

Qualitätsbericht

der Gemeinsamen Einrichtung der Krankenkassen im Land Bremen

und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

für den Zeitraum 01.07.2004 – 30.06.2005

Inhaltsverzeichnis:

1. Einführung
 - 1.1 Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung
 - 1.2 Allgemeine Datenlage
 - 1.3 Rückmeldeberichte

2. DMP Diabetes mellitus Typ 2
 - 2.1 Ziele des DMP Diabetes mellitus Typ 2
 - 2.2 Teilnahmevoraussetzungen / Anzahl der Teilnehmer
 - 2.3 Kooperation der Versorgungsebenen
 - 2.4 Aufbereitung, Auswertung der Dokumentationsdaten
 - 2.5 Altersverteilung, HbA1c-Werte und BMI-Klassen
 - 2.6 Qualitätsziele
 - 2.6.1 Beachtung der Anforderungen an die Behandlung durch die teilnehmenden Vertragsärzte
 - 2.6.2 Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
 - 2.6.3 Einhaltung der Kooperationsregeln
 - 2.7 Schulungen
 - 2.8 Fazit

3. DMP Brustkrebs
 - 3.1 Ziele des DMP Brustkrebs
 - 3.2 Teilnahmevoraussetzungen / Anzahl der Teilnehmer
 - 3.3 Kooperation der Versorgungsebenen
 - 3.4 Aufbereitung, Auswertung der Dokumentationsdaten
 - 3.5 Altersverteilung, Tumorgroße sowie Risikostatus
 - 3.6 Qualitätsziele
 - 3.7 Fazit

4. DMP Koronare Herzerkrankung
 - 4.1 Ziele des DMP Koronare Herzerkrankung
 - 4.2 Teilnahmevoraussetzungen / Anzahl der Teilnehmer
 - 4.3 Kooperation der Versorgungsebenen
 - 4.4 Aufbereitung, Auswertung der Dokumentationsdaten

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis:

- Tab. 1 Anzahl erstellter Rückmeldeberichte
 - Tab. 2 Überweisungsregeln
 - Tab. 3 Fehlerquoten der vergangenen 4 Quartale im DMP Diabetes mellitus Typ 2
 - Tab. 4 Altersverteilung der Versicherten im DMP Diabetes mellitus Typ 2
 - Tab. 5 Anzahl Patienten je BMI-Klasse
 - Tab. 6 Entwicklung des HbA1c in verschiedenen BMI-Klassen
 - Tab. 7 HbA1c-Werte
 - Tab. 8 Blutdruckwerte
 - Tab. 9 Medikamentöse antihyperglykämische Therapie
 - Tab. 10 Anteil der Patienten mit Biguaniden je BMI-Klasse
 - Tab. 11 Durchgeführte, veranlasste und nicht durchgeführte Funduskopien
 - Tab. 12 Tumorgroße eingeschriebener Patientinnen
 - Tab. 13 Anzahl und Anteil der Patientinnen mit invasivem Tumortyp und Lymphonodektomie
 - Tab. 14 Anzahl und Anteil der Patientinnen mit einem nodalpositivem Tumor
-
- Abb. 1 Persistenz diabetesspezifischer Symptome

1. Einführung

Nach Einführung des ersten strukturierten Behandlungsprogrammes (DMP) zur Indikation Diabetes mellitus Typ 2 im Juni 2003 sowie des zweiten DMP Brustkrebs im Juni 2004 gibt die Gemeinsame Einrichtung Bremen – gegründet von den Krankenkassen im Land Bremen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen – hiermit ihren zweiten Qualitätsbericht für den Zeitraum 01.07.2004 – 30.06.2005 heraus.

Er beinhaltet die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen des DMP in dem Berichtszeitraum insbesondere auf Basis der ausgewerteten Dokumentationsdaten und ermöglicht darüber hinaus vergleichende Aussagen zum ersten veröffentlichten Qualitätsbericht.

1.1 Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung

Die Gemeinsame Einrichtung hat im Rahmen der Umsetzung des DMP die Aufgabe, die Qualitätssicherung auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten durchzuführen. Insbesondere gehört dazu

- die Auswertung der Dokumentationsdaten entsprechend der jeweiligen Anlagen der Risikostrukturausgleichsverordnung im Hinblick auf die vereinbarten Qualitätsziele.
- ein regelmäßiges Monitoring dieser Daten unter der Fragestellung, ob die Dokumentationsqualität ausreichend ist, die Anforderungen an die Behandlung von den teilnehmenden Vertragsärzten¹ beachtet werden und die Versicherten aktiv an dem Programm teilnehmen.
- die Erstellung eines Rückmeldeberichtes für die dokumentierenden Ärzte aus den ausgewerteten Dokumentationsdaten.

Über die von ihr durchgeführten Maßnahmen erstellt die Gemeinsame Einrichtung einen jährlichen Bericht und veröffentlicht diesen.

1.2 Allgemeine Datenlage

Die Datenlage hat sich im Vergleich zu den Bedingungen bei der Erstellung des ersten Qualitätsberichts grundlegend und positiv verändert.

Während im ersten Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung Bremen für den Berichtszeitraum 01.07.2003 – 30.06.2004 das Problem der mangelnden Qualität der zugrunde liegenden Daten nur eine eingeschränkte Untersuchung der vorhandenen Daten ermöglichte - die Gründe wurden im ersten Qualitätsbericht ausführlich dargestellt - , können mit diesem Bericht ausführlichere Analyseergebnisse vorgelegt werden.

1.3. Rückmeldeberichte

Die Gemeinsame Einrichtung Bremen versendet regelmäßig Rückmeldeberichte an die dokumentierenden Ärzte. Zur Erstellung des Rückmeldeberichts erhält die Gemeinsame Einrichtung von der DMP-Datenstelle die dafür in der RSAV vorgesehenen pseudonymisierten Daten.

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Form verwendet. Es sind im weiteren Verlauf immer weibliche und männliche Patienten bzw. Ärzte gemeint.

Rückmeldeberichte	Diabetes mellitus Typ 2	Brustkrebs
1. Halbjahr 2004	46	-
2. Halbjahr 2004	251	-
1. Halbjahr 2005	254	70

Tab. 1 Anzahl erstellter Rückmeldeberichte

Der Rückmeldebericht an die Ärzte berücksichtigt diejenigen Patienten, für die mindestens zwei Dokumentationen vorliegen. Die Ärzte erhalten mit dem Rückmeldebericht eine Längsschnittbetrachtung ihrer eingeschriebenen Patienten auf Basis der in den jeweiligen DMP-Vereinbarungen definierten Qualitätsindikatoren. Zusätzlich werden die Ärzte über die Entwicklung der Qualitätsziele praxisbezogen sowie über die Gesamtheit der dokumentierenden Ärzte im KV-Bereich Bremen informiert. Konkrete Hinweise auf auffällige Patienten ergänzen den Bericht und unterstützen die Ärzte bei der Planung weiterer Therapiemaßnahmen.

2. DMP Diabetes mellitus Typ 2

2.1 Ziele des DMP Diabetes mellitus Typ 2

Ziel des strukturierten Behandlungsprogramms ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und den teilnehmenden Krankenkassen, um die Versorgung der Patienten zu optimieren.

Die aktive Teilnahme der Versicherten an dem strukturierten Behandlungsprogramm spielt dabei eine zentrale Rolle.

Generelles Ziel ist die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei werden in Abhängigkeit z.B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt:

- Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z.B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien sowie schwere hyperglykämische Stoffwechselentgleisungen)
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
- Vermeidung der mikrovaskulären Folgekomplikationen (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteopathischen Läsionen und von Amputationen.

2.2 Teilnahmevoraussetzungen / Anzahl der Teilnehmer

Koordinierende Vertragsärzte

Hausärzte, die als koordinierende DMP-Ärzte am strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen möchten, müssen bestimmte Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Dazu gehört der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme an diabetesspezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie der Erwerb der Schulungsberechtigung für Patientenschulungsprogramme. Die Anforderung an die Strukturqualität ist in Anlage 1 der DMP-Vereinbarung DM2 festgelegt.

Ende Juni 2005 nahmen insgesamt 382 der teilnahmeberechtigten Vertragsärzte am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teil. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 86 %.

Diabetologisch qualifizierte Versorgungsebene

Vertragsärzte, die auf der diabetologisch qualifizierten Versorgungsebene teilnehmen möchten, müssen die für diese Versorgungsebene festgelegten Strukturparameter erfüllen. Neben der jährlichen Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen sowie Qualitätszirkeln gehört dazu u.a. der Einsatz bestimmter fachspezifischer Berufe (z.B. Diabetesassistent/in, Oecetrophologie/in).

Mit Stand zum 30.06.05 nahmen 13 Ärzte auf der diabetologisch qualifizierten Versorgungsebene teil.

Krankenhaus

Gemäß DMP-Vereinbarung werden Krankenhäuser durch Verträge mit den Krankenkassen in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingebunden. In diesen Verträgen sind ebenfalls Strukturparameter als Teilnahmevoraussetzung der Krankenhäuser definiert.

Mit Stand Ende Juni 2005 nahmen 6 Krankenhäuser im Land Bremen am DMP Diabetes mellitus nehmen teil.

2.3 Kooperation der Versorgungsebenen

Die Anlage 6 der DMP-Vereinbarung beinhaltet die medizinischen Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 entsprechend den Inhalten der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV). Beispielsweise werden darin Überweisungsregeln zwischen den einzelnen Versorgungsebenen definiert:

Vom Hausarzt zum qualifizierten Facharzt / diab. Schwerpunktpraxis / diab. spezialisierte Einrichtung	Überweisung an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung	Einweisung in ein Krankenhaus
jährliche augenärztliche Kontrolluntersuchung (insb. Funduskopie) oder jährliche Netzhautuntersuchung mittels Netzhautphotographie	Bei Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms	bei Notfallindikationen (in jedes Krankenhaus)
Patienten mit Retinopathie und erhöhter Eiweißausscheidungsrate im Urin an den nephrologisch qualifizierten Arzt und an eine diabetologisch spezialisierte Einrichtung	Bei Vorliegen eines Hochrisikofußes	bei bedrohlichen Stoffwechsellentgleisungen
Nicht-Erreichen des individuell vereinbarten Ziel-Blutdruckwertes innerhalb eines Zeitraums von höchstens sechs		bei schweren speziellen Stoffwechsellentgleisungen (z. B. häufige nächtliche Hypoglykämien, Hypoglykämie-

Monaten an einen in der Hypertoniebehandlung qualifizierten Arzt		wahrnehmungsstörungen)
Nicht-Erreichen des individuellen HbA1c-Zielwertes (nach spätestens sechs Monaten)		bei infiziertem diabetischem Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese oder akuter neuroosteopathischer Fußkomplikationen
bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft		

Tab. 2 Überweisungsregeln

Die Einhaltung der Kooperationsregeln gemäß definierter Qualitätsziele wird im Abschnitt 4.3 untersucht.

2.4 Aufbereitung, Auswertung der Dokumentationsdaten

Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation

Im Berichtszeitraum sind insgesamt 5696 Erst- sowie 30679 Folgedokumentationen bei der DMP-Datenstelle eingegangen. Über die gesamte Laufzeit des DMP wurden bis Ende Juni 2005 insgesamt 17331 Erst- sowie 41.756 Folgedokumentationen erstellt. Mit Stand 30.06.05 kann davon ausgegangen werden, dass insgesamt 11.197 Versicherte (64,6%) rechtswirksam in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben werden konnten. Der im Vergleich zum Zeitpunkt des ersten Qualitätsberichts (74%) niedrige Anteil lässt sich damit begründen, dass die Krankenkassen jetzt über verbesserte und zeitnahe Daten verfügen, die zu Ausschreibungen von Patienten aus dem Programm durch die Krankenkassen führen.²

Entwicklung der Fehlerquote

Von allen eingegangenen Dokumentationsbögen waren bis Ende des Berichtszeitraumes 6,3% der Dokumentationsbögen mit einem Fehler behaftet (entweder unvollständig, unplausibel oder verfristet). Damit sank der Anteil der fehlerhaften Dokumentationen im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum um zwei Drittel.

Wichtig ist jedoch nicht nur die Fehlerquote am Ende des Dokumentationsverfahrens, sondern auch wie viele der Dokumentationen einen Korrekturprozess durchlaufen müssen. Bei der Analyse der vorhandenen Daten ergibt sich folgendes Bild (s. Tab. 3)

	3. Quartal 04		4. Quartal 04		1. Quartal 05		2. Quartal 05	
	bh	bl	bh	bl	bh	bl	bh*	bl*
Dokumentationen	7029		8727	137	9139	588	9696	1059
mit Korrekturlauf	2505		2141	1	2170	0	1710	0
in %	36%		25%	0,7%	24%	0%	18%	0%

bh: beleghaft, bl: beleglos

Tab. 3 Fehlerquoten der vergangenen 4 Quartale im DMP Diabetes Typ 2

Erfreulicherweise reduziert sich im Verlauf der Quartale die Anzahl der zu korrigierenden Dokumentationsbögen, obwohl insgesamt ein zweistelliger Anteil der einen Korrekturlauf benötigenden Dokumentationen als noch zu hoch zu bewerten ist. Es ist jedoch zu

² Patienten müssen von den Krankenkassen gemäß RSAV aus dem Programm ausgeschrieben werden, wenn

- Patienten innerhalb von 12 Monaten an 2 veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht teilnehmen
- zwei Dokumentationen innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren nicht oder nicht vollständig oder nicht plausibel vorliegen.

berücksichtigen, dass die Einforderung der Arztunterschrift sowie Angabe eines Korrekturdatums durch die DMP-Datenstelle diesen hohen Anteil mit verursacht.

Es zeigt sich ebenfalls eine positive Entwicklung seit Beginn der Möglichkeit zur elektronischen Dokumentation (eDMP) per Diskette bzw. CD-Rom, denn hier ist die Fehlerquote gleich null. Leider wird diese Möglichkeit noch zu wenig genutzt, obwohl mittlerweile nahezu alle Anbieter von Praxis-Software entsprechende Zusatzmodule anbieten.

Fehlerhafte und ausstehende Dokumentationen werden mit Hilfe eines Arzt-Reminders - der im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung von der DMP-Datenstelle an die dokumentierenden Ärzte verschickt wird - eingefordert. Die DMP-Datenstelle hat in dem Berichtszeitraum 2840 Arzt-Reminder versandt.

2.5 Altersverteilung, HbA1c-Werte und BMI-Klassen

Altersverteilung der Versicherten³

	1 Berichtszeitraum		2 Berichtszeitraum	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
< 45 Jahre	125	3,8%	263	3,8%
46-55 Jahre	352	10,6%	738	10,6%
56-65 Jahre	917	27,5%	1833	26,4%
66-75 Jahre	1258	37,8%	2640	38,0%
> 75 Jahre	680	20,4%	1468	21,1%
Gesamt	3332	100,0%	6942	100,0%

Tab.4 Altersverteilung der Versicherten

Das durchschnittliche Alter der beteiligten Patienten hat leicht zugenommen und beträgt im Berichtszeitraum 65,5 Jahre (Vorjahreszeitraum 65,3 Jahre).

	1. Berichtszeitraum		2. Berichtszeitraum	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
BMI < 25	577	17,3%	876	16,3%
BMI 25-30	1276	38,3%	2103	39,1%
BMI > 30	1479	44,4%	2393	44,5%

Tab. 5 Anzahl Patienten je BMI-Klasse

Hinsichtlich ihres Body-Mass-Index (BMI) sind die Typ-2-Diabetiker mit einem BMI-Mittelwert von 28,8 meist übergewichtig.

In dem Rückmeldebericht wird der Zusammenhang zwischen Adipositas (Body-Mass-Index BMI > 25) und dem HbA1c-Wert untersucht (s. Tab. 6). Während sich der Mittelwert in allen drei BMI-Klassen signifikant verringerte, hat jedoch die Schwankungsbreite in jeder BMI-Klasse um durchschnittlich 1% zugenommen.

³ Alle folgenden Angaben stammen aus dem Rückmeldebericht für das 1. Halbjahr 2005

Perzentil	BMI < 25		BMI 25-30		BMI > 30		alle BMI-Klassen	
	2. HJ 04	1. HJ 05	2. HJ 04	1. HJ 05	2. HJ 04	1. HJ 05	2. HJ 04	1. HJ 05
90te	8,3	8,3	8,3	8,4	8,6	8,9	8,5	8,6
75te	7,5	7,4	7,4	7,6	7,7	7,8	7,6	7,6
50te	6,7	6,2	6,7	6,3	6,9	6,4	6,8	6,9
25te	6,1	6,2	6,1	6,3	6,2	6,4	6,2	6,3
10te	5,7	5,7	5,8	5,9	5,8	6,0	5,8	5,9

Tab. 6 Entwicklung des HbA1c in verschiedenen BMI-Klassen

Ein zentraler Parameter für die langfristige Stoffwechselkontrolle ist die Entwicklung der durchschnittlichen HbA1c-Werte (s. Abb. 1). Erschwert wird die Aussagefähigkeit durch die kurze Zeitspanne des Auswertungszeitraumes, die möglicherweise für die geringfügige Erhöhung des durchschnittlichen HbA1c verantwortlich ist.

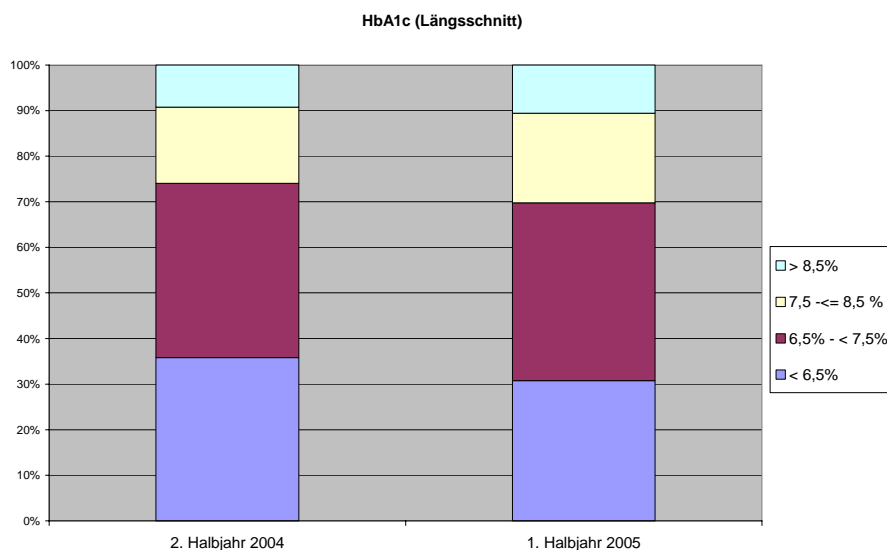


Abb. 1 HbA1c (Längsschnitt)

Problematisch ist eine Bewertung des zwischen Patient und Arzt vereinbarten HbA1c-Zielwertes im Vergleich zu den Ist-Werten. Im Berichtszeitraum wurde in 46,8 % der Fälle der vereinbarte Zielwert nicht erreicht. Da die Höhe des Zielwertes auf Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele erfolgen soll, kann eine Bewertung nur vor dem Hintergrund einer genaueren Analyse der jeweiligen Ausgangssituation geschehen.

2.6 Qualitätsziele

2.6.1 Beachtung der Anforderungen an die Behandlung durch die teilnehmenden Vertragsärzte

Vermeidung von Hypoglykämien

Patienten mit ungenügender Stoffwechseleinstellung verursachen hohe Kosten durch Behandlungen wegen Stoffwechselentgleisungen. Die Anzahl und Dauer dieser Behandlungen kann durch eine gute Stoffwechselkontrolle reduziert werden. Anzahl und Dauer der Behandlungen sind ein wichtiger Parameter der Ergebnis und Prozessqualität. Regionale Besonderheiten und Unterschiede in der regionalen Morbiditätsstruktur können die Ergebnisse beeinflussen. Die Vermeidung von schweren Hypoglykämien ist ein wesentliches Therapieziel bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass nach dem 1. Jahr weniger als 30% der Patienten aufgrund von schweren Hypoglykämien mehr als zweimal innerhalb von 6 Monaten behandelt werden müssen.

Im Berichtszeitraum wurde in 99,4% der Fälle keine schwerebehandlungsbedürftige Hypoglykämie festgestellt, so dass das Qualitätsziel in Höhe von weniger als 30% erreicht wurde.

Vermeidung von stationären Aufenthalten wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen

Die Vermeidung von hyperglykämischen Stoffwechselentgleisungen ist ein wesentliches Therapieziel bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2. Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass nach dem 1. Jahr weniger als 30% der Patienten aufgrund von schweren hyperglykämischen Entgleisungen mehr als zweimal stationär innerhalb von 6 Monaten behandelt werden müssen.

In 99,7% der dokumentierten Fälle wurde im Berichtszeitraum keine hyperglykämischen Entgleisungen festgestellt. Damit wurde das Qualitätsziel von weniger als 30% nach einem Jahr erreicht.

Senkung des Blutdruckes

Blutdruck ist neben dem HbA1c ein weiterer wesentlicher Parameter bei der individuellen Therapiezielplanung. Die Blutdruckeinstellung trägt entscheidend zur Senkung des Mortalitätsrisikos bei und vermindert die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung mikro- und makrovaskulärer Folgekomplikationen.

"Unabhängig von der blutzuckersenkenden Therapie reduziert die blutdrucksenkende Therapie bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 die Morbidität und Mortalität." (Anlage 6 DMP-Vertrag)

Die Entwicklung der Blutdruckwerte im Vergleich der Halbjahresberichte lässt sich in Tab. 4 ablesen.

Blutdruck	2. Halbjahr 2004	in %	1. Halbjahr 2005	in %
< 130 / < 80	770	11,1%	819	11,8%
130-139 / 80-89	2291	33,0%	2388	34,4%
140-159 / 90-99	2835	40,8%	2859	41,2%
160-179 / 100-109	804	11,6%	685	9,9%
>= 180 / >= 110	242	3,5%	191	2,8%

Tab. 8 Blutdruckwerte

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass im 2. Jahr mindestens 15% der Patienten mit zunächst hypertensiven Blutdruckwerten in der folgenden Dokumentation auf normotensive Werte gebracht werden.

In 31,4% konnte ein hypertensiver in einen normotensiven Wert verringert werden. Seit Beginn des DMP hat sich damit der Anteil derjenigen Patienten, deren Blutdruckwerte auf einen normotensiven Wert gebracht werden konnte, verdreifacht.

Senkung der Häufigkeit von Symptompersistenz

Die Vermeidung oder Behebung Diabetes-typischer Symptome (Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit usw.) ist ein wesentliches Therapieziel bei der Behandlung von Diabetikern.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass im 2. Jahr mindestens 35% der Patienten die zunächst Diabetestypische Symptome aufweisen durch die Therapie bis zur folgenden Dokumentation symptomfrei werden.

Während in der ersten Hälfte des Berichtszeitraumes das Qualitätsziel erreicht wurde – 44,7% der Patienten mit diabetesspezifischen Symptomen wiesen nach einem halben Jahr diese Symptome nicht mehr auf, sank diese Quote in der zweiten Hälfte auf 34,5%, so dass das Qualitätsziel knapp verfehlt wurde (s. Abb. 1)

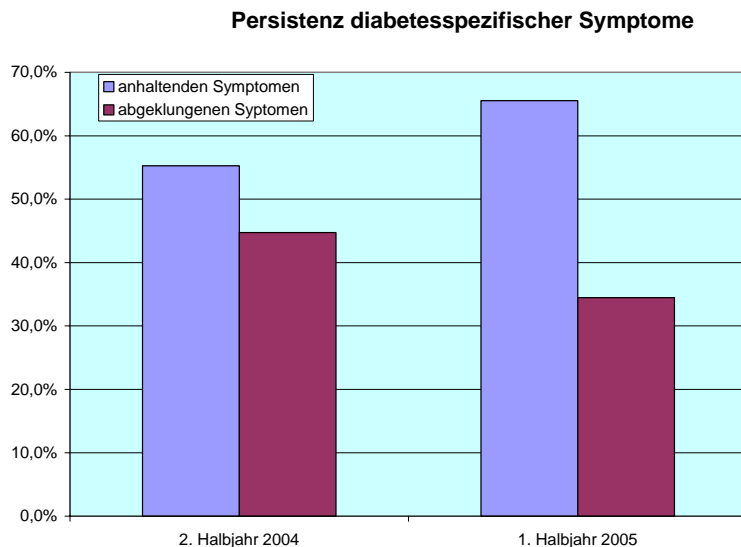


Abb. 1 Persistenz diabetesspezifischer Symptome (Anteil der Patienten mit diabetestypischen Symptomen, bei denen in der aktuellen Dokumentation keine diabetestypischen Symptome angegeben wurden)

Verhinderung von Folgeerkrankungen

Die Vermeidung von Folgeerkrankungen stellt ein wesentliches Therapieziel der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 dar. Zugleich erhöhen bereits manifeste Folgeerkrankungen das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Die Verhütung des Auftretens von neuen Folgeschäden ist ein Parameter der Prozess- und Ergebnisqualität, wird aber auch durch die Krankheitsprogredienz und Morbiditätsstruktur beeinflusst.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass im 2. Jahr höchstens bei 35% der Patienten diabetische Folgeerkrankungen neu auftreten.

Während im ersten Qualitätsbericht in 4,5 % der eingeschriebenen Patienten Folgeerkrankungen dokumentiert wurde, sank der Wert im aktuellen Berichtszeitraum auf 3 %.

2.6.2 Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie

Medikamentöse Behandlung gemäß RSAV

Der Anteil der Patienten, die nicht mit einem der zum vorrangigen Einsatz in Monotherapie empfohlenen Wirkstoffe (Glibenclamid, Metformin, Insulin) in Monotherapie behandelt

wurden, ist auf 51,5% angestiegen. Daher wurde im aktuellen Berichtszeitraum das Qualitätsziel von mindestens 60% Patienten, die vorrangig mit den in der RSAV empfohlenen Medikamenten in Monotherapie behandelt werden sollen, nicht erreicht (s. Tab. 4). Jedoch bedarf es - vor dem Hintergrund der bisher eingesetzten Therapieschemata bei den teilnehmenden Patienten - in der Folge einer differenzierten Analyse, um den hohen Anteil „sonstige“ zu bewerten.

Medikamente	2. Halbjahr 2004	in %	1. Halbjahr 2005	in %
Metformin	1366	25,3%	1390	25,2%
Glibenclamid	653	12,1%	631	11,5%
Insulin	625	11,6%	652	11,8%
sonstige*	2751	51,0%	2834	51,5%

* Glibenclamid, Metformin und Insulin in Kombinationstherapie; Insulinanaloga, Glucosidase-Inhibitoren, andere Sulfonylharnstoffe und -analoga einschließlich Glinide in Mono- und Kombinationstherapie

Tab. 9 Medikamentöse antihyperglykämische Therapie

Senkung des Anteils Biguanide bei Normalgewichtigen

Die Wirksamkeit hinsichtlich klinischer Endpunkte ist für das Biguanid Metformin sowie für den Sulfonylharnstoff (SH) Glibenclamid belegt. Metformin stellt in Monotherapie unter Beachtung der Kontraindikationen das Mittel der ersten Wahl bei adipösen Patienten dar. Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass im 2. Jahr höchstens 45% der normalgewichtigen Patienten mit Biguaniden behandelt werden. Im Verlauf des Berichtszeitraumes hat sich der Anteil der medikamentösen Behandlung von nicht übergewichtigen Patienten mit Biguaniden von 33,4 % auf 31,6 % verringert, somit wurde das Qualitätsziel erreicht. Gleichzeitig stieg der Anteil der übergewichtigen Patienten (BMI > 25), die mit Biguaniden behandelt wurden.

	alle Patienten in der BMI-Klasse	2. Halbjahr 2004	in %	1. Halbjahr 2005	in %
mit Biguaniden					
BMI < 25	863	288	33,4%	273	31,6%
BMI > 25	4393	2224	50,6%	2309	52,6%

Tab. 10 Anteil der Patienten mit Biguaniden je BMI-Klasse

2.6.3 Einhaltung der Kooperationsregeln

Funduskopie

Ein Kriterium für die Einhaltung der Kooperationsregeln ist die Anzahl der Überweisungen zur augenärztlichen Untersuchung. Alle Diabetiker sollen regelmäßig – das heißt einmal pro Jahr – auf ophthalmologische Folgeerkrankungen untersucht werden.

"Zur Früherkennung ist für alle in strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschriebenen Versicherten mindestens einmal im Jahr eine ophthalmologische Netzhaut-Untersuchung in Mydriasis oder eine Netzhaut-Photographie (Fundus-Photographie) durchzuführen." (Anl. 6 DMP-Vertrag)

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass nach dem 1. Jahr mindestens 70% der Patienten jährlich an einen Augenarzt überwiesen werden. Bei 72,2 % der eingeschriebenen Patienten wurde im Berichtszeitraum eine Funduskopie durchgeführt, so dass die Vorgabe übertroffen wurde.

Funduskopien	Anzahl	in %
nicht durchgeführt	698	10,1%
veranlasst	1232	17,7%
durchgeführt	5012	72,2%

Tab. 11 Durchgeführte, veranlasste und nicht durchgeführte Funduskopien

Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus

Die Fußinspektion stellt eine wesentliche Verlaufskontrolle bei Diabetikern dar und sollte mindestens einmal jährlich durchgeführt werden. Ein auffälliger Fußbefund wird nach der Wagner-Klassifikation dokumentiert.

"Bei Hinweisen auf das Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms oder eines Hochrisikofußes ist die Überweisung an eine auf die Behandlung eines diabetischen Fußsyndroms spezialisierte Einrichtung erforderlich." (Anl. 6 DMP-Vertrag)

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass nach dem 1. Jahr mindestens 60% der Patienten mit einem auffälligem Fußstatus an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierten Einrichtung überwiesen werden.

Bei insgesamt 383 Patienten wurde ein auffälliger Fußstatus (Wagner-Klassifikation ab 1) dokumentiert. In 11,5% der Fälle wurde der Patient an eine spezialisierte Einrichtung überwiesen.

Eine Behandlung eigener Patienten mit auffälligem Fußstatus in diabetologischen Schwerpunktpraxis kann auf dem Dokumentationsbogen nicht vermerkt werden. Es kann angenommen werden, dass bei Berücksichtigung dieser Patienten der Anteil der „überwiesenen“ Patienten steigen würde.

2.7 Schulungen

Teilnehmende Patienten

Strukturierte, zielgruppenspezifische und evaluierte Schulungen stellen einen unverzichtbaren Bestandteil in der Behandlung des Diabetes mellitus dar.

"Jeder Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten" (Anl.6 DMP-Vertrag)

Patientenschulungen dienen der Befähigung des Patienten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der behandelnde Arzt empfiehlt dem Patienten – unter Berücksichtigung dessen Schulungsstandes – die Teilnahme an einem strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Die Auswertung ergab, dass nicht alle Patienten, denen eine Schulung empfohlen wurde, auch an dieser teilnahmen (s. Tab. 7).

	Diabetesschulung		Hypertonieschulung	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
wahrgenommen	318	30%	55	15%
nicht wahrgenommen	487	45%	200	53%
war aktuell nicht möglich	268	25%	121	32%
Gesamt	1073	100%	376	100%

Tab. 7 Patienten, denen eine Schulung empfohlen wurde

Im Hinblick auf die Relevanz für die Beteiligten an dem DMP⁴ (Patienten, Ärzte, Krankenkassen) muss geklärt werden, ob hier tatsächlich die Ablehnung der Patienten oder stattdessen andere Gründe für dieses Ergebnis ausschlaggebend sind.

Qualifizierte Ärzte

Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, eine Fortbildung zur Durchführung von Schulungen zu besuchen. Die folgende Übersicht zeigt die Anzahl der zur Schulung qualifizierten Ärzte (Stand 30.06.2005).

Schulungsprogramm	Anzahl Ärzte
...für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI)	276
...für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen (ZI)	199
...für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen (ZI)	75
Medias (ohne Insulin)	13
Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	0
Therapie- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie (ZI)	158

2.8 Fazit

Hervorzuheben ist die Verbesserung der Datenlage, die durch eine kontinuierliche Zusammenarbeit der Vertragsparteien mit der Datenstelle erreicht werden konnte. Damit können den dokumentierenden Ärzten in Zukunft Analysen auf einer breiteren Datenbasis übermittelt werden.

Die vereinbarten Qualitätsziele sind - bis auf wenige Ausnahmen - erreicht worden. Einzelnen Aspekten der vorgelegten Ergebnisse wird sich die Gemeinsame Einrichtung in Zukunft verstärkt widmen, da hier Handlungsbedarf gesehen wird.

⁴ Krankenkassen sind gemäß RSAV verpflichtet, diejenigen Patienten aus dem Programm auszuschreiben, die innerhalb von 12 Monaten an zwei veranlassenen Schulungen ohne plausible Begründungen nicht teilnehmen.

3. DMP Brustkrebs

3.1 Ziele des DMP Brustkrebs

In Ergänzung des aktuellen Versorgungsangebots soll im Rahmen des DMP eine interdisziplinäre, berufs- und sektorenübergreifende qualitätsgesicherte Behandlung in einer integrierten Versorgungsform mit dem notwendigen logistischen Hintergrund gewährleistet werden. Den an Brustkrebs erkrankten Frauen wird besonders durch individuelle Beratung und Informationen die Möglichkeit gegeben, stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken.

Dabei werden folgende Ziele angestrebt:

- die Patientinnen, bezogen auf ihren Krankheitsfall und unter angemessener Berücksichtigung ihres Lebensumfeldes, während des Behandlungsprozesses zu begleiten und sie durch gezielte, patientinnenorientierte, qualitativ gesicherte Informationen aufzuklären. Die Informationen sollen die Patientinnen in die Lage versetzen, selbst stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken,
- Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen,
- Verbesserung des operativen Standards, insbesondere im Hinblick auf eine nachhaltige Senkung der Anzahl der Brustamputationen durch Erhöhung des Anteils brusterhaltender Operationen,
- Verbesserung der Standards der adjuvanten Therapie durch Anwendung der in § 8 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte,
- Hilfestellung durch ein strukturiertes Begleitungs- und Beratungsangebot im psychosozialen Bereich, um Auswirkungen und Folgezustände im Zusammenhang mit der Krebserkrankung zu lindern, damit Patientinnen die individuell empfundene Gefährdung ihrer Gesundheit besser verarbeiten können,
- eine umfassende Nachsorge, insbesondere im Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation, unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der erkrankten Versicherten.

3.2 Teilnahmevoraussetzungen / Anzahl der Teilnehmer

Koordinierende Vertragsärzte

Als koordinierende Vertragsärzte können Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen, am DMP Brustkrebs teilnehmen. In Ausnahmefällen und auf Wunsch der Patientin können Vertragsärzte, die an der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 SGB V teilnehmen, die Aufgabe des koordinierenden Arztes übernehmen.

Zu den Anforderungen der Strukturqualität gehört der Nachweis der Teilnahme an einem Fortbildungscurriculum Brustkrebs, die Teilnahme an einem Qualitätszirkel sowie der Nachweis der Zusatzausbildung „Psychosomatischen Grundversorgung“.

Ende Juni 2005 nahmen insgesamt 87 der teilnahmeberechtigten Vertragsärzte am DMP Brustkrebs teil. Dies entspricht einer Teilnehmerquote von über 80%. Davon haben bereits 72 (83%) das Fortbildungscurriculum vollständig absolviert, über 90% verfügen über die Zusatzausbildung „Psychosomatische Grundversorgung“. Es werden weitere Veranstaltungen zu diesen beiden Themenkomplexen angeboten, so dass davon auszugehen ist, dass alle teilnehmenden Vertragsärzte in überschaubarer Zeit diese Voraussetzungen erfüllen werden.

Krankenhaus

Krankenhäuser werden über einen separaten Vertrag der Krankenkassen in das DMP Brustkrebs eingebunden, in dem Strukturparameter als Teilnahmevoraussetzungen festgelegt wurden.

Ende Juni 2005 nahmen 5 Krankenhäuser im Land Bremen am DMP Brustkrebs teil.

3.3 Kooperation der Versorgungsebenen

Entsprechend den Inhalten der RSAV wird in Anlage 5 der DMP-Vereinbarung Brustkrebs die medizinischen Anforderungen beschrieben. Überweisungserfordernisse müssen in Abhängigkeit vom Krankheitsstadium der Patientin und der jeweiligen fachlichen Qualifikation des behandelnden Arztes sowie der regionalen Versorgungsstrukturen geprüft werden. Für die teilnehmenden Ärzte ergeben sich daraus folgende Aufgaben:

koordinierender Arzt:

- Beachtung der Versorgungsinhalte der RSAV
- Koordination der Behandlung der Patientinnen
- Überweisung an andere Leistungserbringer
- Durchführung von Patientinnengesprächen
- Beachtung der Qualitätsziele einschließlich einer qualitätsgesicherten Arzneimitteltherapie
- Regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln
- Teilnahme an interdisziplinären Fallkonferenzen

Soweit der koordinierende Arzt Leistungen nicht selbst erbringt, wird die Patientin an Fachärzte bzw. eine stationäre Einrichtung überwiesen:

- Bildgebende Diagnostik zu einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe / Facharzt für Radiologie / Facharzt für Diagnostische Radiologie
- zur Gewebeentnahme zu einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe / Facharzt für Radiologie / Facharzt für Diagnostische Radiologie
- zur Durchführung von Strahlentherapie zu einem Facharzt für Strahlentherapie / Facharzt für Radiologie, Teilgebiet Strahlentherapie
- zur Durchführung von Chemotherapie zu einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe / Facharzt für innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie
- zur Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung zu einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie / Facharzt für Psychotherapeutische Medizin / psychologische Psychotherapeuten
- Durchführung einer Schmerztherapie zu Ärzten mit entsprechender Genehmigung für die angeforderte Therapie

3.4 Aufbereitung, Auswertung der Dokumentationsdaten

Seit Beginn des DMP Brustkrebs am 01.07.2004 wurden insgesamt 1.156 Erstdokumentationen sowie 714 Folgedokumentationen erstellt.

Gemäß Schätzung des Robert-Koch-Instituts wird die Zahl der neu an Brustkrebs erkrankten Frauen eines Jahres für das Land Bremen mit 485 angegeben.⁵ Damit beteiligen sich –

⁵ Für das Jahr 2001 verzeichnete das Bremer Krebsregister 512 Neuerkrankungen.

bezogen auf die Teilnahmemöglichkeit innerhalb von 5 ½ Jahren – ca. 45% der an Brustkrebs erkrankten Frauen an dem Programm.⁶

Entwicklung der Fehlerquote

Am Ende des Berichtszeitraumes wurden 92,7% der Dokumentationsbögen als fehlerfrei gekennzeichnet. Auch hier ist nicht nur die Fehlerquote am Ende des Dokumentationsverfahrens wichtig, sondern auch wie viele der Dokumentationen einen Korrekturprozess durchlaufen müssen. Bei der Analyse der vorhandenen Daten ergibt sich folgendes Bild (s. Tab. 11)

	3 Qu 04	4 Qu 04	1 Qu 05	2 Qu 05
alle Dokumentationen	283	435	492	518
mit Korrekturlauf	178	202	117	150
in%	63%	46%	24%	29%

Tab. 11 Fehlerquoten der vergangenen 4 Quartale im DMP Brustkrebs

Der Anteil der zu korrigierenden Dokumentationsbögen hat sich in den vergangenen Monaten halbiert, dennoch muss durchschnittlich jeder 3. Bogen überarbeitet werden. Auch beim DMP Brustkrebs entfällt ein großer Anteil auf die Einforderung fehlender Arztunterschriften bzw. Korrekturdaten. Die Möglichkeit des eDMP wird im DMP Brustkrebs bisher nicht genutzt, doch lässt sich dies durch die relativen kleinen Fallzahlen je teilnehmendem Arzt erklären.

Die DMP-Datenstelle hat in dem Berichtszeitraum 546 Arzt-Reminder versandt.

3.5 Altersverteilung, Tumorgroße sowie Risikostatus

Altersverteilung der Versicherten

Alter der Patientinnen	Anzahl	in %
< 35 Jahre	10	1,2%
35-45 Jahre	90	10,4%
46-65 Jahre	512	59,3%
> 65 Jahre	252	29,2%
Gesamt	864	100,0%

Tab. 11 Alter der teilnehmenden Patientinnen⁷

Im Durchschnitt beträgt das Alter der teilnehmenden Patientinnen 57,5 Jahre.

Neben dem Alter ist die Tumorgroße ein Parameter zur Risikoabschätzung. Die Tumorgroße eingeschriebener Patientinnen verdeutlicht Tab. 12.

⁶ Im DMP Brustkrebs sind auch niedersächsische Frauen eingeschrieben, die bei einem DMP-Arzt im Land Bremen betreut werden. Bei der Berechnung der Quote kann diese Anzahl niedersächsischer Frauen im DMP Bremen nicht mildernd berücksichtigt werden, da sie der GE Bremen unbekannt ist.

⁷ Im Rückmeldebericht werden nur plausible, vollständige und fristgerecht eingereichte Dokumentationen einbezogen, zusätzlich müssen mindestens zwei Dokumentationen je Patientin vorliegen. Somit ist die Zahl der im Rückmeldebericht berücksichtigten Patientinnen niedriger als die Zahl der eingeschriebenen Patientinnen.

TumorgroÙe		Anzahl Patientinnen	in %
pTis	Carcinoma in situ	53	6,1%
pTx	TumorgroÙe nicht bestimmbar	8	0,9%
pT0	kein Anhalt für Primärtumor	6	0,7%
pT1	< 2 cm	467	54,1%
pT2	2 cm - < 5 cm	267	30,9%
pT3	> 5 cm	35	4,1%
pT4	Tumor jeder GröÙe mit direkter Ausdehnung auf Brustwand oder Haut	28	3,2%
Summe		864	100,0%

Tab. 11 TumorgroÙe eingeschriebener Patientinnen

Abhängig vom Risikostatus und vom Rezeptorstatus wird die Indikation zur medikamentösen Therapie gestellt. Die RSAV enthält hierzu Empfehlungen: „für alle Frauen sollte nach individueller Nutzen-Risikoabwägung die Einleitung einer adjuvanten systemischen Therapie geprüft werden. (...) Bei Frauen mit erhöhtem Risiko sollte eine Chemotherapie in Betracht gezogen werden, bei Patientinnen mit rezeptorpositivem Befund (PR+ oder ER+) in Kombination mit einer antiöstrogenen Therapie. (...) Frauen mit niedrigem Risiko sollten entweder keine adjuvante systemische Therapie oder nur eine antiöstrogene Therapie erhalten.“ (Anl. 3 RSAV)

nur Chemotherapie	94	29	2	125
Chemotherapie und Hormontherapie	9	290	2	301
nur Hormontherapie	5	307	54	366
keine medikamentöse Therapie	17	26	4	47
Gesamt	125	652	62	839

Bei den 9 "Chemo- und Hormontherapien" und bei den 5 "nur Hormontherapien" in Spalte 1 und bei den 29 "nur Chemotherapien" und 26 "keine medikamentöse Therapien" in Spalte 2 handelt es sich vermutlich um fehlende oder falsche Angaben. Hier müsste - wenn anders nicht zu klären - das begründete Ergebnis der entsprechenden Tumorkonferenz beigelegt werden.

3.6 Qualitätsziele

Steigerung des Anteils brusterhaltenden Operationen

Im DMP Brustkrebs wurde der Anteil der brusterhaltenden Operationen (BET) als ein Qualitätsziel definiert.

"Ziel der brusterhaltenden Therapie ist die lokale Kontrolle durch vollständige Entfernung des Karzinomherdes bei gleichzeitiger Berücksichtigung des kosmetischen Ergebnisses." (Anl. 5 DMP-Vertrag)

Bei insgesamt 858 operierten Patientinnen wurde in 63,4% eine BET durchgeführt, so dass das Ziel von mindestens 50% erreicht wurde.

Eine brusterhaltende Operation erzielt bei Tumoren bis zu 4 cm Größe identische Überlebensraten wie die Mastektomie, der Anteil der Patientinnen mit pT1 und einer BET liegt im Berichtszeitraum bei 76,2% (absolut 356) von insgesamt 467 Patientinnen mit einer pT1.

Axilladisektion bei invasivem Tumortyp

Das DMP Brustkrebs gibt vor, bei invasiven Tumoren eine Axilladisektion durchzuführen. Im ersten DMP-Jahr wurde diese bei 74,9% (n=769) der Patientinnen mit einem invasiven Tumortyp durchgeführt. Da bekanntermaßen von allen Bremer Frauenkliniken, die Brustkrebs behandeln, bei Indikation die Sentinellymphknotenbiopsie (SNL) durchgeführt wird, dürften die "24,1 % Patientinnen mit invasivem Tumortyp ohne Lymphonodektomie" auf die nicht erfaßte SNL-Biopsie zurückzuführen sein, sodaß die Quote der leitlinienmäßig behandelten Frauen nahe 100 % kommt.

	Anzahl	in %
Patientinnen mit invasivem Tumortyp ohne Lymphonodektomie	193	25,1%
Patientinnen mit invasivem Tumortyp mit Lymphonodektomie	576	74,9%
Gesamt	769	100,0%

Tab. 13 Anzahl und Anteil der Patientinnen mit invasivem Tumortyp und Lymphonodektomie

Sicherstellung der Strahlentherapie nach brusterhaltender Therapie

In mindestens 80% sollte nach einer BET eine Strahlentherapie durchgeführt werden, um das Risiko für ein Lokalrezidiv zu vermindern. Die Auswertung zeigt, dass mit 490 von 544 Patientinnen (90,1%) mit einer BET auch diese Vorgabe übertroffen werden konnte.

Medikamentöse Therapie bei nodalpositivem Tumor

Nach einem Jahr DMP-Laufzeit soll bei mindestens 55% der nodalpositiven Versicherten eine medikamentöse Therapie durchgeführt werden.

"Bei Frauen mit erhöhtem Risiko sollte eine Chemotherapie in Betracht gezogen werden, bei Frauen mit einem rezeptorpositiven Befund (PR+ oder ER+) in Kombination mit einer antiöstrogenen Therapie." (Anl. 5 DMP-Vertrag)

Diese Vorgabe wurde weit übertroffen (s. Tab. 14):

	Anzahl	in %
Patientinnen mit nodalpositivem Tumor, davon	246	
- ohne medikamentöse Therapie	4	1,6%
- mit Chemotherapie	42	17,1%
- mit Hormontherapie	43	17,5%
- mit komb. Chemo/Hormontherapie	157	63,8%

Tab. 14 Anzahl und Anteil der Patientinnen mit einem nodalpositivem Tumor

Fazit:

Die Bremer Frauenärzte und Kliniken sind beim DMP Brustkrebs auf einem guten Weg. Die Dokumentation ist zurzeit noch nicht 100% vollständig und wird sich weiter verbessern.

Auf eine weitere Darstellung weiterer erhobener Daten wird an dieser Stelle verzichtet, weil die RSAV mit den medizinischen Anforderungen zum DMP Brustkrebs derzeit überarbeitet wird und sich daraus inhaltliche Änderungen in Bezug auf die derzeit definierten Qualitätsindikatoren ergeben.

4. DMP Koronare Herzerkrankung (KHK)

Mit Wirkung zum 01.03.2005 trat die Vereinbarung zum DMP KHK in Kraft.

4.1 Ziele des DMP KHK

Das DMP KHK strebt eine Optimierung einer indikationsgesteuerten und systematischen Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit einer koronaren Herzerkrankung an mit folgenden Zielen:

- 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 und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

4.2 Teilnahmevoraussetzungen / Anzahl der Teilnehmer

Koordinierende Vertragsärzte

Zum 30.06.2005 nahmen 243 Hausärzte als koordinierende Vertragsärzte am Programm teil.

Die Teilnahme knüpft sich an den Nachweis der Strukturvoraussetzungen. Die Hausärzte müssen u.a. regelmäßig an KHK-spezifischen Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen. Die Anforderung an die Strukturqualität ist in Anlage 1 der DMP-Vereinbarung KHK festgelegt.

Fachärztliche Versorgungsebene

Besondere Teilnahmevoraussetzungen wurden für die kardiologisch qualifizierten Ärzte definiert, die in Anlage 2 der DMP-Vereinbarung KHK definiert werden.

Auf dieser Versorgungsebene nahmen mit Stand 30.06.2005 zwei fachärztliche Internisten teil.

Krankenhaus

Krankenhäuser werden mit einem separaten Vertrag der Krankenkassen in das DMP KHK eingebunden und müssen ihrerseits Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, die in dem jeweiligen Vertrag definiert sind.

Im Land Bremen nahm 1 Krankenhaus zum 30.06.2005 am DMP KHK teil.

4.3 Kooperation der Versorgungsebenen

Die Anlage 6 der DMP-Vereinbarung beinhaltet die medizinischen Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 entsprechend den Inhalten der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV). Beispielsweise werden darin Überweisungsregeln zwischen den einzelnen Versorgungsebenen definiert:

Vom Hausarzt zum jeweils qualifizierten Facharzt bzw. qualifizierten Einrichtung	Einweisung in ein Krankenhaus	Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme
Zunehmende oder erstmalige Angina Pectoris Beschwerden	Akutes Koronarsyndrom	Nach akutem Koronarsyndrom
Neu aufgetretene Herzinsuffizienz		Nach koronarer Revaskularisation
Neu aufgetretene oder symptomatische Herzrhythmusstörungen	Verdacht auf lebensbedrohliche Dekompensation von Folge- und Begleiterkrankungen (z. B. Hypertonie, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Diabetes mellitus)	Bei Patienten mit stabiler Angina Pectoris und dadurch bedingten limitierenden Symptomen nach Ausschöpfung konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen
Medikamentöse Non-Responder		Bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und dadurch bedingten limitierenden Symptomen nach Ausschöpfung konservativer / interventioneller und/oder operativer Maßnahmen.
Patienten mit Komorbiditäten (z. B. Hypertonie, Diabetes, Depressionen)		
Mitbehandlung von Patienten mit zusätzlichen kardiologischen Erkrankungen, (z. B. Klappenventilen)		
Indikationsstellung zur invasiven Diagnostik und Therapie		
Durchführung der invasiven Diagnostik und Therapie		
Rehabilitation		
Psychiatrische/Psychotherapeutische Mitbehandlung		
Schulung von Patienten		

4.4 Aufbereitung, Auswertung der Dokumentationsdaten

Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation

In den ersten Monaten wurden insgesamt 664 Erstdokumentationen bei der Datenstelle eingereicht, die Fehlerquote betrug nur 8,1%. Mehrere Gründe können dafür ausschlaggebend sein:

- Es beteiligen sich vor allem diejenigen Ärzte, die die DMP-Dokumentation organisatorisch in ihren Praxisablauf gut integrieren konnten und die entsprechenden Softwareprogramme nutzen
- Die Erfahrungen aus der Dokumentation des DMP Diabetes mellitus Typ 2 fließen in das DMP KHK mit ein.
- Der Dokumentationsbogen KHK ist einfacher aufgebaut und enthält weniger Plausibilitätskriterien als der Erstdokumentationsbogen zum DMP DM 2 und damit liegt die Quote der unplausiblen Bögen sehr niedrig.

Die DMP-Datenstelle hat in dem Berichtszeitraum 258 Arzt-Reminder versandt.

Auf Grund der kurzen Laufzeit des DMP KHK sind derzeit keine ausführlichen Auswertungen möglich.