

7. Qualitätsbericht

der Gemeinsamen Einrichtung

der Krankenkassen im Land Bremen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

für den Zeitraum 01.01.2013 – 31.12.2014

Inhaltsverzeichnis:

1	Einführung.....	6
1.1	Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung.....	6
1.2	Datengrundlagen des Qualitätsberichts.....	6
1.2.1	Zahl der teilnehmenden Patienten.....	7
1.2.2	Zahl der teilnehmenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.....	8
1.2.3	Rückmeldeberichte.....	8
1.3	Einhaltung der in den DMP-Verträgen vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität.....	8
2	DMP Diabetes mellitus Typ 2.....	9
2.1	Therapieziele des DMP Diabetes mellitus Typ 2.....	9
2.2	Vertragsteilnehmer.....	9
2.3	Kooperation der Versorgungsebenen.....	9
2.4	Altersverteilung.....	10
2.5	Qualitätsziele	10
2.5.1	Notfallmäßige stationäre Behandlung:.....	10
2.5.2	Behandlung mit Metformin:.....	11
2.5.3	Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen:.....	12
2.5.4	Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus:.....	12
2.5.5	HbA1c-Wert:.....	13
2.5.6	Verlaufsbezogene Darstellung der HbA1c-Werteklassen und der Zielerreichung.....	14
2.5.7	Längsschnittanalyse HbA1c-Werteklassen:.....	14
2.5.8	Längsschnittanalyse HbA1c-Zielwerterreichung:.....	15
2.5.9	Blutdruckeinstellung:	15
2.5.10	Prüfung der Nierenfunktion:.....	16
2.5.11	Verordnung eines Thrombozytenaggregationshemmers (TAH):.....	17
2.5.12	Diabetes- und Hypertoneschulungen.....	17
3	DMP Koronare Herzkrankheit.....	18
3.1	Ziele des DMP KHK.....	19
3.2	Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer.....	19
3.3	Kooperationen der Versorgungsebenen.....	19
3.4	Altersverteilung.....	19
3.5	Qualitätsziele.....	20
3.5.1	Normotensive Blutdruckeinstellung.....	20
3.5.2	Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern zur Sekundärprävention.....	21
3.5.3	Therapie mit Betablockern bei Patienten mit chronischer KHK.....	21
3.5.4	Therapie mit Statinen bei Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt.....	22
3.5.5	Therapie mit ACE-Hemmern bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz.....	22
3.5.6	Anteil rauchender Patienten.....	23
3.5.7	Einhaltung der Überweiskriterien.....	23
3.5.8	KHK Patientenschulungen.....	24
4	DMP Asthma bronchiale.....	26
4.1	Ziele des DMP Asthma bronchiale.....	26
4.2	Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer.....	26
4.3	Kooperation der Versorgungsebenen.....	26
4.4	Altersverteilung.....	27
4.5	Qualitätsziele.....	27
4.5.1	Steigerung des Anteils der Patientinnen u. Patienten mit guter Symptomkontrolle...27	
4.5.2	Relevante stationäre Ereignisse.....	28
4.5.3	Überprüfung der Inhalationstechnik.....	28
4.5.4	Selbstmanagement.....	29
4.5.5	Medikamentöse Therapie.....	29
4.5.6	Asthma-Schulungen.....	30
5	DMP Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD).....	31
5.1	Ziele des DMP COPD.....	31

5.2	Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer.....	32
5.3	Kooperation der Versorgungsebenen.....	32
5.4	Altersverteilung.....	32
5.5	Qualitätsziele.....	32
5.5.1	Raucher.....	32
5.5.2	Relevante stationäre Ereignisse.....	33
5.5.3	Exazerbationen.....	33
5.5.4	Überprüfung der Inhalationstechnik.....	34
5.5.5	Medikamentöse Therapie.....	34
5.5.6	Überweisungen.....	35
5.5.7	COPD-Schulungen.....	35
6	DMP Diabetes mellitus Typ 1.....	36
6.1	Ziele des DMP DM 1.....	36
6.2	Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer.....	38
6.3	Kooperation der Versorgungsebenen.....	38
6.4	Altersverteilung.....	38
6.5	Qualitätsziele.....	38
6.5.1	Vermeidung schwerer Hypoglykämien und stationärer Behandlungen.....	39
6.5.2	Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlung wegen Diabetes mellitus.....	39
6.5.3	Blutdruckeinstellung.....	40
6.5.4	HbA1C-Wert und Erreichen des HbA1c-Zielwertes.....	40
6.5.5	Albumin-Ausscheidung und Prüfung der Nierenfunktion.....	42
6.5.6	Regelmäßige Sensibilitätsprüfung.....	43
6.5.7	Regelmäßige Erhebung des peripheren Pulsstatus.....	43
6.5.8	Regelmäßige Erhebung des Fußstatus.....	43
6.5.9	Diabetischer Fuß - Mitbehandlung durch spezialisierte Einrichtungen.....	44
6.5.10	Verordnung von TAH bei Makroangiopathie.....	44
6.5.11	Diabetes- und Hypertonieschulungen.....	45
7	DMP Brustkrebs.....	45
7.1	Ziele des DMP Brustkrebs.....	46
7.2	Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer.....	46
7.3	Kooperation der Versorgungsebenen.....	46
7.4	Altersverteilung.....	46
7.5	Qualitätsziele.....	46
7.5.1	Brusterhaltender Therapie bei pT1.....	47
7.5.2	Sentinel- Lymphknoten Biopsie.....	47
7.5.3	Bestrahlung nach Brusterhaltender Therapie.....	47
7.5.4	Bestimmung des Her2/neu- Status.....	48
7.5.5	Adjuvante endokrine Therapie.....	48
7.5.6	Trastuzumab- Therapie.....	48
7.5.7	Anteil von Patientinnen mit adjuvanter Chemotherapie.....	49
7.5.8	Patientinnen mit Bisphonat- Therapie.....	49
7.5.9	Patientinnen mit Lymphödem.....	50
7.5.10	Verteilung der pT- Tumorstadien.....	50

Tabellenverzeichnis:

Tab. 1-1 Berücksichtigte Patientenzahl in Halbjahresberichten.....	7
Tab. 1-2 Anzahl Patienten seit DMP-Beginn.....	7
Tab. 1-3 Anzahl Patienten mit mind. einer Folgedokumentation.....	7
Tab. 1-4 Anzahl koordinierender Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.....	8
Tab. 1-5 Anzahl erstellter Rückmeldeberichte.....	8
Tab. 2-1 DM 2 Anzahl der Teilnehmer zum 31.12.2014.....	9
Tab. 2-2 DM 2 Notfallmäßigen Behandlungen.....	11
Tab. 2-3 DM 2 Metformin bei Monotherapie mit OAD.....	12
Tab. 2-4 DM 2 Augenärztliche Untersuchung.....	12
Tab. 2-5 DM 2 Überweisungen von Patienten mit diabetischem Fuß.....	13
Tab. 2-6 DM 2 Patienten mit Hypertonie und normotensivem RR-Wert.....	16
Tab. 2-7 DM 2 Patienten, deren Serum-Kreatininwert bestimmt wurde.....	17
Tab. 2-8 DM 2 Patienten mit verordneten Thrombozytenaggregationshemmern	17
Tab. 3-1 KHK Anzahl der Teilnehmer zum 31.12.2012.....	19
Tab. 3-2 KHK Patienten mit Hypertonie und normotensivem RR-Wert.....	20
Tab. 3-3 KHK Patienten mit verordneten Thrombozytenaggregationshemmern.....	21
Tab. 3-4 KHK Patienten mit verordneten Betablockern.....	22
Tab. 3-5 KHK Patienten mit verordneten Statinen.....	22
Tab. 3-6 KHK Patienten mit verordneten ACE-Hemmern.....	22
Tab. 3-7 KHK Einhaltung der Überweiskriterien.....	23
Tab. 3-8 KHK Modul Herzinsuffizienz Verordnung ACE-Hemmer.....	25
Tab. 3-9 KHK Modul Herzinsuffizienz Verordnung Betablocker.....	25
Tab. 3-10 KHK Modul Herzinsuffizienz Bestimmung Serum-Elektrolyte.....	25
Tab. 4-1 AB Anzahl der Teilnehmer zum 31.12.2014.....	26
Tab. 4-2 AB Patienten mit guter Systemkontrolle.....	27
Tab. 4-3 AB Patienten mit stationärer Notfallbehandlung.....	28
Tab. 4-4 AB Patienten mit Überprüfung der Inhalationstechnik.....	28
Tab. 4-5 AB Selbstmanagementplan.....	29
Tab. 4-6 AB Inhalative Steroidgabe.....	30
Tab. 4-7 AB Schulungen.....	30
Tab. 5-1 COPD Anzahl der Teilnehmer zum 31.12.2014.....	32
Tab. 5-2 COPD Patienten mit stationärer Notfallbehandlung.....	33
Tab. 5-3 COPD Patienten mit Überprüfung der Inhalationstechnik.....	34
Tab. 5-4 COPD Verordnungen von Glukokortikosteroiden	34
Tab. 5-5 COPD Schulungen.....	35
Tab. 6-1 DM 1 Anzahl der Teilnehmer zum 31.12.2014.....	38
Tab. 6-2 DM 1 Patienten mit schweren Hypoglykämien.....	39
Tab. 6-3 DM 1 Patienten mit notfallmäßigen Behandlungen.....	39
Tab. 6-4 DM 1 Patienten mit normotensiven Blutdruckwerten.....	40
Tab. 6-5 DM 1 HbA _{1c} -Werte und individuelle HbA _{1c} -Zielwerte.....	41
Tab. 6-6 DM 1 Bestimmung der Urin-Albumin-Ausscheidungsrate	42
Tab. 6-7 DM 1 Überprüfung Nierenfunktion.....	42
Tab. 6-8 DM 1 Sensibilitätsprüfung.....	43
Tab. 6-9 DM 1 Peripherer Pulsstatus.....	43
Tab. 6-10 DM 1 Dokumentation des Fußstatus.....	44
Tab. 6-11 DM 1 Patienten mit verordneten Thrombozytenaggregationshemmern	44
Tab. 7-1 BK Anzahl der Teilnehmer zum 31.12.2014.....	46
Tab. 7-2 BK Anteil Patientinnen mit einer Brusterhaltenden Therapie.....	47
Tab. 7-3 BK Anteil Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten Biopsie.....	47
Tab. 7-4 BK Patientinnen mit abgeschlossener Bestrahlung nach Brusterhaltender Therapie.....	47
Tab. 7-5 BK Patientinnen mit bestimmten Her2/neu-Status.....	48
Tab. 7-6 BK Anteil Patientinnen mit adjuvanter endokriner Therapie.....	48
Tab. 7-7 BK Anteil Patientinnen mit Trastuzumab –Therapie.....	49

Tab. 7-8 BK Anteil Patientinnen mit adjuvanter Chemotherapie.....	49
Tab. 7-9 BK Anteil Patientinnen mit Bisphosphonat –Therapie.....	49
Tab. 7-10 BK Anteil Patientinnen mit Lymphödem.....	50

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2-1 DM 2 Altersverteilung.....	10
Abb. 2-2 DM 2 HbA1c-Werte und Erreichungsgrad der individuellen Qualitätsziele.....	14
Abb. 2-3 DM 2 Längsschnittanalyse HbA1c-Werteklassen	15
Abb. 2-4 DM 2 Längsschnittanalyse HbA1c- Zielwerterreichung.....	15
Abb. 2-5 DM 2 Längsschnittanalyse Blutdruck-Werteklassen.....	16
Abb. 2-6 DM 2 Patientenschulungen.....	18
Abb. 3-1 KHK Altersverteilung.....	20
Abb. 3-2 Verteilung der Blutdruckwerteklassen.....	21
Abb. 3-3 KHK Patientenschulungen	24
Abb. 4-1 AB Altersverteilung	27
Abb. 4-2 AB Asthmaschulungen.....	31
Abb. 5-1 COPD Altersverteilung.....	32
Abb. 5-2 COPD Patientenschulungen.....	36
Abb. 6-1 DM 1 Altersverteilung.....	38
Abb. 6-2 DM 1 Patientenschulungen.....	45
Abb. 7-1 BK Altersverteilung	46
Abb. 7-2 BK Tumorstadien.....	50

1 Einführung

Die Gemeinsame Einrichtung Bremen – gegründet von den Krankenkassen im Land Bremen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) - gibt hiermit ihren siebten Qualitätsbericht heraus, der den Zeitraum 01.01.2013 – 31.12.2014 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 Vertragsärzten¹ 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 Bericht und veröffentlicht diesen.

1.2 Datengrundlagen des Qualitätsberichts

Der vorliegende Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung stützt sich auf die bei der DMP-Datenstelle eingegangenen Daten, aus denen die arztbezogenen Rückmeldeberichte sowie die zusammenfassenden Berichte über alle an den DMP teilnehmenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im KV-Bezirk Bremen.

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

Es liegt nahe, Ergebnisse bezüglich der Erreichung der Qualitätsziele über einen längeren Zeitraum zu betrachten. Sofern ein Nebeneinanderstellen der Ergebnisse möglich ist, d.h. die Qualitätsziele unverändert über den Zeitraum galten, werden im Folgenden Angaben aus den Jahren 2013 bis 2014 um Daten aus den Vorjahren ergänzt.

1.2.1 Zahl der teilnehmenden Patienten

Der Kernbericht berücksichtigt alle Patienten, für die eine Dokumentation vorliegt. Für die Auswertungen zur Verlaufsdokumentation werden nur Patienten einbezogen, für die mindestens eine Folgedokumentation erstellt wurde.

Die im Halbjahresbericht berücksichtigte Patientenzahl:

Zeitraum	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
DMP				
Diabetes mellitus Typ 2	29.290	30.976	31.631	31.971
Koronare Herzkrankheit	10.977	11.820	11.774	12.400
- Modul Herzinsuffizienz	899	969	965	848
Asthma bronchiale	7.782	8.367	8.430	8.532
COPD	6.533	7.006	6.900	7.031
Diabetes mellitus Typ 1	1.577	1.608	1.658	1.799
Brustkrebs	903	1.098	1.183	967

Tab. 1-1 Berücksichtigte Patientenzahl in Halbjahresberichten

Anzahl der Patienten mit einer Dokumentation seit DMP-Beginn:

Zeitraum	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
DMP				
Diabetes mellitus Typ 2	92.478	95.382	97.353	102.151
Koronare Herzkrankheit	34.584	35.791	37.697	35.815
Asthma bronchiale	25.001	25.212	26.127	27.307
COPD	19.112	19.838	20.001	20.907
Diabetes mellitus Typ 1	3.104	3.272	3.516	3.704
Brustkrebs	5.316	5.175	4.642	5.829

Tab. 1-2 Anzahl Patienten seit DMP-Beginn

Anzahl der Patienten, für die mindestens eine Folgedokumentation erstellt wurde:

Zeitraum	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
DMP				
Diabetes mellitus Typ 2	27.632	29.502	30.127	30.469
Koronare Herzkrankheit	10.497	11.276	11.242	11.821
- Modul Herzinsuffizienz	854	925	933	811
Asthma bronchiale	7.174	7.732	7.746	7.762
COPD	6.028	6.428	6.418	6.458
Diabetes mellitus Typ 1	1.484	1.528	1.580	1.689
Brustkrebs	788	966	1.183	967

Tab. 1-3 Anzahl Patienten mit mind. einer Folgedokumentation

Veränderungen in den für den Bericht zu berücksichtigenden Angaben lassen sich durch die Einschreibungen bzw. Beendigungen der Teilnahmen von Patienten und/oder auch Vertragsärzten erklären.

1.2.2 Zahl der teilnehmenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

Im Verlauf des Berichtszeitraums blieb die Zahl der an den strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmenden und koordinierenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte weitgehend konstant:

Zahl teilnehmender/ koordinierender Vertragsärztinnen/-ärzte	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Diabetes mellitus Typ 2	437	432	436	434
Koronare Herzkrankheit	431	424	433	432
Asthma bronchiale	469	464	469	467
COPD	414	410	415	412
Diabetes mellitus Typ 1	22	22	23	24
Brustkrebs	72	72	68	65

Tab. 1-4 Anzahl koordinierender Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

Angaben zu weiteren Teilnehmern an einem DMP finden sich in den indikationsspezifischen Kapiteln.

1.2.3 Rückmeldeberichte

Die Gemeinsame Einrichtung erstellt regelmäßig Rückmeldeberichte für die dokumentierenden Ärzte anhand pseudonymisierter Daten, die sie von der DMP-Datenstelle erhält. Die Anzahl der erstellten praxisbezogenen Berichte über den Berichtszeitraum zeigt die folgende Tabelle:

Anzahl Rückmeldeberichte	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Diabetes mellitus Typ 2 (DM2)	241	232	229	223
Koronare Herzkrankheit (KHK)	221	218	214	209
Asthma bronchiale (AB)	217	201	195	198
COPD	189	180	185	172
Diabetes mellitus Typ 1 (DM1)	16	15	15	15
Brustkrebs (BK)	37	36	37	35

Tab. 1-5 Anzahl erstellter Rückmeldeberichte

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.

1.3 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 (insbesondere Beratung, Widerruf der Teilnahmegenehmigung) umgesetzt.

Im Berichtszeitraum wurden keine Teilnahmegenehmigungen auf Grund fehlender Nachweise der Strukturvoraussetzungen widerrufen.

2 DMP Diabetes mellitus Typ 2

Als Diabetes mellitus Typ 2 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch relativen Insulinmangel auf Grund einer Störung der Insulinsekretion entsteht und in der Regel mit einer Insulinresistenz einhergeht. Die Diagnose eines Diabetes mellitus gilt als gestellt, wenn die folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Nachweis typischer Symptome des Diabetes mellitus (zum Beispiel Polyurie, Polydipsie, ansonsten unerklärlicher Gewichtsverlust) und
- Nüchtern-Glukose vorrangig im Plasma (i. P.) $\geq 7,0$ mmol/l (≥ 126 mg/dl) oder Nicht-Nüchtern-Glukose i. P. $\geq 11,1$ mmol/l (≥ 200 mg/dl).

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 Stoffwechselentgleisungen,
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
- Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (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 Vertragsteilnehmer

Zum Stichtag 31.12.2014 nahmen insgesamt 440 Leistungserbringer am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teil.

Teilnehmende Leistungserbringer Stand 31.12. 2014	
Hausärzte	409
Diabetologisch qualifizierte Fachärzte	27
davon koordinierende diabetologisch qualifizierte Fachärzte	19
Krankenhäuser*	5
Rehabilitationseinrichtungen*	1

Tab. 2-1 DM 2 Anzahl der Teilnehmer zum 31.12.2014

* DMP-Teilnehmer auf Grundlage separater Verträge der Krankenkassen mit Krankenhäusern bzw. mit Rehabilitationseinrichtungen.

2.3 Kooperation der Versorgungsebenen

Die Anlage 1 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung beinhaltet die medizinischen Anforderungen an das strukturierte

Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2. Darin werden Überweisungsregeln zwischen den einzelnen Versorgungsebenen definiert.

2.4 Altersverteilung

Über den Berichtszeitraum lässt sich eine leichte prozentuale Verschiebung von der Gruppe der 66-75jährigen in die Altersgruppe der über 75 jährigen feststellen.

Insgesamt bleibt jedoch das Durchschnittsalter der Patienten bei 68 Jahren.

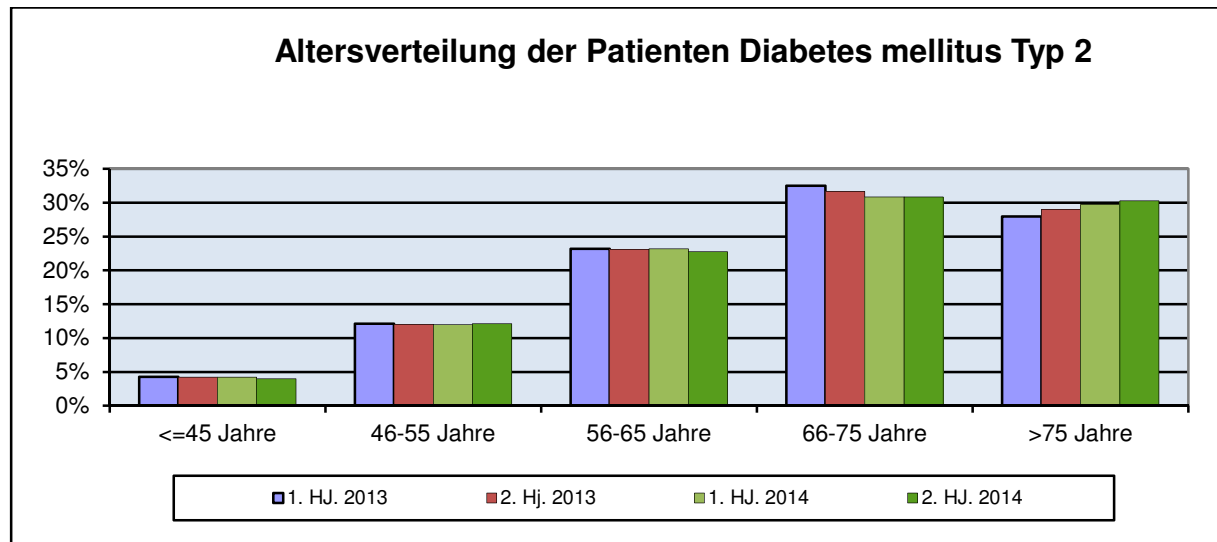


Abb. 2-1 DM 2 Altersverteilung

2.5 Qualitätsziele

Im nachfolgenden werden die festgelegten Qualitätsziele für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 mit den erreichten Werten im Berichtszeitraum verglichen und bewertet.

2.5.1 Notfallmäßige stationäre Behandlung:

Schwere Stoffwechselentgleisungen sind seltene Ereignisse. Angaben zur Prävalenz bzw. Inzidenz speziell von Hypoglykämien sind zudem, aufgrund vielfältiger Definitionen von Hypoglykämien, nicht aktuell zu ermitteln. Ältere 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.

Zwei Qualitätsziele im Zusammenhang mit notfallmäßigen stationären Behandlungen wurden festgelegt:

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass weniger als 2% der Patienten wegen Diabetes ein- oder mehrfach innerhalb von 6 Monaten notfallmäßig stationär behandelt werden müssen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Der Anteil der Patienten, die notfallmäßig stationär wegen Diabetes behandelt werden müssen lag bei 0,1 %. Das Qualitätsziel wurde erreicht.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass bei Betrachtung der letzten sechs Monate im DMP weniger als 1% der Patienten zwei oder mehr dokumentierte notfallmäßige Behandlungen von Hypoglykämien aufweisen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Das Qualitätsziel wurde erreicht, da im Betrachtungszeitraum bei nur 0,1% der Patienten mehr als zwei notfallmäßig behandlungsbedürftige Hypoglykämien dokumentiert wurden.

Bewertung: Die Quote der notfallmäßig behandlungsbedürftigen Hypoglykämien liegt seit Beginn der Auswertungen der Dokumentationsdaten kontinuierlich auf dem niedrigen Niveau von 0,1%.

In der folgenden Tabelle 2.2 wird die Entwicklung der beiden Qualitätsziele seit dem 1. Halbjahr 2013 betrachtet und sie gibt die absolute Zahl der von einer notfallmäßigen Behandlung betroffenen Patienten wieder:

Notfallmäßige Behandlungen	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014	
Gesamtzahl Patienten*	25.719	26.920	27.904	27.685	27.831	26.099	27.417	27.737	27.227	
wegen Hypoglykämie	52	62	42	52	52	34	69	61	39	
stationäre notfallmäßige Behandlungen wegen Diabetes	61	75	61	65	65	33	47	54	50	

Tab. 2-2 DM 2 Notfallmäßigen Behandlungen

* alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP

2.5.2 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 die Zielgrößen gewählt.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens 60% der übergewichtigen Patienten mit Metformin bei Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum behandelt werden. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Das Qualitätsziel wird erreicht, der Anteil der entsprechend behandelten Patienten liegt zum Ende des Betrachtungszeitraums bei 84,8 %.

Bewertung: Dieses Qualitätsziel wird durchgängig übertroffen. Kontinuierlich steigt der Anteil der übergewichtigen Patienten, die mit Metformin bei Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum versorgt werden (s. Tabelle 2.3.).

Metformin	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	8.326	8.648	8.696	8.581	8.581	8.041	8.491	8.638	8.768
übergewichtige Patienten mit Metformin Monotherapie mit oralem Antidiabetikum (OAD)	6.611	6.957	7.099	7.050	7.118	6.692	7.101	7.255	7.436
In %	79,4 %	80,4 %	81,6 %	82,2 %	83,0 %	83,2 %	83,6 %	84,0 %	84,8 %

Tab. 2-3 DM 2 Metformin bei Monotherapie mit OAD

* alle eingeschriebenen Patienten mit einem oralen Antidiabetikum als Monotherapie

2.5.3 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 mindestens 90% der Patienten eine augenärztliche Untersuchung erhalten sollten. Berücksichtigt werden hier nur Patienten mit einer mindestens 12-monatigen Teilnahmedauer am DMP. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: In den Jahren 2013 bis 2014 lag der Anteil der augenärztlich untersuchten Patienten bei unter 70%, womit das Qualitätsziel verfehlt wurde.

Bewertung: Bereits in den vorhergehenden Berichtszeiträumen wurde der Zielwert nicht erreicht; dies gilt ebenfalls für die seit dem Jahr 2010 von 80% auf 90% angehobene Quote. Die Gemeinsame Einrichtung hat sich wiederholt mit dieser negativen Entwicklung befasst. Sie geht davon aus, dass „die dokumentierenden Ärzte nicht in jedem Fall über die durchgeführte augenärztliche Untersuchung und das Ergebnis informiert sind bzw. werden.“ Sie legt den DMP-Ärzten nahe, in jedem Fall nachzufragen (Quelle: LRS Ausgabe 4 Juni 2014 S. 11)

augenärztliche Untersuchung	2. HJ. 2010	1. HJ 2011	2. HJ 2011	1. HJ 2012	2. HJ 2012	1. HJ 2013	2. HJ 2013	1. HJ 2014	2. HJ 2014
Gesamtzahl Patienten*	23.447	23.827	25.018	25.436	25.747	24.155	25.559	25.345	25.024
untersuchte Patienten	16.398	16.811	17.381	17.092	16.970	15.222	15.469	15.356	15.992
in %	69,9%	70,6%	69,5%	67,2%	65,9%	63,0%	60,5%	60,6%	63,9%

Tab. 2-4 DM 2 Augenärztliche Untersuchung

* alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer am DMP

2.5.4 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 Grundgesamtheit diejenigen eingeschriebenen Patienten betrachtet werden, die einen auffälligen Fußstatus und eine Einstufung nach Wagner 2-5 oder Armstrong C/D aufweisen.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens 75% der Patienten mit einem auffälligem Fußstatus an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierten Einrichtung überwiesen werden. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Bei der Operationalisierung des Indikators muss der Umstand berücksichtigt werden, 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. Eine Überweisung ist in diesen Fällen nicht erforderlich. Das einmalige Absinken der Quote im 2. Hj. 2013 ist derzeit nicht erklärbar.

Diabetischer Fuß	1. Hj. 2010	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	74	74	78	92	85	73	64	53	55	60
Überwiesene Patienten**	16	13	14	19	18	15	12	5	10	12
in %	21,6 %	17,6 %	17,9 %	20,7 %	21,2 %	20,5 %	18,8 %	9,4 %	18,2 %	20,0 %

Tab. 2-5 DM 2 Überweisungen von Patienten mit diabetischem Fuß

* alle eingeschriebenen Patienten mit einem auffälligem Fußstatus und Wagner 2-5 oder Armstrong C/D

** Anzahl der an eine spezialisierte Einrichtung überwiesenen Patienten

Ergebnis: Im 2. Halbjahr 2013 wurde bei insgesamt 53 Patienten ein auffälliger Fußstatus dokumentiert, davon 5 Patienten überwiesen. Die Zahl der Patienten mit auffälligem Fußstatus liegt im 2. Halbjahr 2014 bei 60. Die Quote der in eine spezialisierte Einrichtung überwiesenen Patienten liegt im Durchschnitt des Gesamtzeitraums 2010-2014 bei 19%. Dabei werden die Patienten berücksichtigt, die in diabetologischen Schwerpunktpraxen mit der Qualifikation zur Behandlung des diabetischen Fußes betreut wurden. Das Qualitätsziel wurde, wie in den vergangenen Berichtszeiträumen, wieder nicht erreicht, s. Tabelle 2-5.

Bewertung: Im Durchschnitt lag die Quote der überwiesenen Patienten im aktuellen Berichtszeitraum zwischen dem 1. HJ 2013 und dem 2. HJ 2014 bei lediglich 16,6%. Die Zahlen lassen nicht den Rückschluss zu, dass die Möglichkeit zur Überweisung in dafür spezialisierte Einrichtung durch Praxen noch nicht in ausreichendem Maße erfolgt ist. Die vorhandenen Daten geben keinen Aufschluss darüber, zu welchem Facharzt die Patienten mit einem diabetischen Fuß überwiesen werden (Chirurg, Angiologe?).

2.5.5 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 Spätkomplikationen sowie den individuellen Bedürfnissen eines Patienten andererseits

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass weniger als 10% der Patienten einen HbA1c von $\geq 8,5\%$ aufweisen sollen. Ihren individuell vereinbarten HbA1c-Wert sollen mindestens 55% der Patienten erreichen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnisse: Das erste Qualitätsziel wurde in den Berichtsjahren verfehlt, wobei der Anteil der Patienten mit einem HbA1c über bzw. gleich 8,5% in der Tendenz wieder langsam sinkt. Der HbA1c-Wert liegt für das 2. Halbjahr 2014 bei genau 10% und wurde nur knapp verfehlt.

Der Anteil der Patienten, die ihr individuell vereinbartes Qualitätsziel erreicht haben, lag im 2. Halbjahr 2014 bei 66,8%. Dieses Qualitätsziel wurde erreicht.

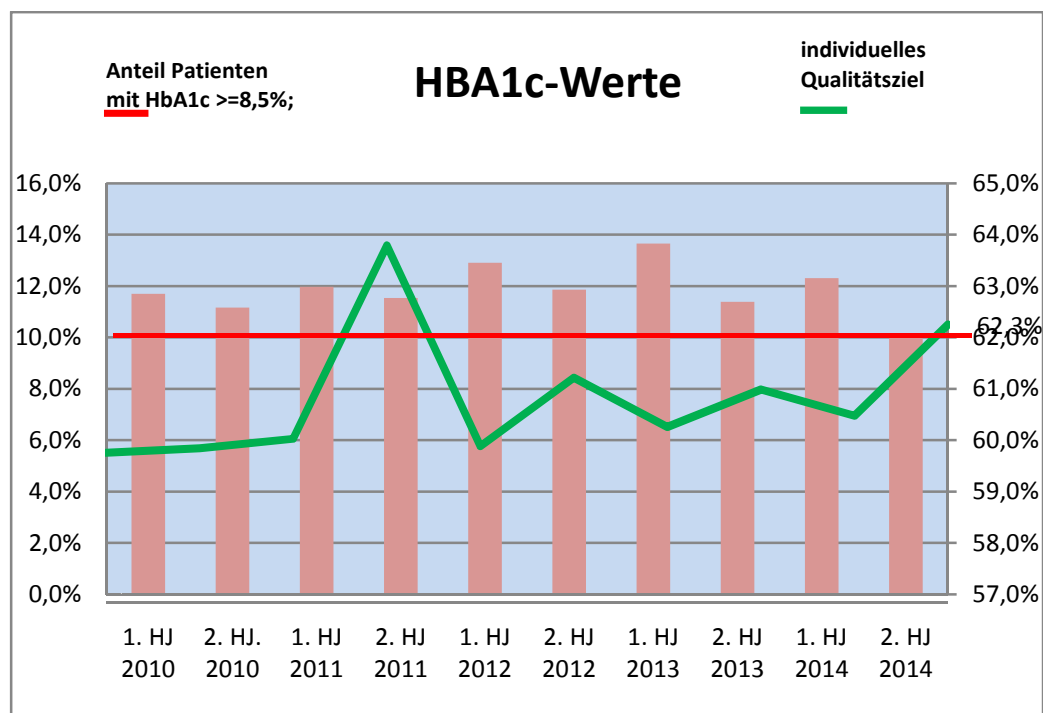


Abb. 2-2 DM 2 HbA1c-Werte und Erreichungsgrad der individuellen Qualitätsziele

2.5.6 Verlaufsbezogene Darstellung der HbA1c-Werteklassen und der Zielerreichung²:

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.

2.5.7 Längsschnittanalyse HbA1c-Werteklassen:

Die Abbildung zeigt, dass der Anteil der Patienten mit einem HbA1c $\geq 8,5\%$ bei einer DMP-Dauer von 0,5 Jahr am geringsten ist, dann im weiteren Verlauf jedoch kontinuierlich zunimmt. HbA1c-Werte unter 7,5 % haben zu Beginn ihrer Teilnahme 71,2% der Patienten, nach 3,5 Jahren 67,4%.

² 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.

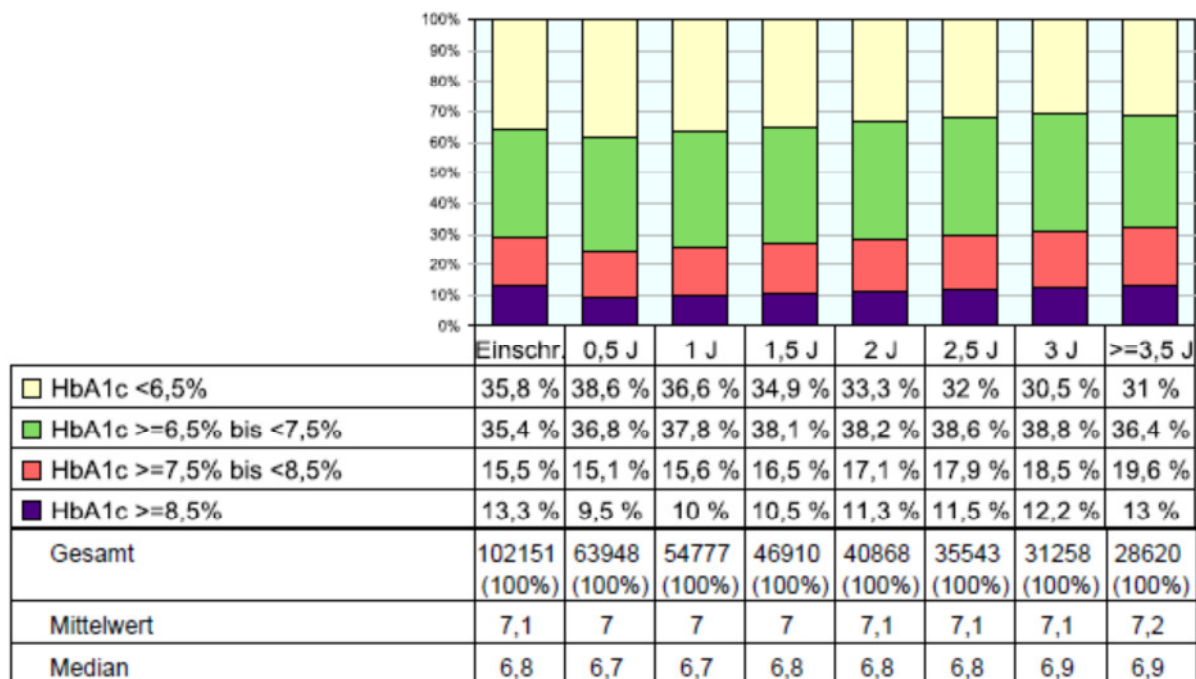


Abb. 2-3 DM 2 Längsschnittanalyse HbA1c-Werteklassen

2.5.8 Längsschnittanalyse HbA1c-Zielwerterreichung:

Die nachfolgende Abbildung 2.3 zeigt die HbA1c-Zielwerterreichung nach Dauer der Teilnahme am DMP. Die Quote ist im ersten Jahr der DMP-Teilnahme am höchsten und nimmt langsam im Verlauf ab:

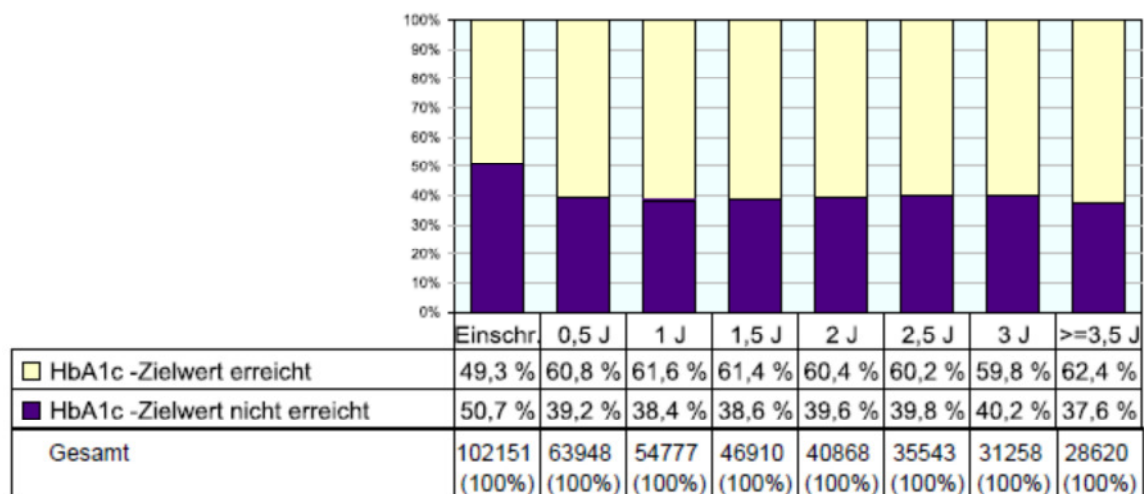


Abb. 2-4 DM 2 Längsschnittanalyse HbA1c- Zielwerterreichung

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

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens 40% der Patienten mit einer Hypertonie normotensive Blutdruckwerte aufweisen sollen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Das seit dem 2. Halbjahr 2014 auf eine Quote von 40% festgelegte Qualitätsziel wurde über den gesamten Berichtszeitraum erreicht.

Blutdruck	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	23.586	24.245	24.414	24.036	24.239	22.742	24.046	24.485	24.598
normotensiver RR-Wert	11.802	12.407	12.095	12.197	11.800	11.371	11.777	12.299	12.556
in %	50,0%	51,2%	49,5%	50,7%	48,7%	50,0%	49,0%	50,2%	51,0%

Tab. 2-6 DM 2 Patienten mit Hypertonie und normotensivem RR-Wert
*alle eingeschriebenen Patienten mit Hypertonie

Verlaufsbezogene Darstellung der Blutdruck-Werteklassen³:

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 2.5. zeigt, dass z.B. von allen Patienten mit einer Hypertonie, die beispielsweise 2,5 Jahre am DMP teilnehmen, 50,8% normotensive Blutdruckwerte aufweisen.

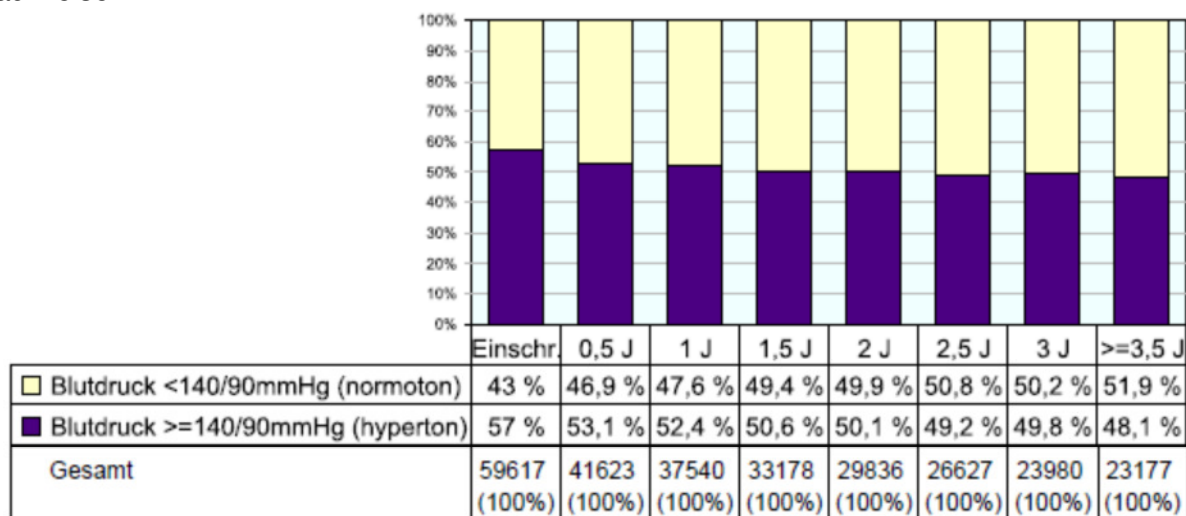


Abb. 2-5 DM 2 Längsschnittanalyse Blutdruck-Werteklassen

Bewertung: Die Daten der verlaufsbezogenen Auswertung in Abb. 2.5. zeigen einen leichten positiven Trend. Nach knapp zweijähriger Teilnahmedauer liegt der Anteil der Patienten mit normotensiven Blutdruckwerten bei rund 50%.

2.5.10 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.

³ Für die verlaufsbezogene Darstellung gelten die unter Fußnote 2 gegebenen Hinweise.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass bei mindestens 90% der Patienten mit 12- oder mehrmonatiger Teilnahme am DMP der Serum-Kreatininwert bestimmt wird. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Das positive Ergebnis der Vorjahre setzt sich fort. Die Auswertungen zeigen, dass bei knapp 95% der einzubeziehenden Patienten mindestens einmal in den letzten 12 Monaten ein Serum-Kreatininwert bestimmt wurde. Damit wurde dieses Qualitätsziel erreicht.

Serum-Kreatinin	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Nierenfunktion	95,3%	95,7%	95,9%	95,7%	95,8%	94,7%	94,2%	94,9%	94,6%

Tab. 2-7 DM 2 Patienten, deren Serum-Kreatininwert bestimmt wurde.

2.5.11 Verordnung eines Thrombozytenaggregationshemmers (TAH):

Dieses Qualitätsziel wurde im Jahr 2008 aufgenommen. Grundsätzlich sollen TAH zur sekundären Prävention bei jedem Patienten mit Makroangiopathie und ohne vorhandene Kontraindikationen verordnet werden. Bei Patienten mit bestehender KHK, pAVK oder zerebrovaskulärer Erkrankung können hierdurch Ereignisse vermieden werden.

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

TAH	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	7.233	7.499	7.498	7.311	7.318	6.816	7.190	7.267	7.263
TAH-Verordnung	5.498	5.653	5.707	5.568	5.577	5.204	5.510	5.605	5.631
In %	76,0%	75,4%	76,1%	76,2%	76,2%	76,3%	76,6%	77,1%	77,5%

Tab. 2-8 DM 2 Patienten mit verordneten Thrombozytenaggregationshemmern

* alle eingeschriebenen Patienten mit AVK/KHK/Schlaganfall, Herzinfarkt, Amputation bei denen keine Kontraindikation vorliegt

Ergebnis: Dieses Qualitätsziel wurde nicht erreicht, im Berichtszeitraum 2013 bis 2014 lag der Anteil der Patienten mit einer Verordnung eines TAH bei durchschnittlich 76,9%.

Bewertung: Unberücksichtigt bleiben in der Auswertung die von den Patienten selbst gekauften Thrombozytenaggregationshemmer. Da z.B. Acetylsalicylsäure nicht rezeptpflichtig ist, könnte deren Einnahme bei der Dokumentation nicht berücksichtigt werden. Insofern kann vermutet werden, dass eine größere Anzahl Patienten mit TAH versorgt sind.

2.5.12 Diabetes- und Hypertoneschulungen

Das Qualitätsziel besagt, dass mindestens 85% der Patienten an einer Diabetes- bzw. Hypertoneschulung innerhalb von vier Quartalen teilnehmen, nachdem der Arzt eine entsprechende Schulungsempfehlung ausgesprochen hat. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Die Teilnahmequote an einer Schulung ist kein für den DMP-Arzt ausgewiesenes Qualitätsziel, soll aber durch die Gemeinsame Einrichtung beobachtet und im QS-Bericht dargestellt werden. Es symbolisiert die aktive Mitwirkung des Patienten, sofern der DMP-Arzt eine entsprechende Schulung empfiehlt.

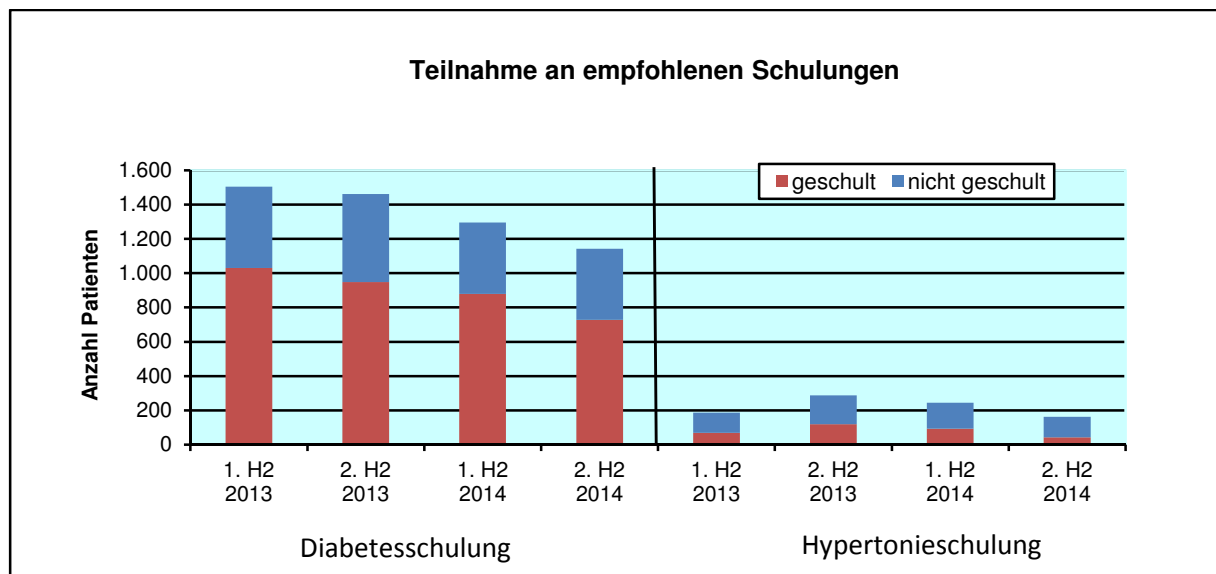


Abb. 2-6 DM 2 Patientenschulungen

Ergebnis: Die in der Abbildung 2.6 ausgewiesenen Werte zeigen einen negativen Trend. Es wird tendenziell mehr Patienten eine Schulung empfohlen, an denen aber prozentual weniger Patienten teilnehmen. Im Durchschnitt nutzten im Berichtszeitraum 49,5% (Diabetesschulung) und 32,5% (Hypertonieschulung) dieses Angebot.

Bewertung: Die Teilnahmebereitschaft an einer Diabetes- und Hypertonieschulung ist weiterhin schlecht. Laut den Indikationsspezifischen Berichten der KBV für die Gemeinsamen Einrichtungen bzw. Qualitätsberichte aus 15 Kassenärztlichen Vereinigungen liegt der durchschnittliche Wert der Teilnehmer an Diabetesschulungen im Jahr 2013 bei 79,8% und für die Hypertonieschulungen im selben Jahr bei 70,6%. Dementsprechend befindet sich Bremen weit unter dem bundesweiten Durchschnitt. Im Landesrundschreiben Ausgabe Juni 2014 wird dieser Sachverhalt damit begründet, dass es schwer ist, Patienten zu motivieren. Die Gemeinsame Einrichtung wird tätig und nutzt vorhandene Informationsmedien, um auf die Thematik aufmerksam zu machen.

Darüber hinaus wird in der Gemeinsamen Einrichtung nach wie vor diskutiert, ob eine Selbstbeteiligung des Patienten an den Schulungskosten mit Rückzahlungsgarantie nach kontinuierlicher Teilnahme oder evtl. ein Bonus eine Teilnahme an Schulungen attraktiver machen könnte.

3 DMP Koronare Herzkrankheit

Die koronare Herzkrankheit ist die Manifestation einer Arteriosklerose an den Herzkranzarterien. Sie führt häufig zu einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und -angebot im Herzmuskel.⁴

⁴ Zwanzigste Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (20. RSA-ÄndV) vom 23. Juni 2009, Seite 1551

3.1 Ziele des DMP KHK

Medizinischer Kernpunkt der Qualitätssicherung ist die Behandlung nach den Empfehlungen evidenzbasierter 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 bzw. Vermeidung / Verlangsamung einer Progression der bestehenden kardialen Funktionsstörung,
- Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina-pectoris-Beschwerden sowie Hospitalisationen und Steigerung oder Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

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

3.2 Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer

Zum Stichtag 31.12.2014 nahmen insgesamt 446 Leistungserbringer am DMP KHK teil.

Teilnehmende Leistungserbringer Stand 31.12. 2014	
Hausärzte	422
Kardiologisch qualifizierte Fachärzte	12
Invasiv tätige ambulante Kardiologen	8
Krankenhäuser*	2
Rehabilitationseinrichtungen*	2

Tab. 3-1 KHK Anzahl der Teilnehmer zum 31.12.2012

* DMP-Teilnehmer auf Grundlage separater Verträge der Krankenkassen mit Krankenhäusern bzw. mit Rehabilitationseinrichtungen.

3.3 Kooperationen der Versorgungsebenen

Die Betreuung der Patienten mit chronischen koronaren Herzerkrankungen im strukturierten Behandlungsprogramm erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren und Einrichtungen - sowohl ambulant als auch stationär. Eine qualifizierte Behandlung muss demnach über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein. Die Überweisungsregelungen zwischen den Versorgungsebenen sind in der überarbeiteten Anlage 5 der RSA-ÄndV definiert.

3.4 Altersverteilung

Im Durchschnitt sind die teilnehmenden Patienten 71 Jahre alt. Die prozentuale Verteilung zeigt die Grafik 3.1:

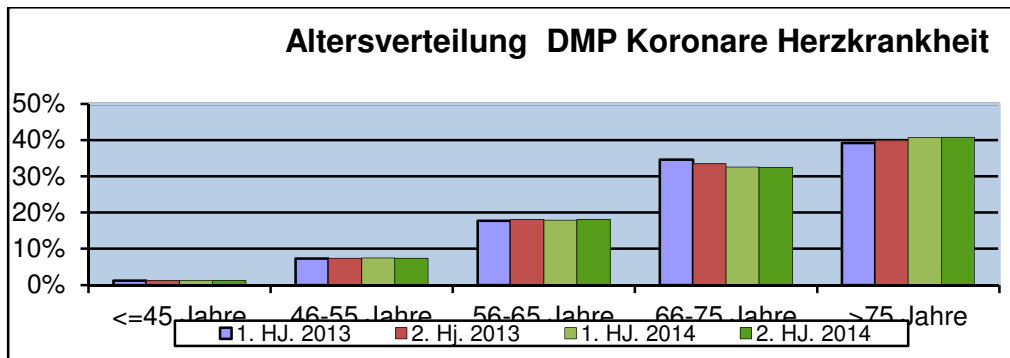


Abb. 3-1 KHK Altersverteilung

3.5 Qualitätsziele

Im nachfolgenden werden die festgelegten Qualitätsziele für das DMP KHK mit den erreichten Werten im Berichtszeitraum verglichen und bewertet.

3.5.1 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 normotensive Werte aufweisen sollen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Blutdruck	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	10.758	10.600	10.555	10.166	10.213	9.030	9.784	9.698	10.191
Anzahl Patienten mit normotensivem RR-Wert	6.401	6.331	6.363	6.199	5.984	5.279	5.656	5.688	6.088
in %	59,5%	59,7%	60,3%	61,0%	58,6%	58,5%	57,8%	58,7%	59,7%

Tab. 3-2 KHK Patienten mit Hypertonie und normotensivem RR-Wert
*alle eingeschriebenen Patienten mit Hypertonie

Ergebnis: Die Quote wird bis einschließlich dem 2. HJ 2014 kontinuierlich übertroffen. Das Qualitätsziel wurde bis zu dem Zeitpunkt erreicht.

In der verlaufsbezogenen Darstellung⁵ der Blutdruck-Werteklassen (s. Abb. 3.2) ist zu erkennen, dass die Anzahl der Patienten mit normotonomem Blutdruck mit der Dauer der Behandlung im DMP ansteigt. Von allen Patienten mit einer Hypertonie, die beispielsweise 2 Jahre am DMP teilnehmen, weisen 49,9% normotone Blutdruckwerte (<140/90mmHg) auf.

⁵ Für die verlaufsbezogene Darstellung gelten die unter Fußnote 2 gegebenen Hinweise.

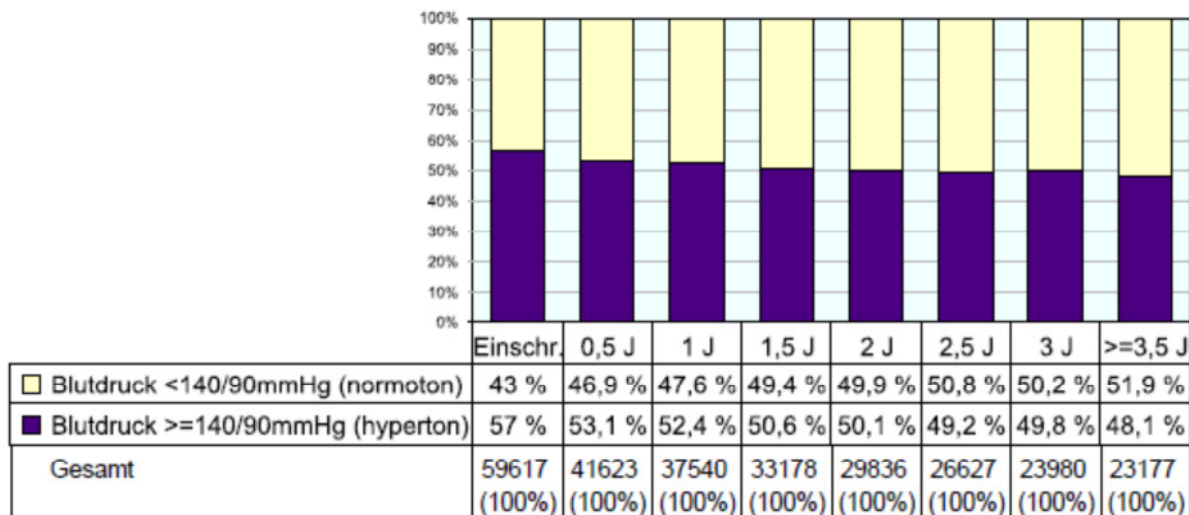


Abb. 3-2 Verteilung der Blutdruckwerteklassen

Wie in den Jahren zuvor wurde analysiert, in welchen Anteilen die gemäß den Empfehlungen der RSAV vorrangig zu verordnenden Arzneimittel rezeptiert werden. Dabei geht es um den Anteil der Verordnungen von Thrombozytenaggregationshemmer, Betablocker, ACE-Hemmer sowie Statine.

Insgesamt werden die vorgegebenen Zielgrößen seit Jahren erreicht und weit übertroffen. Eine Übersicht dieser Entwicklung über die vergangenen Jahre geben die folgenden Tabellen.

3.5.2 Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern zur Sekundärprävention

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass 80% der Patienten ohne Kontraindikation mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) behandelt werden sollen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Das Qualitätsziel wurde kontinuierlich übertroffen.

TAH	2. HJ. 2010	1. HJ. 2011	2. HJ. 2011	1. HJ. 2012	2. HJ. 2012	1. HJ. 2013	2. HJ. 2013	1. HJ. 2014	2. HJ. 2014
Gesamtzahl Patienten*	12.345	12.258	12.194	11.926	11.951	10.641	11.453	11.405	11.982
Patienten mit Verordnung	10.523	10.403	10.389	10.149	10.196	9.081	9.780	9.761	10.253
In %	85,2%	84,9%	85,2%	85,1%	85,3%	85,3%	85,4%	85,6%	85,6%

Tab. 3-3 KHK Patienten mit verordneten Thrombozytenaggregationshemmern
*alle eingeschriebenen Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt

3.5.3 Therapie mit Betablockern bei Patienten mit chronischer KHK

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass 80% der Patienten ohne Kontraindikationen mit Betablockern behandelt werden sollen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Das Qualitätsziel wurde über den gesamten Berichtszeitraum erreicht.

Betablocker	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014	
Gesamtzahl Patienten*	12.386	12.316	12.247	11.997	12.013	10.740	11.573	11.516	12.112	
Patienten mit einer Verordnung	10.129	10.043	10.026	9.805	9.783	8.752	9.444	9.381	9.829	
In %	81,8%	81,5%	81,9%	81,7%	81,4%	81,5%	81,6%	81,5%	81,2%	

Tab. 3-4 KHK Patienten mit verordneten Betablockern

*alle eingeschriebenen Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt

3.5.4 Therapie mit Statinen bei Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mehr als 60% der Patienten mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statine) behandelt werden sollen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Das Qualitätsziel wurde über den gesamten Berichtszeitraum erreicht.

Statine	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014	
Gesamtzahl Patienten*	12.582	12.501	12.436	12.174	12.184	10.869	11.707	11.660	12.277	
Patienten mit einer Verordnung	9.905	9.841	9.853	9.601	9.588	8.700	9.410	9.416	10.030	
In %	78,7%	78,7%	79,2%	78,9%	78,7%	80,0%	80,4%	80,8%	81,7%	

Tab. 3-5 KHK Patienten mit verordneten Statinen

*alle eingeschriebenen Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt

3.5.5 Therapie mit ACE-Hemmern bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass 80% der Patienten mit vorliegender Herzinsuffizienz mit ACE-Hemmern behandelt werden sollen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Im Berichtszeitraum 1. Halbjahr 2013 – 2. Halbjahr 2014 liegt der Anteil der Patienten mit einer Verordnung von ACE-Hemmern bei durchschnittlich 74%. Das Qualitätsziel wurde nicht erreicht.

ACE-Hemmer	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014	
Gesamtzahl Patienten*	2.419	2.301	2.236	2.009	1.974	1.746	1.829	1.760	1.687	
Patienten mit einer Verordnung	1.789	1.701	1.642	1.481	1.456	1.287	1.340	1.311	1.263	
in %	74,0%	73,9%	73,4%	73,7%	73,8%	73,7%	73,3%	74,5%	74,9%	

Tab. 3-6 KHK Patienten mit verordneten ACE-Hemmern

Bewertung: Die Gemeinsame Einrichtung geht davon aus, dass Patienten mit einer Herzinsuffizienz in anderer Form medikamentös versorgt sind und sich daher der Anteil der Patienten mit Verordnung von ACE-Hemmern leicht reduziert hat.

3.5.6 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. Der vollständige Rauchverzicht 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. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis:

Gemäß der Auswertung des Berichtszeitraumes 1. Halbjahr 2013 bis 2. Halbjahr 2014 zeichnet sich eine kontinuierliche Steigerung der eingeschriebenen Patienten Raucher auf 14,6 % ab.

3.5.7 Einhaltung der Überweiskriterien

Verbindliche Zielwerte für die Einhaltung von Überweiskriterien wurden nicht festgelegt. Bei neu aufgetretener typischer oder atypischer Angina-pectoris-Symptomatik oder neu aufgetretener Herzinsuffizienz sollte der Arzt jedoch patientenindividuell prüfen, ob die Notwendigkeit einer Überweisung bzw. Einweisung gegeben ist.

Hoher Anteil von Patienten mit Überweisung bzw. Einweisung bei neu aufgetretener typischer oder atypischer Angina-pectoris-Symptomatik bzw. bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2) nur bis 15.08.2014

AP	Angina pectoris (AP)				Herzinsuffizienz			
	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	401	445	397	468	117	106	95	213
überwiesen	140	139	135	124	22	21	34	28
nicht überwiesen	261	306	262	344	95	85	61	185
in %	34,9%	31,2%	34,0%	26,5%	18,8%	19,8%	35,8%	13,1%

Tab. 3-7 KHK Einhaltung der Überweiskriterien

Ergebnis: Im Berichtszeitraum wurden im Durchschnitt rund 32% aller eingeschriebenen Patienten mit einer erstmals dokumentierten oder nach einem symptomfreien Intervall (mindestens zwei Dokumentationen) erneut dokumentierten Angina-pectoris-Symptomatik AP-Symptomatik bzw. rund 22% der Patienten mit einer ebenso dokumentierten Herzinsuffizienz überwiesen/eingewiesen.

Bewertung: Da kein Zielwert festgelegt ist, kann die Gemeinsame Einrichtung die Überweisungsquoten nur zur Kenntnis nehmen. Auffällig sind die prozentualen Schwankungen in den Halbjahren. Interessant wäre ein Vergleich im Bundesdurchschnitt.

3.5.8 KHK Patientenschulungen

Die aktive Teilnahme der Versicherten ist ein essentieller Bestandteil eines strukturierten Behandlungsprogrammes. Dementsprechend wurden auch für das DMP Koronare Herzkrankheit Qualitätsziele für diesen Bereich definiert.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass 85% der Patienten mit Empfehlung zur Teilnahme an einer Diabetes- bzw. Hypertonieschulung diese auch wahrnehmen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

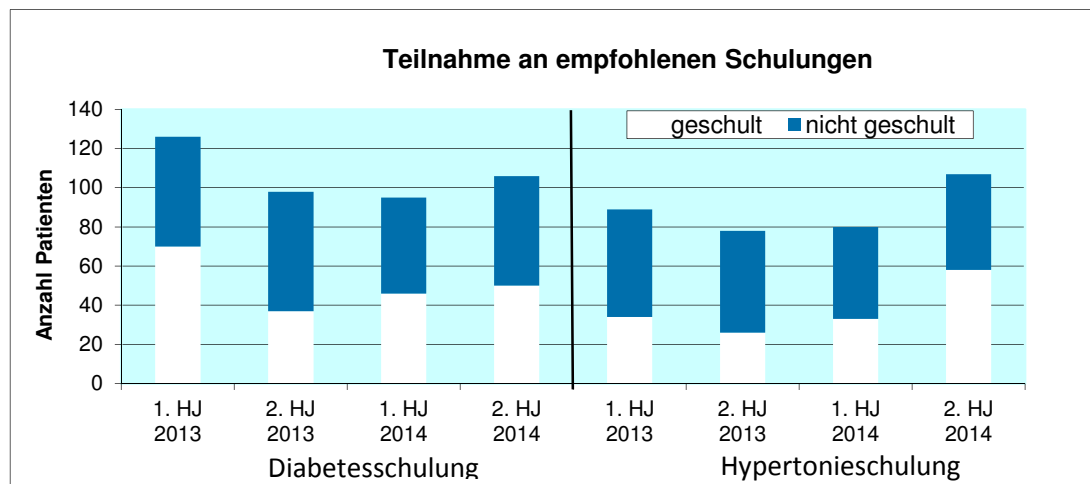


Abb. 3-3 KHK Patientenschulungen

Ergebnis: An einer Diabetesschulung nahmen im Berichtszeitraum 2013-2014 durchschnittlich 47,2%, an einer Hypertonieschulung 41,7% teil. Das Qualitätsziel wurde somit nicht erreicht. Es lässt sich jedoch ein leichter Anstieg der geschulten Patientenzahlen im 2. HJ. 2014 feststellen.

Bewertung: In der Gemeinsamen Einrichtung wird (wie auch schon in Kapitel 2.5.12) diskutiert, ob eine Selbstbeteiligung des Patienten an den Schulungskosten mit Rückzahlungsgarantie nach kontinuierlicher Teilnahme bzw. ein Bonus eine Teilnahme an Schulungen attraktiver machen könnte.

Modul Herzinsuffizienz

Verordnung von ACE-Hemmern

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass 80% der Patienten mit ACE-Hemmern behandelt werden sollen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Seit Beginn des Moduls Herzinsuffizienz zum 01.07.2010 bis zum Ende des Berichtszeitraums 31.12.2014 liegt die Quote der Verordnung von ACE-Hemmern unterhalb des Zielwerts (im 1. HJ 2013 - 2. HJ 2014 bei rund 74 %). Das Qualitätsziel wurde damit verfehlt.

ACE-Hemmer	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	877	941	941	818
Anteil der Patienten mit einer Verordnung	649	683	691	610
In %	74,0%	72,6%	73,4%	74,6%

Tab. 3-8 KHK Modul Herzinsuffizienz Verordnung ACE-Hemmer
* alle Patienten mit Herzinsuffizienz ohne Kontraindikation

Verordnung von Betablockern

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass 80% der Patienten ohne Kontraindikationen mit Betablockern behandelt werden sollen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Das Qualitätsziel wurde durchgängig erreicht. Im Durchschnitt liegt die Verordnungsquote bei 82% 2010 bis 2014.

Betablocker	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	801	884	925	891	861	874	949	940	826
Anteil der Patienten mit einer Verordnung	666	738	772	748	697	709	768	758	694
In %	83,1%	83,5%	83,5%	84,0%	81,0%	81,1%	80,9%	80,6%	84,0

Tab. 3-9 KHK Modul Herzinsuffizienz Verordnung Betablocker
* alle Patienten mit Herzinsuffizienz ohne Kontraindikation

Bestimmung der Serum-Elektrolyte

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass bei einem hohen Anteil der Patienten die Serum-Elektrolyte innerhalb des letzten Jahres bestimmt werden sollen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Im Durchschnitt wurde bei rund 48% der seit einem Jahr am DMP KHK teilnehmenden Patienten vom 1. HJ 2013 bis zum 2. HJ 2014 die Serum-Elektrolyte innerhalb des letzten Jahres bestimmt.

Serum-Elektrolyte	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	616	668	765	763	763	771	819	822	687
Anteil der Patienten mit Bestimmung des Wertes	202	229	266	262	262	372	358	420	328
In %	32,8%	34,3%	34,8%	34,3%	34,3%	48,3%	43,7%	51,1%	47,7%

Tab. 3-10 KHK Modul Herzinsuffizienz Bestimmung Serum-Elektrolyte
* alle Patienten mit mindestens einem Jahr Teilnahme am DMP KHK

4 DMP Asthma bronchiale

Asthma bronchiale ist eine chronische entzündliche Erkrankung der Atemwege, charakterisiert durch bronchiale Hyperreagibilität und variable Atemwegsobstruktion. Die Diagnostik des Asthma bronchiale basiert auf einer für die Erkrankung typischen Anamnese, ggf. dem Vorliegen charakteristischer Symptome, und dem Nachweis einer (partiell-) reversiblen Atemwegsobstruktion bzw. einer bronchialen Hyperreagibilität.⁶

4.1 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.¹ Ziel der Therapie ist eine optimale Symptomkontrolle.² Die Therapie dient insbesondere der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der asthmabezogenen Lebensqualität. Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten anzustreben:

Vermeidung bzw. Reduktion von:

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen, (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle/Exazerbationen)
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen, krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag
- einer Progredienz der Krankheit,
- unerwünschten Wirkungen der Therapie
- bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität,

Reduktion der Asthma-bedingten Letalität

4.2 Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer

Zum Stichtag 31.12.2014 nahmen insgesamt 475 Leistungserbringer am DMP Asthma bronchiale teil.

Teilnehmende Leistungserbringer Stand 31.12. 2014	
Hausärzte	399
Kinderärzte	51
Pneumologisch qualifizierte Ärzte	15
Pneumologisch qualifizierte Kinderärzte	2
Krankenhäuser*	5
davon Kinderkrankenhäuser bzw. pädiatrische Abteilungen*	2
Rehabilitationseinrichtungen*	1

Tab. 4-1 AB Anzahl der Teilnehmer zum 31.12.2014

* DMP-Teilnehmer auf Grundlage separater Verträge der Krankenkassen mit Krankenhäusern bzw. mit Rehabilitationseinrichtungen.

4.3 Kooperation der Versorgungsebenen

In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-Richtlinie/DMP-RL) werden auch die Überweisungsregeln zwischen den einzelnen Versorgungsebenen definiert. Unter 4.5 wird das dazu gehörende Qualitätsziel dargestellt.

⁶ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach §137f Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 16. Februar 2012, Seite 21 (inzwischen nicht mehr in Kraft)

4.4 Altersverteilung

Die Entwicklung der Altersverteilung im Berichtszeitraum zeigt die folgende Abbildung. Das Durchschnittsalter stieg von 44,3 auf 47 Jahre

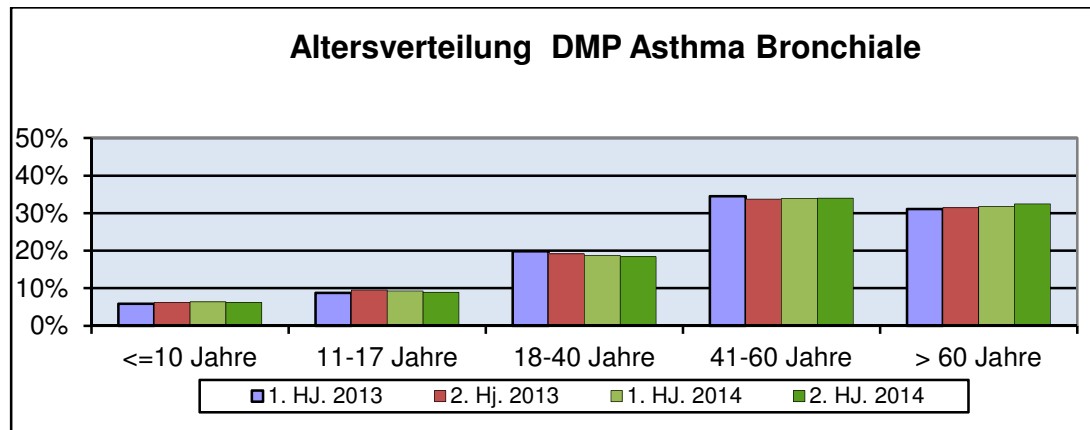


Abb. 4-1 AB Altersverteilung

4.5 Qualitätsziele

Im nachfolgenden werden die festgelegten Qualitätsziele für das DMP Asthma bronchiale mit den erreichten Werten im Berichtszeitraum verglichen und bewertet. Die folgenden Zahlen fassen alle Arztgruppen zusammen.

Für zukünftige Berichte wäre auf Wunsch aus der Ärzteschaft zu überlegen, die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin separat zu betrachten und für etwaige Maßnahmen gezielt anzusprechen.

4.5.1 Steigerung des Anteils der Patientinnen und Patienten mit guter Symptomkontrolle

Für dieses Qualitätsziel wurde kein spezieller Zielwert vereinbart. Es handelt sich hier um den Anteil der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit guter Symptomkontrolle bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten.

Systemkontrolle	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	0	8366	8430	8532
Anteil von Patienten mit guter Symptomkontrolle	0	6447	6511	6809
In %	0	77,1%	77,2%	79,8%

Tab. 4-2 AB Patienten mit guter Systemkontrolle

*alle im DMP AB eingeschriebenen Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation

Ergebnis: Im Berichtszeitraum stieg der Anteil der Patienten mit guter Symptomkontrolle an, vor allem vom 1. zum 2. Halbjahr 2014.

Bewertung: Da kein Zielwert vereinbart wurde, ist die Steigerung ein sehr gutes Ergebnis des DMP Asthma bronchiale.

4.5.2 Relevante stationäre Ereignisse

Ein wichtiges Therapieziel ist die Reduktion notfallmäßiger stationärer Behandlungen wegen Asthma.

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. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Das vereinbarte Qualitätsziel von höchstens 10% der Patienten wurde weit unterboten. Die Anzahl der Patienten mit mindestens sechsmonatiger Teilnahmedauer am DMP, die einer stationären Notfallbehandlung bedurften, liegt bei durchschnittlich 1,0 %. Der Anteil hat sich im Vergleich zu den vorherigen Auswertungszeiträumen weiter verringert (QS-Bericht 2011-2012: 1,1%).

Bewertung:

Die derzeitige Studienlage erlaubt nur eine grobe Abschätzung darüber, in welchem Ausmaß eine strukturierte Behandlung und leitliniengerechte Therapie tatsächlich die Anzahl notfallmäßiger Behandlungen reduzieren kann. Dennoch lässt die Zielerreichung vermuten, dass strukturiert behandelte Patienten sehr selten einer stationären Notfallbehandlung bedürfen, es sei denn, der bundesweit formulierte Zielwert ist zu hoch oder die Erkrankungsgrad der Patientenklientel bedurfte noch keiner stationären Aufnahme.

Notfallbehandlung	1. Hj. 2010	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	6.861	7.380	7.145	7.719	7.227	7.589	6.858	7.364	7.533	7.476
stationärenotfallmäßige Behandlungen wegen AB	115	68	78	81	69	63	50	64	55	63
In %	1,7%	0,9%	1,1%	1,0%	1,0%	0,8%	0,7%	0,9%	0,7%	0,8%

Tab. 4-3 AB Patienten mit stationärer Notfallbehandlung

* alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP

4.5.3 Überprüfung der Inhalationstechnik

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass die Inhalationstechnik bei mindestens 90% aller eingeschriebenen Patienten zu überprüfen ist. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Überprüfung der Inhalationstechnik	1. Hj. 2010	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	7.971	8.736	8.278	8.796	8.182	8.578	7.481	7.990	8.064	8.217
Anzahl Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde	4.825	5.566	5.035	5.542	5.103	5.431	4.922	5.121	5.151	5.239
In %	60,5%	63,7%	60,8%	63,0%	62,4%	63,3%	65,8%	64,1%	63,9%	63,8

Tab. 4-4 AB Patienten mit Überprüfung der Inhalationstechnik

Ergebnis: Während des Berichtszeitraums liegt die Quote bei durchschnittlich 64,4% der Patienten, bei denen eine Überprüfung der Inhalationstechnik dokumentiert wurde. Das Qualitätsziel wurde somit nicht erreicht.

Bewertung: Das Ziel wurde seit 2010 durchgängig nicht erreicht. Dies könnte zum einen daran liegen, dass die Inhalationstechnik tatsächlich nicht überprüft wird. Es könnte aber ebenso daran liegen, dass die Überprüfung in den Praxen nicht oder nur unzureichend dokumentiert wird. Abhilfe könnte z.B. ein Merkblatt für das Praxispersonal oder auch ein Artikel im Landesrundsreiben der KVHB leisten. Auch sollte das Thema in die Qualitätszirkel getragen werden.

4.5.4 Selbstmanagement

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens 90% der Patienten einen schriftlichen Selbstmanagementplan einsetzen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Selbstmanagementplan	1. Hj. 2010	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	7.971	8.736	8.278	8.796	8.182	8.578	7.174	7.732	7.746	7.762
Anzahl Patienten, die einen Selbstmanagementplan einsetzen	3.785	4.366	4.022	4.460	3.934	4.272	3.537	3.663	3.670	3.669
In %	47,5 %	50,0 %	48,6 %	50,7 %	48,1 %	49,8 %	49,3 %	47,4 %	47,4 %	47,3 %

Tab. 4-5 AB Selbstmanagementplan

Ergebnis: Das vereinbarte Qualitätsziel wurde nicht erreicht, denn bei nur knapp 48% der Patienten wird ein Selbstmanagementplan dokumentiert.

Bewertung: Das Ziel wurde seit 2010 durchgängig und sehr deutlich nicht erreicht. Dies könnte zum einen daran liegen, dass der Selbstmanagementplan tatsächlich nicht von den Patienten genutzt wird. Es könnte aber ebenso daran liegen, dass der Einsatz in den Praxen nicht oder nur unzureichend dokumentiert wird. Abhilfe könnte z.B. ein Merkblatt für das Praxispersonal, ein Muster eines Selbstmanagementplanes oder ein Artikel im Landesrundsreiben der KVHB leisten. Auch sollte das Thema in die Qualitätszirkel getragen werden.

4.5.5 Medikamentöse Therapie

In der medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale werden Dauertherapeutika (Medikamente, die als antiientzündliche Basistherapie regelmäßig eingenommen werden) und Bedarfstherapeutika unterschieden. Unter den Bedarfstherapeutika spielen die inhalativen kurzwirksamen β -2-Symathomimetika eine wichtige Rolle für das Selbst-Management 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 β -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. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Dieses Qualitätsziel wurde zum Teil erreicht. Während in den halbjährlichen Auswertungen für die Jahre 2010 und 1. Hj. 2011 die Quote bei über 90% lag, fällt sie seit dem 2. Halbjahr 2012 und sinkt auf bis 80,1% (s. Tabelle 4.5).

Bewertung:

Da die Schäden insbesondere bei Kindern durch regelmäßige Inhalation reversibel sein können, ist es möglich, dass die Glukokortikosteroidgabe deshalb im Längsschnitt zurückgegangen und eine Dauermedikation bei einem geringen Schweregrad nicht mehr nötig ist. Hierzu wäre eine Trennung des Berichtes zur Bewertung von Kindern und Erwachsenen interessant, um den Ursachen weiter auf den Grund zu gehen.

Inhalative Glukokortikosteroide	1. Hj. 2010	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten	5.549	6.237	5.856	6.311	5.977	6.284	5.752	6.120	6.154	6.340
Patienten mit einer Verordnung	5.019	5.633	5.308	5.625	5.174	5.403	4.850	5.055	5.070	5.081
In %	90,4 %	90,3 %	90,6 %	89,1 %	86,6 %	86,0 %	84,3 %	82,6 %	82,4 %	80,1 %

Tab. 4-6 AB Inhalative Steroidgabe

4.5.6 Asthma-Schulungen

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass 70% der Patienten mit Empfehlung einer Asthma-Schulung eine solche innerhalb eines Jahres wahrnehmen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Asthaschulung	1. HJ 2010	2. HJ. 2010	1. HJ 2011	2. HJ 2011	1. HJ 2012	2. HJ 2012	1. HJ 2013	2. HJ 2013	1. HJ 2014	2. HJ 2014
nicht teilgenommen	990	1.132	1.074	1.285	1.209	1.471	160	182	115	129
geschult	476	648	577	742	682	735	481	411	553	754
in %	32,5 %	36,4 %	34,9 %	36,6 %	36,1 %	33,3 %	75,0 %	69,3 %	82,8 %	85,4 %

Tab. 4-7 AB Schulungen

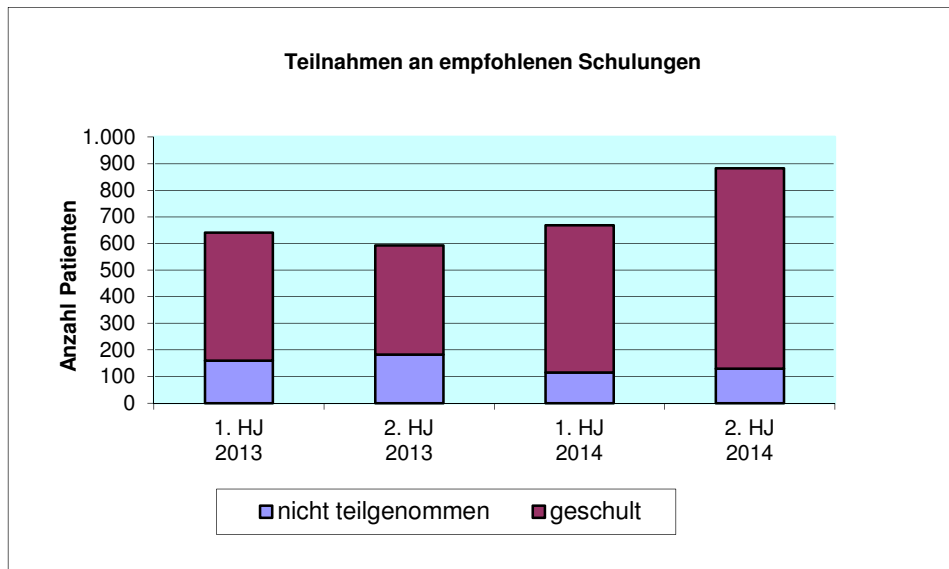


Abb. 4-2 AB Asthmaschulungen

Ergebnis: Dieses Qualitätsziel wurde im Berichtszeitraum erreicht. Durchschnittlich nehmen 78,1% der Patienten, denen der betreuende Arzt die Teilnahme empfohlen hat, an dieser teil. Die Zahl der Empfehlungen hat seit dem 1. Halbjahr 2013 um mehr als 50% zugenommen.

Bewertung:

Die Zielerreichung deutet auf eine höhere Motivation der Patientenklientel mit Asthma bronchiale gegenüber anderen Indikationen hin. Das könnte mit dem Alter der Patienten zusammenhängen. Auf die Diskussion unter 2.5.12 sowie 0 wird verwiesen.

5 DMP Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Die COPD ist eine chronische, in der Regel progrediente Atemwegs- und Lungenerkrankung, die durch eine nach Gabe von Bronchodilatoren und/oder Glukokortikosteroiden nicht vollständig reversible Atemwegsobstruktion auf dem Boden einer chronischen Bronchitis mit oder ohne Lungenemphysem gekennzeichnet ist. Die Diagnostik der COPD basiert auf einer für die Erkrankung typischen Anamnese, ggf. dem Vorliegen charakteristischer Symptome und dem Nachweis einer Atemwegsobstruktion mit fehlender oder geringer Reversibilität.⁷

5.1 Ziele des DMP COPD

Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der COPD-bezogenen Lebensqualität.

² Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten anzustreben:

1. Vermeidung/Reduktion von:

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
- einer krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag,
- einer raschen Progredienz der Erkrankung bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie;

2. Reduktion der COPD-bedingten Letalität.

⁷ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach §137f Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 16. Februar 2012, Seite 33 (nicht mehr in Kraft)

5.2 Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer

Zum Stichtag 31.12.2014 nahmen insgesamt 421 Leistungserbringer am DMP COPD teil.

Teilnehmende Leistungserbringer Stand 31.12. 2014	
Hausärzte	399
pneumologisch qualifizierte Fachärzte	17
Krankenhäuser*	4
Rehabilitationseinrichtungen*	1

Tab. 5-1 COPD Anzahl der Teilnehmer zum 31.12.2014

* DMP-Teilnehmer auf Grundlage separater Verträge der Krankenkassen mit Krankenhäusern bzw. mit Rehabilitationseinrichtungen.

5.3 Kooperation der Versorgungsebenen

In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-Richtlinie/DMP-RL) werden auch die Überweisungsregeln zwischen den einzelnen Versorgungsebenen definiert. Im Abschnitt 5.5 wird das dazu gehörende Qualitätsziel dargestellt.

5.4 Altersverteilung

Im Durchschnitt sind die Patienten 67Jahre alt.

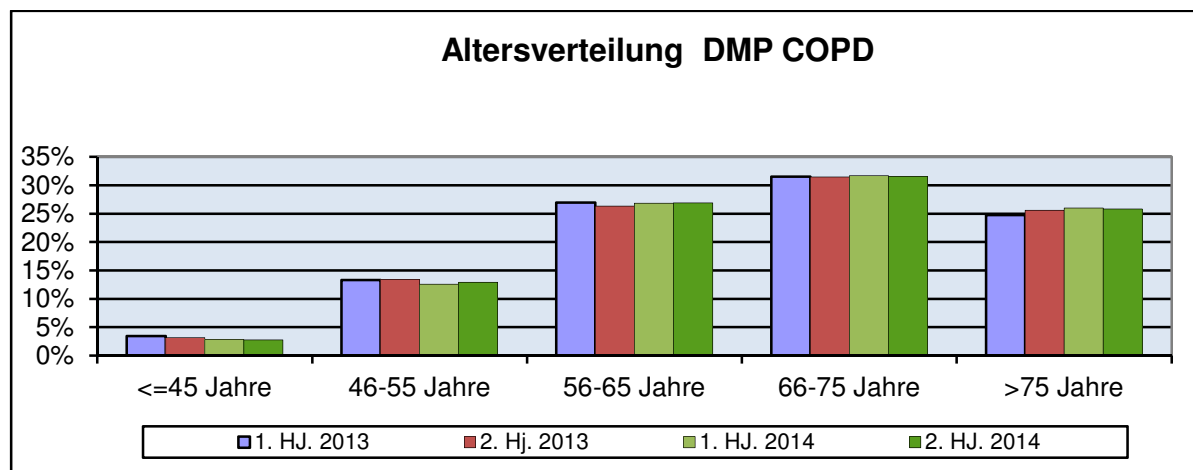


Abb. 5-1 COPD Altersverteilung

5.5 Qualitätsziele

Im nachfolgenden werden die festgelegten Qualitätsziele für das DMP COPD mit den erreichten Werten im Berichtszeitraum verglichen und bewertet.

5.5.1 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.

Als ein Qualitätsziel wurde daher ein niedriger Anteil rauchender Patienten festgelegt. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Zum 31.12.2013 waren 38,8% der Patienten Raucher, zum 31.12.2014 betrug deren Anteil 37,3%. Das Qualitätsziel wurde somit erreicht und es lässt sich ein Trend in Richtung eines sinkenden Raucheranteils unter den im DMP COPD eingeschriebenen Patienten erkennen.

5.5.2 Relevante stationäre Ereignisse

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass höchstens 40% der Patienten (ein- oder mehrmals) einer notfallmäßigen stationären Behandlung wegen COPD bei Betrachtung der letzten sechs Monate des DMP bedürfen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Notfallbehandlung	1. Hj. 2010	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten	5.651	5.993	6.005	6.299	6.194	6.194	5.756	6.025	6.102	6.181
Anzahl der Patienten mit stationären notfallmäßigen Behandlungen wegen COPD	175	166	153	168	167	137	115	139	164	164
In %	3,1%	2,8	2,5%	2,7%	2,7%	2,2%	2,0%	2,3%	2,7%	2,7%

Tab. 5-2 COPD Patienten mit stationärer Notfallbehandlung

Ergebnis: Das Qualitätsziel von mindestens 40% der Patienten ohne stationäre notfallmäßige Behandlung in den letzten 24 Monaten wurde gehalten. Der positive Trend aus dem vorherigen Qualitätsbericht hat weiterhin Bestand. Nur durchschnittlich 2,7% der seit mindestens sechs Monaten am DMP teilnehmenden Patienten bedurften im Berichtszeitraum einer stationären notfallmäßigen Behandlung.

Bewertung:

Das Ergebnis lässt vermuten, dass strukturiert behandelte Patienten sehr selten einer stationären Notfallbehandlung bedürfen, es sei denn, der bundesweit formulierte Zielwert ist zu hoch oder der Erkrankungsgrad der Patientenklientel bedurfte noch keiner stationären Aufnahme.

5.5.3 Exazerbationen

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

Ergebnis: Der Anteil der betroffenen Patienten lag im Berichtszeitraum bei durchschnittlich 1,1 %, so dass das Qualitätsziel erreicht wurde.

Bewertung:

Das Ergebnis lässt vermuten, dass strukturiert behandelte Patienten sehr selten einer stationären Notfallbehandlung bedürfen, es sei denn, der bundesweit formulierte Zielwert ist zu hoch oder der Erkrankungsgrad der Patientenklientel ist noch nicht so hoch, als dass häufige Exazerbationen vorkommen.

5.5.4 Überprüfung der Inhalationstechnik

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass bei mind. 90% der Patienten die Inhalationstechnik überprüft wird. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Überprüfung der Inhalationstechnik	1. Hj. 2010	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	6.595	7.347	7.031	7.291	7.134	7.002	6.533	7.006	6.900	7.031
geprüft	4.109	4.676	4.419	4.599	4.593	4.535	4.244	4.369	4.257	4.444
In %	62%	64%	63%	63%	64,4%	64,8%	65,0%	62,4%	61,7%	63,2%

Tab. 5 3 COPD Patienten mit Überprüfung der

* alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP Inhalationstechnik

Ergebnis: Dieses Qualitätsziel wurde wie auch in den vorherigen Zeiträumen verfehlt. Im aktuellen Berichtszeitraum liegt der Durchschnittswert bei 63,1%.

Bewertung: Das Ziel wurde seit 2010 durchgängig nicht erreicht. Dies könnte zum einen daran liegen, dass die Inhalationstechnik, wie auch schon beim Asthma bronchiale tatsächlich nicht überprüft wird. Es könnte aber ebenso daran liegen, dass die Überprüfung in den Praxen nicht oder nur unzureichend dokumentiert wird. Abhilfe könnte z.B. ein Merkblatt für das Praxispersonal oder auch ein Artikel im Landesrundsreiben der KVHB leisten. Auch sollte das Thema in die Qualitätszirkel getragen werden.

5.5.5 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. Es sollen höchstens bei 10% der Patienten über zwei oder mehr aufeinanderfolgende Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide verordnet werden. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Systemische Glukokortikosteroide	1. HJ 2010	2. HJ. 2010	1. HJ 2011	2. HJ 2011	1. HJ 2012	2. HJ 2012	1. HJ 2013	2. HJ 2013	1. HJ 2014	2. HJ 2014
Gesamtzahl Patienten*	6.595	7.347	7.031	7.291	7.134	7.002	6.533	7.006	6.900	7.031
Patienten mit einer Verordnung	448	447	427	421	405	399	329	372	381	357
In %	6,8%	6,1%	6,1%	5,8%	5,7%	5,7%	5,0%	5,3%	5,5%	5,1%

Tab. 5-4 COPD Verordnungen von Glukokortikosteroiden

Ergebnis: Der positive Trend aus den Jahren 2010/2012 wurde in den Jahren 2013 bis 2014 fortgeführt. Während zu Beginn des Berichtszeitraums 5,7% der Patienten mit systemischen Glukokortikosteroiden über mehr als zwei Dokumentationszeiträumen behandelt wurden, waren es zum Ende des Berichtszeitraums nur noch 5,1 %. Das Qualitätsziel von maximal 10% wurde weit unterboten.

5.5.6 Überweisungen

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens 90% der Patienten bei Beginn einer notwendigen Verordnung von systemischen Glukokortikosteroiden zum Facharzt überwiesen werden. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Im Durchschnitt wurden im Berichtszeitraum 14,45% der Patienten an einen Facharzt überwiesen. Das Qualitätsziel wird nicht erreicht. Dabei ist analog zum DMP Asthma bronchiale zu berücksichtigen, dass Patienten, die ohnehin von Fachärzten betreut werden, in diesen Werten mit erfasst sind. Rechnet man den Anteil der berechtigten Patienten heraus, die bei den Fachärzten eingeschrieben sind, so werden durchschnittlich 19,4% Patienten vom Hausarzt zum Facharzt überwiesen.

Bewertung:

Abhilfe könnte z.B. ein Merkblatt für das Praxispersonal oder auch ein Artikel im Landesrundschreiben der KVHB leisten. Auch sollte das Thema in die Qualitätszirkel getragen werden.

5.5.7 COPD-Schulungen

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass 85% der Patienten innerhalb von 4 Quartalen nach der Empfehlung zur Teilnahme an einer COPD-Schulung diese auch wahrnehmen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

COPD-Schulung	1. HJ 2010	2. HJ. 2010	1. HJ 2011	2. HJ 2011	1. HJ. 2012	2. HJ. 2012	1. HJ. 2013	2. HJ. 2013	1. HJ. 2014	2. HJ. 2014
nicht teilgenommen	900	1015	1070	1126	1182	1179	154	116	79	133
geschult	643	781	840	845	799	729	541	495	539	745
in %	41,7 %	43,5 %	44,0 %	42,9 %	40,3 %	38,2 %	77,8 %	81,0 %	87,2 %	84,9 %

Tab. 5-5 COPD Schulungen

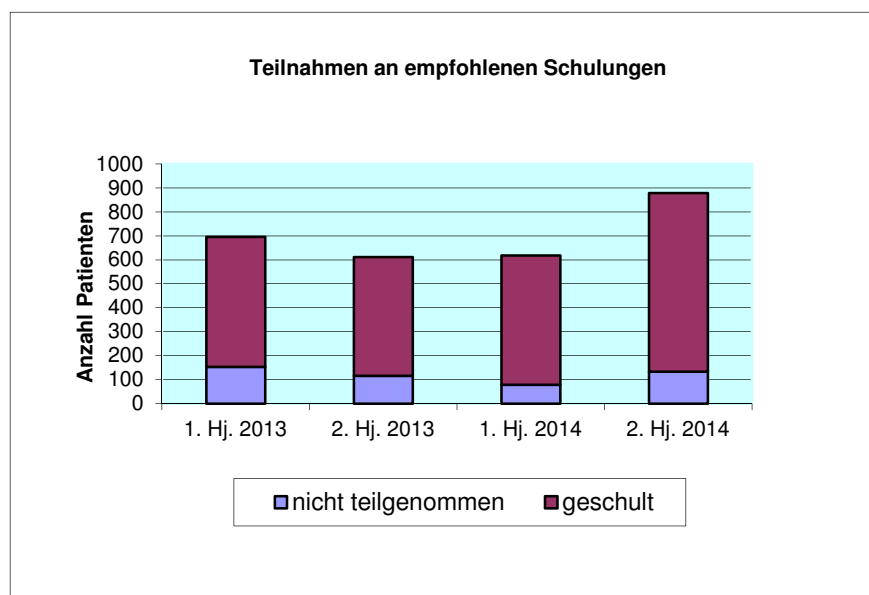


Abb. 5-2 COPD Patientenschulungen

Ergebnis: Das Qualitätsziel wurde im Berichtszeitraum nur knapp verfehlt und liegt derzeit bei einem Wert von 84,9%.

Bewertung: Die Gemeinsame Einrichtung hat wiederholt über Möglichkeiten diskutiert, Patienten zu einer Teilnahme zu motivieren. Auf die Diskussion unter 2.5.12 sowie 0 wird verwiesen.

6 DMP Diabetes mellitus Typ 1

Als Diabetes mellitus Typ 1 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch absoluten Insulinmangel auf Grund einer sukzessiven Zerstörung der Betazellen in der Regel im Rahmen eines Autoimmungeschehens entsteht. Die Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 1 gilt als gestellt, wenn die folgenden Kriterien bei Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm erfüllt sind oder sich aus der Vorgeschichte der Patientin oder des Patienten bei der Manifestation der Erkrankung ergeben:

- Nachweis typischer Symptome des Diabetes mellitus (z. B. Polyurie, Polydipsie, ungewollter Gewichtsverlust) und/oder einer Ketose/Ketoazidose und
- Nüchtern-Glukose vorrangig im Plasma (i. P.) $\geq 7,0$ mmol / l (≥ 126 mg / dl) oder Nicht-Nüchtern-Glukose i. P. $\geq 11,1$ mmol / l (≥ 200 mg / dl) und
- gegebenenfalls laborchemische Hinweise für einen absoluten Insulinmangel (z. B. Nachweis von Ketonkörpern in Blut und/oder Urin mit und ohne Azidose).⁸

6.1 Ziele des DMP DM 1

Zur Sicherstellung der Qualität der strukturierten Behandlungsprogramme ist es wichtig, einerseits nachvollziehbare und relevante Ziele zu vereinbaren und zu dokumentieren. Andererseits wird gefordert, Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten zu ergreifen. Für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 von zentraler Bedeutung sind folgende Vereinbarungen:

⁸ Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Aktualisierung von Anlage 7 der Neunten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (9. RSA-ÄndV) vom 18. Februar 2004, Seite 4 (seit 01.07.2014 Anlage 7 der Richtlinie des G-BA zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V Seite 37f)

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).⁹

Die spezifischen Versorgungsbelange von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre mit Diabetes mellitus Typ 1 machen es erforderlich, dass bestimmte Aspekte im DMP besondere Berücksichtigung finden. Folgende Ziele stehen daher bei der medizinischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Vordergrund:

- Vermeidung akuter Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie),
- Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im subklinischen Stadium; dies setzt eine möglichst normnahe Blutglukoseeinstellung sowie die frühzeitige Erkennung und Behandlung von zusätzlichen Risikofaktoren (z. B. Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas, Rauchen) voraus,
- altersentsprechende körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), altersentsprechende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit,
- 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, Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken.¹⁰

Damit die Behandlung in Bezug auf die Erreichung der oben genannten Ziele erfolgreich ist, spielen neben der medikamentösen Insulintherapie auch insbesondere nichtmedikamentöse Maßnahmen wie beispielsweise Lebensstilveränderungen oder Schulungsmaßnahmen eine wichtige Rolle. Diese setzt die aktive Teilnahme der Versicherten an diesem Programm voraus.

⁹vgl. Diabetes mellitus Typ 1: Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Aktualisierung von Anlage 7 der Neunten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (9. RSA-ÄndV) vom 18. Februar 2004, S. 5f.

¹⁰ vgl. Diabetes mellitus Typ 1: Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Aktualisierung von Anlage 7 der Neunten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (9. RSA-ÄndV) vom 18. Februar 2004, S. 9f.

6.2 Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer

Zum Stichtag 31.12.2014 nahmen insgesamt 31 Leistungserbringer am DMP Diabetes mellitus Typ 1 teil.

Teilnehmende Leistungserbringer Stand 31.12.2014	
Diabetologisch qualifizierte Fachärzte	19
Diabetologisch qualifizierte Kinderärzte	4
Hausärzte	1
Krankenhäuser*	5
- davon Kinderkrankenhäuser bzw. pädiatrische Stationen	1
Rehabilitationseinrichtungen*	2

Tab. 6-1 DM 1 Anzahl der Teilnehmer zum 31.12.2014

* DMP-Teilnehmer auf Grundlage separater Verträge der Krankenkassen mit Krankenhäusern bzw. mit Rehabilitationseinrichtungen.

6.3 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.¹¹

6.4 Altersverteilung

Im Durchschnitt sind die Patienten im DMP im gesamten Berichtszeitraum 44 Jahre alt. Die prozentuale Verteilung ist in Abb. 6.1 dargestellt.

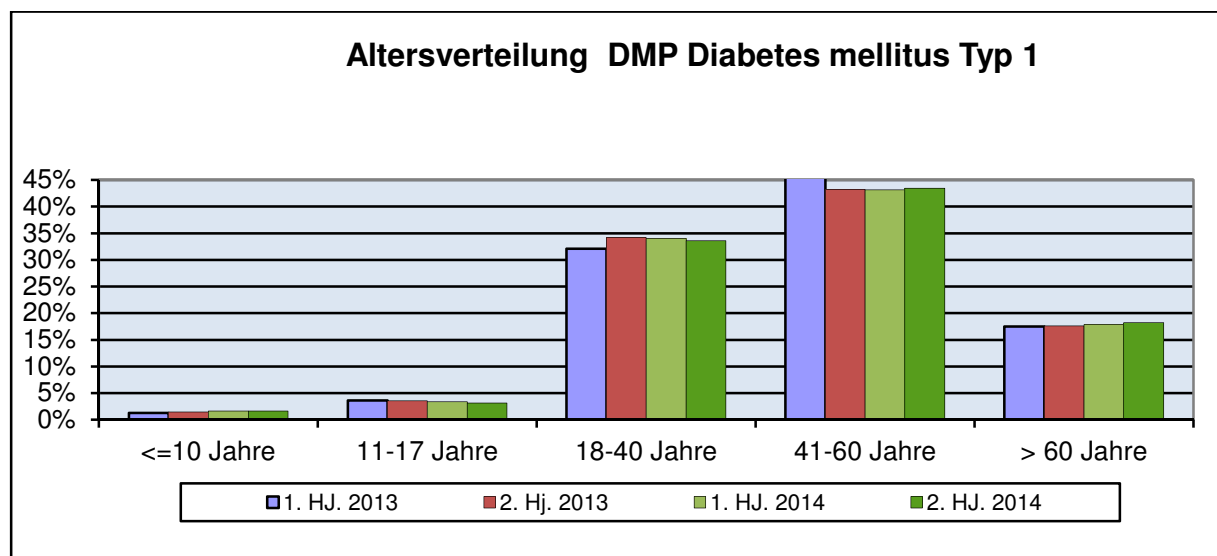


Abb. 6-1 DM 1 Altersverteilung

6.5 Qualitätsziele

Im nachfolgenden werden die festgelegten Qualitätsziele für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 mit den erreichten Werten im Berichtszeitraum verglichen und bewertet.

¹¹ vgl. Diabetes mellitus Typ 1: Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Aktualisierung von Anlage 7 der Neunten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (9. RSA-ÄndV) vom 18. Februar 2004, S. 11ff.

6.5.1 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 als Qualitätsziel für die Gesamtzahl der eingeschriebenen Patienten vereinbart, dass bei weniger als 15% der Patienten eine schwere Hypoglykämie auftreten soll. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Hypoglykämie	1. Hj. 2010	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	1.327	1.314	1.443	1.400	1.536	1.488	1.337	1.361	1.299	1.380
Patienten mit schwerer Hypoglykämie	172	117	113	99	96	78	72	51	33	45
in %	13,0%	8,9%	7,8%	7,1%	6,3%	5,2%	5,4%	3,7%	2,5%	3,3%

Tab. 6-2 DM 1 Patienten mit schweren Hypoglykämien

* alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer am DMP

Ergebnis: Ein sehr positiver Trend ist bei diesem Qualitätsziel zu verzeichnen. Das Qualitätsziel wurde im Berichtszeitraum 1.HJ 2013 bis 2.HJ 2014 mit einem Durchschnittswert von 3,7% erreicht.

6.5.2 Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlung wegen Diabetes mellitus

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass weniger als 2% der Patienten ein- oder mehrmals einer notfallmäßigen stationären Behandlung wegen Diabetes mellitus bei Betrachtung der letzten sechs Monate des DMP bedürfen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Notfallmäßige Behandlungen	1. Hj. 2010	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	1.439	1.426	1.549	1.524	1.639	1.571	1.430	1.444	1.396	1.476
stationäre notfallmäßige Behandlungen wegen Diabetes	52	44	37	34	29	19	11	11	10	12
In %	3,6%	3,1%	2,4%	2,2%	1,8%	1,2%	0,8%	0,8%	0,7%	0,8%

Tab. 6-3 DM 1 Patienten mit notfallmäßigen Behandlungen

* alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer am DMP

Ergebnis: Der Anteil der stationär behandelten Patienten lag im gesamten Berichtszeitraum bei rund 0,8%, damit wurde dieses Qualitätsziel erreicht.

Bewertung: Es lässt sich eine kontinuierliche positive Entwicklung über die vergangenen Jahre feststellen.

6.5.3 Blutdruckeinstellung

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

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens 50% der Patienten mit einer Hypertonie normotensive Blutdruckwerte aufweisen sollen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Blutdruck	1. Hj. 2010	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten mit Hypertonie*	485	508	489	489	527	496	476	465	460	496
Anzahl Patienten mit normotensivem RR-Wert	264	301	272	272	319	265	261	272	293	265
In %	54,4 %	59,3 %	55,6 %	55,6 %	60,5 %	53,4 %	54,8 %	58,5 %	60,5 %	53,4 %

Tab. 6-4 DM 1 Patienten mit normotensiven Blutdruckwerten

* Patienten ab 18 Jahren mit Hypertonie

Ergebnis: Mit einem Anteil im Durchschnitt von 56,8% normotensiv eingestellter Patienten mit bekannter Hypertonie wurde das Qualitätsziel im Berichtszeitraum erreicht.

Anmerkung:

Bezüglich der Blutdruckeinstellung beziehen sich die existierenden Qualitätsindikatoren auf regelmäßige Messungen und auch spezieller auf die Auswahl der antihypertensiven Medikation. Der Qualitätsindikator wird in diesem Bericht nur für Erwachsene ausgewertet. Bei Kindern und Jugendlichen werden keine eindeutigen diagnostischen Kriterien für die Feststellung einer Hypertonie definiert - üblicherweise werden aus Studien abgeleitete Referenzwerte herangezogen. Sie listen in Normtabellen alters-, geschlechts-, gewichts- und körpergrößenabhängige Werte mit den zugehörigen Perzentilen der gefundenen Verteilung auf, wobei ein Wert über der 95. Perzentile per Konvention für die betreffende Gruppe als hypertont gilt. Hierzu kann auch die Leitlinie (S2k) Pädiatrische Kardiologie, Pädiatrische Nephrologie und Pädiatrie: Arterielle Hypertonie im Kindes- und Jugendalter mit Stand vom 08/2013 verglichen werden. In Deutschland stehen derzeit zwei Referenzwertsysteme zur Beurteilung des Blutdrucks von Kindern- und Jugendlichen bereit: die europäischen Referenzwerte nach Größe oder Alter sowie die US-Referenzwerte nach Alter und Größe. Im Basisbericht der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des RKI aus dem Zeitraum 2003-2006 wird erklärt, dass aufgrund fehlender, valider europäischer Blutdruckreferenzwerte in der Leitlinie der European Society of Hypertension alternativ auf US-Referenzwerte aus dem Jahr 2004 verwiesen wurde¹².

6.5.4 HbA1C-Wert und Erreichen des HbA1c-Zielwertes

Durch die Senkung der HbA1C-Werte in die Nähe des Normbereichs lässt sich das Risiko für mikroangio- und neuropathische Komplikationen mindern.

¹² vgl. RKI: Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), S. 100, Berlin 2011

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass höchstens 10% der eingeschriebenen Patienten einen HbA_{1c}-Wert $\geq 8,5$ aufweisen sollen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Dieses Qualitätsziel wurde laut der Tabelle 6-5 nicht erreicht, da im Berichtszeitraum durchschnittlich für 33,3% der Patienten ein HbA_{1c}-Wert $\geq 8,5$ dokumentiert wurde. Der mit 14,4% niedrigste Wert wurde für das 2. Halbjahr 2014 dokumentiert. Trotz einer steigenden Gesamtzahl an Patienten im zweiten Halbjahr, sank die absolute Zahl an Patienten mit einem HbA_{1c} Wert $\geq 8,5\%$ um 148.

Bewertung:

Ob es sich hier um einen Trend oder lediglich einen Ausreißer handelt, müssen die Zahlen des nächsten Berichtszeitraums 2015/2016 zeigen.

Zunahme des Anteils von Patienten, die ihren individuell vereinbarten HbA_{1c}- Wert erreicht haben. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Hier zeigt die Auswertung einen positiven Anstieg im Berichtszeitraum 2013-2014. In den ersten 6 Halbjahren bis einschließlich 2012 erreichten durchschnittlich 51% der Patienten ihren individuell vereinbarten HbA_{1c}-Wert, in den 4 Halbjahren des aktuellen Berichtszeitraums waren es bereits durchschnittlich 66 % der Patienten.

HbA _{1c} -Werte		Gesamtzahl Patienten	Anzahl Patienten mit HbA _{1c} $\geq 8,5\%$	individuelles Qualitätsziel HbA _{1c} erreicht
1. Hj. 2010	absolut	1.620	482	629
	in %		29,8%	38,8%
2. Hj. 2010	absolut	1.699	528	614
	in %		31,1%	36,1%
1. Hj. 2011	absolut	1.753	513	920
	in %		29,3%	52,5%
2. Hj. 2011	absolut	1.691	483	951
	in %		28,6%	56,2%
1. Hj. 2012	absolut	1.795	519	1.054
	in %		28,9%	58,7%
2. Hj. 2012	absolut	1.735	453	1.108
	in %		26,1%	63,9%
1. Hj. 2013	absolut	1.577	459	941
	in %		29,1%	59,7%
2. Hj. 2013	absolut	1.608	412	1.100
	in %		25,6%	68,4%
1. Hj. 2014	absolut	1.658	407	1.062
	in %		24,5%	64,1%
2. Hj. 2014	absolut	1.799	259	1.295
	in %		14,4%	72,0%

Tab. 6-5 DM 1 HbA_{1c}-Werte und individuelle HbA_{1c}-Zielwerte

Anmerkung:

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 Spätkomplikationen andererseits. Der HbA1c-Wert ist ein wesentlicher Parameter im Rahmen der individuellen Therapiezielvereinbarung.

6.5.5 Albumin-Ausscheidung und Prüfung der Nierenfunktion

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens 90% der Patienten ab dem 11. Lebensjahr regelmäßig, mindestens einmal in den vergangenen 12 Monaten auf eine erhöhte Urin-Albumin-Ausscheidungsrate untersucht werden. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Dieses Qualitätsziel wurde verfehlt. Der Durchschnittswert liegt weiterhin im Berichtszeitraum bei 86,6%.

Albumin-ausscheidung	1. Hj. 2010	2. Hj. 2010	1. Hj. 2011	2. Hj. 2011	1. Hj. 2012	2. Hj. 2012	1. Hj. 2013	2. Hj. 2013	1. Hj. 2014	2. Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	1.152	1.137	1.258	1.223	1.350	1.317	1.201	1.231	1.170	1.253
Anzahl Patienten mit Bestimmung	1.015	1.025	1.085	1.079	1.121	1.108	1.010	1.038	1.050	1.105
In %	88,1 %	90,1 %	86,2 %	88,2 %	83,0 %	84,1 %	84,1 %	84,3 %	89,7 %	88,2 %

Tab. 6-6 DM 1 Bestimmung der Urin-Albumin-Ausscheidungsrate

*alle eingeschriebenen Patienten ab 11 Jahren mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindestens 12 Monaten und ohne bereits bestehende Nephropathie

Bei Patienten, bei denen eine pathologische Albuminausscheidung dokumentiert wurde, sollte innerhalb von 9 Monaten ein Nierenfunktionstest durchgeführt werden.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass bei mindestens 80% der Patienten mit persistierender pathologischer Urin-Eiweiß-Ausscheidung die Nierenfunktion überprüft wird. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Nierenfunktion	1.Hj. 2010	2.Hj. 2010	1.Hj. 2011	2.Hj. 2011	1.Hj. 2012	2.Hj. 2012	1.Hj. 2013	2.Hj. 2013	1.Hj. 2014	2.Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	118	125	146	163	183	193	184	203	198	204
Anzahl Patienten mit Überprüfung	112	118	138	154	173	183	177	193	191	199
In %	94,9 %	94,4 %	94,5 %	94,5 %	94,5 %	94,8 %	96,2 %	95,1 %	96,5 %	97,5 %

Tab. 6-7 DM 1 Überprüfung Nierenfunktion

* alle eingeschriebenen Patienten ab 11 Jahren mit einer pathologischen Albuminausscheidung in mindestens zwei vorangegangenen Dokumentationen

Ergebnis: Der Anteil der Patienten, bei denen der Nierenfunktionstest durchgeführt wurde lag über den gesamten Berichtszeitraum bei 96%. Das Qualitätsziel wurde damit weit übertroffen.

6.5.6 Regelmäßige Sensibilitätsprüfung

Bei der Sensibilitätsprüfung handelt es sich um eine von drei Maßnahmen für Früherkennung von Folgeerkrankungen bei Patienten über 18 Jahren.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens bei 90% der Patienten ab 18 Jahre eine Prüfung der Sensibilität innerhalb von 12 Monaten erfolgen soll. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Dieses Qualitätsziel wurde erfüllt. Der Durchschnittswert im Berichtsjahr 1. HJ 2013 bis 2. HJ 2014 beträgt 89,6 %.

Sensibilitätsprüfung	1.Hj. 2010	2.Hj. 2010	1.Hj. 2011	2.Hj. 2011	1.Hj. 2012	2.Hj. 2012	1.Hj. 2013	2.Hj. 2013	1.Hj. 2014	2.Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	1.192	1.182	1.307	1.270	1.395	1.360	1.280	1.303	1.237	1.315
Anzahl Patienten mit Prüfung	1.096	1.102	1.173	1.156	1.244	1.189	1.104	1.112	1.135	1.248
In %	91,9%	93,2%	89,7%	91,0%	89,2%	87,4%	86,3%	85,3%	91,8%	94,9%

Tab. 6-8 DM 1 Sensibilitätsprüfung

* alle Patienten ab 18 Jahren mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindestens 12 Monaten

6.5.7 Regelmäßige Erhebung des peripheren Pulsstatus

Bei allen eingeschriebenen Patienten ab 18 Jahre soll der periphere Pulsstatus erhoben werden.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass diese Prüfung bei mindestens 90% der Patienten in den letzten 12 Monaten erfolgt. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Peripher Pulsstatus	1.Hj. 2010	2.Hj. 2010	1.Hj. 2011	2.Hj. 2011	1.Hj. 2012	2.Hj. 2012	1.Hj. 2013	2.Hj. 2013	1.Hj. 2014	2.Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	1.192	1.182	1.307	1.270	1.395	1.360	1.280	1.303	1.237	1.315
Anzahl Patienten mit Erhebung	1.097	1.108	1.177	1.155	1.246	1.195	1.224	1.138	1.161	1.288
In %	92,0%	93,7%	90,1%	90,9%	89,3%	87,9%	87,8%	87,3%	93,9%	97,9%

Tab. 6-9 DM 1 Peripherer Pulsstatus

* alle Patienten ab 18 Jahren mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindestens 12 Monaten

Ergebnis: Das Qualitätsziel wurde nur in den Jahren 2012 und 2013 knapp nicht erreicht.

6.5.8 Regelmäßige Erhebung des Fußstatus

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass bei mindestens 90% der Patienten (>= 18 Jahre), die mindestens 12 Monate am DMP teilnehmen, mindestens einmal jährlich eine Untersuchung zur Erhebung des Fußstatus erfolgt. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Fußstatus	1.Hj. 2010	2.Hj. 2010	1.Hj. 2011	2.Hj. 2011	1.Hj. 2012	2.Hj. 2012	1.Hj. 2013	2.Hj. 2013	1.Hj. 2014	2.Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	1.192	1.182	1.307	1.270	1.395	1.360	1.280	1.303	1.237	1.315
Anzahl Patienten mit Erhebung	1.118	1.128	1.199	1.179	1.281	1.295	1.234	1.273	1.213	1.288
In %	93,8%	95,4%	91,7%	92,8%	91,8%	95,2%	96,4%	97,7%	98,1%	97,9%

Tab. 6-10 DM 1 Dokumentation des Fußstatus

* alle Patienten ab 18 Jahren mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindestens 12 Monaten

Ergebnis: Das Qualitätsziel wird über den gesamten Berichtszeitraum erreicht.

6.5.9 Diabetischer Fuß - Mitbehandlung durch spezialisierte Einrichtungen

Weiterhin sollen mindestens 75% der Patienten mit auffälligem Fußstatus (und Wagner 2-5 oder Armstrong C/D) zur Mitbehandlung an eine spezialisierte Einrichtung überwiesen werden. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Ergebnis: Eine spezielle Auswertung, die die Qualifikation der teilnehmenden Ärzte auch zur Mitbehandlung bei auffälligem Fußstatus berücksichtigt, zeigt, dass im Berichtszeitraum durchschnittlich 84% der Patienten mit auffälligem Fußstatus in einer für den diabetischen Fuß spezialisierte Einrichtung betreut werden. Das Qualitätsziel wird somit erreicht.

6.5.10 Verordnung von TAH bei Makroangiopathie

Für den Bereich der Arzneimitteltherapie wurde ein Indikator 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 durch die Verordnung von TAH Ereignisse vermieden werden.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass bei 80% aller Patienten mit Makroangiopathie eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) verordnet wird. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

TAH	1.Hj. 2010	2.Hj. 2010	1.Hj. 2011	2.Hj. 2011	1.Hj. 2012	2.Hj. 2012	1.Hj. 2013	2.Hj. 2013	1.Hj. 2014	2.Hj. 2014
Gesamtzahl Patienten*	140	140	144	143	174	175	153	151	158	178
TAH-Verordnung	76	85	83	83	91	94	103	105	114	128
in %	54,3%	60,7%	57,6%	58,0%	52,3%	53,7%	67,3%	69,5%	72,2%	71,9%

Tab. 6-11 DM 1 Patienten mit verordneten Thrombozytenaggregationshemmern

* alle eingeschriebenen Patienten mit AVK/KHK/Schlaganfall, Herzinfarkt, Amputation bei denen keine Kontraindikation vorliegt

Ergebnis: Im Berichtszeitraum steigt zwar der Anteil der Patienten kontinuierlich, bei denen die Verordnung eines Thrombozytenaggregationshemmers dokumentiert wurde aber das Qualitätsziel wurde dennoch deutlich verfehlt.

Bewertung/Maßnahmen:

Abhilfe könnte z.B. ein Artikel im Landesrundsreiben der KVHB leisten. Auch sollte das Thema in die Qualitätszirkel getragen werden.

6.5.11 Diabetes- und Hypertonieschulungen

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass je mindestens 90% der Patienten eine empfohlene Schulung wahrnehmen sollen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

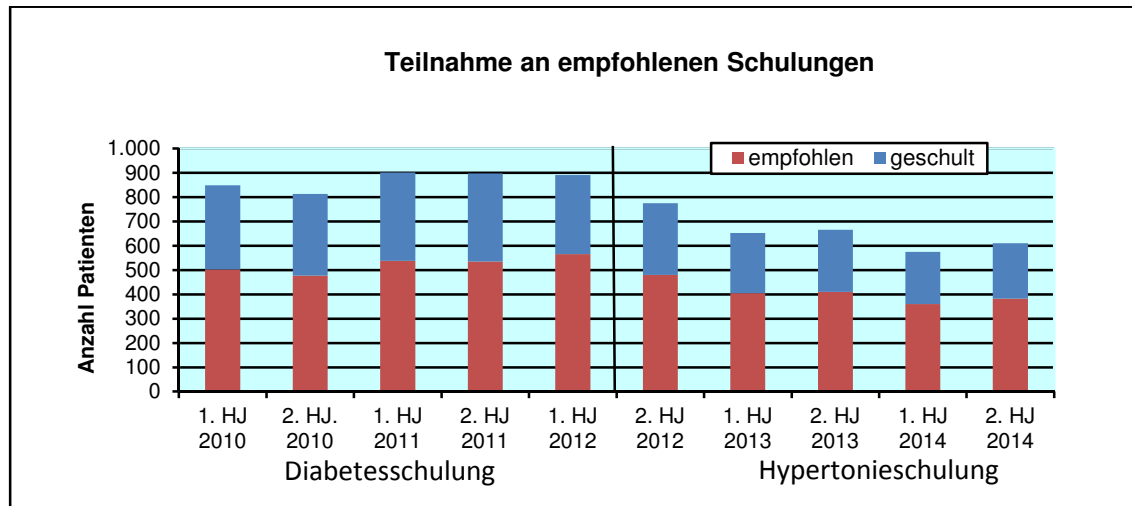


Abb. 6-2 DM 1 Patientenschulungen

Ergebnis: Im Berichtszeitraum wurde für durchschnittlich 60,8% der Patienten die Teilnahme an einer Diabetesschulung und für knapp 19% an einer Hypertonieschulung dokumentiert. Das Qualitätsziel wurde wiederum verfehlt.

Bewertung: Die Teilnahmebereitschaft der Patienten an einer Diabetes- und Hypertonieschulung ist weiterhin gering. Die Gemeinsame Einrichtung wird tätig und nutzt vorhandene Informationsmedien, um auf die Thematik aufmerksam zu machen.

Darüber hinaus wird in der Gemeinsamen Einrichtung nach wie vor diskutiert, ob eine Selbstbeteiligung des Patienten an den Schulungskosten mit Rückzahlungsgarantie oder ein Bonus nach kontinuierlicher Teilnahme eine Teilnahme an Schulungen attraktiver machen könnte.

7 DMP Brustkrebs

Beim Brustkrebs handelt es sich um eine von der Brustdrüse ausgehende bösartige Neubildung. Dies umfasst auch das duktales Carcinoma in situ (DCIS), das noch nicht infiltrierend in das umgebende Gewebe wächst.¹³

¹³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach §137f Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 16. Februar 2012, Seite 4, geändert am 19. Juni 2014.

7.1 Ziele des DMP Brustkrebs

Über dieses Behandlungsprogramm soll unter Beachtung der geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Brustkrebs, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und den teilnehmenden Krankenkassen gewährleistet werden.

7.2 Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer

Zum Stichtag 31.12.2014 nahmen insgesamt 68 Leistungserbringer am DMP Brustkrebs teil.

Teilnehmende Leistungserbringer Stand 31.12. 2014	
Gynäkologen	65
Krankenhäuser*	3

Tab. 7-1 BK Anzahl der Teilnehmer zum 31.12.2014

* DMP-Teilnehmer auf Grundlage separater Verträge der Krankenkassen mit Krankenhäusern bzw. mit Rehabilitationseinrichtungen.

7.3 Kooperation der Versorgungsebenen

In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-Richtlinie/DMP-RL) werden auch die Überweisungsregeln zwischen den einzelnen Versorgungsebenen definiert.

Im Abschnitt 5.5 wird das dazu gehörende Qualitätsziel dargestellt.

7.4 Altersverteilung

Im Durchschnitt sind die Patientinnen 63 Jahre alt.

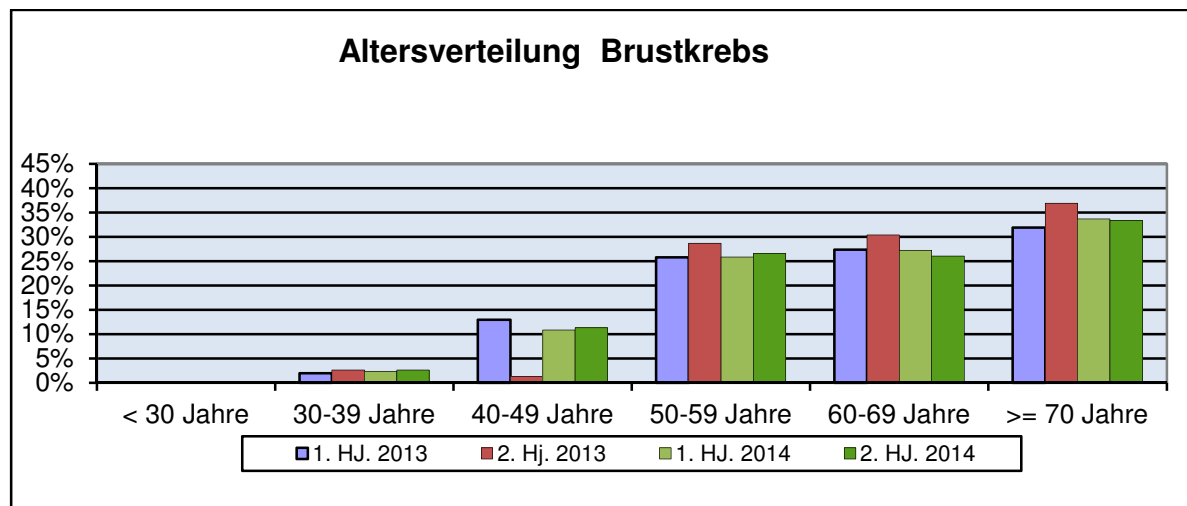


Abb. 7-1 BK Altersverteilung

7.5 Qualitätsziele

Im nachfolgenden werden die festgelegten Qualitätsziele für das DMP Brustkrebs mit den erreichten Werten im Berichtszeitraum verglichen und bewertet.

7.5.1 Brusterhaltende Therapie bei pT1

Als Qualitätsziel wurde festgelegt, dass mindestens 70% der Patientinnen mit der Erstdiagnose histologisch gesichertes invasives Mamma-Karzinom pT1 eine brusterhaltende Therapie bekommen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Brusterhaltende Therapie	1.Hj. 2013	2.Hj. 2013	1.Hj. 2014	2.Hj. 2014
Gesamtzahl Patientinnen*	274	436	404	419
Patientinnen mit einer entsprechenden Therapie	228	369	331	346
in %	83,2%	84,6%	81,9%	82,6%

Tab. 7-2 BK Anteil Patientinnen mit einer Brusterhaltenden Therapie

Ergebnis: Dieses Qualitätsziel wurde durchgängig weit übertroffen. Der Durchschnittswert im Berichtsjahr 1. HJ 2013 bis 2. HJ 2014 beträgt 83,1 %.

7.5.2 Sentinel- Lymphknoten Biopsie

Angemessener Anteil der Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie an allen Patientinnen mit Operation und Erhebung des Nodalstatus und primär invasivem Karzinom. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

(Neues Qualitätsziel gültig seit 01.07.2013)

Sentine-l Lymphknoten- Biopsie	2.Hj. 2013	1.Hj. 2014	2.Hj. 2014
Gesamtzahl Patientinnen*	104	195	219
Patientinnen mit einer entsprechenden Biopsie	78	149	164
in %	75,0%	76,4%	74,9%

Tab. 7-3 BK Anteil Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten Biopsie

Ergebnis: Im Zeitraum vom 2. HJ 2013 bis 2. HJ 2014 erhielten durchschnittlich rund 75% der Patientinnen eine Sentinel- Lymphknoten Biopsie.

7.5.3 Bestrahlung nach brusterhaltender Therapie

Mindestens 80% der Patientinnen mit Bestrahlung nach brusterhaltender Therapie an allen Patientinnen mit brusterhaltender Therapie bei invasivem Tumor nach 5 und mehr Jahren DMP Laufzeit. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Nachbestrahlung	1.Hj. 2013	2.Hj. 2013	1.Hj. 2014	2.Hj. 2014
Gesamtzahl Patientinnen*	223	424	331	410
Patientinnen mit einer Bestrahlung	210	394	312	374
in %	94,2%	92,9%	94,3%	91,2%

Tab. 7-4 BK Patientinnen mit abgeschlossener Bestrahlung nach Brusterhaltender Therapie

Ergebnis: Dieses Qualitätsziel wurde erreicht im Berichtszeitraum 2013 bis 2014. Der Durchschnittswert im Berichtsjahr 1. HJ 2013 bis 2. HJ 2014 beträgt 93%.

7.5.4 Bestimmung des Her2/neu- Status

Mindestens 95% der Patientinnen mit Erstmanifestation eines Primärtumors mit Bestimmung des Her2/neu-Status nach 5 und mehr Jahren DMP Laufzeit. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

(Neues Qualitätsziel gültig seit 01.07.2013)

Her2/neu- Bestimmung	2.Hj. 2013	1.Hj. 2014	2.Hj. 2014
Gesamtzahl Patientinnen*	134	254	291
Patienten mit einer entsprechenden Statusbestimmung	127	237	272
in %	94,8%	93,3%	93,5%

Tab. 7-5 BK Patientinnen mit bestimmten Her2/neu-Status

Ergebnis: Das Qualitätsziel wurde im gesamten Berichtszeitraum knapp verfehlt (Durchschnittswert 93,9%)

Bewertung: Der Trendverlauf muss mit dem nächsten Berichtszeitraum 2015-2016 betrachtet werden.

7.5.5 Adjuvante endokrine Therapie

Mindestens 80% der Patientinnen mit adjuvanter endokriner Therapie an allen Patientinnen mit hormonrezeptorpositivem Tumor und invasivem Karzinom nach 5 und mehr Jahren DMP-Laufzeit. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Adjuvante endokrine Therapie	1.Hj. 2013	2.Hj. 2013	1.Hj. 2014	2.Hj. 2014
Gesamtzahl Patientinnen*	272	497	396	505
Patientinnen mit einer entsprechenden Therapie	236	444	346	449
in %	86,8%	89,3%	87,4%	88,9%

Tab. 7-6 BK Anteil Patientinnen mit adjuvanter endokriner Therapie

Ergebnis: Das Qualitätsziel wird erreicht, der Anteil der entsprechend behandelten Patientinnen liegt durchschnittlich bei 88 %.

7.5.6 Trastuzumab- Therapie

Angemessener Anteil von Patientinnen mit einer adjuvanten Trastuzumab-Therapie an allen Patientinnen mit HER2/neu-positivem Tumor und Lymphknoten-Befall. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

(Neues Qualitätsziel gültig seit 01.07.2013)

Adjuvante Trastuzumab-Therapie	2.Hj. 2013	1.Hj. 2014	2.Hj. 2014
Gesamtzahl Patientinnen*	2	7	20
Patientinnen mit einer entsprechenden Therapie	2	5	11
in %	100,0%	71,4%	55,0%

Tab. 7-7 BK Anteil Patientinnen mit Trastuzumab -Therapie

Ergebnis: Im Zeitraum 2. HJ 2013 – 2. HJ 2014 erhielten durchschnittlich 75,5% der Patientinnen eine Adjuvante Trastuzumab-Therapie.

7.5.7 Anteil von Patientinnen mit adjuvanter Chemotherapie

Angemessener Anteil von Patientinnen mit mit adjuvanter Chemotherapie an allen Patientinnen mit nodalpositivem und hormonrezeptornegativem invasivem Tumor. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Adjuvante Chemotherapie	1.Hj. 2013	2.Hj. 2013	1.Hj. 2014	2.Hj. 2014
Gesamtzahl Patientinnen*	15	24	24	26
Patienten mit einer entsprechenden Therapie	15	22	21	23
in %	100,0%	91,7%	87,5%	88,5%

Tab. 7-8 BK Anteil Patientinnen mit adjuvanter Chemotherapie

Ergebnis: Im Berichtszeitraum erhielten durchschnittlich rund 92% der Patientinnen eine Adjuvante Chemotherapie.

7.5.8 Patientinnen mit Bisphosphonat- Therapie

Angemessener Anteil von Patientinnen mit Bisphosphonat- Therapie an allen Patientinnen mit Knochenmetastasen. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Bisphosphonat- Therapie	1.Hj. 2013	2.Hj. 2013	1.Hj. 2014	2.Hj. 2014
Gesamtzahl Patientinnen*	22	27	34	21
Patienten mit einer entsprechenden Therapie	22	25	30	21
in %	100,0%	92,6%	88,2%	100,0%

Tab. 7-9 BK Anteil Patientinnen mit Bisphosphonat -Therapie

Ergebnis: Im Berichtszeitraum erhielten durchschnittlich rund 95% der Patientinnen eine Bisphosphonat- Therapie.

7.5.9 Patientinnen mit Lymphödem

Niedriger Anteil von Patientinnen mit Lymphödem an allen Patientinnen mit invasivem Tumor und Operation. (siehe Qualitätsziel Nr. 1.1 der Anlage 8 Qualitätssicherung, Version 3.2)

Lymphödem	1.Hj. 2013	2.Hj. 2013	1.Hj. 2014	2.Hj. 2014
Gesamtzahl Patientinnen*	409	694	648	689
Patienten mit einer entsprechenden Therapie	115	198	169	195
in %	28,1%	28,5%	26,1%	28,3%

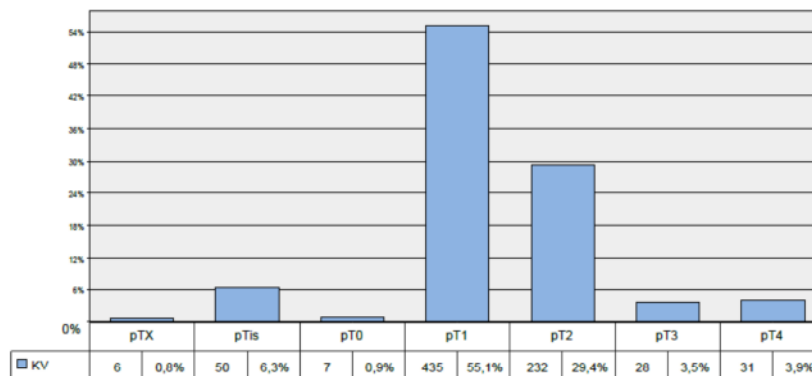
Tab. 7-10 BK Anteil Patientinnen mit Lymphödem

Ergebnis: Im Berichtszeitraum hatten durchschnittlich rund 28% der Patientinnen ein Lymphödem.

7.5.10 Verteilung der pT- Tumorstadien

Die nachfolgende Grafik stellt die Verteilung der pT-Tumorstadien der Patientinnen der KV Bremen aus dem letzten Rückmeldebericht dar.

pT-Tumorstadien



Tumorstadien Patientinnen in Ihrer KV	pNX	pN0	pN1	pN2	pN3
pTX	3 0,4%	2 0,3%	0 0,0%	1 0,1%	0 0,0%
pTis	11 1,4%	32 4,1%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
pT0	0 0,0%	6 0,8%	1 0,1%	0 0,0%	0 0,0%
pT1	6 0,8%	341 43,8%	60 7,7%	15 1,9%	10 1,3%
pT2	8 1,0%	111 14,2%	72 9,2%	30 3,9%	11 1,4%
pT3	2 0,3%	12 1,5%	5 0,6%	2 0,3%	7 0,9%
pT4	1 0,1%	5 0,6%	11 1,4%	7 0,9%	7 0,9%

Abb. 7-2 BK Tumorstadien