
Disease-Management-Programme in Nordrhein



■ Brustkrebs ■ Diabetes mellitus Typ 1 / Typ 2
■ Koronare Herzkrankheit ■ Asthma / COPD

Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung
Disease-Management-Programme GbR

■ Qualitätssicherungsbericht 2012
Disease-Management-Programme in Nordrhein

Qualitätssicherungsbericht 2012 Disease-Management-Programme in Nordrhein

