

Das Fenster zur Forschung

In dieser Artikelserie stellen wir Forschungsarbeiten vor, die von den Schweizer Instituten für Hausarztmedizin oder von Kliniken für Allgemeine Innere Medizin stammen. Die Originalarbeiten sind entweder *open access* zugänglich oder bei den Autoren auf Anfrage erhältlich. Die Ergebnisse geben einen spannenden Einblick in die täglichen Herausforderungen, aber auch Leistung der Allgemeinen Inneren Medizin in Praxis und Spital. An dieser Stelle herzlichen Dank an alle Kolleginnen und Kollegen, die sich an den jeweiligen Projekten beteiligen und die hier präsentierten Ergebnisse erst ermöglicht haben!

Prävention der koronaren Herzkrankheit

Erste Längsschnittdaten zur Qualität in Hausarztpraxen

Sima Djalali, Nathalie Scherz

Institut für Hausarztmedizin, Zürich

Wie viele Patienten mit koronarer Herzerkrankung erreichen Blutdruck- und Cholesterin-Zielwerte? Dank des FIRE-Projekts liegen erstmals Langzeitdaten über die Qualitätsentwicklung der Sekundärprävention in Schweizer Hausarztpraxen vor. Sie zeigen, wie diffizil das Thema «Qualität» ist.

Die Qualität von Präventionsleistungen in Hausarztpraxen in europäischen Ländern schwankt Studien zufolge stark [1]. Qualität bemisst sich in diesem Fall daran, bei wie vielen Patienten mit entsprechendem Risikoprofil Massnahmen zur Risikoreduktion ergriffen resp. Risikoparameter günstig beeinflusst werden. Querschnittsuntersuchungen in der Vergangenheit legten nahe, dass in der Schweizer Grundversorgung einiges an Verbesserungspotenzial auf dem Gebiet der kardiovaskulären Sekundärprävention besteht [2–4]. Zu wenig Patienten (je nach Fragestellung zwischen 50 und 90%) erhielten demnach eine angemessene Präventionsbehandlung.

Mehr Einblick durch Langzeitdaten

Querschnittsuntersuchungen haben jedoch den Nachteil, dass sie die Situation nur zu einem definierten Zeitpunkt wiedergeben. Sie machen eine Momentaufnahme. Verwenden die Studien zudem unterschiedliche Indikatoren zur Qualitätsmessung – was meist der Fall ist – sind die «Momentaufnahmen» nicht direkt miteinander vergleichbar. Trends in der Qualitätsentwicklung bleiben darum unerkannt. Ziel der hier

vorgestellten Arbeit war es daher, die langfristige Entwicklung der Qualität zu untersuchen. Stieg oder sank in den letzten Jahren der Anteil der Hausarztpatienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK), bei denen Massnahmen zur Risikoreduktion ergriffen wurden?

Langzeitdaten dank FIRE

Mit der FIRE (*Family medicine ICPC Research using Electronic medical records*)-Datenbank besteht mittlerweile die Möglichkeit, längere Zeiträume in der Schweizer Hausarztmedizin zu betrachten, und medizinische Qualität kontinuierlich mit standardisierten Indikatoren zu messen. Wenn es Trends gibt, könnten sie so abgebildet werden. Seit 2009 unterstützen zahlreiche Kolleginnen und Kollegen aus der Deutschschweiz dieses Projekt. Sie übermitteln Daten, die sie während ihrer Patientenkonsultationen routinemässig erheben und in ihren elektronischen Krankengeschichten (eKG) abspeichern. Über einige Ergebnisse aus diesem Projekt durften wir bereits an dieser Stelle berichten. Eine komplette Dokumentation des Projekts und Informationen, wie man selbst mitmachen kann, finden sich unter www.fireproject.ch.

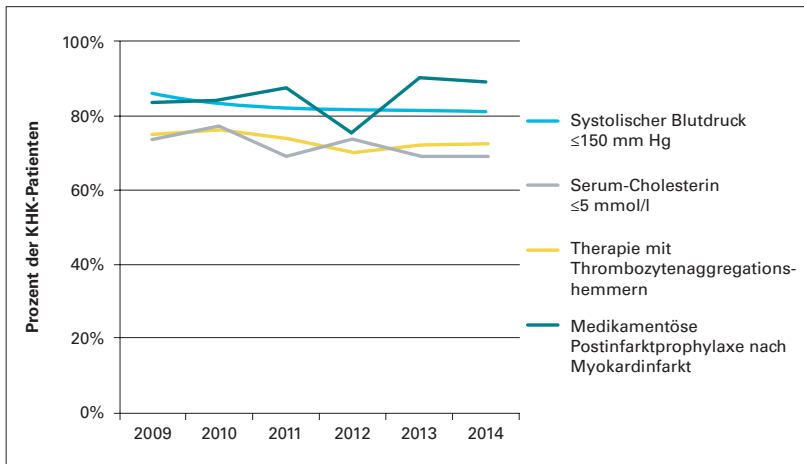


Abbildung 1: Entwicklung der Qualitätsindikatoren über die Jahre 2009–2014. Kein Trend in Sicht.

Sechs Jahre unter der Lupe

In der aktuellen Studie untersuchten wir die Verlaufsdaten von 2807 Patienten mit KHK, die zwischen 2009 und 2014 über einen Zeitraum von mindestens 15 Monaten hausärztlich behandelt wurden. Wir prüften, wie viele dieser Patienten pro Jahr

- 1) einen systolischen Blutdruck unter 150 mm Hg erreichten;
- 2) einen Cholesterin-Wert unter 5 mmol/l erreichten;
- 3) Thrombozytenaggregationshemmer erhielten;
- 4) im Falle eines Herzinfarkts eine medikamentöse Postinfarktprophylaxe erhielten.

Diese vier Qualitätsindikatoren wurden dem britischen *Quality and Outcomes Framework* (QOF) entlehnt und so gewählt, dass sie für Patienten beiderlei Geschlechts und aller Altersgruppen Gültigkeit besitzen. Zusätzlich untersuchten wir, wie viele Patienten pro Jahr aufgrund fehlender Daten in den elektronischen Krankengeschichten von der Indikatorenanalyse ausgeschlossen werden mussten.

Kein Trend in Sicht

Wie sich zeigte, war die Qualität der Sekundärprävention in der Schweizer Hausarztmedizin gleichmässig hoch, mit Spielraum nach oben (Abb. 1). In den einzelnen Jahren von 2009 bis 2014 erreichten jeweils 85,9; 83,1; 82,0; 81,9; 81,5; und 81,0% der Patienten den vorgegebenen Blutdruckzielwert und 73,6; 77,0; 69,2; 73,6; 69,4; und 69,1% den Zielwert für Cholesterin. Eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern erhielt

ten jeweils 74,8; 76,1; 73,9; 70,2; 72,2; und 72,5% der Patienten. Von den Patienten nach Herzinfarkt erhielten 83,3; 84,4; 87,5; 75,6; 89,8; 89,2% die empfohlene Medikation. Unterschiede zwischen den untersuchten Jahren waren nicht signifikant. Trends liessen sich also nicht ausmachen.

Unvollständige Daten

Bei diesen Analysen wurden jeweils alle Patienten ausgeschlossen, bei denen aufgrund fehlender Blutdruck- oder Cholesterinwerte nicht beurteilt werden konnte, ob sie den Zielwert erreichten oder nicht. Würde man fehlende Werte als «Nichterfüllen» des Indikators werten, wäre die Qualität schlechter ausgefallen. Fehlende Blutdruckdaten betrafen pro Jahr 12,4–15,9% der Patienten, fehlende Cholesterin-Daten sogar 69,0–75,6%. Bei Frauen und Patienten mit weniger kardiovaskulären Komorbiditäten lagen häufiger unvollständige Daten vor. Dies zeigt, wie diffizil und Datenqualität-abhängig Qualitätsmessungen auf Basis medizinischer Routinedaten sind.

Fazit

Signifikante Verbesserungen oder Verschlechterungen zeigten sich im untersuchten Zeitraum nicht. Fehlende Daten in den elektronischen Krankengeschichten verhinderten jedoch eine Vollerhebung bei allen identifizierten Patienten. Besonders bei Frauen und Patienten mit weniger kardiovaskulären Komorbiditäten sollte auf eine engmaschigere elektronische medizinische Dokumentation geachtet werden, um die Qualitätsmessung zu vereinfachen. Es gälte zu testen, ob Interventionen zur Qualitätsverbesserung dazu führen, den Spielraum nach oben in Zukunft auszuschöpfen.

Referenz

Scherz N, Valeri F, Rosemann T, Djalali S. Quality of secondary prevention of coronary heart disease in Swiss primary care: Lessons learned from a 6-year observational study. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh. wesen (ZEFQ)* 2016; <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2016.06.018>. [Epub ahead of print]

Weitere Literatur

- 1 Ludt S, et al. Recording of risk-factors and lifestyle counselling in patients at high risk for cardiovascular diseases in European primary care. *Eur J Prev Cardiol.* 2012;19(2):258–66.
- 2 Bally K, et al. Barriers to Swiss guideline-recommended cholesterol management in general practice. *Swiss Med Wkly.* 2010;140(19–20):280–5.
- 3 Muntwyler J, et al. National survey on prescription of cardiovascular drugs among outpatients with coronary artery disease in Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2003;133(5–6):88–92.
- 4 Bovier PA, et al. Adherence to recommended standards of diabetes care by Swiss primary care physicians. *Swiss Med Wkly.* 2007;137(11–12):173–81.

Korrespondenz:
Dr. med. Sima Djalali
Universität Zürich
Pestalozzistrasse 24
CH-8091 Zürich
[sima.djalali\[at\]usz.ch](mailto:sima.djalali[at]usz.ch)