

Prävalenz chronischer Krankheiten und Qualitätsindikatoren in einer Bremer Hausarztpraxis

Günther Egidi¹ und Holger Schelp¹

Hintergrund: Obwohl chronische Krankheiten häufig und für einen großen Teil der Ausgaben der Krankenkassen verantwortlich sind, gibt es nur wenige Untersuchungen über ihre Prävalenz in deutschen Hausarztpraxen. Wir fragten uns, ob eine eigene Praxisstatistik die von uns gefühlten Betreuungsnotwendigkeiten abbilden und eventuelle Betreuungserfolge objektivierbar machen kann.

Methoden: In den Jahren 2004–2007 wurden in einer Bremer Hausarztpraxis Daten zur Prävalenz chronischer Krankheiten sowie zu verschiedenen Qualitätsindikatoren auf der Basis des jeweils 4. Quartals eines Jahres mithilfe der Praxis-Software gesucht. Um Qualitätsmarker einfacher abbilden und suchen zu können, waren diese zuvor in der elektronischen Dokumentation in Form von Pseudo-Diagnosen und Pseudo-Abrechnungsziffern notiert worden.

Ergebnisse: Die Prävalenz chronischer Krankheiten in der untersuchten Praxis ist hoch: So versorgt die Praxis 38 % Patienten, die mindestens eine der 3 Dauerdiagnosen „Arterielle Hypertonie“, „Typ-2-Diabetes“ und „Asthma bronchiale“ tragen. Der Anteil der für ein kardiovaskuläres Risiko-Assessment infrage kommenden Diabetiker mit ARRIBA-Beratung liegt bei 72,1 %. Durch systematische Untersuchung der Untersuchungsergebnisse und Verbesserungen im Ablauf in den Folgejahren war es möglich, das Ergebnis bei den meisten Qualitätsindikatoren zu verbessern.

Schlussfolgerungen: Die Fokussierung auf Diagnosen chronischer Erkrankungen anstelle von allgemeinmedizinischen Beratungsanlässen bedeutet eine Entfernung von der hausärztlichen Realität. Sie war in der vorliegenden Untersuchung pragmatischen Erwägungen geschuldet. Eine Beobachtung der Prävalenz chronischer Erkrankungen in der Hausarztpraxis mittels Praxis-Software ist zwar aufwendig, aber durchführbar. Die regelmäßige Suche ermöglicht es, bisherige Lücken in der Versorgung zu identifizieren und systematische Initiativen zu deren Ausgleich zu initiieren. Die Datensammlung in nur einer Praxis stellt sicher einen deutlichen Verzerrungs-Faktor dar.

Schlüsselwörter: Prävalenz, chronische Krankheiten, Hausarzt-Praxis, Qualitätsindikatoren

Prevalence of chronic diseases and quality indicators in general practice in Bremen

Background: Despite the high prevalence of chronic diseases and the associated economic burden data on the prevalence of these diseases in general practice in Germany are sparse. We investigated whether our subjective impression regarding the necessities of chronic care correlates with reality i.e. statistics of our own patients, and whether treatment success can be shown.

Methods: Data about disease prevalence and different quality indicators were collected from 2004–2007. We focussed on the fourth quarter of these years and used our own software. Quality indicators had been documented for the corresponding patients in the software of the surgery as pseudo diagnoses or as pseudo accounting items.

Results: The prevalence of chronic diseases in our general practice office is high. 38 % of the patients carry at least one of the following diagnoses: hypertension, diabetes mellitus type 2 or bronchial asthma. Using systematic evaluation of the statistical findings and implementing changes in daily practice accordingly, we achieved to improve the outcome regarding most quality indicators.

Conclusions: Focussing on diagnoses instead of states of illness moves away from the traditional approach of general practice. We did it nevertheless for reasons of practicability. Registration of prevalence of chronic diseases in general practice is complex and time-consuming, but it is feasible using the practice software, and may help to improve chronic care. Searching continuously allows to identify deficits in health care of people with chronic diseases and to initiate targeted efforts for amelioration.

Keywords: prevalence, chronic diseases, general practice, quality indicators

Deutsche Untersuchungen zum Vorkommen chronischer Erkrankungen in Hausarztpraxen aus dem hausärztlichen Setting heraus sind rar [1, 2]. Eher finden sich den Braun'schen Kasugrafien [3] folgend Dokumentationen zu Beratungsanlässen [4]. Oder es findet sich eine ganze Reihe die hausärztliche Tätigkeit diskreditierender Prävalenz-Studien, in denen die deutsche Hausarzt-Medizin von außen kritisiert wird mit dem durchaus nicht immer sachlich begründeten Ziel, eine angeblich existierende Unterdiagnostik und Untertherapie chronischer Erkrankungen nachzuweisen [5, 6, 7].

Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich nicht auf Beratungsanlässe („illnesses“), sondern auf definierte Krankheiten („diseases“). Nach dem DEGAM-Positionspapier zur Versorgung chronisch Kranker [8] besteht ein wesentliches Element hausärztlicher Tätigkeit in der strukturierten Versorgung dieser Patientengruppe. Disease Management Programme (DMP) zu den Erkrankungen Typ-2-Diabetes, KHK, Asthma und COPD sind nach und nach seit Juli 2003 in die deutsche Hausarzt-Medizin eingeführt worden. Durch die nicht unumstrittene Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen hat sich der Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion in Richtung chronisch Kranker verschoben. Die Gebührenordnungen EBM 2000, EBM 2008 sowie der Baden-Württemberger Vertrag nach §73b SGB V haben mit der Einführung sogenannter Chroniker-Pauschalen die Versorgung chronisch Kranker auf- und die ärztlichen Einzelleistungen abgewertet.

Chronisch Kranke verbrauchen einen großen Teil der Ressourcen des Gesundheitswesens – ein Argument dafür, in diesem Bereich nach Rationalisierungs-Reserven in der eigenen Praxis zu suchen.

Die Kenntnis soziodemografischer Faktoren der Patientenschaft einer Praxis ermöglicht es dem Praxis-Team, sich auf Besonderheiten wie z. B. einen hohen Kinder- oder Rentner-Anteil oder einen großen Anteil nicht deutschsprachiger Patienten einzustellen.

Im Vergleich zu anderen Praxen im Rahmen eines Benchmarkings spielt es eine große Rolle, einschätzen zu können, ob eher schwerer oder weniger schwer Kranke versorgt werden.

Schließlich ermöglicht die systematische Erfassung der Erkrankungen sowie der dazu gehörenden Medikation die Überprüfung, ob die Medikation den eigenen Behandlungs-Standards der Praxis entspricht.

Hiervon ausgehend wollten wir untersuchen, wie häufig chronische Krankheiten in unserer Praxis vorkommen und ob die entsprechenden Patienten gut behandelt werden. Daneben sollte die Machbarkeit einer solchen Untersuchung unter Praxis-Bedingungen geprüft werden.

Methodik

Anlass zur erstmaligen Erfassung

Anlässlich der erfolgreichen Bewerbung um den Berliner Gesundheitspreis 2004 wurden die Besonderheiten der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis Egidi und Schelp erstmalig systematisch untersucht. Mithilfe der in der Praxis benutzten Praxissoftware (Turbomed Windows) dokumentierten wir nicht nur die soziodemografischen Merkmale unserer Patienten, sondern erhoben auch Daten zur Prävalenz von 12 ausgewählten chronischen Krankheiten. Suchzeitraum war bei dieser und den folgenden Erhebungen jeweils das 4. Quartal. Bei den ersten beiden Malen wurde die Suche von einem der Ärzte, in den folgenden Jahren unter Anwendung eines speziell dafür geschriebenen Standards von einer auszubildenden Medizinischen Fachangestellten durchgeführt.

Datengrundlage

Als Grundgesamtheit wurden alle Patienten-Kontakte ohne Notdienst- und Vertretungs-Patienten gesucht – auch wenn es keinen direkten Arzt-Patient-Kontakt gab.

Qualitätsindikatoren

Als Qualitätsindikator wurde die Anzahl erstellter Patientenbücher (eine doppelte Ausgabe der Papier-Karteikarte mit allen verfügbaren Berichten von Spezialisten, Krankenhäusern, Anamneseübersicht, Medikamentenplan sowie Labor-

bögen) verwendet. Die Existenz eines Patientenbuches verhindert Informationsverlust zwischen den verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems und ermöglicht zugleich den Patienten selbst einen vollständigen Überblick über ihre gesundheitlichen Daten. Eine entsprechende Markierung („erhielt Patientenbuch“) in der Patienten-Maske des Praxis-PC-Systems machte diese Suche in der Praxis-Software möglich.

Der Berliner Gesundheitspreis wurde u. a. vom AOK-Bundesverband verliehen. Da die Krankenkassen wegen des Risiko-Struktur-Ausgleiches ein erhebliches Interesse daran haben, dass sich ein großer Anteil der infrage kommenden Patienten in die DMPs einschreibt, wurde die Rate, der in DMP eingeschriebenen Typ-2-Diabetiker, Asthmatiker etc. an allen Diabetikern, Asthmatikern usw. mithilfe der entsprechenden Gebührenordnungs-Ziffern (99901 ff) errechnet.

In einer Feinanalyse wurden Patienten, die nicht für eine aktive Teilnahme an einem DMP infrage kommen (Bettlägerige, Demente, ...) herausgerechnet – die Einschreibung in ein DMP zielt auf und erfordert eine aktive Teilnahme der Patienten.

Einzelne Qualitätsindikatoren

Patientenschulungen spielen im Rahmen der DMP eine große Rolle. Alle DMP-Patienten erhielten in der Praxis-Software Pseudodiagnosen mit identischem ICD-Kode wie die dazu gehörenden Erkrankungen sowie der zusätzlichen Angabe, ob sie eine Diabetes-, Hypertonie- usw. Schulung noch benötigen oder ob sie diese bereits erhalten hatten.

Die Häufigkeit der originalen Dauerdiagnosen (z. B. „Diabetes mellitus“) sowie der von der Praxis erstellten Pseudodiagnosen (z. B. „Diabetes mellitus – hatte Schulung ohne Insulin“) wurde gesucht und miteinander in Beziehung gesetzt.

In die Praxisstatistik 2006 wurden erstmals weitere Qualitätsindikatoren eingesetzt:

- Die Prävalenz des Rauchens sinkt generell [9]. Neben den Auswirkungen gesellschaftlicher Veränderungen (rauchfreie Gaststätten, Werbeverbot, Nikotin-Steuer) ist der Nutzen eines ärztlichen Rates für die Beendigung

eines Nikotinabusus belegt [10]. Um entsprechende Veränderungen, teils auch Erfolge der hausärztlichen Beratung zu dokumentieren, wurde neben einer Suche nach Patienten mit der Diagnose „Nikotinabusus“ auch nach solchen mit der Pseudo-Diagnose „Nikotin – nach unserer Intervention beendet“ gesucht. (Solche Pseudo-Diagnosen lassen sich in der benutzten Praxis-Software durch Doppelung einer vorhandenen Diagnose erzeugen: Die Diagnose „Nikotinabusus“ kann dabei in die Freitext-Diagnose „Nikotin – nach unserer Intervention beendet“ verändert werden, die ICD-Kodierung bleibt unverändert und kann in diesem Fall nicht mehr für die Suche verwendet werden.)

- Entgegen nationalen und internationalen Empfehlungen sehen wir die Gleichsetzung von Diabetes und KHK mit der daraus resultierenden quasi automatischen Indikation für die Verordnung von ASS und Statinen kritisch. Mit dem Herz-Kreislauf-Risikorechner und Beratungs-Instrument ARRIBA [11] steht eine Möglichkeit zur Verfügung, den Patienten ihr kardiovaskuläres Risiko zu erklären und zu einer gemeinsamen Entscheidung über mögliche präventive Maßnahmen zu kommen. Für dazu infrage kommende Diabetiker und Hypertoniker (Alter nicht über 80 Jahre, nicht ohnehin in der Sekundärprävention) wurde darum mithilfe einer Pseudodiagnose „Gesundheitsuntersuchung [ARRIBA ...%]“ untersucht, wie hoch der Anteil in den zurückliegenden 2 Jahren mit ARRIBA beratener Patienten an allen dafür infrage kommenden Patienten war. Es war zuvor bei jeder ARRIBA-Beratung diese Pseudodiagnose mit der Höhe der kardiovaskulären Risiko-Prozente eingetragen worden.
- Bei den Hypertonikern wurde gesucht, wie hoch der Anteil der mit einem Diuretikum behandelten Patienten war, da Diuretika bezüglich kardiovaskulärer Endpunkte die am besten gesicherten Antihypertensiva [12] sind. In Kombinationspräparaten enthaltene Diuretika wurden hierbei mitgezählt.
- Sartane haben außer einem selteneren Vorkommen von Husten keinen Vorteil vor ACE-Hemmern [13]. Entsprechend wurde nach ihrem – angestrebt niedrigen – Anteil an allen

Hemmstoffen des Angiotensin-Renin-Systems gesucht.

- Als Marker der Prozessqualität wurde nach der Pseudo-Diagnose „Art. Hypertonie – hat eigenes RR-Gerät“ gesucht. Das Ergebnis wurde auf die Zahl aller Hypertoniker bezogen.
- Entsprechend wurde nach dem Anteil der Asthmatiker gesucht, die mit einem eigenen Peakflow-Gerät sowie mit einem individuellen Inhalations-Schema ausgestattet sind.
- Lang wirksame Betamimetika (LABA) sind mit einem erhöhten Mortalitäts-Risiko assoziiert [14, 15]. Kombinationen aus LABA und inhalativen Corticosteroiden sind teurer als die jeweiligen Einzelsubstanzen als Generika [16]. Entsprechend ist es ein Ziel der Praxis, die Kombinations-Medikamente in möglichst geringem Umfang zu verordnen. Gesucht wurden im Suchprogramm der Praxis-Software die Präparate Viani und Symbicort – andere Kombinations-Präparate werden in der Praxis nicht verwendet.
- Inhalative Corticosteroide sind wegen ihrer die Prognose verbessernden Eigenschaften ab Stufe 2 eines Asthma bronchiale indiziert [17]. Ihr Anteil sollte eher hoch liegen. Gesucht wurden Budesonid und Beclometason in verschiedenen Darreichungsformen.
- Der Wert von Statinen in der Sekundärprävention der KHK ist gesichert [18]. Ihr Anteil sollte – ebenso wie der von ASS – möglichst hoch liegen. Auch eine hohe Verordnungsrate von Betablockern ist anzustreben. Entsprechend wurden diese 3 Substanzen in Bezug auf alle KHK-Patienten gesucht.
- Trotz ihres mittlerweile generischen Preises zählen die Statine weiterhin zu den Medikamenten mit hohen Verordnungskosten [19]. Es wurde darum unter den Statin-Verordnungen gesucht, wie viele Patienten ihr Statin in der Sekundärprävention nach kardiovaskulären Ereignissen erhielten.
- Bei entsprechendem Risiko ist eine orale Antikoagulation bei Patienten mit Vorhofflimmern eine hoch wirksame Intervention, um embolische Insulte zu verhüten [20, 21]. Entsprechend wurde nach dem Anteil antikoagulierter Patienten unter allen mit Vorhofflimmern gesucht.

- Seit Anfang 2006 ist in der Praxis ein systematisches Impf-Management etabliert. Ein großer Teil der STIKO-Empfehlungen [22] (Grippe-Impfungen an alle Personen im Publikumsverkehr und für alle über 60-Jährigen, Pneumokokken-Impfung für alle Älteren sowie alle pulmonal Erkrankten, Impfungen gegen Varizellen, HPV und Meningokokken) wird nicht aktiv den Patienten empfohlen, sondern nur auf deren Verlangen durchgeführt. Dafür wird systematisch darauf geachtet, dass alle Patienten mindestens über 3 Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie und Polio verfügen, deren letzte nicht länger als 10 Jahre her sein sollte. Ab dem 70. Lebensjahr wird keine weitere Auffrischung gefordert. Bei Kindern und Jugendlichen werden für die Pseudodiagnose „Impfungen vollständig“ zusätzlich die Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten und Hepatitis B gefordert. Sofern die Impfungen durchgeführt sind, bekommen die Patienten die Pseudodiagnose „Impfungen vollständig“ und einen Recall für die nächste Impfung. Impfgegner bekommen eine eigene Pseudodiagnose „Impfungen – will grundsätzlich keine Impfungen“. Der Anteil beider Kollektive an der Gesamt-Patientenzahl wurde errechnet.
- Grippeimpfungen sind besonders bei alten Menschen und bei kardiovaskulär Gefährdeten effektiv [23, 24]. Entsprechend wurde errechnet, wie viele dieser Impfungen bei Patienten mit KHK, COPD und im Rentenalter durchgeführt wurden, wobei Mehrfachzahlungen möglich waren.

Inhaltliche Erweiterung der Suche

Anfang 2007 wurde die Praxis-Statistik zur Diskussion in den allgemeinmedizinischen Listserver [25] hineingegeben.

Aus den Rückmeldungen resultierten weitere Suchen nach Tumor-Patienten, Patienten mit Herzinsuffizienz, mit Osteoporose, mit Benzodiazepin-Abusus sowie mit Migräne.

Als korrespondierende Qualitätsindikatoren wurden gesucht:

- Anteil der Tumor-Patienten mit einer Meldung durch uns ans Bremer Krebsregister,

Jahr	2004	2005	2006	2007
Grundgesamtheit	1003	1040	1119	1225
Migrations-Hintergrund	19 %	15,7 %	23,1 %	22,2 %
Altersverteilung				
unter 12 Jahre alt		2,6 %	2,1 %	3,0 %
12–17 Jahre alt		4,4 %	6,4 %	6,0 %
18–39 Jahre alt		29,3 %	28,8 %	31,9 %
40–59 Jahre alt		27,0 %	28,5 %	26,4 %
60–74 Jahre alt		23,8 %	24,2 %	22,6 %
Über 74 Jahre alt		12,9 %	10,5 %	10,4 %
Rentner-Anteil	30,6 %	28,4 %	30,0 %	29,6 %

Tabelle 1 Soziodemografische Faktoren.

Jahr	2004	2005	2006	2007
Hypertoniker	25,0 %	28,2 %	27,6 %	25,9 %
Diabetiker	9,3 %	9,2 %	11,1 %	11,0 %
Asthmatiker	6,0 %	7,2 %	7,2 %	8,3 %
eine der drei Diagnosen	34,1 %	38,0 %	38,0 %	38,0 %

Tabelle 2 Prävalenz von Hypertonie, Diabetes mellitus und Asthma bronchiale.

Jahr	2004	2005	2006	2007
KHK	3,6 %		5,0 %	6,1 %
Tumorpatienten ohne Basaliome				4,2 %
COPD	2,4 %	1,1 %	2,4 %	3,0 %
Herzinsuffizienz				1,7 %
Depression	5,4 %	4,4 %	3,8 %	3,8 %
Psychose	1,7 %	0,3 %	0,9 %	0,2 %
Chronisches Schmerz-Syndrom	1,3 %	1,2 %	1,0 %	1,1 %
Z. n. Insult	2,7 %	3,5 %	2,9 %	2,6 %
Z. n. TIA	0,3 %	0,6 %	0,7 %	0,1 %
Carotis-Stenose	0,6 %	0,7 %	0,4 %	0,6 %
Periphere AVK	1,5 %	1,3 %	1,3 %	1,6 %
Nikotinabusus		13,6 %	16,0 %	17,7 %
Nikotinkonsum beendet		1,0 %	1,6 %	5,0 %
Alkoholkrankheit		1,6 %	3,5 %	1,4 %
Osteoporose				2,4 %
Benzodiazepin-Einnahme				0,6 %
Migräne				3,4 %

Tabelle 3 Prävalenz weiterer Krankheiten.

- Anteil der Herzinsuffizienten, denen die DEGAM-Patienten-Info Herzinsuffizienz ausgehändigt worden ist,
- Anteil an Osteoporose-Patienten mit einem Bisphosphonat sowie mit Kontraindikationen (z.B. Niereninsuffizienz, Unfähigkeit, aufrecht sitzend das Medikament einzunehmen, floride gastrointestinale Ulzerationen) für eine Therapie,
- Anteil an Patienten mit kleinen chirurgischen Eingriffen, bei denen die Wunde primär bzw. sekundär heilte (wir versuchen hier als Behandlungsqualität nachzuweisen, dass trotz Benutzung nur eines Heißluft-Steris und einer Kornzange in einem Standgefäß

nicht vermehrt Wundinfekte auftreten).

Ergebnisse

Das Durchführen der Suche ist wegen des hohen Aufwandes bei den Medizinischen Fachangestellten sehr unbeliebt (das gesamte PC-Netzwerk der Praxis arbeitet während der Diagnosen-Suche sehr langsam; bei zu umfangreichen Diagnosen-Eingaben hängt sich der Rechner häufig auf). Daraus resultierte, dass die Suchergebnisse erst mit 9-monatiger Verzögerung vorlagen (eigentlich sollte im Januar 2008 das 4. Quartal 2007 durchsucht worden sein).

Soziodemografische Daten

Die Praxis-Größe ist im Untersuchungszeitraum kontinuierlich gewachsen.

Entsprechend der sozialen Lage in einem Stadtteil mit hohem Anteil an Migranten, Menschen mit niedriger Bildung sowie Empfängern von Arbeitslosengeld [26] ist der Anteil an Patienten mit Migrations-Hintergrund mit über 20 % hoch.

Es werden – zwei Kinderärzte haben ihre Praxis auf der anderen Straßenseite – mit weniger als 10 % wenige Kinder und Jugendliche versorgt. Der Rentner-Anteil liegt bei 30 % (s. Tabelle 1).

Prävalenz chronischer Krankheiten

Mit 38 % Patienten, die mindestens eine der 3 Dauerdiagnosen Arterielle Hypertonie, Typ-2-Diabetes und Asthma bronchiale tragen, versorgt die Praxis viele chronisch kranke Patienten (s. Tabelle 2).

Prävalenz bzw. Kodierung der DMP-Diagnosen Diabetes mellitus, KHK, Asthma bronchiale und COPD sind angestiegen, diejenige psychischer Diagnosen ist eher rückläufig (Tabelle 3).

Qualitätsmessungen im Zusammenhang mit Disease-Management-Programmen

Der Anteil an allen dafür infrage kommenden Patienten, die in eines der vier hausärztlichen DMP eingeschrieben sind, ist mit 78,7 bis 100 % im zuletzt untersuchten Quartal sehr hoch. Entsprechend der späteren DMP-Einführung ist der Anteil bei den Asthmatikern

Jahr	2004	2005	2006	2007
Diabetiker				
prinzipiell für DMP infrage kommend	78	102	102	113
davon am DMP teilnehmend	96,2 %	89,2 %	86,3 %	99,1 %
Anteil Patienten, die jemals eine Schulung ohne Insulin hatten (Anteil an DMP-Patienten)		49,5 %	53,4 %	41,9 %
Schulung mit Insulin (Anteil an DMP-Patienten)		14,3 %	14,8 %	13,4 %
Hypertonie-Schulung (Anteil an DMP-Patienten)		12,1 %	12,5 %	16,1 %
ARRIBA-Beratung in den letzten 2 Jahren (Anteil an allen Diabetikern)			52,4 %	52,6 %
über 80-Jährige und Sek-Prävention unter allen ohne ARRIBA-Beratung			23,6 %	27,8 %
Anteil ARRIBA-Beratungen an infrage kommenden Patienten			76,4 %	72,2 %
Asthma				
Anteil DMP-Patienten			37,5 %	81,2 %
Anteil mit Peakflow-Meter		13,3 %	38,8 %	56,4 %
Anteil mit individuellem Inhalierschema		10,7 %	7,5 %	56,4 %
Anteil mit Viani/Symbicort			6,2 %	3,0 %
Anteil mit inhalativem Corticosteroid			16,2 %	27,8 %
Anteil mit Salbutamol			18,8 %	39,6 %
Anteil mit Schulung			0,0 %	0,0 %
KHK				
Anteil im DMP		88,3 %	98,2 %	78,7 %
gleichzeitig KHK und Hypertonie			44,0 %	51,0 %
Anteil Hypertonie-Schulung bei gleichzeitiger Hypertonie		24,4 %	29,5 %	25,5 %
ASS auf Rp			47,4 %	42,7 %
Statin			47,4 %	61,3 %
Betablocker			63,2 %	89,3 %
COPD				
Stadium I nach GOLD				3 Pat.
Stadium II				20 Pat.
Stadium III				10 Pat.
Stadium IV				4 Pat.
Anteil DMP-Patienten			55,6 %	100,0 %
Anteil Schulungen			0,0 %	0,0 %

Tabelle 4 Qualitätsindikatoren „DMP-Erkrankungen“.

und COPD-Patienten nach anfänglich niedrigen Zahlen erheblich gestiegen.

Patienten-Schulungen stellen einen wichtigen Teil der Disease-Management-Programme dar. Der Anteil jemals geschulter Patienten mit Diabetes und/oder KHK, die am DMP teilnehmen, ist mit etwa 25 % (KHK-Hypertonie), etwa 14 % (Insulin-Schulung) sowie etwa 16 % (Diabetes-Hypertonie) etwa gleich geblieben. Der Anteil geschulter Diabetiker ging von 53,4 % auf 41,9 % zurück (Tabelle 4). Asthma- und COPD-Patienten wurden überhaupt nicht geschult.

Der Anteil der für ein kardiovaskuläres Risiko-Assessment infrage kommen-

den Diabetiker mit ARRIBA-Beratung liegt mit 72,2 % hoch.

Der Anteil mit einem Peakflow-Meter ausgestatteter Asthmatiker ist von 38,8 auf 56,4 %, derjenigen mit einem individuellen Inhalierschema („Ampelplan“) von 7,5 auf 56,4 % gestiegen.

Der Anteil mit Viani oder Symbicort behandelte Asthmatiker liegt mit 3 % niedrig und ist gegenüber dem Vorjahr leicht rückläufig.

Der Anteil mit einem inhalativen Steroid behandelte Asthmatiker ist von 16,2 auf 27,8 % gegenüber dem Vorjahr leicht angestiegen.

Salbutamol wurde deutlich häufiger eingesetzt (39,6 vs. 18,8 %).

42,7 % (im Vorjahresquartal 47,4 %) der KHK-Patienten erhielten ASS auf Kassenrezept. Der Anteil der mit Simvastatin und einem Betablocker behandelte ist von 47,4 auf 61,3 % resp. von 63,2 auf 89,3 % deutlich angestiegen.

Eine COPD liegt vorrangig in den mittleren Stadien II (54,1 %) und III (27,0 %) vor.

Weitere Qualitätsindikatoren

Der Anteil herzinsuffizienter Patienten, die die Patienten-Info der DEGAM-Leit-

Jahr	2004	2005	2006	2007
Herzinsuffizienz				
Anteil mit DEGAM-Patienten-Info				19,00 %
Vorhofflimmern			2,2 %	2,1 %
Davon antikoaguliert			52 %	88 %
Osteoporose				
Anteil mit Bisphosphonat				20,70 %
Anteil mit Kontraindikation				17,20 %
wollten kein Bisphosphonat				2 Pat.
Tumor-Patienten				
Meldung ans Krebsregister erfolgt				93,80 %
Impfungen				
Vollständig gegen Tetanus, Diphtherie und Polio geimpft			59,8 %	55,8 %
wollten keine Impfungen			1,8 %	1,2 %
Grippeimpfungen			180 Pat.	230 Pat.
bei KHK-Patienten			56 Pat.	37 Pat.
bei COPD-Patienten			27 Pat.	22 Pat.
bei Rentnern			336 Pat.	184 Pat.
Kleine Chirurgie				
Wunde heilte primär				3 Pat.
Wunde heilte nicht primär				0 Pat.
Hypertoniker				
Anteil mit ARRIBA-Beratung			56,0 %	48,6 %
ACE-Hemmer			27,2 %	24,6 %
Sartane pro alle Pat. mit ACE-Hemmer oder Sartan			10,6 %	14,3 %
Diuretikum			25,1 %	24,0 %
kodierte Diagnose: „hat eigenes RR-Gerät“			0,6 %	4,1 %
Patientenbücher	130	130	303	365

Tabelle 5 Weitere Qualitätsindikatoren.

linie zum Thema erhalten haben, beträgt 19 %.

Der Anteil an Patienten mit Vorhofflimmern, die antikoaguliert sind, liegt mit 88 % hoch.

Unter den Patienten mit einer Osteoporose bekamen 20,7 % ein Bisphosphonat, 17,2 % hatten eine Kontraindikation gegen diese Behandlung, 7 % entschieden sich dagegen.

Mit 93,8 % lag der Anteil ans Bremer Krebsregister gemeldeter Tumorerkrankungen sehr hoch.

55,8 % der Patienten waren vollständig geimpft und 1,2 % wollten keine Impfungen.

18,8 % der Patienten waren gegen Grippe geimpft, davon relativ 16,1 % mit einer KHK, 9,6 % mit einer COPD

und 80 % Rentner (Mehrfach-Aufführungen möglich).

Bei allen drei durchgeführten kleinen operativen Eingriffen heilte die Wunde primär.

48,6 % der Hypertoniker hatten in den zurückliegenden 2 Jahren eine ARRIBA-Beratung bekommen, wobei hier nicht nach Alter und Vorliegen einer kardiovaskulären Erkrankung differenziert worden war.

24,6 % der Hypertoniker erhielten einen ACE-Hemmer, 24 % ein Diuretikum. Von den mit einem ACE-Hemmer oder einem Sartan Behandelten bekamen 14,3 % ein Sartan.

4,1 % der Hypertoniker trugen die Pseudo-Diagnose „Art. Hypertonie – hat eigenes RR-Gerät“.

Diskussion

Die Darstellung der Altersstruktur der Praxis sowie des Anteils an Rentnern und Menschen mit Migrations-Hintergrund hilft, Besonderheiten der Praxis zu erfassen und dies im Vergleich mit anderen Praxen zu berücksichtigen.

Die Entscheidung, Krankheiten und nicht Beratungsanlässe zu untersuchen, war keine grundsätzliche, sondern eine pragmatische: Die Definition der meisten Krankheiten ist klarer, es gibt weniger Schwankungen bei der Prävalenz wie beispielsweise bei Wellen grippaler oder gastrointestinaler Infekte. Diese Schwerpunkt-Setzung bedeutet keinerlei Aussage gegen Untersuchungen zur Versorgung akut Erkrankter.

Möglicherweise zeigt diese Übersicht einen zu einseitigen Blick auf somatische Krankheiten. Eine mögliche Ursache besteht in der gelegentlichen Scheu, Patienten durch Setzen einer „Psycho-Diagnose“ zu stigmatisieren. Eine ähnliche Scheu vor Traumatisierung unserer Patienten beobachten wir bei uns selbst, überhaupt psychometrische Testverfahren zu Depression, Demenz u. ä. durchzuführen – zudem bei Unsicherheit darüber, ob überhaupt therapeutische Handlungsoptionen bestehen [27, 28].

Eine der wenigen Krankheiten, deren zumindest kodierte Prävalenz zurückging, ist die Alkohol-Krankheit. Es bleibt unklar, ob dieser Rückgang real ist und mehr Alkoholiker trocken geworden sind oder ob auch hier unterkodiert wurde.

Ein Nikotinabusus wurde in Wirklichkeit natürlich bei weitem nicht, wie die Pseudo-Diagnose es ausdrückt, nur durch unsere Intervention beendet, sondern durch eine Vielzahl von Faktoren wie zunehmende gesellschaftliche Ächtung, Preisanstieg, Ratschläge durch Freunde etc. Auch hier bleibt es unsicher, ob real mehr Patienten aufgehört haben zu rauchen. Gefühlt ist es so. Dafür, dass sich die Kodierqualität eher verbessert hat, spricht, dass auch die kodierte Diagnose Nikotinabusus angestiegen ist.

Die DMP-Teilnahmequote als Qualitätsmarker ist, da es keine randomisierten Studien zur Effektivität der Intervention DMP selber gibt, natürlich zu hinterfragen. Sie wurde trotzdem mit aufgeführt, um darzustellen, wie groß der Anteil chronisch Kranker ist, der eine strukturierte Betreuung erhält.

Auffallend ist die ansteigende Prävalenz der in Disease-Management-Programmen abgebildeten Krankheiten. Das entspricht unserer Selbstwahrnehmung, dass wir beispielsweise bei Patienten mit chronischem Husten allein durch die Existenz eines DMP eher daran gedacht haben, dass Asthma oder COPD vorliegen könnten.

Die deutliche Zunahme der Versorgung mit Peakflow-Metern und inhalativen Inhalations-Schemata bei Asthmatikern entspricht mit Sicherheit nicht nur einer vollständigeren Kodierung, sondern einer realen Zunahme an Prozess-Qualität im Zusammenhang mit dem DMP Asthma.

Es fällt auf, dass Asthmatiker und COPD-Patienten bislang nicht geschult wurden. Ursache dafür ist zum einen,

Dr. med. Günther Egidi ...



... 52 Jahre alt, Vater von drei Kindern und Arzt für Allgemeinmedizin in einem Arbeiter-Vorort Bremens. Vorsitzender der Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen und Sprecher der Sektion Fortbildung der DEGAM.

dass uns die entsprechenden Materialien nicht zur Anwendung geeignet erschienen. Wir überarbeiteten und korrigierten sie nach der uns zur Verfügung stehenden Evidenz zum Teil. Zum anderen war das Praxis-Team mit der allgemeinen Verdichtung der anfallenden Tätigkeiten so stark gefordert, dass es uns in den letzten beiden Jahren kaum noch gelang, zusätzlich Patienten-Schulungen anzubieten.

Die Kodier-Qualität, d.h. der Anteil mit einer Diagnose resp. Pseudo-Diagnose versehener Patienten entspricht sicherlich nicht immer der realen Prävalenz der entsprechenden Krankheiten bzw. Qualitätsmerkmale.

So erscheint beispielsweise der Anteil der mit einem eigenen Blutdruck-Messgerät ausgestatteten Hypertoniker unplausibel niedrig – ganz offensichtlich haben wir häufig nicht daran gedacht, die entsprechende Pseudodiagnose zu setzen.

Ähnliches gilt für die Versorgung Herzinsuffizienter mit der DEGAM-Patienten-Info, für die Anzahl derjenigen, die mit dem Rauchen aufgehört haben sowie für die Dauer-Diagnosen Chronisches Schmerz-Syndrom und Depression.

Bei letzterer Diagnose besteht allerdings auch das reale Problem, dass die Übergänge zwischen passageren depressiven Störungen zu einer dauerhaft bestehenden Depression fließend sind.

Auf der anderen Seite verführen die möglichen finanziellen Anreize durch die Einstufung eines Patienten als „Chroniker“ bzw. durch die Extra-Verfügungen für die Teilnahme an den DMP dazu, die Schwelle zum Kodieren einer chronischen Erkrankung abzusenken.

Möglicherweise ist der Qualitäts-Indikator „Anteil der Patienten mit Vorhofflimmern, denen eine Antikoagulation angeboten wurde“, besser geeignet, hausärztliche Behandlungs-Qualität abzubilden, als der Anteil real Antikoagu-

lierter. Letzterer würde mögliche Kontraindikationen, aber auch die Ablehnung dieser Therapie durch die Patienten nicht widerspiegeln.

Die Verordnungen von Statinen bei KHK sowie von inhalativen Corticosteroiden bei Asthma erschienen im ersten Suchlauf unplausibel niedrig. Eine Ursache lag darin, dass Suchzeitraum das 4. Quartal 2007 war, die Medikamentensuche teilweise aber erst im Herbst 2008 durchgeführt wurde. Im Sinn einer preisbewussten Pharmakotherapie wird in unserer Praxis regelmäßig der Medikamenten-Stamm überarbeitet. Für die Suchfunktion muss aber auf die zum Zeitpunkt der Suche im Stamm vorhandenen Medikamente zugegriffen werden. Ein weiterer Grund bestand darin, dass nur ein Quartal erfasst wurde, bei Einnahme von ½ Tbl. Simvastatin 80 mg aber nicht in jedem Quartal eine Verordnung fällig wurde. Bei einer später durchgeführten Diagnose werden zudem in der Zwischenzeit eingetretene Infarkt-Ereignisse als Dauerdiagnosen fälschlich als auch im Suchzeitraum bestehend aufgeführt.

Die Verordnungen wurden noch einmal per Hand aus der elektronischen Kartei herausgeholt – sie stellten sich bei detaillierter Betrachtung als nicht nur deutlich höher als im ersten Suchlauf, sondern auch als höher gegenüber den Vorjahren heraus.

Generell ist die Aussagekraft der vorliegenden Untersuchung natürlich allein dadurch begrenzt, dass Daten aus nur einer Arzt-Praxis betrachtet wurden. Hierdurch ergibt sich ein Selektions-Effekt insofern, als sich allein durch persönliche Präferenzen eines Arztes die Prävalenzen verschiedener Erkrankungen erheblich unterscheiden können.

Schlussfolgerungen

Die Prävalenz chronischer Krankheiten in der hier untersuchten Praxis ist hoch.

Die ansteigende Prävalenz von Krankheiten wie Asthma und COPD entspricht mit hoher Wahrscheinlichkeit einer primären Unterkodierung mit Anstieg der Erfassung im Zusammenhang mit den entsprechenden Disease-Management-Programmen.

Die Darstellung bestimmter Qualitätsmarker ermöglicht es, gezielt darauf zu achten, ob Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen ausreichend mit den entsprechenden Patientenratgebern oder auch mit den dazu gehörenden Medikamenten versorgt sind. Dies betrifft bereits die Phase der Datenerfassung, nicht nur die Phase der Auswertung.

Die Suche mit dem Praxis-PC-System ermöglicht eine, wenn auch aufwendige, Erfassung der Prävalenz chronischer Krankheiten in Hausarzt-Praxen.

Eine solche Suche bedarf der permanenten Erweiterung nach selbstkritischer Reflexion wie auch nach kollegialen Rückmeldungen.

Als gutes Forum für solche Rückmeldungen hat sich der allgemeinmedizinische Listserver erwiesen. Es handelt sich hier um ein „work in progress“ – die Suchstandards werden laufend überarbeitet.

Die Autoren verwarren sich dagegen, die von ihnen untersuchten Quali-

tätsindikatoren zum Maßstab für Pay-for-Performance-Programme zu erheben. Auch wenn es einer gewissen Schizophrenie gleichkommt, solche Programme abzulehnen, wenn man mit hohem Aufwand und ohne zusätzliche Vergütung laufend an der Qualitätsverbesserung arbeitet, so bringt die Honorierung insbesondere nach Outcome-Indikatoren die erhebliche Gefahr mit sich, dass die Arbeit vom individuellen Patienten weg ausschließlich auf die Erreichung der Qualitätsziele gelenkt wird. Zudem wird sie dem sehr unterschiedlichen Case-Mix in den verschiedenen Praxen nicht nur nicht gerecht, sondern sie droht sogar bestehende Ungleichheiten zu verstärken, weil die Praxen die Patienten mit „schlechten Risiken“ selektieren könnten.

Ausblick

Nach den letzten Rückmeldungen aus dem Listserver werden in die nächste Suche als zusätzliche Diagnosen aufgenommen:

- Demenz
- Heim-Patienten
- Dauerkatheter-Träger

- Harninkontinenz
- Hausbesuchs-Patienten
- Vitamin-D-Mangel (relevant bei einem hohen Migranten-Anteil)
- Patienten mit durchgeführter Immuntherapie
- Patienten mit Arthrose/mit Gelenkersatz
- Patienten mit Medikamenten, die häufig zu unerwünschten Wirkungen führen, bei denen regelmäßige Sicherheits-Labor-Checks durchgeführt werden.
- Anteil Patienten mit Vorhofflimmern, die nachweislich über Vor- und Nachteile einer Antikoagulation beraten wurden und die im Fall einer durchgeführten Antikoagulation regelmäßige INR-Kontrollen alle 4 Wochen bekommen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Günther Egidi
Huchtlinger Heerstr. 41
28259 Bremen
Tel.: 04 21 / 5 79 76 75
E-Mail: familie-egidi@nord-com.net

Literatur

1. Eine Pubmed-Suche am 9.11.2008 mit den Suchbegriffen Family practice OR Primary health care OR Physicians, Family AND prevalence AND chronic disease erbrachte 126 Treffer, darunter nur 3 Arbeiten aus Deutschland (siehe 4, 5 und 2)
2. Chrubasik S, Junck H, Zappe HA, Stutzke O. A survey on pain complaints and health care utilization in a German population sample. *Eur J Anaesthesiol.* 1998 Jul; 15(4): 397–408. Diese Arbeit untersuchte die Prävalenz von Schmerzsymptomen auf Bevölkerungsebene, d.h. bei Patienten, die von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen versorgt wurden.
3. Braun RN, Temmel C. Die sogenannte Morbidität. *Wien Med Wochenschrift* 2002; 152: 618–623
4. Fink W, Haidinger G. Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen in 10 Jahren Allgemeinpraxis. *Z Allg Med* 2007; 83: 102–108
5. Pieper L, Schulz H, Klotsche J, Eichler T, Wittchen HU. Depression as a comorbid disorder in primary care. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz.* 2008 Apr; 51(4): 411–421
6. Wittchen HU, Hoyer J, Beesdo K, Krause P. [Problems and deficiencies in family physician's management of generalized anxiety disorders. Results of the GAD-P study and priorities for an improved care]. *Fortschr Med Orig.* 2001; 119 Suppl 1: 42–49
7. Hensler S, Wiesemann A. Diskreditierende Versorgungsstudien in deutschen Hausarztpraxen. *Z Allg Med* 2003; 79: 579–585
8. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Positionspapier Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten. http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/forschung/cc_einleitung/chroniker.htm
9. Schulze A, Lampert T. Bundes-Gesundheitsurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. http://www.rki.de/cln_091/nn_205338/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads_B/Beitrag_Rauchen,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Beitrag_Rauchen.pdf
10. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2003.* Oxford: Update Software
11. www.arriba-hausarzt.de
12. Psaty BM, Lumley T, Furberg CD et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents. A network meta-analysis. *JAMA* 2003; 298: 2534–2544
13. ONTARGET Investigators. Telmisartan, Ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *NEJM* 2008; 358: 1547–1559
14. Nelson HS, Weiss ST, Bleecker ER et al. The Salmeterol Multicenter Asthma Research Trial: A Comparison of Usual Pharmacotherapy for Asthma or Usual Pharmacotherapy Plus Salmeterol. *Chest* 2006; 129: 15–26
15. Bateman E et al. Meta-analysis: effects of adding salmeterol to inhaled corticosteroids on serious asthma-related events. *Ann Intern Med.* 2008 Jul 1; 149(1): 33–42
16. IfAP-Liste 1.7.2008
17. Nationale Versorgungs-Leitlinie Asthma

- Version 1.5 von April 2008. http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/asthma/pdf/nvl_asthma_lang.pdf
18. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90 056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005; 366: 1267–78
 19. Schwabe U, Paffrath D (2007) *Arzneiverordnungsreport*. Springer, Heidelberg
 20. Mant J, Hobbs R, Fletcher K et al. Warfarin versus aspirin for stroke prevention in an elderly community population with atrial fibrillation (the Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study, BAFTA): a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 493–503
 21. Van Walraven C, Hart RG, Wells GA et al. A clinical prediction rule to identify patients with atrial fibrillation and a low risk for stroke while taking aspirin. *Arch Intern Med* 2003; 163: 936–943
 22. Mitteilung der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut: Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: Juli 2008. *Epidemiologisches Bulletin* 30/2008
 23. Voordouw ACG, Sturkenboom MC, Dielemann JP. Annual Revaccination Against Influenza and Mortality Risk in Community-Dwelling Elderly Persons. *JAMA* 2004; 292: 2089–2095
 24. Jefferson T. Influenza vaccination: policy versus evidence. *BMJ* 2006; 333: 912–915
 25. http://degam.de/alt/cme/index_cm.htm
 26. http://www.statistik-bremen.de/tabeln/kleinraum/stadt_ottab/124.htm
 27. Abholz HH, Pentzek M. Hausärztliche Versorgung von Patienten mit einer Demenz – Gedanken auf Basis von Alltagserfahrung und empirischen Befunden. *Z Allg Med* 2007; 83: 61–65
 28. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB et al. Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008 5 (2): 45. doi:10.1371/journal.pmed.0050045