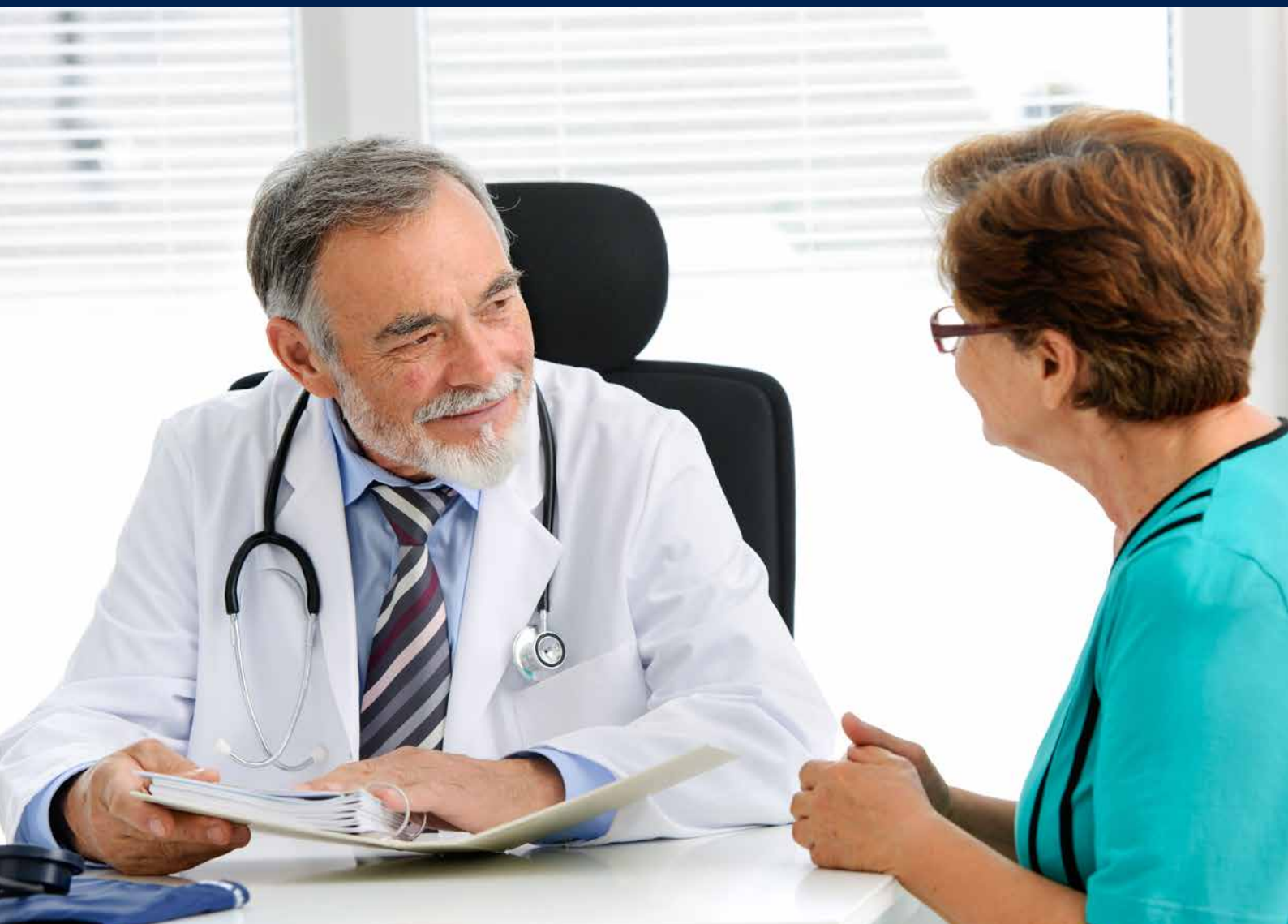


# Qualitätsbericht: Disease Management Programme in Bayern (Kurzfassung)

Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern  
Gemeinsame Einrichtung DMP Brustkrebs Bayern  
Berichtsjahr 2015/2016



1. Disease Management Programme in Bayern.....	3
2. Vorteile der DMP.....	3
3. Qualitätssicherung.....	4
4. Teilnehmerzahlen.....	4
5. Schwerpunktthema: Entwicklung der Diabetesversorgung.....	5
6. Strukturqualität DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2.....	5
7. Verbesserte Kontrolle des Blutzuckers.....	6
8. Kontrolluntersuchungen.....	6
9. Amputationshäufigkeit.....	7
10. Auswertung der Qualitätsziele.....	7
11. Fazit.....	8
12. Ausblick.....	8
Impressum.....	10

### Hinweis:

Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint.

# 1. Disease Management Programme in Bayern

Disease Management Programme (DMP) sind Qualitätsprogramme. Sie verfolgen das Ziel, den Gesundheitszustand chronisch kranker Patienten kontinuierlich und nachweisbar zu verbessern. In Bayern nehmen über 900.000 Patienten an einem oder mehreren DMP teil, davon zirka 550.000 Patienten am DMP Diabetes mellitus Typ 2. Somit haben diese strukturierten Behandlungsprogramme eine erhebliche Bedeutung für die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung in Bayern.

Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bayern und der Gemeinsamen Einrichtung DMP Brustkrebs Bayern ist die arztbezogene Qualitätssicherung in den DMP. Das Gremium setzt sich aus Vertretern der **Kassenärztlichen Vereinigung (KVB)**, der **AOK Bayern**, der **KNAPPSCHAFT**, des **BKK Landesverbandes Bayern**, der **IKK classic** und des **Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)** zusammen.

Das Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität verfolgen die Gemeinsamen Einrichtungen DMP Bayern in erster Linie durch die Analyse von Versorgungsdaten und die gezielte Kommunikation der Ergebnisse an die teilnehmenden Ärzte, Vertragspartner in Bayern und DMP-Verantwortlichen auf Bundesebene. Der vorliegende Qualitätsbericht stellt so eine objektive Grundlage für ein sich stetig fortentwickelndes Qualitätsmanagement und eine bedarfsorientierte Weiterentwicklung der Programme dar. Denn die Gemeinsamen Einrichtungen sind der Ansicht, dass eine Qualitätsverbesserung nur durch einen verantwortungsvollen Umgang mit den vorliegenden Daten möglich ist.

Die vorliegende Kurzversion gibt einen ersten Einblick in den Qualitätsbericht 2015/2016 und skizziert ausgewählte Themen. Den ausführlichen Qualitätsbericht einschließlich eingehender Analysen der Schwerpunktthemen und einzelner Qualitätsziele finden Sie als PDF-Datei sowie als Online-Version auf unserer Internetseite unter [www.ge-dmp-bayern.de](http://www.ge-dmp-bayern.de).

## 2. Vorteile der DMP

Disease Management Programme strukturieren die Behandlung von chronisch kranken Patienten. Die Programminhalte und me-

dizinischen Leitlinien sind auf Bundesebene festgelegt und werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss regelmäßig auf den aktuellsten Stand gebracht. Derzeit existieren Programme für die Krankheiten Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma, Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Brustkrebs. Jedes DMP umfasst insbesondere die folgenden Maßnahmen.

- **Förderung des Selbstmanagements:** Jeder DMP-Patient erhält gezielte Informationen von seiner Krankenkasse, die ihn im Umgang mit seiner Erkrankung unterstützt. Darüber hinaus erhält er Zugang zu strukturierten Patientenschulungen, die seine Gesundheitskompetenz gezielt fördern. Auch im Rahmen der ärztlichen Sprechstunde wird der Patient motiviert, selbst zu seiner eigenen Gesunderhaltung beizutragen.
- **Dokumentation des Behandlungsablaufs:** Quartalsweise oder halbjährlich wird die Behandlung des Patienten unter Verwendung eines standardisierten Formulars dokumentiert. Andererseits ist dieses die Datengrundlage für den praxisbezogenen Feedbackbericht (siehe Seite 19 f.), für die gesetzliche Evaluation und für den vorliegenden Qualitätsbericht. So entsteht ein lebendiges Qualitätsmanagement, das eine immer besser werdende Gesundheitsversorgung anstrebt.
- **Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung:** Im Rahmen der DMP wird die Strukturqualität der teilnehmenden Ärzte geprüft. Koordinierende Ärzte müssen DMP-spezifische Fortbildungen nachweisen. Sowohl für diabetologische Schwerpunktärzte als auch für weiterbehandelnde Fachärzte gelten besondere Voraussetzungen hinsichtlich Qualifikation und Praxisstrukturen.

Durch die Einschreibung in ein DMP wird das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten unterstützt. Die Behandlung und Therapie des Patienten wird langfristig vom koordinierenden Arzt gesteuert, der eventuell notwendige Weiterbehandlungen veranlassen kann. Nicht nur Folgeerkrankungen können durch diese gut abgestimmte kontinuierliche Betreuung und Behandlung vermieden werden. Wissenschaftliche Studien weisen auch auf eine Erhöhung der Lebensqualität im Rahmen der DMP hin.

Nicht zuletzt profitiert die Gesundheitsversorgung von der gezielten finanziellen Unterstützung besonders wichtiger Leistungen. Beispielsweise stellen die DMP und die Bayerische Diabetesvereinbarung die spezialisierte Diabetesversorgung durch über

300 besonders qualifizierte Diabetologen sicher (siehe dazu Kapitel 6).

*Weiterführende Informationen im DMP-Qualitätsbericht 2015/2016, Seite 10*

### 3. Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung unterstützt die Ärzte dabei, dass die zentralen Intentionen, die mit den strukturierten Behandlungsprogrammen verbunden sind, auch tatsächlich umgesetzt werden. Denn die Gemeinsamen Einrichtungen sind der Überzeugung, dass ein strukturiertes Behandlungsprogramm nur so gut sein kann, wie es gelebt wird. Der Gemeinsamen Einrichtung ist es ein großes Anliegen, die über 10.000 am DMP teilnehmenden Ärzte bei ihrem praxiseigenen Qualitätsmanagement zu unterstützen. Der Anspruch ist, dass die Teilnahme an einem DMP für den Arzt einen tatsächlichen Nutzen bringt, der wiederum auch für die Patienten spürbar ist.

Wichtigstes Instrument der Gemeinsamen Einrichtungen ist der Feedbackbericht für die Ärzte. Im Feedbackbericht werden alle relevanten Daten ausgewertet. Dieser wird mit Hilfe des Rückmeldesystems der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erstellt. Die aktuellen Muster-Feedbackberichte der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bayern sind im Internet unter [www.ge-dmp-bayern.de](http://www.ge-dmp-bayern.de) frei zugänglich. Dieser Bericht wird für die DMP Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Asthma und COPD halbjährlich, für das DMP-Brustkrebs jährlich

erstellt und für die Ärzte im Mitgliederportal der KVB vorgehalten. Auf Wunsch wird ein Druckexemplar per Post versendet.

Der Arzt erkennt anhand des Feedbackberichts, ob er die Qualitätsziele erreicht hat und wie er im Vergleich zum Durchschnitt aller bayerischen DMP-Praxen liegt. Im Anhang sind die DMP-Fallnummern von kritischen Patienten aufgelistet, bei denen potenzieller Handlungsbedarf besteht, zum Beispiel bei fehlender Überweisung zum Augenarzt oder zum Fußspezialisten beim DMP Diabetes mellitus. Die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern hat jedes Ziel oder Themengebiet mit einem Hinweis versehen, der die relevante Leitlinie, also das entsprechende Qualitätsziel, erläutert und auf einen möglichen Handlungsbedarf hinweist. So kann der Arzt die Qualität seiner Behandlung prüfen und gezielt auf die Ergebnisse reagieren. Der Feedbackbericht wird somit zu einem hilfreichen Instrument für die Erreichung der Qualitätsziele.

Die Gemeinsame Einrichtung setzt sich für eine kontinuierliche Verbesserung der DMP-Feedbackberichte ein. Sowohl hinsichtlich der Darstellung als auch der Gestaltung und Inhalte der Berichte hat sie eine Vielzahl von Optimierungen umgesetzt.

### 4. Teilnehmerzahlen

Die Teilnehmerzahlen der Ärzte und Patienten für die einzelnen DMP sind in Tabelle 1 dargestellt. In Bayern nehmen aktuell zirka 922.000 Patienten an mindestens einem DMP teil. Diese werden durch knapp 11.000 koordinierende Ärzte betreut.

Teilnehmerzahlen der Ärzte und Patienten für die einzelnen DMP zum Stichtag 31. Dezember 2016			
DMP	Patienten	Koordinierende Ärzte	Fach- beziehungsweise Schwerpunktärzte
Diabetes mellitus Typ 2	553.500	8.297	331
Diabetes mellitus Typ 1	30.000	2.682	330
Koronare Herzkrankheit	243.750	8.278	370
Asthma bronchiale	138.000	9.069	313
COPD	98.000	9.069	313
Brustkrebs	16.750	1.623	1.106
<b>DMP insgesamt</b>	<b>922.250</b>	<b>10.500</b>	<b>2.104</b>

Tabelle 1: DMP-Teilnehmerzahlen zum Stichtag 31. Dezember 2016. Berücksichtigt sind alle Patienten mit Dokumentation in den zwei Quartalen, die zum Stichtag enden. Patientenzahlen werden auf 250 gerundet.

Unter „DMP insgesamt“ wird die Anzahl der am DMP teilnehmenden Patienten und Ärzte ohne Mehrfachnennungen angegeben.

Quelle: Gemeinsame Einrichtung

## 5. Schwerpunktthema: Entwicklung der Diabetesversorgung

Als Schwerpunktthema des Qualitätsberichts 2015/2016 werden unterschiedliche Aspekte der Diabetesversorgung betrachtet. Durch die Analyse der DMP-Dokumentationsdaten und das Heranziehen externer Datenquellen entsteht ein differenziertes Bild der aktuellen Versorgungssituation, das den Erfolg der bestehenden Qualitätsmaßnahmen misst und den vorliegenden Handlungsbedarf beleuchtet.

*Weiterführende Informationen im DMP-Qualitätsbericht 2015/2016, Seite 29*

## 6. Strukturqualität DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

In Bayern leben rund eine Millionen Menschen mit der Diagnose Diabetes mellitus. Die große Mehrheit dieser Patienten wird in erster Linie durch ihren Hausarzt behandelt, der individuelle Therapieziele im Rahmen einer ganzheitlichen Basisversorgung bestimmt. Vorrangiges Ziel ist es, die Lebensqualität der Patienten zu maximieren, in dem die Krankheit durch eine gesunde Ernährung, eine vermehrte körperliche Aktivität und – sofern nötig – eine medikamentöse Therapie kontrolliert wird. Sowohl das Auftreten von notfallmäßigen Ereignissen als auch die Entwicklung von Begleit- und Folgeerkrankungen sollen dadurch vermieden werden. Das DMP unterstützt den Patienten und den Arzt, die kontinuierliche Behandlung dieser chronischen Krankheit zu strukturieren.

Patienten mit besonders komplexen Formen der Krankheit benötigen eine spezialisierte Diabetesversorgung. Diese umfasst grundsätzlich alle Patienten mit Typ 1 Diabetes sowie Frauen mit

Schwangerschaftsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes ist in der Diabetesvereinbarung und nicht im DMP geregelt). Darüber hinaus ist eine spezialisierte Versorgung bei Patienten mit Typ 2 Diabetes insbesondere dann wichtig, wenn Folgeerkrankungen (zum Beispiel diabetisches Fußsyndrom) auftreten oder wenn die vereinbarten Therapieziele nicht erreicht werden können. Diese spezialisierte Versorgung wird von diabetologisch besonders qualifizierten Ärzten erbracht, die eine geeignete weitergehende Strukturqualität aufweisen müssen. Die frühzeitige Einbindung solcher diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSP) dient dazu, die Krankheit rechtzeitig in den Griff zu bekommen und so die Entwicklung von schwerwiegenden Schäden, bis hin zur Amputation oder Erblindung, zu vermeiden.

Die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern untersucht regelmäßig, welcher Anteil der Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und DMP Diabetes mellitus Typ 2 durch diabetologische Schwerpunktärzte koordiniert und/oder behandelt werden. Zur Beantwortung dieser Frage werden die Honorarabrechnungsdaten der KVB herangezogen. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle 2 zusammengefasst.

Es lässt sich festhalten, dass die DMP-Anforderungen hinsichtlich der Strukturqualität weitestgehend erfüllt werden. Von besonderem Interesse ist jedoch die Frage, warum bei manchen Patienten mit Typ 1 Diabetes die regelmäßige DMP-Koordination nicht wie vorgesehen durch eine DSP erfolgt. Die Analyse zeigt, dass dies vor allem in ländlichen Bereichen und bei älteren Patienten der Fall ist. Möglicherweise spielen bei der Entscheidung gegen die Koordination durch eine DSP sowohl die Erreichbarkeit der DSP als auch Patientenpräferenzen eine Rolle. Es steht zur Diskussion, ob und wie Hausärzte in ländlichen Regionen bei der Betreuung von Patienten mit Typ 1 Diabetes besser unterstützt werden können.

<b>Anzahl und Anteil der Patienten mit Koordination und/oder Behandlung durch einen diabetologischen Schwerpunktarzt (DSP) in den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2</b>			
<b>DMP</b>	<b>Anzahl Patienten</b>	<b>Koordination durch eine DSP (in Prozent)</b>	<b>Behandlung durch eine DSP (in Prozent)</b>
Diabetes mellitus Typ 1 – Kinder und Jugendliche	2.191	99,3 Prozent	≥ 99,3 Prozent
Diabetes mellitus Typ 1 – Erwachsene	29.269	88,0 Prozent	93,2 Prozent
Diabetes mellitus Typ 2	583.060	13,5 Prozent	28,2 Prozent

Tabelle 2

Quelle: Gemeinsame Einrichtung

## 7. Verbesserte Kontrolle des Blutzuckers

Das zweite Thema fasst eine bemerkenswerte Entwicklung der Qualitätsziele in den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 zusammen: Immer mehr Patienten erreichen eine gute Kontrolle ihrer langfristigen Blutzuckerwerte (siehe Infokasten). Gleichzeitig bleibt die Häufigkeit von notfallmäßigen Ereignissen bei Typ 2 Diabetes auf einem sehr niedrigen Niveau. Bei Typ 1 Diabetes ist eine merkbare Reduzierung der Häufigkeit zu verzeichnen. Die im DMP beobachteten Indikatoren belegen so aus unterschiedlichen Perspektiven eine durchaus positive Entwicklung der Versorgungssituation, die sowohl als Folge einer zunehmenden Leitliniencompliance als auch des medizinischen Fortschritts zu betrachten ist.

## 8. Kontrolluntersuchungen

Ein zentrales Ziel der DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 ist die Erhöhung des Anteils an Patienten, die alle empfohlenen Regeluntersuchungen durchführen. Denn eine frühzeitige Behandlung von diabetischen Komplikationen hat eine entscheidende Bedeutung für die Vermeidung schwerwiegender Folgeschäden wie Amputation, Erblindung oder auch kardiovaskulärer Ereignisse. Die Gemeinsame Einrichtung hat daher die Durchführung zweier besonders relevanter Kontrolluntersuchungen geprüft: die **Netzhautuntersuchung** beim Augenarzt und die **Fußinspektion**.

Bereits im Qualitätsbericht für das Jahr 2010 konnte die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern eindeutig feststellen, dass zu wenig Patienten eine jährliche Netzhautuntersuchung beim Augenarzt in Anspruch nahmen. In den vergangenen Jahren konnte hier keine Verbesserung erreicht werden. Im Gegenteil: So ist der Anteil an Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 2 mit jährlichen Augenarztuntersuchung im Jahr 2016 auf 62,9 Prozent leicht gefallen. Auch wenn ein zweijähriges Screeningintervall zugrunde gelegt wird, beträgt der Anteil nur 73,8 Prozent.

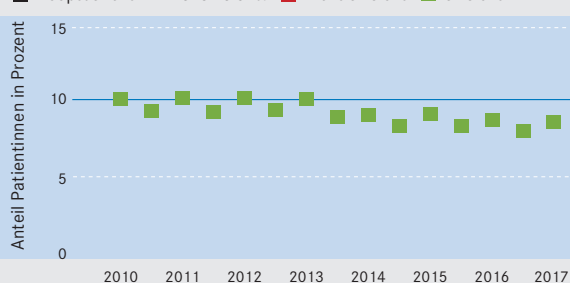
Die jährliche Fußinspektion dient der Erkennung des diabetischen Fußsyndroms. Diabetesbedingte Durchblutungs- und Sensitivitätsstörungen begünstigen die Entwicklung von schwer heilbaren Wunden an den Füßen von Diabetespatienten. Die rasche Einleitung einer interdisziplinären spezialisierten Behand-

### Verbesserung der Blutzuckereinstellung am Beispiel des Qualitätsziels „HbA1c-Zielwert“

Patienten mit dauerhaft erhöhten Blutzuckerwerten haben ein hohes Risiko für diabetesbedingte Folgeschäden und kardiovaskuläre Ereignisse. Sowohl im DMP Diabetes mellitus Typ 1 als auch im DMP Diabetes mellitus Typ 2 wird deswegen ein möglichst niedriger Anteil an Patienten mit einem HbA1c-Wert von über 8,5 Prozent angestrebt. Der Zielwert liegt bei zehn Prozent aller Patienten. Unter Patienten mit Typ 2 Diabetes wird das Ziel erreicht. Im DMP Diabetes mellitus Typ 1 wird das Ziel jedoch weit verfehlt, vor allem unter Kindern und Jugendlichen. Die Abbildungen belegen für beide Programme seit 2010 eine kontinuierliche und spürbare Verbesserung dieses wichtigen Indikators der Versorgungsqualität.

DMP Diabetes mellitus Typ 2: Entwicklung des Qualitätsziels „HbA1c-Wert“ im Verlauf der letzten sechs Jahre

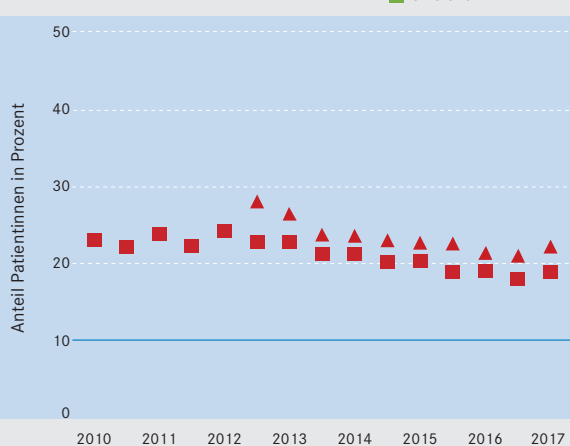
■ Hauptbericht    ▲ Ziel erreicht?    ■ nicht erreicht    ■ erreicht



Quelle: Gemeinsame Einrichtung

DMP Diabetes mellitus Typ 1: Entwicklung des Qualitätsziels „HbA1c-Wert“ im Verlauf der letzten sechs Jahre

■ Hauptbericht    ▲ Pädiatrie    ▲ Ziel erreicht?    ■ nicht erreicht    ■ erreicht

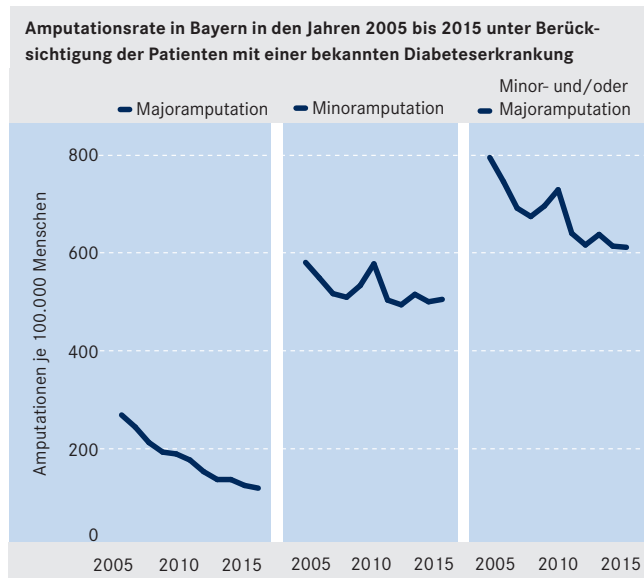


Quelle: Gemeinsame Einrichtung

lung kann in den allermeisten Fällen eine Verschlechterung des Zustands bis hin zur Amputation verhindern. Im Jahr 2016 war die Durchführung der Fußinspektion bei 85,9 Prozent der Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 2 dokumentiert. Der Zielwert von mindestens 90 Prozent wurde somit verfehlt. Unter Patienten mit auffälligem Fußstatus wird eine Überweisung zu einer diabetologischen Schwerpunktpraxis immer häufiger ausgestellt: Im Jahr 2016 lag die Quote bei 51,6 Prozent, also wesentlich höher als das Ergebnis aus dem Jahr 2005 mit 31,9 Prozent. Bei Patienten mit tiefem Ulkus und/oder Infektion wurden 2016 sogar 64,5 Prozent überwiesen, 2005 waren es lediglich 39,9 Prozent. Die Auswertung der DMP-Dokumentationsdaten deutet in dieser Hinsicht auf eine Verbesserung der Versorgungssituation hin. Insgesamt besteht aber nach wie vor Handlungsbedarf, um die im DMP verankerten Qualitätsziele zu erreichen.

## 9. Amputationshäufigkeit

Diabetes mellitus ist die häufigste Ursache einer Fuß- oder Beinamputation. Aktuelle Studien, auch auf Grundlage der DMP-Dokumentationsdaten, legen jedoch nahe, dass die Amputationshäufigkeit in Deutschland rückläufig ist. Die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern hat Daten des Statistischen Bundesamtes ausgewertet, um die Entwicklung der Amputationsrate auf Kreisebene in Bayern im Zeitraum 2005 bis 2015 genauer zu untersuchen. Durchaus positiv ist ein deutlicher Rückgang der Rate an Majoramputationen (das heißt oberhalb der Knöchelregion) in beinahe jedem bayerischen Kreis. Adjustiert für die steigende Diabetesprävalenz weist auch die Rate an Minoramputationen einen leichten Rückgang auf. An dieser Stelle sind jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den bayerischen Kreisen festzustellen, die auf ein mögliches Potenzial für eine weitere Reduktion der Amputationsrate hindeuten. Die Ergebnisse dienen somit als Anstoß für eine genauere Überprüfung des Themas einschließlich der Ableitung gezielter Maßnahmen. Die an dieser Stelle unerklärte regionale Variation sollte beispielsweise im Rahmen von Ärztlichen Qualitätszirkeln thematisiert werden.



Quelle: Gemeinsame Einrichtung

## 10. Auswertung der Qualitätsziele

Von großer Bedeutung sind die im DMP-Vertrag vereinbarten Qualitätsziele, die halbjährlich (für das DMP-Brustkrebs jährlich) im Rahmen der ärztlichen Feedbackberichte praxisindividuell ausgewertet werden. Entscheidend für die Akzeptanz dieses Instruments ist, dass die im Feedbackbericht dargestellten Statistiken mit den tatsächlich in der Behandlung erzielten Ergebnissen übereinstimmen. Deshalb haben die Gemeinsamen Einrichtungen DMP Bayern alle DMP-Qualitätsziele gründlich untersucht.

In der Langversion des Qualitätsberichts werden insgesamt 61 im DMP vereinbarte Qualitätsziele der Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, COPD, Asthma bronchiale, Koronare Herzkrankheit und Brustkrebs systematisch ausgewertet und kommentiert. Die Darstellung der zeitlichen Entwicklung in Bayern sowie der Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen liefert einen wichtigen Kontext für die Bewertung der Ergebnisse. Auffälligkeiten werden genauer untersucht, um zum Beispiel zwischen Versorgungsrealität und Artefakten der periodisch angepassten Dokumentation unterscheiden zu können. Somit entsteht ein zuverlässiges Referenzwerk für die Interpretation und Verwertung der Qualitätsziele.

*Weiterführende Informationen im DMP-Qualitätsbericht 2015/2016, 65 ff.*

## 11. Fazit

Der vorliegende Qualitätsbericht bietet den bayerischen Patienten, Ärzten und Vertragspartnern ein hohes Maß an Transparenz über die Versorgung der an den DMP teilnehmenden Patienten. Gleichwohl versteht er sich als Beitrag zur Weiterentwicklung der Programme, sowohl in Bayern als auch auf Bundesebene.

Der DMP-Plattformvertrag und die Diabetesvereinbarung sichern einerseits eine spezialisierte Versorgung durch über 300 diabetologische Schwerpunktpraxen, die sowohl bei der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms als auch bei der Betreuung von Patienten mit Typ 1 Diabetes eine zentrale Rolle spielen. Andererseits unterstützen diese Verträge über 6.000 bayerische Arztpraxen bei der Behandlung von chronisch kranken und oft multimorbiden Menschen. Denn Disease Management Programme unterscheiden sich von den Strukturverträgen oder Verträgen der integrierten Versorgung dadurch, dass ein systematisches, datengestütztes Qualitätsmanagement als dauerhafter Bestandteil der Programme verankert ist. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen Inhalte fördern die Behandlung gemäß der bestverfügbaren Evidenz und die erhobenen Daten ermöglichen die aktive Verbesserung der Versorgungsqualität. Der vorliegende Bericht ist als Ausdruck dieses Qualitätsmanagements zu verstehen.

Die vorgestellten Analysen belegen insgesamt eine sehr gute und immer besser werdende Versorgung. Besonders hervorzuheben ist die beobachtete Reduktion der Amputationsrate sowie die Verbesserung der HbA1c-Einstellung. Es werden aber auch Aspekte identifiziert, die weiter verbessert werden sollten. Vor allem bei der Durchführung regelmäßiger Kontrolluntersuchungen und bei der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms sind seitens der Vertragspartner und der behandelnden Ärzte gezielte Maßnahmen in Erwägung zu ziehen.

## 12. Ausblick

Die auf Bundesebene anvisierte Einführung weiterer DMP – an erster Stelle für Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz – stellt neue Herausforderungen für das Qualitätsmanagement im DMP dar. Gleichzeitig werden die bestehenden Programme weiterentwickelt. Besonders zu begrüßen ist der neue Fokus auf die Nachsorge im Rahmen des DMP-Brustkrebs, der Oktober 2018 in Kraft treten soll. Die entsprechend angepassten Qualitätsziele erhöhen die Relevanz des Programms für den ambulanten Bereich und sollen so die Akzeptanz der DMP und des ärztlichen Feedbacks erhöhen. Die Gemeinsamen Einrichtungen DMP Bayern werden diese Entwicklungen begleiten, um eine optimale Umsetzung der DMP in Bayern zu gewährleisten.



## Vertragspartner:

Die Gemeinsamen Einrichtungen setzen sich aus Vertretern der an den DMP beteiligten Vertragspartner zusammen:



**Kassenärztliche Vereinigung Bayerns**  
vertreten durch Herrn Klaus Kinzinger



**AOK Bayern - die Gesundheitskasse**  
vertreten durch Herrn Dr. Stefan Stern



**BKK Landesverband Bayern**  
vertreten durch Herrn Robert Wolf



**IKK classic**  
vertreten durch Herrn Thorsten Vellguth



**Der Verband der Ersatzkassen e.V.**  
vertreten durch Herrn Michael Jäger



**KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion**  
vertreten durch Frau Monika Stein

## Impressum

**Herausgeber:**

Gemeinsame Einrichtung  
DMP Bayern  
Gemeinsame Einrichtung  
DMP Brustkrebs Bayern

Vorsitzender:

Klaus Kinzinger

Geschäftsstelle:

Elsenheimerstraße 39

80687 München

E-Mail: [info@ge-dmp-bayern.de](mailto:info@ge-dmp-bayern.de)

Internet: [www.ge-dmp-bayern.de](http://www.ge-dmp-bayern.de)

**Autor:**

Ewan Donnachie MSc CStat (KVB)

Katharina Kitzing MPH (KVB)

Sonja Stablo (KVB)

**Grafik und Layout:**

Stabsstelle Kommunikation (KVB)

**Bilder:**

[iStockphoto.com/AlexRaths](https://iStockphoto.com/AlexRaths)  
(Titelbild)

**Stand:**

Juli 2018