

Qualitätsbericht des ersten Halbjahres 2008 zum Disease Management

Programm (DMP) Koronare Herzkrankheit

**Gemeinsame Einrichtung der Krankenkassenverbände
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg
BKK Landesverband Baden-Württemberg, IKK classic,
Knappschaft, Regionaldirektion München
und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg
zu den DMP Asthma und COPD, Diabetes mellitus Typ 1, Typ 2 sowie Koronare
Herzkrankheit**

Qualitätsberichte zu den Disease Management Programmen (DMP)

Liebe Leserin,
lieber Leser,

die Krankenkassenverbände, die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg und die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft haben in Baden-Württemberg flächendeckend Disease Management Programme für die Indikationen Asthma und Chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen, Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie koronare Herzkrankheit eingeführt. Die Rechtsgrundlage zu den DMP finden Sie in § 137f SGB V.

Die oben genannten Vertragspartner haben sich in der Gemeinsamen Einrichtung zusammengeschlossen, um die in § 137f SGB V in Verbindung mit der Risikostrukturausgleichsverordnung vorgegebenen Qualitätsziele gemeinsam umzusetzen.

Das erklärte Ziel von DMP ist es, die medizinische Versorgung der Patienten durch die Steuerung und Optimierung der Behandlungsabläufe zu verbessern. Durch eine kontinuierliche, koordinierte Behandlung und Betreuung nach evidenzbasierten Leitlinien sollen Komplikationen und Spätfolgen der Erkrankung reduziert oder vermieden werden. Für die Betreuung des Patienten ist eine laufende Qualitätskontrolle vorgesehen. Hierfür werden alle relevanten Behandlungsdaten erfasst und ausgewertet. Behandelnde Ärzte erhalten regelmäßig Feedbackberichte, die ihnen eine neutrale, anonymisierte Rückmeldung über ihr ärztliches Handeln vermitteln.

In den Qualitätsberichten werden indikationsbezogen die Gesamtergebnisse aller in Baden-Württemberg an einem DMP teilnehmenden Ärzte abgebildet. Die teilnehmenden Leistungserbringer und die interessierte Öffentlichkeit sollen mit diesen Qualitätssicherungsberichten die Möglichkeit bekommen, einen Einblick in die Erreichung der Qualitätssicherungsziele in den einzelnen DMP zu erhalten.

Weitere Fragen beantwortet Ihnen gerne Herr Rees, Leiter der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung unter der Telefonnummer 0761/884-4432 oder per E-Mail unter: Klaus.Rees@kvbawue.de.

Indikationsspezifischer Bericht zur Koronaren Herzkrankheit für die Gemeinsame Einrichtung

Ausgabe für den Berichtszeitraum 01.01.2008 bis 30.06.2008

Erstellungstag: 26.01.2009

Inhaltsverzeichnis		C Erweiterter Qualitätsbericht	
A	Übersicht		
1.	Zusammenfassung des Kernberichts DMP Koronare Herzkrankheit	5	
2.	Hinweise zum Gebrauch des Berichtes	7	
B	DMP-Kernbericht		
1.	Erhöhung der Zahl normotensiver Patienten mit bekannter Hypertonie	9	
2.	Medikamentöse Therapie		
2.1.	Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern zur Sekundärprävention	10	
2.2.	Therapie mit Betablockern bei Patienten mit chronischer KHK	11	
2.3.	Therapie mit ACE-Hemmern bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz	12	
2.4.	Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern bei Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt	13	
3.	Verbesserung oder Verhinderung einer Verschlechterung der Angina pectoris Symptomatik	14	
4.	Kooperation der Versorgungsebenen		
4.1.	Überweisung bei zunehmender oder erstmalig aufgetretener Angina pectoris Symptomatik	15	
4.2.	Überweisung bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz	16	
4.3.	Überweisung bei neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen	17	
5.	Schulungen		
5.1.	Wahrnehmung empfohlener Diabetes-Schulungen	18	
5.2.	Wahrnehmung empfohlener Hypertonie-Schulungen	19	
1.	Basisdaten		
1.1.	Alters- und Geschlechtsverteilung		21
1.2.	Anzahl ausgewerteter Dokumentationen		22
2.	Risikofaktoren		
2.1.	Rauchen		23
2.2.	LDL-Cholesterin		24
3.	Leistungsgeschehen		
3.1.	Stationäre notfallmäßige Behandlung innerhalb von 6 Monaten		25
3.2.	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung innerhalb von 6 Monaten		26
4.	Akutes Koronarsyndrom		27
5.	Angina pectoris Symptomatik		28
6.	Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern bei allen Patienten mit chronischer KHK		29
7.	Therapie mit Betablockern nach akutem Myokardinfarkt		30
8.	Blutdruckklassen der Patienten mit Hypertonie		31
9.	Veränderung der Blutdruckklassen bei Patienten mit Hypertonie		32

A Übersicht

Zusammenfassung der erreichten Qualitätsziele des Kernberichtes

Blutdruckeinstellung (S.8)

Anteil der Patienten, die bei bekannter Hypertonie aktuell normotensive Blutdruckwerte (< 140/90 mmHg) aufweisen an allen eingeschriebenen Patienten mit bekannter Hypertonie.



Thrombozytenaggregationshemmer (S.9)

Anteil der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit Thrombozytenaggregationshemmern behandelt werden an allen eingeschriebenen Patienten ohne Kontraindikationen.



Betablocker (S.10)

Anteil der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit Betablockern behandelt werden an allen eingeschriebenen Patienten ohne Kontraindikationen.



ACE-Hemmer (S.11)

Anteil der Patienten mit vorliegender Herzinsuffizienz, die ACE-Hemmer erhalten an allen eingeschriebenen Patienten mit Herzinsuffizienz.



HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (S.12)

Anteil der Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt, die mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern behandelt werden an allen eingeschriebenen Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt.



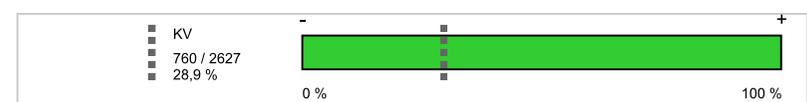
Verbesserung der Angina pectoris Symptomatik (S.13)

Anteil der Patienten mit neu aufgetretener oder verschlechterter AP-Symptomatik an allen eingeschriebenen Patienten ohne Shift-Patienten.



Überweisung bei AP-Symptomatik (S.14)

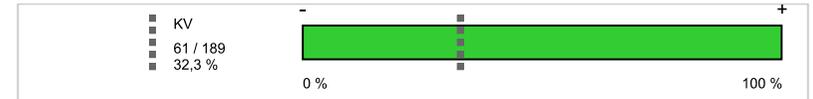
Anteil der Patienten mit zunehmender (typischer) oder erstmaliger (typischer oder atypischer) AP-Symptomatik, für die eine Überweisung veranlasst wurde an allen eingeschriebenen Patienten mit zunehmender (typischer) oder erstmaliger (typischer oder atypischer) AP-Symptomatik.



Zusammenfassung der erreichten Qualitätsziele des Kernberichtes

Überweisung bei Herzinsuffizienz (S.15)

Anteil der Patienten mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz, für die eine Überweisung veranlasst wurde an allen eingeschriebenen Patienten mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz.



Überweisung bei symptomatischen Herzrhythmusstörungen (S.16)

Anteil der Patienten mit neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen, für die eine Überweisung veranlasst wurde an allen eingeschriebenen Patienten mit neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen.



Diabetes-Schulungen (S.17)

Anteil der Patienten, die eine empfohlene Diabetes-Schulung wahrgenommen haben an allen eingeschriebenen Patienten, denen Sie eine Diabetes-Schulung empfohlen haben.



Hypertonie-Schulungen (S.18)

Anteil der Patienten, die eine empfohlene Hypertonie-Schulung wahrgenommen haben an allen eingeschriebenen Patienten, denen Sie eine Hypertonie-Schulung empfohlen haben.



Hinweise zum Gebrauch des Berichtes

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

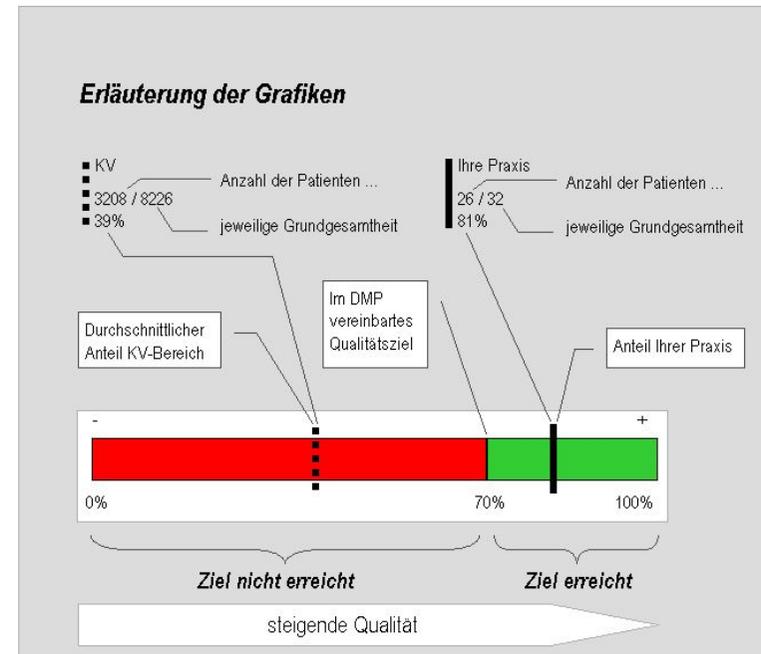
der Ihnen vorliegende Bericht ist in drei Abschnitte gegliedert. Im ersten Teil finden Sie eine **Übersichtsseite**, auf der Ihre Ergebnisse der Qualitätsziele des Kernberichts zusammengefasst dargestellt sind. Der **Kernbericht**, in dem über die im DMP*-Vertrag vereinbarten Qualitätsziele berichtet wird, befindet sich im Abschnitt B. Abschnitt C enthält den **erweiterterten Qualitätsbericht**, der Ihnen ebenfalls auf Basis der RSAV** aufbereitete Informationen zu Ihren Patienten bereitstellt.

Inhaltliche Grundlage der Auswertungen ist die Anlage 5 der RSAV**. Der Bericht umfasst dabei Beschreibungen Ihrer Patienten, der bei Ihnen durchgeführten Maßnahmen sowie die Darstellung klinischer Verläufe Ihrer Patienten. Die Aussagen des Berichtes beziehen sich generell auf die von Ihnen in den Dokumentationsbögen hinterlegten Angaben.

Beide Teile umfassen insgesamt Themen. Auf der linken Seitenhälfte sehen Sie die Ergebnisse im Text, auf der rechten Seitenhälfte sind die Ergebnisse in Form von Abbildungen oder Tabellen dargestellt. Ein einführender Text zu Beginn jeder Seite stellt das Thema kurz vor. Zu einigen Themen haben wir besonders wichtige Passagen aus der RSAV zitiert.

Zur Veranschaulichung der Ergebnisse haben wir neben dem erklärenden Text vor allem **Säulendiagramme** verwendet. Sie finden neben Ihren Ergebnissen (linke Diagrammhälfte) auch immer den **Vergleich mit Ihrer KV** (rechte Diagrammhälfte). Einige Werte werden zusätzlich im **zeitlichen Verlauf** (Halbjahresabschnitte) dargestellt. Die Höhe der Säulen entspricht den relativen Anteilen, die absoluten Zahlen sind zusätzlich tabellarisch aufgeführt.

Im Abschnitt A.1 befindet sich die Zusammenfassung des DMP-Kernberichts. Die nachfolgende Abbildung erläutert die Grafiken dieser zusammenfassenden Übersichtsseiten.



Der Bericht wertet nur die Dokumentationsbogen aus, die von der Datenannahmestelle als vollständig und plausibel bewertet und an die Berichtsstelle weitergegeben wurden. Außerdem werden, da Längsschnittbetrachtungen über den Halbjahreszeitraum angestellt werden, Patienten erst dann berücksichtigt, wenn mindestens zwei Dokumentationen vorliegen. Daraus ergibt sich, dass die von Ihnen **dokumentierte Anzahl von Patienten in der Regel größer sein wird als die Anzahl der Patienten über die an dieser Stelle berichtet wird**.

Konkret heißt dies, dass für Ihre KV im vergangenen Berichtszeitraum in Ihrer KV:43832 Patienten und im aktuellen Berichtszeitraum in Ihrer KV:51348 Patienten berücksichtigt wurden.

*Disease-Management-Programm

**Risikostrukturausgleichsverordnung

B DMP-Kernbericht

B.1.DMP-Kernbericht → Erhöhung der Zahl normotensiver Patienten mit bekannter Hypertonie

Thema: Erhöhung der Zahl normotensiver Patienten mit bekannter Hypertonie

Die Hypertonie ist ein wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung der Arteriosklerose und damit der koronaren Herzkrankheit. Die Senkung erhöhter Blutdruckwerte in den Bereich < 140 und < 90 mmHg ist deshalb ein wichtiger Parameter bei der individuellen Therapiezielplanung.

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

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

der Patienten mit bekannter Hypertonie normotensive Werte aufweisen sollen.

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten, die bei bekannter Hypertonie aktuell normotensive Blutdruckwerte (< 140 und < 90 mmHg) aufweisen

an

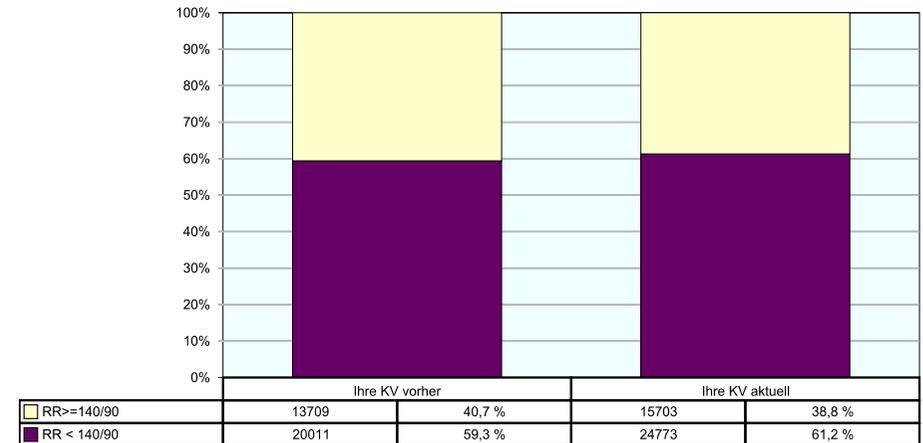
allen eingeschriebenen Patienten mit bekannter Hypertonie.

Der Anteil der Patienten mit bekannter Hypertonie, die normotensive Blutdruckwerte aufweisen, betrug im aktuellen Berichtszeitraum in Ihrer KV: 61,2%.

Im Durchschnitt aller Praxen Ihrer KV wurde das Qualitätsziel erreicht.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten mit normotensiven Blutdruckwerten bei bekannter Hypertonie



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
Patienten mit bekannter Hypertonie (Berechnungsbasis)	33720	40476
Patienten ohne bekannte Hypertonie (nicht berücksichtigt)	10112	10872
alle eingeschriebenen Patienten	43832	51348

Thema: Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern zur Sekundärprävention

"Grundsätzlich sollen alle Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten Thrombozytenaggregationshemmer erhalten." (Anl. 5)

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

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

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

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit Thrombozytenaggregationshemmern behandelt werden

an

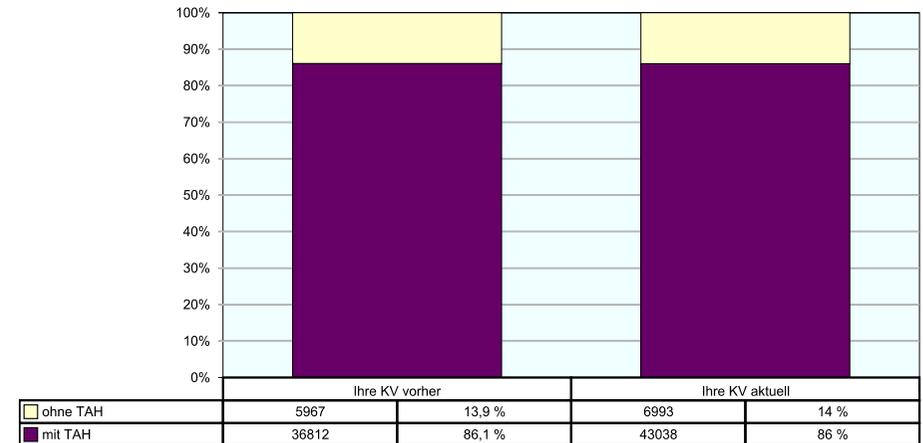
allen eingeschriebenen Patienten ohne Kontraindikationen.

Der Anteil der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit TAH behandelt werden, betrug im Berichtszeitraum in Ihrer KV: 86,0%.

Im Durchschnitt aller Praxen Ihrer KV wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) behandelt werden



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
Patienten ohne Kontraindikationen gegen TAH (Berechnungsbasis)	42779	50031
Patienten mit Kontraindikationen gegen TAH (nicht berücksichtigt)	1053	1317
alle eingeschriebenen Patienten	43832	51348

Thema: Therapie mit Betablockern bei Patienten mit chronischer KHK

"Für die Behandlung der chronischen KHK, insbesondere nach akutem Myokardinfarkt, sind Betablocker hinsichtlich der in Ziffer 1.3. (7. RSAV) genannten Therapieziele Mittel der ersten Wahl, auch bei relativen Kontraindikationen." (Anl. 5)

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

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

der Patienten ohne Kontraindikationen mit Betablockern behandelt werden sollen.

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit Betablockern behandelt werden

an

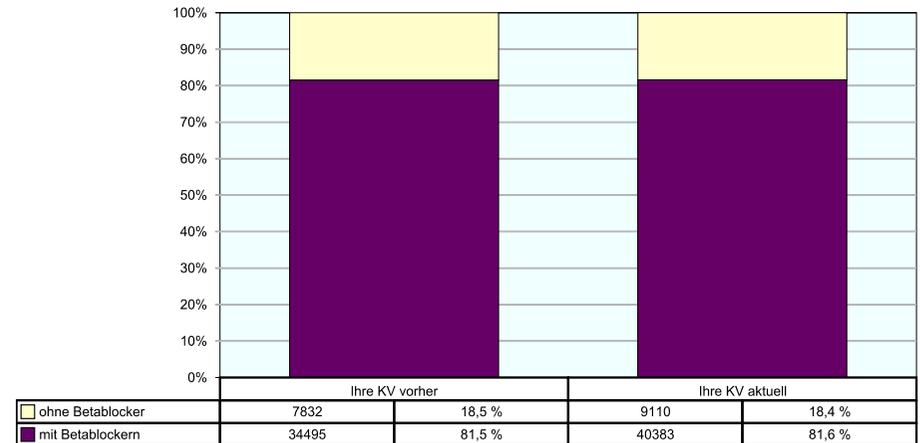
allen eingeschriebenen Patienten ohne Kontraindikationen.

Der Anteil der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit Betablockern behandelt werden, betrug im Berichtszeitraum in Ihrer KV: 81,6%.

Im Durchschnitt aller Praxen Ihrer KV wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten ohne Kontraindikationen, die mit Betablockern behandelt werden



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
Patienten ohne Kontraindikationen gegen Betablocker (Berechnungsbasis)	42327	49493
Patienten mit Kontraindikationen gegen Betablocker (nicht berücksichtigt)	1505	1855
alle eingeschriebenen Patienten	43832	51348

Thema: Therapie mit ACE-Hemmern bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz

"Bei chronischer KHK mit gleichzeitig vorliegender Herzinsuffizienz oder mit asymptotischer linksventrikulärer Dysfunktion ist eine Therapie mit Angiotensin-Conversions-Enzym-Hemmern (ACE-Hemmer) grundsätzlich indiziert." (Anl. 5)

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

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

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

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten mit vorliegender Herzinsuffizienz, die ACE-Hemmer erhalten

an

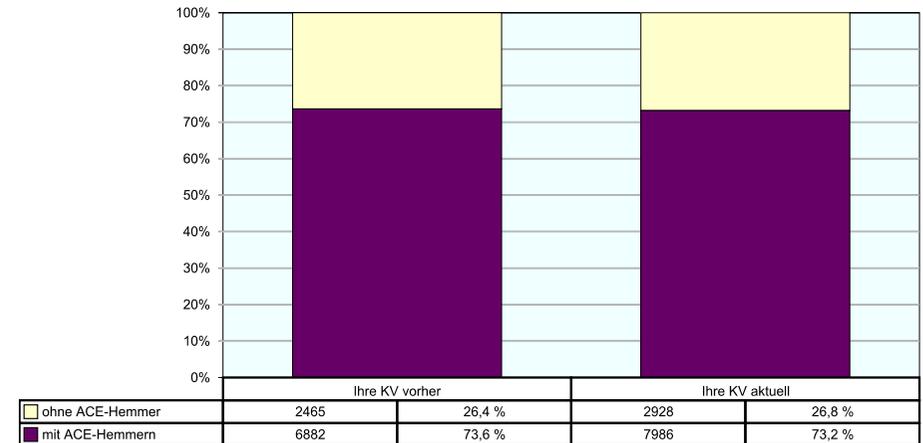
allen eingeschriebenen Patienten mit Herzinsuffizienz.

Der Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit ACE-Hemmern behandelt werden, betrug im Berichtszeitraum in Ihrer KV: 73,2%.

Im Durchschnitt aller Praxen Ihrer KV wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit ACE-Hemmern behandelt werden



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
Patienten mit Herzinsuffizienz (Berechnungsbasis)	9347	10914
Patienten ohne bekannte Herzinsuffizienz (nicht berücksichtigt)	34485	40434
alle eingeschriebenen Patienten	43832	51348

Thema: Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern bei Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt

"Für die Therapie der chronischen KHK sollten HMG-CoA-Reduktasehemmer (Statine) erwogen werden für die eine morbiditäts- und mortalitätssenkende Wirkung nachgewiesen ist...."(Anl.5)

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

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

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

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt, die mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern behandelt werden

an

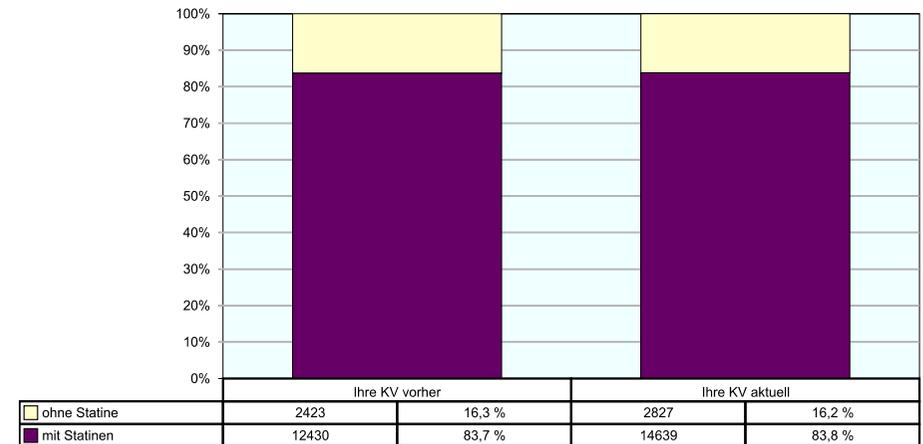
allen eingeschriebenen Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt.

Der Anteil der Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt, die mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern behandelt werden, betrug im Berichtszeitraum in Ihrer KV: 83,8%.

Im Durchschnitt aller Praxen Ihrer KV wurde das Qualitätsziel erreicht.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt, die mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statinen) behandelt werden



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt (Berechnungsbasis)	14853	17466
Patienten ohne dokumentierten Herzinfarkt (nicht berücksichtigt)	28979	33882
alle eingeschriebenen Patienten	43832	51348

Thema: Verbesserung oder Verhinderung einer Verschlechterung der Angina pectoris Symptomatik

Ein wichtiges Ziel des DMP Koronare Herzkrankheit ist die Steigerung der Lebensqualität der betroffenen Patienten, insbesondere durch die Vermeidung von Angina pectoris Beschwerden.

"Eine koronare Herzkrankheit ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Bei häufigem Auftreten von Angina pectoris Beschwerden ist die Lebensqualität vermindert. Daraus ergeben sich folgende Therapieziele. ... Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina-Pectoris-Beschwerden und Erhaltung der Belastungsfähigkeit."(Anl. 5)

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

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

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

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten mit neu aufgetretener oder verschlechterter AP-Symptomatik an allen eingeschriebenen Patienten ohne Shift-Patienten.

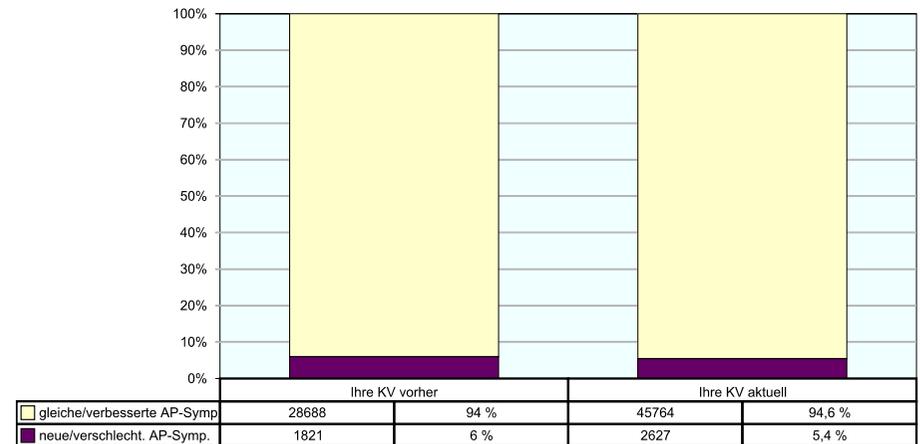
Als Shift-Patienten werden Patienten bezeichnet, deren AP-Symptomatik von einer typischen zu einer atypischen oder umgekehrt wechselt.

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

Im Durchschnitt aller Praxen Ihrer KV wurde das Qualitätsziel erreicht.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten mit neu aufgetretener oder verschlechterter AP-Symptomatik



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
alle Patienten ohne Shift-Patienten (Berechnungsbasis)	30509	48391
Shift-Patienten (nicht berücksichtigt)	13323	2957
alle eingeschriebenen Patienten	43832	51348

Thema: Überweisung bei zunehmender oder erstmalig aufgetretener Angina pectoris Symptomatik

In der RSAV ist der Therapieablauf für Patienten mit chronischer KHK unter Berücksichtigung der an der Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen dargestellt.

"Der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung und zur erweiterten Diagnostik und Risikostratifizierung von Patienten mit chronischer KHK zum jeweils qualifizierten Facharzt/zur qualifizierten Einrichtung bzw. zum Psychotherapeuten erfolgen soll: - zunehmende oder erstmalige Angina pectoris Beschwerden..." (Anl.5)

Ergebnis und Verlauf

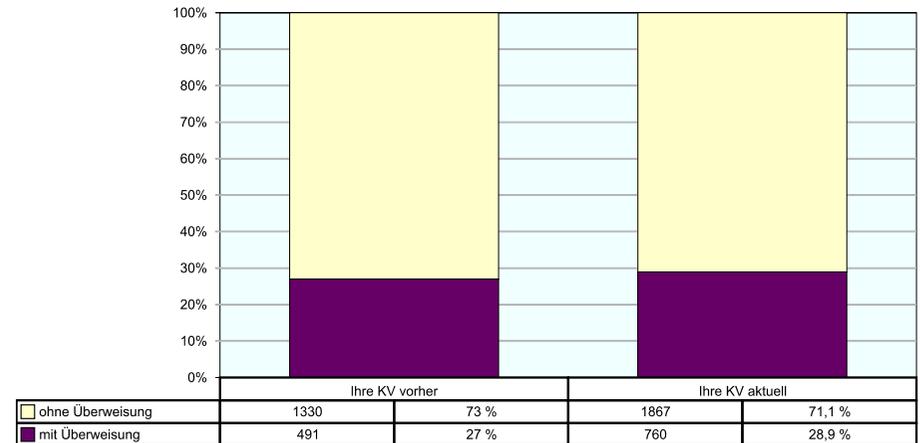
Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten mit zunehmender (typischer) oder erstmaliger (typischer oder atypischer) AP-Symptomatik, für die eine Überweisung veranlasst wurde an

allen eingeschriebenen Patienten mit zunehmender (typischer) oder erstmaliger (typischer oder atypischer) AP-Symptomatik.

Der Anteil der Patienten mit zunehmender (typischer) oder erstmaliger (typischer oder atypischer) AP-Symptomatik, für die eine Überweisung veranlasst wurde, betrug im Berichtszeitraum in Ihrer KV: 28,9%.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten mit zunehmender oder erstmaliger AP-Symptomatik, die überwiesen wurden



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
Patienten mit zunehmender oder erstmaliger AP-Symptomatik (Berechnungsbasis)	1821	2627
Patienten mit unveränderter oder ohne AP-Symptomatik (nicht berücksichtigt)	42011	48721
alle eingeschriebenen Patienten	43832	51348

Thema: Überweisung bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz

"Der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung und zur erweiterten Diagnostik und Risikostratifizierung von Patienten mit chronischer KHK zum jeweils qualifizierten Facharzt/zur qualifizierten Einrichtung bzw. zum Psychotherapeuten erfolgen soll: ... - neu aufgetretene Herzinsuffizienz..." (Anl.5)

Ergebnis und Verlauf

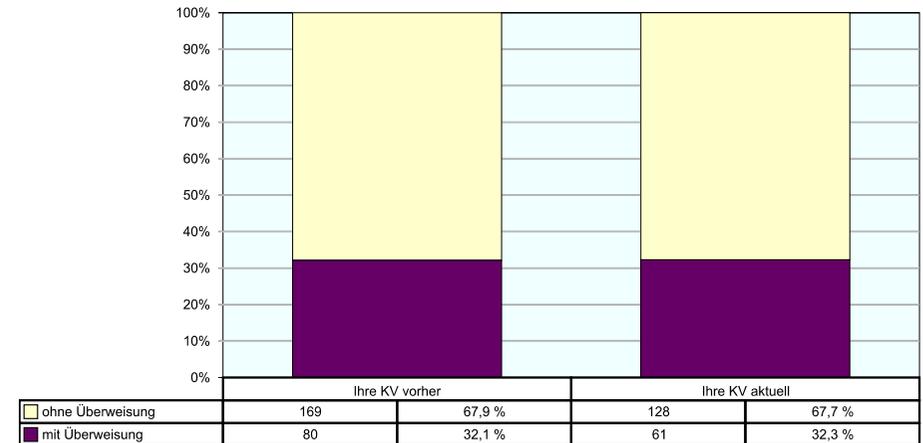
Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz, für die eine Überweisung veranlasst wurde an

allen eingeschriebenen Patienten mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz.

Der Anteil der Patienten mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz, für die eine Überweisung veranlasst wurde, betrug im Berichtszeitraum in Ihrer KV: 32,3%.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz, die überwiesen wurden



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
Patienten mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz (Berechnungsbasis)	249	189
Patienten ohne neu aufgetretene Herzinsuffizienz (nicht berücksichtigt)	43583	51159
alle eingeschriebenen Patienten	43832	51348

Thema: Überweisung bei neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen

"Der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung und zur erweiterten Diagnostik und Risikostratifizierung von Patienten mit chronischer KHK zum jeweils qualifizierten Facharzt/zur qualifizierten Einrichtung bzw. zum Psychotherapeuten erfolgen soll: ...- neu aufgetretene oder symptomatische Herzrhythmusstörungen ..."(Anl.5)

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten mit neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen, für die eine Überweisung veranlasst wurde

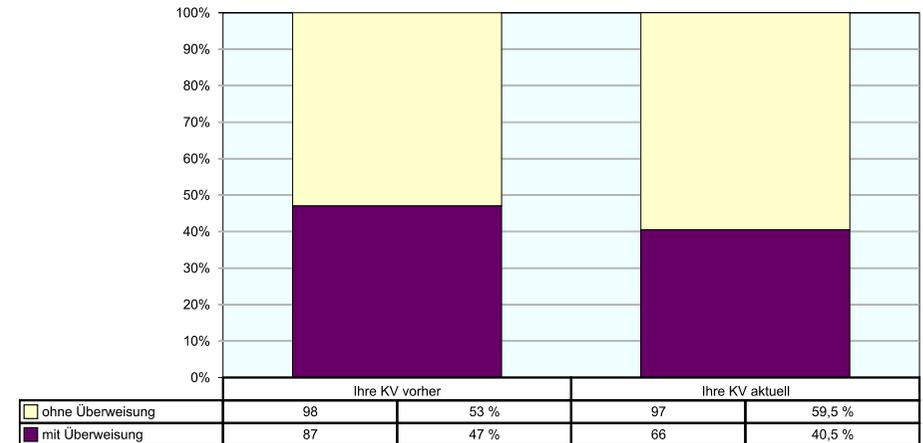
an

allen eingeschriebenen Patienten mit neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen.

Der Anteil der Patienten mit neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen, für die eine Überweisung veranlasst wurde, betrug im Berichtszeitraum in Ihrer KV: 40,5%.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten mit neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen, die überwiesen wurden



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
Patienten mit neu aufgetretenen symptomatischen Herzrhythmusstörungen (Berechnungsbasis)	185	163
Patienten ohne neu aufgetretene symptomatische Herzrhythmusstörungen (nicht berücksichtigt)	43647	51185
alle eingeschriebenen Patienten	43832	51348

Thema: Wahrnehmung empfohlener Diabetes-Schulungen

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

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

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten , die eine empfohlene Diabetes-Schulung

- wahrgenommen haben
- nicht wahrgenommen haben bzw.
- bei denen eine Schulung aktuell nicht möglich war

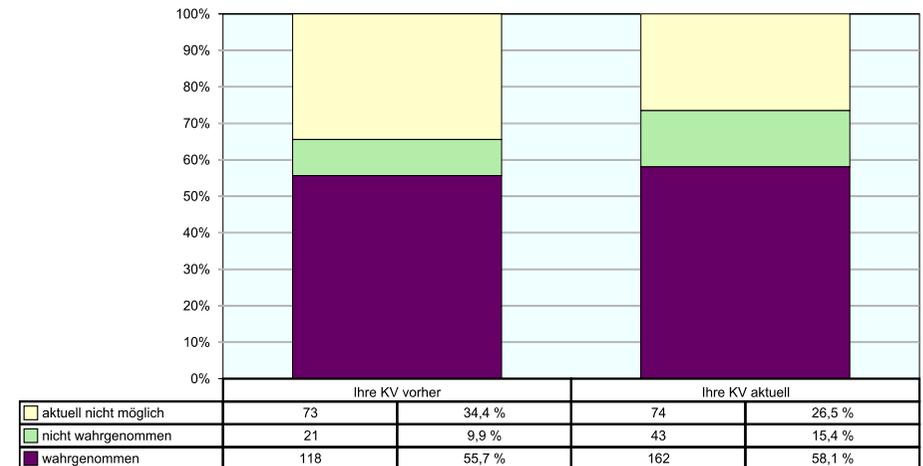
an allen eingeschriebenen Patienten, denen Sie eine Diabetes-Schulung empfohlen haben.

Der Anteil der Patienten , die eine empfohlene Diabetes-Schulung wahrgenommen haben, betrug im Berichtszeitraum in Ihrer KV: 58,1%.

Im Durchschnitt aller Praxen Ihrer KV wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten, die eine empfohlene Diabetes-Schulung wahrgenommen / nicht wahrgenommen haben bzw. bei denen eine Schulung aktuell nicht möglich war



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
Patienten mit Empfehlung einer Diabetes-Schulung (Berechnungsbasis)	212	279
Patienten ohne Empfehlung einer Diabetes-Schulung (nicht berücksichtigt)	43620	51069
alle eingeschriebenen Patienten	43832	51348

Thema: Wahrnehmung empfohlener Hypertonie-Schulungen

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

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten, die eine empfohlene Hypertonie-Schulung

- wahrgenommen haben
- nicht wahrgenommen haben bzw.
- bei denen eine Schulung aktuell nicht möglich war

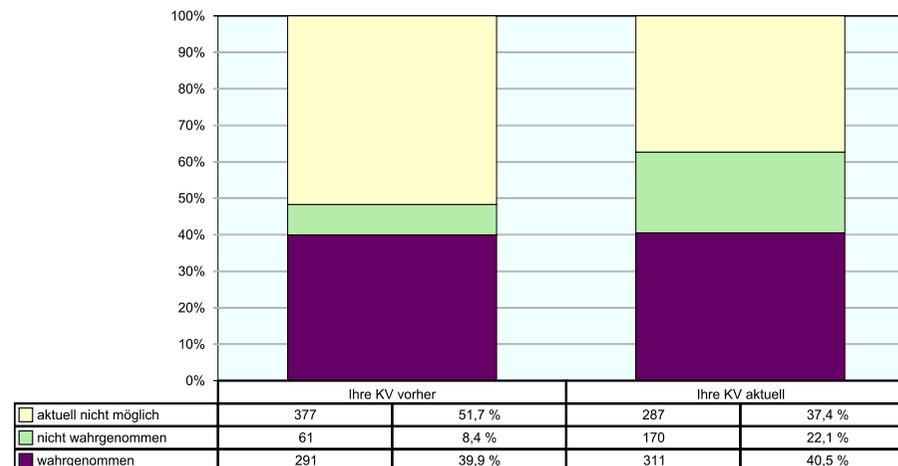
an allen eingeschriebenen Patienten, denen Sie eine Hypertonie-Schulung empfohlen haben.

Der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Hypertonie-Schulung wahrgenommen haben, betrug im Berichtszeitraum in Ihrer KV: 40,5%.

Im Durchschnitt aller Praxen Ihrer KV wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten, die eine empfohlene Hypertonie-Schulung wahrgenommen / nicht wahrgenommen haben bzw. bei denen eine Schulung aktuell nicht möglich war



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
Patienten mit Empfehlung einer Hypertonie-Schulung (Berechnungsbasis)	729	768
Patienten ohne Empfehlung einer Hypertonie-Schulung (nicht berücksichtigt)	43103	50580
alle eingeschriebenen Patienten	43832	51348

C Erweiterter Qualitätsbericht

Thema: Alters- und Geschlechtsverteilung

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

Patienten in Ihrer KV

Die **nebenstehenden Tabellen** stellen die Alters- und Geschlechtsverteilung der eingeschriebenen Patienten in Ihrer KV dar.

Die Anzahl, der zur Zeit in das DMP KHK eingeschlossenen Patienten beträgt für Ihre KV:51348.

Alter:

Im Durchschnitt sind die Patienten in Ihrer KV 70 Jahre alt.

Der Anteil der Patienten in Ihrer KV, die über 75 Jahre alt sind, beträgt 29,8%,

Der Anteil der Patienten in Ihrer KV, die höchstens 45 Jahre alt beträgt 1,8%.

Der Anteil der Patienten in Ihrer KV, die zwischen 46 Jahre und 75 Jahre alt sind, beträgt 68,3%.

Geschlecht:

35,4% der Patienten Ihrer KV sind weiblich. 64,6% der Patienten Ihrer KV sind männlich.

Tabellen

Altersverteilung der Patienten in allen Praxen Ihres KV-Bezirks

	Geschlecht			
	männlich		weiblich	
	Anzahl	in%	Anzahl	in%
<= 45	762	2,3	181	1,0
46 - 55	3179	9,6	957	5,3
56 - 65	7881	23,8	2708	14,9
66 - 75	13629	41,1	6738	37,1
> 75	7713	23,3	7600	41,8
Gesamt	33164	100,0	18184	100,0

Eventuelle Abweichungen in den Prozentzahlen ergeben sich durch Rundungsdifferenzen.

Thema: Anzahl ausgewerteter Dokumentationen

Ein wesentlicher Bestandteil dieser Halbjahresberichte ist die Darstellung von Ergebnissen im zeitlichen Verlauf. Der Vergleichszeitraum beträgt sechs Monate. Daher können in den vergleichenden Auswertungen grundsätzlich nur Patienten berücksichtigt werden, die im aktuellen Dokumentationszeitraum vollständig dokumentiert worden sind. Das bedeutet, dass Patienten nicht in die Auswertung aufgenommen werden können, wenn

- lediglich eine Erst- oder Folgedokumentation vorliegt oder
- die aktuelle und/oder die vorangegangene Dokumentation unvollständig sind.

Nur vollständige Dokumentationsbögen werden von der Datenannahmestelle weitergeleitet.

Dokumentationen in Ihrer KV

Die **nebenstehende Tabelle** stellt eine Übersicht über die erhaltenen und in diesem Bericht berücksichtigten Patientendokumentationen aus Ihrer KV dar. Zum Stichtag dieses Halbjahres-Berichtes erhielt die Berichtsstelle Dokumentationsbögen von 110866 Patienten aus Ihrer KV.

59518 Patienten konnten nicht im aktuellen Berichtszeitraum berücksichtigt werden, da für dieses Zeitintervall kein Folgedokumentationsbogen vorlag.

Somit können in diesem Bericht Ergebnisse und Verläufe von 51348 Patienten dargestellt werden.

Tabelle

Anzahl der für diesen Berichtszeitraum im vorliegenden Bericht berücksichtigten Patienten

Anzahl Patienten für die in der Berichtsstelle Dokumentationsbögen eingingen	110866
• Anzahl Patienten, für die nur eine Erstdokumentation vorlag	22855
• Anzahl Patienten mit Folgedokumentationen, jedoch keine Folgedokumentation im aktuellen Berichtszeitraum	36663
Anzahl Patienten, die in diesem Bericht berücksichtigt wurden	51348
• Davon: Anzahl Patienten mit Erst- und Folgedokumentation	11024
• Davon: Anzahl Patienten mit zwei Folgedokumentationen	40324

Thema: Rauchen

Gemeinsam mit dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf Basis der individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen.

"Im Rahmen der Therapie klärt der behandelnde Arzt den Patienten auf über die besonderen Risiken des Rauchens für Patienten mit KHK, verbunden mit den folgenden spezifischen Beratungsstrategien und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben...." (Anl.5)

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten in Ihrer KV, die Raucher bzw. Nichtraucher sind

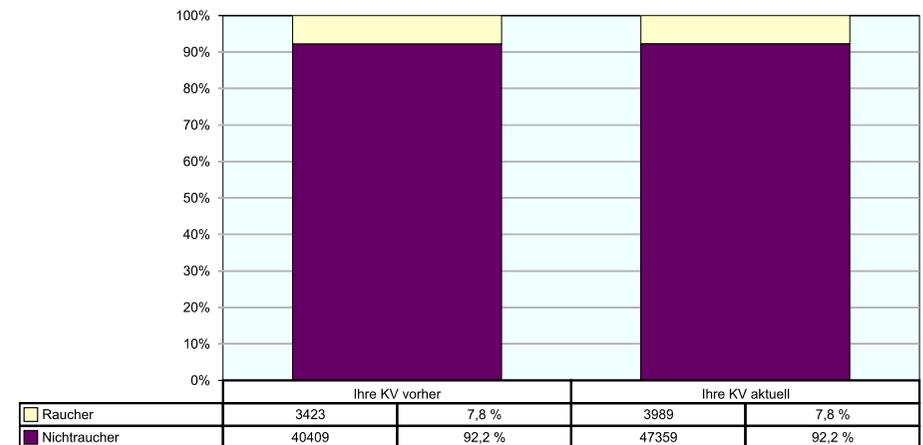
an

allen eingeschriebenen Patienten.

92,2% der Patienten Ihrer KV sind Nichtraucher.

Abbildung / Tabellen

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



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
alle eingeschriebenen Patienten (Berechnungsbasis)	43832	51348

Thema: LDL-Cholesterin

Einer der Risikofaktoren für koronare Herzerkrankungen sind erhöhte Lipidwerte. Das Herzinfarktrisiko wächst mit steigendem LDL-Cholesterinwert. Die Senkung dieses Wertes führt zu einer Verlangsamung der Progression der Atherosklerose, zu einer Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse sowie der Letalität von Patienten mit koronarer Herzerkrankung.

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten mit einem LDL-Cholesterin < 100 mg/ dl (2,6 mmol/l) bzw. \geq 100 mg/ dl (2,6 mmol/l) bzw. bei denen LDL-Cholesterin nicht untersucht wurde

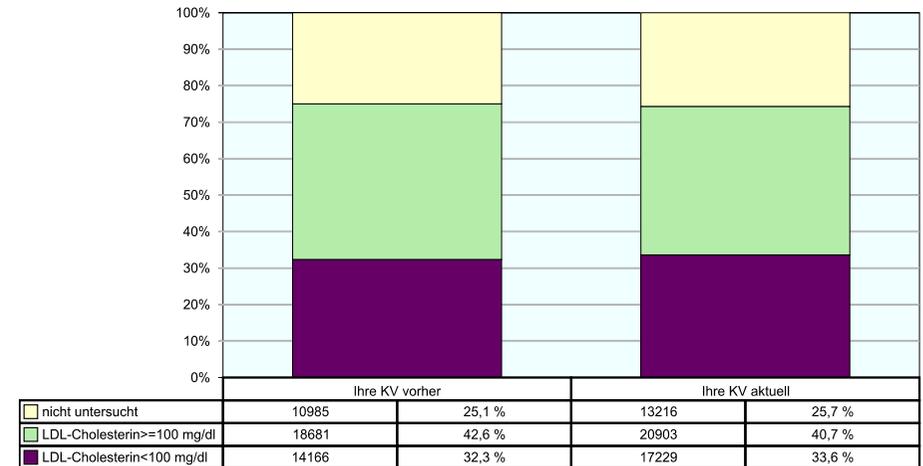
an

allen eingeschriebenen Patienten.

Im Berichtszeitraum betrug das LDL-Cholesterin bei 33,6% der Patienten in Ihrer KV < 100 mg/ dl (2,6 mmol/l).

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten mit einem LDL-Cholesterin < 100 mg/dl (2,6mmol/l) bzw. \geq 100 mg/ dl (2,6 mmol/l) bzw. bei denen LDL-Cholesterin nicht bestimmt wurde



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
alle eingeschriebenen Patienten (Berechnungsbasis)	43832	51348

Thema: Stationäre notfallmäßige Behandlung innerhalb von 6 Monaten

Die Reduktion notfallmäßiger Behandlungen ist im Sinne der Steigerung der Lebensqualität von Patienten mit KHK ein wesentliches Therapieziel.

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten, die mit den folgenden Häufigkeiten stationär notfallmäßig innerhalb von 6 Monaten behandelt werden mussten:

- nie
- einmal
- mehr als einmal

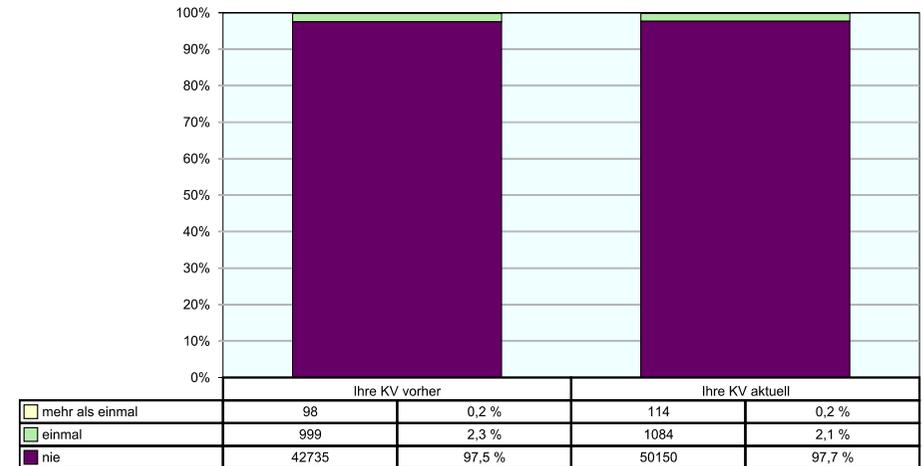
an

allen eingeschriebenen Patienten.

0,2% der Patienten Ihrer KV wurden innerhalb von 6 Monaten mehr als einmal stationär notfallmäßig behandelt.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten mit stationärer notfallmäßiger Behandlung innerhalb von 6 Monaten



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
alle eingeschriebenen Patienten (Berechnungsbasis)	43832	51348

Thema: Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung innerhalb von 6 Monaten

Die Reduktion notfallmäßiger Behandlungen ist im Sinne der Steigerung der Lebensqualität von Patienten mit KHK ein wesentliches Therapieziel.

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten, die mit den folgenden Häufigkeiten nicht-stationär notfallmäßig innerhalb von 6 Monaten behandelt werden mussten:

- nie
- einmal
- mehr als einmal

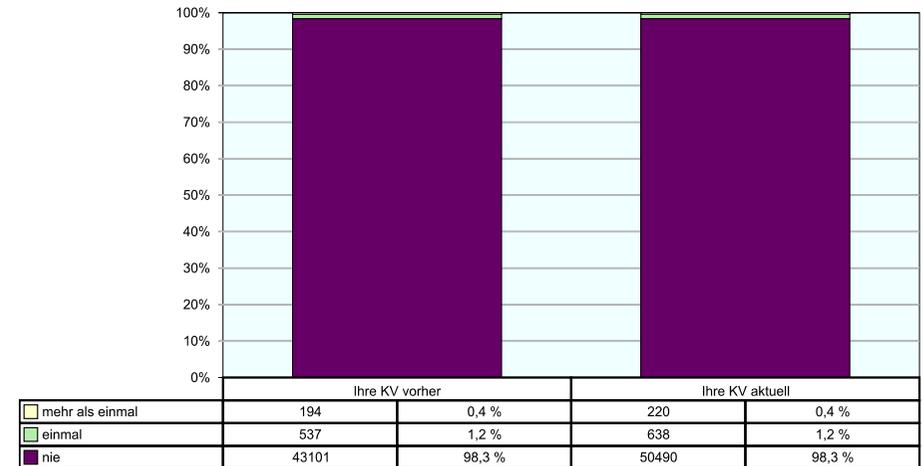
an

allen eingeschriebenen Patienten.

0,4% der Patienten Ihrer KV wurden innerhalb von 6 Monaten mehr als einmal nicht-stationär notfallmäßig behandelt.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten mit nicht-stationärer notfallmäßiger Behandlung innerhalb von 6 Monaten



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
alle eingeschriebenen Patienten (Berechnungsbasis)	43832	51348

C.4. Erweiterter Qualitätsbericht → Akutes Koronarsyndrom

Thema: Akutes Koronarsyndrom

"Das akute Koronarsyndrom beinhaltet die als Notfallsituation zu betrachtenden Verlaufsformen der koronaren Herzkrankheit: den ST-Hebungsinfarkt, den Nicht-ST-Hebungsinfarkt, die instabile Angina Pectoris." (Anl. 5)

Wir stellen Ihnen hier Ihre Patienten dar, bei denen seit der letzten Dokumentation ein akutes Koronarsyndrom auftrat.

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten mit einem akuten Koronarsyndrom seit dem letzten Bericht

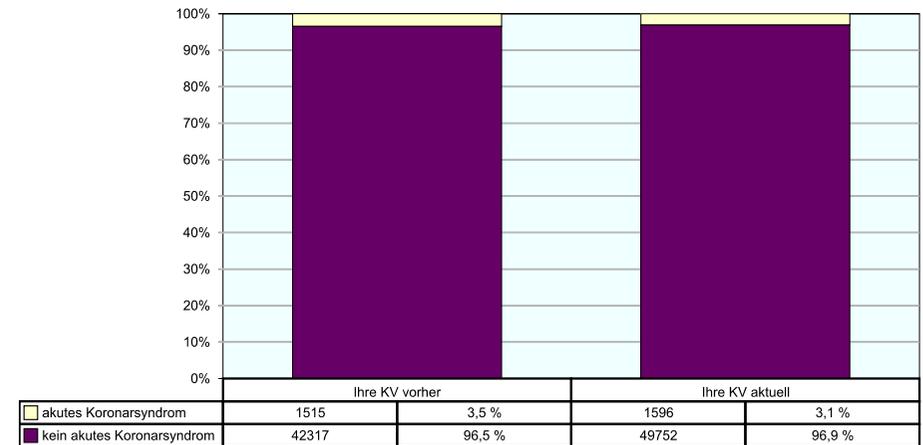
an

allen eingeschriebenen Patienten.

3,1% der Patienten Ihrer KV hatten seit dem letzten Bericht ein akutes Koronarsyndrom.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten mit einem akuten Koronarsyndrom seit dem letzten Bericht



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
alle eingeschriebenen Patienten (Berechnungsbasis)	43832	51348

Thema: Angina pectoris Symptomatik

Ergänzend zum Kernbericht stellen wir Ihnen hier Ihre Patienten mit einer typischen oder atypischen AP-Symptomatik und Ihre Patienten, die keine Schmerzsymptomatik aufweisen dar.

Die Einteilung der typischen AP-Symptomatik erfolgt in die vier Schweregrade (Grad I bis Grad IV).

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten mit einer typischen und einer atypischen AP-Symptomatik sowie die Patienten, die keine Schmerzsymptomatik (= Patienten mit nicht-anginösem Brustschmerz und Patienten ohne Schmerzsymptomatik) aufweisen

an

allen eingeschriebenen Patienten.

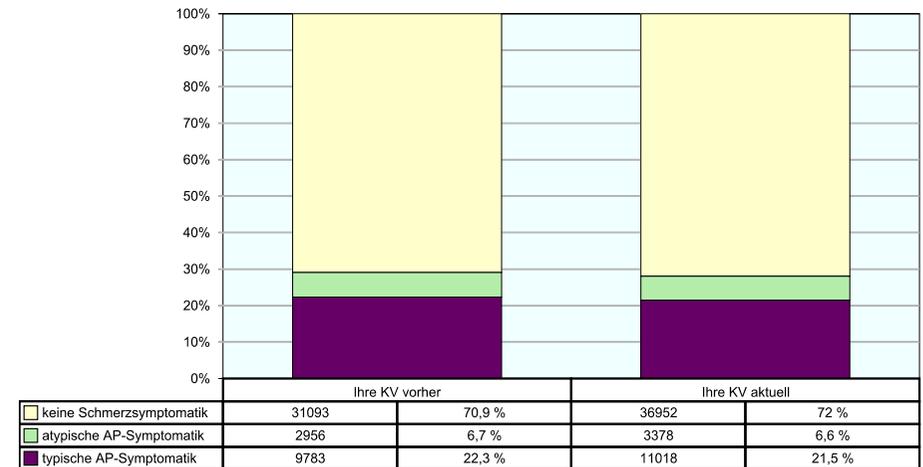
Der Anteil der Patienten ohne Schmerzsymptomatik hat sich im Vergleich zum vergangenen Berichtszeitraum in Ihrer KV um 1,1% erhöht.

Der Anteil der Patienten mit einer atypischen AP-Symptomatik hat sich im Vergleich zum vergangenen Berichtszeitraum in Ihrer KV um 0,1% verringert.

Der Anteil der Patienten mit einer typischen AP-Symptomatik hat sich im Vergleich zum vergangenen Berichtszeitraum in Ihrer KV um 0,8% verringert.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten mit typischer und atypischer AP-Symptomatik sowie ohne Schmerzsymptomatik



Einteilung der Patienten mit typischer Angina pectoris in Schweregrade		
Patienten mit typischer AP Grad I	5482	6210
Patienten mit typischer AP Grad II	2968	3357
Patienten mit typischer AP Grad III	1103	1219
Patienten mit typischer AP Grad IV	230	232

Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
alle eingeschriebenen Patienten (Berechnungsbasis)	43832	51348

Thema: Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern bei allen Patienten mit chronischer KHK

Im Kernbericht haben wir Ihnen die Patienten dargestellt, die Sie nach einem Herzinfarkt mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern behandeln. Hier stellen wir Ihnen alle Patienten dar, die mit Statinen behandelt werden.

"Für die Therapie der chronischen KHK sollten HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) erwogen werden, für die eine morbiditäts- und mortalitätssenkende Wirkung nachgewiesen ist." (Anl. 5)

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten, die mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern behandelt werden

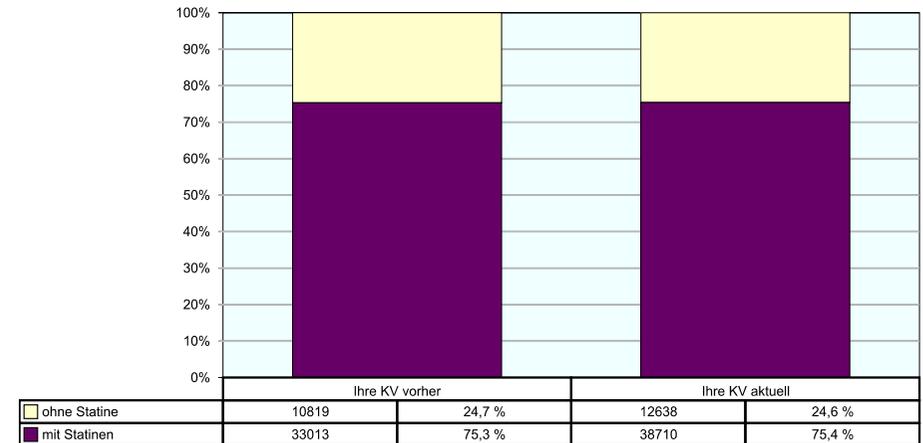
an

allen eingeschriebenen Patienten.

75,4% der Patienten in Ihrer KV erhielten im Berichtszeitraum HMG-CoA-Reduktase-Hemmer.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten, die mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statinen) behandelt werden



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
alle eingeschriebenen Patienten (Berechnungsbasis)	43832	51348

Thema: Therapie mit Betablockern nach akutem Myokardinfarkt

Im Kernbericht stellen wir Ihnen alle Patienten dar, die keine Kontraindikationen aufweisen und mit Betablockern behandelt werden. In dieser Darstellung zeigen wir Ihnen die Patienten, die Sie nach einem akutem Myokardinfarkt mit Betablockern behandeln.

Ergebnis und Verlauf

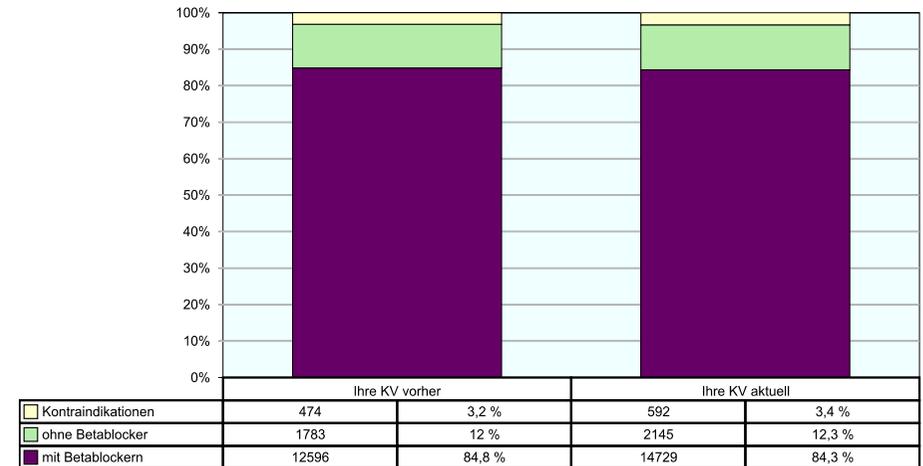
Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten mit Zustand nach akutem Myokardinfarkt, die Betablocker erhalten an

allen eingeschriebenen Patienten mit Zustand nach akutem Myokardinfarkt. Gesondert dargestellt werden Ihnen auch die Untergruppe von Patienten mit Kontraindikation gegen Betablocker.

84,3% der Patienten in Ihrer KV mit Zustand nach akutem Myokardinfarkt erhielten im Berichtszeitraum Betablocker.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten mit Zustand nach akutem Myokardinfarkt, die mit Betablockern behandelt werden



Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
Patienten mit Zustand nach Myokardinfarkt (Berechnungsbasis)	14853	17466
nicht berücksichtigte Patienten	28979	33882
alle eingeschriebenen Patienten	43832	51348

Thema: Blutdruckklassen der Patienten mit Hypertonie

Der Blutdruck ist ein wesentlicher Parameter bei der individuellen Therapieziel-Planung. Entsprechend der Einteilung der WHO werden folgende Blutdruckklassen differenziert:

WHO-Blutdruckklasse	systolisch (mmHg)	diastolisch (mmHg)
Optimal:	< 120	< 80
Normal:	< 130	< 85
Hoch normal:	< 140	< 90
Hypertonie Grad 1:	< 160	< 100
Hypertonie Grad 2:	< 180	< 110
Hypertonie Grad 3:	>= 180	>= 110

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten mit Hypertonie, differenziert nach Blutdruckwerteklassen

an allen eingeschriebenen Patienten mit bekannter Hypertonie.

Der Anteil der Patienten mit einer leichten Hypertonie hat sich im Vergleich zum vergangenen Berichtszeitraum in Ihrer KV um 1,2% verringert.

Der Anteil der Patienten mit einer mittelschweren Hypertonie hat sich im Vergleich zum vergangenen Berichtszeitraum in Ihrer KV um 0,6% verringert.

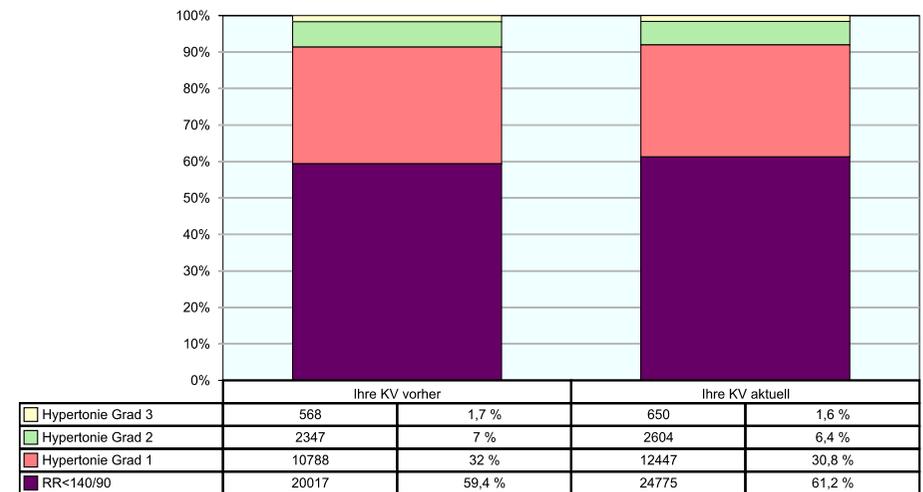
Der Anteil der Patienten mit einer schweren Hypertonie ist im Vergleich zum vergangenen Berichtszeitraum in Ihrer KV um 0,1% verringert.

Hinweise:

- Im Kernbericht haben wir Ihnen bereits die Patienten mit normotensiven Blutdruckwerten bei bekannter Hypertonie dargestellt. Die Blutdruckwerte <140/90 werden in der grafischen Darstellung zusammengefasst dargestellt.
- Patienten mit isolierter systolischer Hypertonie werden den Blutdruckklassen zugeordnet und erscheinen somit nicht gesondert in der grafischen Darstellung.

Abbildung / Tabellen

Anteile und Anzahl der Patienten nach Blutdruckwerteklassen



Von Patienten mit RR < 140 / < 90		
Optimal	2681	3485
Normal	7497	9208
Hoch normal	9839	12082

Grundgesamtheiten		
	Ihre KV vorher	Ihre KV aktuell
Patienten mit bekannter Hypertonie (Berechnungsbasis)	33720	40476
Patienten ohne bekannte Hypertonie (nicht berücksichtigt)	10112	10872
alle eingeschriebenen Patienten	43832	51348

Thema: Veränderung der Blutdruckklassen bei Patienten mit Hypertonie

Die Senkung erhöhter Blutdruckwerte möglichst in den normotensiven Bereich ist ein wesentlicher Parameter bei der individuellen Therapiezielplanung.

Ergebnis und Verlauf

Die **nebenstehende Abbildung** zeigt Ihnen die Anteile und Anzahl der Patienten mit dokumentierten Blutdruckwerten bei bekannter Hypertonie, die sich hinsichtlich ihrer Blutdruckwerteklassen-Zugehörigkeit verbessert oder verschlechtert haben bzw. unverändert geblieben sind.

16,8% der Patienten Ihrer KV, die bei der letzten Dokumentation erhöhte Blutdruckwerte (≥ 140 mmHg systolisch bzw. ≥ 90 mmHg diastolisch hatten, haben aktuell normotensive Blutdruckwerte.

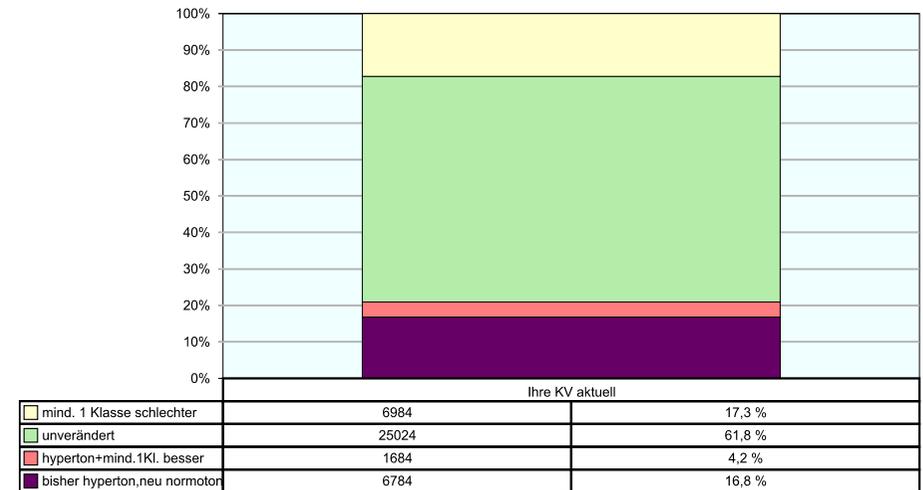
4,2% der Patienten Ihrer KV haben sich um mindestens eine Blutdruckwerteklasse verbessert, haben jedoch weiterhin hypertone Blutdruckwerte.

61,8% der Patienten Ihrer KV weisen eine unveränderte Blutdruckwerteklassen-Zugehörigkeit auf.

17,3% der Patienten Ihrer KV haben sich um mindestens eine Blutdruckwerteklasse verschlechtert.

Abbildung / Tabellen

Veränderung der Blutdruckwerteklassen



Grundgesamtheiten	
Patienten mit bekannter Hypertonie (Berechnungsbasis)	40476
Patienten ohne bekannte Hypertonie (nicht berücksichtigt)	10872
alle eingeschriebenen Patienten	51348