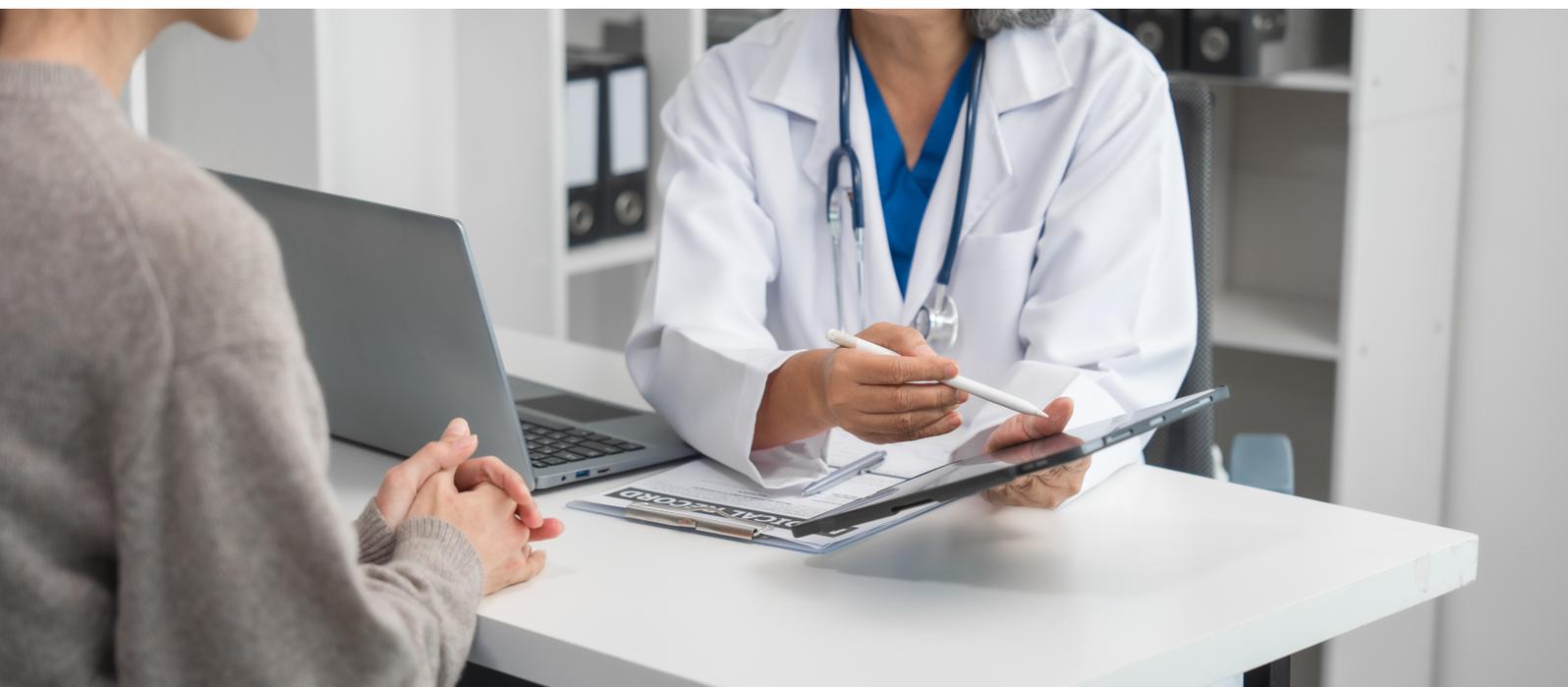


Qualitätsbericht: Disease Management Programme in Bayern

Berichtsjahr: 2023



Contents

Über diesen Bericht	1
1 Zusammenfassung	2
2 Disease Management Programme	4
3 Qualitätssicherung in den DMP	8
4 Beschreibung des Teilnehmerkollektivs	12
5 Entwicklung der Teilnehmerzahlen	14
Auswertung der Qualitätsziele	22
6 Qualitätsziele im DMP	22
7 DMP Diabetes mellitus Typ 2	25
8 DMP Diabetes mellitus Typ 1	57
9 DMP Koronare Herzkrankheit	79
10 DMP Asthma bronchiale	101
11 DMP COPD	123
12 DMP Brustkrebs	147

Über diesen Bericht

Disease Management Programme (DMP) strukturieren die Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. Sie unterliegen einer umfassenden Qualitätssicherung und stellen so eine hochwertige Versorgung nach aktuellen Leitlinienempfehlungen sicher.

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

Mit diesem Bericht stellen die Gemeinsamen Einrichtungen DMP Bayern umfassende Informationen und Analysen über die Versorgung von Patienten im Rahmen der bayerischen DMP bereit. Der Bericht ist wie folgt gegliedert:

1. **Grundlagen der DMP in Bayern**
Allgemeine Informationen über die DMP
2. **Kennzahlen zu den DMP in Bayern**
Teilnehmerzahlen und Beschreibung des Patientenkollektivs
3. **Schwerpunktthemen**
Detaillierte Analysen mit dem Ziel, die Realität der Versorgung zu beschreiben und Maßnahmen für die Weiterentwicklung der DMP zu identifizieren
4. **Auswertung der Qualitätsziele**
Kommentierte Analyse der im DMP-Vertrag festgelegten Qualitätsziele

Die wichtigsten Themen und Ergebnisse des Berichtes werden in der nachfolgenden Zusammenfassung vorgestellt.

1 Zusammenfassung

Disease Management Programme (DMP) sind Qualitätsprogramme. Durch die Förderung einer leitliniengerechten Versorgung unter aktiver Mitwirkung von Ärzten und Patienten soll der Gesundheitszustand chronisch kranker Patienten kontinuierlich und nachweisbar verbessert werden. In Bayern nahmen im Jahr 2023 beinahe 1.000.000 Patienten an einem oder mehreren DMP teil, davon ca. 600.000 Patienten am DMP Diabetes mellitus Typ 2. Somit haben diese strukturierten Behandlungsprogramme eine erhebliche Bedeutung für die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung in Bayern.

Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bayern bzw. der Gemeinsamen Einrichtung DMP Brustkrebs Bayern (GE) ist es, die ca. 9.500 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.

Das Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität verfolgen die Gemeinsamen Einrichtungen DMP Bayern in erster Linie durch die Analyse von Versorgungsdaten und die gezielte Kommunikation der Ergebnisse an die teilnehmenden Ärzte, an die Vertragspartner in Bayern und an die DMP-Verantwortlichen auf Bundesebene. Sie stellen so eine objektive Grundlage für ein sich stetig fortentwickelndes Qualitätsmanagement und eine bedarfsorientierte Weiterentwicklung der Programme dar. Denn die Gemeinsamen Einrichtungen sind der Ansicht, dass eine Qualitätsverbesserung nur durch einen verantwortungsvollen Umgang mit den vorliegenden Daten möglich ist. Die am DMP beteiligten Institutionen und Ärzte haben zu prüfen, welche konkreten Maßnahmen erforderlich sind.

Weiterentwicklung des ärztlichen Feedbacks

Schwerpunkt der Aktivitäten der GE in den vergangenen Jahren war die Weiterentwicklung des ärztlichen Feedbacks. Der halbjährlich erstellte Feedbackbericht ist das wichtigste Instrument der GE für die Förderung einer leitliniengerechten Behandlung in den DMP. Einerseits werden die in den DMP festgelegten Ziele für die koordinierenden Ärzte erläutert. Andererseits unterstützt die praxisindividuelle Auswertung der DMP-Dokumentationsdaten den Arzt bei der Identifikation von Patienten mit Handlungsbedarf und bei der kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität. Um diese Plattform für die Einführung von weiteren DMP zu stärken, hat die GE sowohl das Datenmanagement als auch die Struktur des Berichts vollständig überarbeitet. Denn mit der Einführung von weiteren DMP droht die Informationsflut zu eskalieren. Hatten die Praxen früher je Indikation einen separaten Bericht erhalten – bei den meisten Praxen drei oder vier Berichte – wird jetzt ein einziger indikationsübergreifender Feedbackbericht für die koordinierenden Ärzte bereitgestellt. Die Übersichtlichkeit des Feedbacks wird erhöht und gleichzeitig der Aufwand für die GE und für den Arzt reduziert. Zusatzanalysen, wie etwa eine Analyse der endokrinen Therapiedauer im DMP Brustkrebs, können problemlos bereitgestellt werden. Auf dieser Grundlage wird die GE auch zukünftig bauen, um ein aktives Qualitätsmanagement im Rahmen der DMP weiter zu fördern.

Entwicklung der Teilnehmerzahlen

Insgesamt kann bei allen DMP Programmen ein Anstieg der Neueinschreibungen (gemessen an der Anzahl der von den DMP koordinierenden Ärzte eingereichten Erstdokumentation) nach der Corona-Pandemie festgestellt werden. Der bedeutsame Rückgang der DMP COPD Teilnehmer während der Corona-Pandemie wurde ab dem 2. Halbjahr 2022 deutlich verringert.

Auswertung der Qualitätsziele

Die mittlerweile 74 im DMP vereinbarten Qualitätsziele werden systematisch ausgewertet und kommentiert. Die Darstellung der zeitlichen Entwicklung in Bayern sowie der Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen bildet die Grundlage für die Bewertung der Zielerreichung in den DMP. Auffälligkeiten werden genauer untersucht, um zum Beispiel zwischen Versorgungsrealität und Artefakten der periodisch angepassten Dokumentation unterscheiden zu können. Somit entsteht ein zuverlässiges Referenzwerk für die Auswertung und die Interpretation der Qualitätsziele.

Fazit

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

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

Ausblick

Die auf Bundesebene anvisierte Einführung von weiteren DMP – an erster Stelle für Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz – stellt neue Herausforderungen für das Qualitätsmanagement im DMP dar. Gleichzeitig werden die bestehenden Programme weiterentwickelt um stets dem aktuellen Stand der Medizin gerecht zu werden. Die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern und die Gemeinsame Einrichtung DMP Brustkrebs Bayern werden diese Entwicklungen begleiten, um eine optimale Umsetzung der DMP in Bayern zu gewährleisten.

2 Disease Management Programme

Disease Management Programme sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, die sich auf die Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin stützen.

Die DMP verfolgen folgende Ziele:

- Folgeerkrankungen sollen durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung und Behandlung vermieden werden.
- Haus- und Fachärzte sowie Krankenhäuser sollen koordiniert zusammenarbeiten.
- Die Therapieschritte sollen nach wissenschaftlich gesichertem medizinischen Wissensstand aufeinander abgestimmt werden. Dadurch soll eine Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden und mittelfristig die Leistungsausgaben der Krankenkasse gesenkt werden.
- Der Patient soll durch Aufklärung und Schulung zu seiner Gesunderhaltung selbst beitragen.

Im Folgenden wird die Entwicklung der Versorgung chronisch kranker Patienten in Bayern, das Patientenkollektiv, der bayernspezifische Teil des Datenflusses und die in Bayern betriebene Qualitätssicherung der Daten beschrieben.

Ausführlichere Informationen zu den überregional gültigen gesetzlichen und administrativen Grundlagen befinden sich unter anderem auf den Webseiten des Bundesamts für Soziale Sicherung oder des Gemeinsamen Bundesausschusses. Sie sind nicht Gegenstand des Berichts.

2.1 Die Entwicklung der Versorgung chronisch kranker Patienten in Bayern

Chronische Krankheiten wie Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und COPD sowie Brustkrebs verursachen hohe Kosten im Gesundheitswesen. Die Zahl der Erkrankten steigt stetig an. Dies ist unter anderem auf die demografische Entwicklung, die Vorverlagerung des Diagnosezeitpunktes und die Verbesserung der Überlebenseaussichten zurückzuführen.

Dies trifft vor allem auf die hoch entwickelten Industrienationen zu, wobei Bewegungsmangel, Übergewicht und ungesunde Lebensweise maßgebliche Einflussfaktoren für das Entstehen der meisten chronischen Krankheiten sind. Das Heimtückische an chronischen Erkrankungen ist, dass sie oft jahrelang ohne größere Beschwerden zu verursachen fortschreiten und bei Diagnosestellung häufig schon Organe massiv geschädigt sind. Dialysepflichtige Niereninsuffizienz, starker Sehverlust bis hin zur Blindheit, Fußamputationen und Koronare Herzerkrankung bis hin zum Herzinfarkt sind zum Beispiel häufige Folgeerscheinungen bei Diabetes mellitus und verkürzen die Lebenserwartung und -qualität der betroffenen Patienten.

Bereits in den 1990er-Jahren wurden in Bayern Vereinbarungen zur Betreuung von Diabetes-Patienten mit außerbudgetären Zusatzvergütungen abgeschlossen. Im Bereich Asthma wurden Schulungen außerhalb des EBM-Katalogs angeboten, um die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Eine Flächendeckung war nicht immer gegeben. Außerdem fehlten strukturierte, valide Dokumentationen und die Evaluation. Eine Qualitätssicherung und die zielgerichtete Steuerung der Versorgung chronisch kranker Patienten war deshalb häufig nicht umsetzbar.

2 Disease Management Programme

Der Gesetzgeber hat sich 2001 dazu entschlossen, durch DMP eine zentrale ärztliche Koordinierung der Behandlung der chronisch kranken Patienten zu erreichen. Kernpunkte sind die aktive Mitarbeit des Patienten und die regelmäßigen Kontrollen durch einen sogenannten Koordinationsarzt, der Diagnostik wie Behandlung sinnvoll für die Patienten koordiniert, die Ergebnisse der verschiedenen Fachdisziplinen zusammenführt und dadurch eine gewisse Richtschnur vorgibt. Die Krankenkassen informieren dabei die Patienten und unterstützen sie auf dem Behandlungspfad.

Durch das "Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung" wurde mit Wirkung zum 01.01.2002 die Grundlage für die DMP in Deutschland geschaffen. Der damalige Koordinierungsausschuss (heute Gemeinsamer Bundesausschuss; G-BA) hatte hierzu die formalen Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme festgelegt. Auslöser für die Entwicklung der bundesweiten DMP war das "Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" aus dem Jahr 2000/2001. Die Experten hatten eine erhebliche Unter-, Fehl- und Überversorgung der Bevölkerung erkannt.

Zunächst wurden ab 01.07.2002 DMP für die Diagnosen Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs bestimmt und die Anforderung für die Zulassung sowie die Durchführung dieser DMP festgelegt. Die Auswahl der geeigneten Krankheitsbilder und die Anforderung an die Durchführung und Evaluation der DMP wurden verbindlich und einheitlich geregelt. Mittlerweile sind für folgende Krankheitsbilder strukturierte Behandlungsprogramme eingeführt und werden in Bayern auch umfassend umgesetzt:

- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Diabetes mellitus Typ 1
- Asthma bronchiale
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

In der Anfangsphase der DMP wurde die Teilnahme der Patienten am DMP an den Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Krankenkassen gekoppelt. Krankenkassen mit einem hohen Anteil an besonders kostenintensiven, chronisch kranken Patienten sollten gegenüber Krankenkassen mit einem geringen Anteil nicht benachteiligt sein. Die Regelung hatte starke Auswirkungen auf die flächendeckende Verbreitung der DMP: Obwohl nahezu ein Nullsummenspiel, führte diese Kopplung dazu, dass sowohl Krankenkassen, die von der Regelung profitierten, als auch Krankenkassen, die den Ausgleich zahlen mussten, die DMP förderten. Erstere strebten einen möglichst umfassenden Ausgleich an, letztere konnten durch eine möglichst hohe DMP-Teilnahmequote zumindest die Höhe der Ausgleichszahlungen reduzieren.

Als der Gesundheitsfonds in Verbindung mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich eingeführt wurde, stand auch zum 01.01.2009 gleichzeitig ein differenzierterer, an der Morbidität orientierter Algorithmus für die Berechnung des Risikostrukturausgleiches zwischen den Krankenkassen zur Verfügung, so dass der ursprüngliche Ausgleich von den DMP entkoppelt werden konnte. Stattdessen wurde eine durchschnittlich kostendeckende Programmkostenpauschale eingeführt. Trotz der Entkoppelung vom Risikostrukturausgleich werden die DMP von allen Beteiligten weitergeführt. Nachdem in Bayern alle DMP flächendeckend eingeführt und alle Prozesse etabliert waren, richtete sich das Interesse immer mehr darauf, wie unter Nutzung der Dokumentationsdaten die Versorgungsqualität chronisch Kranker verbessert werden kann.

Unabhängig von der finanzpolitischen Interessenslage der Beteiligten sind die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Teilnahme eines Versicherten an einem DMP schon immer durch Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB), die über die Behandlung des Arztes hinausgehen, klar definiert, nämlich:

2 Disease Management Programme

- die nötige, umfassende Information des Versicherten (durch die Krankenkasse)
- die schriftliche und freiwillige Einwilligung zur Teilnahme
- die Einverständniserklärung für die DMP-spezifische Datenerhebung sowie für die Verarbeitung, Nutzung und Weiterleitung dieser Daten

In den gesetzlichen Vorschriften zu DMP ist die Verpflichtung zur Behandlung der DMP-Patienten nach evidenzbasierten Methoden verankert. Evidenzbasiert ist eine Methode dann, wenn deren Wirkung in einer den wissenschaftlichen Ansprüchen genügenden Studie nachgewiesen wurde. Die Behandlung muss nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien stattfinden. Falls keine solche Leitlinien vorhanden sind (weil zum Beispiel die entsprechenden medizinischen Studien noch nicht abgeschlossen sind), kann die Behandlung nach der besten verfügbaren Evidenz vereinbart werden.

In den Bestimmungen sind die Therapieziele und therapeutischen Maßnahmen der einzelnen Programme aufgeführt. Sie sind nicht als Vorschriften, sondern als Handlungsempfehlung zu verstehen. Diese müssen bei der Umsetzung der einzelnen Programme berücksichtigt werden. Auf Basis der deutschlandweit standardisierten Dokumentationsdaten werden die Qualitätsziele und die versicherten- und arztbezogenen Qualitätssicherungsmaßnahmen der DMP bestimmt.

Für die Akkreditierung eines DMP ist es deshalb wichtig, die Qualitätsziele des Programms entsprechend zu definieren und geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung festzulegen. Für die vertragsschließenden DMP-Parteien (in der Regel die Krankenkassen bzw. deren Verbände und die Kassenärztlichen Vereinigungen) heißt das konkret, dass die vereinbarten Qualitätsziele, die den regionalen DMP-Verträgen als Anlagen beiliegen, die Therapieziele der DMP-Anforderungsrichtlinie enthalten müssen. Sie müssen eindeutig und zweifelsfrei formuliert werden und dürfen der DMP-Anforderungsrichtlinie nicht widersprechen.

Die Zielerreichung muss in jedem Einzelfall dokumentiert werden, um die Versorgung des Patienten steuern zu können und durch die Auswertung der Einzelfälle Erkenntnisse über die Entwicklung des Gesamtprogramms zu erhalten. Qualitätsziele werden für folgende Bereiche vorgegeben:

- Behandlung nach evidenzbasierten Methoden (einschließlich Arzneimitteltherapie)
- Kooperationsregeln (koordinierender Arzt, Krankenhaus usw.)
- Dokumentationsqualität (Vollständigkeit, Plausibilität, Verfügbarkeit) und
- aktive Teilnahme der Versicherten (zum Beispiel Wahrnehmung von empfohlenen Schulungen)

Die Krankenkassen müssen ihre durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen im versichertenbezogenen Qualitätssicherungsbericht darlegen und diesen Bericht regelmäßig veröffentlichen. Auch die Feedbackberichte als Hauptbestandteil der ärztlichen Qualitätssicherung sind regelmäßig öffentlich darzulegen.

Schulungen für Versicherte sind in der Systematik der DMP eine Grundvoraussetzung, um den eigenverantwortlichen und aktiven Umgang mit einer Erkrankung zu ermöglichen. Auf dieser Basis sind individuelle Zielvereinbarungen zwischen Arzt und Patient festzulegen. Auch die Schulungsinhalte müssen evidenzbasiert sein und können nicht frei gewählt werden. Eine Ausnahme bildet das DMP Brustkrebs. Aufgrund der besonderen Situation der an Brustkrebs erkrankten Patientinnen sind Schulungsmaßnahmen nicht automatisch und in jedem Fall empfehlenswert.

Auch die Leistungsanbieter sind zu schulen. Hier gilt es hauptsächlich, die Managementkomponenten der DMP zu verdeutlichen (zum Beispiel Überweisungsregeln) sowie auch die Dokumentationsbögen und die dahinter liegenden Plausibilitätsregeln zu erläutern.

2 Disease Management Programme

Um der Idee der sektorübergreifenden Versorgung Rechnung zu tragen, werden DMP nur zugelassen, wenn eine flächendeckende Teilnahme von Ärzten und stationären Einrichtungen, die alle die vorgeschriebenen Strukturvoraussetzungen erfüllen müssen, gewährleistet ist.

Nicht nur die Zulassungsvoraussetzungen werden durch die Aufsichtsbehörden geprüft; es finden auch Prüfungen der Umsetzung der DMP bei den Krankenkassen durch die zuständigen Aufsichtsbehörden statt. Die ist ein weiterer Garant für die hohe Qualität der Versorgung.

3 Qualitätssicherung in den DMP

Disease Management Programme 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.

3.1 Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität

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. Obwohl solche Studien sehr interessant sind, ist die Frage nicht ohne Schwierigkeiten zu beantworten. Zum einen unterscheiden sich DMP-Patienten wesentlich von Patienten der Regelversorgung, sodass ein Vergleich auf gleicher Basis nicht möglich ist (siehe dazu Qualitätsbericht 2013, Kapitel 5 "DMP im Kontext der Regelversorgung"). 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.

Die wichtigste Datengrundlage für die Entwicklung von Qualitätsmaßnahmen bilden die DMP-Dokumentationen der Ärzte. Um eine hohe Datenqualität zu erhalten, dürfen daraus keine Maßnahmen abgeleitet werden, die den Arzt zu einer selektiven Einschreibung oder einer ungenauen Dokumentation verleiten. Eine effektive Qualitätssicherung verlangt, dass Qualitätsziele nicht als externes Kontrollinstrument etabliert werden, sondern als Tool für das praxisinterne Qualitätsmanagement. Dabei sollen unterstützende Maßnahmen konzipiert werden, die den Ärzten helfen, ihr eigenes Ziel zu erreichen, nämlich eine optimale Behandlung der Patienten.

Werden Mängel aufgedeckt, so haben die Gemeinsamen Einrichtungen die Aufgabe, Maßnahmen für deren Behebung zu konzipieren und einzuführen. In diesem Kapitel werden die wichtigsten DMP-übergreifenden Maßnahmen und Instrumente beschrieben, nämlich die DMP-Dokumentation als Grundlage für die Qualitätssicherung (Abschnitt 3.2), der praxisindividuelle Feedbackbericht (Abschnitt 3.4) und die Fortbildungspflicht für Ärzte (Abschnitt 3.5).

3.2 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:

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 [Espinosa_availability_1998]. Auf Grundlage einer systematischen und standardisierten Dokumentation ermöglicht ein effektives und effizientes Datenmanagement Bereiche von 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. 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 4)
2. **Benchmarking** im Rahmen des ärztlichen Feedbackberichts, siehe dazu die Auswertung der Qualitätsziele in den Kapiteln 7 bis 12 dieses Berichtes
3. **Detaillierte Analysen der Versorgungssituation** mit dem Ziel, konkrete und zuverlässige Aussagen zu machen und die Entwicklung von geeigneten Maßnahmen zu ermöglichen

3.2.1 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. Besonderes Augenmerk gilt daher dem Dokumentationsverhalten der Praxen, der Genauigkeit der Daten sowie möglichen Missverständnissen, die bei der Datenerhebung vorkommen könnten. So wird vermieden, dass ungeeignete Auswertungen zu falschen Aussagen führen.

Die bayerischen DMP-Dokumentationsdaten werden seit über zwanzig 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. Wie bei allen Quellen der Routinedaten ist jedoch eine sorgfältige und kritische Analyse erforderlich, um zwischen Versorgungsrealität und Datenartefakten unterscheiden zu können.

3.3 Qualitätsziele im DMP

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

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.
- Die Implementierung des Berechnungsalgorithmus wird überprüft und bei Bedarf durch eine eigene unabhängige Auswertung validiert. Auf diese Weise werden sowohl Softwarefehler als auch Probleme bei der Definition der Qualitätsziele ersichtlich.
- Ungewöhnliche Entwicklungen bei dem Ergebnis im Zeitverlauf deuten oft auf eine relevante Anpassung der Spezifikation, zum Beispiel durch Anpassung der DMP-Dokumentation oder des Berechnungsalgorithmus hin. Es ist von entscheidender Bedeutung, solche systembedingten Verschiebungen als solche zu erkennen.
- Die Verteilung der Praxen bezüglich der Qualitätsziele 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 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.

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

3.4 Feedback für Ärzte

Wichtigstes Instrument der Gemeinsamen Einrichtungen ist der Feedbackbericht für die Ärzte. Die aktuellen Muster-Feedbackberichte der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bayern sind im Internet unter <http://www.ge-dmp-bayern.de> frei zugänglich. Dieser Bericht wird halbjährlich erstellt und den Ärzten im Mitgliederportal der KVB bereitgestellt.

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 kritischen Patienten aufgelistet, bei denen potentiell Handlungsbedarf besteht, zum Beispiel bei fehlender Überweisung zum Augenarzt oder zum Fußspezialisten in den DMP Diabetes mellitus. Die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern hat jedes Ziel oder Themengebiet mit einem Hinweis versehen, der die relevante Leitlinie erläutert und auf einen möglichen Handlungsbedarf hinweist. So kann der Arzt die Qualität seiner Behandlung prüfen und gezielt auf die Ergebnisse reagieren. Der Feedbackbericht wird somit zu einem hilfreichen Instrument für die Erreichung der Qualitätsziele.

Der Bericht 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).

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

3.5 Ärztliche Fortbildungspflicht

Zu den grundlegenden Qualitätsmaßnahmen im DMP gehört die Pflicht zur regelmäßigen Fortbildung für alle teilnehmenden Ärzte. Nur so kann ein zentrales Ziel der DMP sichergestellt werden: Eine Behandlung nach dem aktuellsten Stand der Evidenz. Teilnehmende Ärzte müssen jährlich (bzw. bei Asthma und COPD dreijährlich) gegenüber der KVB nachweisen können, dass sie an einer anerkannten Fortbildung teilgenommen haben.

4 Beschreibung des Teilnehmerkollektivs

Die Teilnahme an den DMP ist sowohl für die Patienten als auch für die niedergelassenen Ärzte, stationären Einrichtungen und Krankenkassen freiwillig. In den DMP Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Asthma und COPD erfolgt die Einschreibung und Koordination der Patienten durch den Hausarzt. Diese sind für die engmaschige Betreuung der chronisch Kranken und die lückenlose Dokumentation zuständig.

Aufgrund des besonderen Behandlungsbedarfs erfolgt die Koordinierung im DMP Diabetes mellitus Typ 1 in erster Linie durch einen Diabetologen. Patientinnen im DMP Brustkrebs werden primär durch einen Frauenarzt betreut.

Die Teilnehmerzahlen der Ärzte und Patienten für die einzelnen DMP sind in der Tabelle 4.1 dargestellt. In Bayern nahmen in 2023 ca. 1.000.000 Patienten und 9.500 koordinierende Ärzte an mindestens einem DMP teil.

Table 4.1: Anzahl der am DMP teilnehmenden Patienten, Praxen und koordinierende Ärzte in 2023

DMP	Patienten	Koordinierende Ärzte	Praxen
Insgesamt	959.067	9.457	6.171
DM2	582.597	7.683	5.089
KHK	242.967	7.395	4.969
AB	146.578	7.620	5.195
COPD	88.412	6.733	4.666
DM1	39.478	1.549	1.231
BK	26.218	800	585

Abbildung 4.1 zeigt die Altersverteilung der Patienten innerhalb der einzelnen DMP. Die farblich markierten Balken zeigen zusätzlich den Anteil an männlichen und weiblichen Patienten. Teilnehmer an den DMP Diabetes mellitus Typ 2, KHK und COPD sind überwiegend im fortgeschrittenen Alter. Die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Asthma fallen dagegen durch eine hohe Anzahl an Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf. Knapp die Hälfte der DMP-Patienten sind weiblich. Während 62 % der Teilnehmer am DMP Asthma weiblich sind, sind zwei von drei Teilnehmer am DMP Koronare Herzkrankheit männlich.

4 Beschreibung des Teilnehmerkollektivs

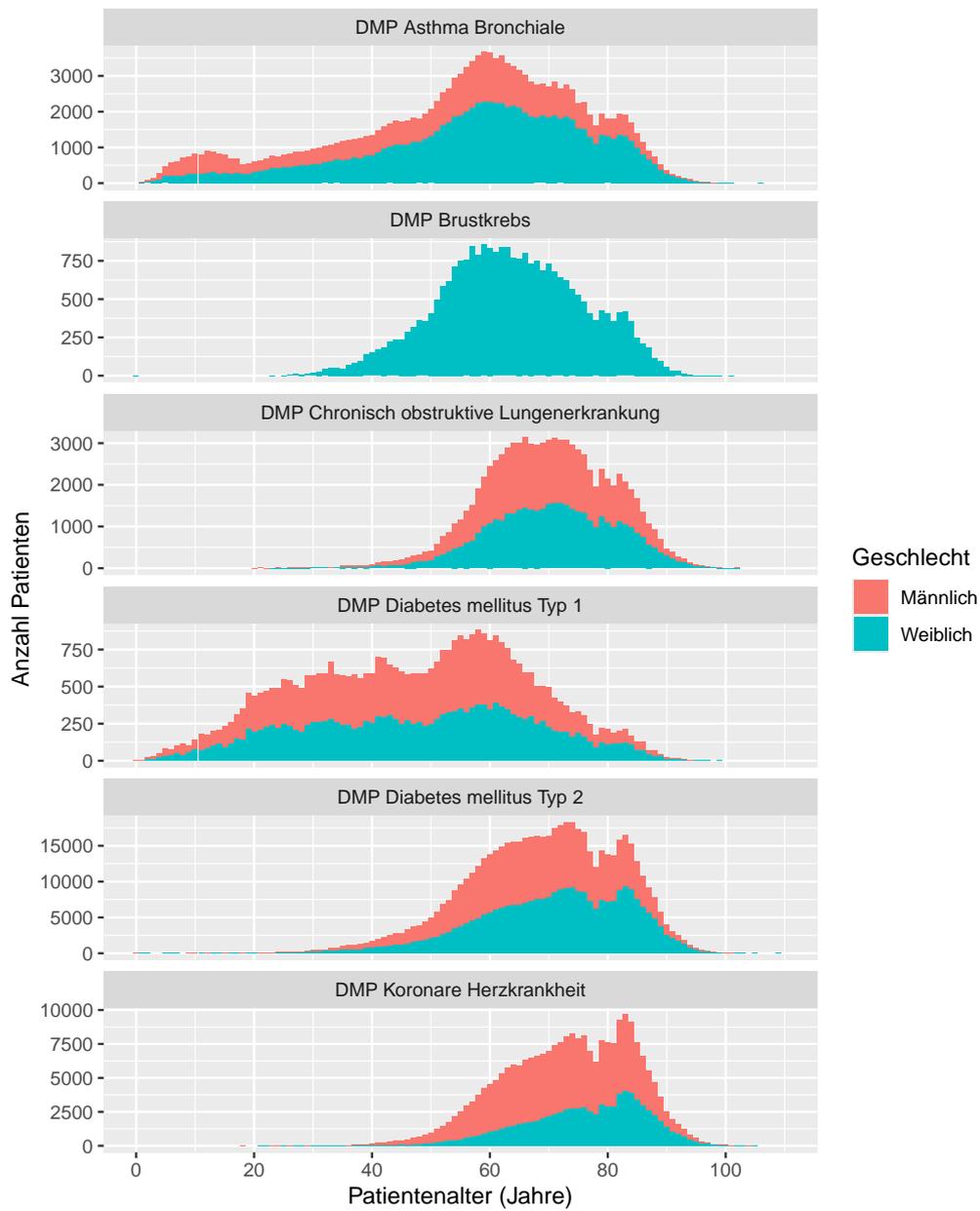


Figure 4.1: Altersverteilung der am DMP teilnehmenden Patienten im zweiten Halbjahr 2023.

5 Entwicklung der Teilnehmerzahlen

In Folgendem wird die Entwicklung der DMP Teilnehmerzahlen im Zeitraum zwischen 1. Halbjahr 2019 und 2. Halbjahr 2023 graphisch und tabellarisch dargestellt. Das Ziel ist es, einen Einblick über den Einfluss von COVID-19-Pandemie auf die Disease Management Programme und die Fortentwicklung danach zu verschaffen.

5.1 Entwicklung der DMP Diabetes mellitus Typ 2 Teilnehmerzahlen

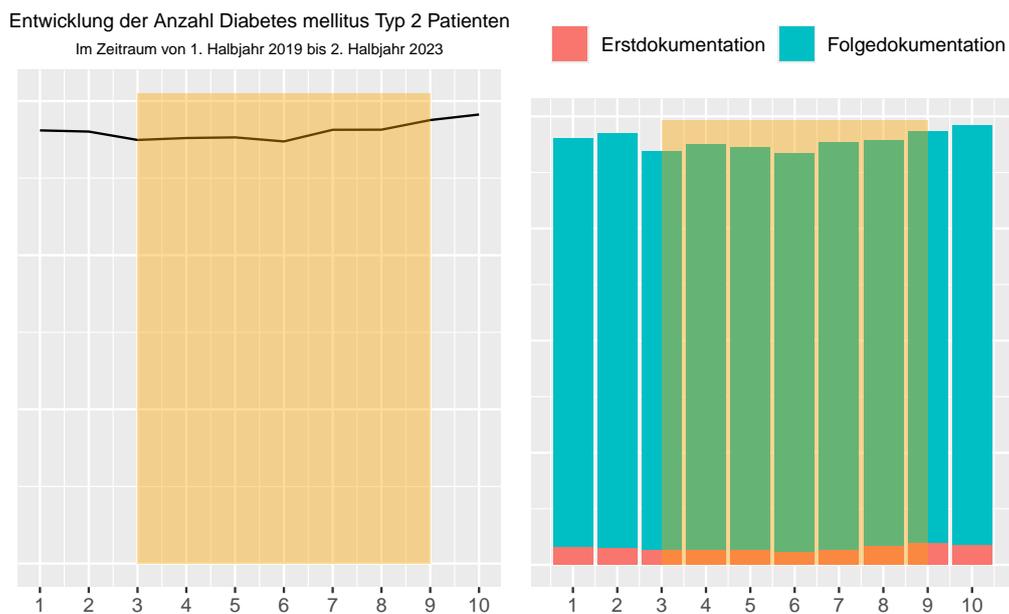
Teilnehmerzahlen im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt die Entwicklung der Teilnehmerzahlen sowie der Anzahl der Erst- und Folgedokumentation über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Zeitraum	Patienten	Erstdokumentation	Folgedokumentation
1. Halbjahr 2019	561.987	38.983	950.016
2. Halbjahr 2019	560.463	36.699	961.923
1. Halbjahr 2020	549.592	32.361	922.278
2. Halbjahr 2020	552.111	31.463	936.712
1. Halbjahr 2021	552.935	31.742	929.867
2. Halbjahr 2021	547.665	28.146	917.647
1. Halbjahr 2022	562.763	32.732	942.893
2. Halbjahr 2022	562.914	40.719	945.693
1. Halbjahr 2023	575.393	48.567	966.902
2. Halbjahr 2023	582.597	43.165	979.949

Graphische Darstellung der Teilnahme- und Dokumentationsentwicklung im Zeitverlauf

Die linke Abbildung zeigt die Entwicklung der Teilnehmerzahlen im Zeitraum zwischen 1. Halbjahr 2019 und 2. Halbjahr 2023. Die rechte Abbildung zeigt die Entwicklung der durch die koordinierenden Ärzte erstellte Dokumentation während des gleichen Zeitraumes. Die Periode der COVID-19-Pandemie wird in beiden Abbildungen durch die transparente orangene Fläche markiert.



5.2 Entwicklung der DMP Diabetes mellitus Typ 1 Teilnehmerzahlen

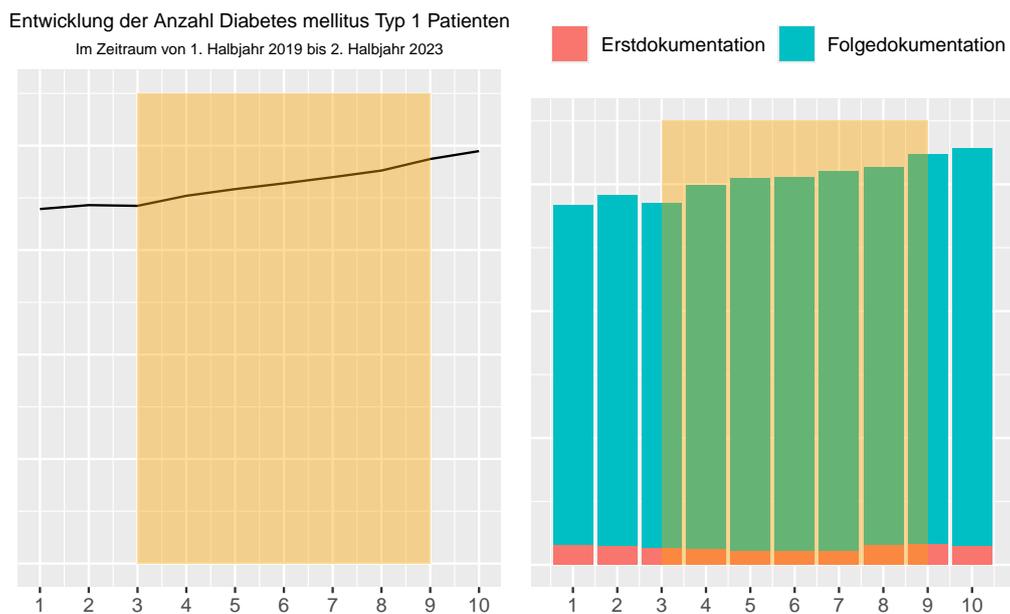
Teilnehmerzahlen im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt die Entwicklung der Teilnehmerzahlen sowie der Anzahl der Erst- und Folgedokumentation über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Zeitraum	Patienten	Erstdokumentation	Folgedokumentation
1. Halbjahr 2019	33.933	3.104	56.695
2. Halbjahr 2019	34.304	2.909	58.314
1. Halbjahr 2020	34.237	2.604	56.942
2. Halbjahr 2020	35.198	2.413	59.879
1. Halbjahr 2021	35.837	2.169	60.895
2. Halbjahr 2021	36.389	2.119	61.038
1. Halbjahr 2022	36.981	2.184	62.021
2. Halbjahr 2022	37.613	3.131	62.659
1. Halbjahr 2023	38.720	3.246	64.724
2. Halbjahr 2023	39.478	2.940	65.724

Graphische Darstellung der Teilnahme- und Dokumentationsentwicklung im Zeitverlauf

Die linke Abbildung zeigt die Entwicklung der Teilnehmerzahlen im Zeitraum zwischen 1. Halbjahr 2019 und 2. Halbjahr 2023. Die rechte Abbildung zeigt die Entwicklung der durch die koordinierenden Ärzte erstellte Dokumentation während des gleichen Zeitraumes. Die Periode der COVID-19-Pandemie wird in beiden Abbildungen durch die transparente orangene Fläche markiert.



5.3 Entwicklung der DMP Koronare Herzkrankheit Teilnehmerzahlen

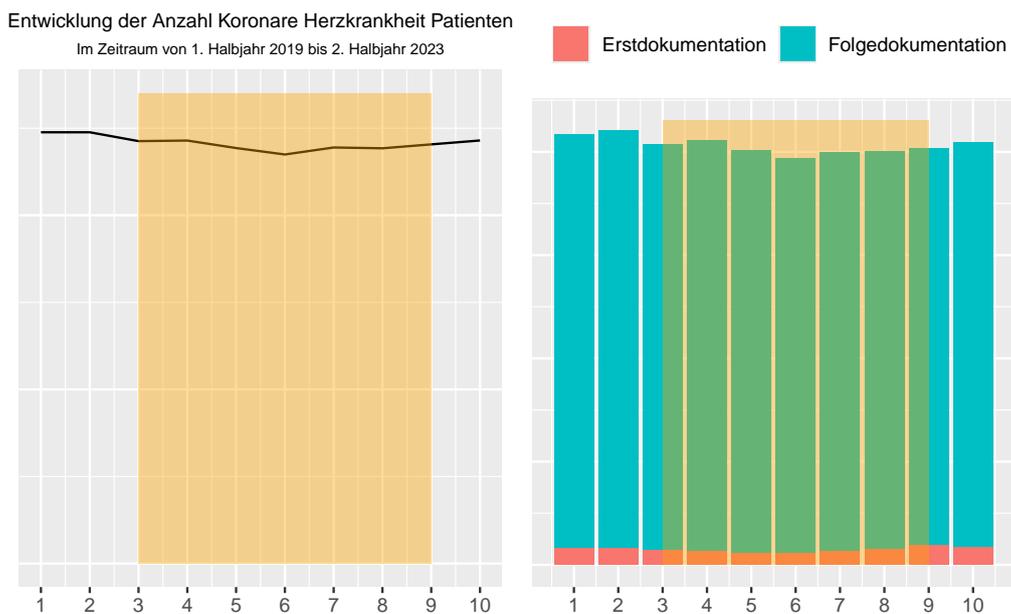
Teilnehmerzahlen im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt die Entwicklung der Teilnehmerzahlen sowie der Anzahl der Erst- und Folgedokumentation über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Zeitraum	Patienten	Erstdokumentation	Folgedokumentation
1. Halbjahr 2019	247.670	16.041	416.522
2. Halbjahr 2019	247.667	16.113	420.789
1. Halbjahr 2020	242.587	13.615	406.790
2. Halbjahr 2020	242.909	12.886	411.493
1. Halbjahr 2021	238.615	11.534	401.522
2. Halbjahr 2021	234.919	10.799	393.490
1. Halbjahr 2022	238.934	12.630	399.004
2. Halbjahr 2022	238.471	15.390	400.370
1. Halbjahr 2023	240.724	18.407	403.302
2. Halbjahr 2023	242.967	16.583	408.734

Graphische Darstellung der Teilnahme- und Dokumentationsentwicklung im Zeitverlauf

Die linke Abbildung zeigt die Entwicklung der Teilnehmerzahlen im Zeitraum zwischen 1. Halbjahr 2019 und 2. Halbjahr 2023. Die rechte Abbildung zeigt die Entwicklung der durch die koordinierenden Ärzte erstellte Dokumentation während des gleichen Zeitraumes. Die Periode der COVID-19-Pandemie wird in beiden Abbildungen durch die transparente orangene Fläche markiert.



5.4 Entwicklung der DMP Asthma bronchiale Teilnehmerzahlen

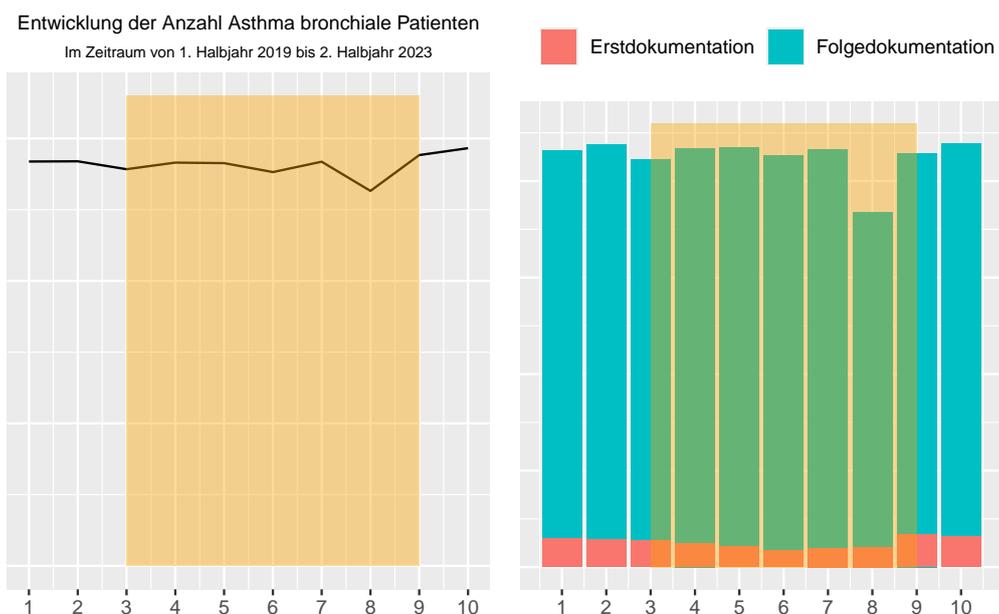
Teilnehmerzahlen im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt die Entwicklung der Teilnehmerzahlen sowie der Anzahl der Erst- und Folgedokumentation über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Zeitraum	Patienten	Erstdokumentation	Folgedokumentation
1. Halbjahr 2019	141.898	14.673	215.871
2. Halbjahr 2019	141.969	14.317	218.695
1. Halbjahr 2020	139.198	13.791	210.935
2. Halbjahr 2020	141.517	12.073	217.093
1. Halbjahr 2021	141.327	10.818	217.181
2. Halbjahr 2021	138.195	8.622	213.042
1. Halbjahr 2022	141.824	9.822	216.106
2. Halbjahr 2022	131.574	10.360	183.563
1. Halbjahr 2023	144.155	16.749	214.468
2. Halbjahr 2023	146.578	15.628	219.417

Graphische Darstellung der Teilnahme- und Dokumentationsentwicklung im Zeitverlauf

Die linke Abbildung zeigt die Entwicklung der Teilnehmerzahlen im Zeitraum zwischen 1. Halbjahr 2019 und 2. Halbjahr 2023. Die rechte Abbildung zeigt die Entwicklung der durch die koordinierenden Ärzte erstellte Dokumentation während des gleichen Zeitraumes. Die Periode der COVID-19-Pandemie wird in beiden Abbildungen durch die transparente orangene Fläche markiert.



5.5 Entwicklung der DMP COPD Teilnehmerzahlen

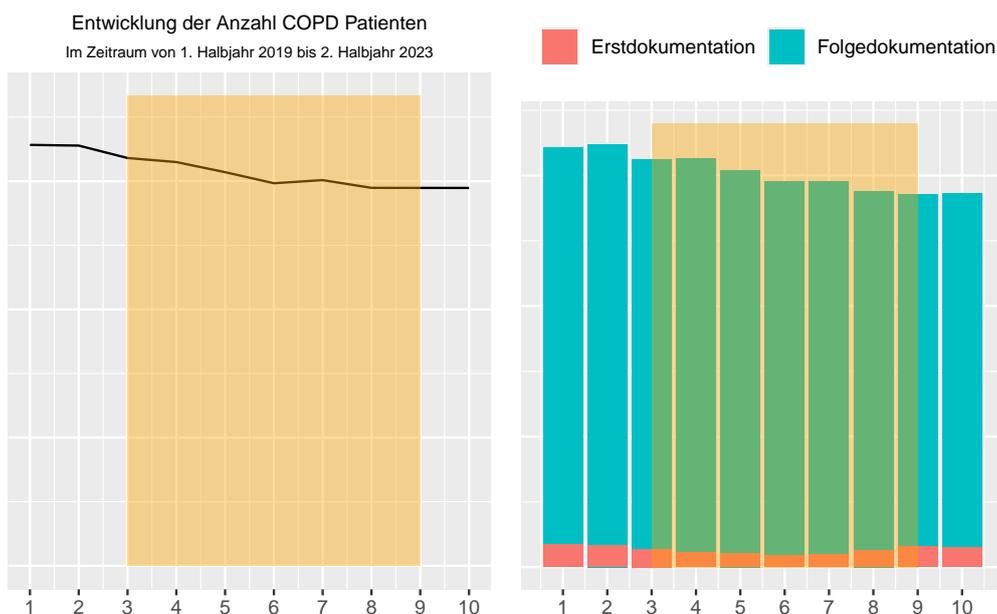
Teilnehmerzahlen im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt die Entwicklung der Teilnehmerzahlen sowie der Anzahl der Erst- und Folgedokumentation über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Zeitraum	Patienten	Erstdokumentation	Folgedokumentation
1. Halbjahr 2019	98.488	8.608	160.549
2. Halbjahr 2019	98.322	8.354	161.922
1. Halbjahr 2020	95.415	6.958	156.126
2. Halbjahr 2020	94.468	5.647	156.494
1. Halbjahr 2021	92.105	5.098	152.004
2. Halbjahr 2021	89.516	4.326	147.520
1. Halbjahr 2022	90.246	4.732	147.647
2. Halbjahr 2022	88.435	6.253	144.041
1. Halbjahr 2023	88.420	8.010	142.770
2. Halbjahr 2023	88.412	7.383	142.930

Graphische Darstellung der Teilnahme- und Dokumentationsentwicklung im Zeitverlauf

Die linke Abbildung zeigt die Entwicklung der Teilnehmerzahlen im Zeitraum zwischen 1. Halbjahr 2019 und 2. Halbjahr 2023. Die rechte Abbildung zeigt die Entwicklung der durch die koordinierenden Ärzte erstellte Dokumentation während des gleichen Zeitraumes. Die Periode der COVID-19-Pandemie wird in beiden Abbildungen durch die transparente orangene Fläche markiert.



5.6 Entwicklung der DMP Brustkrebs Teilnehmerzahlen

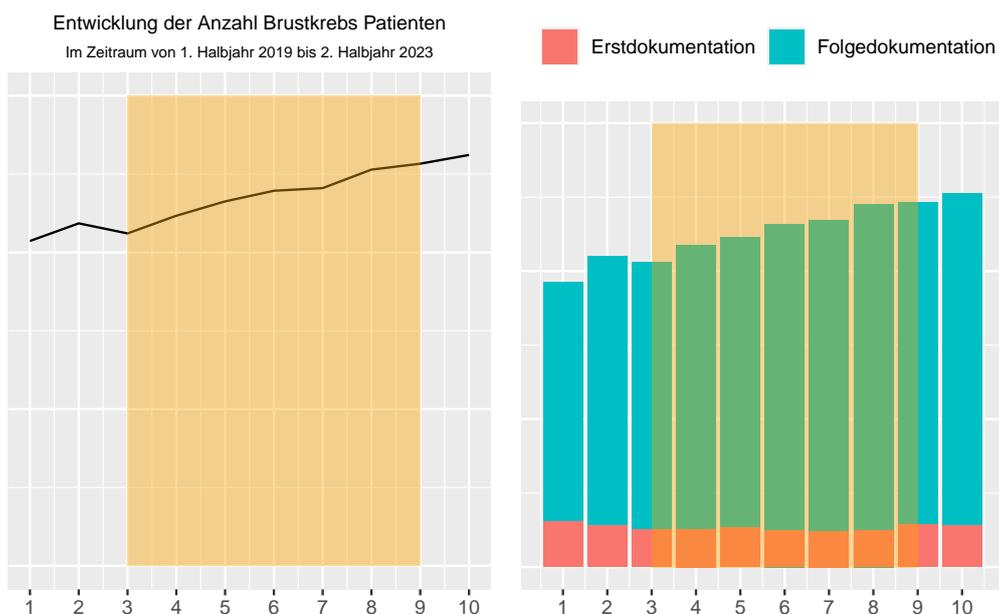
Teilnehmerzahlen im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt die Entwicklung der Teilnehmerzahlen sowie der Anzahl der Erst- und Folgedokumentation über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Zeitraum	Patienten	Erstdokumentation	Folgedokumentation
1. Halbjahr 2019	20.727	3.060	19.269
2. Halbjahr 2019	21.854	2.815	20.998
1. Halbjahr 2020	21.211	2.517	20.619
2. Halbjahr 2020	22.339	2.565	21.745
1. Halbjahr 2021	23.255	2.681	22.304
2. Halbjahr 2021	23.933	2.485	23.194
1. Halbjahr 2022	24.102	2.429	23.425
2. Halbjahr 2022	25.283	2.468	24.532
1. Halbjahr 2023	25.660	2.863	24.650
2. Halbjahr 2023	26.218	2.797	25.250

Graphische Darstellung der Teilnahme- und Dokumentationsentwicklung im Zeitverlauf

Die linke Abbildung zeigt die Entwicklung der Teilnehmerzahlen im Zeitraum zwischen 1. Halbjahr 2019 und 2. Halbjahr 2023. Die rechte Abbildung zeigt die Entwicklung der durch die koordinierenden Ärzte erstellte Dokumentation während des gleichen Zeitraumes. Die Periode der COVID-19-Pandemie wird in beiden Abbildungen durch die transparente orangene Fläche markiert.



Auswertung der Qualitätsziele

6 Qualitätsziele im DMP

6.1 Qualitätsziele: Theorie und Praxis

Qualitätsindikatoren dienen dazu, ausgewählte Aspekte der Versorgung gezielt zu messen. Sie reduzieren die Komplexität des Versorgungsgeschehens auf wenig möglichst gut interpretierbare Kennzahlen und ermöglichen so eine objektive und strukturierte Evaluation der Versorgungsqualität. Oft wird zu einem Indikator ein angestrebter Zielwert definiert und der Indikator als Qualitätsziel bezeichnet. So kann das Ergebnis in seiner einfachsten Form – “Ziel erreicht” oder “Ziel nicht erreicht” – zusammengefasst werden und der Fokus auf nicht erreichte Ziele gelenkt werden.

Ein Qualitätsziel besteht aus folgenden Komponenten:

- **Die Grundgesamtheit** (Nenner) gibt an, welche Patienten bei der Auswertung des Ziels zu berücksichtigen sind. Die Grundgesamtheit soll nur diejenigen Patienten einschließen, für die das Ziel relevant ist. Im DMP-Feedbackbericht wird der vereinfachte Begriff “berücksichtigte Patienten” verwendet.
- **Der Zähler** zählt die Anzahl der Patienten in der Grundgesamtheit, die ein bestimmtes Kriterium erfüllen.
- **Der Indikator** ist der aus Zähler und Grundgesamtheit berechnete Anteil.
- **Der Zielwert** und die Zielrichtung definieren bereits vor der Datenerhebung den gewünschten Wertebereich für den Indikator. Er bietet eine Orientierung und macht die Erwartungshaltung deutlich.

Im Rahmen der Disease Management Programme werden über 70 Qualitätsziele gemessen und analysiert. Diese sind auf Bundesebene in der DMP-Anforderungsrichtlinie vorgegeben und werden in der Regel unverändert als Bestandteil der bayerischen DMP-Verträge festgelegt. Eine Berichterstattung erfolgt sowohl an die koordinierenden Arztpraxen im Rahmen der Feedbackberichte als auch an die interessierte Öffentlichkeit im Rahmen dieses Qualitätsberichts. Auf diese Weise soll ein sachlicher und evidenzbasierter Umgang mit der Versorgungsqualität unterstützt werden.

6.2 Bewertung der Zielerreichung auf Praxisebene

Die im DMP-Vertrag festgelegten Qualitätsziele gelten sowohl für die Qualitätssicherung auf regionaler Ebene (d. h. für das Kollektiv aller Patienten in Bayern) als auch für die praxisbezogene Qualitätssicherung (d. h. für die Patienten der einzelnen Praxen). Diese unterschiedlichen Situationen stellen unterschiedliche Herausforderungen hinsichtlich der Evaluation dar. Wird die Ermittlung von auffälligen Patienten im Feedbackbericht zum Ziel gesetzt, so sollen nur solche Patienten berücksichtigt werden, die im Berichtszeitraum noch am DMP teilgenommen haben und für die noch ein möglicher Handlungsbedarf besteht. Dies führt jedoch zu einer Verzerrung von manchen DMP-Indikatoren, die eine Bewertung der Versorgungsqualität erschwert. Auf derartige Schwierigkeiten bei der Interpretation wird in der nachfolgenden Auswertung der Qualitätsziele hingewiesen, zum Beispiel beim Qualitätsziel “Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm” im DMP COPD.

Eine Bewertung der Qualitätsindikatoren auf Praxisebene ist vor allem aus zwei Gründen schwierig:

1. **Geringe Fallzahlen:** Viele Praxen haben geringe Fallzahlen, sodass eine präzise Schätzung des Indikators für die Praxis nicht möglich ist. Zum Beispiel ist das Ergebnis “4 von 5 Patienten” dem Ergebnis “400 von 500 Patienten” nicht gleich zu setzen.
2. **Keine Risikoadjustierung:** Die Indikatoren werden nicht risikoadjustiert, sodass der Einfluss der Praxisstruktur (d. h. Alter, Geschlecht, Komorbiditäten und sozioökonomischer Status der Patienten) nicht berücksichtigt wird. Somit werden Praxen mit ungünstigen Patientenstrukturen bei der Darstellung der Versorgungsqualität benachteiligt.

Die Folge ist, dass ein Qualitätsziel, welches auf die Bedürfnisse einer Vertragsregion zugeschnitten ist, nicht immer den Bedürfnissen der einzelnen Praxen gerecht wird.

Eine Risikoadjustierung ist vor allem auf Praxisebene indiziert. Dies ist in der DMP-Anforderungsrichtlinie jedoch nicht vorgesehen und im Kontext der Berichterstellung derzeit nur schwer umsetzbar. Solche Verfahren werden daher nur im Rahmen der weitergehenden Analysen der Gemeinsamen Einrichtung angewendet.

Im Feedbackbericht wird die Schwierigkeit der Interpretation in erster Linie durch eine angemessene Kommunikation Rechnung getragen: Insbesondere werden die Indikatoren mit Hinweisen versehen, welche das zugrunde liegende Versorgungsziel für den Arzt und für die Praxismitarbeiter verdeutlichen. Auch so kann der Fokus weg von einer starren Interpretation “Ziel (nicht) erreicht” und hin zu einer konstruktiven Auseinandersetzung mit der Versorgungsqualität gelenkt werden.

Einen ähnlichen Ansatz verfolgt das Projektbüro DMP des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI), welches Feedbackberichte im Auftrag der Nordrheinischen Gemeinsamen Einrichtung DMP erstellt. Die Feedbackberichte des Zi stellen zudem die zeitliche Entwicklung der Indikatoren auf Praxisebene dar, um ein noch differenzierteres Bild der Zielerreichung zu ermöglichen [[@zidmp_musterfeedbackberichte](#)]. Sowohl in Bayern als auch in Nordrhein ist der Anspruch, dass der Feedbackbericht ein hilfreiches Tool für die koordinierenden Arztpraxen darstellt. Ziel ist es nicht, eine “Bescheinigung über die Versorgungsqualität” auszustellen, sondern eine aktive Verbesserung der Versorgungsqualität anzuregen.

6.3 Lesehilfe für die Auswertung der Qualitätsziele

In den nachfolgenden Kapiteln werden die im zweiten Halbjahr 2022 gültigen Qualitätsziele und Indikatoren ausgewertet und analysiert.

Einleitend wird der Indikator anhand der im Feedbackbericht verwendeten Texte vorgestellt:

- Eine Erläuterung des medizinischen Hintergrunds und die relevanten DMP-Vorgaben
- Eine prägnante Formulierung des Indikators und, falls vorhanden, des Zielwertes
- Eine Definition der berücksichtigten Patienten (d. h. die Grundgesamtheit)

Das Ergebnis wird zunächst in seiner einfachsten Form präsentiert: Der Mittelwert unter Berücksichtigung aller bayerischen Patienten. Durch den Vergleich mit dem Zielwert ist eine Aussage über die formale Zielerreichung in Bayern möglich.

Die Beobachtung der Qualitätsindikatoren im Zeitverlauf ermöglicht es, erste Erkenntnisse hinsichtlich der Entwicklung der Versorgung zu gewinnen. Die Darstellung der Ergebnisse als Tabelle ermöglicht es, die Entwicklung von Zähler, Nenner und dem daraus gebildeten Anteil

6 Qualitätsziele im DMP

zu beobachten. Eine in der Tabelle integrierte Darstellung als Balkendiagramm unterstützt die schnelle Einschätzung des zeitlichen Trends.

Da die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und DMP Asthma bronchiale auch für die pädiatrischen Versorgung relevant sind, erfolgt die Berichterstattung seit dem zweiten Halbjahr 2021 getrennt für Kinder und Jugendliche und für Erwachsene.

Die Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen wird mithilfe eines Histogramms dargestellt. So wird ersichtlich, ob die einzelnen Arztpraxen ähnliche Ergebnisse erzielen. Eine breite Streuung unter den koordinierenden Arztpraxen deutet auf Unterschiede in der Patientenstruktur oder in den Behandlungsprozessen hin. Solche Erkenntnisse können die weitere Analyse des Indikators steuern, einschließlich die Identifikation von geeigneten Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung.

Eine abweichende Darstellung erfolgt für die Qualitätsziele zur Asthmakontrolle im DMP Asthma. Diese Altersgruppen bezogene Indikatoren werden je Altersgruppe tabellarisch dargestellt.

Anschließend werden die oben beschriebenen Ergebnisse zusammengefasst und kommentiert. Bei einigen Indikatoren ist es an dieser Stelle erforderlich, zum Beispiel eine eingeschränkte Aussagekraft des Indikators zu erklären. Erst nach dieser sorgfältigen und kritischen Analyse der Ergebnisse identifizieren die Gemeinsamen Einrichtungen Indikatoren mit einem evidenten Handlungsbedarf. In gleicher Weise können positive und negative Entwicklungen erkannt werden. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse konzipieren die Gemeinsamen Einrichtungen und die Vertragspartner geeignete Maßnahmen für die gezielte Verbesserung der Versorgungsqualität, zum Beispiel die Weiterentwicklung des ärztlichen Feedbacks oder die Einführung einer Vertragsleistung.

7 DMP Diabetes mellitus Typ 2

7.1 Diabeteschulung (Quote)

Patienten mit Diabetes müssen Zugang zu strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogrammen erhalten. Aufgabe des behandelnden Arztes ist es, die Patienten über den besonderen Nutzen einer strukturierten Schulung zu informieren und ihnen die Teilnahme nahezu legen.

Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der DMP-Patienten soll eine Diabetes-Schulung erhalten haben.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten.

Ergebnis im 1. Halbjahr 2023: 102.759 von 566.121 berücksichtigten Patienten (18,2 %)

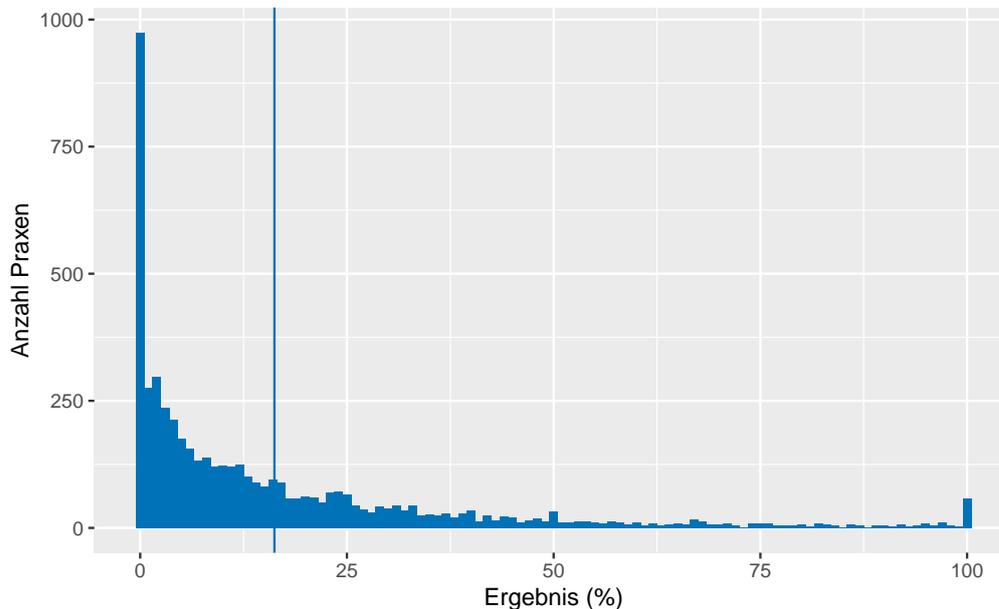
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H1	102.759	566.121	18.2
2022H2	106.055	567.123	18.7
2022H1	107.133	571.250	18.8
2021H2	105.500	556.061	19.0
2021H1	106.149	560.134	19.0
2020H2	106.010	558.660	19.0
2020H1	105.949	556.799	19.0
2019H2	107.950	566.074	19.1
2019H1	107.466	569.183	18.9
2018H2	106.480	564.453	18.9

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Bei knapp 20 % der Patienten mit Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 ist die Teilnahme an einer Patientenschulung dokumentiert. Bisher wurde für dieses Qualitätsziel allerdings noch kein Zielwert festgelegt. Patienten mit Typ-2-Diabetes benötigen eine intensive Betreuung inklusive einer individuellen Beratung. Diese Beratung fällt nicht unter den Begriff einer strukturierten DMP-Schulung und findet im Qualitätsziel keine Berücksichtigung. Generell ist jedoch ein hoher Anteil an geschulten Patienten anzustreben.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes in der DMP-Dokumentation. Hat der Patient eine Schulung vor der DMP-Einschreibung absolviert, oder nach Durchführung der Schulung den koordinierenden Arzt (bzw. die Praxis) gewechselt, so findet diese eventuell keine Berücksichtigung. Dieses Problem könnte vor allem neue Praxen betreffen, die Patienten mit einer früheren DMP-Teilnahme übernehmen.

7.2 Hypertonieschulung (Quote)

Der koordinierende Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Patient von der Teilnahme an einer strukturierten, evaluierten und publizierten Hypertonie-Schulung profitieren kann.

Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der DMP-Patienten mit bekannter Hypertonie soll eine Hypertonie-Schulung erhalten haben.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit der Begleiterkrankung Hypertonie.

Ergebnis im 1. Halbjahr 2023: 28.111 von 439.814 berücksichtigten Patienten (6,4 %)

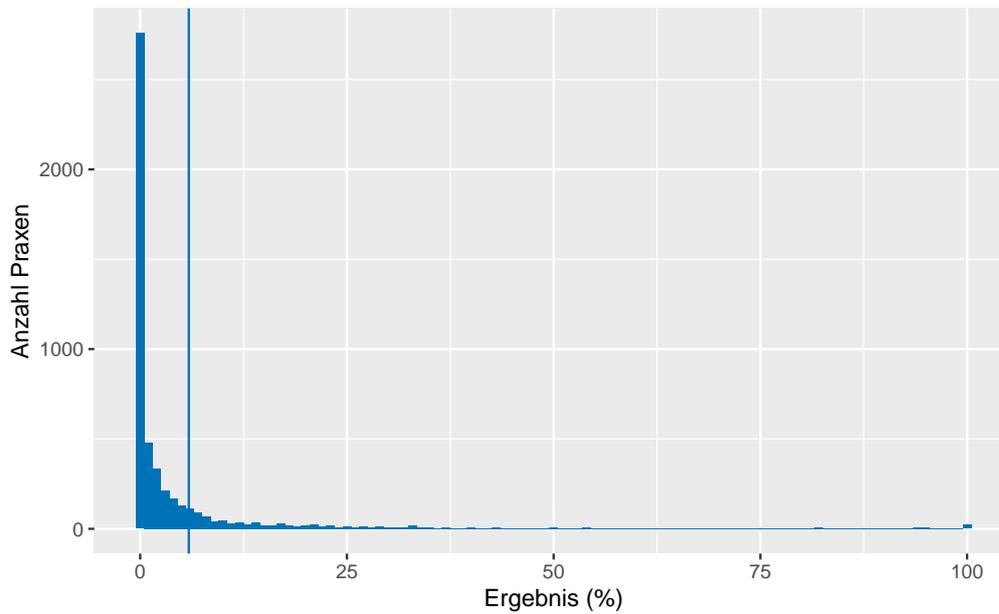
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H1	28.111	439.814	6.4
2022H2	29.694	431.803	6.9
2022H1	31.952	455.139	7.0
2021H2	31.028	445.390	7.0
2021H1	31.292	450.451	6.9
2020H2	31.433	451.374	7.0
2020H1	31.799	450.979	7.1
2019H2	26.667	370.211	7.2
2019H1	26.971	373.511	7.2
2018H2	27.267	371.673	7.3

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



7.3 HbA1c-Wert über 8,5 %

Das Ziel der antihyperglykämischen Therapie, gemessen am HbA1c-Wert, ist individuell festzulegen. Der angestrebte HbA1c-Wert sollte sich auf <7,5 % (<58 mmol/mol) belaufen, ohne dass schwerwiegende Hypoglykämien auftreten. Bei der Festlegung des Zielwerts sollte das Risiko für Hypoglykämien und diabetesbedingte Komplikationen sowie Patientenpräferenzen und vorhandene Komorbiditäten berücksichtigt werden. Ein Zielwert über 8,5 % (69 mmol/mol) ist jedoch nur in begründeten Fällen zu erwägen, zum Beispiel bei geringer Lebenserwartung oder schwerwiegenden Begleiterkrankungen. Wird der HbA1c-Zielwert nach sechs Monaten nicht erreicht, sollte der Patient an einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt überwiesen werden.

Qualitätsziel: Höchstens 10 % der Patienten sollen einen HbA1c-Wert höher als 8,5% (69 mmol/mol) haben.

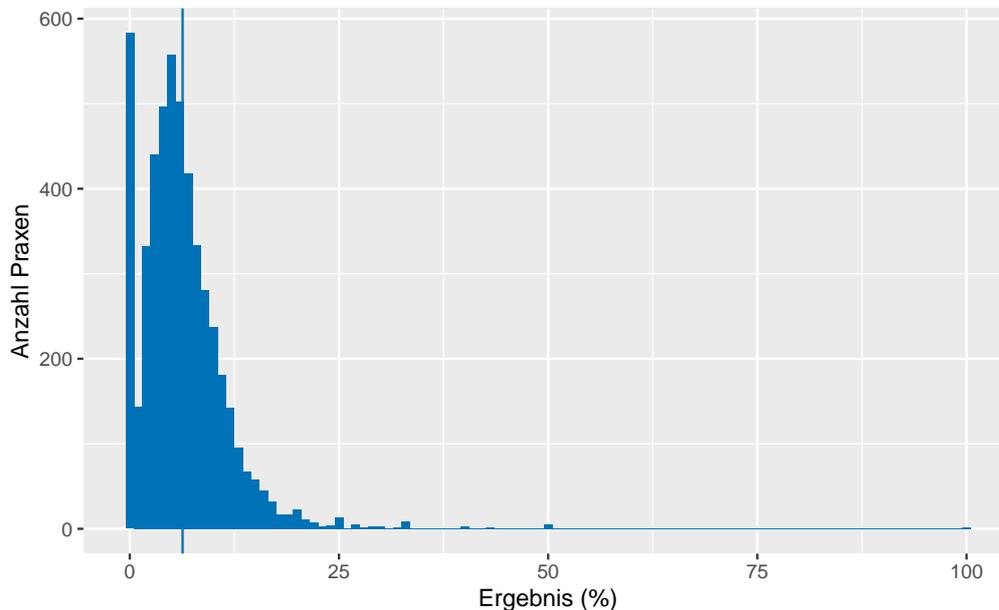
Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 38.129 von 588.146 berücksichtigten Patienten (6,5 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	38.129	588.146	6.5
2023H1	41.912	584.350	7.2
2022H2	39.243	571.388	6.9
2022H1	44.413	571.250	7.8
2021H2	40.657	556.061	7.3
2021H1	45.007	560.134	8.0
2020H2	40.572	558.660	7.3
2020H1	43.835	556.799	7.9
2019H2	39.360	566.074	7.0
2019H1	42.331	569.183	7.4
2018H2	39.457	564.453	7.0

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Der Anteil der Patienten mit hohem HbA1c-Wert liegt unter den Zielwert von 10 %. Das Qualitätsziel wurde in jedem Berichtszeitraum erreicht, dennoch haben ca. 40.000 Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 2 einen zu hohen HbA1c-Wert, der ohne effektive Therapie schwerwiegende Folgeschäden verursachen könnte. Der Indikator weist eine saisonale Schwankung auf: Im ersten Halbjahr eines Jahres haben ca. 1 % mehr Patienten einen hohen HbA1c-Wert als jeweils im zweiten Halbjahr.

Hinweise zur Interpretation:

- Der Indikator berücksichtigt alle Patienten mit Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2. Eine Änderung der Patientenstruktur, beispielsweise durch die Einschreibung von neu erkrankten Patienten mit einem niedrigen HbA1c-Wert, kann das Ergebnis beeinflussen, ohne dass die Versorgungsqualität oder der Therapieansatz modifiziert werden.

7.4 HbA1c-Zielwerterreichung

Qualitätsziel: Mindestens 60 % der Patienten sollen ihren individuell vereinbarten HbA1c-Zielwert erreicht haben.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 309.173 von 486.343 berücksichtigten Patienten (63,6 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

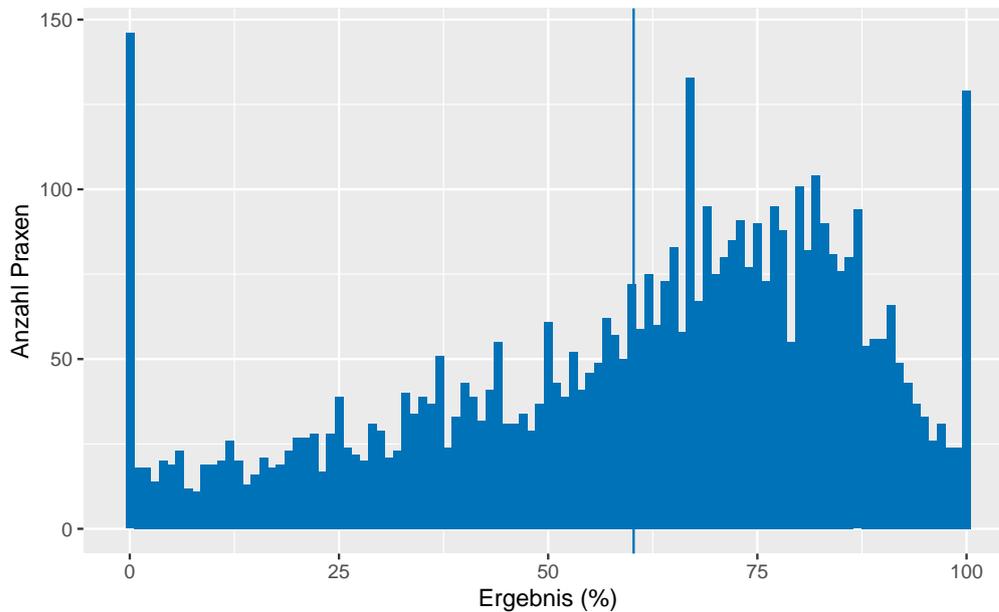
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	309.173	486.343	63.6
2023H1	297.399	481.927	61.7
2022H2	299.050	479.582	62.4
2022H1	292.965	482.657	60.7
2021H2	291.093	473.103	61.5
2021H1	287.657	477.042	60.3
2020H2	299.797	480.210	62.4
2020H1	291.616	475.863	61.3
2019H2	302.541	479.879	63.0
2019H1	299.744	481.406	62.3
2018H2	307.159	482.691	63.6

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Der koordinierende Arzt soll für jeden Patienten entsprechend seiner Risikokonstellation einen individuellen HbA_{1c} -Zielwert vereinbaren. Dieser Indikator misst den Anteil an Patienten, die nach Einschätzung des koordinierenden Arztes dieses Therapieziel erreicht haben. Das Qualitätsziel mit Zielwert von mindestens 60 % wird erreicht. Dennoch ist die Streuung der Ergebnisse unter den koordinierenden Praxen sehr breit. Mögliche Gründe für diese Variabilität sind Unterschiede bei der Festlegung von Behandlungszielen bei älteren oder multimorbiden Patienten sowie ein unterschiedlicher Umgang mit kurzfristigen, langfristigen und "realistischen" Zielwerten. Eine objektive Aussage über die Versorgungsqualität auf Bayernebene lässt sich daher nicht unmittelbar ableiten. Zusammen mit dem Indikator HbA1c-Wert deuten jedoch die Ergebnisse auf eine gute Ergebnisqualität hinsichtlich dieses wichtigen Parameters hin.

Hinweise zur Interpretation:

- Aufgrund der oben ausgeführten Überlegungen soll dieser Indikator nur in Kombination mit dem Indikator "HbA1c-Wert über 8,5 %" interpretiert werden. Er spiegelt die Einschätzung des koordinierenden Arztes wider.

7.5 Blutdruck (normotensiv)

Ziel der antihypertensiven Therapie ist eine Senkung des Blutdrucks auf Werte systolisch von höchstens 139 mmHg und diastolisch von höchstens 89 mmHg. Systolische Blutdruckwerte von größer als 150 mmHg sollen bei allen Patienten vermieden werden. Wird der Blutdruck-Zielwert nach sechs Monaten nicht erreicht, sollte der Patient zu einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt überwiesen werden.

Qualitätsziel: Mindestens 45 % der Patienten mit bekannter Hypertonie sollen aktuell normotensive Blutdruckwerte aufweisen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten, bei denen eine Hypertonie als Begleiterkrankung dokumentiert wurde.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 235.195 von 440.272 berücksichtigten Patienten (53,4 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

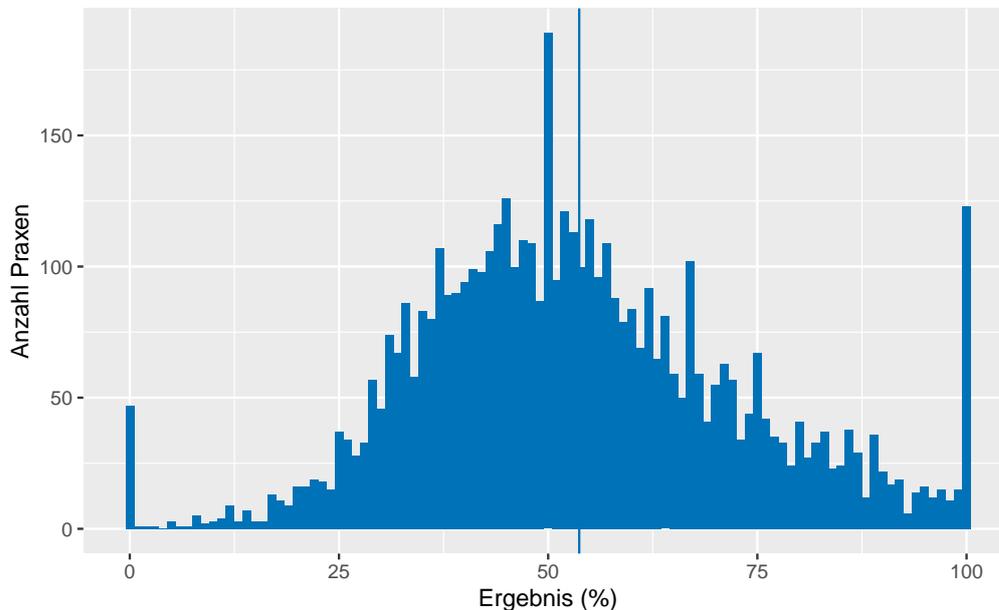
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	235.195	440.272	53.4
2023H1	231.465	438.212	52.8
2022H2	221.639	430.290	51.5
2022H1	225.253	432.084	52.1
2021H2	215.646	422.304	51.1
2021H1	219.396	427.877	51.3
2020H2	219.160	429.087	51.1
2020H1	222.185	428.491	51.9
2019H2	160.340	303.187	52.9
2019H1	164.644	307.202	53.6
2018H2	165.160	306.997	53.8

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Unter den Patienten, bei denen in der aktuellen Dokumentation die Begleiterkrankung "Hypertonie" angegeben wurde, hatten mehr als die Hälfte der Patienten normotensive Blutdruckwerte. Das Qualitätsziel wurde somit 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 Einfluss auf die Zielerreichung ausüben. Darüber hinaus werden Blutdruckwerte häufig gerundet, was zu einer nicht unerheblichen Verzerrung der Ergebnisse führen kann. Aufgrund dieser Ungenauigkeit ist die Aussagekraft dieses Indikators stark eingeschränkt.

Hinweise zur Interpretation:

- 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 Einfluss auf die Zielerreichung ausüben. Darüber hinaus werden Blutdruckwerte häufig gerundet, was zu einer nicht unerheblichen Verzerrung der Ergebnisse führen kann. Aufgrund dieser Ungenauigkeit ist die Aussagekraft dieses Indikators stark eingeschränkt.

7.6 Blutdruck (höher als 150 mmHg systolisch)

Qualitätsziel: Höchstens 15 % der Patienten sollen einen systolischen Blutdruck höher als 150 mmHg haben.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten, bei denen eine Hypertonie als Begleiterkrankung dokumentiert wurde.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 68.653 von 440.272 berücksichtigten Patienten (15,6 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

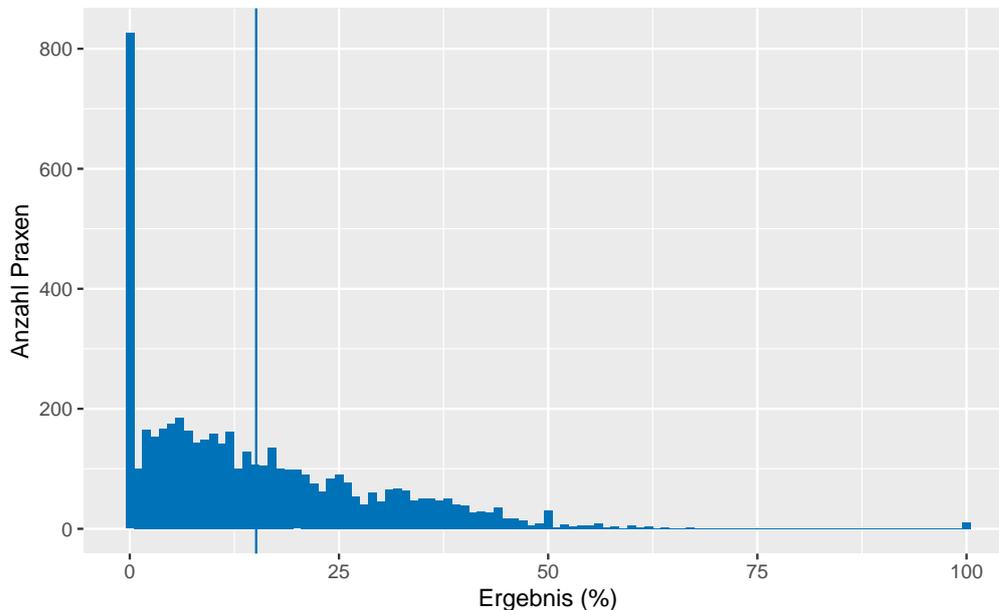
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	68.653	440.272	15.6
2023H1	68.354	438.212	15.6
2022H2	70.603	430.290	16.4
2022H1	67.403	432.084	15.6
2021H2	68.694	422.304	16.3
2021H1	69.211	427.877	16.2
2020H2	69.562	429.087	16.2
2020H1	66.893	428.491	15.6
2019H2	44.544	303.187	14.7
2019H1	43.458	307.202	14.1
2018H2	43.463	306.997	14.2

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das Qualitätsziel wird erreicht. Bei einem Großteil der koordinierenden Arztpraxen haben weniger als 15 % der Patienten mit Teilnahme am DMP KHK einen systolischen Blutdruck höher als 150 mmHg. Weniger Praxen haben dagegen einen sehr hohen Anteil an solchen Patienten, die im Rahmen des ärztlichen Feedbacks ausgewiesen werden. Der koordinierende Arzt soll bei diesen Patienten prüfen, ob eine Therapieumstellung, eine Patientenschulung oder eine Überweisung zum Kardiologen erforderlich ist, um eine Senkung des Blutdrucks erreichen zu können.

Hinweise zur Interpretation:

- Es gelten ähnliche Überlegungen wie beim Qualitätsziel "Blutdruck".

7.7 Kontrolle der Nierenfunktion (eGFR)

Die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) als Maß für die Nierenfunktion ist mindestens jährlich auf Basis des Serum-Kreatinin-Wertes zu bestimmen. Liegt kein genauer Wert vor (z.B. "GFR > 60"), sollte die eGFR mittels CKD-EPI- oder MDRD-Formel bestimmt werden (siehe www.nierenrechner.de). Die Eintragung eines Dummy-Wertes (z.B. 60 oder 61) in die DMP-Dokumentation ist zu vermeiden, da bereits Werte unter 90 auf einen Nierenschaden hindeuten. Bei einer eGFR < 30 oder bei einer Abnahme von mehr als 5 ml/min im Jahr ist eine Überweisung zum Nephrologen erforderlich.

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

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 462.020 von 486.343 berücksichtigten Patienten (95,0 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

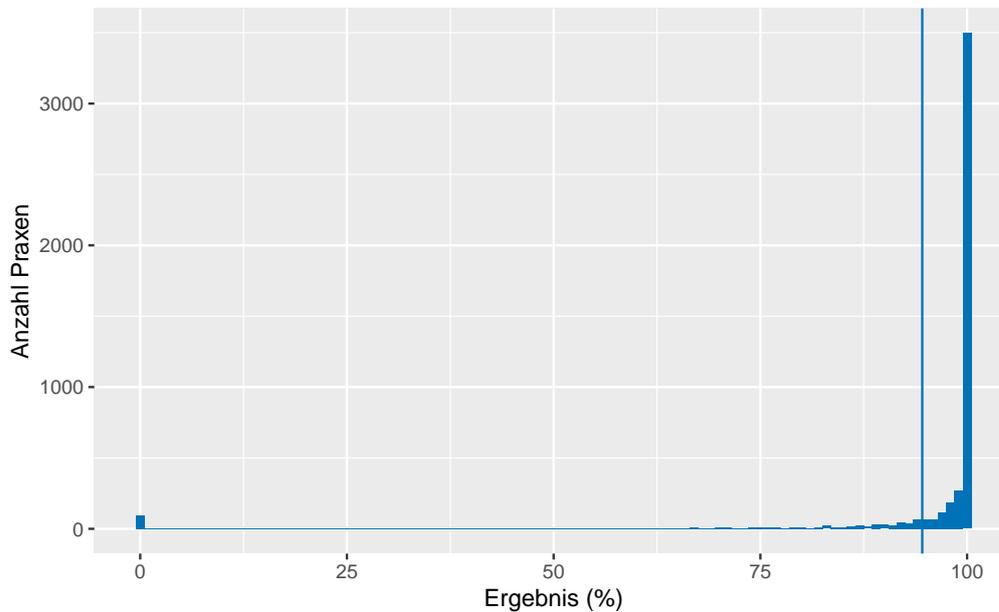
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	462.020	486.343	95.0
2023H1	456.056	481.927	94.6
2022H2	451.556	479.582	94.2
2022H1	452.888	482.657	93.8
2021H2	445.048	473.103	94.1
2021H1	447.871	477.042	93.9
2020H2	448.566	480.210	93.4
2020H1	443.199	475.863	93.1
2019H2	447.126	479.879	93.2
2019H1	447.699	481.406	93.0
2018H2	449.015	482.691	93.0

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das Qualitätsziel "Nierenfunktion" wurde erreicht. Bei einem Großteil der Praxen wird der eGFR-Wert sogar bei allen Patienten mindestens jährlich bestimmt und dokumentiert.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator prüft, ob in der DMP-Dokumentation einen plausiblen eGFR-Wert eingetragen wurde. Es wird nicht geprüft, ob der Wert zum Zeitpunkt der Dokumentation aktuell war.

7.8 Augenarzt

Die Netzhautuntersuchung beim Augenarzt dient der frühzeitigen Erkennung von diabetischen Komplikationen am Auge. Patienten mit Typ-2-Diabetes sollen ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung mindestens alle zwei Jahre systematisch augenärztlich untersucht werden. Bei Patienten mit bereits bestehender diabetischer Retinopathie und/oder Makulopathie werden die augenärztlichen Kontrollintervalle nach Maßgabe des Augenarztes festgelegt.

Qualitätsziel: Bei mindestens 90 % der Patienten soll in den letzten 24 Monaten eine ophthalmologische Netzhautuntersuchung vom Augenarzt durchgeführt worden sein.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit mindestens 24 Monaten Teilnahmedauer.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 242.820 von 420.641 berücksichtigten Patienten (57,7 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

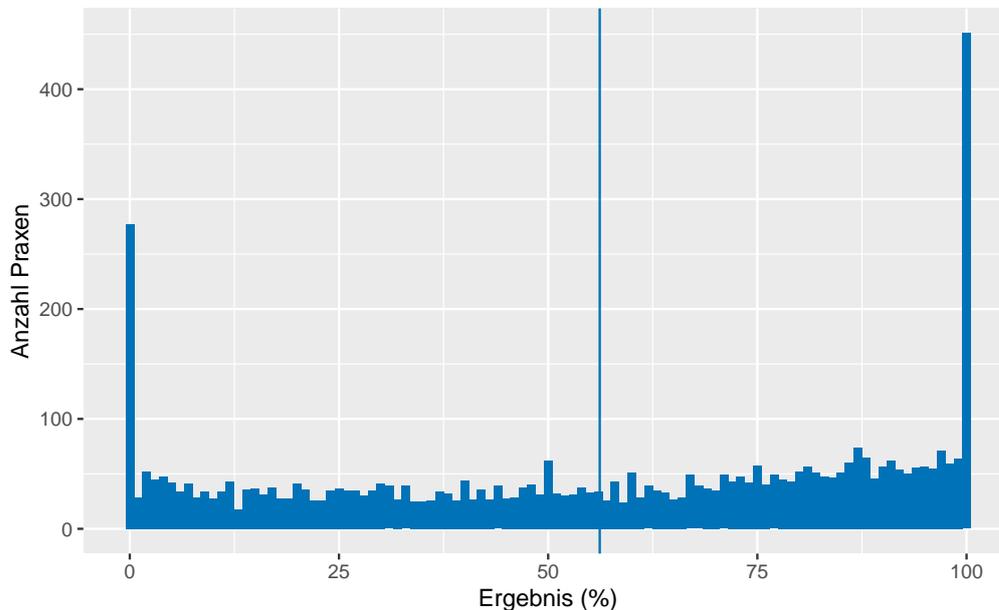
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	242.820	420.641	57.7
2023H1	234.697	420.391	55.8
2022H2	234.683	420.843	55.8
2022H1	237.637	423.519	56.1
2021H2	241.097	417.546	57.7
2021H1	247.818	419.305	59.1
2020H2	254.509	416.572	61.1
2020H1	258.948	415.042	62.4
2019H2	270.152	421.828	64.0
2019H1	274.971	423.802	64.9
2018H2	279.983	423.571	66.1

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das Qualitätsziel wird nicht erreicht. Die Verteilung unter den Arztpraxen zeigt eine sehr breite Streuung. Haben in über 450 Praxen alle Patienten eine dokumentierte Netzhautuntersuchung, so ist eine zweite Gruppe von über 300 Praxen zu erkennen, in denen die Netzhautuntersuchung bei keinem Patient dokumentiert ist. Koordinierende Ärzte sollten den Feedbackbericht nutzen, um Patienten gezielt an die Durchführung der Netzhautuntersuchung zu erinnern. Eventuelle Dokumentationsprobleme sollten korrigiert werden.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes, der häufig keine unmittelbare Information über die Durchführung einer Netzhautuntersuchung hat (z.B. in Form eines Arztbriefes). Im Kapitel @ref{sec:augenarzt} wird das Ergebnis unter Verwendung der ambulanten Abrechnungsdaten validiert. Der Vergleich mit den Abrechnungsdaten zeigt, dass die DMP-Daten an dieser Stelle keine verlässliche Grundlage für die Messung der Versorgungsqualität darstellen.

7.9 Fußinspektion (Erhebung des Fußstatus)

Die periphere sensomotorische Neuropathie ist der größte Risikofaktor für die Entwicklung eines Fußulkus. Deshalb ist die Inspektion der Füße mindestens einmal jährlich Pflicht - dazu gehören: Prüfung auf Neuropathie, Prüfung des Pulsstatus und des (Risikos für) Ulkus sowie Prüfung auf (Wund)Infektion. Bei erhöhtem Risiko sollte die Prüfung quartalsweise erfolgen, einschließlich der Überprüfung des Schuhwerks.

Qualitätsziel: Der Anteil der Patienten mit mindestens einer Erhebung des Fußstatus in den letzten zwölf Monaten soll mindestens 80 % betragen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 386.378 von 486.343 berücksichtigten Patienten (79,4 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

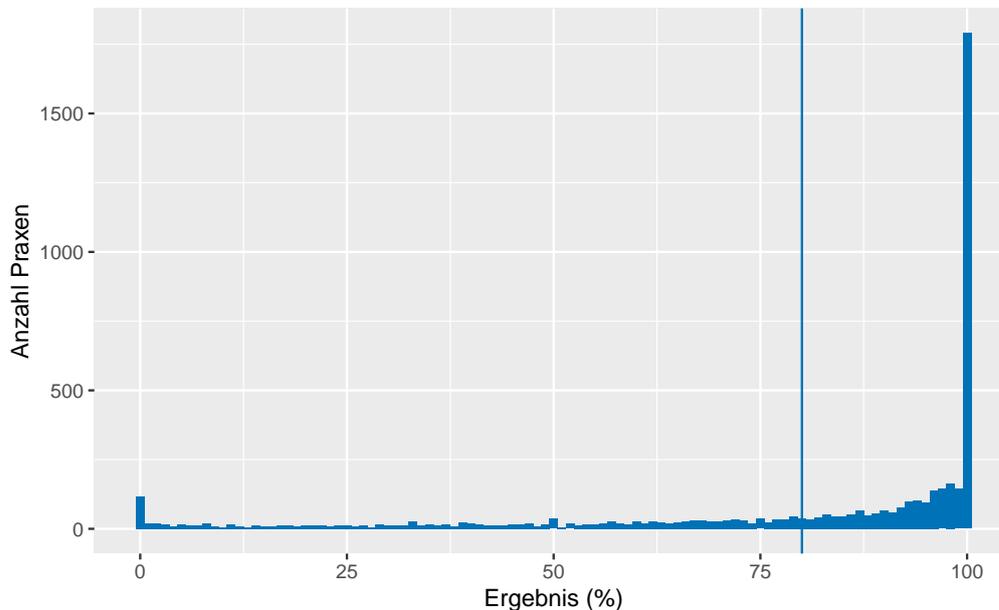
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	386.378	486.343	79.4
2023H1	366.712	481.927	76.1
2022H2	363.914	479.582	75.9
2022H1	369.690	482.657	76.6
2021H2	366.305	473.103	77.4
2021H1	369.573	477.042	77.5
2020H2	376.847	480.210	78.5
2020H1	378.919	475.863	79.6
2019H2	392.905	479.879	81.9
2019H1	395.316	481.406	82.1
2018H2	400.223	482.691	82.9

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das Qualitätsziel wird seit Beginn der Corona-Pandemie nicht erreicht. Aktuell erhalten 75 % eine jährliche Fußinspektion. Der Zielwert beträgt 80 %, wobei einen möglichst hohen Anteil anzustreben ist, um das Vorhandensein eines diabetischen Fußsyndroms frühzeitig zu erkennen und schwere Folgen wie die Amputation zu vermeiden. Im Feedbackbericht werden Patienten ohne vollständige Fußinspektion aufgelistet. Koordinierende Ärzte sollten diese Liste nutzen, um fehlende Fußinspektionen zeitnah nachholen zu können.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes in der DMP-Dokumentation. Er wird nicht validiert.

7.10 Fußinspektion (Untersuchungsintervall)

Bei Patienten mit Sensibilitätsstörung ist die Fußinspektion alle sechs Monate erforderlich. Ist der Pulsstatus auffällig oder besteht ein weiteres Risiko für ein Ulkus, ist eine Inspektion mindestens alle drei Monate erforderlich.

Qualitätsziel: Der Anteil der Patienten mit einer Festlegung eines angemessenen Intervalls für künftige Fußinspektionen soll mindestens 80 % betragen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit einem Mindestalter von 18 Jahren bei denen eine Sensibilitätsstörung, allerdings kein Ulkus und keine (Wund)Infektion dokumentiert wurde.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 43.960 von 73.621 berücksichtigten Patienten (59,7 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

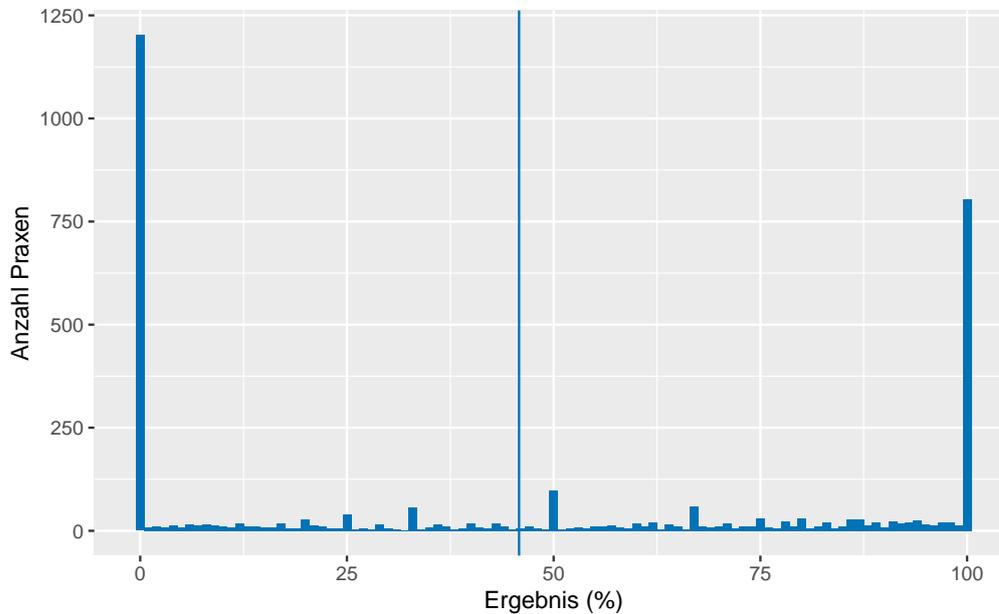
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	43.960	73.621	59.7
2023H1	43.080	70.975	60.7
2022H2	38.601	62.944	61.3
2022H1	42.168	68.820	61.3
2021H2	41.039	67.445	60.8
2021H1	42.518	69.524	61.2
2020H2	43.382	71.522	60.7
2020H1	41.320	66.805	61.9
2019H2	44.197	73.008	60.5
2019H1	43.845	72.709	60.3
2018H2	43.642	72.795	60.0

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das Qualitätsziel wird nicht erreicht. Die Verteilung unter den Arztpraxen zeigt, dass eine korrekte Festlegung des Intervalls entweder bei allen oder bei keinen der für den Indikator relevanten Patienten dokumentiert ist. Dies deutet auf unterschiedliche Behandlungsprozesse oder ein unterschiedliches Dokumentationsverhalten hin. Koordinierende Ärzte sollten den Feedbackbericht nutzen, um eventuell fehlende Fußinspektionen bei Patienten mit auffälligem Fußstatus nachzuholen.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes in der DMP-Dokumentation. Er wird nicht validiert.

7.11 Fußinspektion (Peripherer Puls)

Qualitätsziel: Bei mindestens 80 % der Patienten mit Ulkus soll zusammen mit der Fußinspektion auch der periphere Pulsstatus untersucht worden sein.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten bei denen beim Fußstatus ein oberflächliches oder tiefes Ulkus dokumentiert wurde.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 6.312 von 7.494 berücksichtigten Patienten (84,2 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

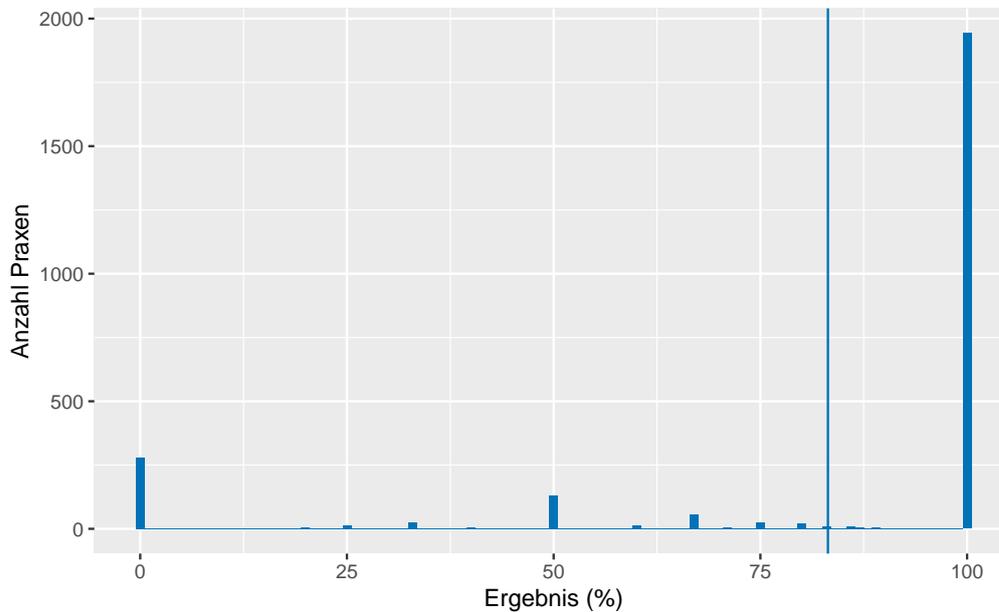
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	6.312	7.494	84.2
2023H1	6.186	7.453	83.0
2022H2	5.493	6.690	82.1
2022H1	6.077	7.134	85.2
2021H2	6.017	7.141	84.3
2021H1	6.256	7.523	83.2
2020H2	6.479	7.628	84.9
2020H1	6.370	7.612	83.7
2019H2	7.420	8.626	86.0
2019H1	7.366	8.553	86.1
2018H2	7.663	8.835	86.7

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Bei Patienten mit Ulkus soll der periphere Pulsstatus grundsätzlich in jedem Berichtszeitraum untersucht werden. Als Zielwert wurde ein Anteil von 80 % festgelegt. Das Qualitätsziel wird mit einem Anteil von aktuell 82 % erreicht.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes in der DMP-Dokumentation. Er wird nicht validiert.

7.12 Diabetischer Fuß (Überweisung)

Bei Hinweisen auf ein diabetisches Fußsyndrom ist die Mitbehandlung in einer für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierten Einrichtung erforderlich.

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

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit einer Teilnahmedauer von mindestens sechs Monaten und entweder einem tiefen Ulkus oder einem oberflächlichen Ulkus mit auffälligem peripheren Pulsstatus (Ischämie).

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 2.012 von 3.688 berücksichtigten Patienten (54,6 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

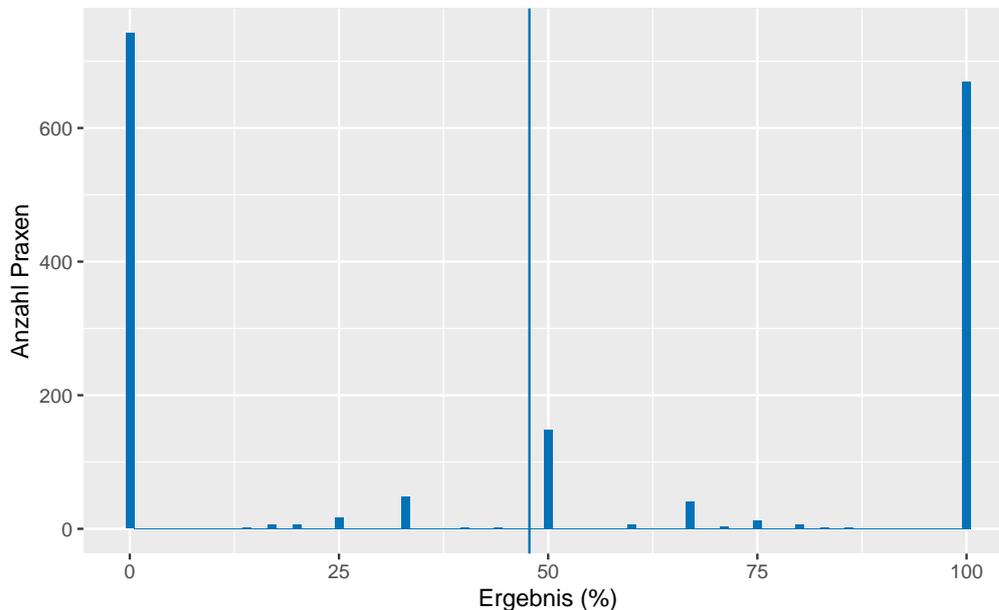
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	2.012	3.688	54.6
2023H1	1.918	3.671	52.2
2022H2	1.730	3.433	50.4
2022H1	1.886	3.588	52.6
2021H2	1.941	3.607	53.8
2021H1	16.366	39.546	41.4
2020H2	16.653	40.965	40.7
2020H1	15.564	39.179	39.7
2019H2	17.438	43.658	39.9
2019H1	16.849	43.201	39.0
2018H2	16.691	43.787	38.1

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

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 deutlich unterschritten. Nach unserer Einschätzung führt der hier angewandte Berechnungsalgorithmus zu einer Unterschätzung des Indikators. Die Steigerung der Überweisungsrate ab dem zweiten Halbjahr 2021 ist ebenfalls ein Artefakt der angepassten Dokumentation. Es steht jedoch fest, dass zu wenige Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom durch spezialisierte Fußeinrichtungen behandelt werden.

Hinweise zur Interpretation:

- Der Indikator wird nicht routinemaßig validiert, zum Beispiel durch einen Vergleich mit den ambulanten Abrechnungsdaten.

7.13 Metformin

Metformin wird aufgrund der belegten Wirksamkeit hinsichtlich Stoffwechseleinstellung, makrovaskulärer Risikoreduktion sowie weiterer günstiger Eigenschaften, insbesondere wegen des geringen Einflusses auf Gewicht und Hypoglykämierate, als Mittel der ersten Wahl angesehen.

Qualitätsziel: Mindestens 70 % der Patienten, die ein orales Antidiabetikum in Monotherapie erhalten, soll Metformin verordnet werden.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit Verordnung eines oralen Antidiabetikums in Monotherapie, bei denen keine Kontraindikation für Metformin vorliegt.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 168.365 von 215.736 berücksichtigten Patienten (78,0 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

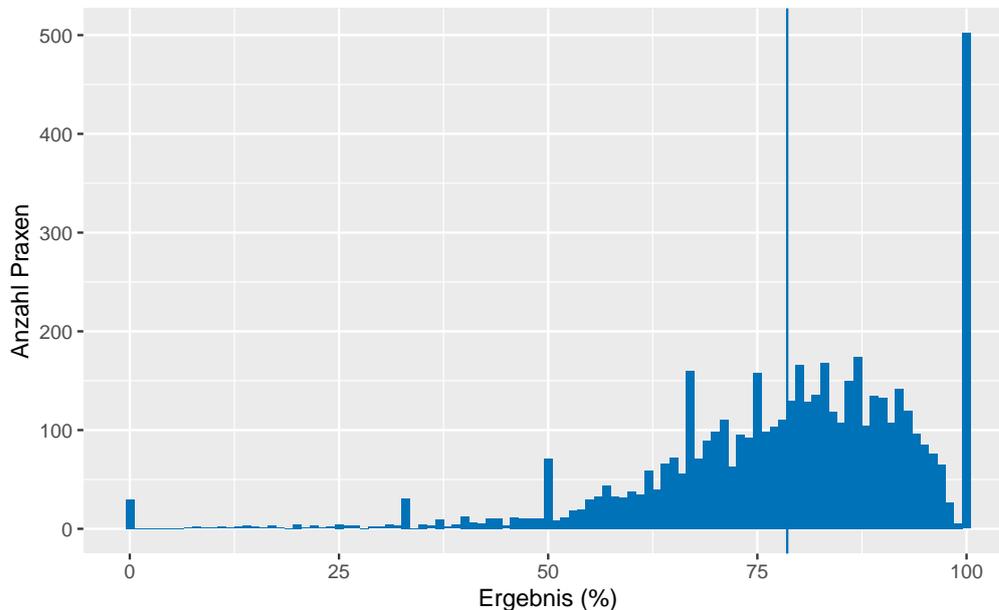
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	168.365	215.736	78.0
2023H1	183.964	232.875	79.0
2022H2	182.912	229.335	79.8
2022H1	185.481	231.144	80.2
2021H2	182.635	226.079	80.8
2021H1	185.501	228.782	81.1
2020H2	186.077	229.423	81.1
2020H1	186.115	229.614	81.1
2019H2	189.734	240.453	78.9
2019H1	191.345	242.799	78.8
2018H2	190.372	241.856	78.7

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Metformin ist aufgrund seiner erwiesenen Wirksamkeit die erste Wahl für die medikamentöse Therapie bei Typ-2-Diabetespatienten. 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.

Das Qualitätsziel wird in Bayern erreicht. Die Ergebnisse zeigen, dass etwa 80 % der Patienten Metformin als Monotherapie der ersten Wahl verordnet bekommen. Nur in wenigen Praxen ist eine Unterschreitung des Zielwertes nachzuweisen.

Hinweise zur Interpretation:

- Indikatoren zur Medikation basieren auf der Angabe des koordinierenden Arztes. Einen Vergleich mit der tatsächlich verordneten oder vom Patienten abgeholten bzw. eingenommenen Medikation erfolgt nicht.

7.14 Thrombozytenaggregationshemmer

Grundsätzlich sollen alle Patienten mit makroangiopathischen Erkrankungen (z.B. kardio- und zerebrovaskulären Erkrankungen) Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) erhalten.

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

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit einer arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK), KHK, Schlaganfall und/oder Herzinfarkt, bei denen keine Kontraindikation für TAH oder keine sonstige orale Antikoagulation vorliegt.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 80.137 von 112.963 berücksichtigten Patienten (70,9 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

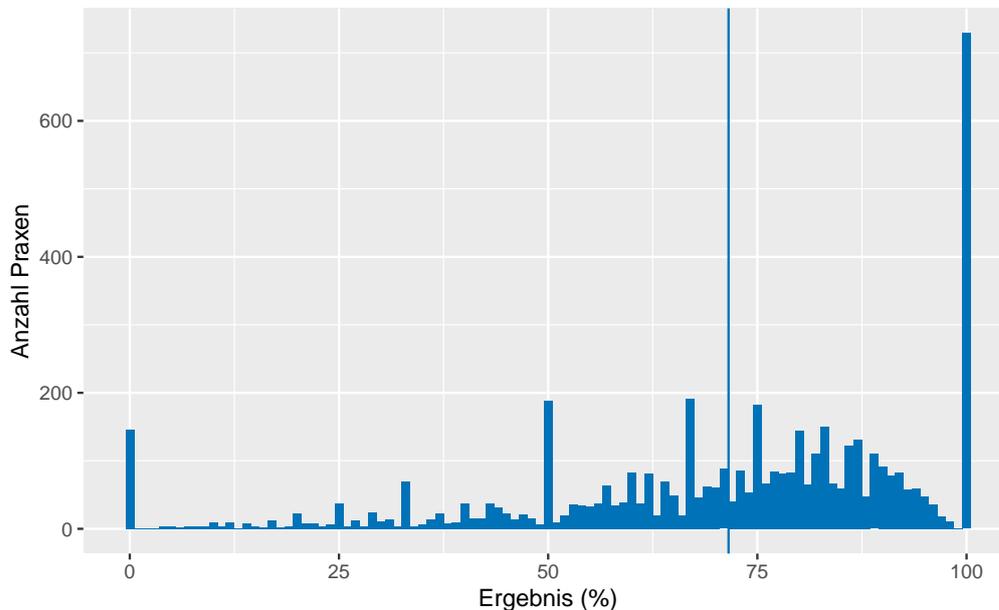
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	80.137	112.963	70.9
2023H1	84.228	113.651	74.1
2022H2	83.666	112.726	74.2
2022H1	84.521	113.780	74.3
2021H2	83.893	112.641	74.5
2021H1	85.769	115.192	74.5
2020H2	87.228	116.779	74.7
2020H1	87.704	117.281	74.8
2019H2	38.287	53.883	71.1
2019H1	38.393	54.042	71.0
2018H2	37.999	53.490	71.0

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) sollen grundsätzlich bei jedem Patienten mit Makroangiopathie und ohne vorhandene Kontraindikationen verordnet werden. Sie werden aber laut Dokumentation zu wenig verordnet. 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. 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 Nichterreichung des Qualitätsziels hat der Arzt zu überprüfen, ob die betroffenen Patienten tatsächlich TAH einnehmen oder nicht.

Hinweise zur Interpretation:

- Indikatoren zur Medikation basieren auf der Angabe des koordinierenden Arztes. Einen Vergleich mit der tatsächlich verordneten oder vom Patienten abgeholten bzw. eingenommenen Medikation erfolgt nicht.

7.15 Hypoglykämie

Bei Patienten mit einem notfallmäßigen Ereignis wie einer schweren Hypoglykämie ist eine zeitnahe Ursachenklärung und Therapiezielüberprüfung notwendig. Als geeignete Maßnahmen sind zum Beispiel eine Therapieanpassung, eine Patientenschulung oder eine Überweisung zu einem diabetologisch qualifizierten Arzt zu erwägen.

Qualitätsziel: Der Anteil der Patienten mit schweren Hypoglykämien in den letzten zwölf Monaten soll weniger als 1 % betragen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 1.675 von 482.861 berücksichtigten Patienten (0,3 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

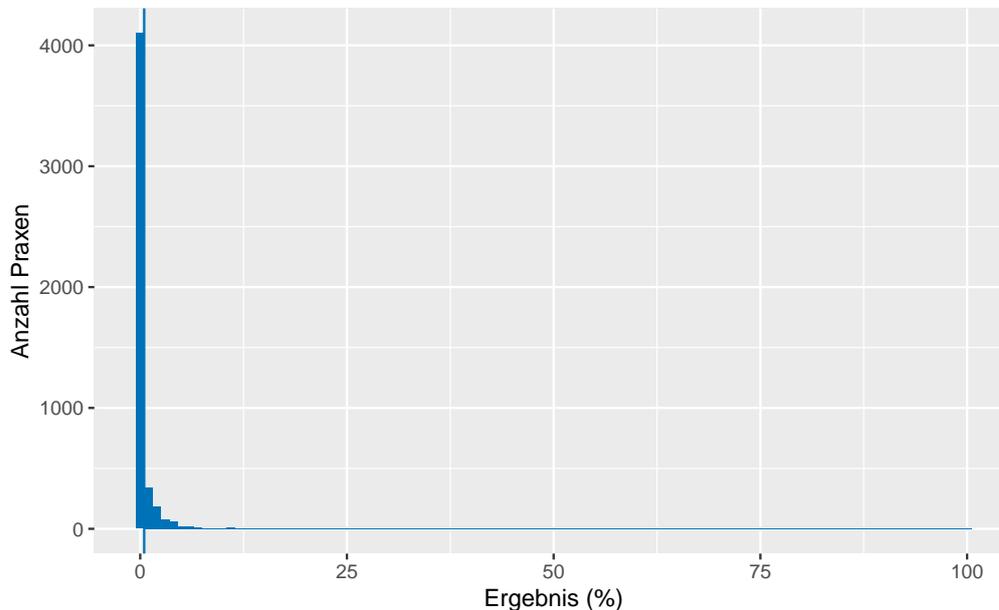
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	1.675	482.861	0.3
2023H1	1.629	477.946	0.3
2022H2	1.608	475.272	0.3
2022H1	1.698	481.002	0.4
2021H2	1.741	471.664	0.4
2021H1	1.984	475.466	0.4
2020H2	2.103	478.190	0.4
2020H1	2.331	473.733	0.5
2019H2	2.507	477.414	0.5
2019H1	2.829	478.660	0.6
2018H2	3.132	479.994	0.7

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

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

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes in der DMP-Dokumentation. Die benötigten Informationen erhält der Arzt nur über den Patienten, sodass eventuell nicht alle Ereignisse erfasst sind.

7.16 Notfallmäßige stationäre Behandlungen

Qualitätsziel: Höchstens 1 % der Patienten sollen innerhalb der letzten sechs Monate wegen Diabetes mellitus notfallmäßig stationär aufgenommen worden sein.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 1.380 von 523.314 berücksichtigten Patienten (0,3 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

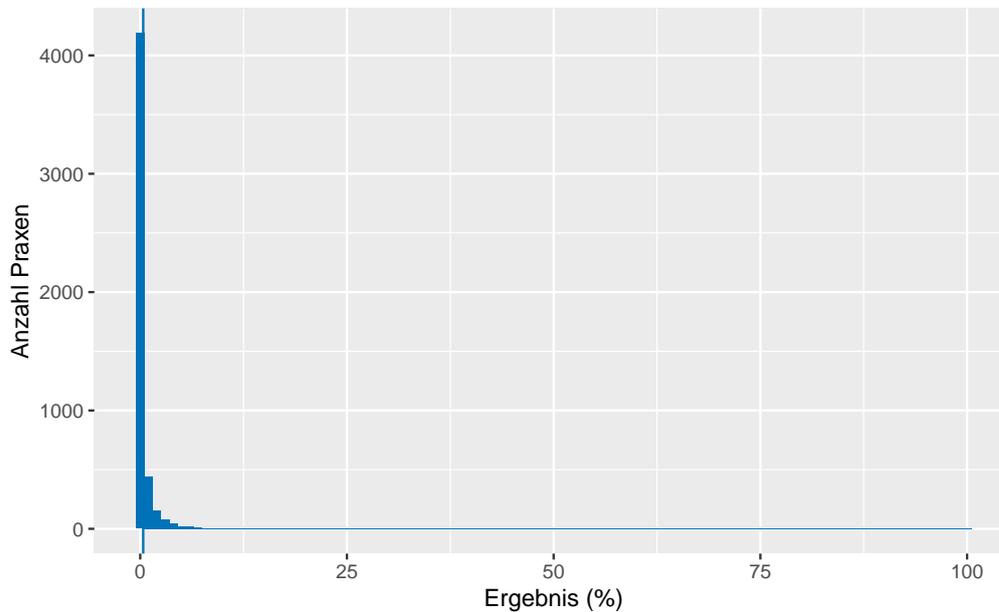
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	1.380	523.314	0.3
2023H1	1.266	513.351	0.2
2022H2	1.160	501.703	0.2
2022H1	1.262	512.793	0.2
2021H2	1.258	503.643	0.2
2021H1	1.169	507.727	0.2
2020H2	1.287	507.907	0.3
2020H1	1.382	507.157	0.3
2019H2	1.505	512.695	0.3
2019H1	1.542	509.564	0.3
2018H2	1.617	510.830	0.3

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Notfallmäßig stationäre Behandlungen wegen Diabetes mellitus Typ 2 kommen selten vor: Der Anteil unter allen Patienten liegt dauerhaft unter 0,5 %. Aus diesem Grund erfolgt im Feedbackbericht keine Aussage über die Zielerreichung in den einzelnen Praxen.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes in der DMP-Dokumentation. Die benötigten Informationen erhält der Arzt nur über den Patienten, sodass eventuell nicht alle Ereignisse erfasst sind.

8 DMP Diabetes mellitus Typ 1

8.1 Diabetesschulung (Quote)

Patienten mit Typ-1-Diabetes und deren Betreuungspersonen müssen Zugang zu strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogrammen erhalten. Aufgabe des behandelnden Arztes ist es, die Patienten über den besonderen Nutzen einer strukturierten Schulung zu informieren und ihnen die Teilnahme nahezu legen.

Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der DMP-Patienten soll eine Diabetes-Schulung erhalten haben.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023:

- **Erwachsene:** 14.925 von 37.735 berücksichtigten Patienten (41,8 %)
- **Kinder und Jugendliche:** 1.078 von 2.126 berücksichtigten Patienten (50,7 %)

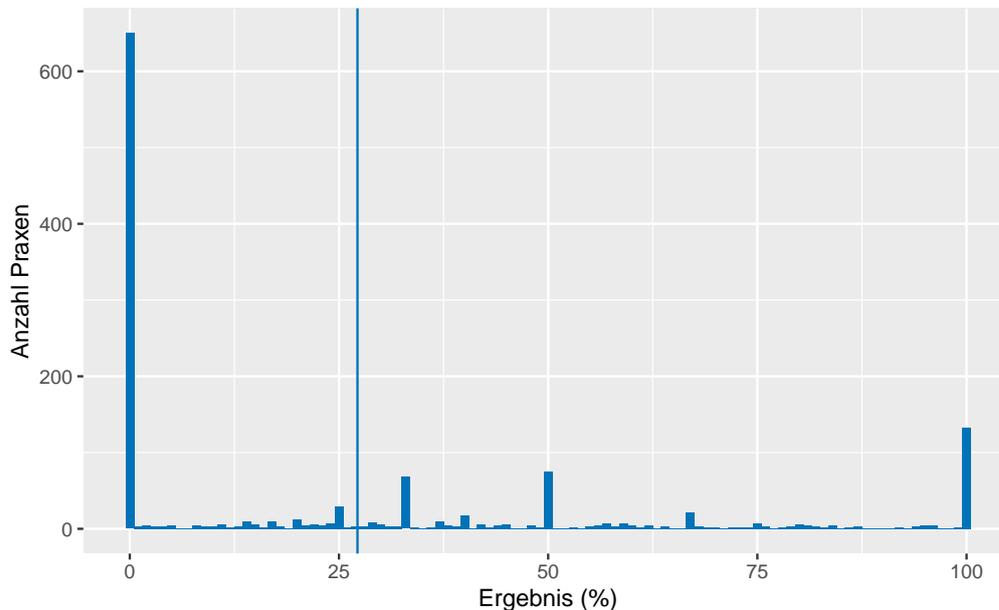
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	16.003	37.861	42.3
2023H1	16.192	37.961	42.7
2022H2	16.321	37.824	43.1
2022H1	16.125	37.485	43.0
2021H2	15.888	36.857	43.1
2021H1	15.597	36.202	43.1
2020H2	15.250	35.682	42.7
2020H1	14.769	34.647	42.6
2019H2	14.697	34.661	42.4
2019H1	14.429	34.262	42.1
2018H2	14.136	33.818	41.8

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Die intensive Betreuung von Typ-1-Diabetespatienten umfasst eine kontinuierliche, individuelle Schulung bzw. Beratung, die teilweise außerhalb der Definition einer strukturierten DMP-Schulung fällt. Die Schulung von Patienten gehört zu den Kernaufgaben der diabetologischen Schwerpunktpraxen, die im Regelfall die Koordination von Patienten im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 übernehmen. Die breite Streuung unter den Praxen suggeriert jedoch, dass das Dokumentationsverhalten in Bayern uneinheitlich ist.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes in der DMP-Dokumentation. Hat der Patient eine Schulung vor der DMP-Einschreibung absolviert, oder nach Durchführung der Schulung den koordinierenden Arzt (bzw. die Praxis) gewechselt, so findet diese eventuell keine Berücksichtigung. Dieses Problem könnte vor allem neue Praxen betreffen, die Patienten mit einer früheren DMP-Teilnahme übernehmen.

8.2 Hypertonieschulung (Quote)

Der koordinierende Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Patient von der Teilnahme an einer strukturierten, evaluierten und publizierten Hypertonieschulung profitieren kann.

Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der DMP-Patienten mit bekannter Hypertonie soll eine Hypertonie-Schulung erhalten haben.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit der Begleiterkrankung Hypertonie.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023:

- **Kinder und Jugendliche:** 0 von 21 berücksichtigten Patienten (0,0 %)
- **Erwachsene:** 1.446 von 13.958 berücksichtigten Patienten (10,3 %)

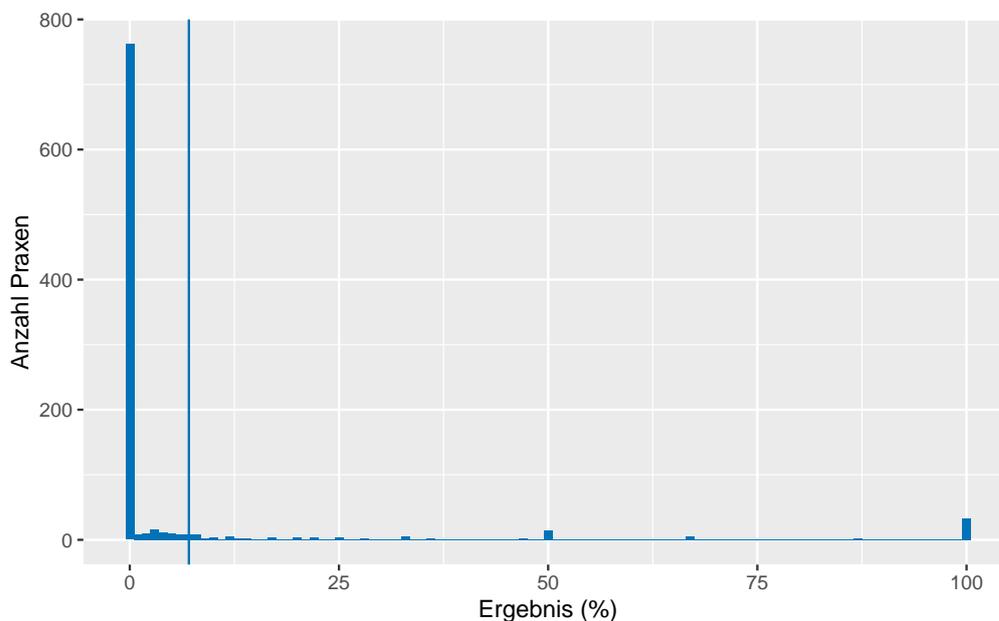
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	1.446	13.979	10.3
2023H1	1.494	13.943	10.7
2022H2	1.522	13.934	10.9
2022H1	1.544	13.869	11.1
2021H2	1.516	13.726	11.0
2021H1	1.490	13.548	11.0
2020H2	1.485	13.374	11.1
2020H1	1.514	13.055	11.6
2019H2	1.223	10.815	11.3
2019H1	1.259	10.751	11.7
2018H2	1.248	10.474	11.9

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Nur gut 10 % der Typ-1-Diabetespatienten mit Angabe der Begleiterkrankung “Hypertonie” haben eine Hypertonieschulung wahrgenommen. Da diese Patientengruppe überwiegend durch diabetologische Schwerpunktpraxen betreut werden, liegt das Ergebnis höher als im DMP Diabetes mellitus Typ 2. Grundsätzlich ist jedoch festzustellen, dass Hypertonieschulungen eher selten durchgeführt werden.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes in der DMP-Dokumentation. Hat der Patient eine Schulung vor der DMP-Einschreibung absolviert, oder nach Durchführung der Schulung den koordinierenden Arzt (bzw. die Praxis) gewechselt, so findet diese eventuell keine Berücksichtigung. Dieses Problem könnte vor allem neue Praxen betreffen, die Patienten mit einer früheren DMP-Teilnahme übernehmen.

8.3 HbA1c-Wert über 8,5 %

Das Ziel der antihyperglykämischen Therapie, gemessen am HbA1c-Wert, ist individuell festzulegen. Der angestrebte HbA1c-Wert sollte sich auf <7,5 % (<58 mmol/mol) belaufen, ohne dass schwerwiegende Hypoglykämien auftreten. Bei der Festlegung des Zielwerts sollte das Risiko für Hypoglykämien und diabetesbedingte Komplikationen sowie Patientenpräferenzen und vorhandene Komorbiditäten berücksichtigt werden. Ein Zielwert über 8,5 % (69 mmol/mol) ist jedoch nur in begründeten Fällen zu erwägen, zum Beispiel bei geringer Lebenserwartung oder schwerwiegenden Begleiterkrankungen. Wird der HbA1c-Zielwert nach sechs Monaten nicht erreicht, sollte der Patient an einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt überwiesen werden.

Qualitätsziel: Höchstens 10 % der Patienten sollen einen HbA1c-Wert höher als 8,5 % (69 mmol/mol) haben.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023:

- **Kinder und Jugendliche:** Mit 405 von 2.322 berücksichtigten Patienten (17,4 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.
- **Erwachsene:** Mit 5.085 von 37.427 berücksichtigten Patienten (13,6 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

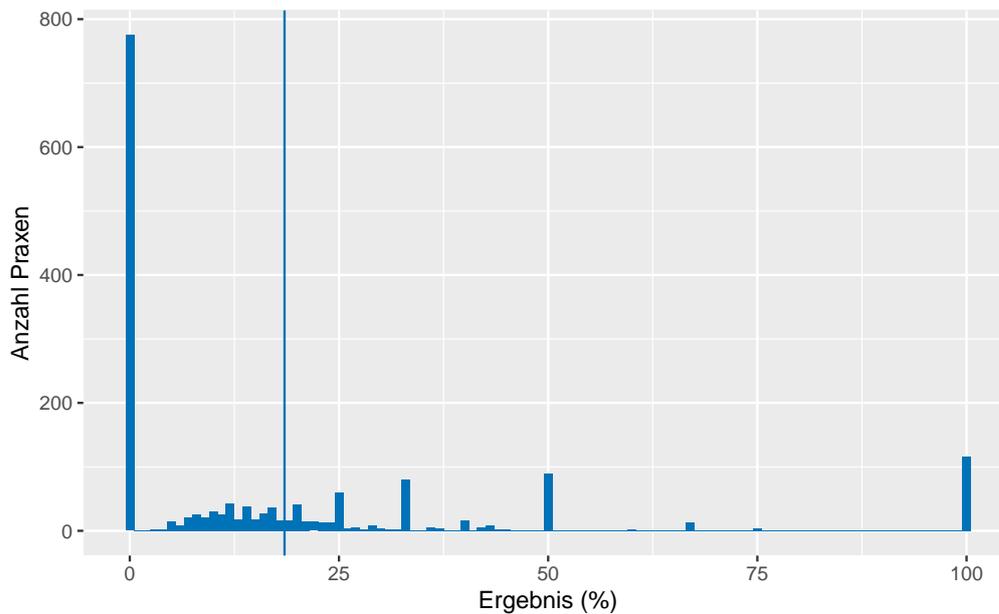
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	5.490	39.749	13.8
2023H1	5.445	39.183	13.9
2022H2	5.728	38.125	15.0
2022H1	5.640	37.485	15.0
2021H2	6.012	36.857	16.3
2021H1	5.961	36.202	16.5
2020H2	5.891	35.682	16.5
2020H1	6.135	34.647	17.7
2019H2	5.820	34.661	16.8
2019H1	5.858	34.262	17.1
2018H2	5.898	33.818	17.4

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

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. Seitdem weist der zeitliche Mittelwertverlauf eine positive Entwicklung des Indikators aus. Die Einführung von kontinuierlichen Blutzuckermessgeräten kann zu dieser positiven Entwicklung beigetragen haben. Trotzdem ist eine weitere Senkung des Anteils mit hohen HbA1c-Werten anzustreben.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes in der DMP-Dokumentation. Es wird geprüft, ob der Wert plausibel ist, jedoch nicht, ob ein aktueller Wert eingetragen wurde.

8.4 HbA1c-Zielwerterreichung

Qualitätsziel: Ein hoher Anteil an Patienten soll den individuell vereinbarten HbA1c-Zielwert erreicht haben.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023:

- **Kinder und Jugendliche:** 827 von 1.634 berücksichtigten Patienten (44,4 %)
- **Erwachsene:** 18.501 von 32.037 berücksichtigten Patienten (57,7 %)

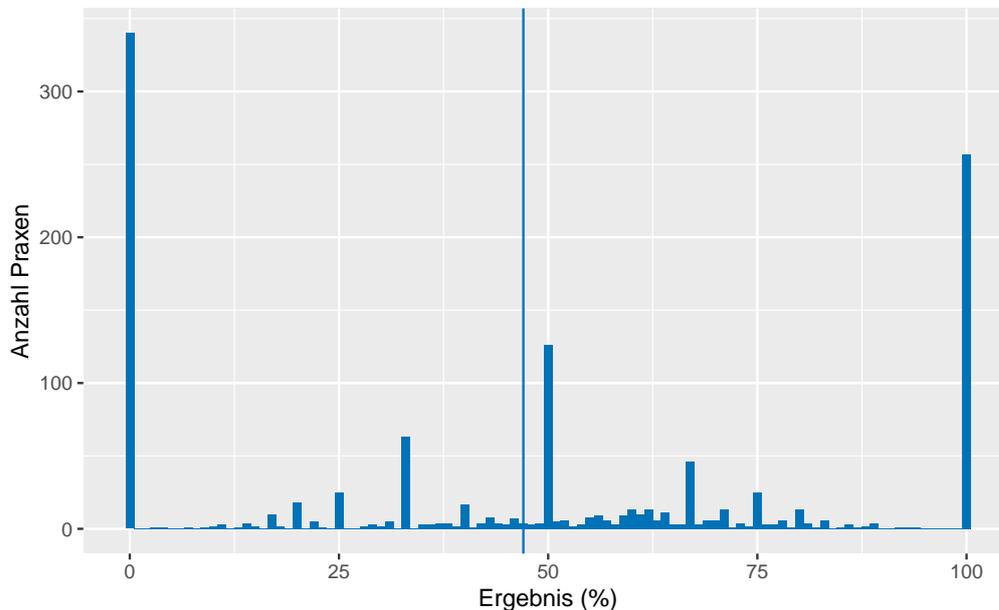
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	19.328	33.671	57.4
2023H1	18.656	32.757	57.0
2022H2	17.381	32.339	53.7
2022H1	17.306	32.014	54.1
2021H2	15.962	31.554	50.6
2021H1	15.637	31.011	50.4
2020H2	15.157	30.248	50.1
2020H1	14.205	28.949	49.1
2019H2	14.605	28.762	50.8
2019H1	14.641	28.557	51.3
2018H2	14.227	28.059	50.7

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Der koordinierende Arzt soll für jeden Patienten entsprechend seiner Risikokonstellation einen individuellen HbA_{1c} -Zielwert vereinbaren. Dieser Indikator misst den Anteil an Patienten, die nach Einschätzung des koordinierenden Arztes dieses Therapieziel erreicht haben. Das Qualitätsziel mit Zielwert von mindestens 60 % wird erreicht. Dennoch ist die Streuung der Ergebnisse unter den koordinierenden Praxen sehr breit. Mögliche Gründe für diese Variabilität sind Unterschiede bei der Festlegung von Behandlungszielen bei älteren oder multimorbiden Patienten sowie ein unterschiedlicher Umgang mit kurzfristigen, langfristigen und "realistischen" Zielwerten. Eine objektive Aussage über die Versorgungsqualität auf Bayernebene lässt sich daher nicht unmittelbar ableiten.

Hinweise zur Interpretation:

- Aufgrund der oben ausgeführten Überlegungen soll dieser Indikator nur in Kombination mit dem Indikator "HbA_{1c}-Wert über 8,5 %" interpretiert werden. Er spiegelt die Einschätzung des koordinierenden Arztes wider.

8.5 Blutdruck (normotensiv)

Die Senkung des Blutdrucks in einen normnahen Bereich ist bei Patienten mit Typ 1 Diabetes von entscheidender Bedeutung. Bei Patienten mit bekannter Hypertonie ist in der Regel eine Senkung des Blutdrucks auf Werte systolisch unter 140 mmHg und diastolisch unter 90 mmHg anzustreben.

Qualitätsziel: Mindestens 60 % der Patienten mit bekannter Hypertonie sollen aktuell normotensive Blutdruckwerte aufweisen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten, bei denen eine Hypertonie als Begleiterkrankung dokumentiert wurde.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023:

- **Erwachsene:** Mit 6.531 von 13.186 berücksichtigten Patienten (49,5 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.
- **Kinder und Jugendliche:** Mit 8 von 15 berücksichtigten Patienten (53,3 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

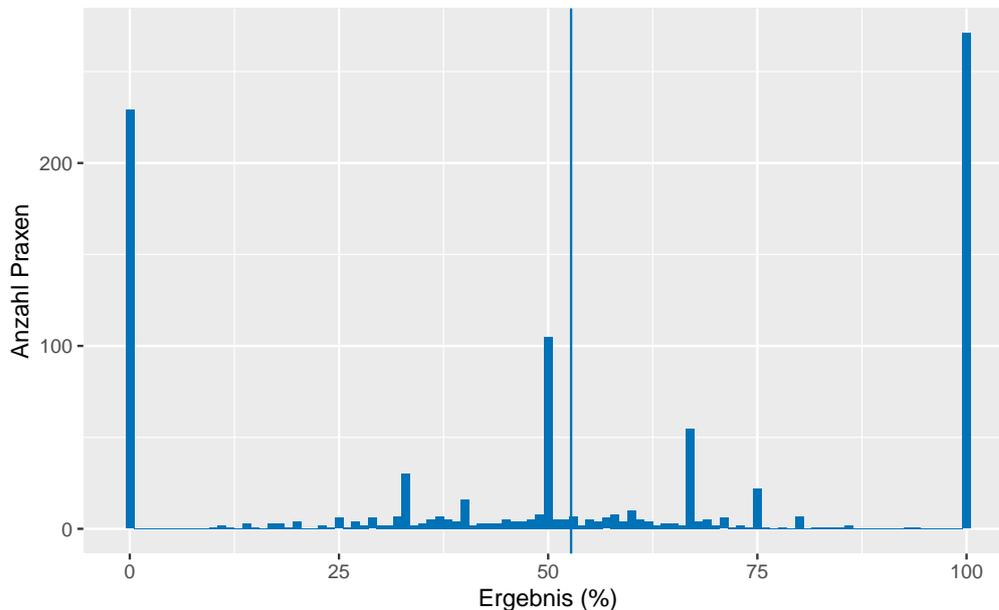
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	6.539	13.201	49.5
2023H1	6.657	12.991	51.2
2022H2	6.255	12.727	49.1
2022H1	6.464	12.584	51.4
2021H2	6.059	12.420	48.8
2021H1	6.199	12.313	50.3
2020H2	6.036	12.148	49.7
2020H1	6.057	11.874	51.0
2019H2	4.725	8.660	54.6
2019H1	4.707	8.562	55.0
2018H2	4.632	8.347	55.5

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Unter den Patienten, bei denen in der aktuellen Dokumentation die Begleiterkrankung "Hypertonie" angegeben wurde, hatten knapp die Hälfte der Patienten normotensive Blutdruckwerte. Das Qualitätsziel mit Zielwert von 60 % wird nicht erreicht.

Hinweise zur Interpretation:

- 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 Einfluss auf die Zielerreichung ausüben. Darüber hinaus werden Blutdruckwerte häufig gerundet, was zu einer nicht unerheblichen Verzerrung der Ergebnisse führen kann. Aufgrund dieser Ungenauigkeit ist die Aussagekraft dieses Indikators stark eingeschränkt.

8.6 Überprüfung der Injektionsstellen

Die Inspektion und Palpation der Insulininjektionsstellen gehört zu jeder vierteljährlichen Untersuchung von Menschen mit Typ-1-Diabetes. Dabei ist auf einen ausreichenden Wechsel der Insulin-Injektionsstellen zu achten, um Gewebeveränderungen zu vermeiden, die die Insulinresorption nachhaltig beeinflussen.

Qualitätsziel: Bei mindestens 90 % der Patienten sollen in den letzten sechs Monaten die Injektionsstellen untersucht worden sein.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023:

- **Erwachsene:** Mit 26.118 von 34.223 berücksichtigten Patienten (76,3 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.
- **Kinder und Jugendliche:** Mit 1.894 von 1.993 berücksichtigten Patienten (95,0 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

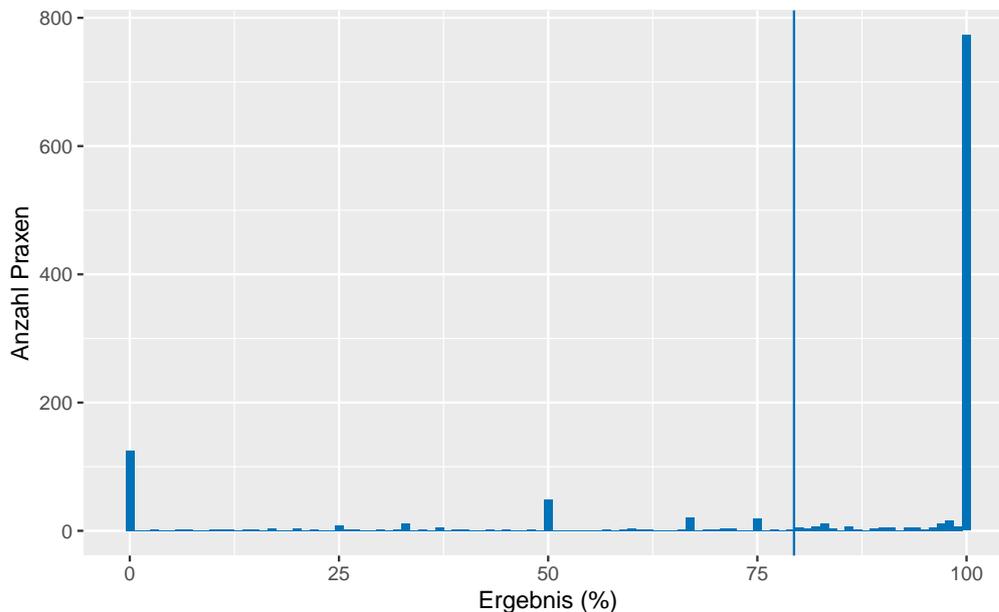
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	28.012	36.216	77.3
2023H1	26.615	35.234	75.5
2022H2	25.446	34.115	74.6
2022H1	25.838	34.112	75.7
2021H2	25.903	33.546	77.2
2021H1	25.186	33.130	76.0
2020H2	25.378	32.407	78.3
2020H1	24.594	31.352	78.4
2019H2	25.172	31.146	80.8
2019H1	24.174	30.588	79.0
2018H2	25.077	30.458	82.3

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das Qualitätsziel wird unter Kindern und Jugendlichen erreicht, unter Erwachsenen jedoch nicht. In den letzten Jahren ist der Anteil der Erwachsene mit Überprüfung der Injektionsstellen gesunken. Handlungsbedarf ist vor allem in den gut 125 Praxen festzustellen, die bei keinem Patienten die Überprüfung der Injektionsstellen dokumentiert haben. Unklar ist, ob es sich um einen Dokumentationsfehler handelt, oder ob die Injektionsstellen in diesen Praxen tatsächlich nicht überprüft wurden.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes in der DMP-Dokumentation und wird nicht validiert.

8.7 Kontrolle der Nierenfunktion (eGFR)

Die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) als Maß für die Nierenfunktion ist mindestens jährlich auf Basis des Serum-Kreatinin-Wertes zu bestimmen. Liegt kein genauer Wert vor (z.B. "GFR > 60"), sollte die eGFR mittels CKD-EPI- oder MDRD-Formel bestimmt werden (siehe www.nierenrechner.de). Die Eintragung eines Dummy-Wertes (z.B. 60 oder 61) in die DMP-Dokumentation ist zu vermeiden, da bereits Werte unter 90 auf einen Nierenschaden hindeuten. Bei einer eGFR < 30 oder bei einer Abnahme von mehr als 5 ml/min im Jahr ist eine Überweisung zum Nephrologen erforderlich.

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

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten ab 18 Jahren mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023:

- **Erwachsene:** Mit 28.776 von 32.037 berücksichtigten Patienten (89,8 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.
- **Kinder und Jugendliche:** Mit 0 von 1 berücksichtigten Patient (0 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

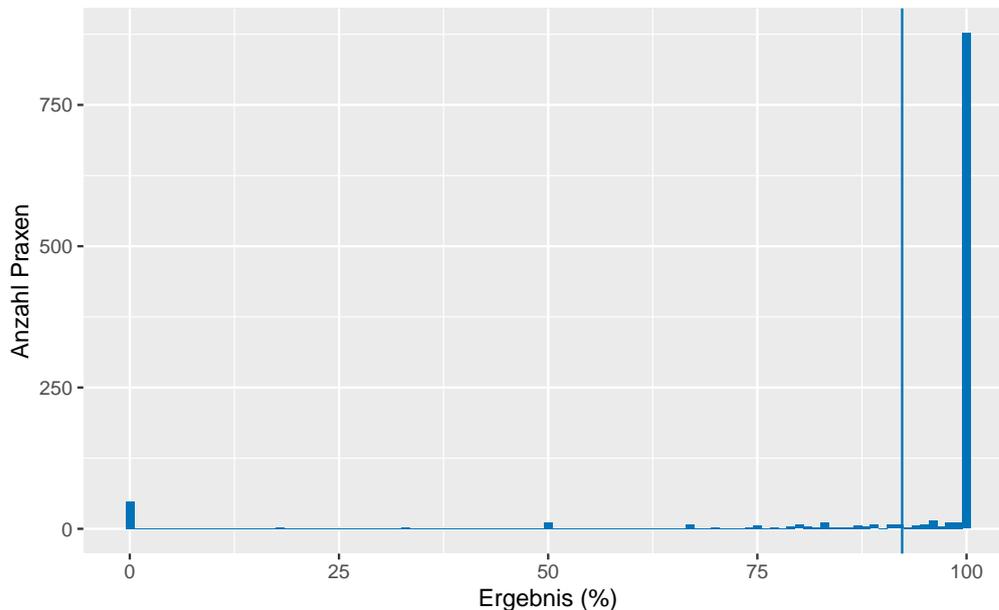
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	28.776	32.037	89.8
2023H1	27.803	31.141	89.3
2022H2	27.293	30.699	88.9
2022H1	27.015	30.369	89.0
2021H2	26.623	29.813	89.3
2021H1	26.202	29.307	89.4
2020H2	25.259	28.563	88.4
2020H1	23.859	27.319	87.3
2019H2	23.911	27.207	87.9
2019H1	23.641	26.992	87.6
2018H2	23.193	26.324	88.1

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

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

Das Qualitätsziel wurde im Hauptbericht 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.

In pädiatrischen Praxen liegt der erreichte Wert 20 Prozentpunkte unter dem Zielwert des Qualitätszieles.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator prüft, ob in der DMP-Dokumentation einen plausiblen eGFR-Wert eingetragen wurde. Es wird nicht geprüft, ob der Wert zum Zeitpunkt der Dokumentation aktuell war.

8.8 Kontrolle der Albumin-Ausscheidung

Patienten mit Typ-1-Diabetes erhalten mindestens einmal jährlich eine entsprechende Urin-Untersuchung zum Ausschluss einer diabetischen Nephropathie. Für die Diagnosestellung einer diabetischen Nephropathie ist der mindestens zweimalige Nachweis einer pathologisch erhöhten Albumin-Ausscheidungsrate im Urin im Abstand von zwei bis vier Wochen notwendig.

Qualitätsziel: Der Anteil der Patienten mit Bestimmung der Albumin-Ausscheidungsrate in den letzten zwölf Monaten soll mindestens 90 % betragen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten ab 11 Jahren mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindestens zwölf Monaten und ohne bereits bestehende diabetische Nephropathie oder Nierenersatztherapie.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023:

- **Erwachsene:** Mit 19.060 von 24.747 berücksichtigten Patienten (77,0 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.
- **Kinder und Jugendliche:** Mit 839 von 1.164 berücksichtigten Patienten (72,1 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

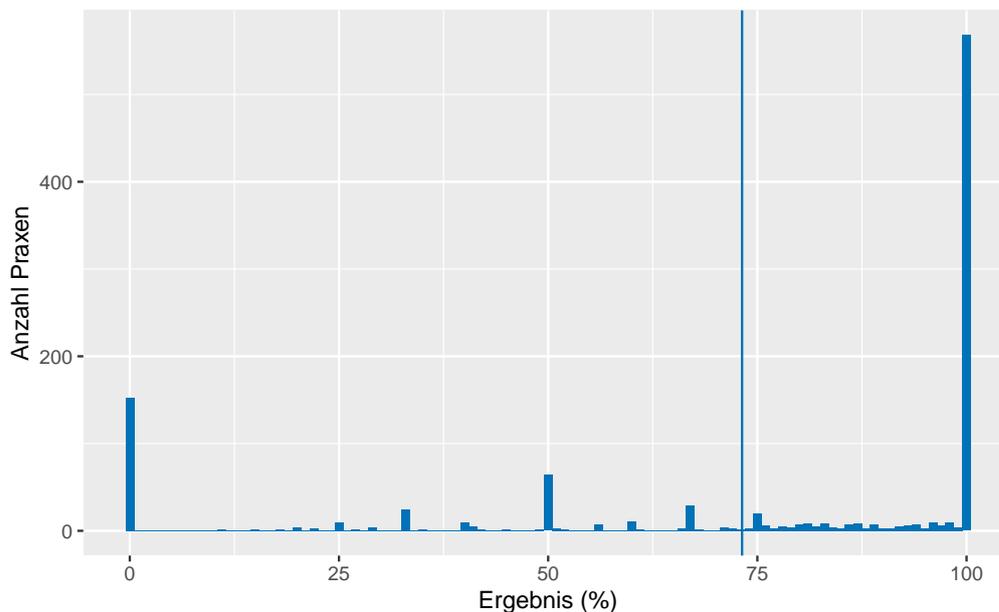
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	19.899	25.911	76.8
2023H1	18.826	25.169	74.8
2022H2	18.311	24.737	74.0
2022H1	18.520	24.462	75.7
2021H2	18.621	23.805	78.2
2021H1	18.428	23.312	79.0
2020H2	18.020	22.558	79.9
2020H1	17.314	21.505	80.5
2019H2	17.616	21.560	81.7
2019H1	17.493	21.219	82.4
2018H2	17.408	20.870	83.4

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Obwohl die Mehrheit der Praxen die Albumin-Ausscheidungsrate in der Regel jährlich bestimmt, sind bei einigen Praxen sehr niedrige Anteile dokumentiert. Zudem ist in den letzten Jahren, vor allem während der Corona-Pandemie, ein Rückgang festzustellen. Möglicherweise liegen hier zum Teil Dokumentationsprobleme zugrunde. Auf Basis des praxisindividuellen Feedbackberichts sollten Arztpraxen, die dieses Qualitätsziel nicht erreicht haben, überprüfen, woran das liegt.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes in der DMP-Dokumentation und wird nicht validiert.

8.9 Fußinspektion: Erhebung des Fußstatus

Die periphere sensomotorische Neuropathie ist der größte Risikofaktor für die Entwicklung eines Fußulkus. Deshalb ist die Inspektion der Füße mindestens einmal jährlich Pflicht - dazu gehören: Prüfung auf Neuropathie, Prüfung des Pulsstatus sowie Prüfung auf Ulkus und Wundinfektion. Bei erhöhtem Risiko sollte die Prüfung quartalsweise erfolgen, einschließlich der Überprüfung des Schuhwerks.

Qualitätsziel: Der Anteil der Patienten mit vollständiger Erhebung des Fußstatus in den letzten zwölf Monaten soll mindestens 80 % betragen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten ab 18 Jahre mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindestens zwölf Monaten.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 25.557 von 32.037 berücksichtigten Patienten (79,8 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

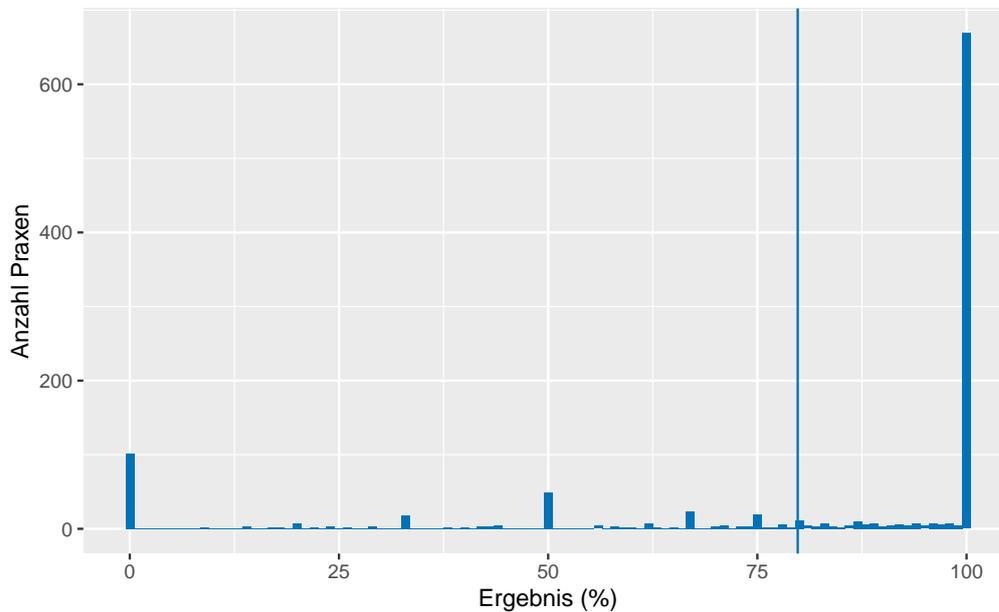
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	25.557	32.037	79.8
2023H1	23.522	31.141	75.5
2022H2	23.272	30.698	75.8
2022H1	23.589	30.369	77.7
2021H2	23.425	29.812	78.6
2021H1	23.434	31.011	75.6
2020H2	23.065	30.248	76.3
2020H1	21.899	28.949	75.6
2019H2	22.741	28.762	79.1
2019H1	22.845	28.557	80.0
2018H2	22.483	28.059	80.1

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das Qualitätsziel mit Zielwert 80 % wird nicht erreicht. Während der Corona-Pandemie ist das Ergebnis unter Erwachsenen um etwa 3 Prozentpunkte gesunken. Zur weiteren Reduktion der Amputationsrate ist eine Erhöhung des Anteils mit vollständiger Erhebung des Fußstatus erforderlich.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes und wird nicht validiert.

8.10 Hypoglykämie

Bei Patienten mit einem notfallmäßigen Ereignis wie einer schweren Hypoglykämie ist eine zeitnahe Ursachenklärung und Therapiezielüberprüfung notwendig. Als geeignete Maßnahmen sind zum Beispiel eine Therapieanpassung, eine Patientenschulung oder eine Überweisung zu einem diabetologisch qualifizierten Arzt zu erwägen.

Qualitätsziel: Der Anteil der Patienten mit einer oder mehreren schweren Hypoglykämien innerhalb der letzten zwölf Monate soll höchstens 15 % betragen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023:

- **Erwachsene:** Mit 461 von 31.681 berücksichtigten Patienten (1,5 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.
- **Kinder und Jugendliche:** Mit 25 von 1.631 berücksichtigten Patienten (1,5 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

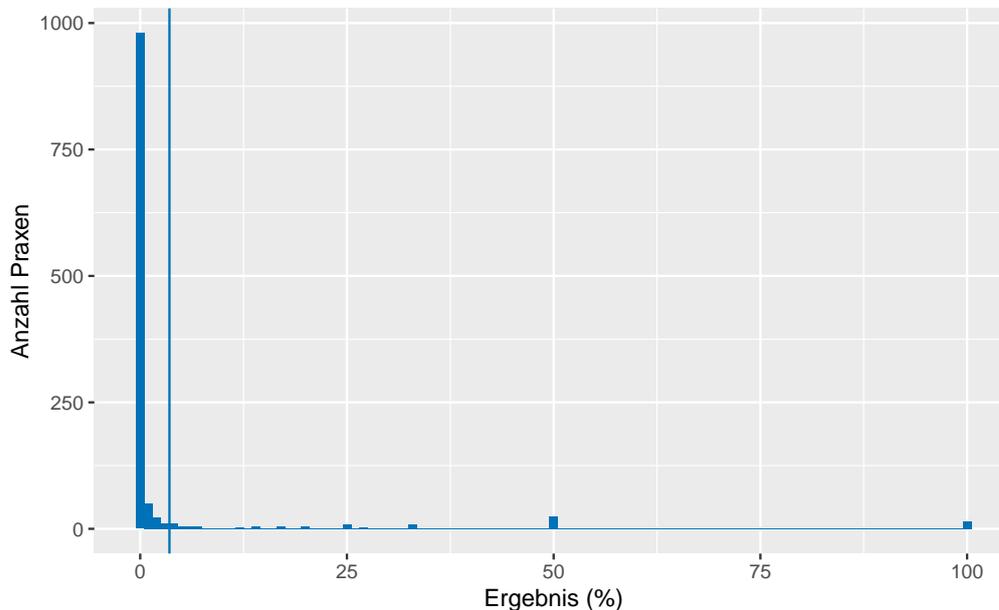
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	486	33.312	1.5
2023H1	486	32.406	1.5
2022H2	487	31.927	1.5
2022H1	478	31.884	1.5
2021H2	494	31.390	1.6
2021H1	530	30.863	1.7
2020H2	578	30.034	1.9
2020H1	605	28.700	2.1
2019H2	631	28.513	2.2
2019H1	676	28.260	2.4
2018H2	772	27.778	2.8

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

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 sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für erwachsene Patienten mit Abstand erreicht.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes, der ggf. keine unmittelbare Information über das Vorhandensein einer notfallmäßigen Behandlung hat.

8.11 Notfallmäßige stationäre Behandlungen

Qualitätsziel: Höchstens 2 % der Patienten sollen innerhalb der letzten sechs Monate wegen Diabetes notfallmäßig stationär aufgenommen worden sein.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023:

- **Kinder und Jugendliche:** Mit 54 von 1.981 berücksichtigten Patienten (2,7 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.
- **Erwachsene:** Mit 176 von 33.605 berücksichtigten Patienten (0,5 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

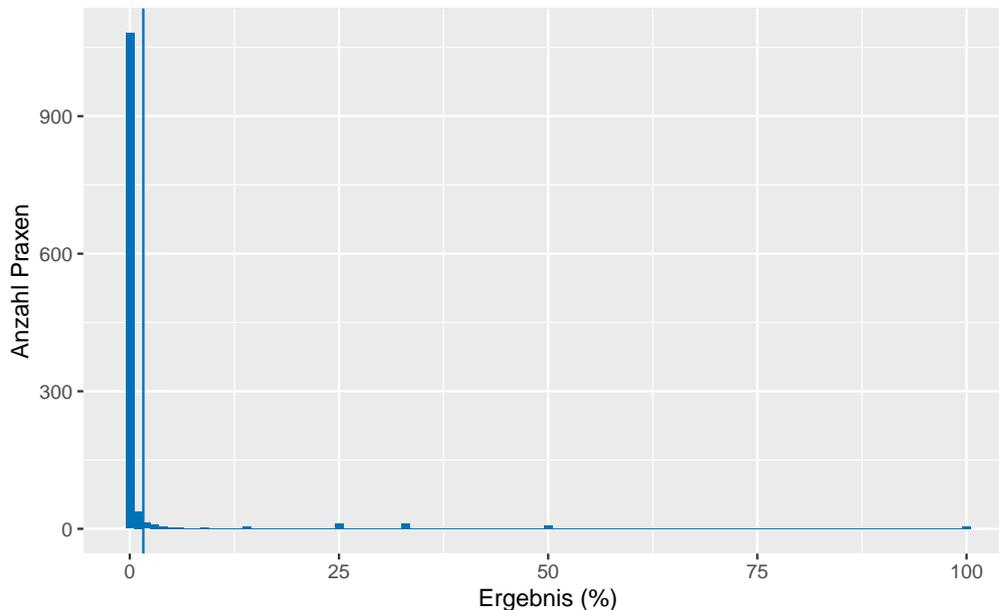
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	230	35.586	0.6
2023H1	186	34.630	0.5
2022H2	184	33.365	0.6
2022H1	179	33.904	0.5
2021H2	176	33.321	0.5
2021H1	156	32.933	0.5
2020H2	177	32.130	0.6
2020H1	173	30.951	0.6
2019H2	190	30.672	0.6
2019H1	209	30.082	0.7
2018H2	212	29.930	0.7

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

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. Es zeigt sich im Hauptbericht eine Senkung der notfallmäßigen stationären Behandlungsrate auf unter 1 % ab dem zweiten Halbjahr 2015. Unter Kindern und Jugendlichen liegt das Ergebnis im zweiten Halbjahr 2023 genau beim Zielwert von 2 %. Der höhere Wert ist als Folge der besonderen Schwierigkeiten der pädiatrischen Versorgung zu verstehen.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes, der ggf. keine unmittelbare Information über das Vorhandensein einer notfallmäßigen Behandlung hat.

9 DMP Koronare Herzkrankheit

9.1 Schulung (Compliance)

Der koordinierende Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Patient von der Teilnahme an einer strukturierten, evaluierten und publizierten Schulung profitieren kann. Wird eine Schulung empfohlen, soll dies innerhalb von einem Jahr wahrgenommen werden.

Qualitätsziel: Mindestens 50 % der Patienten mit Empfehlung einer Schulung innerhalb der letzten 12 Monate sollen diese bereits wahrgenommen haben, soweit für den Patienten möglich.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit Empfehlung einer Schulung innerhalb der letzten 12 Monate.

Ergebnis im 1. Halbjahr 2023: Mit 7.276 von 13.671 berücksichtigten Patienten (53,2 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

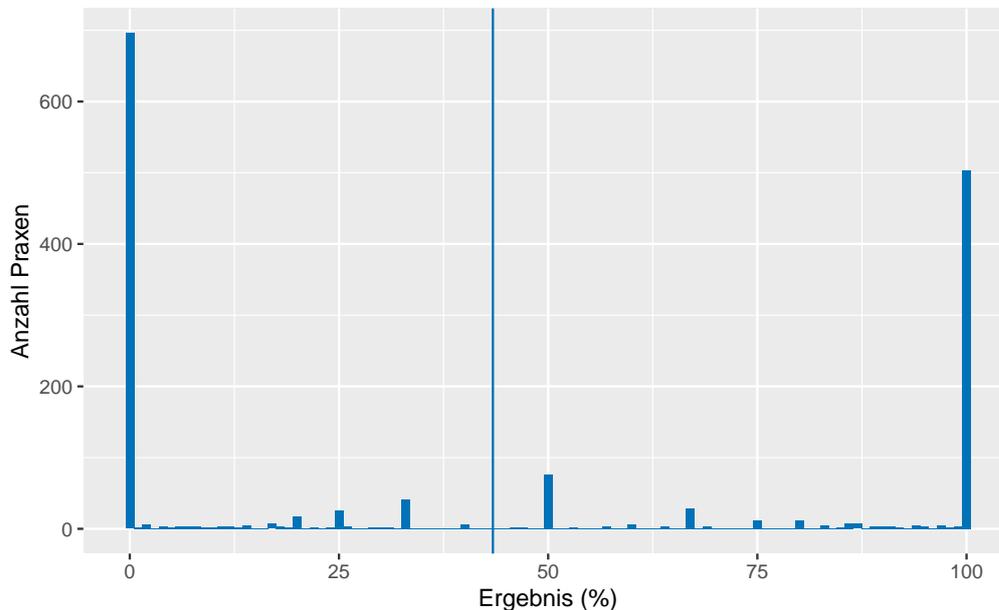
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H1	7.276	13.671	53.2
2022H2	6.847	14.259	48.0
2022H1	7.286	15.957	45.7
2021H2	7.262	15.541	46.7
2021H1	4.336	7.879	55.0

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Etwa die Hälfte der Patienten, für die eine Empfehlung zur Teilnahme an einer Patientenschulung dokumentiert wird, nehmen diese innerhalb von einem Jahr wahr. Die Verteilung unter den Arztpraxen zeigt, dass die meisten Arztpraxen ein Ergebnis von entweder 0 % oder 100 % haben. Dies kann daran liegen, dass eine Empfehlung nur bei wenigen Patienten ausgesprochen wird.

Hinweise zur Interpretation:

- Die Indikatoren zur Durchführung von Patientenschulungen bilden das Versorgungsgeschehen nur eingeschränkt ab. In der Praxis werden viele Patienten geschult, ohne dass in einer früheren Dokumentation eine Empfehlung dokumentiert wurde. Zudem erfolgt die Schulung von Patienten häufig nicht beim koordinierenden Arzt, sondern bei einer anderen (fachärztlichen) Praxis oder bei einem Schulungszentrum. In solchen Fällen hat der koordinierende Arzt womöglich keine unmittelbare Information über die Wahrnehmung einer empfohlenen Schulung.

9.2 Schulung (Quote)

Der koordinierende Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Patient von der Teilnahme an einer strukturierten, evaluierten und publizierten Hypertonie-Schulung profitieren kann.

Qualitätsziel: Möglichst viele Patienten mit bekannter Hypertonie sollen eine Hypertonieschulung wahrgenommen haben.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit der Begleiterkrankung Hypertonie.

Ergebnis im 1. Halbjahr 2023: 21.842 von 243.102 berücksichtigten Patienten (9,0 %)

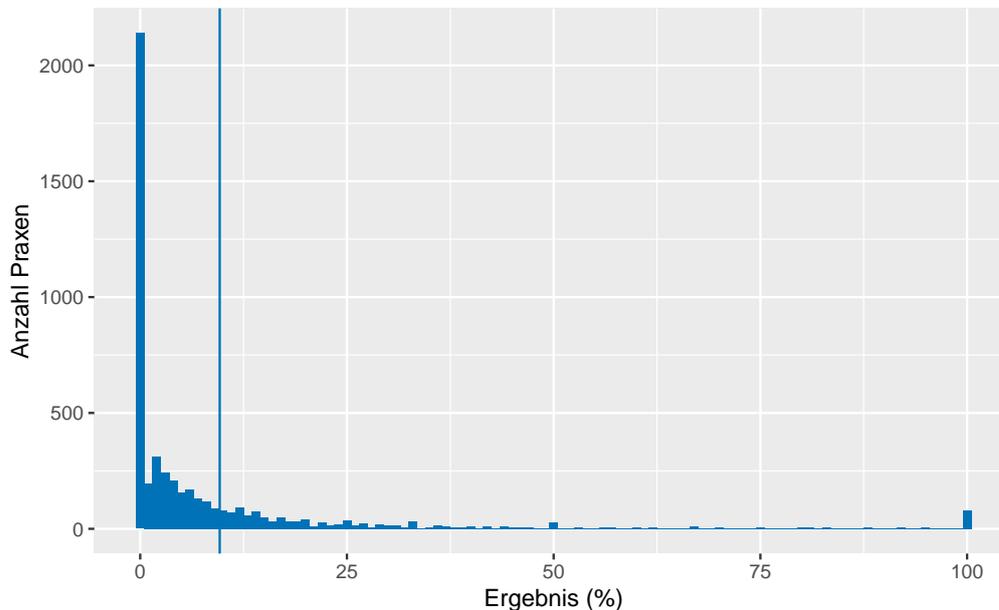
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H1	21.842	243.102	9.0
2022H2	21.231	240.806	8.8
2022H1	20.765	241.036	8.6
2021H2	20.226	237.331	8.5
2021H1	20.151	238.995	8.4

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Der Anteil der Teilnehmer am DMP KHK mit Dokumentation einer Hypertonieschulung liegt bei knapp 9 %. Bisher wurde kein Zielwert für das Qualitätsziel festgelegt. Nichtsdestotrotz zeigt die Verteilung über die einzelnen Praxen in Bayern sehr deutlich, dass bei einem Großteil der Praxen in Bayern keine Hypertonieschulung für Patienten mit KHK angeboten oder dokumentiert wird. Dies entspricht nicht dem Anspruch des Qualitätsziels, deutet jedoch auf strukturelle Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Hypertonie-Schulung hin (z.B. zu wenige Patienten in den einzelnen Praxen, um ein Schulungsangebot zu etablieren).

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes in der DMP-Dokumentation. Hat der Patient eine Schulung vor der DMP-Einschreibung absolviert, oder nach Durchführung der Schulung den koordinierenden Arzt (bzw. die Praxis) gewechselt, so findet diese eventuell keine Berücksichtigung. Dieses Problem könnte vor allem neue Praxen betreffen, die Patienten mit einer früheren DMP-Teilnahme übernehmen.

9.3 Raucherquote (unter allen Teilnehmern)

Im Rahmen der Therapie klärt der behandelnde Arzt den Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens und Passivrauchens für Patienten mit KHK auf, verbunden mit den spezifischen Beratungsstrategien und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben.

Qualitätsziel: Weniger als 15 % aller Patienten sollen aktuell Raucher sein.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 30.903 von 244.257 berücksichtigten Patienten (12,7 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

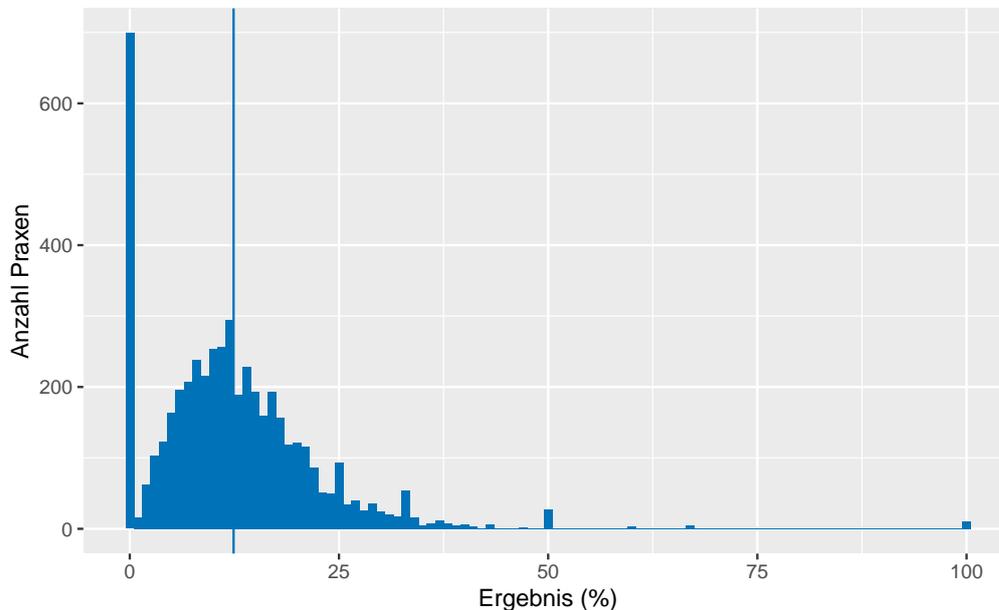
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	30.903	244.257	12.7
2023H1	30.257	243.102	12.4
2022H2	29.496	240.839	12.2
2022H1	29.350	241.036	12.2
2021H2	28.509	237.331	12.0
2021H1	28.850	240.601	12.0
2020H2	29.207	244.676	11.9
2020H1	28.803	244.670	11.8
2019H2	29.131	249.132	11.7
2019H1	28.676	249.923	11.5
2018H2	28.402	248.895	11.4

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Die wichtigste Einzelmaßnahme bei Rauchern mit Gefäßerkrankungen [@nvl_khk §10-15] ist die Raucherentwöhnung. Im DMP Koronare Herzkrankheit rauchen laut der Dokumentation 12 % der Patienten. Das Ergebnis spiegelt ein gesellschaftliches Problem wider. Neben der Beratung durch den koordinierenden Arzt haben Patienten im Rahmen des DMP-Vertrages Zugang zu strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogrammen. Darüber hinaus kann ein unterstützendes Informationsangebot der Krankenkasse anfordert werden.

Hinweise zur Interpretation:

- Der Raucherstatus basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes und soll im Rahmen des Arzt-Patienten-Gespräches erfragt werden. Die Aktualität und Korrektheit dieser Angabe wird nicht geprüft. Zur Validierung des Ergebnisses wäre eine prospektive Erhebung von Primärdaten wünschenswert.

9.4 Raucherquote (bekannte Raucher)

Qualitätsziel: Weniger als 15 % der Patienten, die bei der Einschreibung als Raucher erfasst wurden, sollten aktuell weiterhin rauchen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten, die bei der Erstdokumentation Raucher waren und für die mindestens eine Folgedokumentation vorliegt.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 20.993 von 26.798 berücksichtigten Patienten (78,3 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

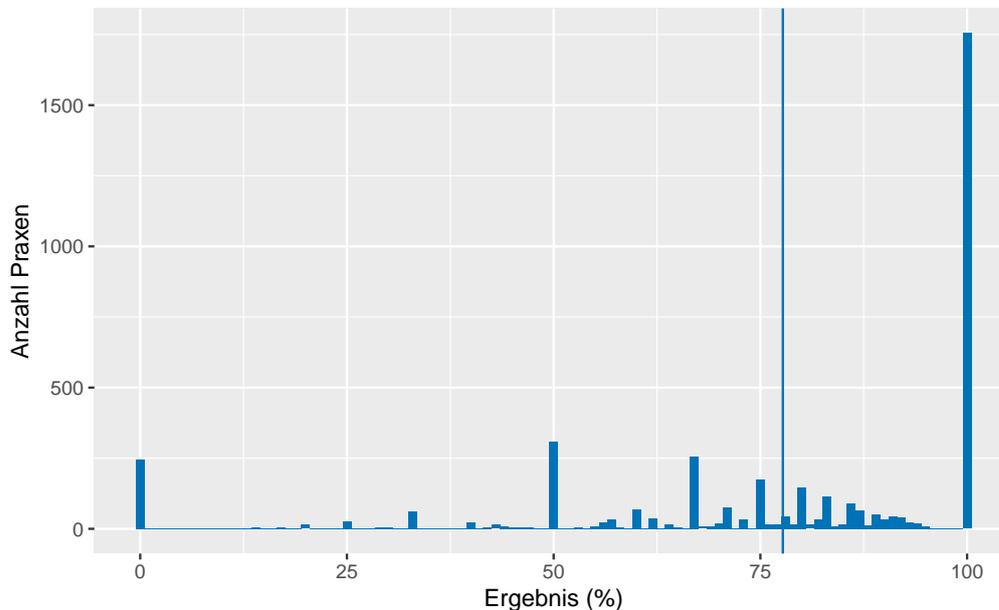
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	20.993	26.798	78.3
2023H1	20.431	26.100	78.3
2022H2	19.823	25.466	77.8
2022H1	19.567	25.146	77.8
2021H2	19.101	24.589	77.7
2021H1	19.362	24.802	78.1
2020H2	19.577	24.744	79.1
2020H1	19.245	24.170	79.6
2019H2	19.329	24.111	80.2
2019H1	18.832	23.497	80.1
2018H2	18.753	22.929	81.8

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Über drei Viertel der Teilnehmer, die zum Zeitpunkt der DMP-Einschreibung Raucher waren, sind aktuell noch Raucher. Das Qualitätsziel verlangt, dass 85 % der Patienten, die bei der Einschreibung Raucher waren, aktuell nicht mehr Raucher sind. Dieses sehr ambitionierte Ziel wird daher mit Abstand nicht erreicht und erscheint unrealistisch. Das Ergebnis spiegelt ein gesellschaftliches Problem wider. Neben der Beratung durch den koordinierenden Arzt haben Patienten im Rahmen des DMP-Vertrages Zugang zu strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogrammen. Darüber hinaus kann ein unterstützendes Informationsangebot der Krankenkasse anfordert werden.

Hinweise zur Interpretation:

- Der Raucherstatus basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes und soll im Rahmen des Arzt-Patienten-Gesprächs erfragt werden. Die Aktualität und Korrektheit dieser Angabe wird nicht geprüft. Zur Validierung des Ergebnisses wäre eine prospektive Erhebung von Primärdaten wünschenswert.

9.5 Sportliches Training

Alle Patienten sollen zu regelmäßiger körperlicher Aktivität motiviert werden. Dies beinhaltet Alltagsaktivitäten (z. B. Gartenarbeit, Treppensteigen, Spaziergehen) und sportliches Training. Diese Interventionen sollen so ausgerichtet sein, dass die Patienten motiviert sind, das erwünschte positive Bewegungsverhalten eigenverantwortlich und nachhaltig in ihren Lebensstil zu integrieren. Planung und Intensität der körperlichen Aktivität sind an die individuelle Belastbarkeit der Patienten anzupassen. Allen Patienten, insbesondere denjenigen mit erhöhtem Risiko, soll die Teilnahme an medizinisch begleiteten Sportprogrammen in Herzgruppen unter Berücksichtigung der Gesamtsituation empfohlen werden. Bei stabiler kardiovaskulärer Erkrankung (niedriges Risiko für Komplikationen bei größerer körperlicher Belastung) soll moderates bis anstrengendes aerobes Training für mindestens 2 Stunden in der Woche empfohlen werden. Dies kann auf tägliche Bewegungseinheiten von mindestens 30 Minuten Dauer (z. B. zügiges Gehen) verteilt werden. Zusätzlich soll mindestens 2x wöchentlich Krafttraining durchgeführt werden.

Qualitätsziel: Mindestens 50% aller Patienten sollen aktuell ein sportliches Training betreiben, sofern für den Patienten möglich.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten, mit Ausnahme der Patienten, bei denen ein körperliches Training aktuell nicht möglich ist.

Ergebnis im 1. Halbjahr 2023: Mit 68.841 von 199.060 berücksichtigten Patienten (34,6 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

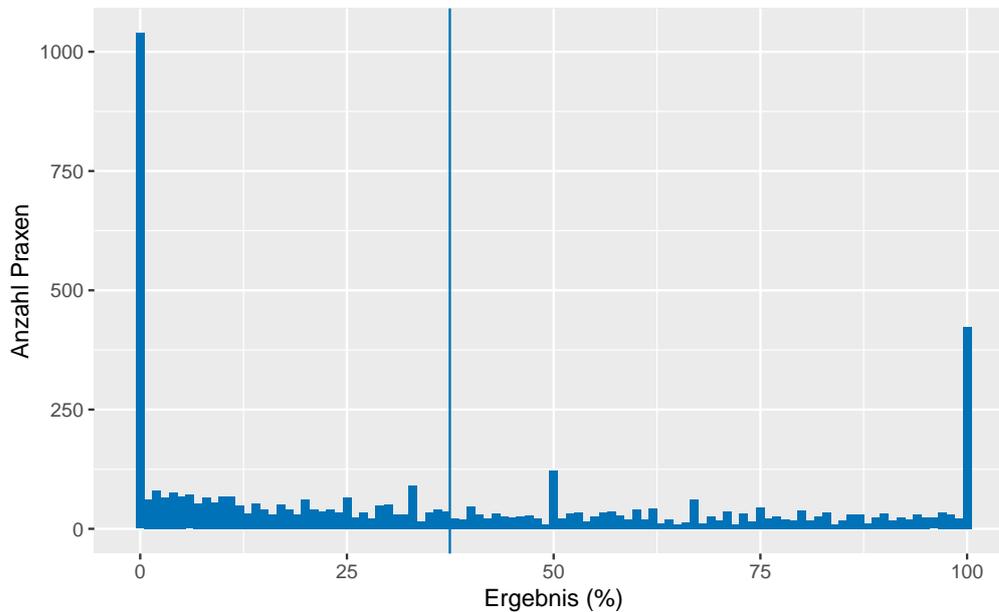
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H1	68.841	199.060	34.6
2022H2	49.626	151.190	32.8
2022H1	64.375	194.583	33.1
2021H2	58.505	190.490	30.7
2021H1	49.053	158.588	30.9

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Nur ein Drittel der Teilnehmer am DMP KHK betreiben sportliches Training, obwohl dies grundsätzlich möglich wäre. Im DMP wird ein Anteil von mindestens 50 % angestrebt.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes in der DMP-Dokumentation, der die körperliche Aktivität im Rahmen des Arzt-Patienten-Gesprächs erfragt.

9.6 Blutdruck (normotensiv)

Bei allen KHK-Patienten sollte der Blutdruck regelmäßig kontrolliert und eine bestehende arterielle Hypertonie konsequent behandelt werden. Anzustreben ist in der Regel eine Senkung des Blutdrucks auf Werte systolisch von 130 mmHg bis 139 mmHg und diastolisch von 80 mmHg bis 89 mmHg. Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten (z.B. Alter, weitere Begleiterkrankungen) können individuelle Abweichungen erforderlich sein.

Qualitätsziel: Mindestens 65 % der Patienten mit bekannter Hypertonie sollen aktuell normotensiv sein.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit Hypertonie.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 119.271 von 200.335 berücksichtigten Patienten (59,5 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

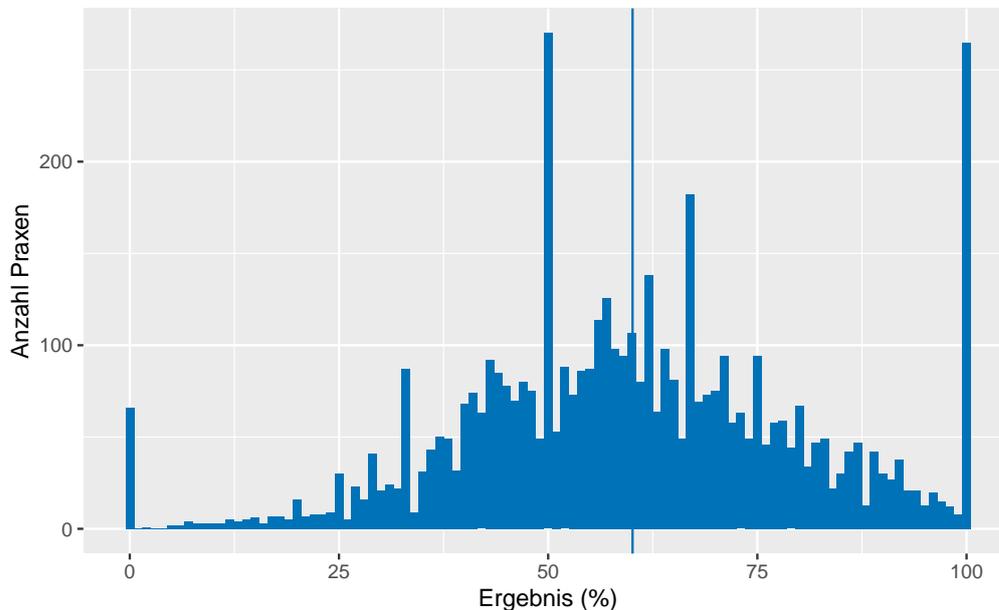
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	119.271	200.335	59.5
2023H1	116.315	199.108	58.4
2022H2	113.961	197.604	57.7
2022H1	114.975	198.106	58.0
2021H2	113.127	195.699	57.8
2021H1	115.361	198.927	58.0
2020H2	117.942	203.477	58.0
2020H1	119.775	204.018	58.7
2019H2	83.931	139.619	60.1
2019H1	85.261	141.661	60.2
2018H2	86.756	142.462	60.9

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Unter den Patienten, bei denen in der aktuellen Dokumentation die Begleiterkrankung "Hypertonie" angegeben wurde, hatten fast 60 % der Patienten normotensive Blutdruckwerte. Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

Hinweise zur Interpretation:

- 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 Einfluss auf die Zielerreichung ausüben. Darüber hinaus werden Blutdruckwerte häufig gerundet, was zu einer nicht unerheblichen Verzerrung der Ergebnisse führen kann. Aufgrund dieser Ungenauigkeit ist die Aussagekraft dieses Indikators stark eingeschränkt.

9.7 Betablocker nach Herzinfarkt

Betarezeptorenblocker sollen Patienten nach einem akuten Myokardinfarkt für mindestens ein Jahr verordnet werden. Im Anschluss soll die Therapie bei Vorliegen weiterer klinischer Indikationen (zum Beispiel eingeschränkte linksventrikuläre systolische Funktion, systolische Herzinsuffizienz, Hypertonus, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris) fortgeführt werden.

Qualitätsziel: Betablocker sollen bei mindestens 80 % aller Patienten mit Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate verordnet werden.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen keine Kontraindikation vorliegt.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 3.431 von 4.257 berücksichtigten Patienten (80,6 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

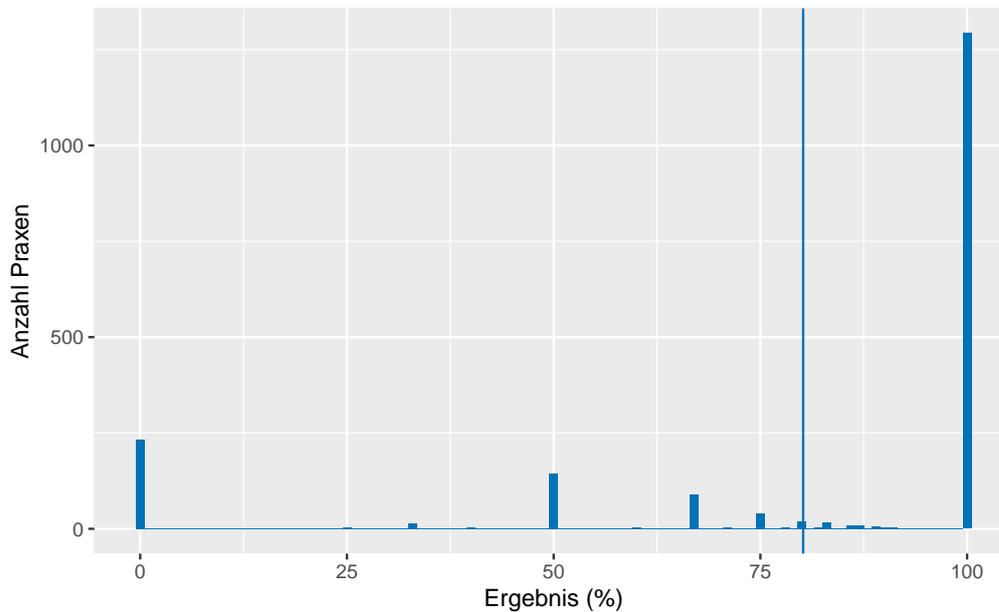
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	3.431	4.257	80.6
2023H1	3.497	4.268	81.9
2022H2	3.268	3.961	82.5
2022H1	3.187	3.877	82.2
2021H2	2.890	3.479	83.1
2021H1	5.276	6.770	77.9

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das Qualitätsziel wird erreicht: Unter den Teilnehmer, die im vergangenen Jahr einen Herzinfarkt erlitten haben, erhalten über 80 % eine Therapie mit Betablockern.

Hinweise zur Interpretation:

- Indikatoren zur Medikation basieren auf der Angabe des koordinierenden Arztes. Einen Vergleich mit der tatsächlich verordneten oder vom Patienten abgeholten bzw. eingenommenen Medikation erfolgt nicht.

9.8 Thrombozytenaggregationshemmer

Grundsätzlich soll bei allen Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung von Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) durchgeführt werden.

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

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten, bei denen keine Kontraindikation für TAH oder keine sonstige orale Antikoagulation vorliegt.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 180.460 von 217.341 berücksichtigten Patienten (83,0 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

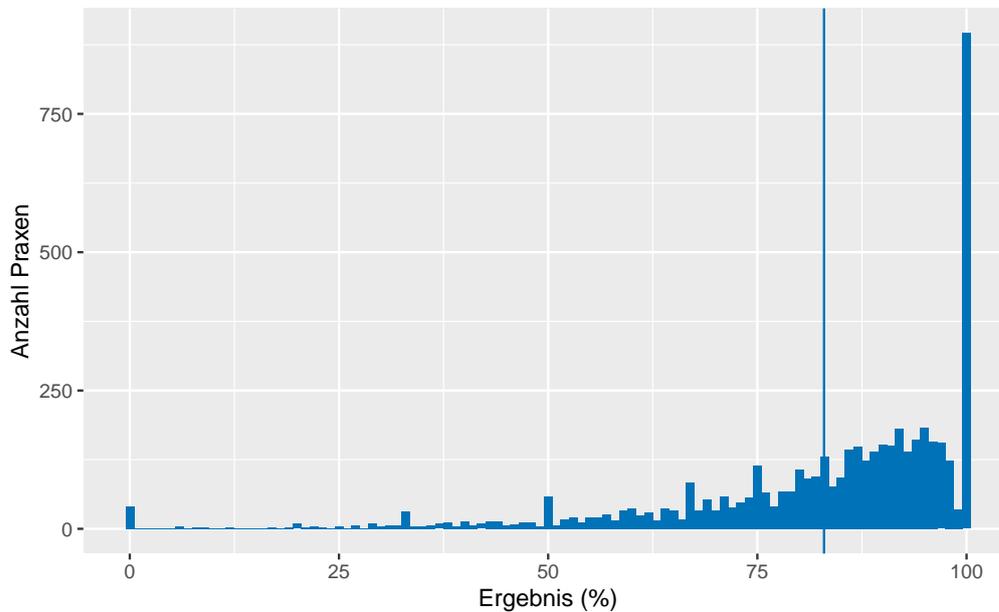
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	180.460	217.341	83.0
2023H1	182.008	217.884	83.5
2022H2	180.840	216.727	83.4
2022H1	181.338	217.696	83.3
2021H2	178.908	215.356	83.1
2021H1	181.840	219.015	83.0
2020H2	185.330	220.897	83.9
2020H1	185.466	221.636	83.7
2019H2	189.231	235.520	80.3
2019H1	189.934	236.722	80.2
2018H2	190.473	236.763	80.4

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

TAH werden gemäß der Nationalen Versorgungs-Leitlinie bei allen Patienten mit koronarer Herzkrankheit zur Sekundärprävention eines Herzinfarkts empfohlen. Laut der Dokumentation erhalten aktuell über 80 % der bayerischen Patienten TAH. Somit wird das Qualitätsziel erreicht.

Hinweise zur Interpretation:

- Indikatoren zur Medikation basieren auf der Angabe des koordinierenden Arztes. Einen Vergleich mit der tatsächlich verordneten oder vom Patienten abgeholten bzw. eingenommenen Medikation erfolgt nicht.

9.9 Statine

Unabhängig vom Ausgangswert der Blutfettwerte sollten alle Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung von Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) erhalten. Es sollten die Statine bevorzugt verwendet werden, für die eine morbiditäts- und mortalitätssenkende Wirkung in der Sekundärprävention nachgewiesen ist.

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

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 206.448 von 240.865 berücksichtigten Patienten (85,7 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

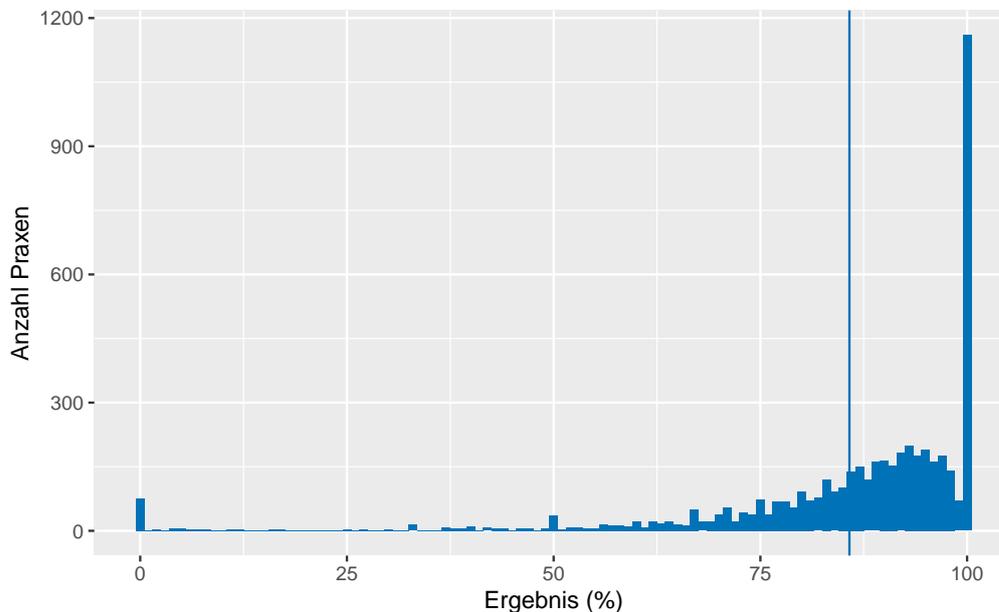
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	206.448	240.865	85.7
2023H1	203.586	239.902	84.9
2022H2	199.943	237.719	84.1
2022H1	197.319	237.833	83.0
2021H2	189.813	234.149	81.1
2021H1	185.550	237.336	78.2
2020H2	186.449	241.079	77.3
2020H1	184.952	240.985	76.7
2019H2	187.345	247.885	75.6
2019H1	186.733	248.695	75.1
2018H2	185.336	247.654	74.8

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

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 [@nvl_khk].

Der Indikator erfährt in den letzten Jahren eine positive Entwicklung. Wurden im ersten Halbjahr 2009 bei 65 % der Patienten Statine verschrieben, so lag die Quote im zweiten Halbjahr 2016 bei 73,9 %. Dass das Qualitätsziel nicht erreicht wird, liegt daran, dass der Zielwert seit dem zweiten Halbjahr 2015 nicht bei 60 % aller Patienten liegt, sondern bei 80 %. Angestrebt ist daher eine Fortsetzung des bestehenden Trends.

Hinweise zur Interpretation:

- Das DMP KHK wurde zum 1. April 2021 überarbeitet. Obwohl dieses Qualitätsziel unverändert gilt, wurde die Dokumentation zu diesem Zeitpunkt angepasst. Der Indikator basiert nicht mehr auf der Angabe der Verordnung von Statinen, sondern auf der Angabe der Statine-Dosis. In den Feedbackberichten für das erste und zweite Halbjahr 2021, sowie für das zweite Halbjahr 2023, wurde lediglich das Qualitätsziel zur Statine-Dosis ausgewiesen. Zur Erstellung dieses Berichtes wurde der Indikator auch für diese Berichtszeiträume berechnet.
- Indikatoren zur Medikation basieren auf der Angabe des koordinierenden Arztes. Einen Vergleich mit der tatsächlich verordneten oder vom Patienten abgeholten bzw. eingenommenen Medikation erfolgt nicht.

9.10 Statine (Dosis)

Es soll entweder eine feste Hochdosistherapie (unabhängig vom LDL-Wert) oder eine Zielwertstrategie gemeinsam mit dem Patienten vereinbart werden. Bei Nebenwirkungen unter Statinen soll durch Reduzierung der Dosis oder Umsetzung auf ein anderes Statinpräparat die Weiterführung der Behandlung versucht werden. Ezetimib kann Patienten mit KHK angeboten werden um hohe Statindosen zu vermeiden, wenn die LDL-Cholesterinzielwerte unter niedrigen Dosen nicht erreicht werden.

Qualitätsziel: Bei mindestens 80 % der Patienten mit Verordnung von Statinen soll entweder eine feste Hochdosis-Strategie oder eine LDL-Zielwert-Strategie verfolgt werden, sofern diese nicht durch den Patienten abgelehnt wird bzw. sofern keine Kontraindikationen vorliegen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit Verordnung von Statinen.

Ergebnis im 1. Halbjahr 2023: Mit 138.395 von 203.586 berücksichtigten Patienten (68,0 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

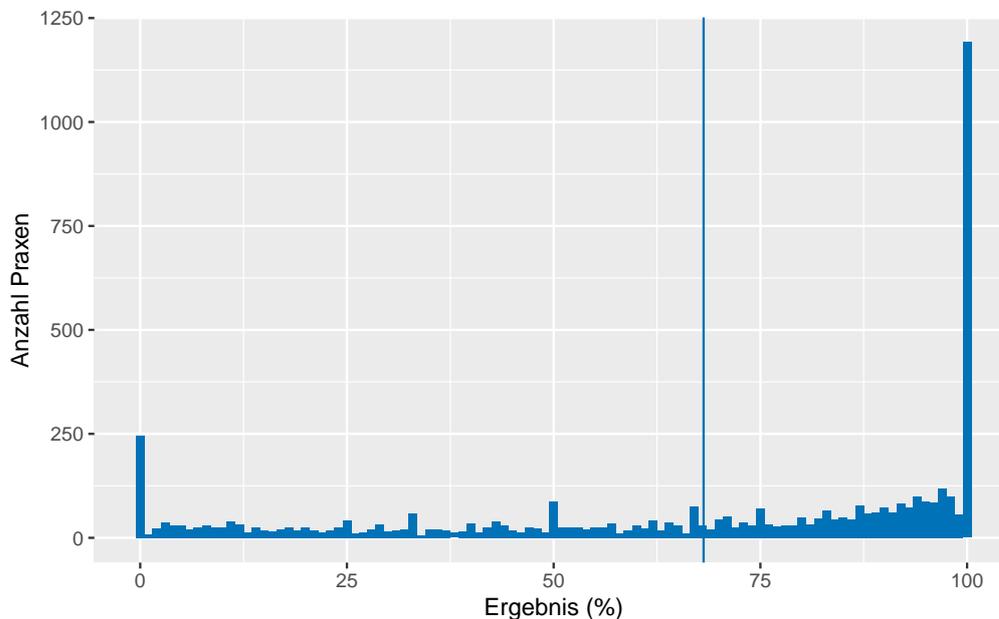
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H1	138.395	203.586	68.0
2022H2	117.226	199.943	58.6
2022H1	133.989	197.319	67.9
2021H2	128.643	189.813	67.8
2021H1	106.375	155.560	68.4

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das DMP KHK wurde zum 1. April 2021 überarbeitet. Wurde bisher lediglich die Verordnung von Statinen erfragt, wird jetzt die Dosis erhoben. Erfolgt keine Hochdosistherapie, so wird auch eine eventuelle Begründung erfragt. Dieser Indikator zeigt, dass die Therapie mit Statinen zu häufig niedrig- oder mittel-dosiert erfolgt. Das Qualitätsziel mit Zielwert von 80 % wird nicht erreicht. Obwohl eine große Anzahl an Arztpraxen ein Ergebnis von 100 % erreichen, erhalten in einer kleineren Anzahl von Arztpraxen keine Patienten eine Hochdosistherapie. Diese Gruppe sollte in Fokus der weiteren Analyse stehen, um mögliche Gründe (einschließlich einer fehlerhaften Dokumentation) zu eruieren und passende Maßnahmen umsetzen zu können.

Hinweise zur Interpretation:

- Indikatoren zur Medikation basieren auf der Angabe des koordinierenden Arztes. Einen Vergleich mit der tatsächlich verordneten oder vom Patienten abgeholten bzw. eingenommenen Medikation erfolgt nicht.

9.11 Angina pectoris (Beschwerdefreiheit)

Ein wichtiges Ziel des DMP ist die Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina pectoris-Beschwerden. Bei erstmalig auftretenden oder zunehmenden Angina pectoris-Beschwerden ist eine Überweisung zum qualifizierten Facharzt in Erwägung zu ziehen.

Qualitätsziel: Mindestens 75 % der Patienten sollen aktuell keine Angina pectoris-Beschwerden aufweisen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 224.624 von 244.257 berücksichtigten Patienten (92,0 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

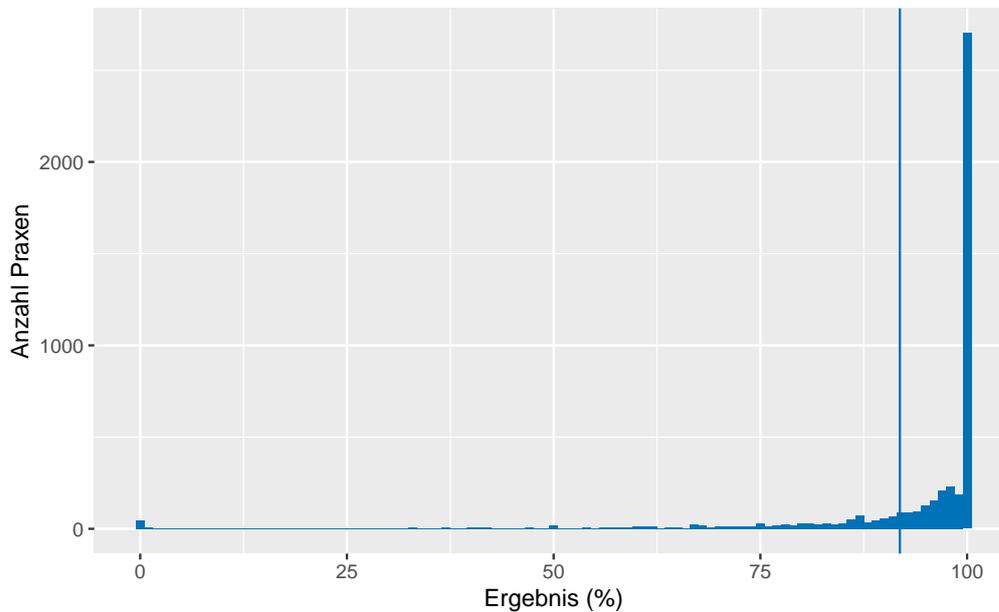
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	224.624	244.257	92.0
2023H1	222.962	243.102	91.7
2022H2	219.810	240.839	91.3
2022H1	218.938	241.036	90.8
2021H2	215.157	237.331	90.7
2021H1	217.907	240.602	90.6
2020H2	220.531	244.676	90.1
2020H1	219.665	244.670	89.8
2019H2	222.623	249.132	89.4
2019H1	222.757	249.924	89.1
2018H2	220.590	248.895	88.6

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Etwa 88 % aller Patienten im DMP KHK haben aktuell keine Angina-pectoris-Beschwerden. Seit dem zweiten Halbjahr 2015 erfährt dieses Qualitätsziel deutlich bessere Werte als in den Vorjahren. Ein Zielwert für dieses Qualitätsziel wurde bisher nicht festgelegt.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes, der Angina pectoris-Beschwerden im Rahmen der Kontrolluntersuchung zu erfragen hat.

10 DMP Asthma bronchiale

10.1 Asthmakontrolle

Die Einteilung des Asthmakontrollgrads in „kontrolliert“, „teilweise kontrolliert“ und „unkontrolliert“ dient als Therapiegrundlage und erfolgt anhand der Symptomatik, der Häufigkeit des Bedarfsmedikationseinsatzes, krankheitsbedingten Aktivitätseinschränkungen im Alltag innerhalb der letzten vier Wochen sowie des Zustandes der Lungenfunktion und des Auftretens von Exazerbationen innerhalb der letzten zwölf Monate.

Qualitätsziel: Möglichst viele Patienten sollen kontrollierte Symptome aufweisen. Möglichst wenige Patienten sollen unter unkontrollierten Symptomen leiden

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt die Asthmakontrolle der Asthma-Patienten im Alter von 1 bis 5 Jahre in den vergangenen Berichtszeiträumen.

Berichtszeitraum	Anzahl Patiente	kontrolliert	teilweise kontrolliert	unkontrolliert
2023H1	785	76.9	13.8	9.3
2022H2	584	75.3	14.2	10.4
2022H1	654	78.0	13.3	8.7
2021H2	588	71.6	16.2	12.2
2021H1	671	86.7	9.4	3.9
2020H2	655	80.2	14.0	5.8
2020H1	537	80.3	10.8	8.9
2019H2	334	67.7	19.2	13.2

Die Tabelle zeigt die Asthmakontrolle der Asthma-Patienten im Alter von 6 bis 17 Jahre in den vergangenen Berichtszeiträumen.

Berichtszeitraum	Anzahl Patiente	kontrolliert	teilweise kontrolliert	unkontrolliert
2023H1	8.152	86.4	89.5	3.0
2022H2	7.703	86.5	91.3	3.0
2022H1	9.074	88.2	92.1	2.3
2021H2	9.233	88.8	93.3	2.2
2021H1	9.868	90.9	92.7	1.4
2020H2	10.269	90.2	92.8	2.0
2020H1	10.116	89.1	93.5	2.3
2019H2	10.738	87.7	95.4	2.5

Die Tabelle zeigt die Asthmakontrolle der Asthma-Patienten im Alter ab 18 Jahre in den vergangenen Berichtszeiträumen.

Berichtszeitraum	Anzahl Patiente	kontrolliert	teilweise kontrolliert	unkontrolliert
2023H1	125.280	81.1	13.9	5.1
2022H2	115.875	82.1	13.1	4.8
2022H1	126.727	81.1	14.0	4.9
2021H2	123.823	82.4	13.1	4.4
2021H1	125.370	81.7	13.7	4.6
2020H2	124.170	82.1	13.4	4.5
2020H1	121.113	80.9	14.2	4.9
2019H2	123.115	81.5	13.6	4.8

Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Im DMP-Vertrag sind sechs Indikatoren zur Beobachtung der Asthmakontrolle definiert. Diese fokussieren auf die gute bzw. unzureichende Asthmakontrolle, jeweils für die Altersgruppen 1 bis einschließlich 5 Jahre, 6 bis 17 Jahre und 18+ (Erwachsene). Der besseren Übersichtlichkeit wegen werden diese sechs Indikatoren zusammengefasst. Weniger als 5 % der Patienten im DMP Asthma haben eine unzureichende Asthmakontrolle. Kinder bis einschließlich 5 Jahre haben mit einem Anteil von 8,7 % häufiger ein unkontrolliertes Asthma, während der Anteil unter den 6 bis 17 Jährigen 2,3 % beträgt und unter Erwachsenen 4,9 %. Während der Corona-Pandemie ist vor allem bei den Kleinkindern eine Verbesserung der Asthmakontrolle zu beobachten, was möglicherweise durch die geringere Inzidenz von Atemwegserkrankungen zu erklären ist.

Hinweise zur Interpretation:

- Die Einschätzung der Asthmakontrolle basiert auf der subjektiven Einschätzung des Patienten bzw. dessen Erziehungsberechtigten, die im Rahmen des Arztgesprächs erhoben wird. Diese Einschätzung berücksichtigt die Symptomschwere nicht und könnte beispielsweise durch die Führung eines Symptomtagebuches beeinflusst werden.

10.2 Notfallmäßige Behandlungen

Eine vorausgegangene notfallmäßige Behandlung (ambulant oder stationär) wegen Asthma erhöht das Risiko für zukünftige Exazerbationen, auch dann, wenn die Symptome derzeit als kontrolliert gelten.

Qualitätsziel: Weniger als 10% der Patienten sollen im Verlauf des letzten Jahres eine notfallmäßige Behandlung (ambulant oder stationär) wegen Asthma erhalten haben.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer.

Ergebnis im 1. Halbjahr 2023:

- **Kinder und Jugendliche:** Mit 446 von 7.149 berücksichtigten Patienten (6,2 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.
- **Erwachsene:** Mit 3.032 von 109.338 berücksichtigten Patienten (2,8 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

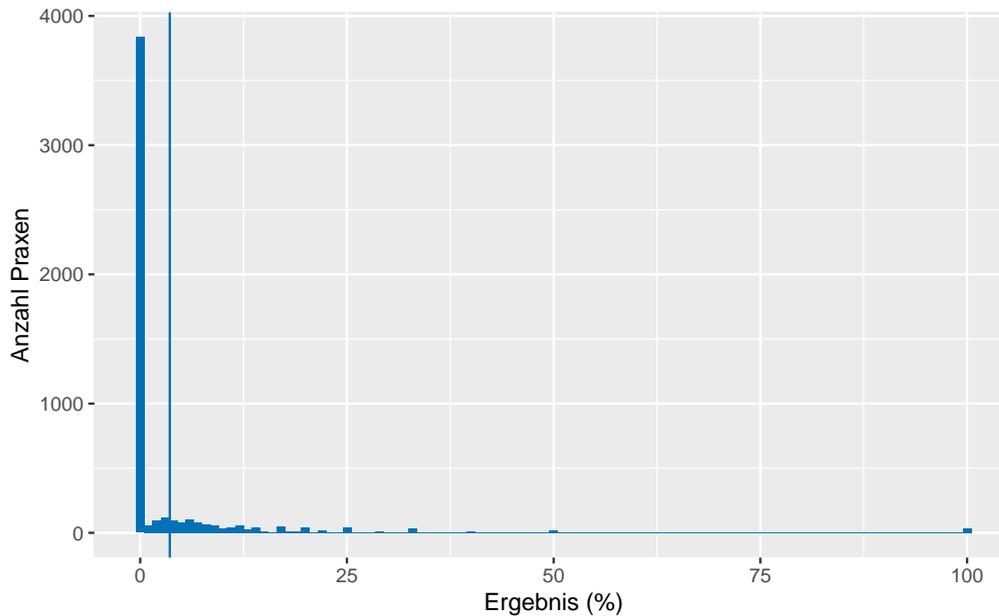
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H1	3.478	116.487	3.0
2022H2	2.806	110.182	2.5
2022H1	2.568	120.159	2.1
2021H2	2.233	116.887	1.9
2021H1	2.396	116.402	2.1
2020H2	3.308	115.208	2.9
2020H1	3.653	112.119	3.3
2019H2	2.976	115.354	2.6

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das im Jahr 2019 überarbeitete Qualitätsziel wird mit Abstand erreicht. Unter Kindern und Jugendlichen beträgt der Anteil mit notfallmäßiger Behandlung 4,3 % und unter Erwachsenen 2,1 %.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes in der DMP-Dokumentation. Die benötigten Informationen erhält der Arzt nur über den Patienten, sodass eventuell nicht alle Ereignisse erfasst sind.

10.3 Kontrolle des FEV1-Wertes

Gerade bei langjährigem Verlauf der Asthmaerkrankung stimmt häufig die subjektive, anamnestisch erfassbare Beeinträchtigung des Patienten nicht mit der objektiven Einschränkung der Lungenfunktion überein, weshalb eine objektive Bewertung mittels Lungenfunktionsmessung notwendig ist. Eine dauerhafte Behandlung eines Asthmapatienten sollte nicht ohne jährliche Lungenfunktionsprüfung einschließlich Bestimmung des FEV1-Wertes erfolgen. Der FEV1-Wert ist die größtmögliche Menge an Luft, die man innerhalb einer Sekunde forciert ausatmen kann. Die Bewertung des FEV1-Wertes erfolgt durch den Vergleich mit dem berechneten Sollwert des Patienten und wird deshalb in der DMP-Dokumentation als Anteil des Sollwertes ausgedrückt: Ein Anteil von 100 % entspricht dem durchschnittlichen Wert eines gesunden Patienten.

Qualitätsziel: Der FEV1-Wert soll bei möglichst vielen Patienten ab 5 Jahren einmal jährlich ermittelt und dokumentiert werden.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten ab 5 Jahren mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer.

Ergebnis im 1. Halbjahr 2023:

- **Erwachsene:** 86.749 von 111.238 berücksichtigten Patienten (78,0 %)
- **Kinder und Jugendliche:** 6.146 von 7.097 berücksichtigten Patienten (86,6 %)

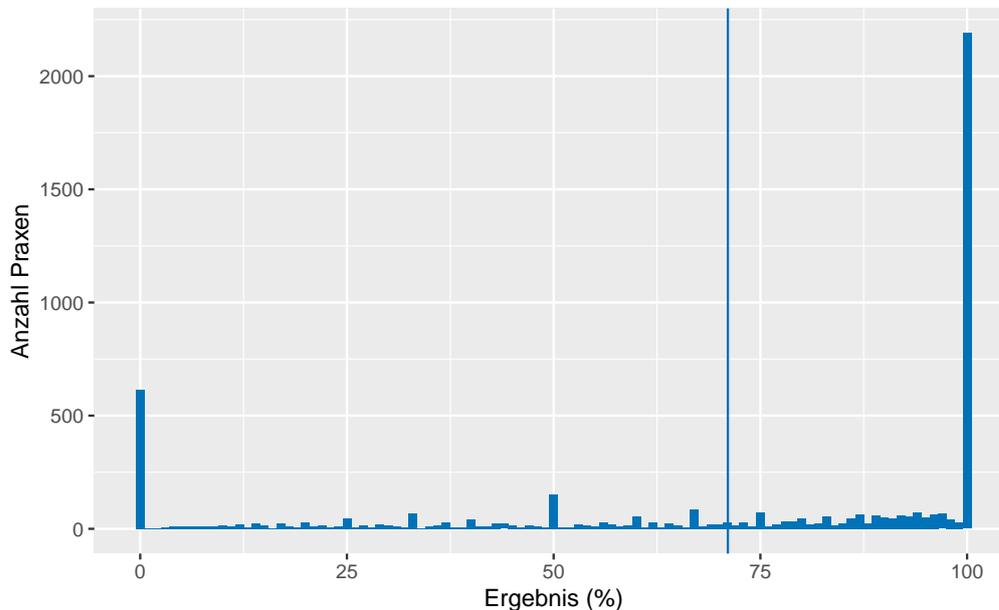
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H1	92.895	118.335	78.5
2022H2	84.532	111.298	76.0
2022H1	89.520	120.701	74.2
2021H2	85.876	117.314	73.2
2021H1	87.163	117.014	74.5
2020H2	90.541	116.109	78.0
2020H1	89.485	113.314	79.0
2019H2	87.280	116.734	74.8

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Ein aktueller FEV1-Wert ist bei 84 % der Kinder und Jugendlichen und bei 74 % der Erwachsenen dokumentiert. Ein Zielwert ist nicht definiert. Bedingt durch die Corona-Pandemie und die gesteigerte Hygienemaßnahmen in Verbindung mit der Spirometrie ist für die Jahre 2020 und 2021 eine Senkung des Anteils zu beobachten. Im Jahr 2023 dagegen ist eine merkbare Erholung zu verzeichnen.

Hinweise zur Interpretation:

- Der Indikator setzt die Angabe eines Wertes im plausiblen Bereich voraus, wird jedoch nicht validiert, zum Beispiel durch ein Audit oder durch den Vergleich mit Abrechnungsdaten.

10.4 Inhalative Glukokortikosteroide (ICS)

Vorrangig sollen bei Patienten mit Asthma bronchiale zur Dauertherapie (Basistherapie) inhalative Glukokortikosteroide verwendet werden. Bei den im Anhang ausgewiesenen Patienten ist zwar eine inhalative Dauermedikation dokumentiert, jedoch ohne inhalative Glukokortikosteroide. Eine geeignete Patienteninformation zur Langzeitbehandlung mit Kortison finden Sie unter www.leitlinien.de/nvl/asthma.

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

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit Dauermedikation und ohne Kontraindikation gegen inhalative Glukokortikosteroide.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023:

- **Erwachsene:** Mit 84.853 von 98.882 berücksichtigten Patienten (85,8 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.
- **Kinder und Jugendliche:** Mit 5.287 von 5.816 berücksichtigten Patienten (90,9 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

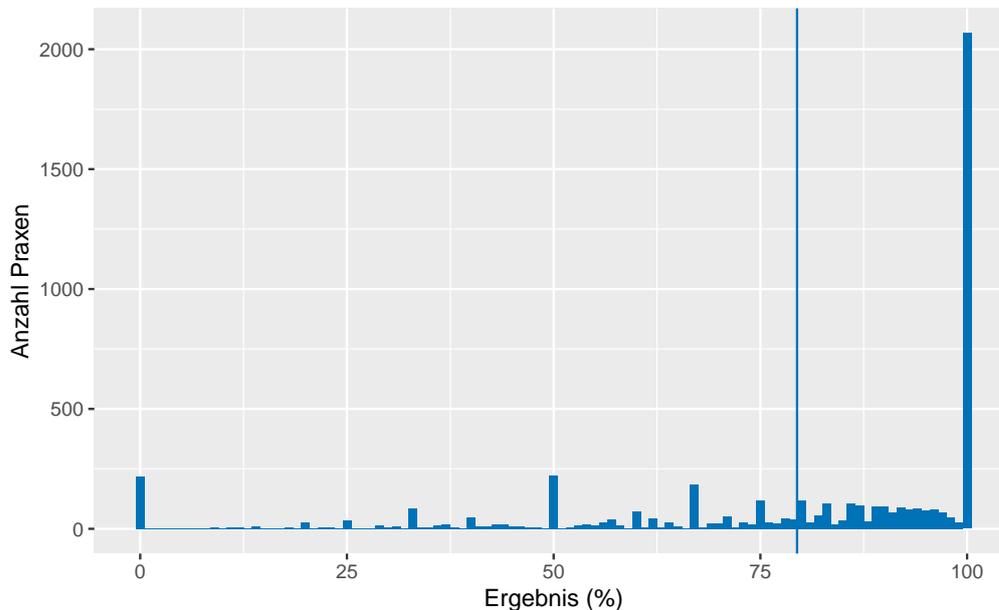
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	90.140	104.698	86.1
2023H1	88.657	103.238	85.9
2022H2	79.262	92.958	85.3
2022H1	85.504	100.367	85.2
2021H2	83.372	97.616	85.4
2021H1	85.404	99.822	85.6
2020H2	85.125	99.693	85.4
2020H1	83.726	97.942	85.5
2019H2	82.888	97.059	85.4
2019H1	82.407	96.540	85.4
2018H2	81.119	94.975	85.4

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

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, 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.

Hinweise zur Interpretation:

- Indikatoren zur Medikation basieren auf der Angabe des koordinierenden Arztes. Einen Vergleich mit der tatsächlich verordneten oder vom Patienten abgeholten bzw. eingenommenen Medikation erfolgt nicht.

10.5 Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika (LABA)

Der Einsatz von langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika (LABA) ist nur in Kombination mit inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS) zu verordnen, und nur sofern für eine adäquate Symptomkontrolle notwendig. Eine Monotherapie mit LABA ist mit einer erhöhten Morbidität und Letalität verbunden, sodass für Patienten mit Asthma bronchiale keine Zulassung besteht. Dieses Ziel unterscheidet sich vom Indikator “Inhalative Glukokortikosteroide (ICS)” nur insofern, dass eine eventuelle Dauertherapie mit kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika keine Berücksichtigung findet.

Qualitätsziel: Weniger als 15 % der Patienten in Dauermedikation sollen eine LABA-Monotherapie erhalten.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten in Dauermedikation mit ICS und/oder LABA und ohne Kontraindikation gegen ICS.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023:

- **Erwachsene:** Mit 11.548 von 96.401 berücksichtigten Patienten (12,0 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.
- **Kinder und Jugendliche:** Mit 403 von 5.690 berücksichtigten Patienten (7,1 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

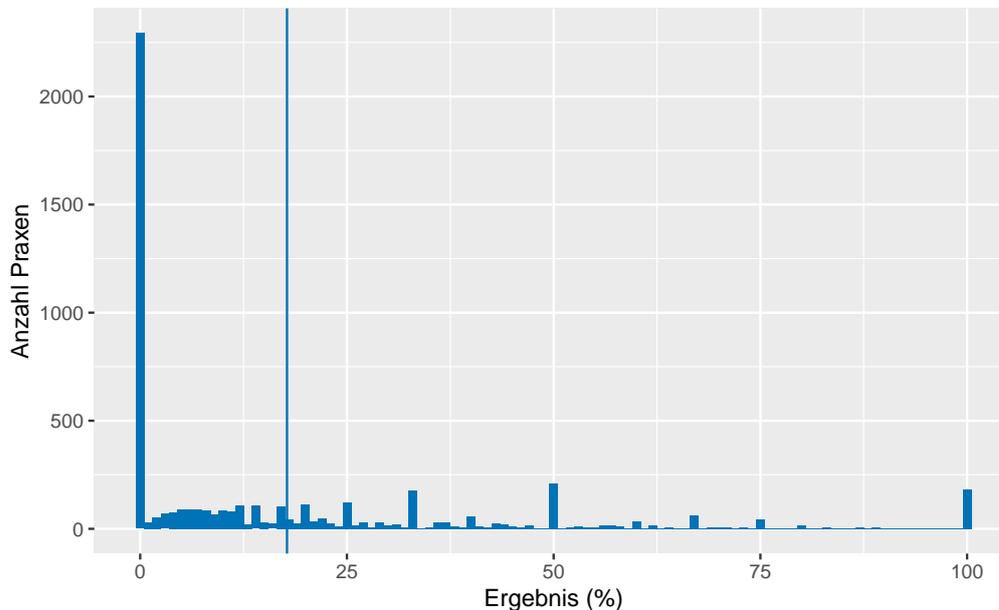
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	11.951	102.091	11.7
2023H1	11.963	100.620	11.9
2022H2	11.220	90.482	12.4
2022H1	12.203	97.707	12.5
2021H2	11.642	95.014	12.3
2021H1	11.672	97.076	12.0
2020H2	11.736	96.861	12.1
2020H1	11.379	95.105	12.0
2019H2	11.563	94.451	12.2

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das Qualitätsziel wird konsistent seit der Einführung im Jahr 2019 erreicht. Allerdings erhalten über 10 % der Erwachsenen mit Dauermedikation eine LABA-Monotherapie, obwohl keine Kontraindikationen gegen inhalative Glukokortikosteroide (ICS) dokumentiert sind. Eine weitere Reduktion des Anteils ist im Rahmen des praxisbezogenen Qualitätsmanagements anzustreben.

Hinweise zur Interpretation:

- Indikatoren zur Medikation basieren auf der Angabe des koordinierenden Arztes. Einen Vergleich mit der tatsächlich verordneten oder vom Patienten abgeholten bzw. eingenommenen Medikation erfolgt nicht.

10.6 Überprüfung der Inhalationstechnik

Die korrekte Inhalationstechnik ist Voraussetzung für eine effektive Pharmakotherapie des Asthmas. Dennoch zeigen Studien, dass zwischen 50% und 80% aller Patienten eine fehlerhafte Technik aufweisen. Im DMP Asthma soll die Inhalationstechnik in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden. Das Inhalationssystem und die Instruktion bzgl. der Anwendung sollte individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Patienten angepasst werden. Nach einer initialen Einweisung in die Inhalationstechnik sollte diese in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden.

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

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit Verordnung einer inhalativen Therapie.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023:

- **Kinder und Jugendliche:** Mit 8.226 von 9.983 berücksichtigten Patienten (82,8 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.
- **Erwachsene:** Mit 87.768 von 137.180 berücksichtigten Patienten (64,0 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

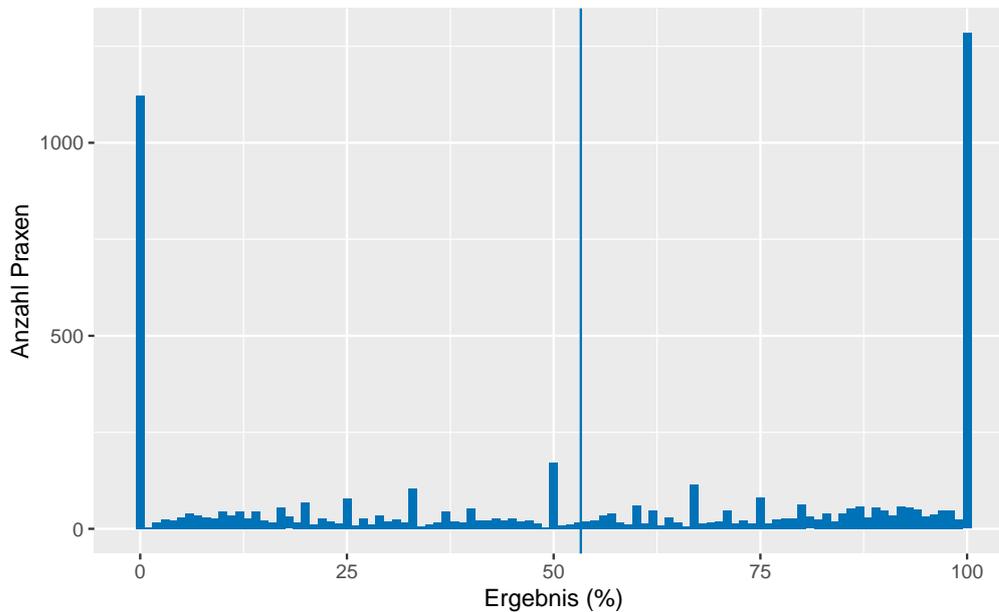
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	96.034	147.163	65.3
2023H1	94.894	145.729	65.1
2022H2	83.387	132.412	63.0
2022H1	92.700	143.217	64.7
2021H2	90.206	139.656	64.6
2021H1	93.297	142.758	65.4
2020H2	95.323	142.871	66.7
2020H1	94.543	140.710	67.2
2019H2	98.209	143.414	68.5
2019H1	104.883	143.423	73.1
2018H2	102.814	141.285	72.8

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das Qualitätsziel von 90 % wird nicht erreicht. In den letzten Jahren ist der Anteil mit Überprüfung der Inhalationstechnik sogar gesunken. Zwischen den Praxen besteht eine erhebliche Variation, die auf unterschiedliche Behandlungsweisen und Patientenstrukturen hindeuten könnten. Vor allem unter Erwachsenen besteht daher Bedarf, verstärkt auf die Überprüfung der Inhalationstechnik zu achten. Aus diesem Grunde erwägt die Gemeinsame Einrichtung, das Thema erneut in den Fokus zu stellen.

10.7 Selbstmanagementplan

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 Patienten mit mittelschweren bis schweren Symptomen. Eine geeignete Vorlage finden Sie unter www.ge-dmp-bayern.de unter der Rubrik "Hilfsmittel". Insbesondere bei Patienten mit mittelschweren bis schweren Symptomen wirkt sich ein unterstützender schriftlicher Selbstmanagementplan beim Monitoring von Symptomen, bei der Bewertung des Peak-Flow-Wertes und beim Einsatz von Notfallmedikation positiv aus.

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

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit Folgedokumentation.

Ergebnis im 1. Halbjahr 2023:

- **Kinder und Jugendliche:** Mit 6.524 von 8.937 berücksichtigten Patienten (73,0 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.
- **Erwachsene:** Mit 50.685 von 125.280 berücksichtigten Patienten (40,4 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

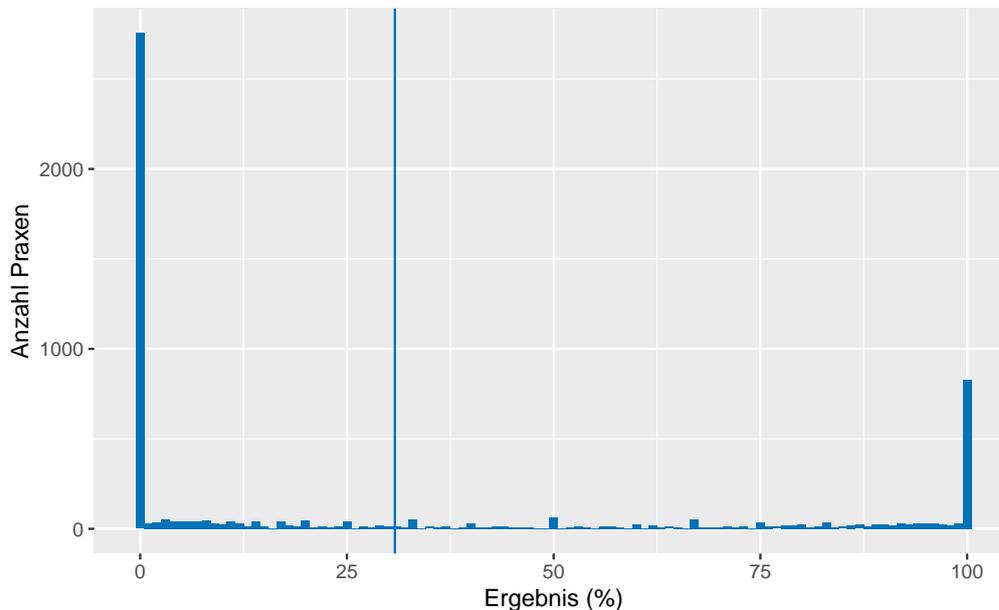
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H1	57.209	134.217	42.6
2022H2	52.629	125.053	42.1
2022H1	59.821	136.455	43.8
2021H2	59.356	133.644	44.4
2021H1	60.650	135.909	44.6
2020H2	60.856	135.094	45.0
2020H1	58.780	131.766	44.6
2019H2	60.650	134.187	45.2
2019H1	58.637	126.320	46.4
2018H2	59.889	125.817	47.6

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Bereits im Qualitätsbericht 2010 wurde darauf hingewiesen, dass zu wenige Patienten einen strukturierten Selbstmanagementplan erhalten. 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. In den letzten Jahren ist jedoch der Anteil der Patienten mit Dokumentation eines Selbstmanagementplans von 47 % auf 42 % gesunken. Analog der Überprüfung der Inhalationstechnik besteht vor allem unter Erwachsenen Handlungsbedarf. Zwischen den koordinierenden Arztpraxen besteht eine erhebliche Variation bzgl. der Zielerreichung. Weitere Maßnahmen für die Förderung des Selbstmanagementplans sollen insbesondere Praxen mit einem niedrigen Anteil an Patienten mit Selbstmanagementplan ansprechen.

10.8 Raucherquote (unter allen Teilnehmern)

Inhalationsrauchen führt zur Verschlechterung des Asthma bronchiale und kann die Entwicklung einer prognostisch ungünstigen Mischform aus Asthma und COPD (Asthma COPD Overlap Syndrome) sowie eine auf Medikamente nicht ansprechende fixierte Atemwegsobstruktion begünstigen. Der koordinierende Arzt sollte den Raucherstatus bei jeder Konsultation erfragen. Raucher sollten in einer klaren und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören. Ausstiegsbereiten Rauchern sollen wirksame Hilfen zur Raucherentwöhnung angeboten werden (z.B. die Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm sowie ein Folgekontakt in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum).

Qualitätsziel: Ein niedriger Anteil an rauchenden Patienten ist anzustreben.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten, die aktuell im DMP Asthma eingeschrieben sind.

Ergebnis im 1. Halbjahr 2023:

- **Erwachsene:** 14.635 von 135.652 berücksichtigten Patienten (10,8 %)
- **Kinder und Jugendliche:** 82 von 9.136 berücksichtigten Patienten (0,9 %)

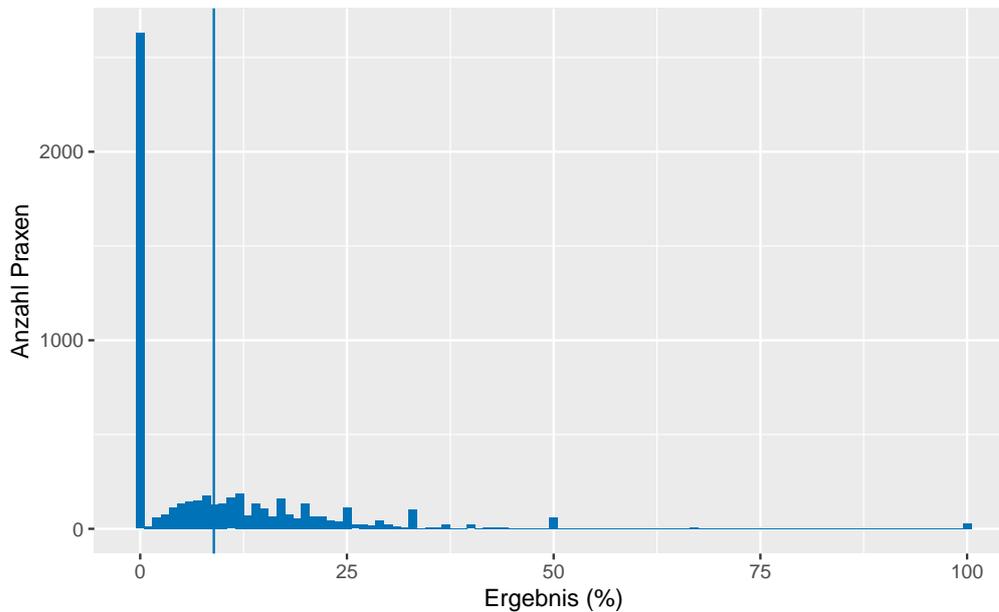
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H1	14.717	144.788	10.2
2022H2	13.382	131.975	10.1
2022H1	14.314	142.482	10.0
2021H2	13.809	138.881	9.9
2021H1	14.357	142.027	10.1
2020H2	14.617	142.177	10.3
2020H1	14.496	139.965	10.4
2019H2	15.194	142.654	10.7

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Aktuell rauchen knapp 11 % aller Teilnehmer am DMP Asthma. Eine Veränderung im Verlauf der letzten Jahre hat es nicht ergeben. Das Ergebnis spiegelt ein gesellschaftliches Problem wider. Neben der Beratung durch den koordinierenden Arzt haben Patienten im Rahmen des DMP-Vertrages Zugang zu strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogrammen. Darüber hinaus kann ein unterstützendes Informationsangebot der Krankenkasse anfordert werden.

Hinweise zur Interpretation:

- Der Raucherstatus basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes. Die Aktualität und Korrektheit dieser Angabe wird nicht geprüft.

10.9 Raucherquote (bekannte Raucher)

Qualitätsziel: Für die Patienten, die bei der Einschreibung als Raucher erfasst wurden, wird der Anteil an noch rauchenden Patienten ermittelt. Der Raucheranteil in dieser Patientengruppe soll möglichst niedrig sein.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten, die bei der Erstdokumentation Raucher waren und für die mindestens eine Folgedokumentation vorliegt.

Ergebnis im 1. Halbjahr 2023:

- **Erwachsene:** 9.121 von 14.344 berücksichtigten Patienten (63,6 %)
- **Kinder und Jugendliche:** 33 von 89 berücksichtigten Patienten (37,1 %)

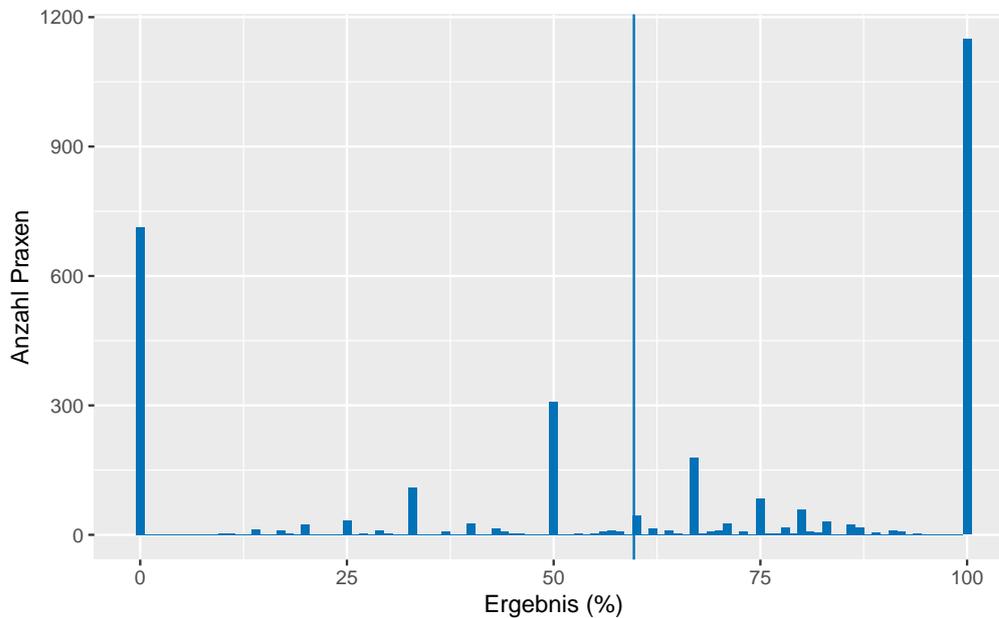
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H1	9.154	14.433	63.4
2022H2	8.199	13.173	62.2
2022H1	8.780	14.107	62.2
2021H2	8.659	13.969	62.0
2021H1	9.019	14.304	63.1
2020H2	9.186	14.264	64.4
2020H1	9.098	14.059	64.7
2019H2	9.513	14.386	66.1

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Dieser Indikator misst den Erfolg der Tabakentwöhnung unter Patienten, die zum Zeitpunkt der Einschreibung in das DMP Raucher waren. Dass fast 40 % dieser Patienten aktuell nicht mehr rauchen, könnte als Erfolg betrachtet werden.

Hinweise zur Interpretation:

- Der Raucherstatus basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes und soll im Rahmen des Arzt-Patienten-Gesprächs erfragt werden. Die Aktualität und Korrektheit dieser Angabe wird nicht geprüft. Zur Validierung des Ergebnisses wäre eine prospektive Erhebung von Primärdaten wünschenswert.

10.10 Asthma-Schulung (Compliance)

Jeder Patient mit Asthma soll Zugang zu einer strukturierten Schulung erhalten. Die Patientenschulung ermöglicht eine aktive Teilnahme des Patienten (bei Kindern und Jugendlichen auch deren Familien) zur Bewältigung seiner chronischen Krankheit durch Überwachen der Symptomatik und adäquate Durchführung und Selbstanpassung der Therapie.

Qualitätsziel: Mindestens 70 % der Patienten mit empfohlener Asthma-Schulung sollen diese innerhalb eines Jahres wahrnehmen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten, denen vier Quartale vor dem Berichtszeitraum eine Asthma-Schulung empfohlen wurde.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023:

- **Erwachsene:** Mit 3.846 von 8.164 berücksichtigten Patienten (47,1 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.
- **Kinder und Jugendliche:** Mit 327 von 952 berücksichtigten Patienten (34,3 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

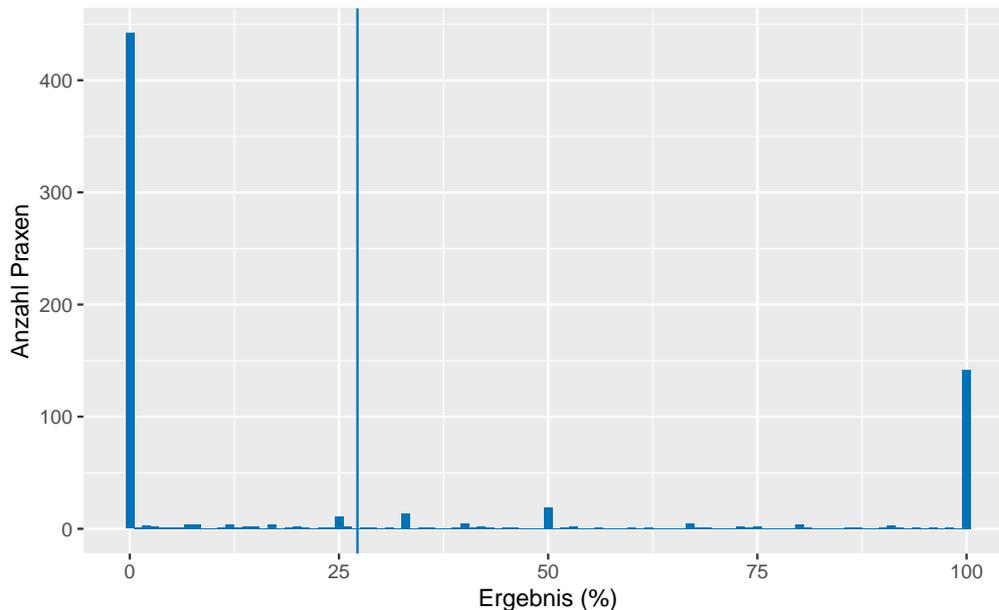
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	4.173	9.116	45.8
2023H1	4.260	9.288	45.9
2022H2	3.544	7.780	45.6
2022H1	3.980	8.837	45.0
2021H2	4.000	9.339	42.8
2021H1	4.496	9.631	46.7
2020H2	211	451	46.8
2020H1	1.957	3.977	49.2
2019H2	4.719	9.233	51.1
2019H1	2.481	4.355	57.0
2018H2	2.471	4.412	56.0

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Dieser Indikator prüft, ob die von den koordinierenden Ärzten empfohlenen Patientenschulungen auch tatsächlich wahrgenommen werden. Wie bei den anderen DMP wird dieses Ziel sowohl bei den Erwachsenen (46,4 %) als auch bei den Kindern und Jugendlichen (33,7 %) nicht erreicht, Tendenz sinkend. Die Corona-Pandemie hat gerade in den DMP Asthma und COPD zu einer erheblichen Reduktion der Anzahl an durchgeführten Patientenschulungen geführt. Es gilt, dieses Angebot wieder hochzufahren, um gerade für den Patienten mit früheren Schulungsempfehlung die Teilnahme zu ermöglichen.

Hinweise zur Interpretation:

- Die Indikatoren zur Durchführung von Patientenschulungen bilden das Versorgungsgeschehen nur eingeschränkt ab. In der Praxis werden viele Patienten geschult, ohne dass in einer früheren Dokumentation eine Empfehlung dokumentiert wurde. Zudem erfolgt die Schulung von Patienten häufig nicht beim koordinierenden Arzt, sondern bei einer anderen (fachärztlichen) Praxis oder bei einem Schulungszentrum. In solchen Fällen hat der koordinierende Arzt keine unmittelbare Information über die Wahrnehmung einer empfohlenen Schulung.

10.11 Asthma-Schulung (Quote)

Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten soll im DMP eine Asthma-Schulung erhalten haben.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten.

Ergebnis im 1. Halbjahr 2023:

- **Kinder und Jugendliche:** 1.498 von 9.181 berücksichtigten Patienten (16,3 %)
- **Erwachsene:** 18.821 von 117.677 berücksichtigten Patienten (16,0 %)

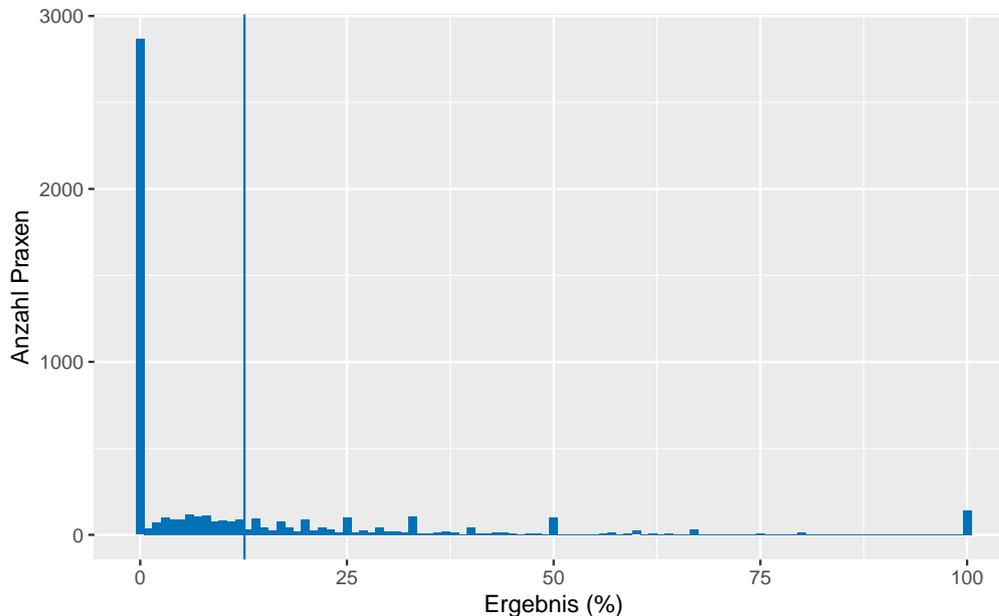
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators für alle Altersgruppen über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H1	20.319	126.858	16.0
2022H2	18.715	116.869	16.0
2022H1	21.079	126.517	16.7
2021H2	21.242	125.440	16.9
2021H1	22.608	129.158	17.5
2020H2	23.933	131.408	18.2
2020H1	23.974	130.241	18.4
2019H2	26.096	134.783	19.4
2019H1	26.170	129.715	20.2
2018H2	26.888	134.533	20.0

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Dieser Indikator 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. Ein Zielwert wurde nicht definiert, jedoch kann einen Anteil von 16,7 % noch als zu niedrig bewertet werden. Im DMP ist ein hoher Anteil an geschulten Patienten anzustreben, um das Selbstmanagementverhalten des Patienten zu stärken. Im Anhang des Feedbackberichts erhält der Arzt eine Liste von Patienten, die noch nicht geschult wurden, damit er bei Bedarf gezielte Empfehlungen aussprechen kann.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes in der DMP-Dokumentation. Hat der Patient eine Schulung vor der DMP-Einschreibung absolviert, oder nach Durchführung der Schulung den koordinierenden Arzt (bzw. die Praxis) gewechselt, so findet diese eventuell keine Berücksichtigung. Dieses Problem könnte vor allem neue Praxen betreffen, die Patienten mit einer früheren DMP-Teilnahme übernehmen.

11 DMP COPD

11.1 Raucherquote (unter allen Teilnehmern)

Inhalationsrauchen verschlechtert die Prognose einer COPD erheblich. Tabakkarenz ist dabei die wichtigste Maßnahme, um die Mortalität der COPD und die Exazerbationsrate zu senken sowie die Progression zu verlangsamen. Deswegen stehen Maßnahmen zur Tabakentwöhnung im Vordergrund der Therapie.

Qualitätsziel: Ein niedriger Anteil an rauchenden Patienten ist anzustreben.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten, die aktuell im DMP COPD eingeschrieben sind.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: 27.872 von 89.208 berücksichtigten Patienten (31,2 %)

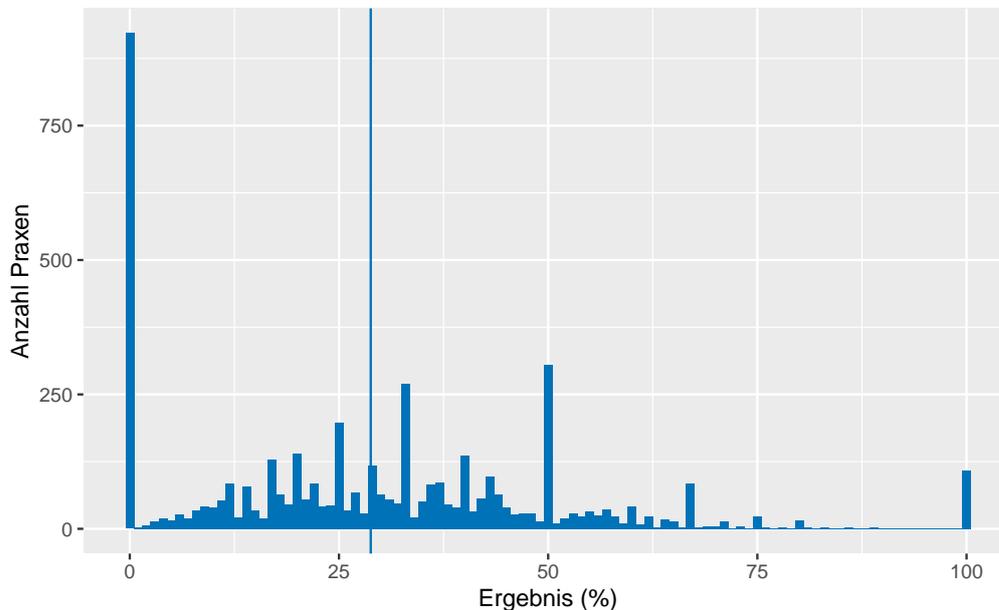
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	27.872	89.208	31.2
2023H1	27.355	89.579	30.5
2022H2	26.759	89.681	29.8
2022H1	27.215	91.339	29.8
2021H2	26.880	90.809	29.6
2021H1	27.598	93.403	29.5
2020H2	28.387	95.599	29.7
2020H1	28.500	96.587	29.5
2019H2	29.540	99.454	29.7
2019H1	29.481	99.937	29.5
2018H2	29.215	99.250	29.4

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

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. Im Rahmen der DMP Asthma und COPD wird sowohl ein ärztliches Beratungsgespräch zur Raucherentwöhnung als auch ein Tabakentwöhnungsprogramm vergütet. Dabei ist das Mitwirken des Patienten entscheidend. Zudem ergibt eine Auswertung der DMP-Dokumentation, dass das Informationspaket der Krankenkasse zum Tabakverzicht jedes Jahr für über 10.000 DMP-Patienten angefordert wird. Alle Krankenkasse in Bayern bieten Tabakentwöhnungsprogramme für alle Versicherte an.

Hinweise zur Interpretation:

- Der Raucherstatus basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes und soll im Rahmen des Arzt-Patienten-Gespräches erfragt werden. Die Aktualität und Korrektheit dieser Angabe wird nicht geprüft. Zur Validierung des Ergebnisses wäre eine prospektive Erhebung von Primärdaten wünschenswert.

11.2 Raucherquote (bekannte Raucher)

Qualitätsziel: Für die Patienten, die bei der Einschreibung als Raucher erfasst wurden, wird der Anteil an noch rauchenden Patienten ermittelt. Der Raucheranteil in dieser Patientengruppe soll möglichst niedrig sein.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten, die bei der Erstdokumentation Raucher waren und für die mindestens eine Folgedokumentation vorliegt.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: 20.157 von 29.655 berücksichtigten Patienten (68,0 %)

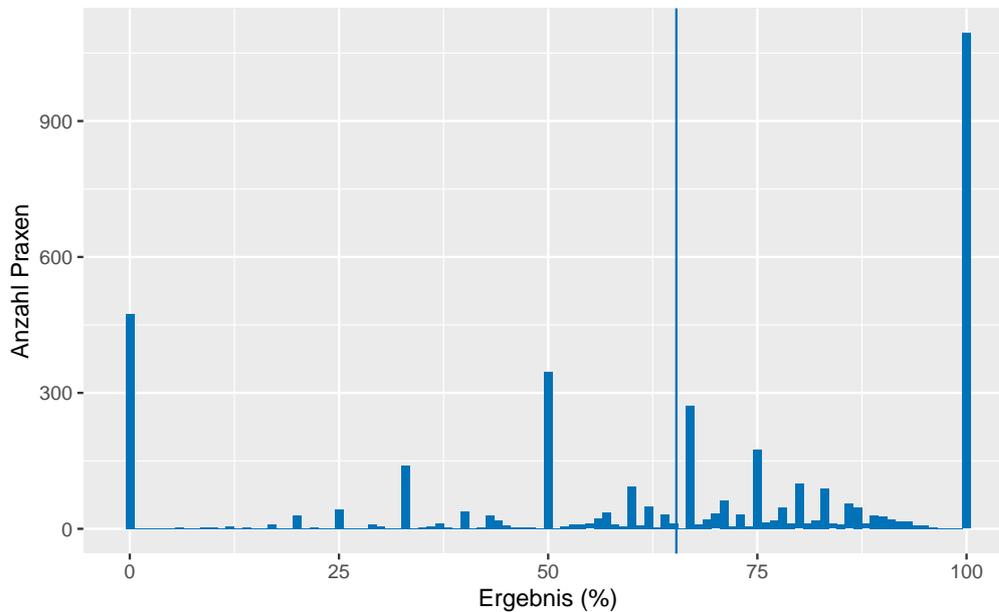
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	20.157	29.655	68.0
2023H1	19.758	29.323	67.4
2022H2	19.169	28.905	66.3
2022H1	19.417	29.318	66.2
2021H2	19.366	29.194	66.3
2021H1	19.941	29.951	66.6
2020H2	20.704	30.583	67.7
2020H1	20.897	30.640	68.2
2019H2	21.659	31.273	69.3
2019H1	21.636	30.952	69.9
2018H2	21.605	30.441	71.0

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Dieser Indikator misst den Erfolg der Tabakentwöhnung unter Patienten mit positivem Raucherstatus.

Hinweise zur Interpretation:

- Der Raucherstatus basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes und soll im Rahmen des Arzt-Patienten-Gespräches erfragt werden. Die Aktualität und Korrektheit dieser Angabe wird nicht geprüft. Zur Validierung des Ergebnisses wäre eine prospektive Erhebung von Primärdaten wünschenswert.

11.3 Empfehlung zum Tabakverzicht

Im Rahmen der Therapie klärt der behandelnde Arzt den Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens und Passivrauchens für Patienten mit COPD auf, verbunden mit den spezifischen Beratungsstrategien und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben. Ausstiegsbereiten Rauchern sollen wirksame Hilfen zur Tabakentwöhnung angeboten werden. Dazu gehören nicht-medikamentöse, insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten Tabakentwöhnung und geeignete Medikamente.

Qualitätsziel: Möglichst viele rauchende Teilnehmer sollen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zum Tabakverzicht erhalten.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle eingeschriebenen Raucher im DMP COPD.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: 17.756 von 27.872 berücksichtigten Patienten (63,7 %)

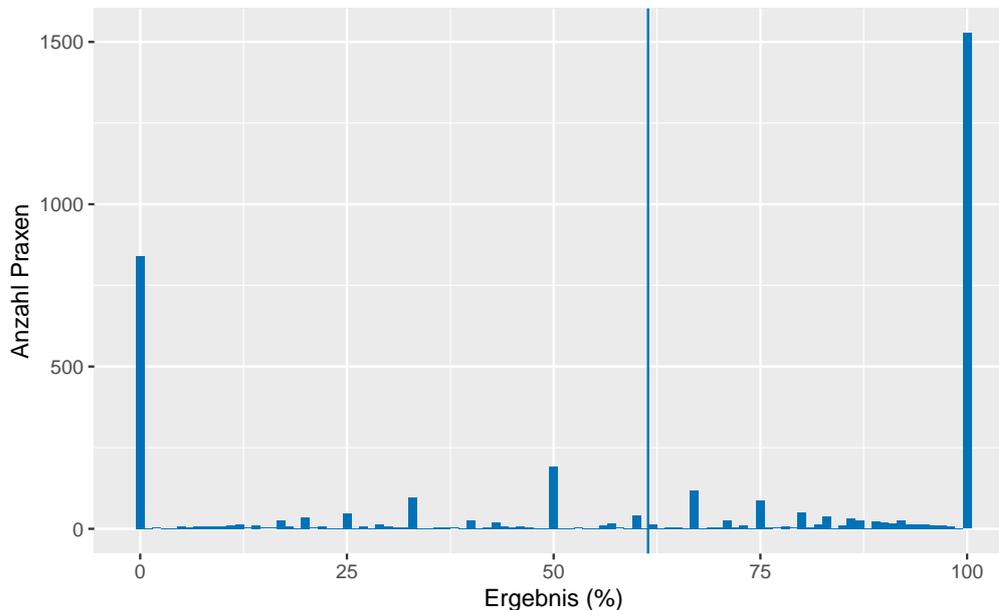
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	17.756	27.872	63.7
2023H1	17.288	27.355	63.2
2022H2	16.799	26.759	62.8
2022H1	17.285	27.215	63.5
2021H2	17.073	26.880	63.5
2021H1	17.653	27.598	64.0
2020H2	20.106	30.293	66.4
2020H1	20.832	30.529	68.2
2019H2	22.038	31.684	69.6
2019H1	22.318	31.870	70.0
2018H2	21.738	31.415	69.2

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Der Anteil an rauchenden Patienten mit Empfehlung zur Tabakverzicht ist im Verlauf der Pandemie von 69,6 % auf 62,8 % gesunken. Unklar ist, ob diese Entwicklung auf einen geänderten Behandlungsablauf zurückzuführen ist, oder ob die geringere Anzahl an Neupatienten zu einer strukturellen Verschiebung des Ergebnis geführt hat.

Hinweise zur Interpretation:

- Sowohl der Raucherstatus als auch die Empfehlung zum Tabakverzicht basieren auf der Angabe des koordinierenden Arztes in der DMP-Dokumentation. Zwischen einem allgemeinen Hinweis des Arztes oder Praxispersonal und einem verlängerten Beratungsgespräch wird nicht unterschieden.

11.4 Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm

Jeder rauchende Patient mit COPD soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm erhalten. Möglichst viele Patienten mit Empfehlung zur Teilnahme an einem solchen Programm sollten dieses Angebot tatsächlich in Anspruch nehmen.

Dieser Indikator dient lediglich dazu, Patienten zu identifizieren, die verstärkt zu einer Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm motiviert werden sollen. Da beispielsweise solche Patienten nicht berücksichtigt werden, die nach der Teilnahme an einem Programm nicht mehr rauchen, ist der Indikator für die Bewertung der Versorgungsqualität ungeeignet.

Qualitätsziel: Möglichst viele Patienten sollen nach Empfehlung an einem Tabakentwöhnungsprogramm teilnehmen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle rauchenden Patienten, welche bereits eine Empfehlung zu einem Tabakentwöhnungsprogramm erhalten haben. Ausgenommen sind Patienten, die aktuell nicht an einem Tabakentwöhnungsprogramm teilnehmen konnten sowie Patienten, die aktuell nicht mehr rauchen.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: 2.543 von 18.652 berücksichtigten Patienten (13,6 %)

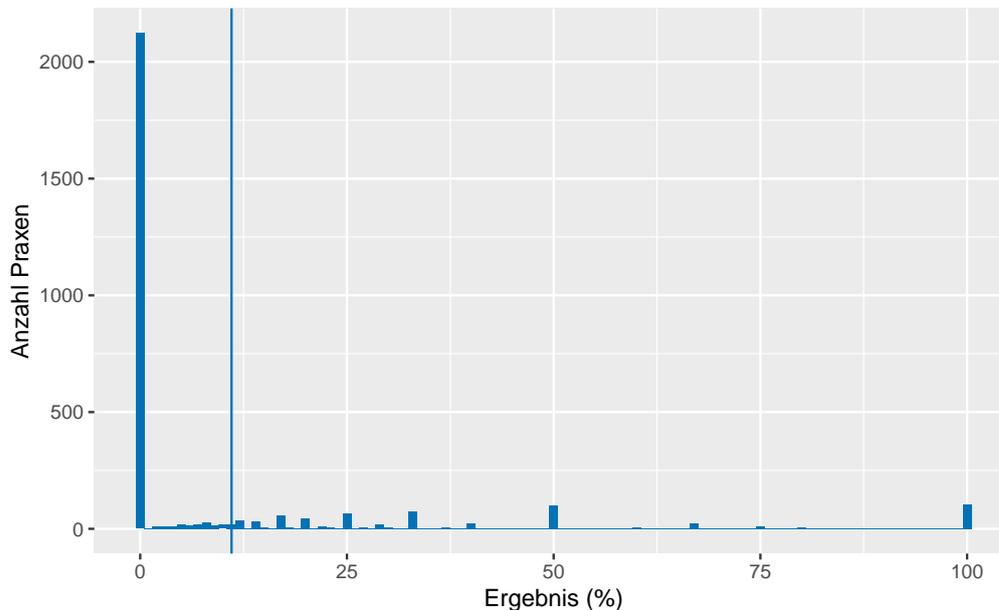
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	2.543	18.652	13.6
2023H1	2.413	18.183	13.3
2022H2	2.325	17.634	13.2
2022H1	2.334	17.952	13.0
2021H2	2.252	17.235	13.1
2021H1	2.193	17.090	12.8
2020H2	2.132	16.819	12.7
2020H1	1.985	16.046	12.4
2019H2	1.693	15.431	11.0
2019H1	1.426	14.023	10.2
2018H2	1.110	11.869	9.4

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Unter Betrachtung der Patienten, die eine Empfehlung zur Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm erhalten haben und im Berichtszeitraum noch Raucher waren, haben nur ca. 10 % an einem solchen Programm teilgenommen.

Hinweise zur Interpretation:

- Der Indikator berücksichtigt ausschließlich Patienten, die im Berichtszeitraum noch geraucht haben und am DMP teilgenommen haben. Es handelt sich somit um eine verzerrte Messung der Prozessqualität und sollte primär im Rahmen des praxisbezogenen Fallmanagements verwendet werden.

11.5 Empfehlung zu körperlicher Aktivität

Körperliches Training führt in der Regel zu einer Verringerung der COPD-Symptomatik und der Exazerbationsrate, zur Besserung der Belastbarkeit und kann zur Verbesserung der Lebensqualität und Verringerung der Morbidität beitragen. Daher soll der behandelnde Arzt regelmäßig auf die Bedeutung von körperlichen Aktivitäten hinweisen und zur Teilnahme an geeigneten Trainingsmaßnahmen motivieren.

Qualitätsziel: Möglichst viele Patienten sollen in jedem Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen körperlichen Training erhalten.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: 42.553 von 89.208 berücksichtigten Patienten (47,7 %)

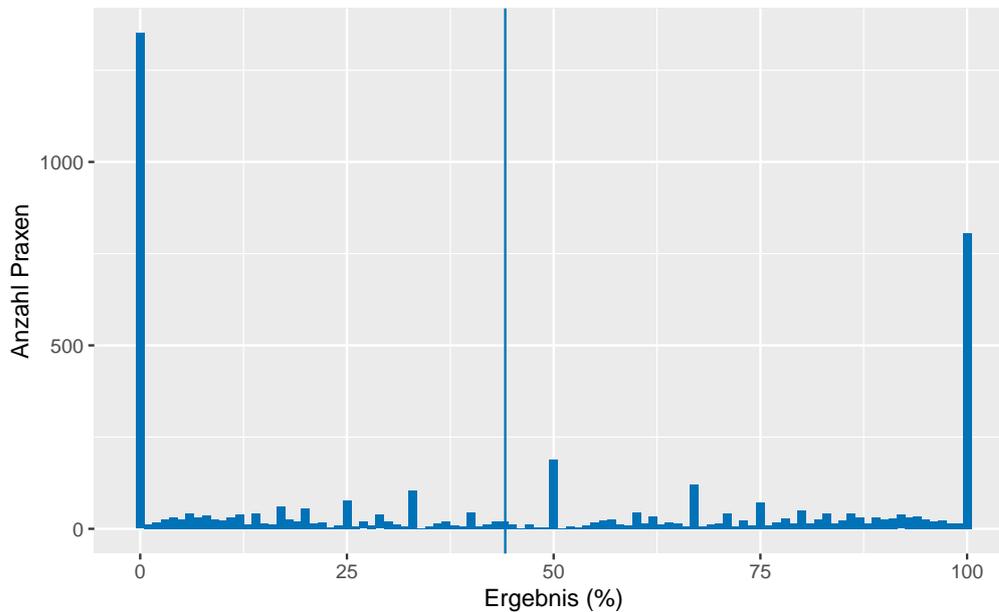
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	42.553	89.208	47.7
2023H1	42.350	89.579	47.3
2022H2	38.035	85.143	44.7
2022H1	42.430	91.339	46.5
2021H2	41.709	90.809	45.9
2021H1	43.450	93.403	46.5
2020H2	44.030	95.599	46.1
2020H1	44.557	96.587	46.1
2019H2	46.461	99.454	46.7
2019H1	46.833	99.937	46.9
2018H2	44.779	99.250	45.1

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Seit Einführung dieses Indikators im Jahr 2018 wird stets bei ca. 45 % der Patienten mit Teilnahme am DMP COPD ein körperliches Training empfohlen. Ein Zielwert ist nicht definiert. Eine weitere Differenzierung nach Altersgruppe, Komorbidität und DMP-Teilnahmedauer könnte zu einem besseren Verständnis dieses Qualitätsziels führen.

Hinweise zur Interpretation:

- Das Qualitätsziel umfasst sowohl Patienten, die bereits körperlich aktiv sind, als auch solche, für die ein Training eventuell nicht zumutbar ist.

11.6 Überprüfung der Inhalationstechnik

Die korrekte Inhalationstechnik ist Voraussetzung für eine effektive Pharmakotherapie. Dennoch zeigen Studien, dass zwischen 50 % und 80 % aller Patienten eine fehlerhafte Technik aufweisen. Daher sollte das Inhalationssystem und die Instruktion bzgl. der Anwendung individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Patienten angepasst werden. Nach einer initialen Einweisung in die Inhalationstechnik sollte diese in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden.

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

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 49.702 von 89.208 berücksichtigten Patienten (55,7 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

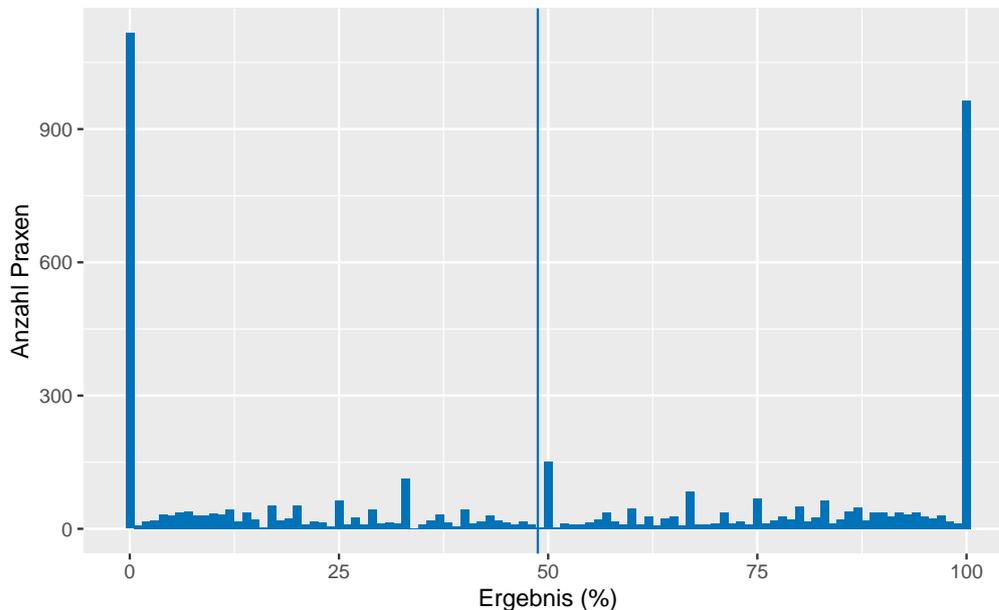
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	49.702	89.208	55.7
2023H1	49.785	89.579	55.6
2022H2	45.167	85.143	53.0
2022H1	50.391	91.339	55.2
2021H2	49.847	90.809	54.9
2021H1	52.331	93.403	56.0
2020H2	55.202	95.599	57.7
2020H1	56.948	96.587	59.0
2019H2	60.240	99.454	60.6
2019H1	62.011	99.937	62.1
2018H2	61.932	99.250	62.4

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das Qualitätsziel in Höhe von 90 % wird deutlich unterschritten. Während der Corona-Pandemie ist der Anteil mit Prüfung der Inhalationstechnik gesunken. Unklar ist, ob diese Entwicklung durch einen geänderten Behandlungsablauf zurückzuführen ist, oder ob die geringere Anzahl an Neupatienten zu einer strukturellen Verschiebung des Ergebnis geführt hat. Die Verteilung der Ergebnisse auf Praxisebene zeigt sehr große Unterschiede zwischen der Praxen. In vielen Praxen beträgt der Anteil mit Prüfung der Inhalationstechnik entweder 0 % oder 100 %. Zwischen diesen beiden Extremwerten sind die restlichen Praxen gleichmäßig verteilt. Es ist davon auszugehen, dass diese Beobachtung durch eine Vielzahl von Faktoren entstanden ist, darunter die Behandlungsabläufe in den Praxen, unterschiedliche Patientenstrukturen, und ein uneinheitliches Dokumentationsverhalten.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator berücksichtigt auch solche Patienten, die aktuell keine inhalative Medikation erhalten.
- Indikatoren zur Medikation basieren auf der Angabe des koordinierenden Arztes. Einen Vergleich mit der tatsächlich verordneten oder vom Patienten abgeholten bzw. eingenommenen Medikation erfolgt nicht.

11.7 Kontrolle des FEV1-Wertes

Die Lungenfunktion ist alle sechs bis zwölf Monate mit Hilfe einer Spirometrie-Untersuchung zu bestimmen. Der FEV1-Wert ist die größtmögliche Menge an Luft, die man innerhalb einer Sekunde forciert ausatmen kann. Er spielt bei der Festlegung der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele eine wichtige Rolle. Die Bewertung des FEV1-Wertes erfolgt durch den Vergleich mit dem berechneten Sollwert des Patienten. Aus diesem Grund wird der FEV1-Wert in der DMP-Dokumentation als Anteil des Sollwertes ausgedrückt: Ein Anteil von 100 % entspricht dem durchschnittlichen Wert eines gesunden Patienten.

Qualitätsziel: Der FEV1-Wert soll bei möglichst vielen Patienten einmal jährlich ermittelt und dokumentiert werden.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: 57.435 von 73.401 berücksichtigten Patienten (78,2 %)

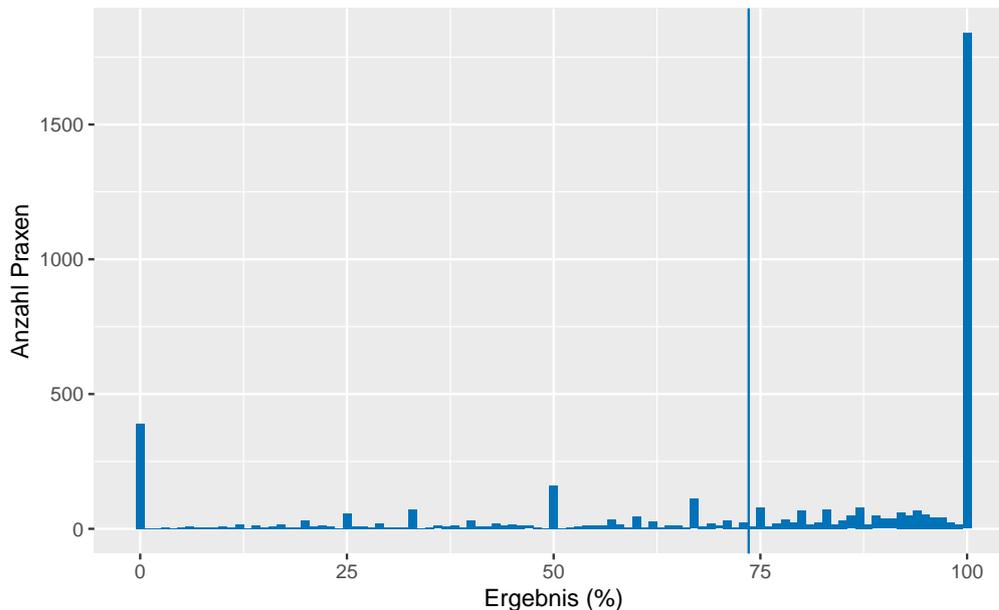
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	57.435	73.401	78.2
2023H1	59.728	74.518	80.2
2022H2	59.484	76.550	77.7
2022H1	53.786	78.934	68.1
2021H2	53.191	78.275	68.0
2021H1	55.440	79.814	69.5
2020H2	59.606	80.813	73.8
2020H1	61.057	80.199	76.1
2019H2	62.983	81.348	77.4
2019H1	62.397	81.614	76.5
2018H2	62.726	81.586	76.9

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Während der Corona-Pandemie war die Durchführung der Spirometrie stark eingeschränkt. Folglich ist der Anteil mit Kontrolle des FEV1-Wertes um etwa 10 Prozentpunkte gesunken, von 77 % im zweiten Halbjahr 2019 auf 68 % im zweiten Halbjahr 2021. Von daher ist es zu begrüßen, dass im zweiten Halbjahr 2023 eine vollständige Erholung bei diesem Indikator zu verzeichnen ist. Auch bei diesem Qualitätsziel ist eine erhebliche Variation zwischen den koordinierenden Arztpraxen zu beobachten. Auch wenn diese Variation durch eine Vielzahl an Faktoren verursacht werden könnte, deutet sie auf das Potenzial, das Ergebnis noch weiter zu erhöhen.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator setzt einen plausiblen FEV1-Wertes in der DMP-Dokumentation voraus. Es wird jedoch nicht geprüft, ob eine Spirometrie tatsächlich durchgeführt wurde.

11.8 Abschätzung des Osteoporose-Risikos

Risikofaktoren für das Auftreten einer Osteoporose bei Patienten mit COPD sind neben Alter, Geschlecht, Untergewicht und Immobilität auch die systemische Entzündung bei schwerer COPD und die medikamentöse Therapie. Die individuelle Risikokonstellation bezüglich des Auftretens einer Osteoporose sollte einmal jährlich bei allen Patienten klinisch abgeschätzt werden. Generelle Empfehlungen zur Vorbeugung einer Osteoporose sind insbesondere körperliche Aktivität, ausreichende Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr sowie Verzicht auf Rauchen.

Qualitätsziel: Das Osteoporose-Risiko soll bei möglichst vielen Patienten mindestens jährlich abgeschätzt werden. Die Art der Abschätzung erfolgt nach dem Ermessen des koordinierenden Arztes.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: 30.472 von 73.401 berücksichtigten Patienten (41,5 %)

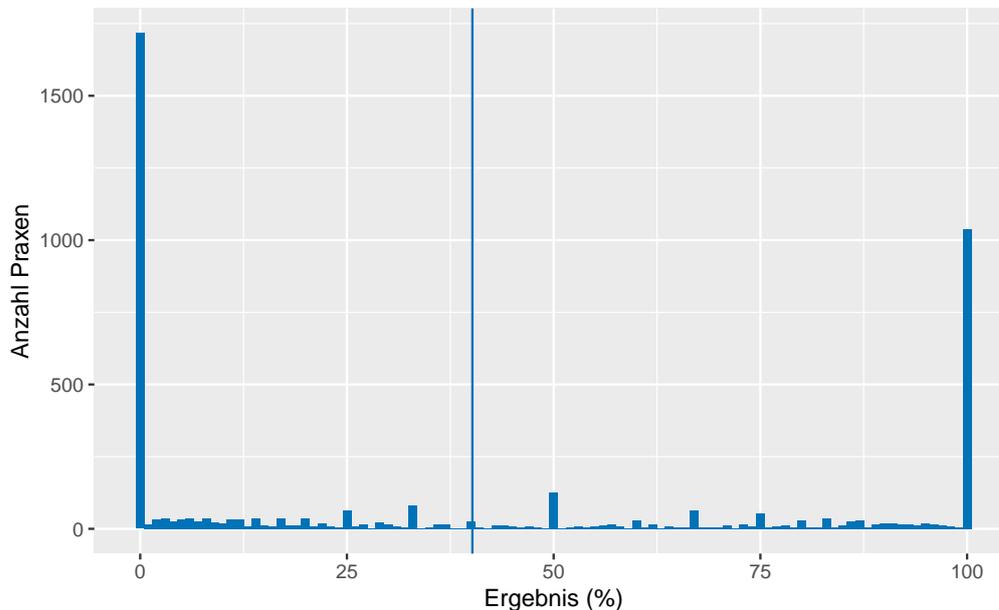
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	30.472	73.401	41.5
2023H1	30.401	74.518	40.8
2022H2	30.944	76.334	40.5
2022H1	32.362	78.934	41.0
2021H2	31.996	78.275	40.9
2021H1	33.231	79.814	41.6
2020H2	34.540	80.813	42.7
2020H1	35.344	80.199	44.1
2019H2	36.393	81.348	44.7
2019H1	36.185	81.614	44.3
2018H2	35.148	81.586	43.1

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Bei ca. 40 % der Teilnehmer am DMP COPD wird das Risiko für Osteoporose mindestens jährlich abgeschätzt. Ein Zielwert für dieses Qualitätsziel wurde nicht definiert. Die große Variation zwischen den Arztpraxen suggeriert jedoch, dass mit dem Thema sehr unterschiedlich umgegangen wird.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator ist nicht präzise definiert. Da für die Abschätzung des Risikos keine Vorgaben gemacht werden, spiegelt das Ergebnis die Einschätzung des koordinierenden Arztes wider.

11.9 Inhalative Glukokortikosteroide (ICS)

Inhalative Glukokortikosteroide sind vorrangig für die Behandlung von Asthma bronchiale geeignet. Für die Dauertherapie der COPD sind in erster Linie Anticholinergika und Beta-2-Sympathomimetika zu verwenden. Nur in begründeten Fällen sind inhalative Glukokortikosteroide, Roflumilast oder Theophyllin zu verordnen.

Qualitätsziel: Möglichst wenige der Patienten mit FEV1 über 50% des Sollwertes und ohne Komorbidität Asthma bronchiale sollen mit inhalativen Glukokortikosteroiden behandelt werden.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten ohne Begleiterkrankung Asthma bronchiale, die inhalative Glukokortikosteroide verordnet bekommen.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: 6.487 von 9.497 berücksichtigten Patienten (68,3 %)

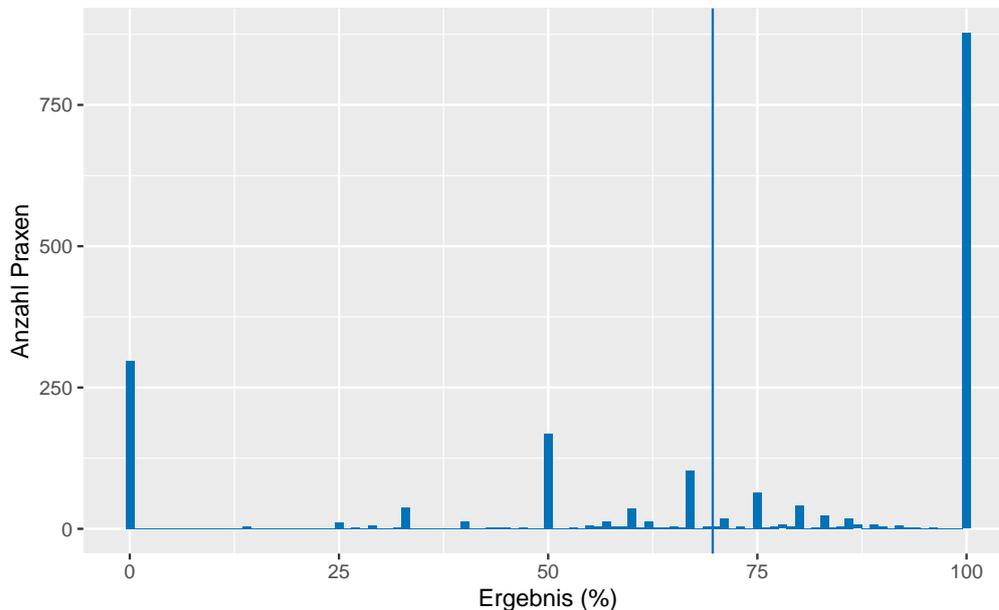
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	6.487	9.497	68.3
2023H1	6.230	9.176	67.9
2022H2	5.698	8.415	67.7
2022H1	5.455	8.060	67.7
2021H2	5.094	7.537	67.6
2021H1	5.130	7.663	66.9
2020H2	5.353	8.008	66.8
2020H1	5.186	7.788	66.6
2019H2	7.144	10.667	67.0
2019H1	40.210	57.868	69.5
2018H2	36.428	57.115	63.8

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Dieser Indikator berücksichtigt alle Patienten, für die eine Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS) dokumentiert ist, obwohl keine Begleiterkrankung Asthma angegeben wurde. Bei diesen Patienten ist die Therapie nur dann indiziert, wenn der FEV1-Wert des Patienten weniger als 50 % des Sollwertes beträgt. Seit Einführung des Indikators im Jahr 2018 ist dies bei zwei Drittel der berücksichtigten Patienten nicht der Fall. Bei diesen Patienten ist eine Überprüfung der Medikation und/oder eine Überprüfung der Dokumentation des FEV1-Wertes erforderlich. Es handelt sich um mehr als 5.000 Patienten in Bayern, sodass eine Thematisierung des Qualitätsziels im Rahmen des ärztlichen Qualitätsmanagements erforderlich erscheint.

Hinweise zur Interpretation:

- Die Operationalisierung dieses Indikators stellt keine unmittelbare Messung des Qualitätsziels dar. Insbesondere könnte das Ergebnis bei gleichbleibender Versorgungsqualität durch eine Erhöhung der Anzahl mit Begleiterkrankung Asthma oder mit niedrigem FEV1-Wert beeinflusst werden. Für eine gezieltere Messung des Zieles sollte unter allen Patienten mit ICS-Therapie der Anteil mit Dokumentation einer Indikation für die Therapie (d.h. entweder Asthma oder FEV1 < 50 %) berechnet werden.
- Indikatoren zur Medikation basieren auf der Angabe des koordinierenden Arztes. Einen Vergleich mit der tatsächlich verordneten oder vom Patienten abgeholten bzw. eingenommenen Medikation erfolgt nicht.

11.10 Systemische Glukokortikosteroide (Quote)

Bei Patienten mit COPD werden systemische Glukokortikosteroide nach Exazerbation für einen kurzen Behandlungszeitraum (max. 14 Tage) verabreicht. Eine Langzeittherapie mit oralen Glukokortikosteroiden wird generell nicht empfohlen und ist nur bei Patienten mit Asthmakomponente indiziert. Vor Beginn einer Dauertherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden ist aufgrund der potenziell schwerwiegenden Nebenwirkungen eine Überweisung zum Facharzt erforderlich.

Qualitätsziel: Höchstens 10 % der Patienten sollen in zwei oder mehr aufeinanderfolgende Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide (OCS) erhalten.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit zwei Dokumentationen im letzten Jahr.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 655 von 89.208 berücksichtigten Patienten (0,7 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

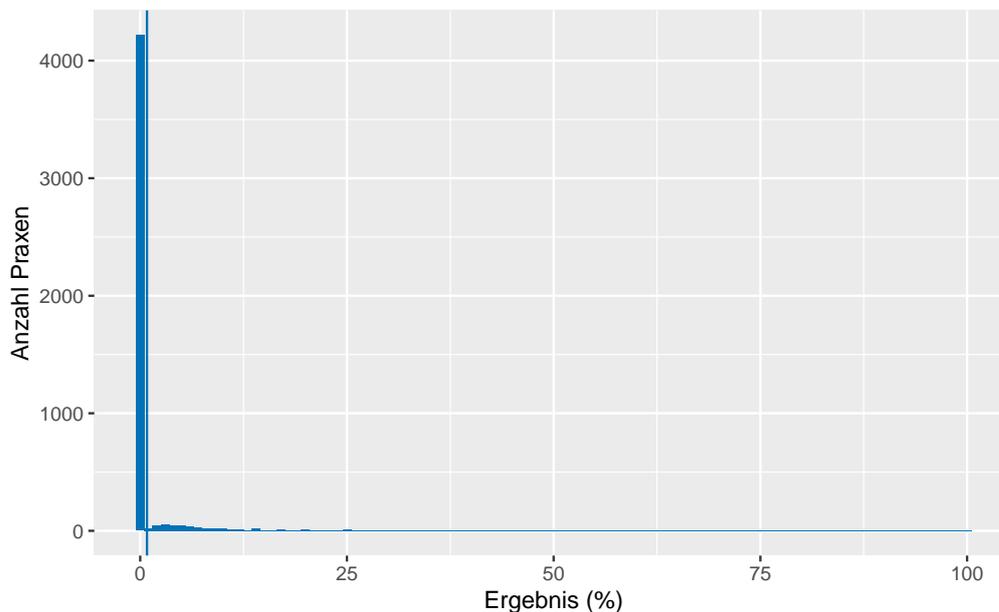
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	655	89.208	0.7
2023H1	653	89.579	0.7
2022H2	671	89.681	0.7
2022H1	660	91.339	0.7
2021H2	649	90.809	0.7
2021H1	660	93.403	0.7
2020H2	778	95.599	0.8
2020H1	761	96.587	0.8
2019H2	913	99.454	0.9
2019H1	977	99.937	1.0
2018H2	918	99.250	0.9

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das Qualitätsziel wird erreicht. Dennoch liegen einige Praxen über dem angestrebten Zielwert und sollten die Auflistung der betroffenen Patienten im Feedbackbericht nutzen, um gegebenenfalls eine Therapieumstellung oder Überweisung zum Facharzt einzuleiten.

Hinweise zur Interpretation:

- Für die Analyse des Qualitätsziels wird eine Verordnung über mindestens zwei Dokumentationen als “Langzeit-Therapie” betrachtet. Diese Gleichsetzung gilt nur annäherungsweise, zum Beispiel könnten auch zwei Kurzzeit-Therapien im Laufe eines Jahres als “Langzeit-Therapie” gewertet werden. Eine weitere Verzerrung entsteht durch die Berücksichtigung aller eingeschriebenen Patienten. Da für die Beurteilung des Indikators zwei aufeinanderfolgende Dokumentationen benötigt werden, durften diejenigen Patienten mit nur einer aktuellen Dokumentation nicht berücksichtigt werden.

11.11 Exazerbationen

Die Anzahl und Stärke der Exazerbationen sind entscheidend für die Prognose eines COPD-Patienten. Circa 30 % der jährlichen Exazerbationen führen zu einer notfallmäßigen stationären Behandlung. Daher ist es sehr wichtig, eine Exazerbation so frühzeitig wie möglich zu erkennen und zu behandeln.

Qualitätsziel: Der Anteil der Patienten mit zwei oder mehr Exazerbationen innerhalb der letzten sechs Monate soll höchstens 20 % betragen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 1.720 von 78.719 berücksichtigten Patienten (2,2 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

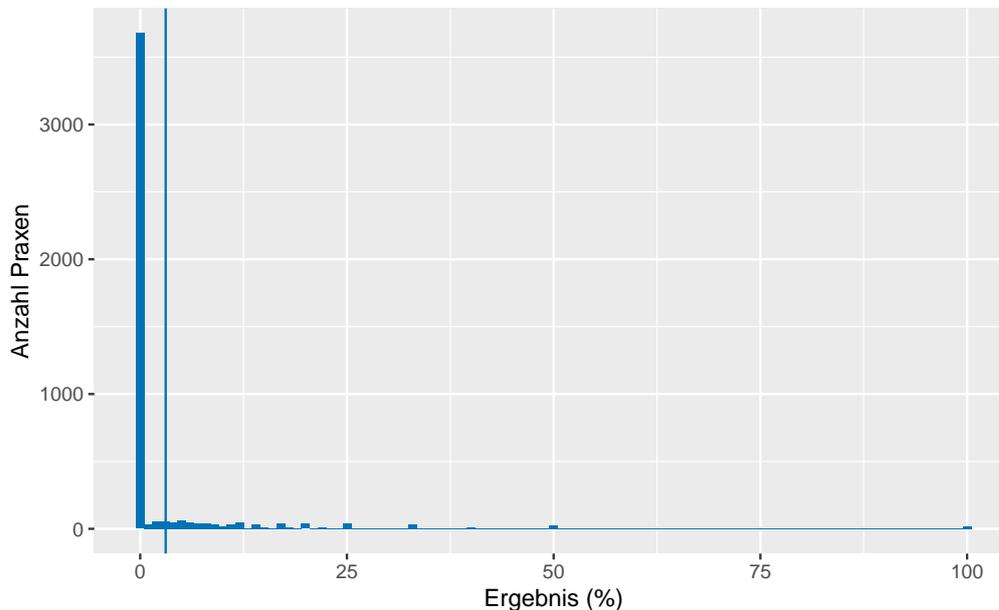
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	1.720	78.719	2.2
2023H1	1.742	78.660	2.2
2022H2	1.384	78.719	1.8
2022H1	1.565	83.231	1.9
2021H2	1.603	83.169	1.9
2021H1	1.465	85.070	1.7
2020H2	1.907	86.780	2.2
2020H1	2.319	86.424	2.7
2019H2	2.465	88.026	2.8
2019H1	2.738	87.532	3.1
2018H2	2.610	87.907	3.0

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Hatten im zweiten Halbjahr 2018 3 % der Patienten zwei oder mehr Exazerbationen in den letzten sechs Monaten, beträgt die Quote im zweiten Halbjahr 2023 1,8 %. Somit wird das Qualitätsziel mit Abstand erreicht. Leider haben einzelne Praxen einen sehr hohen Anteil an Patienten mit Exazerbationen. In diesen Fällen kann der praxisbezogene Feedbackbericht helfen, Verbesserungsmöglichkeiten zu finden oder eventuelle Dokumentationsprobleme zu identifizieren.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes im Feedbackbericht. Eine Information über etwaige Notfallbehandlungen erhält der koordinierenden Arzt nur über den Patienten.

11.12 Notfallmäßige stationäre Behandlungen

Die Vermeidung von notfallmäßigen Ereignissen ist ein primäres Ziel des DMP. Bei vorausgegangener Exazerbation oder Notfallbehandlung wegen COPD prüft der koordinierende Arzt, ob eine Überweisung zum Facharzt bzw. eine Schulungsmaßnahme zu erwägen ist.

Qualitätsziel: Höchstens 10 % der Patienten sollen innerhalb der letzten zwölf Monate wegen COPD notfallmäßig stationär aufgenommen worden sein.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 2.360 von 72.742 berücksichtigten Patienten (3,2 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

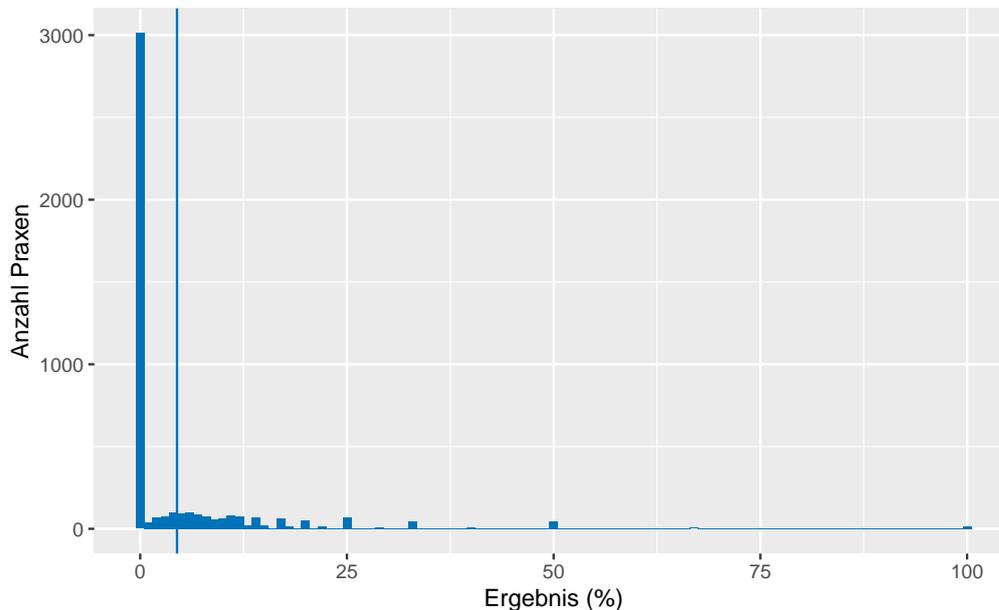
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	2.360	72.742	3.2
2023H1	2.339	73.714	3.2
2022H2	1.906	75.778	2.5
2022H1	1.900	78.651	2.4
2021H2	1.760	78.034	2.3
2021H1	1.846	79.559	2.3
2020H2	2.473	80.506	3.1
2020H1	2.955	79.780	3.7
2019H2	3.146	80.796	3.9
2019H1	3.256	81.054	4.0
2018H2	3.239	81.019	4.0

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Der Anteil der Patienten mit notfallmäßigen stationären Ereignissen liegt weit unter den Erwartungen des Qualitätsziels. 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 möglicherweise auf Praxisbesonderheiten oder Dokumentationsprobleme zurückzuführen ist. Es ist zu überlegen, ob ein ehrgeizigeres oder differenzierteres Ziel nicht geeigneter für diese Klientel wäre.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator basiert auf der Angabe des koordinierenden Arztes in der DMP-Dokumentation. Die benötigten Informationen erhält der Arzt nur über den Patienten, sodass eventuell nicht alle Ereignisse erfasst sind.

12 DMP Brustkrebs

12.1 Körperliches Training (Alle Patientinnen)

Körperliche Aktivität und Sport wirken sich positiv auf die Bewältigung des Krankheitserlebens aus. Zudem wirken Sport und körperliche Aktivität auch dem Fatigue-Syndrom (Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, Zunahme der kognitiven Defizite, Motivationsverlust, Reizbarkeit) entgegen. Daher soll der behandelnde Arzt regelmäßig empfehlen, dass die Patientinnen in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen der körperlichen Aktivität ergreifen. Krafttraining mit dem betroffenen Arm führt nicht zu einem erhöhten Risiko für die Entstehung eines Lymphödems auf der betroffenen Seite. Ob sportliche Aktivitäten die Prognose der Erkrankung beeinflussen, ist nicht mit ausreichender Evidenz geklärt.

Qualitätsziel: Mindestens 75% aller Patientinnen sollen im Berichtszeitraum eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training erhalten haben.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patientinnen.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 23.847 von 26.277 berücksichtigten Patientinnen (90,8 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

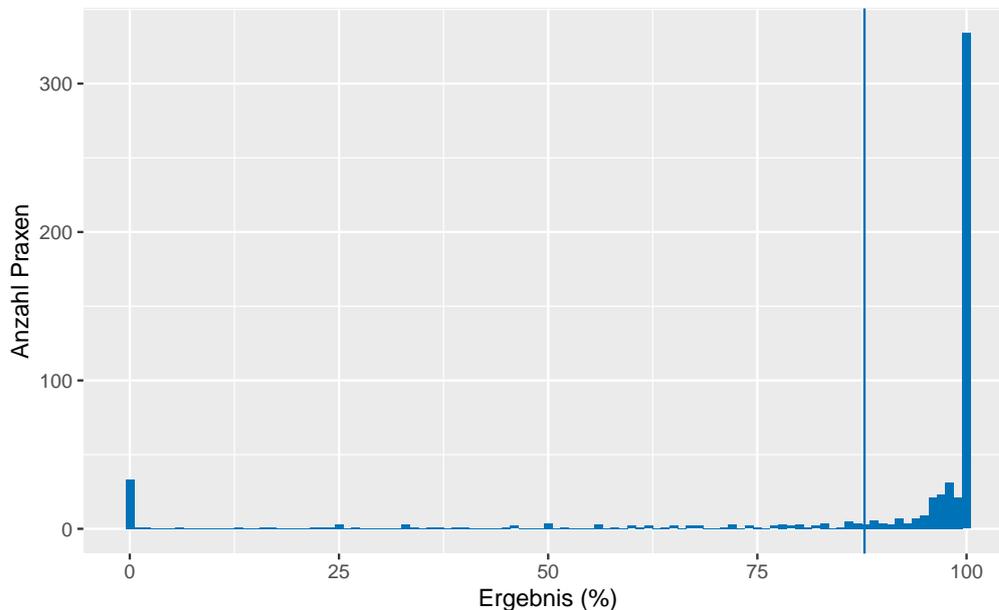
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	23.847	26.277	90.8
2023H1	23.267	25.750	90.4
2022H2	19.733	21.896	90.1
2022H1	21.943	24.195	90.7
2021H2	21.613	24.026	90.0
2021H1	20.858	23.262	89.7
2020H2	19.841	22.438	88.4
2020H1	18.517	21.340	86.8
2019H2	18.584	21.969	84.6
2019H1	17.303	20.855	83.0

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Derzeit wird bei über 90 % der Patientinnen mit Teilnahme am DMP Brustkrebs ein körperliches Training empfohlen. Somit wird der Zielwert von 75 % deutlich übertroffen. Die überwiegende Mehrheit der koordinierenden Praxen empfehlen ein körperliches Training bei allen oder fast allen Patientinnen.

Hinweise zur Interpretation:

- Bis 2018 war die Teilnahmedauer im DMP Brustkrebs auf 5 Jahre beschränkt. Seitdem dürfen Patientinnen bis zu 10 Jahre am DMP teilnehmen. Dies führt zu einer systematischen Veränderung der Teilnehmerstruktur, die auch Auswirkungen auf den Verlauf der Qualitätsindikatoren haben könnte.

12.2 Körperliches Training (Übergewichtige Patientinnen)

Der behandelnde Arzt soll die Patientinnen darauf hinweisen, Übergewicht zu vermeiden.

Qualitätsziel: Mindestens 90% aller übergewichtigen Patientinnen sollen im Berichtszeitraum eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training erhalten haben.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patientinnen mit BMI > 30.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 5.628 von 6.199 berücksichtigten Patientinnen (90,8 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

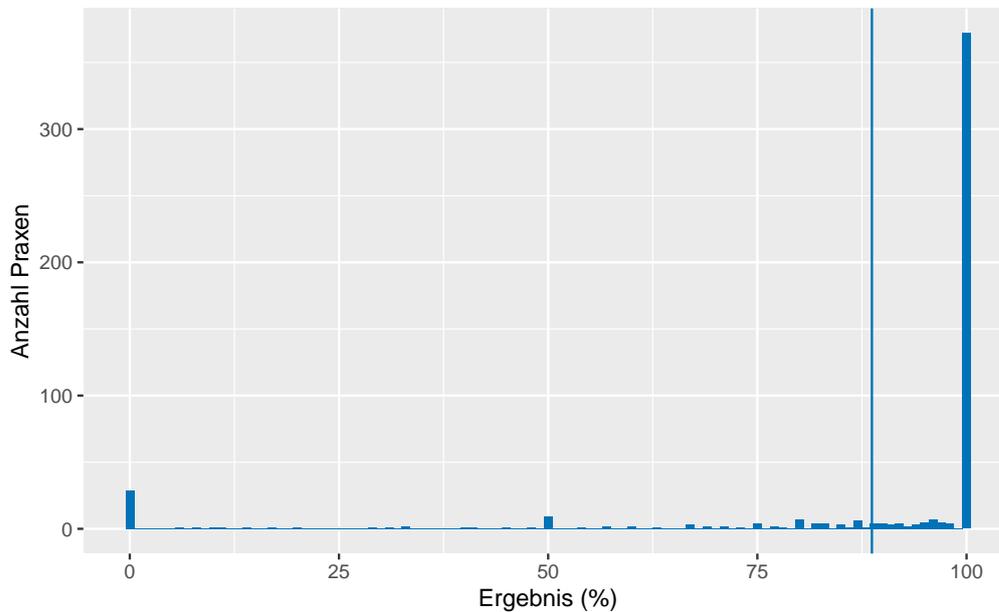
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	5.628	6.199	90.8
2023H1	5.547	6.128	90.5
2022H2	4.579	5.104	89.7
2022H1	5.311	5.841	90.9
2021H2	5.152	5.747	89.6
2021H1	5.042	5.625	89.6
2020H2	4.725	5.363	88.1
2020H1	4.426	5.097	86.8
2019H2	4.358	5.175	84.2
2019H1	3.957	4.803	82.4

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Der Anteil der übergewichtigen Patientinnen, die eine Empfehlung zum körperlichen Training erhalten, hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht. Im ersten Halbjahr 2023 konnte das Qualitätsziel mit Zielwert 90 % erstmalig erreicht werden.

Hinweise zur Interpretation:

- Bis 2018 wurde die Teilnahmedauer im DMP Brustkrebs auf 5 Jahre beschränkt. Seitdem dürfen Patientinnen bis zu 10 Jahre am DMP teilnehmen. Dies führt zu einer systematischen Veränderung der Teilnehmerstruktur, die auch Auswirkungen auf den Verlauf der Qualitätsindikatoren haben könnte.

12.3 Bioptische Sicherung von viszerale Fernmetastasen

Bei Fernmetastasen muss im Hinblick auf eine mögliche therapeutische Konsequenz geprüft werden, welche diagnostischen Maßnahmen zur Erkennung weiterer Herde sinnvoll sind. Erstmals aufgetretene Fernmetastasen, insbesondere viszerale Fernmetastasen sollen, wann immer möglich und therapie relevant, zur (erneuten) Bestimmung des Hormonrezeptorstatus und HER-2-Status histologisch gesichert werden. Im weiteren Verlauf der Erkrankung kann eine nochmalige histologische Sicherung sinnvoll sein.

Qualitätsziel: Bei möglichst vielen Patientinnen mit erstmaligem Auftreten von viszerale Fernmetastasen soll eine bioptische Sicherung erfolgen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patientinnen mit erstmaliger Angabe von viszerale Fernmetastasen im Berichtszeitraum.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: 27 von 56 berücksichtigten Patientinnen (48,2 %)

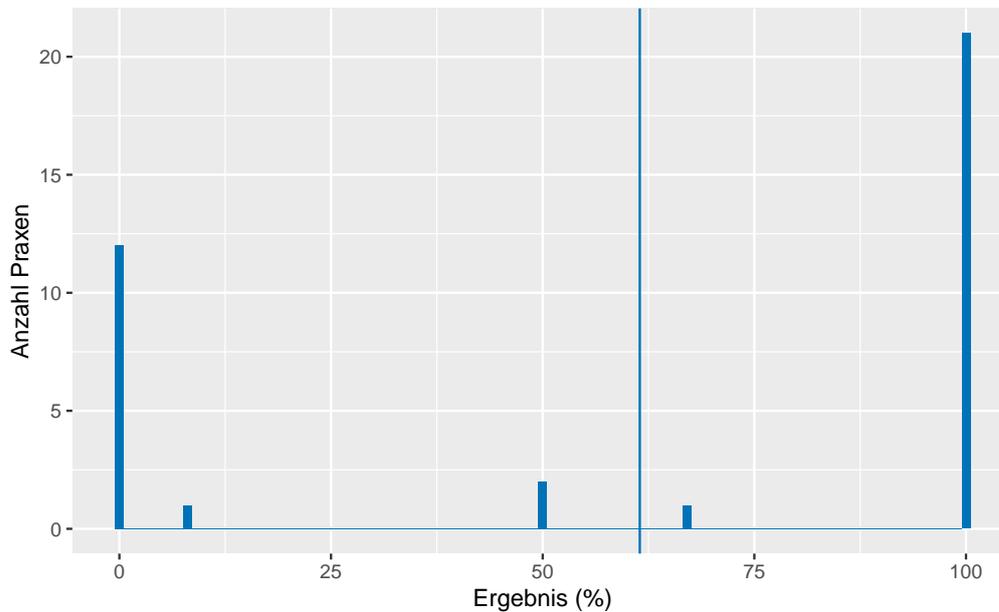
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	27	56	48.2
2023H1	32	63	50.8
2022H2	37	62	59.7
2022H1	50	67	74.6
2021H2	34	57	59.6
2021H1	33	55	60.0
2020H2	31	57	54.4
2020H1	45	73	61.6
2019H2	45	68	66.2
2019H1	55	99	55.6

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Dieses Qualitätsziel betrifft nur wenige Patienten in Bayern. Aus diesem Grund unterliegt der Indikator erhebliche Schwankungen. In den letzten Jahren liegt das Ergebnis stets im Intervall 55 % bis 75 %.

Hinweise zur Interpretation:

- Bis 2018 wurde die Teilnahmedauer im DMP Brustkrebs auf 5 Jahre beschränkt. Seitdem dürfen Patientinnen bis zu 10 Jahre am DMP teilnehmen. Dies führt zu einer systematischen Veränderung der Teilnehmerstruktur, die auch Auswirkungen auf den Verlauf der Qualitätsindikatoren haben könnte.

12.4 Adjuvante endokrine Therapie (aktuelle Quote)

Für alle Patientinnen im DMP Brustkrebs ist nach individueller Nutzen-Risikoabwägung die Einleitung einer adjuvanten systemischen Therapie zu prüfen. Bei Patientinnen mit erhöhtem Risiko und rezeptorpositivem Befund ist eine endokrine Therapie, ggf. in Kombination mit einer Chemotherapie, zu erwägen. Beim Vorliegen eines HER/2-positiven Tumors (ab Stadium pT1c und/oder Lymphknotenbefall) soll eine Behandlung mit Trastuzumab erfolgen. Dieser Indikator ermittelt Patientinnen, die trotz Indikation aktuell keine endokrine Therapie erhalten.

Qualitätsziel: Mindestens 95% der Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus sollen aktuell eine endokrine Therapie erhalten, sofern diese nicht bereits nach 5 Jahren abgeschlossen wurde.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus. Ausgeschlossen sind Patientinnen, die eine endokrine Therapie bereits regulär nach 5 Jahren abgeschlossen haben oder für die keine endokrine Therapie geplant ist.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 11.662 von 14.695 berücksichtigten Patientinnen (79,4 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

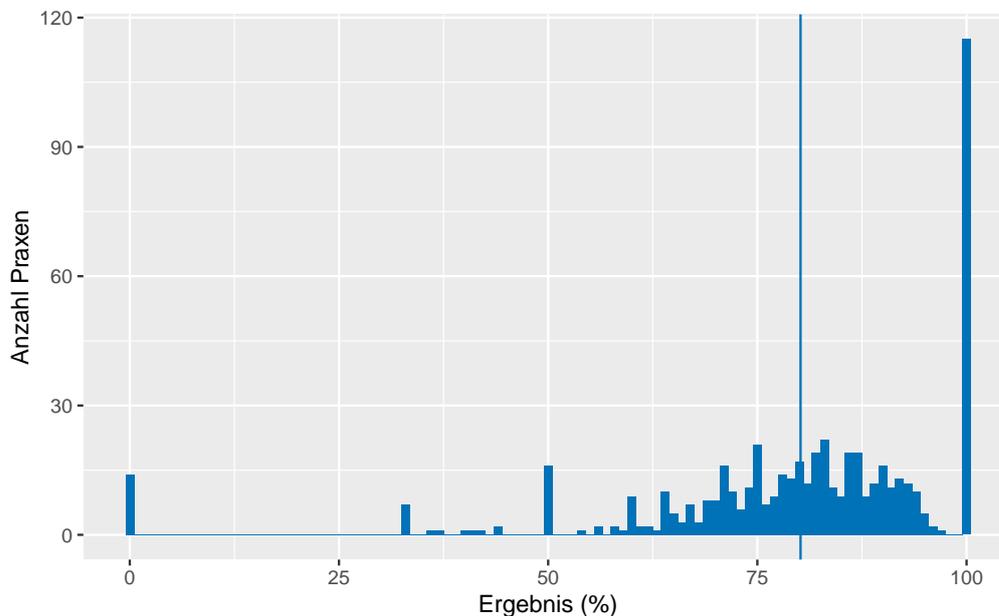
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	11.662	14.695	79.4
2023H1	11.420	14.439	79.1
2022H2	11.141	14.409	77.3
2022H1	10.739	13.509	79.5
2021H2	10.676	13.459	79.3
2021H1	10.376	13.033	79.6
2020H2	10.096	12.716	79.4
2020H1	9.592	12.041	79.7
2019H2	9.849	12.443	79.2
2019H1	9.543	11.954	79.8

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das Qualitätsziel wird nicht erreicht. Auch wenn dieser Indikator nur ein verzerrtes Bild der Versorgungsrealität liefern kann (siehe unten), spiegelt das Ergebnis ein bekanntes Problem in der Nachsorge von Patientinnen mit Brustkrebs. Ziel des DMP Brustkrebs ist die Unterstützung der Patientinnen im Umgang mit Nebenwirkungen der endokrinen Therapie, um so eine frühzeitige Absetzung der Therapie zu vermeiden. Die entsprechenden Qualitätsziele konzentrieren die Aufmerksamkeit der koordinierenden Ärzte auf diese Thematik und streben eine Erhöhung des Anteils mit Fortführung der Therapie über fünf Jahre an.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator berücksichtigt nur solche Patientinnen, für die im Berichtszeitraum eine DMP-Dokumentation vorliegt. Somit fließen Patientinnen, die nicht mehr am DMP teilnehmen oder ab dem sechsten Jahr der Teilnahme jährlich dokumentiert werden, nicht vollständig in die Auswertung. Das Qualitätsziel kann somit Ärzte beim Fallmanagement unterstützen, stellt jedoch ein verzerrtes Abbild der Versorgungsqualität dar.
- Indikatoren zur Medikation basieren auf der Angabe des koordinierenden Arztes. Einen Vergleich mit der tatsächlich verordneten oder vom Patienten abgeholten bzw. eingenommenen Medikation erfolgt nicht.
- Bis 2018 wurde die Teilnahmedauer im DMP Brustkrebs auf 5 Jahre beschränkt. Seitdem dürfen Patientinnen bis zu 10 Jahre am DMP teilnehmen. Dies führt zu einer systematischen Veränderung der Teilnehmerstruktur, die auch Auswirkungen auf den Verlauf der Qualitätsindikatoren haben könnte.

12.5 Adjuvante Endokrine Therapie (mindestens 5 Jahre)

Die endokrine Therapie soll mindestens 5 Jahre lang fortgeführt werden. Eine Fortführung für bis zu 10 Jahre sollte auf Basis einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen. Die stetige Motivation der Patientinnen zur konsequenten Fortführung der Therapie ist ein wesentlicher Bestandteil der Nachsorge. Dieser Indikator ermittelt Patientinnen, die ihre endokrine Therapie vorzeitig abgebrochen oder aus medizinischen Gründen vorzeitig beendet haben.

Qualitätsziel: Mindestens 75% der Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus sollen eine endokrine Therapie mindestens fünf Jahre lang fortführen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus. Ausgeschlossen sind Patientinnen, bei denen keine endokrine Therapie durchgeführt wurde, sowie Patientinnen, die aktuell eine Therapie machen, deren Mindestdauer von 5 Jahren aber noch nicht erreicht ist.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 4.119 von 5.752 berücksichtigten Patientinnen (71,6 %) wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

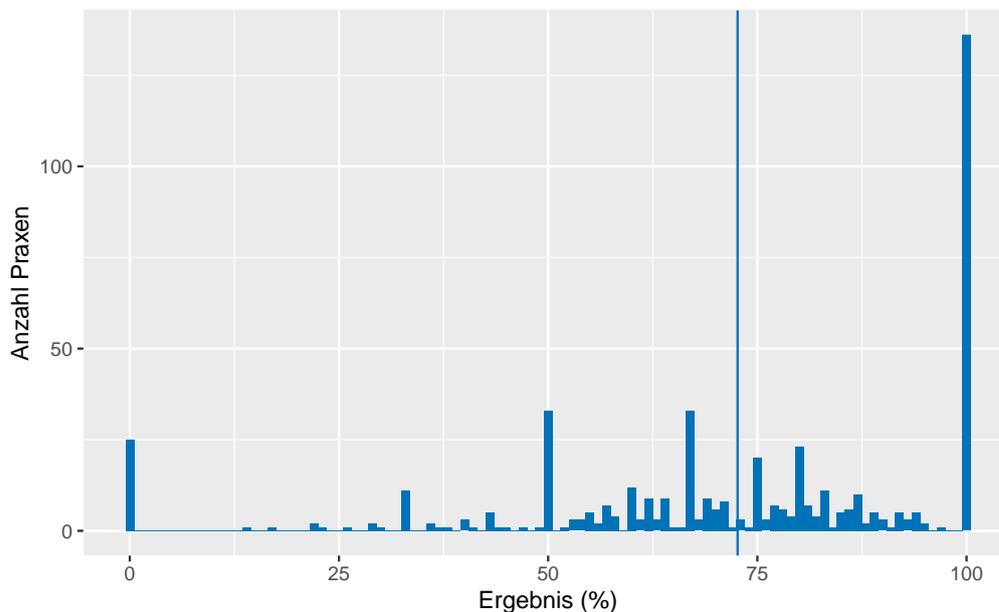
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	4.119	5.752	71.6
2023H1	4.006	5.642	71.0
2022H2	3.266	6.971	46.9
2022H1	3.712	5.175	71.7
2021H2	3.671	5.196	70.7
2021H1	3.490	4.975	70.2
2020H2	3.339	4.802	69.5
2020H1	3.106	4.509	68.9
2019H2	3.225	4.731	68.2
2019H1	3.003	4.511	66.6

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das Qualitätsziel wird nicht erreicht. Auch wenn dieser Indikator nur ein verzerrtes Bild der Versorgungsrealität liefern kann (siehe unten), spiegelt das Ergebnis ein bekanntes Problem in der Nachsorge von Patientinnen mit Brustkrebs. Ziel des DMP Brustkrebs ist die Unterstützung der Patientinnen im Umgang mit Nebenwirkungen der endokrinen Therapie, um so eine frühzeitige Absetzung der Therapie zu vermeiden. Die entsprechenden Qualitätsziele konzentrieren die Aufmerksamkeit der koordinierenden Ärzte auf diese Thematik und streben eine Erhöhung des Anteils mit Fortführung der Therapie über fünf Jahre an.

Hinweise zur Interpretation:

- Dieser Indikator berücksichtigt nur solche Patientinnen, für die im Berichtszeitraum eine DMP-Dokumentation vorliegt. Somit fließen Patientinnen, die nicht mehr am DMP teilnehmen oder ab dem sechsten Jahr der Teilnahme jährlich dokumentiert werden, nicht vollständig in die Auswertung. Das Ergebnis kann daher nicht als der Anteil an Patientinnen interpretiert werden, die eine endokrine Therapie über mindestens 5 Jahre erhalten. Das Qualitätsziel kann Ärzte beim Fallmanagement unterstützen, stellt jedoch ein verzerrtes Abbild der Versorgungsqualität dar.
- Indikatoren zur Medikation basieren auf der Angabe des koordinierenden Arztes. Einen Vergleich mit der tatsächlich verordneten oder vom Patienten abgeholten bzw. eingenommenen Medikation erfolgt nicht.
- Bis 2018 wurde die Teilnahmedauer im DMP Brustkrebs auf 5 Jahre beschränkt. Seitdem dürfen Patientinnen bis zu 10 Jahre am DMP teilnehmen. Dies führt zu einer systematischen

Veränderung der Teilnehmerstruktur, die auch Auswirkungen auf den Verlauf der Qualitätsindikatoren haben könnte.

12.6 Adjuvante Endokrine Therapie (Nebenwirkungen)

Mögliche Neben- und Folgewirkungen der endokrinen Therapie sind zu beachten. Wichtig ist dabei, dass Patientinnen regelmäßig zu geeigneten Maßnahmen zur Eigenverantwortung und somit zur Vorbeugung sowie Reduktion von Folgestörungen angeregt werden. Zu prüfen ist, ob weitere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen zur Vorbeugung und/oder Behandlung von Neben- und/oder Folgewirkungen der Therapie erforderlich sind. Relevante Folgestörungen können u. a. Osteoporose, klimakterisches Syndrom sowie Lymphödem sein.

Qualitätsziel: Bei mindestens 95% aller Patientinnen mit aktuell andauernder endokriner Therapie soll das Ausmaß der Nebenwirkungen im Dokumentationszeitraum erfragt werden.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patienten mit endokriner Therapie.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 14.854 von 15.529 berücksichtigten Patientinnen (95,7 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

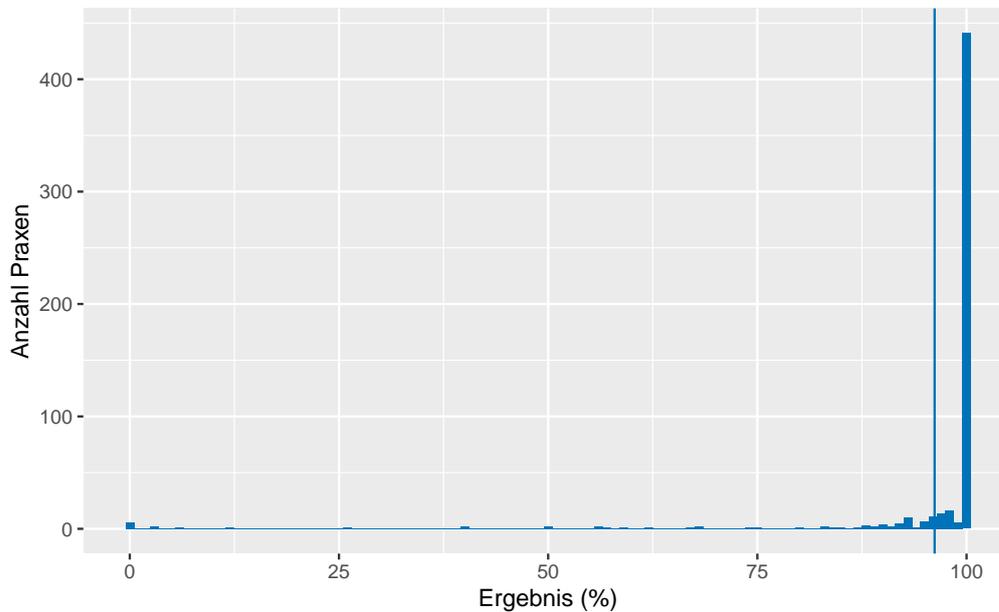
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	14.854	15.529	95.7
2023H1	14.569	15.219	95.7
2022H2	14.196	14.869	95.5
2022H1	13.812	14.418	95.8
2021H2	13.643	14.245	95.8
2021H1	13.270	13.815	96.1
2020H2	12.845	13.398	95.9
2020H1	12.252	12.886	95.1
2019H2	12.495	13.193	94.7
2019H1	11.940	12.625	94.6

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das Ergebnis liegt konsistent um den Zielwert von 95 %. Aktuell wird das Qualitätsziel mit einem Anteil von 95,5 % erreicht.

Hinweise zur Interpretation:

- Bis 2018 wurde die Teilnahmedauer im DMP Brustkrebs auf 5 Jahre beschränkt. Seitdem dürfen Patientinnen bis zu 10 Jahre am DMP teilnehmen. Dies führt zu einer systematischen Veränderung der Teilnehmerstruktur, die auch Auswirkungen auf den Verlauf der Qualitätsindikatoren haben könnte.

12.7 Adjuvante Endokrine Therapie (DXA bei Therapie mit Aromataseinhibitoren)

Bei Beginn einer Therapie mit Aromataseinhibitoren soll eine Osteodensitometrie mittels einer zentralen DXA durchgeführt werden, sofern eine Osteoporose-Therapie bei entsprechendem Befund beabsichtigt ist.

Qualitätsziel: Bei möglichst vielen Patientinnen, die derzeit eine Therapie mit Aromataseinhibitoren erhalten, soll das Ergebnis einer zentralen DXA vorliegen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patientinnen, die aktuell eine Therapie mit Aromataseinhibitoren erhalten.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: 3.721 von 8.835 berücksichtigten Patientinnen (42,1 %)

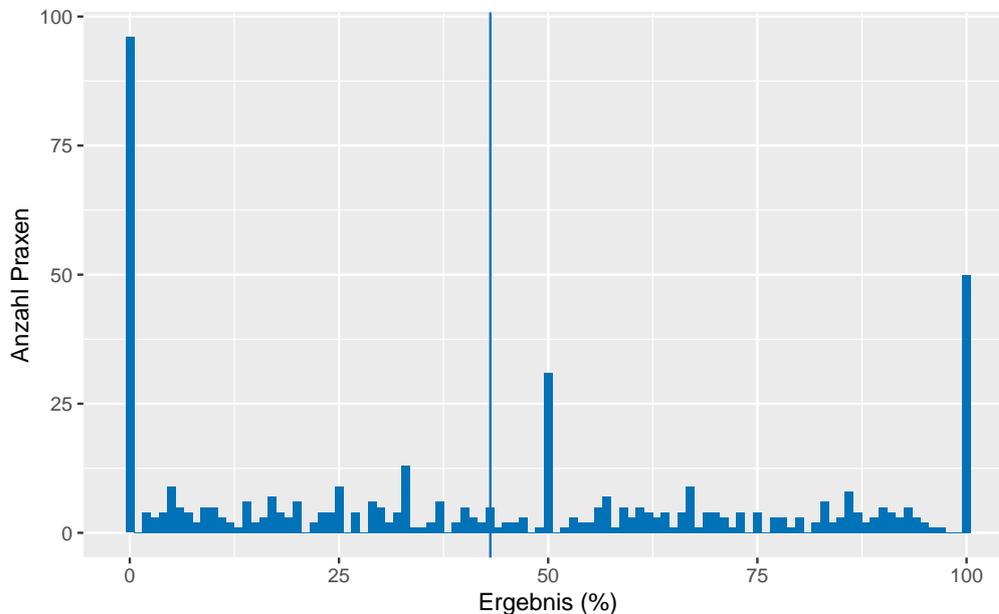
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	3.721	8.835	42.1
2023H1	3.475	8.455	41.1
2022H2	2.756	8.116	34.0
2022H1	3.065	7.624	40.2
2021H2	2.966	7.351	40.3
2021H1	2.670	6.954	38.4
2020H2	2.510	6.604	38.0
2020H1	2.296	6.216	36.9
2019H2	2.237	6.287	35.6
2019H1	2.088	5.884	35.5

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Zu diesem Indikator wurde keinen Zielwert festgelegt. Die Verteilung der Ergebnisse unter den koordinierenden Arztpraxen zeigt jedoch eine sehr breite Streuung, was auf einen unterschiedlichen Umgang bzgl. der Durchführung einer zentralen DXA hindeutet. Die Gründe hierfür sind nicht bekannt. Denkbar sind Unterschiede in der Patientenstruktur der Praxen, unterschiedliche Versorgungsstrukturen, oder auch Dokumentationsprobleme. Eine genauere Analyse ist erforderlich, um die Versorgungsqualität bewerten zu können und einen Zielwert festzulegen.

Hinweise zur Interpretation:

- Bis 2018 wurde die Teilnahmedauer im DMP Brustkrebs auf 5 Jahre beschränkt. Seitdem dürfen Patientinnen bis zu 10 Jahre am DMP teilnehmen. Dies führt zu einer systematischen Veränderung der Teilnehmerstruktur, die auch Auswirkungen auf den Verlauf der Qualitätsindikatoren haben könnte.

12.8 Kardiotoxische Tumorthherapie

Da kardiale Neben- und/oder Folgewirkungen insbesondere bei Behandlungen mit anti-HER2-gerichteten Wirkstoffen oder Chemotherapie (insbesondere mit Anthrazyklinen) sowie nach Strahlentherapie möglich sind, soll der behandelnde Arzt auf klinische Symptome einer kardialen Beeinträchtigung wie Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit oder Herzinsuffizienz (z. B. Dyspnoe, Ödeme, Tachykardie) achten. Dies ist angezeigt insbesondere während der Behandlung, aber auch nach dieser. Die erforderlichen kardiologischen Kontrollen sind zu beachten. Bei Beschwerden sind die Patientinnen weitergehenden diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen zuzuführen.

Qualitätsziel: Bei mindestens 90% der Patientinnen soll bekannt sein, ob eine kardiotoxische Tumorthherapie mit linksthorakaler Bestrahlung, Anthrazyklinen und/oder Trastuzumab stattgefunden hat.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle eingeschriebenen Patientinnen.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 24.840 von 26.274 berücksichtigten Patientinnen (94,5 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

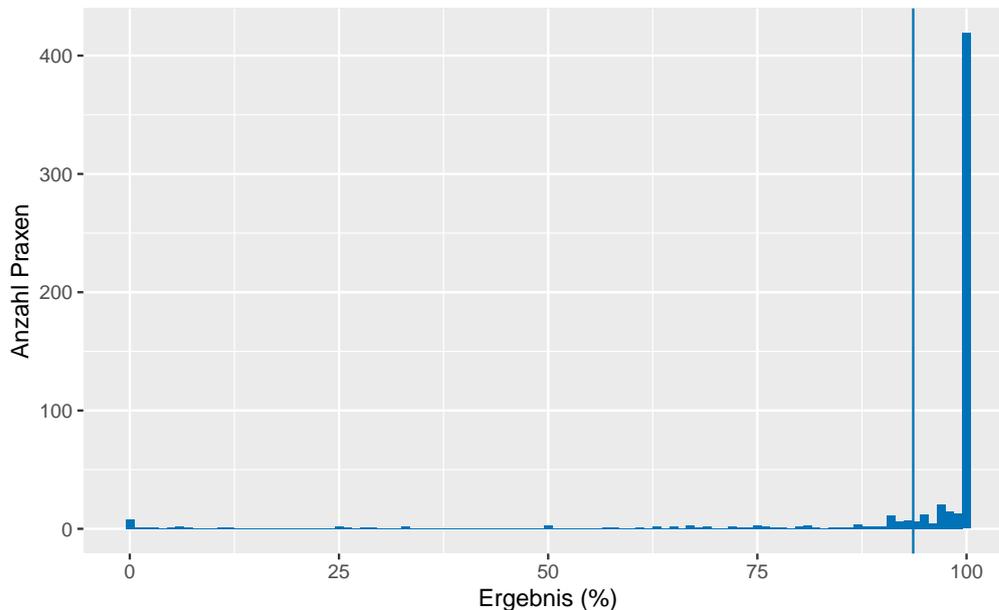
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	24.840	26.274	94.5
2023H1	24.231	25.750	94.1
2022H2	23.927	25.385	94.3
2022H1	22.825	24.193	94.3
2021H2	22.572	24.013	94.0
2021H1	21.745	23.262	93.5
2020H2	20.842	22.423	92.9
2020H1	19.730	21.327	92.5
2019H2	20.267	21.966	92.3
2019H1	19.462	20.832	93.4

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das Qualitätsziel wird erreicht. Die Mehrheit der koordinierenden Arztpraxen dokumentieren bei allen Patientinnen, ob eine kardiotoxische Tumortherapie mit linksthorakaler Bestrahlung, Anthrazyklinen und/oder Trastuzumab stattgefunden hat.

Hinweise zur Interpretation:

- Bis 2018 wurde die Teilnahmedauer im DMP Brustkrebs auf 5 Jahre beschränkt. Seitdem dürfen Patientinnen bis zu 10 Jahre am DMP teilnehmen. Dies führt zu einer systematischen Veränderung der Teilnehmerstruktur, die auch Auswirkungen auf den Verlauf der Qualitätsindikatoren haben könnte.

12.9 Therapie von Knochenmetastasen

Eine Therapie mit Bisphosphonaten oder gegebenenfalls Denosumab ist bei Patientinnen mit Knochenmetastasen indiziert. Bei Schmerzen, Frakturgefahr oder drohenden bzw. bereits bestehenden neurologischen Ausfällen in Folge von Knochenmetastasen kann zusätzlich eine lokale Therapie (Strahlentherapie, Operation) indiziert sein.

Qualitätsziel: Mindestens 85% der Patientinnen mit Knochenmetastasen sollen aktuell eine Therapie mit Bisphosphonaten oder Denosumab erhalten.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patientinnen mit Knochenmetastasen.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 113 von 128 berücksichtigten Patientinnen (88,3 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

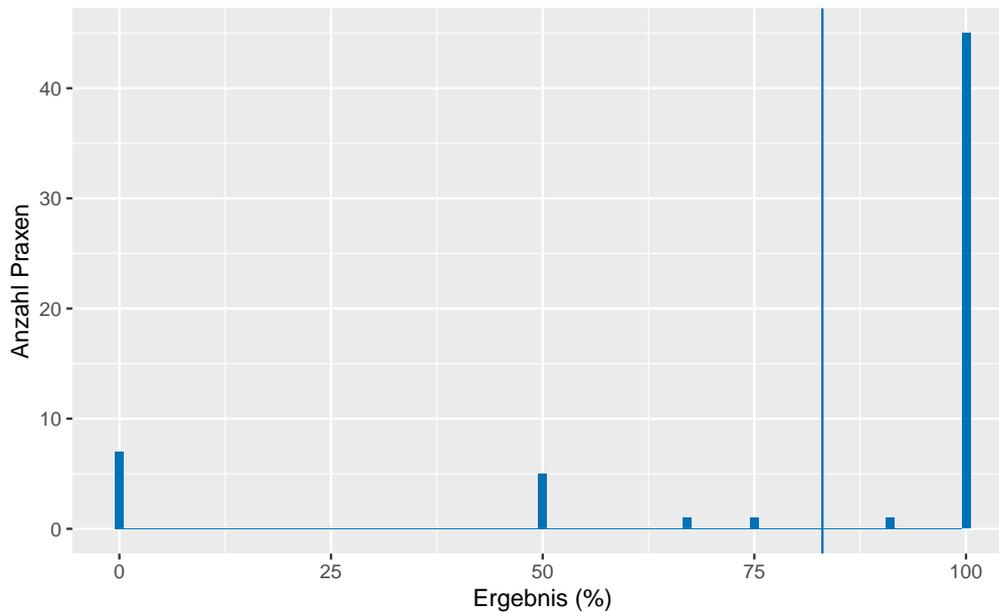
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	113	128	88.3
2023H1	120	137	87.6
2022H2	99	117	84.6
2022H1	94	112	83.9
2021H2	89	108	82.4
2021H1	31	35	88.6
2020H2	37	45	82.2
2020H1	32	35	91.4
2019H2	25	34	73.5
2019H1	20	24	83.3

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Der Indikator betrifft nur wenige Patientinnen und wenige koordinierende Arztpraxen in Bayern. Das Ergebnis liegt aktuell bei dem Zielwert von 85 %.

Hinweise zur Interpretation:

- Bis 2018 wurde die Teilnahmedauer im DMP Brustkrebs auf 5 Jahre beschränkt. Seitdem dürfen Patientinnen bis zu 10 Jahre am DMP teilnehmen. Dies führt zu einer systematischen Veränderung der Teilnehmerstruktur, die auch Auswirkungen auf den Verlauf der Qualitätsindikatoren haben könnte.
- Indikatoren zur Medikation basieren auf der Angabe des koordinierenden Arztes. Einen Vergleich mit der tatsächlich verordneten oder vom Patienten abgeholten bzw. eingenommenen Medikation erfolgt nicht.

12.10 Lymphödem

Da nach der lokalen Therapie des Brustkrebses ein Lymphödem auftreten kann, sollen die Patientinnen über die Risiken und die Möglichkeiten der Erkennung, die Prophylaxe und die Behandlung eines sekundären Lymphödems aufgeklärt werden. Symptome eines Lymphödems sollten regelmäßig erfasst und bei Bedarf eine frühzeitige Behandlung veranlasst werden.

Qualitätsziel: Bei weniger als 30% der Patientinnen mit operativer Therapie soll aktuell ein symptomatisches Lymphödem (z. B. Schwellung, Funktionseinschränkung) des Armes vorliegen.

Patienten, die zur Berechnung des Indikators berücksichtigt werden: Alle Patientinnen mit operativer Therapie.

Ergebnis im 2. Halbjahr 2023: Mit 3.600 von 18.610 berücksichtigten Patientinnen (19,3 %) wurde das Qualitätsziel erreicht.

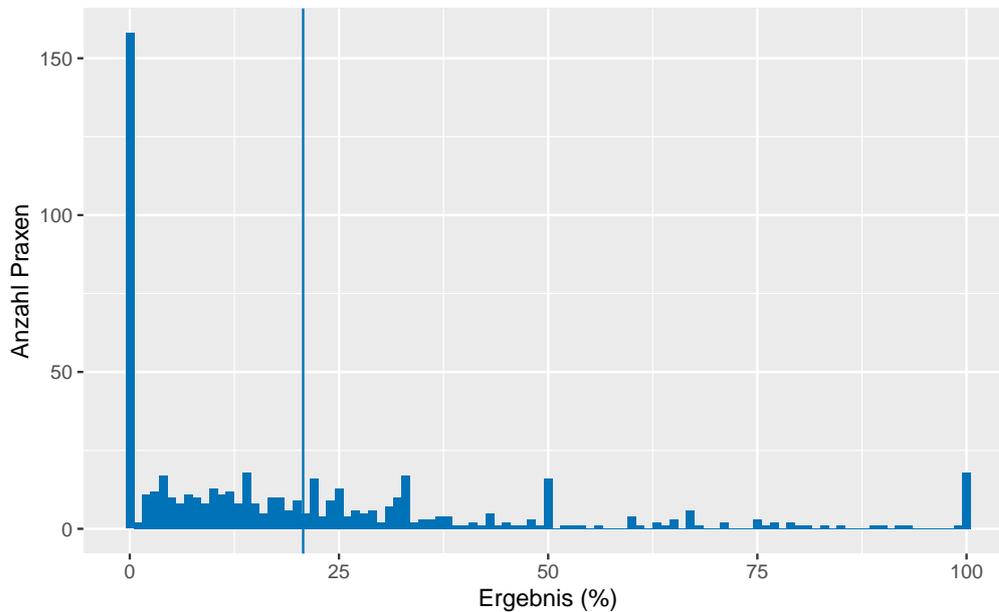
Ergebnis im Zeitverlauf

Die Tabelle zeigt den Verlauf des Indikators über die letzten verfügbaren Berichtszeiträume.

Berichtszeitraum	Teilnehmer	berücksichtigte Patienten	Anteil(%)
2023H2	3.600	18.610	19.3
2023H1	3.508	18.327	19.1
2022H2	3.006	18.038	16.7
2022H1	3.284	17.199	19.1
2021H2	3.387	17.177	19.7
2021H1	3.364	16.818	20.0
2020H2	3.446	16.414	21.0
2020H1	3.377	15.673	21.5
2019H2	3.486	16.287	21.4
2019H1	3.451	15.855	21.8

Verteilung der Ergebnisse unter den Praxen

Verteilung der Ergebnisse in den einzelnen Arztpraxen. Die Balken sind jeweils ein Prozentpunkt breit und zeigen die Anzahl der Arztpraxen, die im zweiten Halbjahr 2023 ein bestimmtes Ergebnis hatten. Dabei wird nicht unterschieden, ob in den einzelnen Praxen viele oder nur wenige Patienten vorhanden sind. Die blaue senkrechte Linie zeigt das Ergebnis für Bayern unter Berücksichtigung von allen für das Qualitätsziel relevanten Patienten.



Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

Das Qualitätsziel wird erreicht. Etwa 20 % der Patientinnen mit operativer Therapie haben aktuell ein symptomatisches Lymphödem.

Hinweise zur Interpretation:

- Bis 2018 wurde die Teilnahmedauer im DMP Brustkrebs auf 5 Jahre beschränkt. Seitdem dürfen Patientinnen bis zu 10 Jahre am DMP teilnehmen. Dies führt zu einer systematischen Veränderung der Teilnehmerstruktur, die auch Auswirkungen auf den Verlauf der Qualitätsindikatoren haben könnte.

Impressum

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 Vertragspartner 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 Frau Dr. Renate Lange



IKK classic
vertreten durch Herrn Bernd Schmidmeier



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



KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion München
vertreten durch Frau Monika Stein

Autoren: Ewan Donnachie M.Sc. CStat,
Maryia Donnachie M.Sc. Economics (KVB)

Bildnachweis: stock.adobe.com/M+Isolation+Photo (Titelseite)

Erscheinungsort und -datum: München, April 2025