

# **Qualitätsbericht**

**der Gemeinsamen Einrichtung der Krankenkassen im Land Bremen**

**und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen**

**für den Zeitraum 01.01.2008 – 31.12.2009**

## **Inhaltsverzeichnis:**

### **1 Einführung**

**1.1 Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung**

**1.2 Allgemeine Datenlage**

**1.3 Rückmeldeberichte**

### **2 DMP Diabetes mellitus Typ 2**

**2.1 Therapieziele des DMP Diabetes mellitus Typ 2**

**2.2 Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer und Patienten**

**2.3 Kooperation der Versorgungsebenen**

**2.4 Altersverteilung**

**2.5 Qualitätsziele**

### **3 DMP Koronare Herzkrankheit**

**3.1 Ziele des DMP Koronare Herzkrankheit**

**3.2 Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer und Patienten**

**3.3 Kooperation der Versorgungsebenen**

**3.4 Altersverteilung**

**3.5 Qualitätsziele**

### **4 DMP Asthma bronchiale**

**4.1 Ziele des DMP Asthma bronchiale**

**4.2 Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer und Patienten**

**4.3 Kooperation der Versorgungsebenen**

**4.4 Altersverteilung**

**4.5 Qualitätsziele**

### **5 DMP Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)**

**5.1 Ziele des DMP Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)**

**5.2 Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer und Patienten**

**5.3 Kooperation der Versorgungsebenen**

**5.4 Altersverteilung**

**5.5 Qualitätsziele**

## **6 DMP Diabetes mellitus Typ 1**

### **6.1 Ziele des DMP Diabetes mellitus Typ 1**

### **6.2 Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer und Patienten**

### **6.3 Kooperation der Versorgungsebenen**

### **6.4 Altersverteilung**

### **6.5 Qualitätsziele**

## **Tabellen- und Abbildungsverzeichnis**

Tab. 1 Datengrundlage des Berichtszeitraums .....	6
Tab. 2 Anzahl erstellter Rückmeldeberichte.....	6
Tab. 3 DM2 - Anzahl der Teilnehmer .....	7
Tab. 4 DM2 HbA1c-Werte und Erreichungsgrad der individuellen Qualitätsziele .....	10
Tab. 5 DM2 Anzahl normotensiver Patienten.....	11
Tab. 6 KHK – Anzahl der Teilnehmer.....	13
Tab. 7 Asthma Bronchiale – Anzahl der Teilnehmer.....	18
Tab. 8 COPD - Anzahl der Teilnehmer .....	22
Tab. 9 DM1 – Anzahl der Teilnehmer .....	25
Abb. 1 DM2 – Altersverteilung im DMP Diabetes mellitus Typ 2 .....	7
Abb. 2 DM2 –HbA1c-Werteklassen und Zielwerterreichung .....	11
Abb. 3 DM2 Blutdruck-Werteklassen .....	12
Abb. 4 KHK Altersverteilung.....	14
Abb. 5 Verteilung der Blutdruckwerteklassen zum 31.12.2009 (Verlaufsbezogene Darstellung) .....	15
Abb. 6 Asthma bronchiale - Altersverteilung .....	19
Abb. 7 Asthma bronchiale – Überweisung zum Facharzt .....	21
Abb. 8 COPD - Altersverteilung.....	22
Abb. 9 DM1 - Altersverteilung .....	25

## 1. Einführung

Die Gemeinsame Einrichtung Bremen – gegründet von den Krankenkassen im Land Bremen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) - gibt hiermit ihren fünften Qualitätsbericht heraus, der den Zeitraum 01.01.2008 – 31.12.2009 umfasst.

Die KVHB sowie die Krankenkassen im Land Bremen haben bislang Vereinbarungen zu sechs strukturierten Behandlungsprogrammen geschlossen:

- DMP Diabetes mellitus Typ 2 (seit dem 01.07.2003)
- DMP Brustkrebs (seit dem 01.07.2004 )
- DMP Koronare Herzkrankheit (seit dem 01.04.2005)
- DMP Asthma bronchiale (seit dem 01.04.2006)
- DMP Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) (seit dem 01.04.2006)
- DMP Diabetes mellitus Typ 1 (seit dem 01.04.2006)

Der vorgelegte Bericht beinhaltet die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der DM-Programme in dem Berichtszeitraum insbesondere auf Basis der ausgewerteten Dokumentationsdaten.

### 1.1 Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung

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

- die Aufbereitung und Auswertung der Dokumentationsdaten entsprechend der jeweiligen Anlagen der Risikostrukturausgleichsverordnung im Hinblick auf die vereinbarten Qualitätsziele in einer für die Verlaufsbetrachtung (Längsschnittanalyse) geeigneten Form,
- ein regelmäßiges Monitoring dieser Daten unter der Fragestellung, ob die Dokumentationsqualität ausreichend ist, die Anforderungen an die Behandlung von den teilnehmenden Vertragsärzten<sup>1</sup> beachtet werden und die Versicherten aktiv an den Programmen teilnehmen,
- die Erstellung eines Rückmeldeberichtes für die dokumentierenden Ärzte aus den ausgewerteten Dokumentationsdaten,
- die Beratung der KVHB und der Vertragspartner im Hinblick auf den Ausschluss von Leistungserbringern
- die Formulierung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Erinnerungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie Fortbildungsmaßnahmen.

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 der ersten Qualitätsberichte weiter positiv verändert. Gerade im Hinblick auf die verpflichtende Übermittlung der Dokumentationen auf elektronischem Wege seit dem 01.07.2008 ist eine Verbesserung der Datenlage eingetreten.

In der folgenden Tabelle werden die dem Berichtszeitraum zugrundeliegenden Daten zusammengefasst dargestellt:

---

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

Datengrundlage	1. Halbjahr 2008	2. Halbjahr 2008	1. Halbjahr 2009	2. Halbjahr 2009
Diabetes mellitus Typ 2 (DM2)	26.327	25.957	27.296	28.208
Koronare Herzkrankheit (KHK)	10.914	9.214	9.763	10.043
Asthma bronchiale (AB)	7.438	7.772	8.204	7.960
COPD	5.992	6.103	6.275	6.523
Diabetes mellitus Typ 1 (DM 1)	1.490	1.481	1.547	1.605

**Tab. 1 Datengrundlage des Berichtszeitraums**

### 1.3 Rückmeldeberichte

Die Gemeinsame Einrichtung erhält für regelmäßig zu erstellenden Rückmeldeberichte an die dokumentierenden Ärzte pseudonymisierte Daten von der DMP-Datenstelle. Die jeweilige Anzahl der erstellten Berichte über den Berichtszeitraum zeigt die folgende Tabelle.

Rückmeldeberichte	1. Halbjahr 2008	2. Halbjahr 2008	1. Halbjahr 2009	2. Halbjahr 2009
Diabetes mellitus Typ 2 (DM2)	292	278	277	274
Koronare Herzkrankheit (KHK)	259	258	258	253
Asthma bronchiale (AB)	225	220	222	218
COPD	198	192	195	204
Diabetes mellitus Typ 1 (DM 1)	18	18	18	17

**Tab. 2 Anzahl erstellter Rückmeldeberichte**

Der Rückmeldebericht an die Ärzte berücksichtigt im Kernbericht alle Patienten, für die eine Dokumentation vorliegt. Für die Verlaufsdokumentation werden nur Patienten einbezogen, für die mindestens eine Folgedokumentation erstellt wurde.

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 der KV-Region Bremen informiert. Konkrete Hinweise auf auffällige Patienten ergänzen den Bericht und unterstützen die Ärzte bei der Planung weiterer Therapiemaßnahmen.

### 1.4 Einhaltung der in den DMP-Verträgen vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität

In den jeweiligen DMP-Verträgen sind Teilnahmevoraussetzungen für die koordinierenden Hausärzte sowie für den fachärztlichen Versorgungsbereich definiert.

Die Einhaltung der definierten Anforderungen wird jährlich überprüft. Bei fehlendem Nachweis der Strukturvoraussetzungen wird der betreffende Vertragsarzt informiert und die entsprechenden in den DMP-Verträgen geregelten Maßnahmen (Beratung, Widerruf der Teilnahmegenehmigung) umgesetzt. Der Widerruf der Genehmigung musste im Jahr 2008 aus diesen Gründen in sieben Fällen im DMP COPD, in fünf Fällen im DMP Asthma bronchiale sowie in jeweils zwei Fällen im DMP DM 2, KHK und Brustkrebs ausgesprochen werden. Die jeweiligen Ärzte haben die Möglichkeit, nach sechs Monaten einen erneuten Antrag auf Teilnahme an dem entsprechenden Programm zu stellen. Vier der 13 betroffenen Ärzte nahmen diese Option wahr und nehmen nun wieder an den DMP teil. Im Jahr 2009 musste keine Teilnahmegenehmigung widerrufen werden.

## 2. DMP Diabetes mellitus Typ 2

### 2.1 Therapieziele des DMP Diabetes mellitus Typ 2

In Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Patienten sind folgende individuelle Therapieziele anzustreben:

- 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 schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen,
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
- Vermeidung der mikrovasculären Folgekomplikationen (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/ oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen.

### 2.2 Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer und Patienten

Teilnehmende Leistungserbringer Stand 31.12. 2009	
Hausärzte	399
Diabetologisch qualifizierte Fachärzte	28
davon koordinierende diabetologisch qualifizierte Fachärzte	14
Krankenhäuser	7
Rehabilitationseinrichtungen	1
Eingeschriebene Versicherte - Bundesland Bremen - Stand 31.12.2009 (Amtliche Statistik KM6)	
Berücksichtigte Patienten im Zeitraum 2. Halbjahr 2009	25.752
Anzahl Patienten im Kernbericht	28.208
Anzahl Patienten mit Folgedokumentationen	26.541

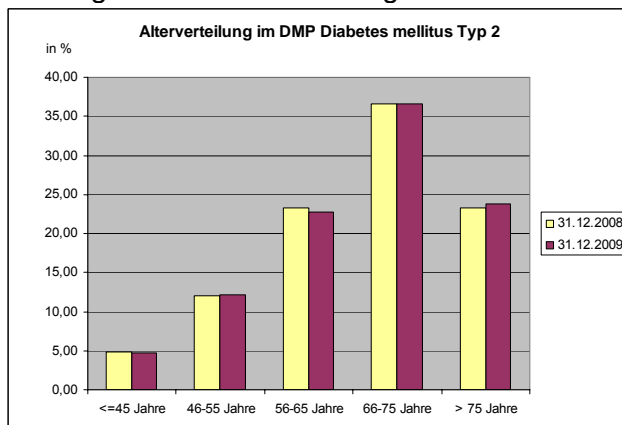
**Tab. 3 DM 2 - Anzahl der Teilnehmer**

### 2.3 Kooperation der Versorgungsebenen

Die Anlage 1 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) beinhaltet die medizinischen Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2. Darin werden Überweisungsregeln zwischen den einzelnen Versorgungsebenen definiert.

### 2.4 Altersverteilung

Gemäß den indikationsspezifischen Berichten zum Diabetes mellitus Typ 2 ergibt sich keine Auffälligkeit in der Entwicklung der Altersverteilung über den Berichtszeitraum:



**Abb. 1 DM2 – Altersverteilung im DMP Diabetes mellitus Typ 2**

Die Patienten aller Praxen sind durchschnittlich 66,5 Jahre alt.

## 2.5 Qualitätsziele

### **Vermeidung von schweren Hypoglykämien:**

Schwere Stoffwechsellentgleisungen sind seltene Ereignisse. Inzidenzangaben für Deutschland im Bereich der Primärversorgung reichen von 0,004/Patient/Jahr (Holstein 2003) bis zu 0,04/Patient/Jahr (nur Patienten mit Insulintherapie) bei den Hypoglykämien. Bei Patienten mit Koma und/oder schwerer Ketoazidose liegen vergleichbare populationsbezogene Zahlen in der Größenordnung von 0,0024/Patient/Jahr (Müller 1995) vor.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass nach 6-monatiger Teilnahme der Patienten am DMP weniger als 1% aufgrund von schweren Hypoglykämien zwei- oder mehrfach innerhalb von 6 Monaten behandelt werden müssen.

**Ergebnis:** Sowohl im Jahr 2008 als auch im Jahr 2009 wurden bei 0,3% der Patienten mehr als zwei notfallmäßig behandlungsbedürftige Hypoglykämien dokumentiert. Somit wurde das Qualitätsziel erreicht.

**Bewertung:** Seit Beginn der Auswertungen der Dokumentationsdaten verringert sich der Quote kontinuierlich (von 0,9% auf jetzt 0,3%).

### **Vermeidung von notfallmäßiger stationärer Behandlung**

Stationäre Behandlungen wegen hyperglykämischer Entgleisungen und notfallmäßiger Behandlungen wegen Hypoglykämien (stationär und nicht-stationär) traten bislang jeweils meist bei weniger als 1% der Patienten im Laufe der betrachteten letzten 6 Monate auf.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass weniger als 2% der Patienten wegen Diabetes ein- oder mehrfach innerhalb von 6 Monaten notfallmäßig stationär behandelt werden müssen.

**Ergebnis:** Im Jahr 2008 war eine notfallmäßige stationäre Behandlung bei 0,3% der eingeschriebenen Patienten notwendig, im Jahr 2009 bei 0,2% der Patienten. Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

**Bewertung:** Ein Vergleich mit vorangegangenen Auswertungen ist nicht möglich, da dieser Indikator neu aufgenommen wurde. Den Beteiligten ist bewusst, dass der Begriff „stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes“ eine gewisse definitorische Unschärfe beinhaltet.

### **Behandlung mit Metformin**

Gegenstand der Qualitätssicherung sind die Verfolgung des Anteils von gemäß den Empfehlungen der RSAV vorrangig verordneten Arzneimitteln sowie das Ziel, innerhalb der Gruppe von übergewichtigen Patienten unter Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum denjenigen Anteil zu steigern, der Metformin erhält. Eine evidenzbasierte Aussage im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit ist im Rahmen der Empfehlungen des DMP nur für Monotherapien möglich, für die Kombination von Arzneimitteln liegen keine oder nur wenige entsprechende Studien vor. Daher erstreckt sich die Aussagekraft von Indikatoren auf diejenigen Patienten, die nur mit einem Wirkstoff behandelt werden. Darüber hinaus implizieren die beiden Indikatoren deutlich normative Elemente. Dementsprechend zurückhaltend wurden hier Zielgrößen gewählt.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens 50% der übergewichtigen Patienten mit Metformin bei Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum behandelt werden.

**Ergebnis:** Im Jahr 2008 liegt der Anteil der entsprechend behandelten Patienten bei 74,4%; im Jahr 2009 steigert sich der Anteil auf 76,6%, so dass das Qualitätsziel erreicht wurde.

**Bewertung:** Bereits im Qualitätsbericht für das Jahr 2007 wurde dieses Qualitätsziel ausgewiesen und der Zielwert weit übertroffen (74,3%). Kontinuierlich liegt der Anteil der



Patienten, die entsprechend den in der Anlage zur Qualitätssicherung zur DMP-Vereinbarung berücksichtigten Studienergebnisse behandelt wurden, um 50% über den vereinbarten Zielwert.

### **Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen**

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

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass im Jahr 2008 mindestens 80% der Patienten, im Jahr 2009 mindestens 90% der Patienten eine augenärztliche Untersuchung erhalten sollten. Berücksichtigt werden hier nur Patienten mit einer mindestens 12-monatigen Teilnahmedauer am DMP.

**Ergebnis:** Im Jahr 2008 lag der Anteil der augenärztlich untersuchten Patienten bei 76,1%, womit das Qualitätsziel knapp verfehlt wurde. Der für das Jahr 2009 nochmals erhöhte Zielwert wurde ebenfalls nicht erreicht, da laut Angabe nur 70,0% der Patienten untersucht wurden.

**Bewertung:** Die Unterschreitung des Zielwertes um 20%-Punkte kann zum Einen mit den zugrundeliegenden Berichtszeiträumen zusammenhängen, da die Auswertungen jeweils Halbjahreszeiträume umfassen. Zum anderen wirken die koordinierenden Hausärzte nicht in jedem Einzelfall bei der Terminabsprache eines Patienten bei seinem Augenarzt mit.

### **Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus**

Dieses Qualitätsziel richtet sich auf die Mitbehandlung durch eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus, wobei als Grundgesamt diejenigen eingeschriebenen Patienten betrachtet werden, die einen auffälligen Fußstatus und eine Einstufung nach Wagner 2-5 oder Armstrong C/D aufweisen.

Bei der Operationalisierung des Indikators ergibt sich das Problem, dass im Falle der Koordination durch eine diabetologische Schwerpunktpraxis die Feststellung des auffälligen Fußstatus und die Qualifikation zur Fußversorgung oftmals in einer Hand bzw. Einrichtung, also in Personalunion, vorliegen. Der koordinierende Arzt bietet also selbst bereits die erforderliche Qualifikation und damit ist keine Überweisung zu erwarten. Auch eine auf den hausärztlichen Sektor beschränkte Auswertung liefert hier nur eine Approximation. Somit kann davon ausgegangen werden, dass der Anteil der bei auffälligem Fußstatus überwiesenen Teilnehmer höher liegt als die dargestellte Rate.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass im Jahr 2008 mindestens 65% der Patienten mit einem auffälligem Fußstatus an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierten Einrichtung überwiesen werden. Für das Jahr 2009 wurde ein um 10%-Punkte höherer Zielwert vereinbart.

**Ergebnis:** In 2008 wurde bei insgesamt 96 Patienten ein auffälliger Fußstatus dokumentiert, in 2009 waren es im ersten Halbjahr 92 Patienten und 86 im zweiten Halbjahr. Im Jahr 2008 wurde in 24,0% der Fälle, 2009 in 17,4% der Fälle der Patient an eine spezialisierte Einrichtung überwiesen.

**Bewertung:** Eine Behandlung eigener Patienten mit auffälligem Fußstatus in diabetologischen Schwerpunktpraxen kann auf dem Dokumentationsbogen nicht vermerkt werden. Es ist anzunehmen, dass bei Berücksichtigung dieser Patienten der Anteil der in einer spezialisierten Einrichtung mitbehandelten Patienten steigen würde.

## HbA1c-Wert

Als intermediärer oder Surrogatparameter hat der HbA1c-Wert breiten Eingang in bestehende QS-Systeme gefunden. Er ist zumindest mit mikrovaskulären Folgeerkrankungen des Diabetes evidenzbasiert assoziiert. Ein exakter Grenzwert (oder mehrere risikobezogene Grenzwerte) als Indikator für den HbA1c-Wert ist aus der wissenschaftlichen Evidenz jedoch nicht ableitbar, dieser soll vielmehr individuell auf den Patienten angepasst und mit diesem abgestimmt werden. Daher sind Grenzen bei der Darstellung als eher willkürlich zu erachten. Ein niedriger HbA1c-Wert darf auch nicht mit einer Steigerung der Häufigkeit von Hypoglykämien "erkauft" werden.

Durch die Senkung der HbA1c-Werte in die Nähe des Normbereichs lässt sich das Risiko für mikroangio- und neuropathische Komplikationen mindern. Es existiert jedoch kein Schwellenwert, unter dem kein Risiko nachweisbar ist. Die HbA1c-Einstellung ist daher immer ein Kompromiss zwischen der Vermeidung von Hypoglykämien einerseits und der Vermeidung von diabetischen Spät komplikationen sowie den individuellen Bedürfnissen eines Patienten andererseits.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass im Jahr 2008 höchstens 10% der Patienten einen HbA1c von  $\geq 8,5\%$  aufweisen sollen, im Jahr 2009 höchstens 8% der Patienten. Ihren individuell vereinbarten HbA1c-Wert sollen mindestens 55% der Patienten im Jahr 2008 und 60% der Patienten im Jahr 2009 erreichen.

**Ergebnisse:** Das erste Qualitätsziel wurde in beiden Berichtsjahren verfehlt, wobei der Anteil der Patienten mit einem HbA1c langsam sinkt und im 2. Hj 2009 unter 10% liegt. Die Entwicklung im gesamten Berichtszeitraum gibt die erste Zeile der Tabelle 3 wieder.

Kontinuierlich steigt der Anteil der Patienten, die ihr individuell vereinbartes Qualitätsziel erreicht haben um 6,6% im Berichtszeitraum. Dieses Qualitätsziel wurde daher erreicht. Das Ergebnis im Berichtszeitraum gibt die letzte Zeile der Tabelle wieder.

HbA1c-Werte	1. Hj 2008		2. Hj 2008		1. Hj 2009		2. Hj 2009	
<b>Gesamtzahl Patienten</b>	26.327		25.957		27.296		28.206	
<b>Anzahl Patienten mit HbA1c <math>\geq 8,5\%</math></b>	2.806	10,7%	2.686	10,3%	2.894	10,6%	2.757	9,8%
<b>individuelles Qualitätsziel HbA1c erreicht</b>	15.731	59,8%	15.532	59,8%	16.384	60,0%	17.992	63,8%

Tab. 4 DM2 HbA1c-Werte und Erreichungsgrad der individuellen Qualitätsziele

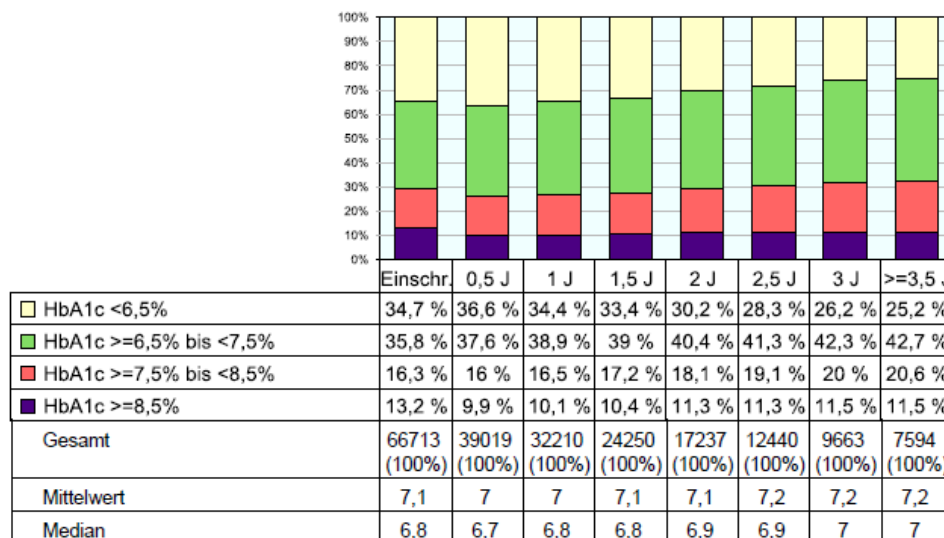
## Verlaufsbezogene Darstellung der HbA1c-Werteklassen und der Zielerreichung<sup>2</sup>

Die folgende Grafik repräsentiert Werte, die die Patienten nach der jeweils angegebenen DMP-Teilnahmedauer aufwiesen. Die Werte eines Patienten können mehrfach vorkommen. Abhängig von der DMP-Teilnahmedauer gehen die nach der jeweiligen Teilnahmedauer erhobenen Werte eines Patienten z.B. in die Säulen „Einschreibung“ bis „n-tes HJ“ ein.

<sup>2</sup> Die Grafiken sind keine Momentaufnahme der Patienten. Sie zeigen auch nicht, wie viele der Patienten eine bestimmte Teilnahmedauer aufweisen. Die Säulen fassen auch nicht Werte zusammen, die zeitgleich erhoben wurden. Diese Hinweise gelten für alle verlaufsbezogenen Darstellungen in diesem Bericht.

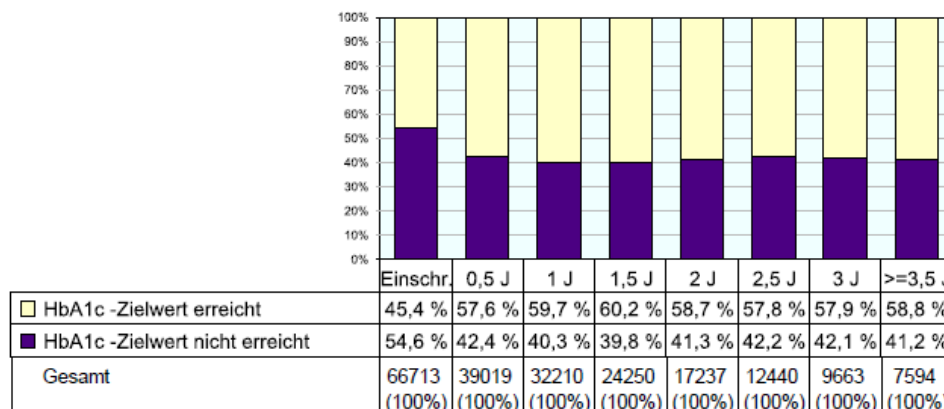
## HbA1c- Werteklassen

Im Diagramm erkennen Sie, dass von allen Ihren Patienten, die beispielsweise 1 Jahr am DMP teilnehmen, 10,1% einen HbA1c-Wert von  $\geq 8,5\%$  aufweisen.



## HbA1c Zielwert- erreichung

Im Diagramm erkennen Sie, dass von allen Ihren Patienten, die beispielsweise 1 Jahr am DMP teilnehmen, 59,7% den individuell vereinbarten HbA1c-Zielwert erreichen.



### Abb. 2 DM2 –HbA1c-Werteklassen und Zielwelterreichung

Indikationsspezifischer Bericht zum Diabetes mellitus Typ 2 für die Gemeinsame Einrichtung, Ausgabe für den Berichtszeitraum 01.07.2009 bis 31.12.2009, Erstellungstag: 30.11.2010

## Blutdruckeinstellung

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. Als normotoner Blutdruckbereich gelten heute Werte von  $< 140/90$  mmHg. Je nach Risikokonstellation kann das Therapieziel auch darunter, kaum hingegen darüber liegen.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass im Jahr 2008 höchstens 40% der Patienten mit einer Hypertonie normotensive Blutdruckwerte aufweisen sollen, für das Jahr 2009 stieg das Qualitätsziel auf mindestens 50%.

**Ergebnis:** Das Qualitätsziel wurde 2008 erreicht und im Jahr 2009 – hier ist die Anhebung des Zielwertes zu beachten - knapp verfehlt (s. Tabelle).

Blutdruck	30.06.2008		31.12.2008		30.06.2009		31.12.2009	
	Patienten mit Hypertonie	11.612		19.464		21.028		22.053
Patienten mit normotensiven RR-Wert	5.395	46,5%	9.374	48,2%	10.073	47,9%	10.585	48,0%

Tab. 5 DM 2 Anzahl normotensiver Patienten

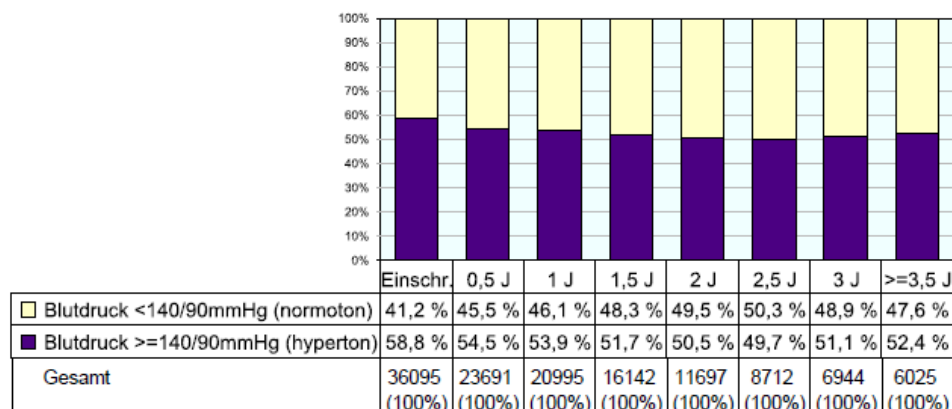
### Verlaufsbezogene Darstellung der Blutdruck-Werteklassen<sup>3</sup>

Die folgende Grafik repräsentiert Werte, die die Patienten nach der jeweils angegebenen DMP-Teilnahmedauer aufwiesen. Die Werte eines Patienten können mehrfach vorkommen. Abhängig von der DMP-Teilnahmedauer gehen die nach der jeweiligen Teilnahmedauer erhobenen Werte eines Patienten z.B. in die Säulen „Einschreibung“ bis „n-tes HJ“ ein.

Die Abbildung zeigt, dass z.B. von allen Patienten mit einer Hypertonie, die beispielsweise 2,5 Jahre am DMP teilnehmen, 50,3% normotone Blutdruckwerte aufweisen.

#### Blutdruck-Werteklassen

Im Diagramm erkennen Sie, dass von allen Ihren Patienten mit einer Hypertonie, die beispielsweise 1 Jahr am DMP teilnehmen, 46,1% normotone Blutdruckwerte (<140/90mmHg) aufweisen.



**Abb. 3 DM2 Blutdruck-Werteklassen**

Indikationsspezifischer Bericht zum Diabetes mellitus Typ 2 für die Gemeinsame Einrichtung, Ausgabe für den Berichtszeitraum 01.07.2009 bis 31.12.2009, Erstellungstag: 30.11.2010

**Bewertung:** Die Daten der verlaufsbezogenen Auswertung lassen den Rückschluss zu, dass eine längere Teilnahmedauer zu keiner weiteren Verbesserung der HbA1c-Werte bzw. der Blutdruckwerte führt. Studienergebnisse weisen darauf hin, dass für eine dauerhafte Verbesserung der Parameter wiederholt Anreize gesetzt werden müssen. Daher sollten die Beteiligten Maßnahmen zu bestimmten Zeitpunkten (z.B. nach zwei Jahren) zur Motivation des Patienten vereinbaren.

#### Prüfung der Nierenfunktion

Die jährliche Bestimmung der Nierenfunktion soll als Indikator dienen, um über die Dosisanpassung von Arzneimitteln bei eingeschränkter Nierenfunktion eine ggf. vorliegende Fehlversorgung gerade bei älteren Patienten mit sehr lange bestehender Erkrankung, mit Multimorbidität und Polymedikation zu signalisieren.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass bei mindestens 90% der Patienten mit 12- oder mehrmonatiger Teilnahme am DMP der Serum-Kreatininwert bestimmt wird.

**Ergebnis:** Im Jahr 2008 wurde dieser Wert bei 97,0% der Patienten bestimmt, im Jahr 2009 bei 95,3% der Patienten. Damit wurde dieses Qualitätsziel erreicht.

#### Verordnung eines Thrombozytenaggregationshemmers

Dieses Qualitätsziel wurde neu aufgenommen. Es ist ein Indikator, der anzeigt, wie viele Patienten mit bestehenden makroangiopathischen Begleiterkrankungen zur sekundären Prävention mit einem Thrombozytenaggregationshemmer versorgt werden. Bei Patienten mit bestehender KHK, pAVK oder zerebrovaskulärer Erkrankung können hierdurch Ereignisse vermieden werden.

<sup>3</sup> Für die verlaufsbezogene Darstellung gelten die unter Fußnote 2 gegebenen Hinweise.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass bei mindestens 80% aller Patienten mit Makroangiopathie ein Thrombozytenaggregationshemmer verordnet wird.

**Ergebnis:** Dieses Qualitätsziel wurde nicht erreicht, denn im Jahr 2008 wurde diese Verordnung bei 75,8% der entsprechenden Patienten vorgenommen, im Jahr 2009 liegt der Anteil bei 75,6%.

**Bewertung:** Unberücksichtigt bleiben in der Auswertung die von den Patienten selbst gekauften Thrombozytenaggregationshemmer. Insofern ist davon auszugehen, dass eine größere Anzahl Patienten mit TAH versorgt sind.

#### 4. DMP Koronare Herzkrankheit

##### 4.1 Ziele des DMP KHK

Medizinischer Kernpunkt der Qualitätssicherung ist die Behandlung nach den Empfehlungen evidenz-basierter Leitlinien. Bei der Auswahl von Qualitätszielen wurden die Aspekte berücksichtigt, die im strukturierten Behandlungsprogramm für die Koronare Herzkrankheit (KHK) von zentraler Bedeutung sind. Dabei steht im Behandlungsprogramm die Dauerbehandlung der chronischen KHK im Vordergrund. Behandlungsstrategien der akuten Notfallbehandlung (Myokardinfarkt) sowie der Rehabilitativbehandlung sind nicht Gegenstand des Programms.

Die **Therapieziele** des Programms bestehen aus der

- Reduktion der Sterblichkeit der Erkrankten
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere der Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz.
- Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von Angina Pectoris-Beschwerden bei Patienten mit stabiler Angina und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

In der nichtmedikamentösen Therapie spielen die individuelle Risikoabschätzung und die Beratung zu Lebensstilveränderungen eine wichtige Rolle.

##### 4.2 Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer und Patienten

Teilnehmende Leistungserbringer Stand 31.12. 2009	
Hausärzte	389
Kardiologisch qualifizierte Fachärzte	15
Invasiv tätige ambulante Kardiologen	12
Krankenhäuser	2
Rehabilitationseinrichtungen	2
Eingeschriebene Versicherte - Bundesland Bremen - Stand 31.12.2009 (Amtliche Statistik KM6)	10.701
Berücksichtigte Patienten im Zeitraum 2. Halbjahr 2009	
Anzahl Patienten im Kernbericht	10.043
Anzahl Patienten mit Folgedokumentationen	9.348

**Tab. 6 KHK – Anzahl der Teilnehmer**

##### 4.3 Kooperation der Versorgungsebenen

Die Anlage 5 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) beinhaltet die medizinischen Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm KHK. Darin werden Überweisungsregeln zwischen den einzelnen Versorgungsebenen definiert.

#### 4.4 Altersverteilung

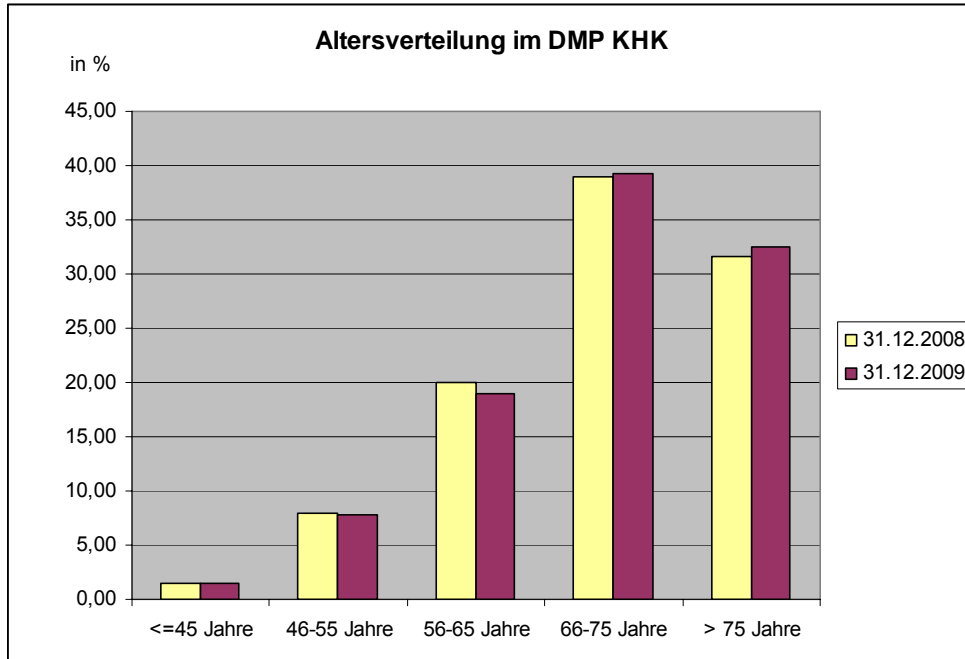


Abb. 4 KHK Altersverteilung

Im Durchschnitt sind die teilnehmenden Patienten 70 Jahre alt.

#### 4.5 Qualitätsziele

##### Normotensive Blutdruckeinstellung

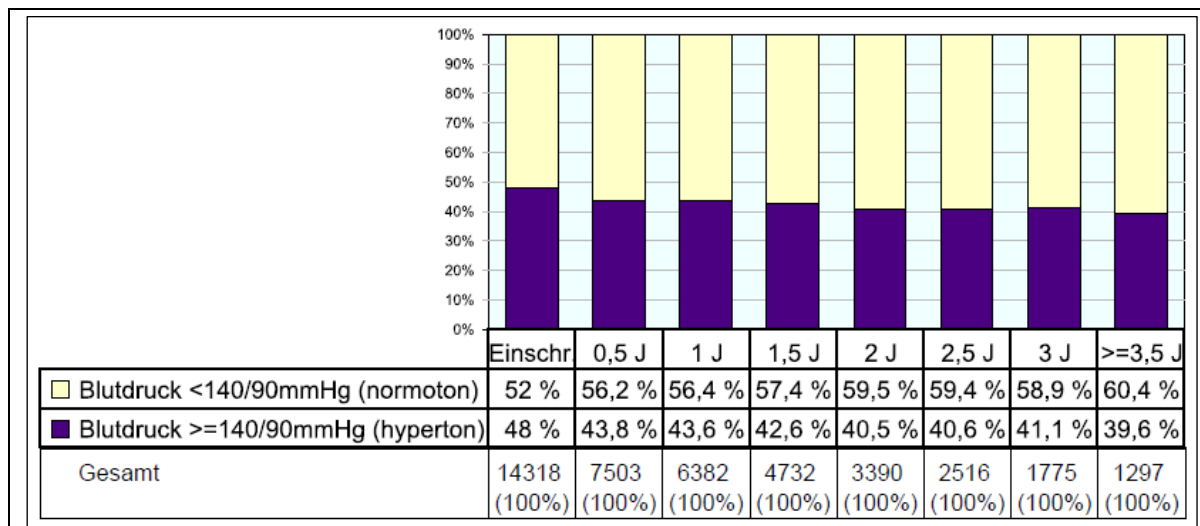
Als normotoner Blutdruckbereich gelten heute Werte von <140/90mmHg. Je nach Risikokonstellation kann das Therapieziel auch darunter, kaum hingegen darüber liegen. Deutsche Studien zur Blutdruckeinstellung im primärärztlichen Bereich zeigen in der Regel eine Zielwerterreichung (<140/90mmHg) von maximal 40%. International ist je nach Definition des Zielwerts das Ergebnis bei großer Varianz ähnlich.

Es wurde vereinbart, dass mehr als 50 % der Patienten mit bekannter Hypertonie (n=7.574 für 2008; n=8.316 für 2009) normotensive Werte aufweisen sollen.

**Ergebnis:** Im aktuellen Berichtszeitraum beträgt dieser Anteil 57,1 % (n=4.323) im Jahr 2008; im Jahr 2009 beträgt der Anteil 58,3% (n=4.844). Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

In der verlaufsbezogenen Darstellung<sup>4</sup> der Blutdruck-Werteklassen (s. Abb. 5) ist gut zu erkennen, dass die Anzahl der Patienten mit normotonomem Blutdruck mit der Dauer der Behandlung im DMP ansteigt. Die Anzahl der Patienten mit hypertonen Werten sinkt.

<sup>4</sup> Für die verlaufsbezogene Darstellung gelten die unter Fußnote **Fehler! Textmarke nicht definiert.** gegebenen Hinweise.



**Abb. 5 Verteilung der Blutdruckwerteklassen zum 31.12.2009 (Verlaufsbezogene Darstellung)**

Gegenstand der Qualitätssicherung ist die Verfolgung des Anteils von gemäß den Empfehlungen der RSAV vorrangig verordneten Arzneimitteln. Hierzu wird der Anteil der Verordnungen von Thrombozytenaggregationshemmer, Betablocker, ACE-Hemmer sowie HMG-CoA-Reduktase-Hemmer ausgewertet.

#### **Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern zur Sekundärprävention**

Neu aufgenommen wurde ein Indikator zum Ziel Patienten zur sekundären Prävention mit einem Thrombozytenaggregationshemmer zu versorgen. Bei Patienten mit bestehender KHK können hierdurch Ereignisse vermieden werden. Der Indikator wurde in Analogie zum vergleichbaren Indikator im DMP DM 2 formuliert und bzgl. des zu erreichenden Zielwerts unverändert gelassen.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mehr als 80% der Patienten ohne Kontraindikation mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) behandelt werden sollen.

**Ergebnis:** Das Qualitätsziel wurde mit 85% zum 31.12.2008 sowie 84,5% zum 31.12.2009 erreicht.

#### **Therapie mit Betablockern bei Patienten mit chronischer KHK**

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mehr als 80% der Patienten ohne Kontraindikationen mit Betablockern behandelt werden sollen.

**Ergebnis:** Das Qualitätsziel wurde mit 82,3% im Jahr 2008 und 81,6% im Jahr 2009 erreicht.

#### **Therapie mit ACE-Hemmern bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz**

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mehr als 80% der Patienten mit vorliegender Herzinsuffizienz mit ACE-Hemmern behandelt werden sollen.

**Ergebnis:** Der Anteil der Patienten mit ACE-Hemmern stieg im Vergleich um 5,4% in den Jahren 2008 zu 2009. Dennoch wurde das Qualitätsziel mit 71,4% im Jahr 2008 und 75,3% im Jahr 2009 nicht erreicht.

**Bewertung:** Denkbar ist, es dass die ICD-Kodierung nicht regelmäßig aktualisiert wird und daher nicht dem tatsächlichen Sachverhalt entspricht, daher soll die Indikation einer KHK mit Herzinsuffizienz überprüft werden.

#### **Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern bei Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt**

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mehr als 60% der Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern behandelt werden sollen.

**Ergebnis:** Mit 76,6% im Jahr 2008 und 77,0% im Jahr 2009 wurde das Qualitätsziel erreicht.

**Bewertung:** Mit der Verordnung von Arzneimitteln in Verbindung stehende Qualitätsziele wurden im Berichtszeitraum zum Teil weit überschritten.

### **Anteil rauchender Patienten**

Für das Auftreten bzw. den Verlauf der KHK ist eine große Zahl von Risikofaktoren identifiziert worden. Ein wesentlicher Risikofaktor mit großer Bedeutung für die Versorgung der Patienten ist der chronische Nikotinabusus. Die vollständige Beendigung des Rauchens (Abstinenz) ist die wichtigste therapeutische Einzelmaßnahme bei Patienten mit Gefäßerkrankungen. Der behandelnde Arzt soll den Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens für die KHK aufklären, spezifisch beraten und dringlich empfehlen, das Rauchen aufzugeben. Um einen möglichen Trend hinsichtlich der Beendigung des Rauchens der am DMP KHK teilnehmenden Versicherten darzustellen, wird der Anteil der rauchenden Patienten ermittelt. Neben dem ärztlichen Beratungsgespräch kann seitens der Krankenkasse der Wunsch des Versicherten das Rauchen zu beenden mit Aufklärungs- und Informationsmaterial über Maßnahmen zur Raucherentwöhnung unterstützt werden.

Ein niedriger Anteil an rauchenden Patienten wurde als weiteres Qualitätsziel vereinbart.

**Ergebnis:** Gemäß der vorliegenden Dokumentationen sind 12% der eingeschriebenen Patienten Raucher. Eine Änderung dieses Anteils über den Berichtszeitraum ist nicht feststellbar.

### **Einhaltung der Überweisungskriterien**

Anders als in der Diabetiker-Versorgung, in der z.B. die jährliche Augenarztuntersuchung ein "Musskriterium" darstellt, existieren derzeit für die Versorgung der KHK-Patienten keine eindeutigen Kriterien (Qualitätsindikatoren), die allen Beteiligten z.B. Patienten, ambulanten und stationären Ärzten Entscheidungshilfen geben, wann sie die nächste Versorgungsebene aufsuchen müssen bzw. wann sie überweisen müssen. Demnach werden in der Anlage 5 der RSA-ÄndV optionale Indikationen gelistet, die vom Arzt bei jedem Patienten individuell geprüft werden sollen. Ein verbindlicher Zielwert wurde daher nicht vereinbart.

So sollte bei neu aufgetretener typischer oder atypischer Angina-pectoris-Symptomatik oder neu aufgetretener Herzinsuffizienz die Notwendigkeit einer Überweisung bzw. Einweisung geprüft werden.

**Ergebnis:** Im Berichtszeitraum wurden im Durchschnitt 11,5% (AP-Symptomatik) bzw. 11,6% (Herzinsuffizienz) der Patienten überwiesen/eingewiesen.

**Bewertung:** Hierbei geht die Gemeinsame Einrichtung von einer Dokumentationsunschärfe aus, da Patienten auch aus anderen Gründen einen Kardiologen aufsuchen. Sie geht daher davon aus, dass der Anteil der Patienten mit tatsächlichem Kontakt zu einem Kardiologen weit größer ist als der in der Auswertung ermittelte Wert.

### **Patientenschulungen**

Die aktive Teilnahme der Versicherten ist ein essentieller Bestandteil, den die RSAV für strukturierte Behandlungsprogramme für Koronare Herzkrankheit fordert. Dementsprechend wurden die QS-Ziele für diesen Bereich definiert.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens 85% der Patienten mit Empfehlung zur Teilnahme an einer Diabetesschulung, bzw. Hypertoneschulung eine solche auch wahrnehmen.



**Ergebnis:** An einer Diabetesschulung nahmen 40,9% (2008) bzw. 35,4% (2009), an einer Hypertonieschulung 38,1% (2008) bzw. 28,1% (2009) teil. Das Qualitätsziel wurde damit nicht erreicht.

**Bewertung:** Grundsätzlich hat das Interesse der Patienten nachgelassen, an Schulungen teilzunehmen. Zum Teil haben manche Patienten bereits eine Schulung absolviert, „neu“ eingeschriebene Patienten zeigen jedoch trotz nachdrücklicher Empfehlung durch den betreuenden Hausarzt nicht immer die Bereitschaft, an einer „Schulung“ teilzunehmen. Die Gemeinsame Einrichtung hat entsprechende Berichte aus den Schulungsvereinen erhalten, die zunehmend mangels Teilnehmerinteresse die angebotenen Schulungen absagen müssen.

## 5 DMP Asthma bronchiale

### 5.1 Ziele des DMP Asthma bronchiale

Bei der Auswahl von Qualitätszielen wurden die Aspekte berücksichtigt, die im strukturierten Behandlungsprogramm für Asthma bronchiale von zentraler Bedeutung sind. Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten anzustreben:

- Reduktion der asthmabedingten Letalität
- Vermeidung bzw. Reduktion von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen, (z. B. Symptome, akute Asthma-Anfälle/Exazerbationen) sowie krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag bzw. krankheitsbedingten Beeinträchtigung der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen,
- Vermeidung bzw. Reduktion einer Progredienz der Erkrankung
- Vermeidung bzw. Reduktion einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag und von unerwünschten Wirkungen der Therapie.

### 5.2 Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer und Patienten

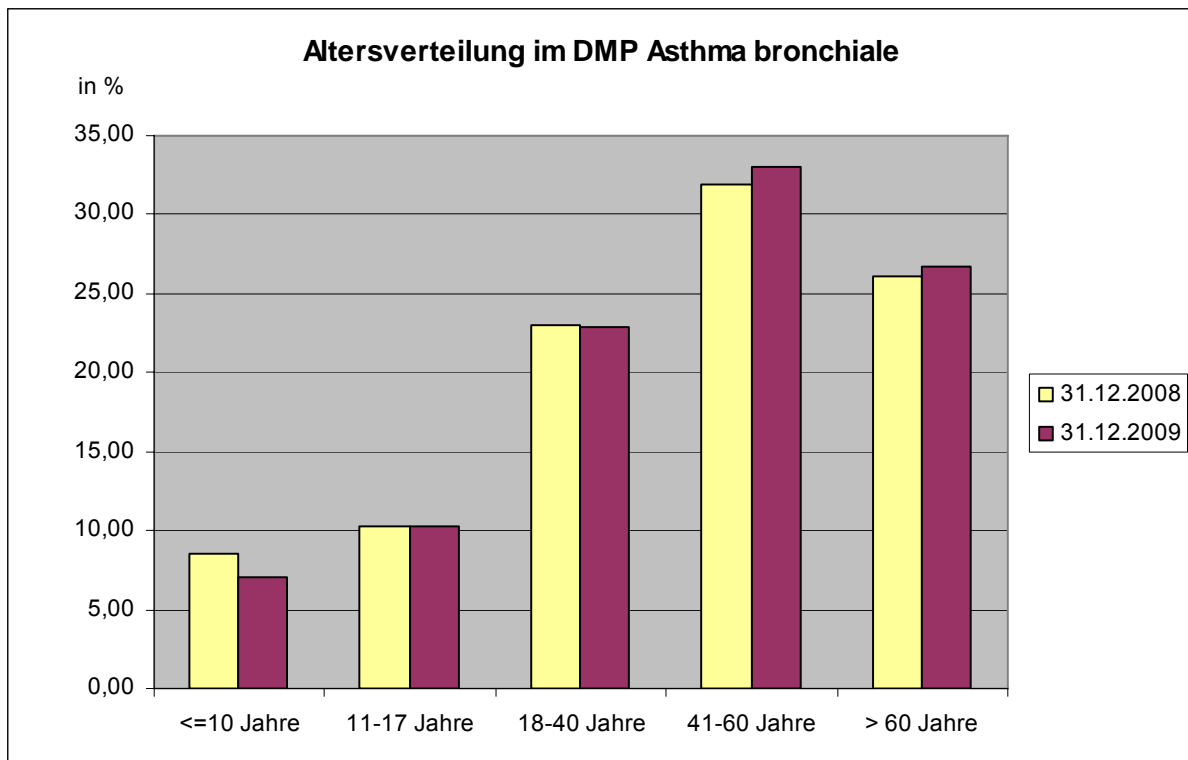
Teilnehmende Leistungserbringer Stand 31.12. 2009	
Hausärzte	301
Kinderärzte	52
Pneumologisch qualifizierte Ärzte	15
Pneumologisch qualifizierte Kinderärzte	2
Krankenhäuser	4
davon Kinderkrankenhäuser bzw. pädiatrische Abteilungen	2
Rehabilitationseinrichtungen	1
Eingeschriebene Versicherte - Bundesland Bremen - Stand 31.12.2009 (Amtliche Statistik KM6)	7.272
Berücksichtigte Patienten im Zeitraum 2. Halbjahr 2009	
Anzahl Patienten im Kernbericht	14.258
Anzahl Patienten mit Folgedokumentationen	7.176

Tab. 7 Asthma Bronchiale – Anzahl der Teilnehmer

### 5.3 Kooperation der Versorgungsebenen

Die Anlage 9 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) beinhaltet die medizinischen Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm Asthma bronchiale. Darin werden Überweisungsregeln zwischen den einzelnen Versorgungsebenen definiert.

### 5.4 Altersverteilung



**Abb. 6 Asthma bronchiale - Altersverteilung**

Im Durchschnitt sind die Patienten im Berichtszeitraum 43,3 Jahre alt.

## 5.5 Qualitätsziele

### Relevante stationäre Ereignisse

Ein wichtiges Therapieziel ist die Reduktion notfallmäßiger stationärer Behandlungen wegen Asthma, wobei die derzeitigen Studienlage nur eine grobe Abschätzung darüber erlaubt, in welchem Ausmaß eine leitliniengerechte Therapie tatsächlich die Anzahl notfallmäßiger Behandlungen reduzieren kann .

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass höchstens 10% der Patienten ein- oder mehrmals einer notfallmäßigen stationären Behandlung wegen Asthma bronchiale bei Betrachtung der letzten sechs Monate des DMP bedürfen.

**Ergebnis:** Die Anzahl der Patienten mit mindestens sechsmonatiger Teilnahmedauer am DMP, die einer stationären Notfallbehandlung bedurften, liegt bei durchschnittlich 1,6%. Dieser Wert ist vergleichbar zu den Werten aus anderen Bundesländern im Berichtszeitraum. Das vereinbarte Qualitätsziel von höchstens 10% der Patienten ist damit weit übertroffen.

### Überprüfung der Inhalationstechnik

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, die Inhalationstechnik bei mindestens 90% aller eingeschriebenen Patienten zu überprüfen.

**Ergebnis:** Zum Beginn des Berichtszeitraums lag der Wert bei 48%, zum Ende wurde bei einem Anteil von 61,1% der Patienten die Inhalationstechnik überprüft. Dieses Qualitätsziel wurde somit nicht erreicht.

**Bewertung:** Es ist jedoch ein positiver Trend zu beobachten, da der Wert im Berichtszeitraum von 48% auf über 60% gestiegen ist.

## **Selbstmanagement**

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens 90% der Patienten einen schriftlichen Selbstmanagementplan einsetzen.

**Ergebnis:** Die Auswertung ergab, dass 50,1% der Patienten zum 31.12.2008 einen solchen Plan erhielten, zum 31.12.2009 waren es 48,3% der Patienten. Das vereinbarte Qualitätsziel wurde somit nicht erreicht.

**Bewertung:** Die Anzahl der Patienten mit Selbstmanagementplan ist rückläufig. Die Gemeinsame Einrichtung geht von einem Dokumentationsproblem aus, da sie annimmt, dass der Begriff „Selbstmanagementplan“ in den dokumentierenden Praxen nicht einheitlich verwendet wird. Sie nimmt dieses Ergebnis zum Anlass, die am DMP Asthma bronchiale teilnehmenden Ärzte über die Bedeutung und Inhalt eines Selbstmanagementplans zu informieren.

## **Medikamentöse Therapie**

In der medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale werden Dauertherapeutika (Medikamente, die als antiinflammatorische Basistherapie regelmäßig eingenommen werden) und Bedarfstherapeutika unterschieden. Unter den Bedarfstherapeutika spielen die inhalativen kurzwirksamen  $\beta$ -2-Symathomimetika eine wichtige Rolle für das Selbstmanagement der Patienten, da sie je nach Bedarf z. B. bei akuter Dyspnoe durch Allergenexposition oder zu erwartender körperlicher Belastungssituation eingenommen werden.

Die medikamentöse Therapie des Asthma bronchiale orientiert sich am Schweregrad der Erkrankung. Inhalative Steroide können aufgrund ihrer antiinflammatorischen Wirkung die Exazerbationsrate und somit auch die Häufigkeit notfallmäßiger Behandlungen reduzieren, weshalb ihr frühzeitiger Einsatz als Dauertherapie empfohlen wird. Insbesondere bei inhalativer Therapie mit langwirksamen  $\beta$ -2 Sympathomimetika, aber auch bei den übrigen bronchodilatatorisch wirksamen Dauertherapien sollte gleichzeitig eine antiinflammatorische Therapie mit inhalativen Steroiden durchgeführt werden. Auch bei oraler Therapie mit Steroiden sollte eine inhalative Steroidgabe erfolgen, weshalb sich dieser Qualitätsindikator auf alle eingeschriebenen Patienten mit Dauermedikation bezieht.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass der Anteil der Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation mindestens 90% betragen soll.

**Ergebnis:** Dieses Qualitätsziel wurde in beiden Jahren erreicht, da 91,4% der Patienten mit Dauermedikation (n=4870) im Jahr 2008 und 90,2% der Patienten mit Dauermedikation (n=4899) im Jahr 2009 inhalative Glukokortikosteroide erhielten.

## **Überweisungen**

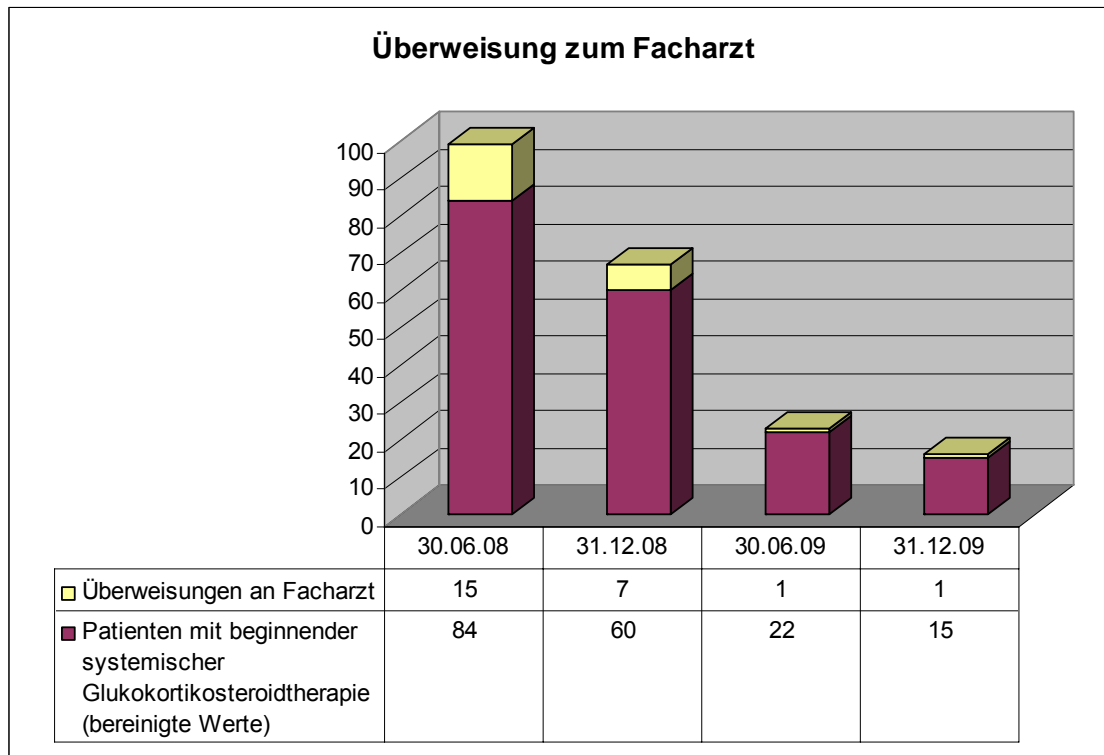
Als Qualitätsziel wurde festgelegt, dass mindestens 90% aller Patienten mit beginnender systemischer Glukokortikosteroidtherapie zu einem Facharzt überwiesen werden sollen.

**Ergebnis:** Die Auswertungen enthalten Überweisungsquoten zwischen 2,7% (2.Hj. 2009) und 7,7% (2. Hj 2008). Dieses Qualitätsziel wurde nicht erreicht.

**Bewertung:** Diese Werte müssen allerdings bereinigt werden, da auch Fachärzte der zweiten Versorgungsebene Patienten im Rahmen des DMP koordinierend betreuen und diese ebenfalls erstmals systemische Glukokortikosteroide erhalten. Eine Überweisung entfällt in diesen Konstellationen. Werden die bei den Fachärzten betreuten Patienten herausgerechnet, dann liegt der Anteil der überwiesenen Patienten im gesamten Berichtszeitraum zwischen 4,5% und 17,9%.

Dabei ist festzustellen, dass der Anteil der entsprechenden Patienten sehr gering ist und weiter sinkt. Zu Beginn des Berichtszeitraums wurden bei nur 3,46% der im DMP

eingeschriebenen Patienten systemische Glukokortikosteroide neu verordnet, am Ende des Berichtszeitraums lag der Anteil bei 0,47% der Patienten.  
 Aus Sicht der Gemeinsamen Einrichtung ist dieses Qualitätsziel nicht mehr adäquat. Eine Anpassung wird empfohlen.



**Abb. 7** Asthma bronchiale – Überweisung zum Facharzt

### Asthma-Schulungen

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass 85% der Patienten mit Empfehlung einer Asthma-Schulung eine solche innerhalb eines Jahres wahrnehmen.

**Ergebnis:** 36,4% der Patienten nahmen im Jahr 2008 sowie 33,9% im Jahr 2009 an einer Schulung teil. Das Qualitätsziel wurde damit verfehlt.

**Bewertung:** Es ist erwähnenswert, dass nur ca. 20% der eingeschriebenen Patienten eine solche Empfehlung gegeben wurde. Des Weiteren ist auf die Ausführungen unter 4.5 zu verweisen.

## 6. DMP Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

### 6.1 Ziele des DMP COPD

Ziele des DMP COPD sind analog zum Programm für Asthma bronchiale die Vermeidung akuter und chronischer Krankheitsbeschwerden sowie die Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Alltagsaktivitäten. Darüber hinaus soll die Krankheitsprogredienz verlangsamt, unerwünschte Nebenwirkungen der Therapie vermieden und die krankheitsbedingte Letalität reduziert werden. Neben der medikamentösen Therapie spielen insbesondere Maßnahmen wie beispielsweise Raucherentwöhnung, körperliche Aktivitäten sowie strukturierte Schulungsmaßnahmen eine wichtige Rolle, die eine aktive Teilnahme der Versicherten verlangen.

Die bereits auf internationaler und nationaler Ebene (z. B. RAND, NCQA, FACCT, NHS; AQUA) entwickelten Qualitätsindikatoren orientieren sich größtenteils an der Diagnose Asthma bronchiale und sind nur bedingt auf die COPD übertragbar. Beispiele für ausschließlich für COPD entwickelte Qualitätsindikatoren sind den ICSI-Leitlinien sowie den Leitlinien der British Thoracic Society zu entnehmen welche bei der Auswahl der Qualitätsziele, sofern dies die Datenvorgabe erlaubt, entsprechend berücksichtigt wurden.

## 6.2 Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer und Patienten

Teilnehmende Leistungserbringer Stand 31.12. 2009	
Hausärzte	311
pneumologisch qualifizierte Fachärzte	17
Krankenhäuser	4
Rehabilitationseinrichtungen	1
Eingeschriebene Versicherte - Bundesland Bremen - Stand 31.12.2009 (Amtliche Statistik KM6)	
Berücksichtigte Patienten im Zeitraum 2. Halbjahr 2009	5.649
Anzahl Patienten im Kernbericht	6.523
Anzahl Patienten mit Folgedokumentationen	5.918

Tab. 8 COPD - Anzahl der Teilnehmer

## 6.3 Kooperation der Versorgungsebenen

Die Anlage 9 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) beinhaltet die medizinischen Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm COPD. Darin werden Überweisungsregeln zwischen den einzelnen Versorgungsebenen definiert.

## 6.4 Altersverteilung

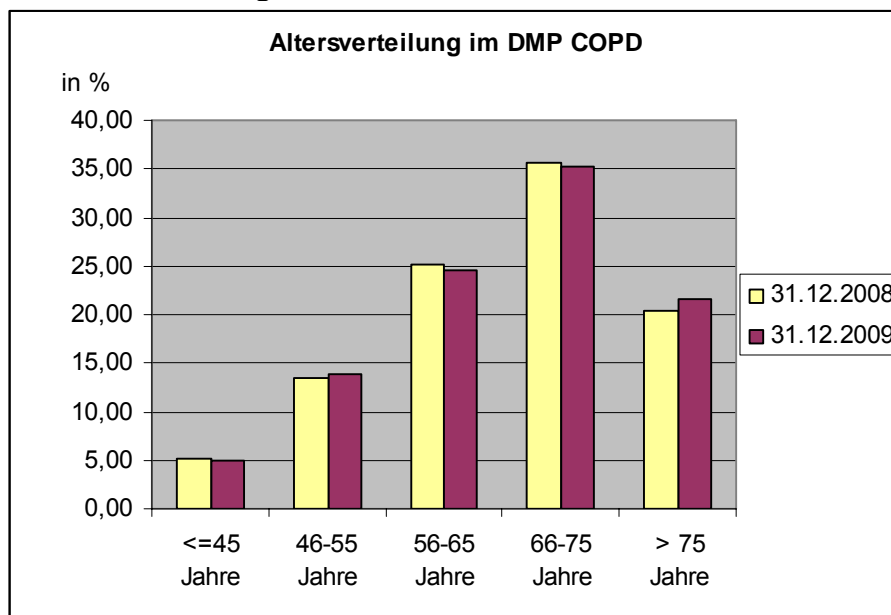


Abb. 8 COPD - Altersverteilung

Im Durchschnitt sind die Patienten 65,9 Jahre alt.

## 6.5 Qualitätsziele

### Raucher

Der Verlust der Lungenfunktion bei COPD-Patienten ist insbesondere auf fortgesetztes Inhalationsrauchen und häufige Exazerbationen zurückzuführen. Rauchverzicht kann den Verlust der Lungenfunktion, gemessen an der Einsekundenkapazität, auf lange Sicht

verringern. Hierbei erweist sich die Kombination aus individueller Gesundheitsaufklärung, regelmäßigen Gruppensitzungen und Nikotin-Ersatztherapie als langfristig wirksam.

Ein Qualitätsziel ist daher ein niedriger Anteil rauchender Patienten.

**Ergebnis:** Zum 31.12.2008 waren 32,8% der Patienten Raucher, zum 31.12.2009 betrug deren Anteil 35,5%.

### **Relevante stationäre Ereignisse**

Als Qualitätsziel wurde eine Reduktion notfallmäßiger stationärer Behandlungen der COPD vereinbart.

**Ergebnis:** Das Qualitätsziel von mindestens 40% der Patienten ohne stationäre notfallmäßige Behandlung in den letzten 24 Monaten wurde weit übertroffen und die Anzahl der Notfälle sank im Berichtszeitraum. Zum Ende des Jahres 2008 bedurften 4,0% der Patienten einer stationären notfallmäßigen Behandlung, zum Ende des Jahres 2009 waren es 2,8%.

### **Exazerbationen**

Als Qualitätsziel wurde festgelegt, dass höchstens 50% der Patienten innerhalb von 6 Monaten zwei oder mehr Exazerbationen erleiden.

**Ergebnis:** Dieses Ziel wurde in beiden Jahren weit übertroffen. Im Jahr 2008 lag der Anteil der betroffenen Patienten bei 1,9%, im Jahr 2009 waren 1,5% der Patienten betroffen.

### **Selbstmanagement**

Als Qualitätsziel wurde eine Erhöhung des Anteils der Patienten auf 90%, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird, vereinbart.

**Ergebnis:** Mit 65,1% im Jahr 2008 bzw. 62,7% im Jahr 2009 der Patienten mit einer dokumentierten Überprüfung wurde dieses Qualitätsziel im Berichtszeitraum verfehlt.

**Bewertung:** Die Anzahl der Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde ist rückläufig. Die Gemeinsame Einrichtung geht von einem Dokumentationsproblem aus, da sie annimmt, dass isehr wohl eine Überprüfung stattfindet. Sie nimmt dieses Ergebnis zum Anlass, die am DMP COPD teilnehmenden Ärzte entsprechend zu informieren.

### **Medikamentöse Therapie**

Ziel der medikamentösen Behandlung der COPD ist es insbesondere, die Symptomatik zu verbessern und Exazerbationen früh zu behandeln sowie deren Rate zu reduzieren. Hierbei werden Bedarfstherapeutika (Medikamente, die bei Bedarf z. B. akuter Dyspnoe oder zu erwartender körperlicher Belastungssituation eingenommen werden) und Dauertherapeutika (Medikamente, die als antientzündliche Basistherapie regelmäßig eingenommen werden) unterschieden.

Eine Reduktion der Symptome ist durch kurz wirksame Betamimetika und Ipratropiumbromid gleichwertig möglich. Wegen der erheblichen Nebenwirkungen sollen zur Dauertherapie systemische Glukokortikosteroide nur in begründeten Einzelfällen zur Anwendung kommen.

Die Reduktion des Anteils der Patienten mit systemischen Glukokortikosteoriden als Dauermedikation ist daher ein weiteres Qualitätsziel des DMP COPD.

**Ergebnis:** Der Anteil der Patienten betrug im ersten Berichtsjahr 7,6%, im zweiten Berichtsjahr 7,2%; so dass das Qualitätsziel von maximal 10% erreicht wurde.

### **Überweisungen**

Als Qualitätsziel wurde eine Erhöhung des Anteils der Patienten, die bei Beginn einer notwendigen Verordnung von systemischen Glukokortikosteroiden zum Facharzt überwiesen werden, vereinbart.

Ergebnis: Im Bericht für das 2. Halbjahr 2008 wurden 9,8% der Patienten überwiesen, ein Jahr später waren es 15,3% der Patienten.

**Bewertung:** Dabei ist analog zum DMP Asthma bronchiale zu berücksichtigen, dass Patienten, die ohnehin von Fachärzten betreut werden, in diesen Werten mit erfasst sind. Bereinigt um diese Patienten ergab sich, dass im ersten Berichtsjahr 14,9% und im zweiten Berichtsjahr 28,1% der Patienten überwiesen wurden.

### **COPD-Schulungen**

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass 85% der Patienten innerhalb von 4 Quartalen nach der Verordnung eine COPD-Schulung wahrnehmen.

**Ergebnis:** Das Qualitätsziel wurde in beiden Berichtsjahren mit 44,4% bzw. 41,7% nicht erreicht.

**Bewertung:** Hier ist auf die Ausführungen unter 4.5 zu verweisen.

## **7. DMP Diabetes mellitus Typ 1**

### **7.1 Ziele des DMP DM 1**

Medizinischer Kernpunkt der Qualitätssicherung ist die Behandlung nach den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien. Bei der Auswahl der Qualitätssicherungsziele wurden die Aspekte berücksichtigt, die im strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 von zentraler Bedeutung sind. Die Therapieziele des Programms bestehen aus der

- Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
- Vermeidung von Neuropathien bzw. Linderung von damit verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen,
- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen,
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
- Vermeidung von Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidosen) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien).

Darüber hinaus gelten für Kinder und Jugendliche folgende weitere Ziele:

- Die Gewährleistung einer Alter entsprechenden körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), einer Alter entsprechenden geistigen Leistungsfähigkeit und den Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit,
- Eine möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes und seine Therapie; die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind Alter entsprechend zu stärken.



Zur Erreichung dieser Ziele spielen neben der medikamentösen Insulintherapie auch insbesondere nichtmedikamentöse Maßnahmen wie beispielsweise Lebensstilveränderungen sowie Schulungsmaßnahmen eine wichtige Rolle und verlangen die aktive Teilnahme der Versicherten an diesem Programm.

## 7.2 Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer und Patienten

Teilnehmende Leistungserbringer Stand 31.12. 2009	
Diabetologische qualifizierte Fachärzte	15
davon fachärztliche Internisten mit diabetischer Qualifikation	7
Diabetologisch qualifizierte Kinderärzte	3
Hausärzte	1
Krankenhäuser	5
davon Kinderkrankenhäuser bzw. pädiatrische Stationen	2
Rehabilitationseinrichtungen	1
Eingeschriebene Versicherte - Bundesland Bremen - Stand 31.12.2009 (Amtliche Statistik KM6)	1.101
Berücksichtigte Patienten im Zeitraum 2. Halbjahr 2009	
Anzahl Patienten im Kernbericht	1.605
Anzahl Patienten mit Folgedokumentationen	1.490

Tab. 9 DM 1 – Anzahl der Teilnehmer

## 7.3 Kooperation der Versorgungsebenen

Die Anlage 7 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) beinhaltet die medizinischen Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1. Darin werden Überweisungsregeln zwischen den einzelnen Versorgungsebenen definiert.

## 7.4 Altersverteilung

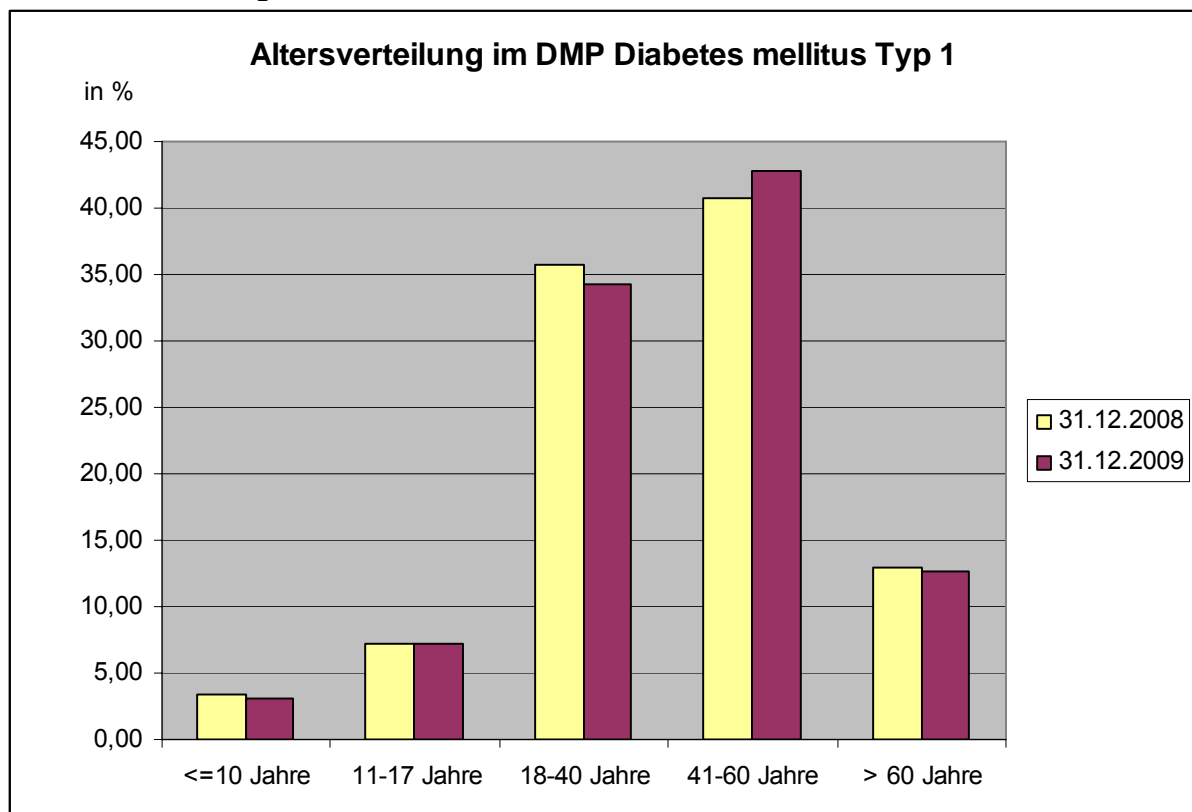


Abb. 9 DM1 - Altersverteilung

Im Durchschnitt sind die Patienten im DMP im gesamten Berichtszeitraum 41 Jahre alt.

## 7.5 Qualitätsziele

### **Vermeidung schwerer Hypoglykämien und stationärer Behandlungen**

Wesentliches Ziel bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1 ist die Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie, insbesondere schwerer Hypoglykämien.

Es wurde daher als Qualitätsziel für die Gesamtzahl der eingeschriebenen Patienten vereinbart, dass weniger als 15% der Patienten eine schwere Hypoglykämie erleiden sollen.

**Ergebnis:** Der Anteil der Patienten mit schweren Hypoglykämien innerhalb der letzten 12 Monate im Berichtsjahr 2008 beträgt 16,9% (164 Patienten), damit wurde das Qualitätsziel knapp verfehlt. Im Berichtsjahr 2009 beträgt der Anteil der Patienten 12,9% (167 Patienten). Das Qualitätsziel wurde damit erreicht.

Darüber hinaus wurde vereinbart, dass weniger als 2 % der eingeschriebenen Patienten stationär behandelt werden müssen.

**Ergebnis:** Der Anteil dieser Patienten im Jahr 2008 beträgt 2,8%, im Jahr 2009 sinkt der Wert leicht auf 2,3%. Das Qualitätsziel wurde damit knapp verfehlt.

### **Blutdruckeinstellung**

Bezüglich der Blutdruckeinstellung beziehen sich die existierenden Qualitätsindikatoren auf regelmäßige Messungen und auch spezieller auf die Auswahl der antihypertensiven Medikation. Bei Kindern und Jugendlichen definiert die RSAV-Anlage keine eindeutigen diagnostischen Kriterien für die Feststellung einer Hypertonie. Üblicherweise dienen hierzu aus Studienabgeleitete Referenzwerte. Sie listen in Normtabellen alters-, geschlechts-, gewichts- und körpergrößenabhängige Werte mit den zugehörigen Perzentilen der gefundenen Verteilung auf. Ein Wert über der 95. Perzentile gilt dann per Konvention als hyperten für die betreffende Gruppe. Diese komplexen Einteilungen eignen sich aus pragmatischen (Programmieraufwand) und methodischen (geringe Fallzahl in den zahlreichen zu bildenden Untergruppen) Gründen nicht für eine Umsetzung in einer QS. Bei der in der Leitlinie für Kinder und Jugendliche der DDG (Danne 2004) genannten Normtabelle nach de Man (1991) fällt zudem auf, dass Blutdruckwerte über 140 mmHg systolisch bei Jungen ab 165 cm und bei Mädchen ab 175 cm Körpergröße noch als normal zu bezeichnen sind. Des Weiteren unterscheiden sich die Normtabellen im angelsächsischen Raum erheblich von den in mehreren auch nicht-angelsächsisch-europäischen Ländern erhobenen Daten. Daher wird der Qualitätsindikator nur für Erwachsene ausgewertet.

Der Blutdruck ist ein wichtiger Parameter bei der individuellen Therapiezielvereinbarung. Die Senkung erhöhter Blutdruckwerte dient insbesondere der Vermeidung mikrovaskulärer Folgeschäden und des diabetischen Fußsyndroms.

**Ergebnis:** Mit einem Anteil von 56,3% normotensiv eingestellter Patienten mit bekannter Hypertonie im ersten Berichtsjahr sowie 57,2% im zweiten Berichtsjahr wurde das Qualitätsziel erreicht.

### **HbA<sub>1c</sub>-Wert und Erreichen des HbA<sub>1c</sub>-Zielwertes**

Durch die Senkung der HbA<sub>1c</sub>-Werte in die Nähe des Normbereichs lässt sich das Risiko für mikroangio- und neuropathische Komplikationen mindern. Es existiert jedoch kein Schwellenwert, unter dem kein Risiko nachweisbar ist. Die HbA<sub>1c</sub>-Einstellung ist daher immer ein Kompromiss zwischen der Vermeidung von Hypoglykämien einerseits und der Vermeidung von diabetischen Spätkomplikationen andererseits. Der HbA<sub>1c</sub>-Wert ist somit ein wesentlicher Parameter im Rahmen der individuellen Therapiezielvereinbarung.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass höchstens 10% der eingeschriebenen Patienten einen HbA<sub>1c</sub>-Wert  $\geq 8,5$  aufweisen sollen.

**Ergebnis:** Mit 29,8% im Jahr 2008 und 29,6% im Jahr 2009 wurde dieses Qualitätsziel nicht erreicht.

Des Weiteren wurde vereinbart, dass ein hoher Anteil der Patienten den individuell vereinbarten HbA<sub>1c</sub>- Wert erreicht.

**Ergebnis:** Im Jahr 2008 erreichten diesen Wert 36,1% der Patienten, im Jahr 2009 waren es 38,8% der Patienten.

**Bewertung:** Bei 10% der Patienten ist der Wert nicht zu erreichen. Es sollten individuelle realistische Zielwerte vereinbart werden.

### **Urin-Albumin-Ausscheidungsrate und Prüfung der Nierenfunktion**

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens 90% der Patienten ab dem 11. Lebensjahr regelmäßig, mindestens einmal jährlich, auf eine erhöhte Urin-Albumin-Ausscheidungsrate untersucht werden.

**Ergebnis:** Mit 95,7% im ersten Berichtsjahr wurde dieses Qualitätsziel übertroffen, im zweiten Berichtsjahr mit 81,9% verfehlt.

Bei Patienten, bei denen eine pathologische Albuminausscheidung dokumentiert wurde, sollte innerhalb von 9 Monaten ein Nierenfunktionstest durchgeführt werden. Das vereinbarte Qualitätsziel liegt hier bei 80% der Patienten.

**Ergebnis:** Zum 31.12.2008 wurde dieser Test bei 89,2% der Patienten, zum 31.12.2009 bei 93,6% der Patienten durchgeführt. Das Qualitätsziel wurde damit erreicht.

### **Regelmäßige Sensibilitätsprüfung**

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens bei 90% der Patienten ab 18 Jahre in jedem Berichtsjahr eine Prüfung der Sensibilität erfolgen soll.

**Ergebnis:** Mit 96,5% im Jahr 2008 wurde dieses Qualitätsziel erfüllt, im Jahr 2009 mit 87,5% knapp verfehlt.

**Bewertung:** Die Gemeinsame Einrichtung nimmt dieses Ergebnis zum Anlass, die teilnehmenden Ärzte auf die Dokumentation der Überprüfung besonders hinzuweisen. Im Hinblick auf die Diagnostik einer Neuropathie hat dieser Parameter eine besondere Relevanz.

### **Regelmäßige Erhebung des peripheren Pulsstatus**

Bei allen eingeschriebenen Patienten ab 18 Jahre und einer DMP-Teilnahmedauer von mindestens 12 Monaten soll der periphere Pulsstatus erhoben werden. Als Qualitätsziel wurden mindestens 90% der Patienten vereinbart.

**Ergebnis:** Dieses Ziel wurde 2008 mit 96,2% der Patienten erreicht, 2009 mit 86,9% der Patienten verfehlt.

**Bewertung:** Die Gemeinsame Einrichtung nimmt dieses Ergebnis zum Anlass, die teilnehmenden Ärzte auf die Dokumentation der durchgeführten regelmäßigen Kontrolle hinzuweisen.

### **Regelmäßige Erhebung des Fußstatus und Mitbehandlung durch spezialisierte Einrichtungen**

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass bei mindestens 90% der Patienten (>= 18 Jahre) mindestens einmal jährlich eine Untersuchung zur Erhebung des Fußstatus erfolgt.

**Ergebnis:** Dieses Qualitätsziel wurde im ersten Berichtsjahr mit 99,0% erreicht, im zweiten Berichtsjahr mit 89,6% knapp verfehlt.

Weiterhin sollen mindestens 65% der Patienten mit auffälligem Fußstatus zur Mitbehandlung an eine spezialisierte Einrichtung überweisen werden.

**Ergebnis:** Im Jahr 2008 wurde dieser Wert mit 57,1% (4 von 7 Patienten), im Jahr 2009 mit 0,0% (0 von 8 Patienten) nicht erreicht.

**Bewertung:** Eine Behandlung eigener Patienten mit auffälligem Fußstatus in diabetologischen Schwerpunktpraxen kann auf dem Dokumentationsbogen nicht vermerkt werden. Es ist anzunehmen, dass bei Berücksichtigung dieser Patienten der Anteil der in einer spezialisierten Einrichtung mitbehandelten Patienten steigen würde.

### **Verordnung von TAH bei Makroangiopathie**

Für den Bereich der Arzneimitteltherapie wurde ein Indikator neu eingeführt, der die Versorgung von Patienten, die unter makroangiopathischen Folge- oder Begleiterkrankungen leiden, mit Thrombozytenaggregationshemmern abbildet. Bei Patienten mit bestehender KHK, pAVK oder zerebrovaskulärer Erkrankung können hierdurch Ereignisse vermieden werden.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens 80% aller Patienten mit Makroangiopathie eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) verordnet wird.

**Ergebnis:** Im ersten Berichtsjahr wurde diese Therapie bei 60,7% der Patienten verordnet, im zweiten Berichtsjahr bei 58% der Patienten. Das Qualitätsziel wurde damit verfehlt.

**Bewertung:** Auch hier geht die Gemeinsame Einrichtung auf Grund der Selbstmedikation davon aus, dass der Anteil der Patienten mit TAH höher liegt, als die Auswertung vermuten lässt.

### **Diabetes- und Hypertonieschulungen**

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass je mindestens 90% der Patienten eine empfohlene Schulung bis zur nächsten Dokumentation wahrnehmen sollen.

**Ergebnis:** Im Jahr 2008 nahmen 67% der Patienten an einer Diabetesschulung, 68,4% an einer Hypertonieschulung teil. Im Jahr 2009 lagen die Werte bei 57,3% der Patienten mit einer Diabetesschulung und 54,8% mit Hypertonieschulung. Das Qualitätsziel wurde damit verfehlt.

**Bewertung:** Es ist von einem Dokumentationsfehler auszugehen, da nach einhelliger Auffassung der Gemeinsamen Einrichtung im Bundesland Bremen jeder Patient mit Typ 1 Diabetes an einer Schulung teilnimmt. Diese erfolge entweder im ambulanten oder im (teil-)stationären Bereich. Die am DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmenden Ärzte werden daher auf dieses Dokumentationsergebnis besonders hingewiesen.