

Qualitätsbericht 2014

Disease Management Programme in Bayern



Herausgeber:

Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern
Gemeinsame Einrichtung DMP Brustkrebs Bayern

Vorsitzender: Herr Klaus Kinzinger

Geschäftsstelle: Elsenheimerstraße 39
80687 München

E-Mail: info@ge-dmp-bayern.de

Internet: <http://www.ge-dmp-bayern.de>

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



Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
vertreten durch Herrn Klaus Kinzinger



AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
vertreten durch Herrn Dr. med. Stefan Stern



BKK Landesverband Bayern
vertreten durch Herrn Robert Wolf



IKK classic
vertreten durch Herrn Thorsten Vellguth



Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
vertreten durch Herrn Michael Jäger



Die Knappschaft – Regionaldirektion München
vertreten durch Frau Monika Stein

Autor: Ewan Donnachie (KVB)

Bildnachweis: [iStockphoto.com/Fertnig](https://www.iStockphoto.com/Fertnig)

Erscheinungsort und -datum: München, Oktober 2016

Einleitung

Disease Management Programme (DMP) sind Qualitätsprogramme. Sie verfolgen das Ziel, den Gesundheitszustand chronisch kranker Patienten kontinuierlich und nachweisbar zu verbessern. In Bayern nehmen mittlerweile über 900.000 Patienten an einem oder mehreren DMP teil, davon ca. 550.000 Patienten allein 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 bzw. der Gemeinsamen Einrichtung DMP Brustkrebs Bayern ist die arztbezogene Qualitätssicherung im Rahmen der DMP. Die Gemeinsamen Einrichtungen sind der Überzeugung, dass der Erfolg eines strukturierten Behandlungsprogrammes maßgeblich von der Akzeptanz abhängt, welche sich in den letzten Jahren signifikant verbessert hat. Die DMP haben sich etabliert. Unser großes Anliegen ist es, die über 10.000 am DMP teilnehmenden Ärzte in Bayern 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.

Über diesen Bericht

In diesem Bericht werden die im Rahmen des DMP ermittelten Kennzahlen für das Jahr 2014 aktualisiert. In Teil I (Kapitel 1 bis 2) wird das Kollektiv der DMP-Patienten beschrieben und die Grundsätze der datengesteuerten Qualitätssicherung vorgestellt. Abschließend werden in Teil II die im Vertrag festgelegten Qualitätsziele ausgewertet und kommentiert.

Ausblick

Die DMP befassen sich mit zentralen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung: Die Stärkung der Selbstmanagementfähigkeit des Patienten, die Förderung einer leitliniengerechten Therapie, eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsebenen und somit auch die Vermeidung von notfallmäßigen stationären Behandlungen. Derzeit existieren DMP für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, COPD und Brustkrebs. Weitere DMP für die Indikationen „Depression“, „chronische Rückenschmerzen“ und „chronische Herzinsuffizienz“ befinden sich in der Planung.

In den letzten Jahren konnte bereits viel erreicht werden, zum Beispiel die Sicherung einer spezialisierten und flächendeckenden Diabetesversorgung sowie einer Etablierung von Patientenschulungen. Dennoch ist weiterhin Verbesserungspotenzial erkennbar. Insbesondere gilt es, das Selbstmanagement aller Patienten, inklusiv die frühzeitige Wahrnehmung von Schulungen, zu fördern. Die Gemeinsamen Einrichtungen beschäftigen sich intensiv mit der Weiterentwicklung der Programme, sowohl bei der Gestaltung der regionalen DMP-Verträge als auch bei der Optimierung des ärztlichen Feedbacks.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	i
I Allgemeines	1
1 Qualitätssicherung in den DMP	3
1.1 Die DMP-Dokumentation	3
1.2 Qualitätsziele im DMP	4
1.3 Feedback für Ärzte	5
2 Beschreibung des Teilnehmerkollektivs	7
2.1 Entwicklung der Teilnehmerzahlen	7
2.2 Altersverteilung	7
II Darstellung und Kommentierung der Qualitätsziele	11
3 Lesehilfe für die Auswertung der Qualitätsziele	13
3.1 Qualitätsziele im DMP	13
3.2 Zeitlicher Mittelwertverlauf	13
4 Diabetes mellitus Typ 2	15
4.1 Hypoglykämie	15
4.2 Notfallmäßige stationäre Behandlung	16
4.3 TAH	17
4.4 Metformin	18
4.5 Netzhautuntersuchung	19
4.6 Diabetischer Fuß	20
4.7 HbA1c-Wert	21
4.8 HbA1c-Zielwert	22
4.9 Blutdruck	23
4.10 Nierenfunktion	24
5 Diabetes mellitus Typ 1	25
5.1 Hypoglykämie	25
5.2 Peripherer Pulsstatus	26
5.3 Fußstatus	27
5.4 TAH	28
5.5 Diabetes-Schulung	29
5.6 Hypertonie-Schulung	30
5.7 Notfallmäßige stationäre Behandlung	31

5.8	Diabetischer Fuß	32
5.9	Blutdruck	33
5.10	HbA1c-Wert	34
5.11	HbA1c-Zielwert	35
5.12	Albumin-Ausscheidung	36
5.13	Nierenfunktion	37
5.14	Sensibilitätsprüfung	38
6	Koronare Herzkrankheit	39
6.1	TAH	39
6.2	Betablocker	40
6.3	ACE-Hemmer	41
6.4	Statine	42
6.5	Blutdruck	43
6.6	Raucher	44
6.7	Überweisung bei Angina pectoris	45
6.8	Überweisung bei Herzinsuffizienz	46
6.9	Modul Chronische Herzinsuffizienz: ACE-Hemmer	47
6.10	Modul Chronische Herzinsuffizienz: Betablocker	48
6.11	Modul Chronische Herzinsuffizienz: Serum-Elektrolyte	49
7	Asthma bronchiale	51
7.1	Symptomkontrolle	51
7.2	Asthma-Schulung (Compliance)	52
7.3	Asthma-Schulung (Quote)	53
7.4	Selbstmanagementplan	54
7.5	Notfallmäßige stationäre Behandlungen	55
7.6	Inhalative Glukokortikosteroide	56
7.7	Überprüfung der Inhalationstechnik	57
8	COPD	59
8.1	Raucher	59
8.2	Notfallmäßige stationäre Behandlungen	60
8.3	Exazerbationen	61
8.4	Überprüfung der Inhalationstechnik	62
8.5	Systemische Glukokortikosteroide	63
8.6	Überweisung zum Facharzt	64
9	Brustkrebs	65
9.1	Brusterhaltende Therapie	65
9.2	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	66
9.3	Nachbestrahlung nach brusterhaltender Therapie	67
9.4	Bestimmung des Her2/neu-Status	68
9.5	Adjuvante endokrine Therapie	69
9.6	Adjuvante Trastuzumab-Therapie	70
9.7	Adjuvante Chemotherapie	71
9.8	Bisphosphonat-Therapie	72
9.9	Lymphödem	73

Teil I.

Allgemeines

1. Qualitätssicherung in den DMP

Disease Management Programme (DMP) sind Qualitätsprogramme. Sie verfolgen das Ziel, die Versorgung chronisch kranker Patienten kontinuierlich und nachweisbar zu verbessern. Die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern bzw. die Gemeinsame Einrichtung DMP Brustkrebs Bayern sind für die arztbezogene Qualitätssicherung im Rahmen der DMP zuständig. 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. Unser großes Anliegen ist es, 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.

In der öffentlichen Diskussion wird häufig die Frage gestellt, ob die Versorgungsqualität im Rahmen des DMP der Regelversorgung überlegen ist. Mehrere Studien haben versucht, diese Frage durch den Vergleich von Patienten mit und ohne Teilnahme am DMP zu beantworten [1, 2, 3]. Obwohl solche Studien sehr interessant sind, ist die Beantwortung dieser Frage nicht ohne Schwierigkeiten. Zum Einen unterscheiden sich DMP-Patienten wesentlich von Patienten der Regelversorgung, sodass ein Vergleich auf gleicher Basis nicht möglich ist (siehe dazu den Qualitätsbericht 2013, Kapitel 5 „DMP im Kontext der Regelversorgung“ [4]). Zum Anderen ist zu vermuten, dass die im Rahmen der DMP eingeführten Maßnahmen auch indirekt die Versorgung der Patienten ohne DMP-Teilnahme positiv beeinflussen. Die ärztliche Fortbildungspflicht und regelmäßige Feedbackberichte fördern zum Beispiel eine leitlinienorientierte Therapie bei allen Patienten. Aus diesem Grund soll der Erfolg der DMP in erster Linie daran gemessen werden, inwiefern es gelingt, ein lebendiges Qualitätsmanagement zu etablieren, das in einer messbaren Verbesserung der Versorgungsqualität resultiert. Im Folgenden wird gezeigt, wie dieses Ziel im Rahmen der ärztlichen Qualitätssicherung verfolgt wird.

1.1. Die DMP-Dokumentation

Der koordinierende Arzt erstellt quartalsweise oder halbjährlich eine strukturierte Dokumentation, die in Bayern seit Beginn der DMP elektronisch gestaltet wurde. Diese Dokumentation des Behandlungsablaufs ist eine wesentliche Komponente der DMP, da sie eine bisher nicht vorhandene Transparenz schafft und so eine Auseinandersetzung mit der gemessenen Versorgungssituation ermöglicht. In diesem Zusammenhang beschreibt ein Gutachten von Lauterbach et al. (2001) die Funktion und den Stellenwert von Daten wie folgt [5, S. 154]:

Disease Management ist ein informations- und datengetriebener Ansatz zur systematischen Verbesserung der Versorgungsqualität chronisch Kranker. Für den Erfolg eines Disease-Management-Programms ist es von entscheidender Bedeutung, dass relevante Daten zeitnah zur Verfügung gestellt werden, auf deren Basis ein effektiver und effizienter Ressourceneinsatz in der Behandlung chronisch Kranker erfolgen kann. Für das Disease Management können Daten daher als „strategisches Gut“ betrachtet werden [6]. Auf Grundlage einer systematischen und standardisierten Dokumentation ermöglicht ein effektives und effizientes Datenmanagement Bereiche von

1. Qualitätssicherung in den DMP

Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Versorgung chronisch Kranker, insbesondere auch im Arzneimittelbereich, zu identifizieren und abzubauen.

Die gesamten DMP-Dokumentationsdaten werden im Laufe der Patientenbehandlungen durch über 7.500 Arztpraxen erhoben. Dadurch entsteht eine umfassende Datenbasis für die Qualitätssicherung: Bis zum Ende 2014 lagen über 27 Millionen Dokumentationen für knapp 1,5 Millionen Patienten vor. Die aussagekräftige Auswertung dieser Daten stellt große Herausforderungen dar und erfordert eine enge interdisziplinäre Betrachtung der datentechnischen, statistischen und medizinischen Aspekte.

Die durch die Gemeinsamen Einrichtungen durchgeführten Auswertungen können in drei Gruppen unterteilt werden:

1. **Deskriptive Statistiken** über die Teilnehmerzahlen und das Patientenkollektiv (Kapitel 2)
2. **Benchmarking** im Rahmen des ärztlichen Feedbackberichts (siehe dazu die Auswertung der Qualitätsziele im Teil II dieses Berichtes)
3. **Detaillierte Analysen der Versorgungssituation** mit dem Ziel, konkrete und zuverlässige Aussagen zu machen und die Entwicklung von geeigneten Maßnahmen zu ermöglichen

1.1.1. Datenqualität

Anders als in einer klinischen Studie können die DMP-Dokumentationsdaten nicht kontrolliert erhoben werden. Der Preis für eine große und flächendeckende Datenbasis ist also eine größere Unsicherheit der Datenqualität. In dieser Hinsicht sind die DMP-Daten nicht mit den Daten klinischer Studien vergleichbar: Die Dokumentationsdaten haben einen anderen Charakter und einen anderen Nutzen, nämlich die Untersuchung der alltäglichen Versorgung chronisch kranker Patienten. Voraussetzung für eine aussagefähige Analyse von solchen Routinedaten ist deshalb ein Verständnis für die Möglichkeiten und Grenzen der zugrunde liegenden Daten [7, 8]. Besonderes Augenmerk gilt daher dem Dokumentationsverhalten der Praxen, der Genauigkeit der Daten sowie möglicher Missverständnisse, die bei der Datenerhebung vorkommen könnten. So wird vermieden, dass ungeeignete Auswertungen zu falschen Aussagen führen.

Die bayerischen DMP-Dokumentationsdaten werden seit mehr als acht Jahren intensiv ausgewertet. Unsere Erfahrung zeigt, dass diese Daten als Grundlage für die Versorgungsforschung durchaus von Nutzen sind. In den jährlichen Qualitätsberichten sowie in mehreren wissenschaftlichen Artikeln konnten zuverlässige Erkenntnisse gewonnen werden.

1.2. Qualitätsziele im DMP

Von großer Bedeutung im DMP sind die im DMP-Vertrag vereinbarten Qualitätsziele, die halbjährlich 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. Für die Evaluation der Indikatoren wurden insbesondere folgende Aspekte berücksichtigt:

- Die Definition des Indikators wird in Bezug auf die Dokumentationsdaten überprüft. Bei manchen Indikatoren bestehen Mehrdeutigkeiten und/oder Ungenauigkeiten, die dazu führen, dass die Qualitätsindikatoren unscharf sind (siehe zum Beispiel die kommentierte Darstellung der einzelnen Qualitätsziele im Teil II).

1. Qualitätssicherung in den DMP

- Die Implementierung des Berechnungsalgorithmus wird überprüft und durch eine eigene unabhängige Auswertung validiert. Auf dieser Weise werden sowohl Softwarefehler als auch Probleme bei der Definition der Qualitätsziele ersichtlich.
- Die Verteilung der Praxen bezüglich der Qualitätsziele (siehe Teil II) gibt Aufschluss darüber, ob systematische Ursachen für unterschiedliche Ergebnisse der Praxen existieren. Multimodale Verteilungen und/oder eine sehr breite Streuung deuten mögliche Probleme oder systematische Versorgungsunterschiede an, die eine nähere Analyse erforderlich machen.
- Die Ergebnisse werden mit anderen Veröffentlichungen verglichen. Geeignet ist zum Beispiel der Qualitätssicherungsbericht DMP in Nordrhein [9] oder die Ergebnisse der DPV-Initiative¹, die den bayerischen DMP im Aufbau und in der Zielsetzung sehr ähnlich sind.
- Es werden weitere Datenquellen einbezogen, die die DMP-Dokumentationsdaten validieren und ergänzen können.

Diese umfassende Betrachtung der Qualitätsindikatoren hat es ermöglicht, die Güte der DMP-Qualitätsziele einzuschätzen. Durch eine enge Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung tragen die bayerischen Gemeinsamen Einrichtungen zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der bundesweiten DMP bei. Ziel ist es, die ärztlichen Feedbackberichte als zuverlässiges Tool für das Qualitätsmanagement der einzelnen Arztpraxen zu etablieren.

1.3. Feedback für Ärzte

Wichtigstes Instrument der Gemeinsamen Einrichtungen ist der Feedbackbericht an die Ärzte. Dieser wird mit Hilfe des Rückmeldesystems der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erstellt. Die Feedbackberichte werden für die DMP Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Asthma und COPD halbjährlich und für das DMP Brustkrebs jährlich erstellt. Der Feedbackbericht wird standardmäßig online im Mitgliederportal der KVB eingestellt. Auf Wunsch wird auch ein Druckexemplar per Post versendet.

In Abbildung 1.1 ist exemplarisch die erste Seite des Musterberichts für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 dargestellt. Unter <http://www.ge-dmp-bayern.de> sind für alle DMP die Muster-Feedbackberichte der Gemeinsamen Einrichtungen frei zugänglich. Im Feedbackbericht werden alle relevanten Daten ausgewertet. Der Arzt erkennt, 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 Patienten aufgelistet, bei denen potentiell Handlungsbedarf besteht, zum Beispiel bei fehlender Überweisung zum Augenarzt oder zum Fußspezialisten in den DMP Diabetes mellitus. Gemäß dem Motto „lesen – abwägen – reagieren“ 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 bayerischen Feedbackberichte werden kontinuierlich weiterentwickelt, damit sie ihre Funktion als Tool für die datengesteuerte Qualitätsverbesserung in der Arztpraxis optimal erfüllen können.

Der Feedbackbericht dient als Hilfsmittel zur Selbstkontrolle: Die Interpretation und das Ableiten von Maßnahmen bleibt in der Verantwortung des Arztes. Unter Berücksichtigung von Praxis- und Patientenbesonderheiten hat der Arzt zu entscheiden, ob und wo Handlungsbedarf in seiner Praxis besteht. Wird ein Qualitätsziel auf Praxisebene nicht erreicht, kann dies auch aus Gründen erfolgen, die vom Arzt nicht zu vertreten sind (zum Beispiel aufgrund der Patientenstruktur der Praxis).

¹DPV ist ein Dokumentationsprogramm für Patienten mit Diabetes. Siehe <http://www.d-p-v.eu>

1. Qualitätssicherung in den DMP

Feedbackbericht zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 *lesen - abwägen - reagieren*

Berichtszeitraum: 01.01.2016 bis 30.06.2016
Vergleichsgruppe: Alle bayerische Praxen

Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern
Elsenheimerstraße 39, 80687 München

Gemeinschaftspraxis
Dr.med. Max Mustermann
Dr.med. Maxine Musterfrau
Musterstrasse 1
81234 München

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit erhalten Sie Ihren Feedbackbericht DMP Diabetes mellitus Typ 2 für das **zweite Halbjahr 2015** (BSNR: 612345600). Für Sie wird daraus ersichtlich, ob Sie die Qualitätsziele erreicht haben und wie Sie im Vergleich zum Durchschnitt aller bayerischen Praxen liegen. Die Qualität der ärztlichen Behandlung Ihrer DMP-Patienten wird für Sie dadurch transparent.

Qualitätsinitiative Fußinspektion: Im erweiterten Anhang erhalten Sie eine Auflistung der Patienten Ihrer Praxis, für die in den letzten zwölf Monaten die Erhebung des Fußstatus nicht dokumentiert worden ist. Bitte nutzen Sie diese Liste, um die fehlenden Fußinspektionen zeitnah nachzuholen!

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern

Über diesen Bericht

- Der Feedbackbericht dient der Förderung Ihres persönlichen Qualitätsmanagements
- Mit der Nichterreichung eines Qualitätszieles sind keine Sanktionen verbunden
- Im Anhang finden Sie eine Liste der Patienten, bei denen möglicherweise Handlungsbedarf besteht. Somit können Sie prüfen, ob zum Beispiel eine Therapieanpassung oder eine Überweisung notwendig ist.

Weitere Informationen

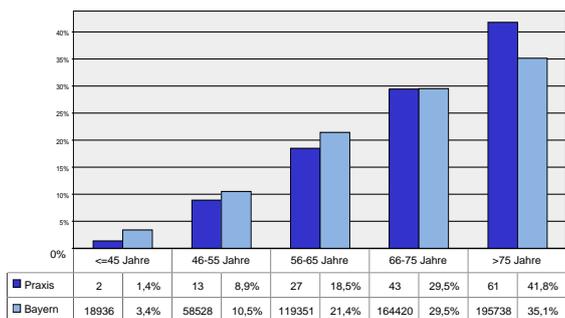
- Eine kommentierte Auswertung der Qualitätsziele finden Sie in unserem Qualitätsbericht unter www.ge-dmp-bayern.de
- Ihre DMP-Feedbackberichte finden Sie in SmarAkt: Anmeldung unter www.ge-dmp-bayern.de. Druckexemplar nur auf Anfrage!
- Fragen, Kritik oder Anregungen? Senden Sie uns bitte eine E-Mail an info@ge-dmp-bayern.de

Ihre Patienten im Bericht

Im Berichtszeitraum vom 01.01.2016 bis 30.06.2016 liegen für 146 Patienten Ihrer Praxis Dokumentationen vor, davon sieben Patienten, für die nur eine Erstdokumentation vorliegt, und 139 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

Altersverteilung

Ihre Patienten sind durchschnittlich **71** Jahre alt (Bayern: 69 Jahre).



© Kassenärztliche Bundesvereinigung
Erstellungssoftware: KBV Rückmeldesystem v3.1.0 mit redaktioneller Überarbeitung durch die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern. Die Hinweise zu den Qualitätszielen basieren auf den DMP-Versorgungsinhalten sowie auf der Nationalen VersorgungsLeitlinie.

Ihre Ergebnisse in Kürze

Thema	Ziel nicht erreicht	Ziel erreicht
Metformin		✓
Augenarzt		✓
Diab. Fuß		✓*
HbA1c-Wert		✓
HbA1c-Ziel	?	
Blutdruck		✓
Nierenfunktion		✓
TAH	?	

✓ : Ziel erreicht. Bitte prüfen Sie aber trotzdem, ob bei einzelnen Patienten Handlungsbedarf besteht.

? : Ziel nicht erreicht. Diese Themen erfordern von Ihnen ein besonderes Augenmerk, um einen eventuellen Handlungsbedarf zu identifizieren.

* : Weniger als 10 relevante Patienten.

Abbildung 1.1.: Titelblatt eines DMP-Feedbackberichts. Die Muster-Feedbackberichte der Gemeinsamen Einrichtungen DMP Bayern sind im Internet unter <http://www.ge-dmp-bayern.de> frei zugänglich.

2. Beschreibung des Teilnehmerkollektivs

Die Teilnahme an den DMP ist sowohl für die Patienten als auch für die niedergelassenen Ärzte, stationären Einrichtungen und Krankenkassen freiwillig. Grundsätzlich wird die Einschreibung und Koordination der Patienten im DMP von den Hausärzten vorgenommen. Diese sind für die engmaschige Betreuung der chronisch Kranken und die lückenlose Dokumentation zuständig.

2.1. Entwicklung der Teilnehmerzahlen

Die Teilnehmerzahlen der Ärzte und Patienten für die einzelnen DMP sind in Tabelle 2.1 dargestellt. In Bayern nahmen im zweiten Halbjahr 2014 erstmals über 900.000 Patienten an mindestens einem DMP teil. Diese wurden durch knapp 13.000 koordinierende Ärzte betreut.

Die Entwicklung der Anzahl teilnehmender Patienten ist in der Abbildung 2.1 dargestellt. Nach raschem Wachstum in den ersten zehn Jahren des DMP wird langsam eine Sättigung erreicht. Bei den Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Asthma und COPD sind noch leicht steigende Teilnehmerzahlen zu verzeichnen.

Die Einführung des Mammographie-Screenings im Jahr 2005 hat zunächst zu einer sprunghaften Erhöhung der Brustkrebs-Erstdiagnosen geführt. Inzwischen sind diese Zahlen wieder rückläufig [10].

2.2. Altersverteilung

Die Altersverteilungen der im DMP eingeschriebenen Patienten sind in Abbildung 2.2 grafisch dargestellt. Aufgetragen ist der prozentuale Anteil der jeweiligen DMP-Teilnehmer über das Alter.

Die Teilnehmer der Programme Diabetes mellitus Typ 2, KHK und COPD sind vorwiegend über 60 Jahre alt; nur sehr wenige Patienten sind jünger als 40 Jahre. Im Gegensatz dazu sind die Patienten der Programme Diabetes mellitus Typ 1 und Asthma bronchiale eher gleichmäßig über die Altersgruppen verteilt: Vor allem unter den Asthmapatienten sind Kinder und Jugendliche stark repräsentiert. Auffällig ist der Rückgang des Patientenanteils im DMP Asthma bronchiale nach der Pubertät. Dafür sind verschiedene Gründe denkbar, zum Beispiel die Transition in die Erwachsenen-Betreuung oder auch ein Rückgang von Symptomen nach der Kinderzeit [11, 12]. Die Patientinnen mit Teilnahme am DMP Brustkrebs sind mehrheitlich zwischen 50 und 75 Jahre alt.

Bei einem Alter von etwa 70 Jahren ist in allen DMP ein leicht geringerer Anteil feststellbar. Dies ist auf geburtenschwache Jahrgänge gegen Ende des zweiten Weltkrieges zurückzuführen.

2. Beschreibung des Teilnehmerkollektivs

	Patienten	Koordinierende Ärzte	Fachärzte
Diabetes mellitus Typ 2	542,000	8,260	320
Diabetes mellitus Typ 1	27,000	2,616	319
Koronare Herzkrankheit	240,000	8,247	360
Asthma bronchiale	135,000	9,010	311
COPD	94,000	9,010	311
Brustkrebs	18,000	1,631	914
DMP insgesamt	907,000	13,383	2,622

Tabelle 2.1.: Anzahl der im 2. Halbjahr 2014 teilnehmenden Ärzte und Patienten (auf 1.000 gerundet). Ein Patient und ein Arzt darf gleichzeitig an mehreren Programmen teilnehmen: Die Gesamtzahl versteht sich abzüglich Mehrfachteilnahmen. Bei Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 werden unter „Fachärzte“ auch diabetologisch besonders qualifizierte Hausärzte gezählt.

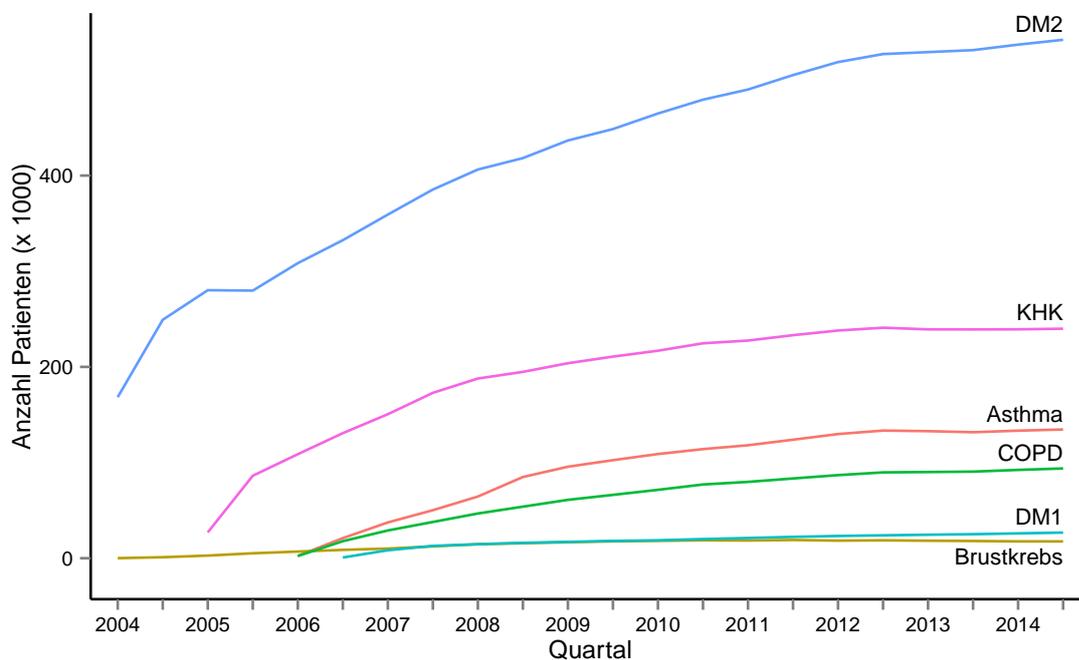


Abbildung 2.1.: Anzahl der teilnehmenden Patienten seit DMP-Beginn

2. Beschreibung des Teilnehmerkollektivs

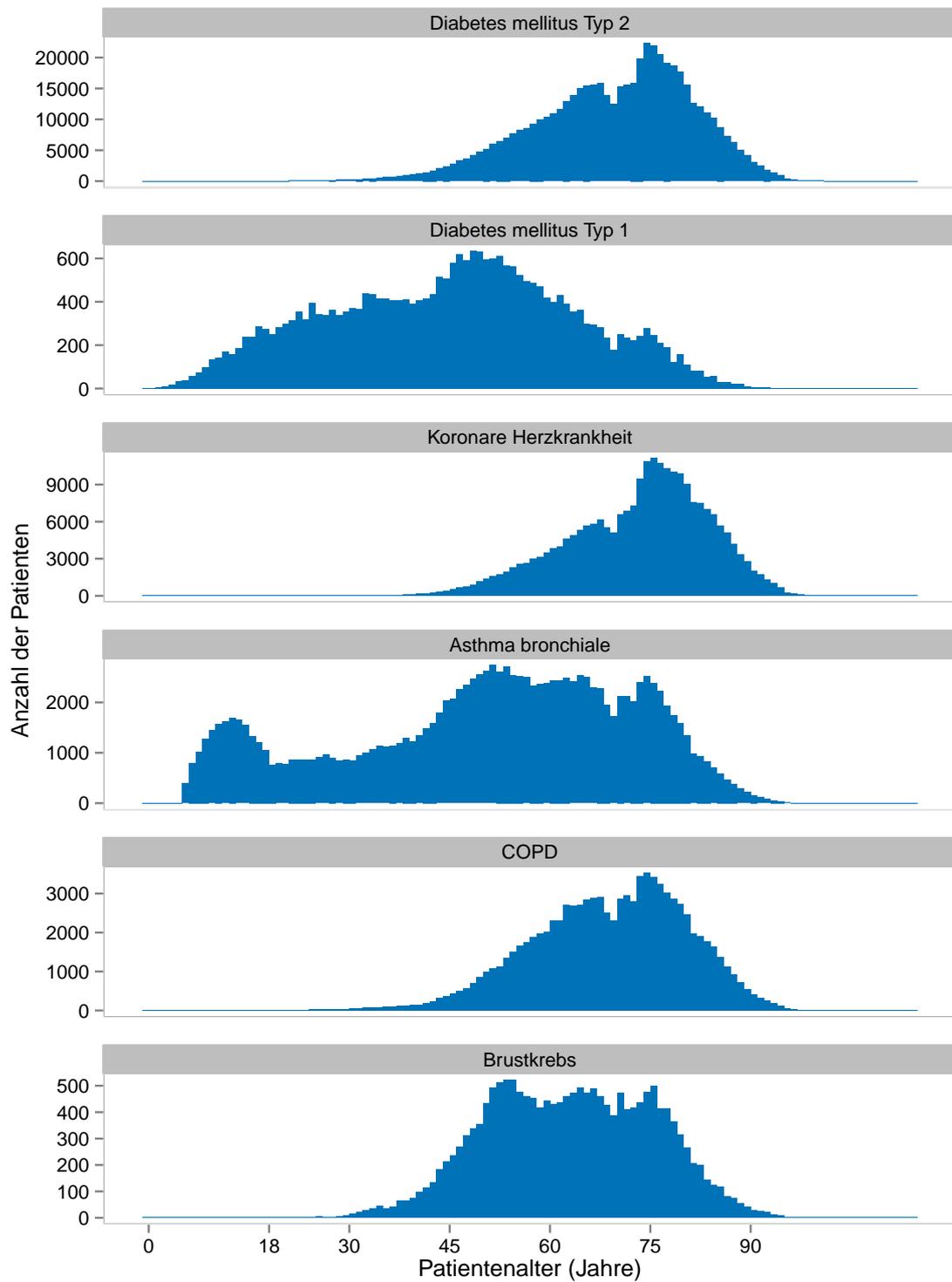


Abbildung 2.2.: Altersverteilungen der DMP-Patienten. Berücksichtigt ist die aktuellste Dokumentation aller Patienten im zweiten Halbjahr 2014.

Teil II.

Darstellung und Kommentierung der Qualitätsziele

3. Lesehilfe für die Auswertung der Qualitätsziele

3.1. Qualitätsziele im DMP

Ein Qualitätsziel dient dazu, einen Aspekt der Versorgung gezielt zu messen und zu evaluieren. Die Definition eines Zieles besteht aus drei Komponenten:

- *Die Grundgesamtheit* (Nenner) gibt an, welche Patienten bei der Auswertung des Zieles zu berücksichtigen sind.
- *Der Zähler* zählt die Anzahl der Patienten in der Grundgesamtheit, die ein bestimmtes Kriterium erfüllen.
- *Der Zielwert* und Zielrichtung ermöglichen eine Aussage über den Grad der Zielerreichung.

Aus dem Zähler und der Grundgesamtheit wird ein Anteil berechnet, der wiederum mit dem Zielwert verglichen wird. So kann das Ergebnis in seiner einfachsten Form – „Ziel erreicht“ oder „Ziel nicht erreicht“ – zusammengefasst werden.

Bei der Interpretation eines Qualitätsziels ist die Definition immer sorgfältig zu beachten. Unserer Erfahrung nach kommt es häufig zu Missverständnissen, da in der Regel nicht jeder Patient in der Grundgesamtheit berücksichtigt wird. Viele Qualitätsziele sind zum Beispiel nur für eine bestimmte Patientengruppe aussagekräftig. Im Abschnitt 1 wird beschrieben, welche Rolle die Qualitätsziele für die Qualitätssicherung im DMP spielen.

3.2. Zeitlicher Mittelwertverlauf

Die Beobachtung der Qualitätsindikatoren im Zeitverlauf ermöglicht es, erste Erkenntnisse hinsichtlich der Entwicklung der Versorgung zu gewinnen. Beispielhaft stellt die Abbildung 3.1 die Zielerreichung des Indikators „Thrombozytenaggregationshemmer“ des DMP KHK seit dem zweiten Halbjahr 2008 dar. Die Farbe gibt an, ob das Ziel im Berichtszeitraum erreicht worden ist (grün: *erreicht*; rot: *nicht erreicht*). Zu beobachten ist eine leichte Verbesserung der gemessenen Versorgungsqualität. Insbesondere wird das Qualitätsziel mit Zielwert 80% seit dem ersten Halbjahr 2010 erreicht.

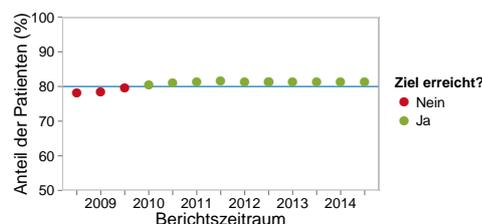


Abbildung 3.1.: Zeitlicher Mittelwertverlauf am Beispiel des Qualitätsziels „Thrombozytenaggregationshemmer“ (DMP Koronare Herzkrankheit).

3. Lesehilfe für die Auswertung der Qualitätsziele

3.2.1. Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

In Anlehnung an den Feedbackbericht werden die Ergebnisse der Praxen anhand eines grün-roten Balkens dargestellt. Alle bayerischen Praxen werden mit dem Durchschnittswert verglichen. Folgende Elemente sollen die Ergebnisse veranschaulichen:

- **Hintergrundfarbe:** Die Hintergrundfarbe gibt an, in welchem Wertebereich das Qualitätsziel als *erreicht* (grün) bzw. *nicht erreicht* (rot) zu betrachten ist.
- **Gelber Strich:** Dies ist der Mittelwert aus allen bayerischen Patienten, die für die Auswertung berücksichtigt werden konnten. Dieser Wert wird im Feedbackbericht sowie in der Grafik *Verlauf der Ergebnisse* dargestellt.
- **Weißer Punkte:** Die Ergebnisse der einzelnen Praxen werden mit weißen Punkten dargestellt. So wird deutlich, ob große Unterschiede zwischen den Praxen bestehen. Dabei können aus statistischen Gründen nur die Praxen berücksichtigt werden, bei denen mindestens zehn Patienten für den jeweiligen Indikator vorhanden sind. Je nach Lage des Punktes einer bestimmten Praxis wurde im Feedbackbericht das Qualitätsziel mit *erreicht* oder *nicht erreicht* beurteilt.
- **Verteilungskurve:** Die dunkelschraffierte Fläche gibt die Verteilung der Praxen an [13]. Wo die Kurve vertikal breit ist, befinden sich viele Praxen.

In Abbildung 3.2 ist zu sehen, dass das Qualitätsziel von den meisten Arztpraxen erreicht wird. Es sind jedoch auch einzelne Praxen zu sehen, die bezüglich des Zieles auffällig niedrige Werte aufweisen. Dies ist nicht zwingend mit „schlecht“ gleichzustellen und kann zum Beispiel an Praxisbesonderheiten oder an einer fehlerhaften Dokumentation liegen. Die Beurteilung „gut“ oder „schlecht“ obliegt einzig und allein dem koordinierenden Arzt.

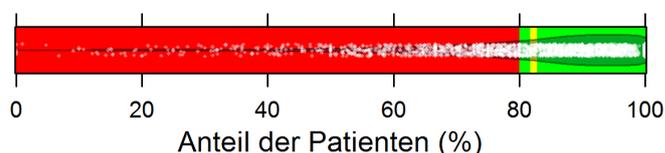


Abbildung 3.2.: Verteilung der Praxen innerhalb eines Berichtszeitraumes am Beispiel des Qualitätsziels „Thrombozytenaggregationshemmer“ (DMP Koronare Herzkrankheit). Die dunkle Verteilungskurve zeigt, dass das Ziel von den meisten Praxen erreicht wird, von einzelnen Praxen jedoch deutlich verfehlt wird.

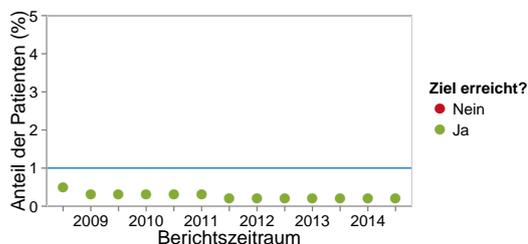
4. Diabetes mellitus Typ 2

4.1. Hypoglykämie

Qualitätsziel: Der Anteil der Patienten mit zwei oder mehr notfallmäßigen Behandlungen von Hypoglykämien in den letzten sechs Monaten soll weniger als 1% betragen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

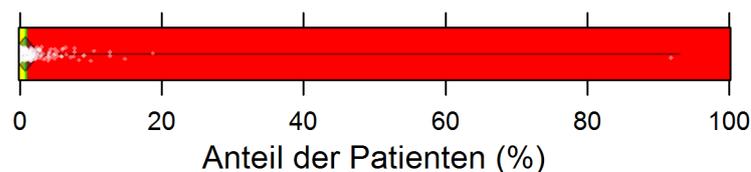


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 744 von 494.405 berücksichtigten Patienten (0,2%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 5.508 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 95% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Die Qualitätsziele „Hypoglykämie“ der Programme Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sind bezüglich der Auswertungsmethodik nicht vergleichbar. Von Interesse ist der Anteil der Typ-2-Diabetespatienten mit zwei oder mehr notfallmäßigen Behandlungen von Hypoglykämien in den letzten sechs Monaten. Da nur sehr wenige Patienten betroffen sind, erfolgt im Feedbackbericht keine Aussage über die Zielerreichung in den einzelnen Praxen.

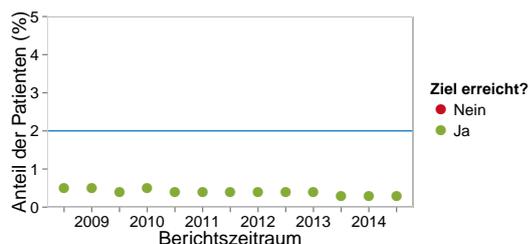
4. Diabetes mellitus Typ 2

4.2. Notfallmäßige stationäre Behandlung

Qualitätsziel: Der Anteil der Patienten mit mindestens einer notfallmäßigen stationären Behandlung wegen Diabetes in den letzten sechs Monaten soll weniger als 2% betragen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

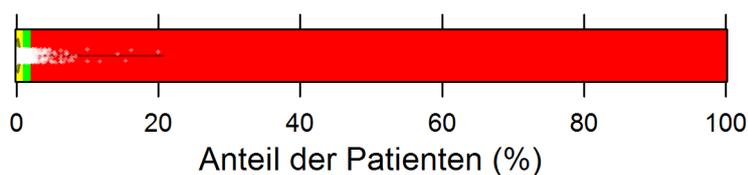


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 1.607 von 494.405 berücksichtigten Patienten (0,3%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 5.508 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 94% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

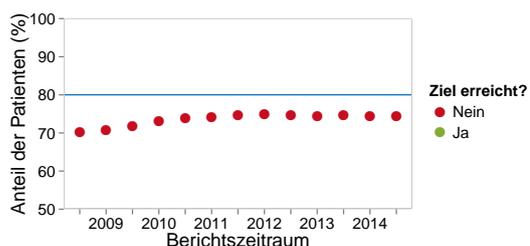
Notfallmäßig stationäre Behandlungen wegen Diabetes mellitus Typ 2 kommen selten vor. Aus diesem Grund erfolgt im Feedbackbericht keine Aussage über die Zielerreichung in den einzelnen Praxen.

4.3. TAH

Qualitätsziel: Thrombozytenaggregationshemmer sollen bei mindestens 80% der Patienten mit Makroangiopathie verordnet werden.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit einer arteriellen Verschlusskrankheit (AVK), KHK, Schlaganfall, Herzinfarkt und/oder Amputation, bei denen keine Kontraindikation vorliegt.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

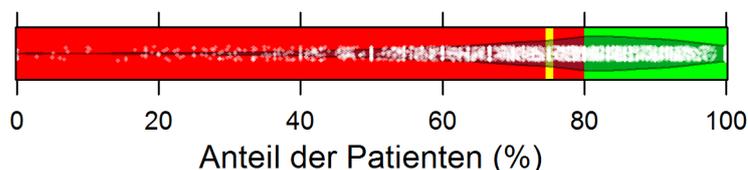


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 99.837 von 134.258 berücksichtigten Patienten (74%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 3.986 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 49% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) sollen grundsätzlich bei jedem Patienten mit Makroangiopathie und ohne vorhandene Kontraindikationen verordnet werden. Sie werden aber laut Dokumentation zu wenig verordnet.

Seit 2008 ist der Anteil um ca. 5% gestiegen, allerdings wird bei circa 35.000 Patienten mit Makroangiopathie kein TAH dokumentiert. Das Qualitätsziel wurde von knapp der Hälfte der Praxen erreicht.

Zwei mögliche Gründe für das Nichterreichen des Zieles sind bekannt. Zum Einen stellt die orale Antikoagulation (insbesondere bei Patienten mit Vorhofflimmern) streng genommen keine Kontraindikation dar, führt aber in der Praxis dazu, dass häufig keine zusätzlichen TAH verordnet werden. Erst ab dem dritten Quartal 2015 werden solche Situationen in der DMP-Dokumentation berücksichtigt. Zum Anderen ist Acetylsalicylsäure nicht rezeptpflichtig und könnte deswegen bei der Dokumentation übersehen werden. Im DMP ist jedoch „die tatsächlich eingenommene Medikation, einschließlich der Selbstmedikation, und mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie“ zu erfragen: Bei Nichterreichen des Qualitätsziels hat der Arzt zu überprüfen, ob die betroffenen Patienten tatsächlich TAH einnehmen oder nicht [14].

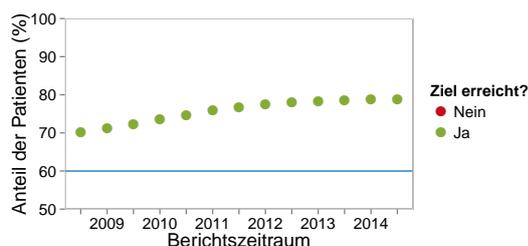
4. Diabetes mellitus Typ 2

4.4. Metformin

Qualitätsziel: Mindestens 60% der übergewichtigen Patienten, die ein orales Antidiabetikum in Monotherapie erhalten, soll Metformin verordnet werden.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen übergewichtigen Patienten mit einem oralen Antidiabetikum in Monotherapie.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

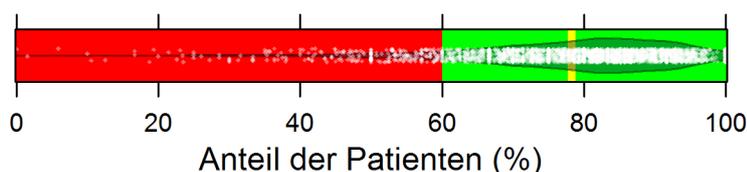


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 128.530 von 162.980 berücksichtigten Patienten (79%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 4.597 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 90% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Metformin ist aufgrund seiner erwiesenen Wirksamkeit die erste Wahl für die medikamentöse Therapie bei Typ-2-Diabetespatienten [14]. Im Gegensatz zu anderen antidiabetischen Wirkstoffen (zum Beispiel Sulfonylharnstoffe) führt Metformin nicht zu einer Gewichtszunahme und ist daher vor allem für übergewichtige Patienten geeignet. Das Qualitätsziel berücksichtigt bewusst nur die Patienten in Monotherapie: Für die Kombination von Arzneimitteln liegen keine oder nur wenige entsprechende Studien vor, sodass eine evidenzbasierte Empfehlung nur für die Monotherapie möglich ist (siehe dazu die Anlage 2e „Qualitätssicherung“ des DMP-Plattformvertrags).

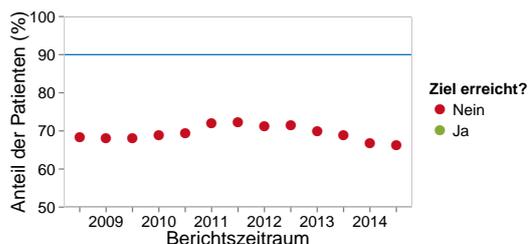
Das Qualitätsziel wird in Bayern mit deutlichem Abstand erreicht. Die praxisbezogenen Feedbackberichte zeigen, dass knapp 90% der Praxen Metformin als Monotherapie der ersten Wahl verordnen. Dennoch liegen einige Praxen deutlich unter dem Zielwert. Noch ist unklar, woran dies liegt. Bei der Berechnung des Indikators werden jedoch auch Patienten mit Dokumentation einer Kontraindikation berücksichtigt, was zu einer Schwächung der Aussagekraft führt.

4.5. Netzhautuntersuchung

Qualitätsziel: Mindestens 90% der Patienten sollen in den letzten zwölf Monaten zur Netzhautuntersuchung beim Augenarzt gewesen sein.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

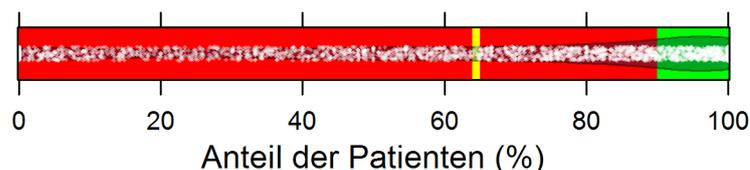


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 305.122 von 460.974 berücksichtigten Patienten (66%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 5.402 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 32% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Zur Früherkennung der diabetischen Retinopathie ist für alle im DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschriebenen Versicherten mindestens einmal im Jahr eine ophthalmologische Netzhautuntersuchung in Mydriasis durchzuführen [14].

Als Qualitätsziel ist ein Anteil von mindestens 90% festgelegt. Der Anteil der Patienten, die laut der DMP-Dokumentation im letzten Jahr zur Netzhautuntersuchung beim Augenarzt waren, beträgt jedoch nur 66%, Tendenz leicht fallend. Die Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen zeigt eine sehr hohe Variabilität: Etwa ein Drittel der Praxen konnten im zweiten Halbjahr 2012 das Ziel erreichen, aber in vielen Praxen wird das Ziel weit verfehlt.

Dazu ist anzumerken, dass inzwischen im DMP Diabetes mellitus Typ 1 ein zweijähriger Untersuchungszeitraum als Qualitätsziel festgelegt wurde, da es für eine jährliche Untersuchung netzhautgesunder Diabetiker nicht genügend klinische Evidenz gab. Möglicherweise gehen einige koordinierende Ärzte bereits davon aus, dass der Gemeinsamen Bundesausschuss bei der nächsten Aktualisierung der DMP-Richtlinien die Streckung des Untersuchungsintervalls von ein auf zwei Jahre auch für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 umsetzen wird, und überweisen deswegen nicht so häufig wie empfohlen.

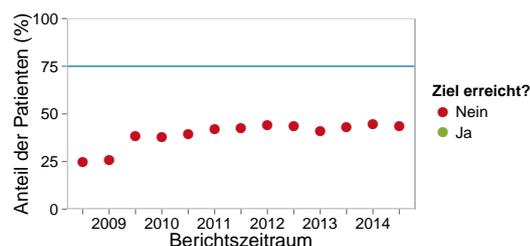
4. Diabetes mellitus Typ 2

4.6. Diabetischer Fuß

Qualitätsziel: Mindestens 75% der Patienten mit auffälligem Fußstatus sollen durch eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung betreut oder mitbehandelt werden.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit auffälligem Fußstatus und Wagner 2-5 oder Armstrong C/D.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



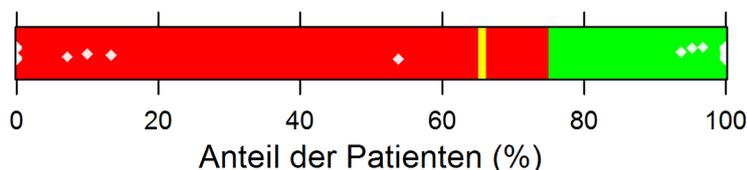
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 1.481 von 3.403 berücksichtigten Patienten (44%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Hinweis: Mit dem Bericht für das 2. Halbjahr 2009 wurde die Berechnungsmethodik angepasst. Patienten, die durch eine spezialisierte Fußeinrichtung betreut werden, werden gemäß Ausfüllanleitung automatisch als „überwiesen“ gewertet.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 30 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 63% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Ein wichtiges Ziel des DMP Diabetes mellitus Typ 2 ist die Vermeidung von Fußamputationen. Neben der mindestens jährlichen Fußinspektion muss bei Feststellung des diabetischen Fußsyndroms (ab Wagner-Grad 2 oder Armstrong-Grad C) eine Überweisung in eine spezialisierte Einrichtung erfolgen. Als Qualitätsziel wird eine Überweisung bei mindestens 75% der betroffenen Patienten angestrebt.

Das Qualitätsziel wurde mit Abstand nicht erreicht. Nach unserer Einschätzung führt der hier angewandte Berechnungsalgorithmus zu einer Unterschätzung des Indikators [15, Abschnitt 3.2.2]. Es steht jedoch fest, dass zu wenige Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom durch spezialisierte Fußeinrichtungen behandelt werden.

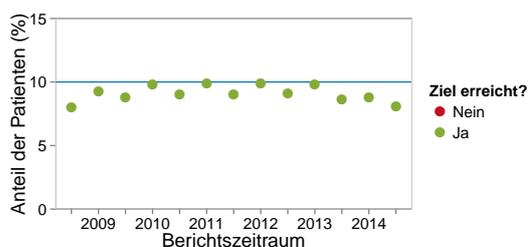
4. Diabetes mellitus Typ 2

4.7. HbA1c-Wert

Qualitätsziel: Höchstens 10% der Patienten sollen einen HbA1c-Wert von 8,5% oder höher haben.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

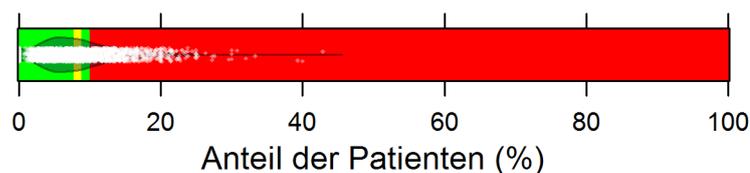


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 43.785 von 541.910 berücksichtigten Patienten (8%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 5.610 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 69% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Ein primäres Ziel der Diabetes-Therapie ist nach den Nationalen VersorgungsLeitlinien das Senken der HbA_{1c} -Werte bis in die Nähe des Normbereiches, um das Risiko für Folgeerkrankungen zu mindern. Im DMP soll dennoch der HbA_{1c} -Zielwert für jeden Patienten individuell vereinbart werden, da der Arzt zum Beispiel auch das Risiko für Hypoglykämien berücksichtigen muss [14]. Patienten mit HbA_{1c} -Werten von 8,5% oder höher gelten jedoch als sehr schlecht kontrolliert. Deshalb wurde als Qualitätsziel vereinbart, dass nicht mehr als 10% der Patienten solche HbA_{1c} -Werte aufweisen sollen.

Dieser Indikator weist eine saisonale Schwankung auf: Im ersten Halbjahr ist der Anteil der Patienten mit hohem HbA_{1c} -Wert um ca. 1% höher als im zweiten Halbjahr.

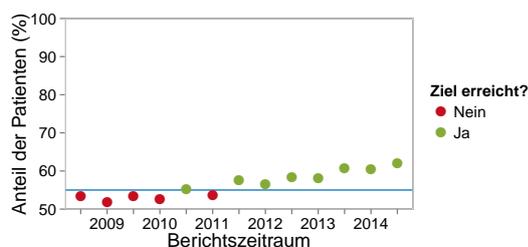
4. Diabetes mellitus Typ 2

4.8. HbA1c-Zielwert

Qualitätsziel: Mindestens 55% der Patienten sollen ihre individuell vereinbarten HbA1c-Zielwerte erreicht haben.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

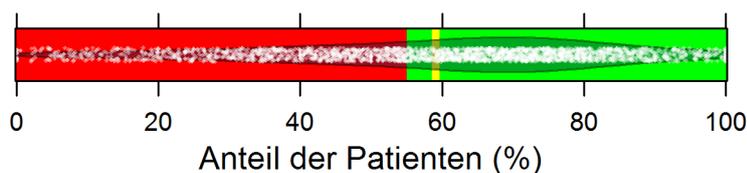


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 336.671 von 541.910 berücksichtigten Patienten (62%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 5.610 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 63% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Der koordinierende Arzt soll für jeden Patienten entsprechend seiner Risikokonstellation einen individuellen HbA_{1c} -Zielwert vereinbaren. In der DMP-Dokumentation gibt der Arzt an, ob der aktuelle HbA_{1c} -Wert zu senken, halten, oder sogar anzuheben ist.

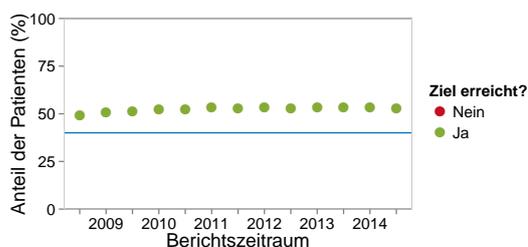
Entscheidend ist jedoch nicht, ob nach einer Vereinbarung „ HbA_{1c} -Wert senken“ der HbA_{1c} -Wert tatsächlich gesenkt wird, sondern ob als Zielvereinbarung „ HbA_{1c} -Wert halten“ angegeben wird. Aus diesem Grund hängt das Qualitätsziel sehr von der individuellen Zielsetzung und vom Dokumentationsverhalten des koordinierenden Arztes ab, was sich in einer sehr breiten Streuung widerspiegelt. Eine objektive Aussage über die Versorgungsqualität auf Bayernebene lässt sich daher nicht ableiten.

4.9. Blutdruck

Qualitätsziel: Mindestens 40% der Patienten mit bekannter Hypertonie sollen aktuell normotensive Blutdruckwerte aufweisen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit Hypertonie.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

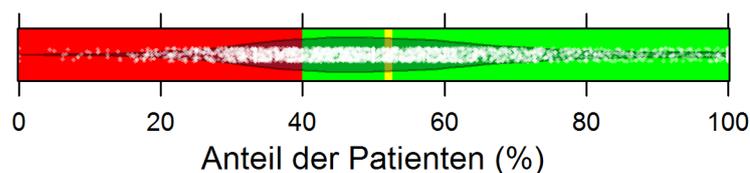


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 239.108 von 454.111 berücksichtigten Patienten (53%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 5.521 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 74% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Die Makroangiopathie, insbesondere in Form der koronaren Herzkrankheit, stellt das Hauptproblem der Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 dar. Die Senkung eines erhöhten Blutdrucks bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 reduziert die kardio- und zerebrovaskuläre Morbidität und Mortalität bereits im Verlauf weniger Jahre [14].

Unter den Patienten, bei denen in der aktuellen Dokumentation die Begleiterkrankung „Hypertonie“ angegeben wurde, hatten circa die Hälfte der Patienten normotensive Blutdruckwerte. Somit wurde das Qualitätsziel erreicht.

Aufgrund der breiten Streuung der Ergebnisse unter den Praxen liegt die Vermutung nahe, dass sowohl der Einsatz unterschiedlicher Definitionen der Begleiterkrankung „Hypertonie“ als auch das Dokumentationsverhalten des Arztes viel Einfluss auf die Zielerreichung ausüben. Darüber hinaus werden Blutdruckwerte häufig gerundet, was zu einer nicht unerheblichen Verzerrung der Ergebnisse führen kann [15, Anhang C]. Aufgrund dieser Ungenauigkeit ist die Aussagekraft dieses Indikators stark eingeschränkt.

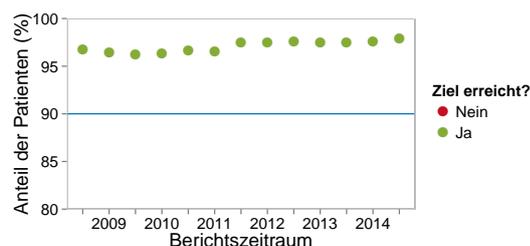
4. Diabetes mellitus Typ 2

4.10. Nierenfunktion

Qualitätsziel: Bei mindestens 90% der Patienten soll der Serum-Kreatinin-Wert in den letzten zwölf Monaten bestimmt worden sein.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindestens zwölf Monaten.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

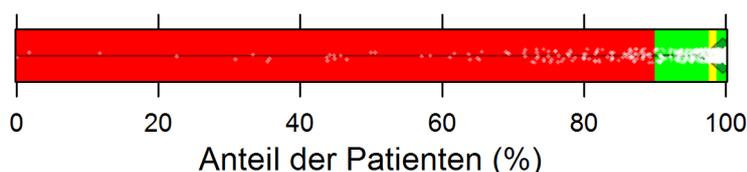


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 451.108 von 460.974 berücksichtigten Patienten (98%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 5.402 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 95% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Zur frühzeitigen Erkennung der diabetischen Nephropathie ist bei allen Patienten die Nierenfunktion einmal jährlich durch Bestimmung des Serum-Kreatinins (und damit durch die Berechnung der glomerulären Filtrationsrate) zu überprüfen.

Das Qualitätsziel „Nierenfunktion“ wurde sowohl im Bayern-Durchschnitt als auch in ca. 95% der teilnehmenden Praxen erreicht. Bei 98% der Patienten wird der Serum-Kreatinin-Wert mindestens jährlich bestimmt und dokumentiert.

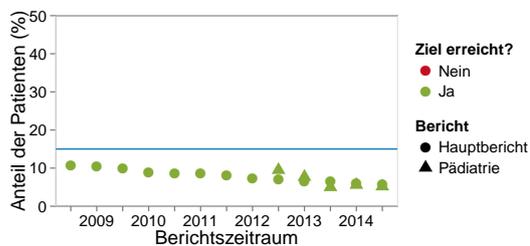
5. Diabetes mellitus Typ 1

5.1. Hypoglykämie

Qualitätsziel: Der Anteil der Patienten mit schweren Hypoglykämien in den letzten zwölf Monaten soll weniger als 15% betragen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



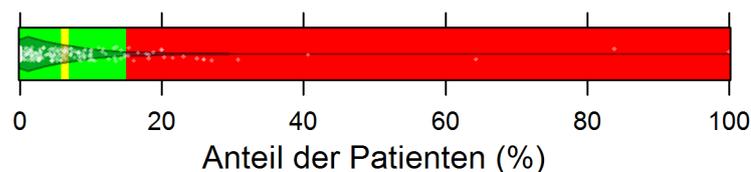
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Hauptbericht: Mit 1.181 von 20.877 berücksichtigten Patienten (6%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Bericht für Pädiater: Mit 63 von 1.203 berücksichtigten Patienten (5%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 245 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 91% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Die Qualitätsziele „Hypoglykämie“ der Programme Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sind bezüglich der Auswertungsmethodik nicht vergleichbar. Unter den Typ-1-Diabetikern ist der Anteil der Patienten mit schweren Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten von Interesse. Dieser Anteil soll weniger als 15% betragen.

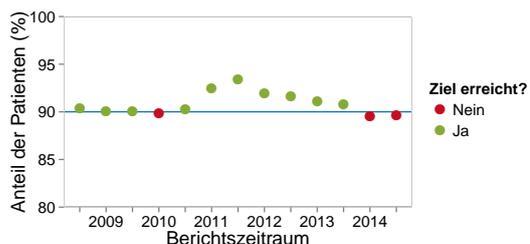
Das Qualitätsziel wird erreicht. Seit dem zweiten Halbjahr 2008 ist eine kontinuierliche Reduktion der Häufigkeit von Hypoglykämien zu verzeichnen.

5.3. Fußstatus

Qualitätsziel: Der Anteil der Patienten mit Erhebung des Fußstatus in den letzten zwölf Monaten soll mindestens 90% betragen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten ab 18 Jahren mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindestens zwölf Monaten.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



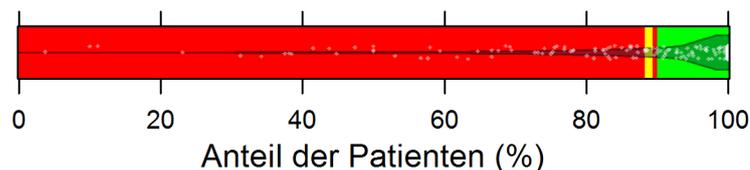
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 18.214 von 20.338 berücksichtigten Patienten (90%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Hinweis: Aufgrund geringer Relevanz keine Auswertung im Bericht für Pädiater.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 227 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 67% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Das Qualitätsziel wurde nicht erreicht. Die Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen macht deutlich, dass über drei Viertel der Praxen das Ziel erreichen. Bei einer kleinen Anzahl von Praxen wird jedoch die Prüfung des Fußstatus nur bei sehr wenigen Patienten dokumentiert.

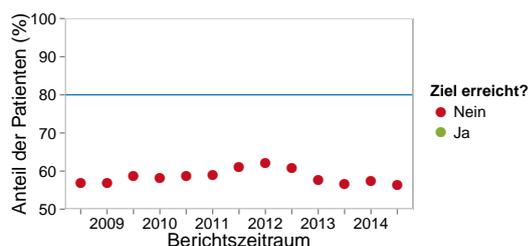
5. Diabetes mellitus Typ 1

5.4. TAH

Qualitätsziel: Thrombozytenaggregationshemmer sollen bei mindestens 80% der Patienten mit Makroangiopathie verordnet werden.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit einer arteriellen Verschlusskrankheit (AVK), KHK, Schlaganfall, Herzinfarkt und/oder Amputation, bei denen keine Kontraindikation vorliegt.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



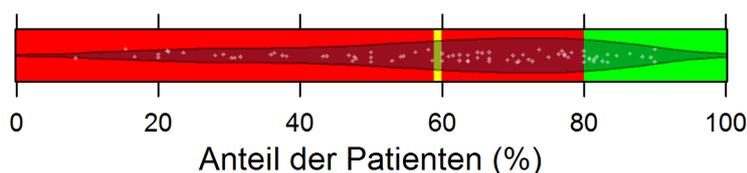
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 2.003 von 3.553 berücksichtigten Patienten (56%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Hinweis: Aufgrund geringer Relevanz keine Auswertung im Bericht für Pädiater.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 79 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 22% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

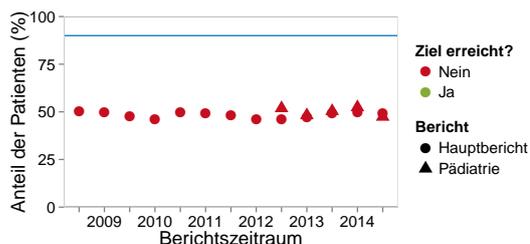
Der Anteil der Patienten mit Typ-1-Diabetes mit Makroangiopathie, die Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) verordnet bekommen, ist deutlich niedriger als der Anteil der Patienten mit Typ-2-Diabetes. Obwohl Unterschiede im Patienten- und im Krankheitsprofil sicherlich eine Rolle spielen, steht fest, dass für ca. 40% der Typ-1-Patienten mit Makroangiopathie keine TAH dokumentiert ist. Da zum Beispiel Acetylsalicylsäure nicht rezeptpflichtig ist, könnte deren Vergabe bei der Dokumentation übersehen werden. Im DMP soll jedoch „die tatsächlich eingenommene Medikation, einschließlich der Selbstmedikation, und mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie“ zu erfragen: Bei Nichterreichung des Qualitätsziels hat der Arzt zu überprüfen, ob die betroffenen Patienten tatsächlich TAH einnehmen oder nicht [14]. Die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern erwägt weitere Maßnahmen zur Förderung der medikamentösen Sekundärprävention.

5.5. Diabetes-Schulung

Qualitätsziel: Mindestens 90% der Patienten mit empfohlener Diabetes-Schulung sollen diese auch wahrnehmen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten denen laut der letzten Dokumentation die Teilnahme an einer Diabetes-Schulung empfohlen wurde.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



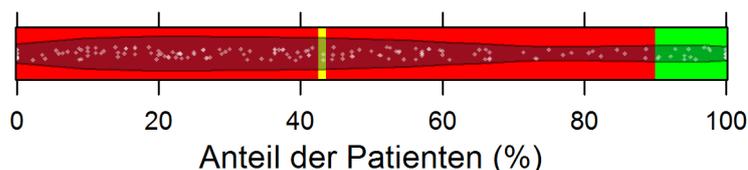
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Hauptbericht: Mit 4.826 von 9.803 berücksichtigten Patienten (49%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Bericht für Pädiater: Mit 207 von 437 berücksichtigten Patienten (47%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 174 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 13% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Die Aussagefähigkeit dieses Qualitätsziels ist aus verschiedenen Gründen in Frage zu stellen. Erstens wurde bei ca. ein Drittel der bayerischen Patienten mit Dokumentation einer wahrgenommenen Schulung keine Schulungsempfehlung dokumentiert. Zweitens umfasst die intensive Betreuung von Typ-1-Diabetespatienten eine kontinuierliche, individuelle Schulung bzw. Beratung, die jedoch außerhalb der Definition einer strukturierten DMP-Schulung fällt. Unklar ist, ob solche Leistungen als „Diabetes-Schulung“ dokumentiert werden. Die breite Streuung unter den Praxen suggeriert, dass das Dokumentationsverhalten in Bayern uneinheitlich ist.

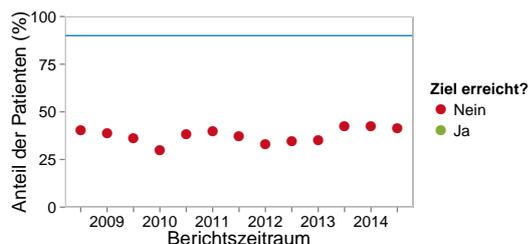
Im Vertrag wird dieser Indikator wie folgt beschrieben: „Anteil der Patienten, die eine empfohlene Schulung bis zur nächsten Dokumentation wahrgenommen haben“. Bei der Auswertung des Indikators werden jedoch alle Patienten berücksichtigt, für die im Laufe des DMP eine Empfehlung zur Diabetes-Schulung dokumentiert ist. Geprüft wird, ob diese Patienten eine Schulung im Laufe des DMP auch wahrgenommen haben. Es ist geplant, die Spezifikation dieses Indikators bei der bevorstehenden Überarbeitung des DMP auf Bundesebene anzupassen.

5.6. Hypertonie-Schulung

Qualitätsziel: Mindestens 90% der Patienten mit empfohlener Hypertonie-Schulung sollen diese auch wahrnehmen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten denen laut der letzten Dokumentation die Teilnahme an einer Hypertonie-Schulung empfohlen wurde.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



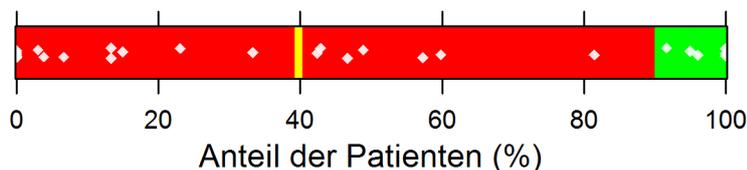
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 594 von 1.438 berücksichtigten Patienten (41%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Hinweis: Aufgrund geringer Relevanz keine Auswertung im Bericht für Pädiater.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 28 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 25% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Nur bei einer sehr geringen Zahl von Patienten wird eine Hypertonie-Schulung überhaupt empfohlen. Darüber hinaus werden diese Schulungen nur bei ca. ein Drittel der Fälle auch wahrgenommen. Die Zielerreichung unterscheidet sich stark zwischen den Praxen. Die genauen Ursachen sind noch unklar.

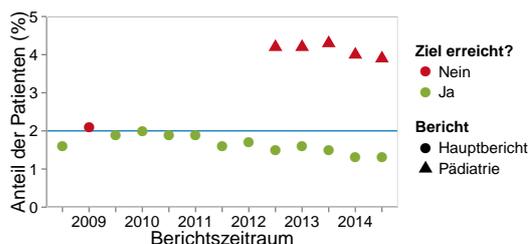
Bei diesem Qualitätsziel gelten dieselben Überlegungen wie beim Qualitätsziel „Diabetes-Schulung“.

5.7. Notfallmäßige stationäre Behandlung

Qualitätsziel: Der Anteil der Patienten mit mindestens einer notfallmäßigen stationären Behandlung wegen Diabetes in den letzten sechs Monaten soll weniger als 2% betragen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



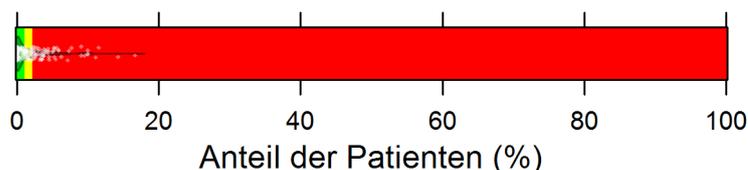
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Hauptbericht: Mit 289 von 22.524 berücksichtigten Patienten (1,3%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Bericht für Pädiater: Mit 53 von 1.345 berücksichtigten Patienten (3,9%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 258 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 70% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Notfallmäßige stationäre Behandlungen sind seltene Ereignisse. Im Rahmen der Dokumentation werden sowohl stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des HbA_{1c} -Wertes als auch stationäre notfallmäßige Behandlungen wegen Diabetes mellitus erhoben. An dieser Stelle wird nur letzteres ausgewertet.

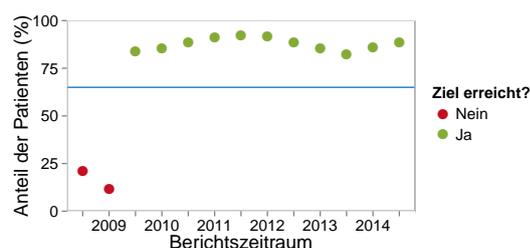
Das Qualitätsziel wird für die Praxen im Hauptbericht erreicht. Pädiatrische Praxen erreichen das Ziel nicht, was jedoch als Folge der besonderen Schwierigkeiten der pädiatrischen Versorgung zu verstehen ist.

5.8. Diabetischer Fuß

Qualitätsziel: Mindestens 65% der Patienten mit auffälligem Fußstatus sollen durch eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung betreut oder mitbehandelt werden.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit auffälligem Fußstatus und Wagner 2-5 oder Armstrong C/D.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

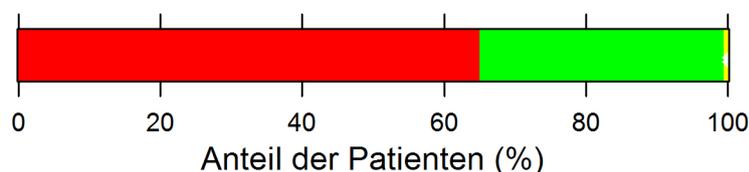
Mit 166 von 187 berücksichtigten Patienten (89%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Hinweis: Keine Auswertung im Bericht für Pädiater.

Mit dem Bericht für das 2. Halbjahr 2009 wurde die Berechnungsmethodik angepasst. Patienten, die durch eine spezialisierte Fußeinrichtung betreut werden, werden gemäß Ausfüllanleitung automatisch als „überwiesen“ gewertet.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 2 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). Das Qualitätsziel wurde in 100% von diesen Praxen erreicht.



Kommentar

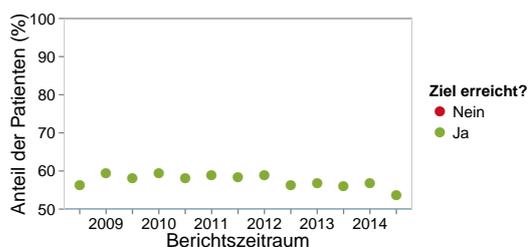
Nur sehr wenige Patienten haben einen schweren diabetischen Fuß (d. h. Wagner-Grad 2-5 oder Armstrong-Stadium C/D). Die überwiegende Mehrheit dieser Patienten werden bereits von spezialisierten Fußeinrichtungen betreut. Unter Berücksichtigung dieses Sachverhalts wird das Qualitätsziel erreicht: Ca. 90% der betroffenen Patienten werden durch eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung betreut oder mitbehandelt.

5.9. Blutdruck

Qualitätsziel: Mindestens 50% der Patienten mit bekannter Hypertonie sollen aktuell normotensive Blutdruckwerte aufweisen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten ab 18 Jahren mit Hypertonie.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



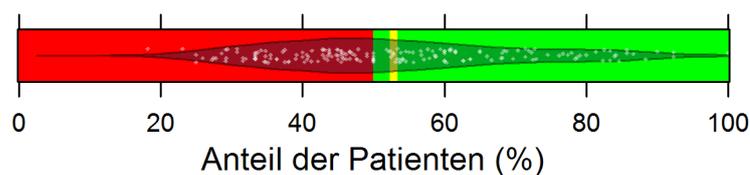
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 5.565 von 10.383 berücksichtigten Patienten (54%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Hinweis: Aufgrund geringer Relevanz keine Auswertung im Bericht für Pädiater.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 183 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 52% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Hierfür gelten ähnliche Überlegungen wie für das analoge Qualitätsziel im DMP Diabetes mellitus Typ 2.

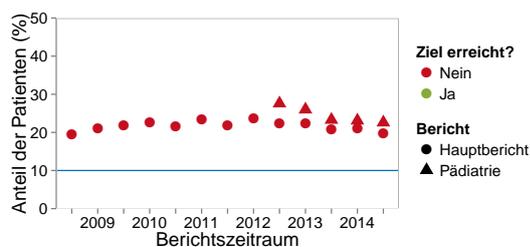
5. Diabetes mellitus Typ 1

5.10. HbA_{1c}-Wert

Qualitätsziel: Höchstens 10% der Patienten sollen einen HbA_{1c} -Wert von 8,5% oder höher haben.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



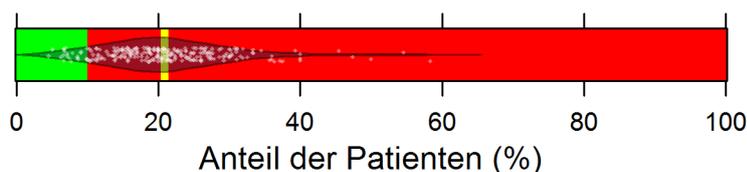
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Hauptbericht: Mit 5.001 von 25.313 berücksichtigten Patienten (20%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Bericht für Pädiater: Mit 342 von 1.516 berücksichtigten Patienten (23%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 274 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). Das Qualitätsziel wurde in 9% von diesen Praxen erreicht.



Kommentar

Ein primäres Ziel der Diabetes-Therapie ist das Senken der HbA_{1c} -Werte bis in die Nähe des Normbereiches, um das Risiko für Folgeerkrankungen zu mindern. Im DMP ist aber der HbA_{1c} -Wert für jeden Patienten individuell zu vereinbaren [14], da zum Beispiel auch das Risiko für Hypoglykämien vom Arzt zu berücksichtigen ist. Patienten mit HbA_{1c} -Werten von 8,5% oder höher gelten jedoch als sehr schlecht kontrolliert und deshalb wurde als Qualitätsziel vereinbart, dass nicht mehr als 10% der Patienten solche HbA_{1c} -Werte aufweisen sollen. Denn bei einer normnahen Blutzuckereinstellung ist das Risiko für Schäden an Augen, Nieren und Nerven am geringsten.

Zu beachten ist, dass Patienten ab ca. 14 Jahren zunehmend durch Ärzte betreut werden, die nicht ausschließlich pädiatrisch tätig sind. Diese werden im Hauptbericht und nicht im Bericht für Pädiater ausgewertet. Da genau diese Patienten häufiger hohe HbA_{1c} -Werte aufweisen, ist der Vergleich zwischen den Berichten nicht als Vergleich zwischen der pädiatrischen und der Erwachsenen-Betreuung zu betrachten.

Das Qualitätsziel wird in Bayern deutlich verfehlt und spiegelt ein grundlegendes Problem bei der Versorgung von Patienten mit Typ-1-Diabetes wider. Diese Problematik wurde im Qualitätsbericht für das Jahr 2012 thematisiert [16]. Der zeitliche Mittelwertverlauf weist seit 2012 eine positive Entwicklung des Indikators auf. Unter Berücksichtigung der pädiatrisch tätigen Praxen und Einrichtungen hatten im zweiten Halbjahr 2012 hatten 27,6% der Patienten einen HbA_{1c} -Wert von 8,5% oder höher, im zweiten Halbjahr 2014 jedoch nur 22,6%.

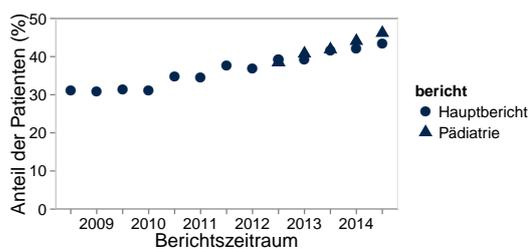
5. Diabetes mellitus Typ 1

5.11. HbA1c-Zielwert

Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten soll ihre individuell vereinbarten HbA1c-Zielwerte erreicht haben.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



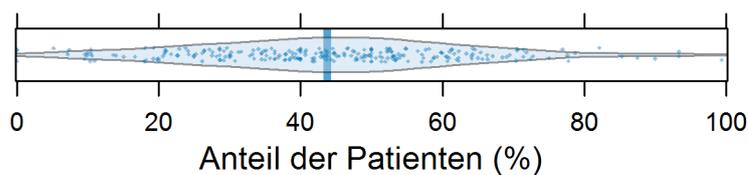
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Hauptbericht: 11.022 von 25.313 berücksichtigten Patienten (44%)

Bericht für Pädiater: 700 von 1.516 berücksichtigten Patienten (46%)

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Zu diesem Qualitätsziel wurde kein Zielwert vereinbart.



Kommentar

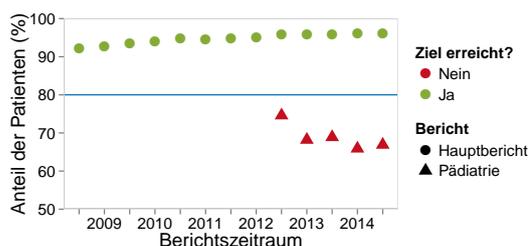
Hierfür gelten ähnliche Überlegungen wie für das analoge Qualitätsziel im DMP Diabetes mellitus Typ 2.

5.13. Nierenfunktion

Qualitätsziel: Bei mindestens 80% der Patienten mit einer erstmalig dokumentierten pathologischen Albuminausscheidung soll innerhalb von neun Monaten der Serum-Kreatinin-Wert bestimmt werden.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten ab 11 Jahren mit einer pathologischen Albuminausscheidung in mindestens zwei vorangegangenen Dokumentationen.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



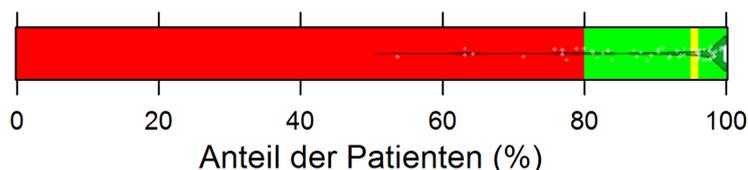
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Hauptbericht: Mit 6.899 von 7.178 berücksichtigten Patienten (96%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Bericht für Pädiater: Mit 121 von 181 berücksichtigten Patienten (67%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 149 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 91% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Die Formulierung des Qualitätsziels „Nierenfunktion“ weicht von dem gleichnamigen Ziel im Programm Diabetes mellitus Typ 2 ab.

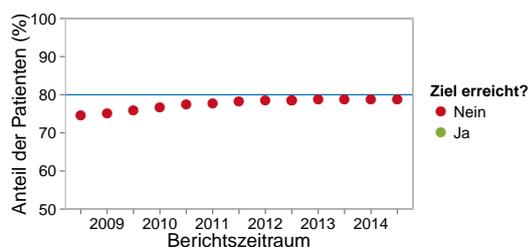
Das Qualitätsziel wurde mit Abstand erreicht, sowohl für die Gesamtheit der bayerischen Patienten als auch in circa 90% der Praxen. Die wenigen Praxen, die das Ziel nicht erreicht haben, sollten auf Basis des Feedbackberichts prüfen, woran dies liegt.

6.2. Betablocker

Qualitätsziel: Betablocker sollen bei mindestens 80% aller Patienten verordnet werden.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

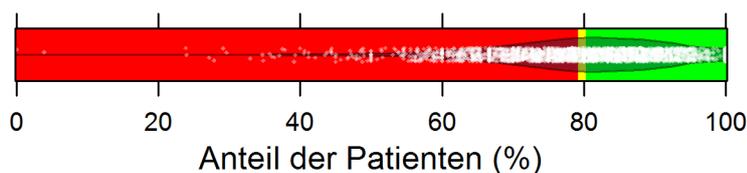


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 183.405 von 232.504 berücksichtigten Patienten (79%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 5.023 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 57% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Betablocker senken den Blutdruck und gelten als Mittel der ersten Wahl für die Behandlung der Koronaren Herzkrankheit [17, §11]. Unter Ausschluss der Patienten mit Kontraindikationen sollen im Rahmen des DMP mindestens 80% der Patienten Betablocker verordnet werden. In 57% der Praxen ist dies der Fall; dennoch wird das Qualitätsziel in Bayern knapp nicht erreicht.

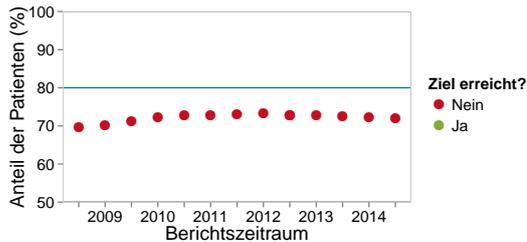
Die Verteilung unter den Praxen zeigt, dass der Anteil der Patienten mit Betablockern in einigen Praxen sehr gering ist. Die Vermutung liegt nahe, dass Kontraindikationen nicht immer zutreffend dokumentiert werden. Diese Praxen sollen auf Basis des Feedbackberichts prüfen, ob und wo Handlungsbedarf besteht.

6.3. ACE-Hemmer

Qualitätsziel: ACE-Hemmer sollen bei mindestens 80% aller Patienten mit der Begleiterkrankung Herzinsuffizienz verordnet werden.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit Herzinsuffizienz, bei denen keine Kontraindikation vorliegt.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

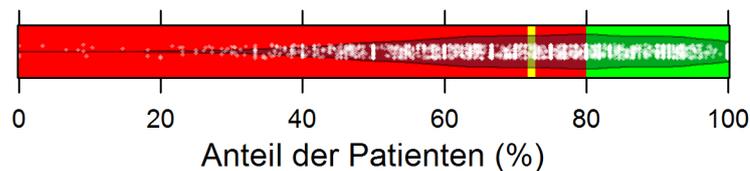


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 46.208 von 64.083 berücksichtigten Patienten (72%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 2.034 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 40% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Sowohl die DMP-Vorgabe [14] also auch die Nationale VersorgungsLeitlinie [17, §11] geben an, dass bei chronischer Herzinsuffizienz ACE-Hemmer vorrangig zu verordnen sind. Bei Unverträglichkeit können AT1-Rezeptorantagonisten (Sartane) verordnet werden.

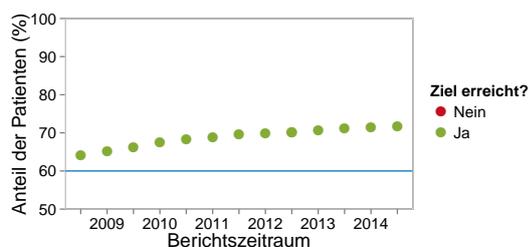
Das Qualitätsziel von 80% wurde nicht erreicht. Die Gründe dafür sind noch unklar. Eine Hypothese ist, dass Unverträglichkeiten gegenüber ACE-Hemmern nicht als „Kontraindikation“ dokumentiert werden, was zu einer Verzerrung der Statistik führen könnte. Möglicherweise werden aber auch AT1-Rezeptorantagonisten von Patienten oder von Ärzten bevorzugt.

6.4. Statine

Qualitätsziel: Statine sollen bei mindestens 60% aller Patienten verordnet werden.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

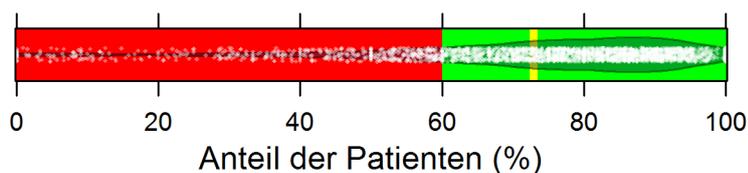


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 169.032 von 235.314 berücksichtigten Patienten (72%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 5.041 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 80% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

HMG-CoA-Reduktasehemmer (Statine) werden als LDL-cholesterinsenkende Therapeutika der ersten Wahl eingesetzt, da für sie eine Reduktion der kardiovaskulären Morbidität und Sterblichkeit bei Patienten mit KHK belegt wurde [17].

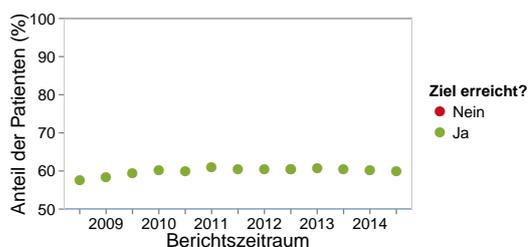
In Bayern erhalten 72% der Patienten ohne Kontraindikationen Statine, Tendenz steigend. 80% der Praxen erreichen das Ziel.

6.5. Blutdruck

Qualitätsziel: Mindestens 50% der Patienten mit bekannter Hypertonie sollen aktuell normotensive Blutdruckwerte aufweisen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit Hypertonie.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

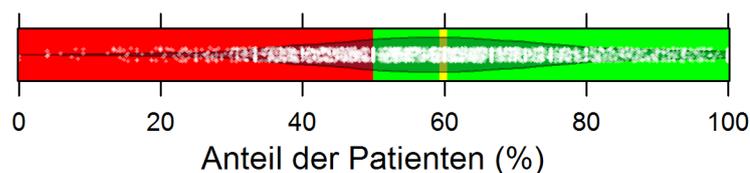


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 129.127 von 215.512 berücksichtigten Patienten (60%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 4.922 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 72% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

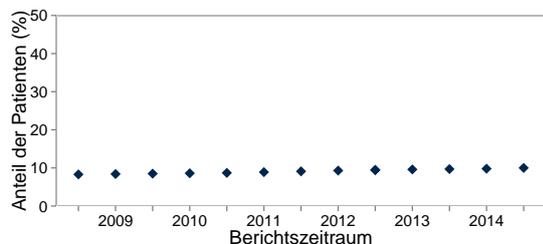
Hierfür gelten ähnliche Überlegungen wie für das analoge Qualitätsziel im DMP Diabetes mellitus Typ 2.

6.6. Raucher

Qualitätsziel: Ein niedriger Anteil an rauchenden Patienten ist anzustreben.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten.

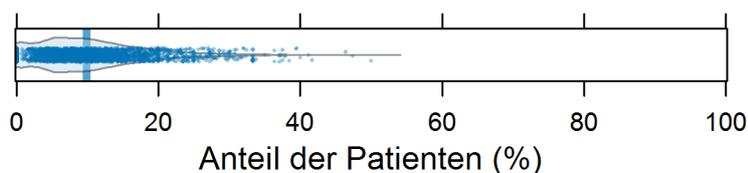
Zeitlicher Mittelwertverlauf



Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:
23.885 von 238.834 berücksichtigten Patienten (10%)

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Zu diesem Qualitätsziel wurde kein Zielwert vereinbart.



Kommentar

Die wichtigste Einzelmaßnahme bei Rauchern mit Gefäßerkrankungen [17, §10-15] ist die Raucherentwöhnung. Im DMP Koronare Herzkrankheit rauchen laut der Dokumentation 10% der Patienten. Ein konkretes Ziel wurde nicht festgelegt.

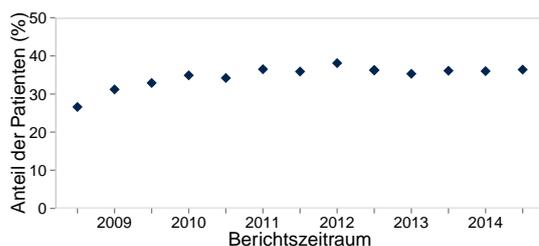
Der koordinierende Arzt soll jeden Patienten, sofern relevant, zur Tabakentwöhnung motivieren. Über die DMP-Dokumentation kann der Arzt Informationsmaterial für den Patienten bei den Krankenkassen bestellen.

6.7. Überweisung bei Angina pectoris

Qualitätsziel: Bei neu aufgetretener Angina-Pectoris-Symptomatik (typisch oder atypisch) soll bei einem hohen Anteil der betroffenen Patienten eine Über- oder Einweisung erfolgen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit einer erstmals dokumentierten oder nach einem symptomfreien Intervall (mindestens zwei Dokumentationen) erneut dokumentierten Angina-pectoris-Symptomatik.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

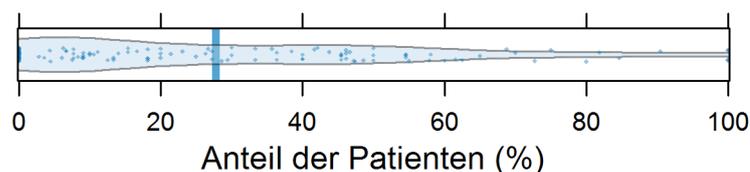


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

2.975 von 8.175 berücksichtigten Patienten
(36%)

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Zu diesem Qualitätsziel wurde kein Zielwert vereinbart.



Kommentar

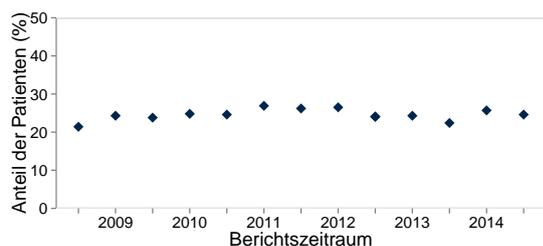
Bei erstmaliger oder zunehmender Angina-Pectoris-Symptomatik soll im Rahmen des DMP eine Überweisung zum Facharzt oder eine Einweisung in eine spezialisierte Einrichtung erwogen werden [14]. Dabei wird kein konkreter Qualitätszielwert vorgegeben: Der Arzt soll nach pflichtgemäßem Ermessen über die Über- bzw. Einweisung entscheiden. Dennoch ist ein höherer Anteil erstrebenswert.

6.8. Überweisung bei Herzinsuffizienz

Qualitätsziel: Bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz soll bei einem hohen Anteil der betroffenen Patienten eine Über- oder Einweisung erfolgen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit einer erstmals dokumentierten oder nach einem symptomfreien Intervall (mindestens zwei Dokumentationen) erneut dokumentierten Herzinsuffizienz.

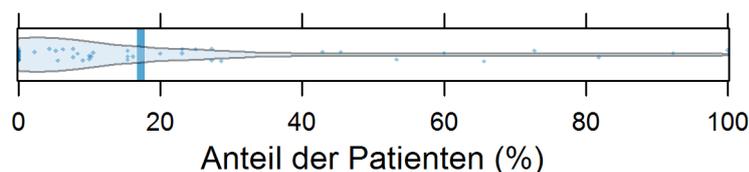
Zeitlicher Mittelwertverlauf



Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:
976 von 3.968 berücksichtigten Patienten
(25%)

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Zu diesem Qualitätsziel wurde kein Zielwert vereinbart.



Kommentar

Bei neu aufgetretener und auch bei einer deutlichen Verschlechterung einer bekannten Herzinsuffizienz soll eine Überweisung zum Facharzt oder eine Einweisung in eine qualifizierte Einrichtung erfolgen, um die Diagnose und Prognose zu sichern und um eine geeignete Therapie sicherzustellen [14]. Die Nationale VersorgungsLeitlinie sieht bei einer ausgeprägten Herzinsuffizienz eine gemeinsame Betreuung durch Hausarzt und Kardiologen vor [17, §15].

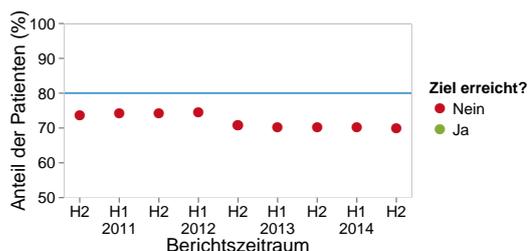
Aktuell wurde laut DMP-Dokumentation bei ca. ein Viertel der identifizierten Patienten eine Über- oder Einweisung dokumentiert. Dies deutet auf einen Handlungsbedarf hin, jedoch muss vorher die Validität des Qualitätsziels genauer überprüft und Ursachen für die fehlenden Überweisungen ermittelt werden. Die koordinierenden Praxen sollen auf Basis des Feedbackberichts prüfen, ob und wo Handlungsbedarf besteht.

6.9. Modul Chronische Herzinsuffizienz: ACE-Hemmer

Qualitätsziel: ACE-Hemmer sollen bei mindestens 80% aller Patienten mit Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz verordnet werden.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz, bei denen keine Kontraindikationen vorliegt.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

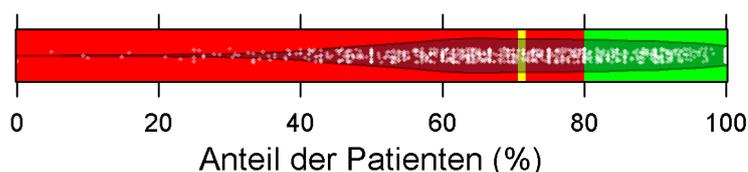


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 21.274 von 30.423 berücksichtigten Patienten (70%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 837 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 36% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

„Zur Zielgruppe [des Moduls ‚Chronische Herzinsuffizienz‘] gehören Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit und chronischer Herzinsuffizienz bei systolischer Dysfunktion, die sich in einer Einschränkung der linksventrikulären Auswurfleistung (Ejektionsfraktion, LVEF) auf unter 40 Prozent manifestiert“ [14]. Laut der Nationalen VersorgungsLeitlinie sollen solche Patienten ACE-Hemmer erhalten [18]. Das Qualitätsziel wurde in Bayern nicht erreicht: Auf Basis der Qualitätsziele kann nicht festgestellt werden, dass eine Teilnahme am Modul Chronische Herzinsuffizienz die Verordnungshäufigkeit von ACE-Hemmern erhöht (siehe Abschnitt 6.3).

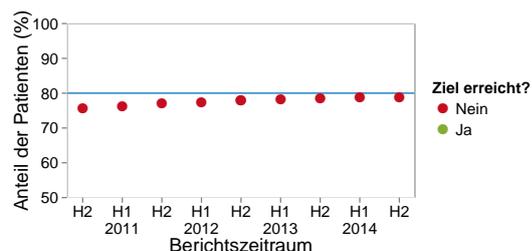
In die Grundgesamtheiten der Qualitätsziele des Moduls fließen alle Patienten, für die in der Dokumentation den Feld „Modulteilnahme Chronische Herzinsuffizienz“ angekreuzt ist, ein. Unseren Auswertungen zufolge wurde aber im Zeitraum 1.7.2008 bis 30.6.2010 – vor Einführung des Moduls – die Teilnahme am Modul bei 20.389 Patienten dokumentiert. Darunter wurde die Begleiterkrankung Herzinsuffizienz bei 10.411 Patienten niemals dokumentiert. Auch nach Einführung des Programms sind Unplausibilitäten zwischen Honorarabrechnung und DMP-Dokumentation zu identifizieren, sodass die Validität dieser Dokumentationsangabe ungewiss ist. Auch von daher ist die Entwicklung eines eigenständigen DMP für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz ist zu begrüßen.

6.10. Modul Chronische Herzinsuffizienz: Betablocker

Qualitätsziel: Betablocker sollen bei mindestens 80% aller Patienten mit Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz verordnet werden.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz, bei denen keine Kontraindikationen vorliegt.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

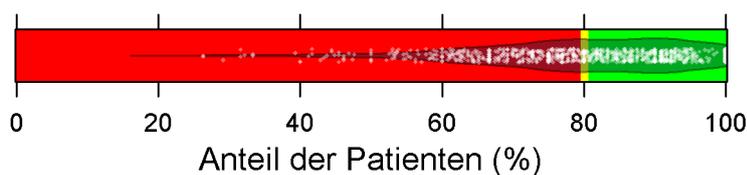


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 24.197 von 30.687 berücksichtigten Patienten (79%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 840 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 56% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

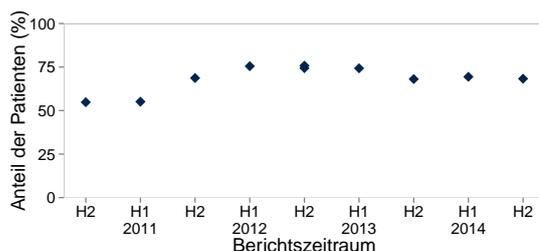
Zu diesem Qualitätsziel gelten ähnliche Überlegungen wie beim Qualitätsziel „Modul Chronische Herzinsuffizienz: ACE-Hemmer“.

6.11. Modul Chronische Herzinsuffizienz: Serum-Elektrolyte

Qualitätsziel: Die Serum-Elektrolyte sollen bei einem hohen Anteil der Patienten mit Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz im letzten Jahr bestimmt worden sein.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit mindestens einjähriger Teilnahme am DMP Koronare Herzkrankheit und Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz innerhalb des letzten Jahres.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



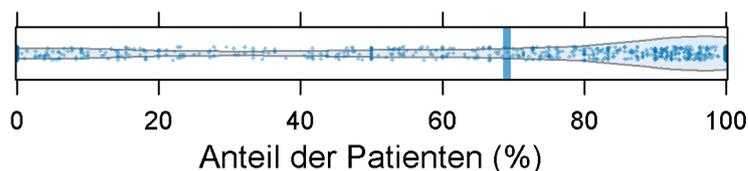
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

21.559 von 31.562 berücksichtigten Patienten (68%)

Hinweis: Mit dem Bericht für das zweite Halbjahr 2011 wurde eine Korrektur eingeführt. Bis zu diesem Zeitraum war eine Bestimmung der Serum-Elektrolyte in der aktuellen Dokumentation gefordert. Laut dem DMP-Vertrag soll jedoch der Anteil der Patienten mit Bestimmung der Serum-Elektrolyte in den letzten zwölf Monaten berechnet werden.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Zu diesem Qualitätsziel wurde kein Zielwert vereinbart.



Kommentar

Bei klinisch stabilen Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz soll bei unveränderter Medikation die Kontrolle der Serum-Elektrolyte (Natrium, Kalium) halbjährlich erfolgen (Nationale VersorgungsLeitlinie [18]). Daher ist im DMP eine halbjährliche Bestimmung der Serum-Elektrolyte gefordert [14]. Das im DMP-Plattformvertrag von 10.06.2010 spezifizierte Qualitätsziel hat jedoch lediglich eine jährliche Bestimmung der Serum-Elektrolyte gefordert. Im Rahmen der Vertragsanpassung wurde dieser Widerspruch zum 1.7.2013 behoben: Das Qualitätsziel wurde angepasst, um eine halbjährliche Bestimmung der Serum-Elektrolyte zu fordern.

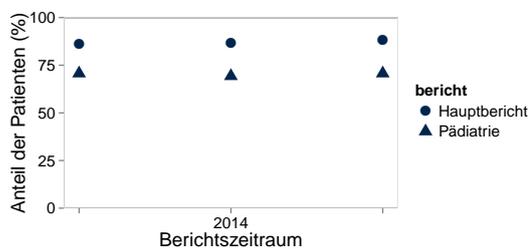
7. Asthma bronchiale

7.1. Symptomkontrolle

Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten soll eine gute Symptomkontrolle aufweisen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



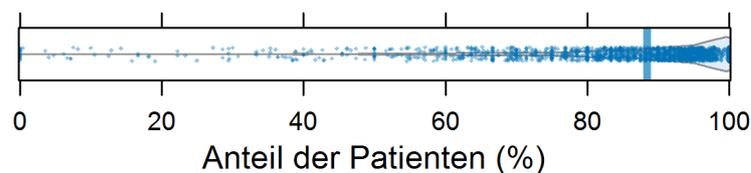
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Hauptbericht: 108.555 von 123.210 berücksichtigten Patienten (88%)

Bericht für Pädiater: 7.627 von 10.794 berücksichtigten Patienten (71%)

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Zu diesem Qualitätsziel wurde kein Zielwert vereinbart.



Kommentar

Das Qualitätsziel „Symptomkontrolle“ wurde im zweiten Halbjahr 2013 eingeführt und reflektiert ein Hauptziel der modernen Asthmatherapie [19]. Eine gute Symptomkontrolle bedeutet, dass der Patient keine notfallmäßigen stationären Behandlungen wegen Asthma hat und darüber hinaus eine Symptommhäufigkeit von höchstens zweimal pro Woche aufweist. Bei Kindern und Jugendlichen ist sogar die Therapiefreiheit angefordert, was die Sinnhaftigkeit der getrennten Auswertung für ausschließlich pädiatrisch tätigen Praxen unterstreicht.

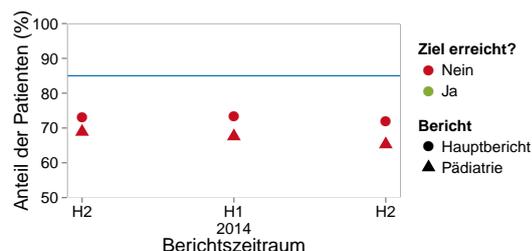
Eine gute Symptomkontrolle wird bei 88% der Patienten im Hauptbericht und 71% der Kindern und Jugendlichen im pädiatrischen Bericht erreicht. Es wurde jedoch kein Zielwert festgelegt, sodass die Aufmerksamkeit eher auf diejenigen Patienten zu lenken ist, die keine adäquate Symptomkontrolle erreicht haben. Bei diesen Patienten ist eine Therapieumstellung und/oder eine Überweisung zum Pneumologen zu erwägen.

7.2. Asthma-Schulung (Compliance)

Qualitätsziel: Mindestens 85% der Patienten mit Empfehlung einer Asthma-Schulung sollen diese innerhalb von einem Jahr wahrnehmen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten, denen vier Quartale vor dem Berichtszeitraum eine Asthma-Schulung empfohlen wurde.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



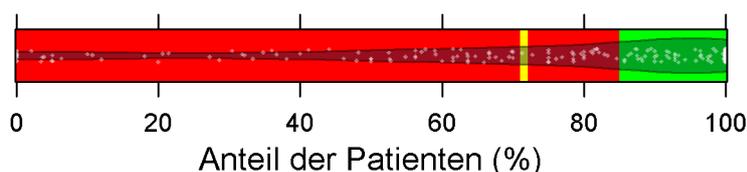
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Hauptbericht: Mit 9.100 von 12.660 berücksichtigten Patienten (72%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Bericht für Pädiater: Mit 1.326 von 2.031 berücksichtigten Patienten (65%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 250 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 44% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Im DMP Asthma erfolgte bis zum ersten Halbjahr 2013 keine Auswertung der empfohlenen Patientenschulungen. Ab dem zweiten Halbjahr 2013 werden nun zwei Indikatoren ausgewertet, die verschiedene Aspekte berücksichtigen.

Der Indikator „Schulung (Compliance)“ berücksichtigt Patienten, für die im vorangegangenen Jahr eine Schulungsempfehlung vom Arzt dokumentiert wurde. Ein hoher Anteil von solchen Patienten sollen diese Empfehlung zeitnah wahrnehmen.

Wie bei den anderen DMP wird dieses Ziel mit Abstand nicht erreicht: Der Indikator weist eine geringe Compliance aus. Dennoch sind aber die zugrunde liegende Annahmen des Indikators nicht unproblematisch. In der Praxis werden viele Patienten geschult, ohne dass in einer früheren Dokumentation eine Empfehlung dokumentiert wird. Auch erfolgt keinerlei Unterteilung nach Schweregrad der Krankheit, was für eine Bewertung des Zieles wichtig ist.

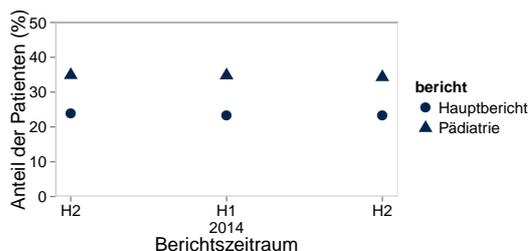
Für den Arzt ist jedoch der Nutzen groß, da er im Anhang des Feedbackberichts eine Liste von Patienten findet, die er erneut zur Teilnahme an einer Schulung motivieren kann.

7.3. Asthma-Schulung (Quote)

Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten sollen im Rahmen des DMP eine Asthma-Schulung wahrnehmen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebene Patienten.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



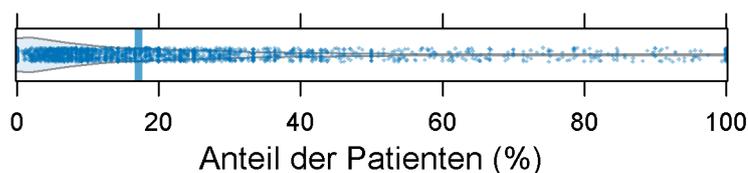
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Hauptbericht: 28.541 von 123.210 berücksichtigten Patienten (23%)

Bericht für Pädiater: 3.697 von 10.794 berücksichtigten Patienten (34%)

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Zu diesem Qualitätsziel wurde kein Zielwert vereinbart.



Kommentar

Im DMP Asthma erfolgte bis zum ersten Halbjahr 2013 keine Auswertung der empfohlenen Patientenschulungen. Ab dem zweiten Halbjahr 2013 werden nun zwei Indikatoren ausgewertet, die verschiedene Aspekte berücksichtigen.

Der Indikator „Schulung (Quote)“ gibt an, welcher Anteil der Patienten bereits im Laufe der DMP-Teilnahme geschult worden sind. Er stellt daher eine notwendige Ergänzung zum Indikator „Schulung (Compliance)“ dar und ist als Indikator deutlich robuster.

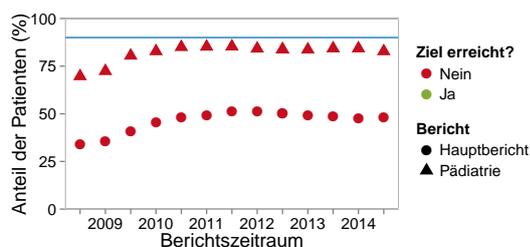
Im DMP ist generell ein hoher Anteil an geschulten Patienten anzustreben, um das Selbstmanagementverhalten des Patienten zu stärken. Im Anhang erhält der Arzt eine Liste von Patienten ohne bereits wahrgenommene Schulung, damit er bei Bedarf gezielte Empfehlungen aussprechen kann.

7.4. Selbstmanagementplan

Qualitätsziel: Ein schriftlicher Selbstmanagementplan soll bei mindestens 90% der Patienten erstellt und eingesetzt werden.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



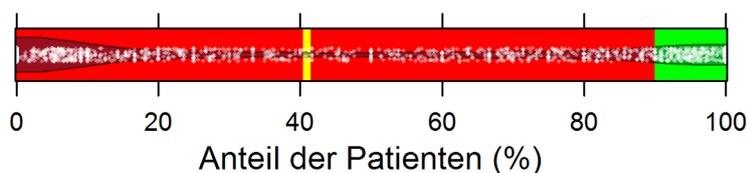
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Hauptbericht: Mit 55.609 von 115.653 berücksichtigten Patienten (48%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Bericht für Pädiater: Mit 8.271 von 9.995 berücksichtigten Patienten (83%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 3.386 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 30% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Ein schriftlicher Selbstmanagementplan unterstützt die Patienten beim Monitoring von Symptomen, bei der Bewertung des Peak-Flow-Wertes und beim Einsatz der Notfallmedikation. Jeder Patient soll einen Selbstmanagementplan erhalten, vor allem diejenigen Patienten mit mittelschweren bis schweren Symptomen [19]. Im DMP Asthma wurde deswegen ein Qualitätsziel formuliert, gemäß dem ein Selbstmanagementplan bei mindestens 90% der Patienten eingesetzt werden soll. Im Qualitätsbericht 2010 wurde gezeigt, dass dieses Ziel deutlich verfehlt wurde. Nachdem der Selbstmanagementplan zum Beispiel über den Feedbackbericht und bei den DMP-Fortbildungstagen der KVB thematisiert wurde und außerdem den Ärzten eine werbefreie Vorlage zur Verfügung gestellt wird, ist eine signifikante Verbesserung festzuhalten [15, Abschnitt 6.2].

In den pädiatrischen Praxen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuen, war aktuell bei 83% der Patienten ein Selbstmanagementplan dokumentiert. Unter den restlichen Praxen liegt die Quote bei 48%.

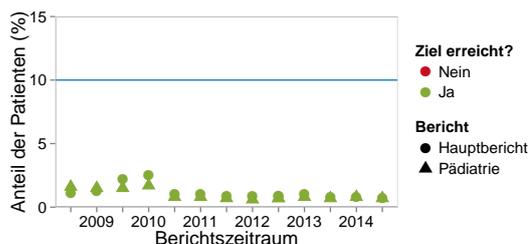
Obwohl in den letzten Jahren eine sehr positive Entwicklung zu beobachten ist, wird der Selbstmanagementplan bei vielen Praxen nur selten eingesetzt. Weitere Maßnahmen für die Förderung des Selbstmanagementplans sollen insbesondere diese Praxen ansprechen.

7.5. Notfallmäßige stationäre Behandlungen

Qualitätsziel: Der Anteil der Patienten mit mindestens einer notfallmäßigen stationären Behandlung wegen Asthma bronchiale in den letzten sechs Monaten soll höchstens 10% betragen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

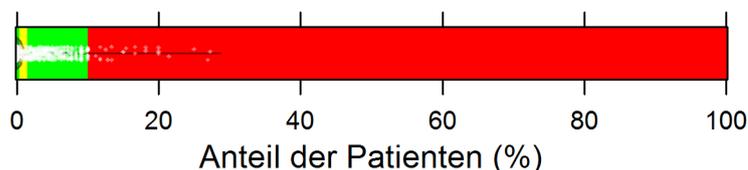
Hauptbericht: Mit 825 von 110.102 berücksichtigten Patienten (0,7%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Bericht für Pädiater: Mit 69 von 9.477 berücksichtigten Patienten (0,7%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Hinweis: Für Praxen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche in DMP Asthma bronchiale betreuen, wird einen gesonderten Feedbackbericht erstellt. Die Patienten dieser Praxen werden in dem regulären Feedbackbericht nicht berücksichtigt.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 3.289 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 99% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Notfallmäßig stationäre Behandlungen wegen Asthma bronchiale sind unter den DMP-Patienten sehr seltene Ereignisse. Bei weniger als 1% der Patienten war eine solche Behandlung innerhalb der letzten sechs Monaten dokumentiert. Das Qualitätsziel wird von fast allen Praxen erreicht.

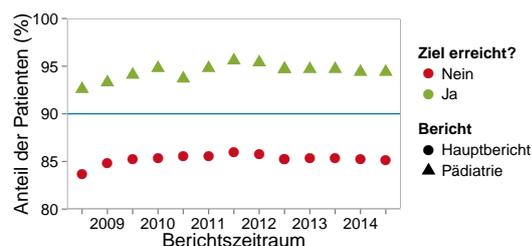
Dieser Wert ist eine Mittelung über alle Schweregrade der Krankheit: Bei der Interpretation des Qualitätsziels wäre eine differenzierte Berücksichtigung der Symptommhäufigkeit und der Therapiestufe angemessen.

7.6. Inhalative Glukokortikosteroide

Qualitätsziel: Mindestens 90% der Patienten mit Dauermedikation sollen als Bestandteil inhalative Glukokortikosteroide (ICS) verordnet bekommen.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit Dauermedikation und ohne Kontraindikation gegen inhalative Glukokortikosteroide.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



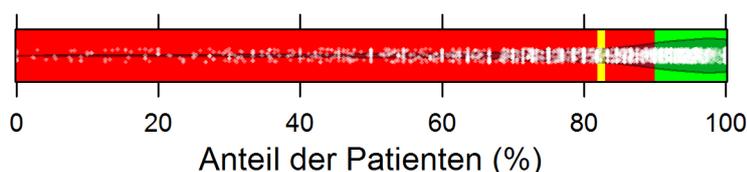
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Hauptbericht: Mit 72.461 von 85.193 berücksichtigten Patienten (85%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Bericht für Pädiater: Mit 4.956 von 5.249 berücksichtigten Patienten (94%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 2.521 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 54% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

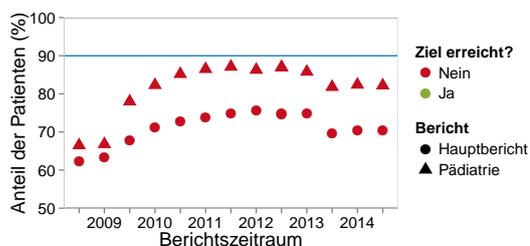
Inhalative Glukokortikosteroide (ICS) wirken antiinflammatorisch und stellen die Basis für eine Dauertherapie dar. Im Rahmen des DMP sollen 90% der Asthma-Patienten, für die eine inhalative Dauertherapie erfolgt ist, ICS als Bestandteil der Therapie verordnet bekommen. Aktuell beträgt dieser Anteil 85%. Das Qualitätsziel wird zwar von der Mehrheit der Praxen erreicht, aber im Mittel über alle Patienten knapp verfehlt. Unter den Arztpraxen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche im DMP betreuen, wird das Qualitätsziel erreicht.

7.7. Überprüfung der Inhalationstechnik

Qualitätsziel: Die Inhalationstechnik soll bei mindestens 90% der Patienten überprüft werden.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



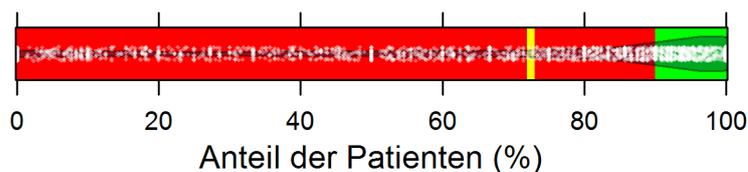
Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Hauptbericht: Mit 86.720 von 123.210 berücksichtigten Patienten (70%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Bericht für Pädiater: Mit 8.868 von 10.794 berücksichtigten Patienten (82%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 3.497 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 37% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Die medikamentöse Therapie des Asthma bronchiale erfolgt primär inhalativ: Voraussetzung für eine wirksame Therapie ist eine gute Inhalationstechnik. Im DMP Asthma soll die Inhalationstechnik in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden [14].

Das Qualitätsziel von 90% wird jedoch nicht erreicht. Zwischen den Praxen besteht eine erhebliche Variation, die auf unterschiedliche Behandlungsweisen und Patientenstrukturen hindeuten. Aus diesem Grunde erwägt die Gemeinsame Einrichtung, die Überprüfung der Inhalationstechnik erneut in den Fokus zu bringen.

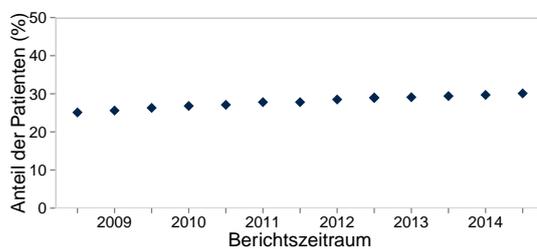
8. COPD

8.1. Raucher

Qualitätsziel: Ein niedriger Anteil an rauchenden Patienten ist anzustreben.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten.

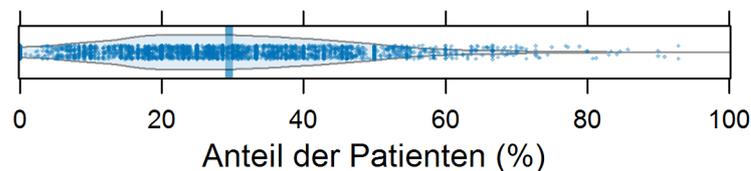
Zeitlicher Mittelwertverlauf



Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:
28.176 von 93.723 berücksichtigten Patienten (30%)

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Zu diesem Qualitätsziel wurde kein Zielwert vereinbart.



Kommentar

Das Rauchen ist mit Abstand die häufigste Ursache der Chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Von daher ist es nicht überraschend, dass der Anteil der Raucher deutlich höher ist als bei den anderen DMP.

Der koordinierende Arzt hat die Aufgabe, den Patienten zum Tabakverzicht zu motivieren. Dabei ist jedoch das Mitwirken des Patienten entscheidend. Jedes Jahr wird für ca. 5.000 Patienten das Informationsangebote zum Tabakverzicht über die DMP-Dokumentation angefordert. Alle Kassen in Bayern bieten für Versicherte mit oder ohne COPD Raucherentwöhnungsprogramme an.

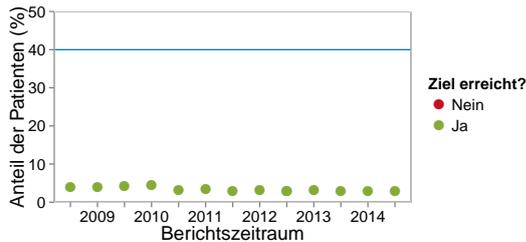
8. COPD

8.2. Notfallmäßige stationäre Behandlungen

Qualitätsziel: Der Anteil der Patienten mit mindestens einer notfallmäßigen stationären Behandlung wegen COPD in den letzten sechs Monaten soll höchstens 40% betragen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

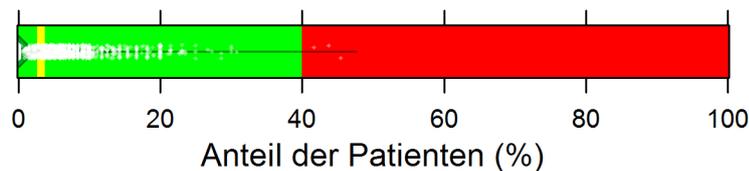


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 2.330 von 83.125 berücksichtigten Patienten (2,8%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 2.602 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). Das Qualitätsziel wurde in 100% von diesen Praxen erreicht.



Kommentar

Der Anteil der Patienten mit notfallmäßigen stationären Ereignissen liegt weit unter den Erwartungen des Qualitätsziels. Möglicher Grund dafür ist die fehlende Berücksichtigung des Schweregrads bei der Zielsetzung.

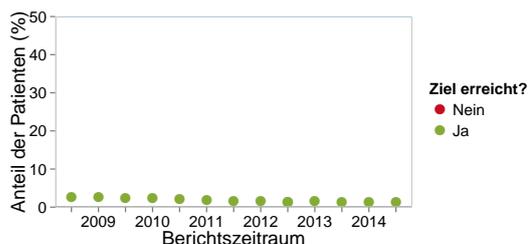
Die Verteilung der Ergebnisse zeigt, dass in den meisten Praxen keine oder sehr wenige notfallmäßige stationäre Behandlungen dokumentiert sind. In nur wenigen Praxen lag der Anteil bei über 20%, was auf Praxisbesonderheiten oder Dokumentationsprobleme zurückzuführen ist. Es ist zu überlegen, ob ein ehrgeizigeres oder differenzierteres Ziel nicht geeigneter für diese Klientel wäre.

8.3. Exazerbationen

Qualitätsziel: Der Anteil der Patienten mit mindestens zwei Exazerbationen in den letzten sechs Monaten soll höchstens 50% betragen.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

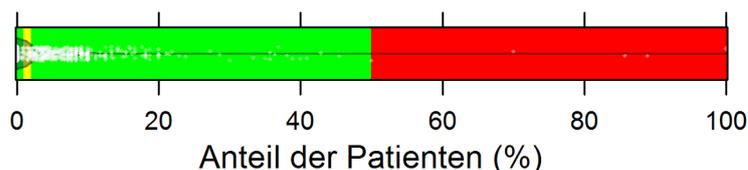


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 1.196 von 93.723 berücksichtigten Patienten (1,3%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 2.827 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). Das Qualitätsziel wurde in 100% von diesen Praxen erreicht.



Kommentar

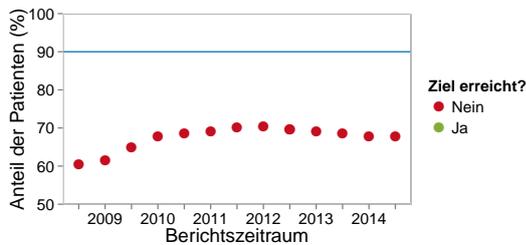
Wie beim Qualitätsziel „notfallmäßige stationäre Behandlungen“ wurde das Auftreten von Exazerbationen unter den DMP-Patienten deutlich überschätzt. Mit der nächsten Aktualisierung des DMP ist vorgesehen, dieser Indikator zu verschärfen.

8.4. Überprüfung der Inhalationstechnik

Qualitätsziel: Die Inhalationstechnik soll bei mindestens 90% der Patienten überprüft werden.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

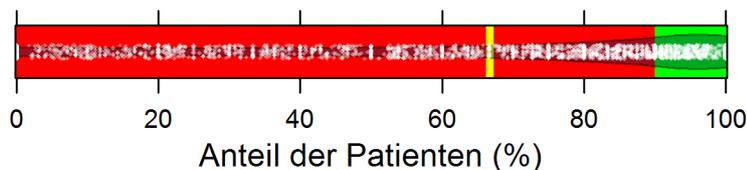


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 63.594 von 93.723 berücksichtigten Patienten (68%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 2.827 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 36% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Eine gute Inhalationstechnik ist bei inhalativen Wirkstoffen unentbehrlich. Aus diesem Grund soll die Inhalationstechnik in regelmäßigen Abständen überprüft werden. Aktuell wird das Qualitätsziel in Höhe von 90% nicht erreicht. Seit 2008 ist jedoch der Anteil der Patienten mit Überprüfung der Inhalationstechnik von 60% auf 68% gestiegen.

Berücksichtigt werden alle Patienten im DMP COPD, auch Patienten ohne inhalative Medikation. Dies führt zu einer Unterschätzung des Indikators, da laut der DMP-Dokumentation ca. 8% der Patienten nicht medikamentös behandelt werden. Auch mit entsprechender Korrektur kann aber das Ziel nicht erreicht werden.

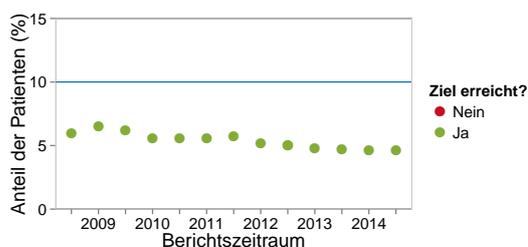
Die Verteilung der Ergebnisse zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Praxen. Aktuell erreichen über ein Drittel der Praxen das Qualitätsziel. Dagegen wurde in ca. 150 Praxen keine einzige Überprüfung der Inhalationstechnik dokumentiert. Aus diesem Grunde erwägt die Gemeinsame Einrichtung, die Überprüfung der Inhalationstechnik erneut in den Fokus zu bringen.

8.5. Systemische Glukokortikosteroide

Qualitätsziel: Höchstens 10% der Patienten sollen über zwei oder mehr aufeinanderfolgende Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide (OCS) verordnet werden.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

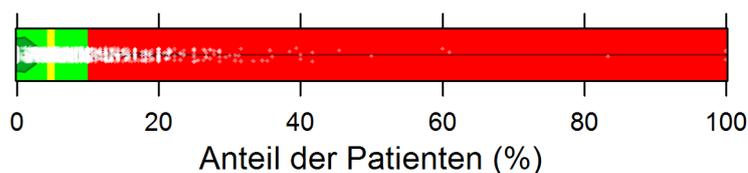


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 4.279 von 93.723 berücksichtigten Patienten (4,6%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 2.827 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patienten (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 86% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Eine Langzeit-Therapie mit oralen Glukokortikosteroiden wird generell nicht empfohlen [20, §5]. Für die Analyse des Qualitätsziels wird eine Verordnung über mindestens zwei Dokumentationen als „Langzeit-Therapie“ betrachtet. Obwohl diese Gleichsetzung nur annäherungsweise gilt (zum Beispiel könnten auch zwei Kurzzeit-Therapien im Laufe eines Jahres als „Langzeit-Therapie“ gewertet werden), sollen anhand dieses Indikators die Patienten ermittelt werden, für die gegebenenfalls eine Therapieumstellung notwendig ist. Anhand der Auflistung solcher Patienten im Feedbackbericht hat der koordinierende Arzt selbst zu entscheiden, wo Handlungsbedarf besteht.

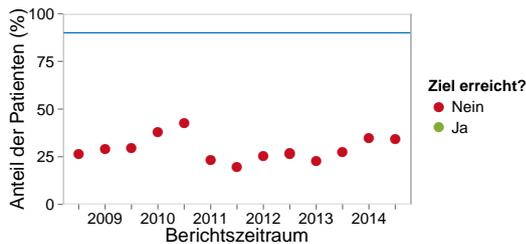
Eine weitere Verzerrung entsteht durch die Berücksichtigung aller eingeschriebenen Patienten. Da für die Beurteilung des Indikators zwei aufeinander folgende Dokumentationen benötigt werden, dürften diejenigen Patienten mit nur einer aktuellen Dokumentation nicht berücksichtigt werden. Somit wird der Indikator aktuell um ca. 0,5% zu niedrig geschätzt.

8.6. Überweisung zum Facharzt

Qualitätsziel: Bei Beginn der Verordnung systemischer Glukokortikosteroide (OCS) in Dauertherapie sollen mindestens 90% der betroffenen Patienten zum Facharzt überwiesen werden.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit Verordnung von systemischen Glukokortikosteroiden in den letzten zwei Dokumentationen, nicht jedoch in der vorangegangenen Dokumentation.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

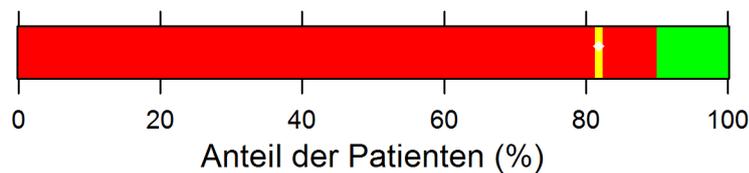


Ergebnis für das 2. Halbjahr 2014:

Mit 160 von 469 berücksichtigten Patienten (34%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

In nur einer Praxis konnten zehn oder mehr Patienten berücksichtigt werden. Diese Praxis hat das Ziel nicht erreicht.



Kommentar

Eine Langzeit-Therapie mit systemischen Glukokortikosteroiden ist nur bei Patienten mit einer Asthmakomponente zu erwägen [20, S. 43]. Aufgrund der potentiell schwerwiegenden Nebenwirkungen ist bei Beginn einer Dauertherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden eine Überweisung zum Facharzt erforderlich.

Bei der Identifikation der Patienten in Dauertherapie gelten die gleichen einschränkenden Überlegungen wie beim Qualitätsziel „Systemische Glukokortikosteroide“. Hinzu kommen weitere Annahmen über den Zeitpunkt der Überweisung und die Identifikation des Therapiebeginns (z.B. keine Verordnung in der vorletzten Dokumentation), welche die Unsicherheit des Messwertes noch weiter erhöhen.

Der Indikator ist daher nur näherungsweise korrekt, erfüllt jedoch seinen Zweck, kritische Patienten für den Arzt im DMP-Feedbackbericht hervorzuheben. Aufgrund der geringen Fallzahlen und der geschilderten Berechnungsprobleme ist eine Interpretation des Qualitätsziels auf Bayernebene nicht sinnvoll möglich.

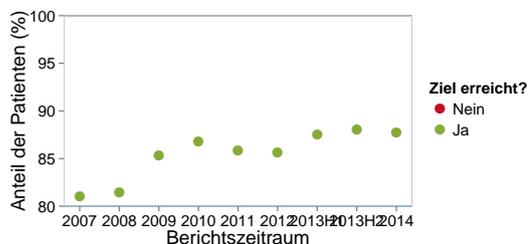
9. Brustkrebs

9.1. Brusterhaltende Therapie

Qualitätsziel: Mindestens 70% der berücksichtigten Patientinnen sollen brusterhaltend operiert werden.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle eingeschriebenen Patientinnen mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs im Stadium pT1, bei denen eine operative Behandlung erfolgt ist.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

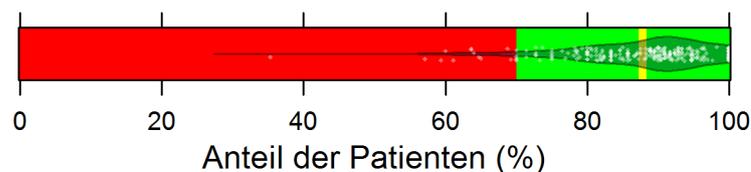


Ergebnis für das Jahr 2014:

Mit 6.820 von 7.774 berücksichtigten Patientinnen (88%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 268 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patientinnen (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 96% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

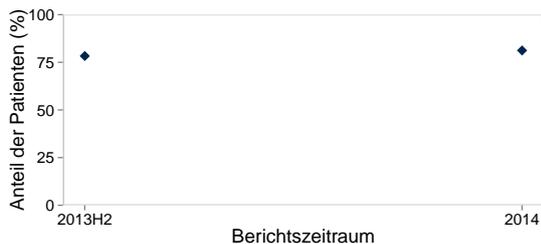
Bei Patientinnen mit Tumor im Stadium pT1 ist eine brusterhaltende Therapie zu bevorzugen [14]. Da diese jedoch nicht immer möglich ist, wurde ein Zielwert von 80% definiert. Das Qualitätsziel wird erreicht und der Anteil der brusterhaltend operierten Patientinnen ist seit 2008 von 81% auf 88% gestiegen.

9.2. Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Qualitätsziel: Eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie soll bei einem angemessenen Anteil der berücksichtigten Patientinnen durchgeführt werden.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle eingeschriebenen Patientinnen mit invasivem Tumor oder kontralateralem Brustkrebs, bei denen eine operative Behandlung einschließlich Erhebung des Nodalsstatus erfolgt ist. Patientinnen mit präoperativer oder neoadjuvanter Therapie werden nicht berücksichtigt.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

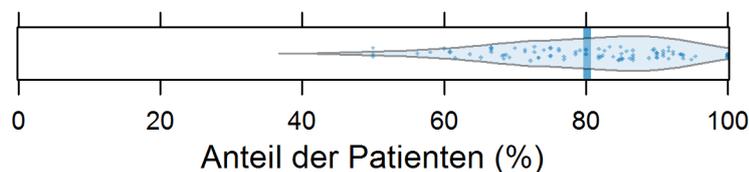


Ergebnis für das Jahr 2014:

2.524 von 3.107 berücksichtigten Patientinnen (81%)

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Zu diesem Qualitätsziel wurde kein Zielwert vereinbart.



Kommentar

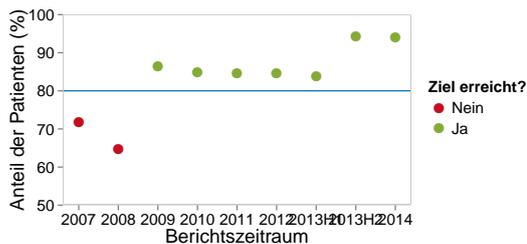
Das Qualitätsziel „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ wurde mit der Vertragsänderung zum 1.7.2013 neu aufgenommen. Die Sentinel-Lymphknoten haben die höchste Wahrscheinlichkeit für eine Metastasierung und werden daher entnommen und untersucht. Bei negativem Befund kann auf die Entfernung von weiteren Lymphknoten verzichtet werden. Da bei der Entscheidung für oder gegen eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie viele Faktoren zu berücksichtigen sind, wird auf die Vorgabe eines Zielwerts verzichtet.

9.3. Nachbestrahlung nach brusterhaltender Therapie

Qualitätsziel: Mindestens 80% der berücksichtigten Patientinnen sollen eine Strahlentherapie erhalten und diese regulär abschließen.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle eingeschriebenen Patientinnen mit invasivem Tumor oder kontralateralem Brustkrebs, bei denen eine brusterhaltende Operation erfolgt ist und bei denen mindestens eine Folgedokumentation vorliegt.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



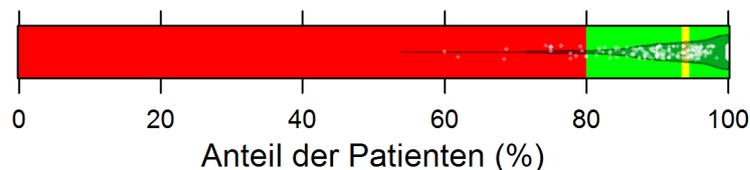
Ergebnis für das Jahr 2014:

Mit 8.434 von 8.977 berücksichtigten Patientinnen (94%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Hinweis: Ab 2009 wird ein Auswertungsalgorithmus angewendet, der gegenüber dem im Vertrag beschriebenen Algorithmus bewusst modifiziert ist. Die Beschränkung auf Patientinnen mit einer Folgedokumentation, die mindestens vier Monate nach der Einschreibung erstellt wurde, stellt sicher, dass ausreichende Informationen über den Verlauf der Behandlung vorliegen: Die Nachbestrahlung ist – sofern sie erfolgt – in der Regel spätestens nach vier Monaten abgeschlossen.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 296 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patientinnen (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 95% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Eine Nachbestrahlung des verbliebenden Brustgewebes ist nach brusterhaltender Therapie grundsätzlich indiziert. Das Qualitätsziel fordert, dass diese bei mindestens 80% der Patientinnen erfolgt. Der Zielwert berücksichtigt die Tatsache, dass die Nachbestrahlung aus nicht vom Arzt zu verantwortenden Gründen nicht immer begonnen und regulär abgeschlossen werden kann (zum Beispiel aufgrund von Nebenwirkungen).

Die sprunghaften Veränderungen im Jahr 2009 sowie im zweiten Halbjahr 2013 sind die Folge von Änderungen im Berechnungsalgorithmus. Unter Berücksichtigung dieses Effekts ist im Zeitverlauf keine eindeutige Entwicklung erkennbar. Die Verteilung unter den Praxen zeigt jedoch, dass das Qualitätsziel von den allermeisten Praxen mit deutlichem Abstand erreicht wird.

9.4. Bestimmung des Her2/neu-Status

Qualitätsziel: Der Her2/neu-Status soll bei mindestens 95% der berücksichtigten Patienten bestimmt werden.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle eingeschriebenen Patientinnen mit invasivem Tumor oder kontralateralem Brustkrebs, bei denen eine operative Behandlung erfolgt ist.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

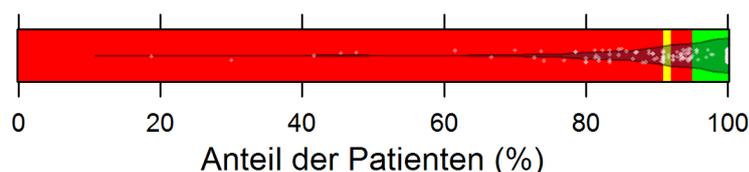


Ergebnis für das Jahr 2014:

Mit 4.169 von 4.599 berücksichtigten Patientinnen (91%) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 155 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patientinnen (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 46% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

Mit der Vertragsänderung zum 1.7.2013 wurden zwei neue Qualitätsziele zur adjuvanten Trastuzumab-Therapie aufgenommen. Her2/neu ist ein Wachstumsfaktor-Rezeptor, dessen Überexpression mit einem erhöhten Risiko für Rezidive und so mit einer Reduktion der Überlebenszeit verbunden ist. Die Trastuzumab-Therapie hat eine hemmende Wirkung und verbessert die Prognose. Die Bestimmung des Her2/neu-Status bildet daher die Grundlage für diese Therapieentscheidung und ist bei möglichst allen Patientinnen mit invasivem Tumor oder kontralateralem Brustkrebs und operativer Therapie durchzuführen.

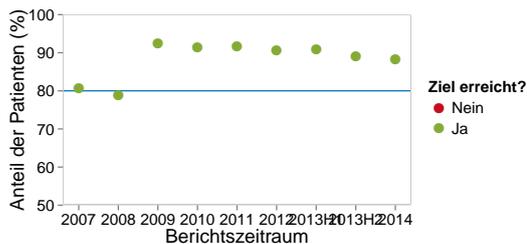
Das Qualitätsziel mit Zielvorgabe 95% wird in Bayern verfehlt: Im zweiten Halbjahr 2013 wurde der Her2/neu-Status bei 89% der berücksichtigten Patientinnen bestimmt. Die Gründe hierfür sind noch unbekannt.

9.5. Adjuvante endokrine Therapie

Qualitätsziel: Eine adjuvante endokrine Therapie soll bei mindestens 80% der berücksichtigten Patienten noch andauernd oder regulär abgeschlossen sein.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle eingeschriebenen Patientinnen mit hormonrezeptorpositivem, invasivem Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs, bei denen eine operative Behandlung erfolgt ist und bei denen mindestens eine Folgedokumentation vorliegt.

Zeitlicher Mittelwertverlauf



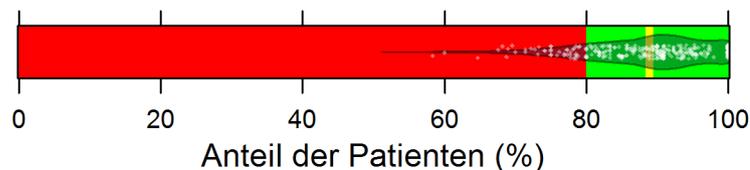
Ergebnis für das Jahr 2014:

Mit 8.541 von 9.667 berücksichtigten Patientinnen (88%) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Hinweis: Ab 2009 wird ein Auswertungsalgorithmus angewendet, der gegenüber dem im Vertrag beschriebenen Algorithmus bewusst modifiziert ist. Die Beschränkung auf Patientinnen mit einer Folgedokumentation, die mindestens fünf Monate nach der Einschreibung erstellt wurde, stellt sicher, dass ausreichende Informationen über den Verlauf der Behandlung vorliegen: Die adjuvante endokrine Therapie wird in der Regel spätestens fünf Monate nach der Operation begonnen.

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Auswertung des Qualitätsziels in 307 Praxen mit mindestens zehn berücksichtigten Patientinnen (siehe Lesehilfe auf Seite 14). 86% der Praxen haben das Qualitätsziel erreicht.



Kommentar

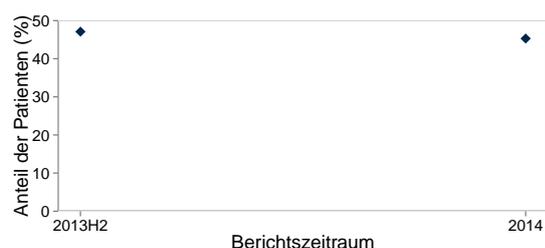
Eine adjuvante endokrine Therapie ist bei allen Patientinnen mit erhöhtem Risiko und rezeptorpositivem Befund zu erwägen [14]. Die Therapie wird über mehrere Jahre durchgeführt. Vor diesem Hintergrund fordert das Qualitätsziel, dass bei mindestens 80% der berücksichtigten Patientinnen eine endokrine Therapie noch andauert oder regulär abgeschlossen ist. Das Ziel wird in ca. 90% der Praxen erreicht.

9.6. Adjuvante Trastuzumab-Therapie

Qualitätsziel: Eine Trastuzumab-Therapie soll bei einem angemessenen Anteil der berücksichtigten Patientinnen noch andauernd oder regulär abgeschlossen sein.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle eingeschriebenen Patientinnen mit Her2/neu-positivem, invasivem Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs mit Lymphknotenbefall, bei denen mindestens eine Folgedokumentation vorliegt.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

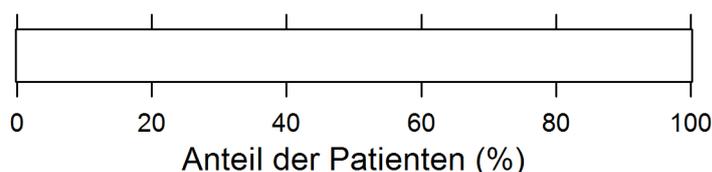


Ergebnis für das Jahr 2014:

96 von 212 berücksichtigten Patientinnen (45%)

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Zu diesem Qualitätsziel wurde kein Zielwert vereinbart.



Kommentar

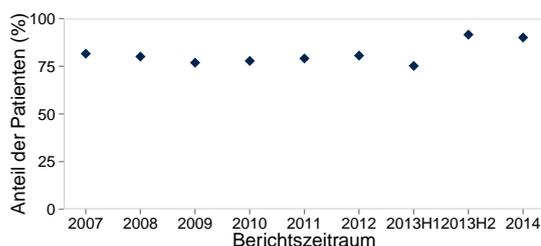
Mit der Vertragsänderung zum 1.7.2013 wurden zwei neue Qualitätsziele zur adjuvanten Trastuzumab-Therapie aufgenommen. Her2/neu ist ein Wachstumsfaktor-Rezeptor, dessen Überexpression mit einem erhöhten Risiko für Rezidive und so mit einer Reduktion der Überlebenszeit verbunden ist. Die Trastuzumab-Therapie hat eine hemmende Wirkung und verbessert die Prognose. Obwohl die Evidenzlage keine konkrete Zielvorgabe ermöglicht, ist die Trastuzumab-Therapie bei allen Patientinnen mit Her2/neu-positivem, invasivem Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs und mit zusätzlichem Lymphknotenbefall in Erwägung zu ziehen, sofern keine Kontraindikationen dafür vorliegen.

9.7. Adjuvante Chemotherapie

Qualitätsziel: Eine adjuvante Chemotherapie soll bei einem angemessenen Anteil der berücksichtigten Patienten noch andauernd oder regulär abgeschlossen sein.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle eingeschriebenen Patientinnen mit hormonrezeptornegativem, invasivem Primärtumor oder kontralateralem Brustkrebs mit Lymphknotenbefall, bei denen eine operative Behandlung erfolgt ist und bei denen mindestens eine Folgedokumentation vorliegt.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

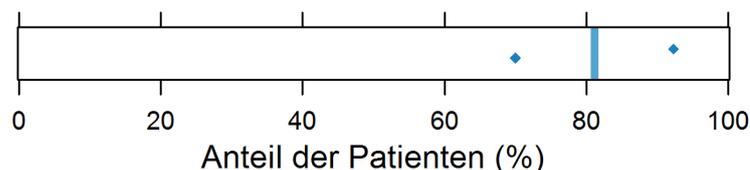


Ergebnis für das Jahr 2014:

426 von 473 berücksichtigten Patientinnen (90%)

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Zu diesem Qualitätsziel wurde kein Zielwert vereinbart.



Kommentar

Eine adjuvante Chemotherapie ist bei allen Patientinnen mit erhöhtem Risiko und rezeptornegativem Befund zu erwägen, vor allem, weil eine endokrine Therapie nicht effektiv ist [14]. Hierzu wurde jedoch kein Zielwert festgelegt, da die Durchführung einer Chemotherapie in hohem Maße von patientenabhängigen Faktoren (zum Beispiel Ablehnung der Therapie oder aufgrund von Nebenwirkungen) abhängig ist.

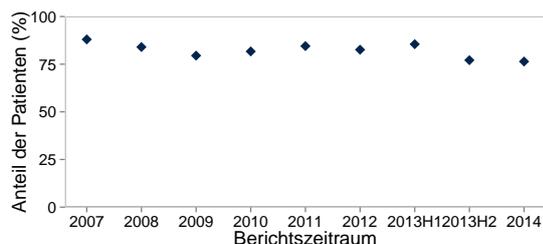
Bei über 90% der berücksichtigten Patientinnen wird aktuell eine noch andauernde oder regulär abgeschlossene Chemotherapie dokumentiert. Der Berechnungsalgorithmus wurde ab dem zweiten Halbjahr 2013 angepasst, sodass nur Patientinnen mit Folgedokumentation berücksichtigt werden. Diese Anpassung war in den vorangegangenen bayerischen Qualitätsberichten angeregt worden und erhöht die Aussagekraft der Auswertung.

9.8. Bisphosphonat-Therapie

Qualitätsziel: Eine Bisphosphonat-Therapie soll bei einem angemessenen Anteil der berücksichtigten Patientinnen erfolgen.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle eingeschriebenen Patientinnen mit Knochenmetastasen ohne Kontraindikation gegen Bisphosphonate.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

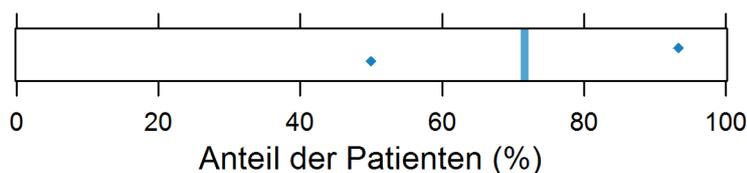


Ergebnis für das Jahr 2014:

311 von 407 berücksichtigten Patientinnen (76%)

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Zu diesem Qualitätsziel wurde kein Zielwert vereinbart.



Kommentar

Bei Patientinnen mit Knochenmetastasen ist eine Bisphosphonat-Therapie grundsätzlich indiziert. Dabei ist aber auch zu berücksichtigen, dass die betroffenen Patientinnen sich oft in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium befinden, so dass eine Bisphosphonat-Therapie medizinisch nicht mehr sinnvoll ist. Auch aus diesem Grund wurde kein Zielwert festgelegt. Im Rahmen des DMP erhält ein hoher Anteil der Patientinnen mit Knochenmetastasen eine Bisphosphonat-Therapie. Der Anzahl der Patientinnen mit dokumentierten Knochenmetastasen ist gering – im Jahr 2013 waren es 353 Patientinnen, im Jahr 2012 nur 178 Patientinnen.

9.9. Lymphödem

Qualitätsziel: Lymphödeme sollen bei einem niedrigen Anteil der berücksichtigten Patienten vorkommen.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle mit invasivem Tumor oder kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen bei denen eine operative Behandlung erfolgt ist.

Zeitlicher Mittelwertverlauf

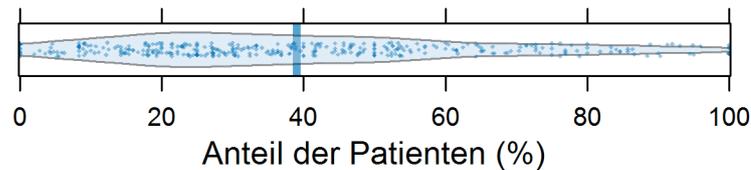


Ergebnis für das Jahr 2014:

5.011 von 12.934 berücksichtigten Patientinnen (39%)

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Zu diesem Qualitätsziel wurde kein Zielwert vereinbart.



Kommentar

Das Qualitätsziel „Lymphödem“ wurde mit der Vertragsänderung zum 1.7.2013 eingeführt. Es handelt sich um eine Komplikation der operativen Behandlung bzw. der Strahlentherapie. Die Entfernung von Lymphknoten und ggf. auch deren Bestrahlung führt zu einer Störung des Lymphgefäßsystems und so zu einer Flüssigkeitsansammlung im Gewebe von Brustwand, Arm, Hand oder Finger. Eine frühzeitige ärztliche Therapie ist notwendig, um einen Abbau der Flüssigkeit einzuleiten und die Gefahr einer bakteriellen Entzündung vorzubeugen.

Lymphödeme sind bei ca. 40% aller Patienten mit operativer Behandlung dokumentiert. Auffällig ist die erhebliche Variation unter den Praxen, wobei unklar ist, ob Versorgungsunterschiede tatsächlich vorliegen. Problematisch ist zum Beispiel, dass bei der Berechnung des Indikators alle Patientinnen berücksichtigt werden, unabhängig von der Zeit zwischen operativer Behandlung und Dokumentation. Eine Patientin, die vor mehreren Jahren ein Lymphödem hatte, aktuell aber mit „Lymphödem : Nein“ dokumentiert wird, gilt als Patientin ohne Lymphödem. Diese Ungenauigkeit bei der Spezifikation führt potenziell zu einer Verzerrung des Indikators und trägt möglicherweise auch zur breiten Streuung bei.

Literaturverzeichnis

- [1] Szecsenyi, J *et al.*. Evaluation des DMP Diabetes mellitus Typ 2 im Rahmen der ELSID-Studie: Abschlussbericht für den AOK-Bundesverband. Abschlussbericht, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, 2012.
Internet: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/evaluation/elsid/index.html>
- [2] Linder, R *et al.*. Nutzen und Effizienz des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2. *Dtsch Arztebl Int*, 2011 (108(10)): 155–62, 2011. doi:10.3238/arztebl.2011.0155.
Internet: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=81178>
- [3] Fuchs, S *et al.*. Disease management programs for type 2 diabetes in Germany-a systematic literature review evaluating effectiveness. *Deutsches Aerzteblatt Online*, 111 (26): 453–63, 2014. ISSN 1866-0452. doi:10.3238/arztebl.2014.0453.
Internet: <http://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2014.0453>
- [4] Qualitätsbericht 2013: Disease-Management-Programme in Bayern. Bericht, Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern, München, 2014.
Internet: <http://www.ge-dmp-bayern.de>
- [5] Lauterbach, KW *et al.*. Disease Management in Deutschland–Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation. Gutachten, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Köln, 2001.
Internet: <http://www.uk-koeln.de/kai/igmg/guta/GutachtenDMP.pdf>
- [6] Espinosa, AL. Availability of health data: requirements and solutions. *International Journal of Medical Informatics*, 49 (1): 97–104, 1998. ISSN 1386-5056. doi:16/S1386-5056(98)00016-1.
Internet: [http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056\(98\)00016-1/](http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056(98)00016-1/)
- [7] Rector, AL. Clinical terminology: Why is it so hard. In *Methods of Information in Medicine*, 239–252. 1999. doi:10.1.1.101.6701.
Internet: <http://www.schattauer.de/en/magazine/subject-areas/journals-a-z/methods/contents/archive/issue/715/manuscript/79.html>
- [8] de Lusignan, S *et al.*. Routinely-collected general practice data are complex, but with systematic processing can be used for quality improvement and research. *Informatics in Primary Care*, 14 (1): 59–66, 2006. ISSN 1476-0320. PMID: 16848968.
Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16848968>
- [9] Hagen, B *et al.*. Qualitätssicherungsbericht 2011 Disease-Management-Programme in Nordrhein. Bericht, Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung, Düsseldorf, 2011.
Internet: http://www.kvno.de/downloads/quali/qualbe_dmp11.pdf
- [10] und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland eV(Hrsg)., RKIH. Krebs in Deutschland 2011/2012. Bericht, 2015.

Literaturverzeichnis

Internet: http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/krebs_in_deutschland_node.html

- [11] van den Toorn, LM *et al.*. Asthma remission: does it exist? *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 9 (1): 15–20, 2003. ISSN 1070-5287. PMID: 12476079.
Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12476079>
- [12] Roel, E *et al.*. Why are some children with early onset of asthma getting better over the years? - Diagnostic failure or salutogenetic factors. 6 (6): 348–357, 2009. PMID: 19946605
PMCID: 2781175.
- [13] Hintze, J und Nelson, R. Violin plots: a box plot-density trace synergism. *American Statistician*, 52 (2): 181–184, 1998.
- [14] Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme. Bericht.
Internet: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/dmp/>
- [15] Qualitätsbericht 2010: Disease-Management-Programme in Bayern. Bericht, Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern, München, 2011.
Internet: <http://www.ge-dmp-bayern.de>
- [16] Qualitätsbericht 2012: Disease-Management-Programme in Bayern. Bericht, Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern, München, 2013.
Internet: <http://www.ge-dmp-bayern.de>
- [17] Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK (Langfassung). Bericht, Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien, Berlin, 2011.
Internet: <http://khk.versorgungsleitlinien.de>
- [18] Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz (Langfassung). Bericht, Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien, Berlin, 2011.
Internet: <http://herzinsuffizienz.versorgungsleitlinien.de>
- [19] Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma (Langfassung). Bericht, Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien, Berlin, 2011.
Internet: <http://asthma.versorgungsleitlinien.de>
- [20] Nationale VersorgungsLeitlinie COPD (Langfassung). Bericht, Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien, Berlin, 2011.
Internet: <http://copd.versorgungsleitlinien.de>

