Gemeinsame Einrichtung
DMP Hamburg

Qualitätsbericht

Ausgabe für den Berichtszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2019

Disease-Management-Programme

Asthma bronchiale sowie COPD
Brustkrebs
Diabetes mellitus Typ 1
Diabetes mellitus Typ 2
Koronare Herzkrankheit

© natali_mis-Fotolia.com

Stand: September 2020

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung 4

1 DMP-Programme in Hamburg 4

2 Ziele der DMP 6

3 Qualitätssicherung der DMP-Programme 6

3.1 Strukturqualität 7

3.2 Prozessqualität 7

3.3 Reminder 8

3.4 Feedback-Berichte 8

4 Asthma bronchiale sowie COPD 9

4.1 Ziele im DMP Asthma bronchiale und COPD 9

4.2 Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen 9

4.3 Ergebnisse der Qualitätsziele im 1. Berichtshalbjahr 11

4.4 Ergebnisse der Qualitätsziele im 2. Berichtshalbjahr 15

5 Brustkrebs 19

5.1 Ziele im DMP Brustkrebs 19

5.2 Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern und den teilnehmenden Patientinnen . 20

5.3 Ergebnisse der Qualitätsziele im 1. Berichtshalbjahr 21

5.4 Ergebnisse der Qualitätsziele im 2. Berichtshalbjahr 24

6 Diabetes mellitus Typ 1 28

6.1 Ziele im DMP Diabetes mellitus Typ 1 28

6.2 Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen 29

6.3 Ergebnisse der Qualitätsziele im 1. Berichtshalbjahr 30

6.4 Ergebnisse der Qualitätsziele im 2. Berichtshalbjahr 33

7 Diabetes mellitus Typ 2 36

7.1 Ziele im DMP Diabetes mellitus Typ 2 36

7.2 Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen 37

7.3 Ergebnisse der Qualitätsziele im 1. Berichtshalbjahr 38

7.4 Ergebnisse der Qualitätsziele im 2. Berichtshalbjahr 42

7.5 Längsschnittdarstellung 45

8 Koronare Herzkrankheit 46

8.1 Ziele im DMP Koronare Herzkrankheit 46

8.2 Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen 46

8.3 Ergebnisse der Qualitätsziele im 1. Halbjahr 47

8.4 Ergebnisse der Qualitätsziele im 2. Halbjahr 51

8.5 Längsschnittdarstellung der Blutdruck-Werteklassen 53

9 Fazit 55

Bericht erstellt von: Sabrina Pfeifer & Laura Goldmann

EINLEITUNG

Unter Disease-Management-Programm (DMP) versteht man die auf eine chronische Krankheit bezogene systematische, prozessorientierte Versorgung des Patienten. Die Versorgung im DMP stützt sich dabei auf die Erkenntnisse aus der evidenzbasierten Medizin.

Ein DMP gibt die Behandlung von Krankheitsbildern anhand standardisierter Vorgaben wieder, bei der alle Therapieschritte wie ambulante und stationäre Behandlung, Rehabilitation und Pflege unter Einsatz von Leitlinien aufeinander abgestimmt werden.

In diesem Qualitätsbericht werden durch die Gemeinsame Einrichtung (GE) die Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den DMP im Jahre 2019 zusammengefasst und anhand der generierten Daten differenziert analysiert für die jeweiligen Indikationen. Dies umfasst z. B. auch Daten zu den beteiligten Ärzten, Einrichtungen und Patienten.

Die Mitglieder der GE bestehen aus den Mitgliedern der Hamburger DMP-Verträge. Ein besonderes Augenmerk erlangt die Frage, ob die im DMP definierten Qualitätsziele für den Berichtszeitraum vom 1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2019 erreicht wurden. Dies soll zu einer Aufrechterhaltung von erreichten Standards beitragen sowie einen Anreiz für weitere Verbesserungen in der Versorgungsqualität geben.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text ausschließlich die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf alle Geschlechter.

1 DMP-PROGRAMME IN HAMBURG

In Hamburg wurden sechs DMP über fünf Verträge kassenartenübergreifend mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) vereinbart:

DMP Name	DMP Abkürzung	Vertragsgültigkeit
DMP Diabetes mellitus Typ 2	(DM 2)	ab 1. Juli 2003
DMP Brustkrebs	(BK)	ab 1. April 2004
DMP Koronare Herzkrankheit	(KHK)	ab 1. Februar 2006
DMP Asthma bronchiale sowie COPD	(AB/C)	ab 1. Juli 2007
DMP Diabetes mellitus Typ 1	(DM 1)	ab 1. Juli 2008

Stationäre Einrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen werden über gesonderte Verträge mit den Hamburger Krankenkassen/-verbänden in die jeweiligen DMP eingebunden. Im Berichtsjahr 2019 waren das folgende Einrichtungen:

DMP	Stationäre Einrichtung	Rehabilitationseinrichtung
DM 2	• Asklepios Westklinikum Hamburg • Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg	• Klinik Rosenberg

BK	• Asklepios Brustzentrum Hamburg (Asklepios Klinik Barmbek) • Brustzentrum des Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg (Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg) • Brustzentrum HELIOS Mariahilf - Hamburg • Brustzentrum am Marienkrankenhaus (Katholisches Marienkrankenhaus gGmbH) • Mammazentrum Hamburg (Krankenhaus Jerusalem)	
KHK	• Asklepios Klinik St. Georg • Albertinen Krankenhaus • Universitäres Herzzentrum Hamburg	• Segeberger Kliniken GmbH [Reha] • Knappschafts-Klinik Bad Driburg
Asthma bronchiale	• LungenClinic Großhansdorf GmbH • Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift • Asklepios Klinik Harburg	• Ostseestrandklinik „Klaus Störtebeker“ • Strandklinik St. Peter-Ording GmbH & CO. KG • RehaCentrum Hamburg
COPD	• LungenClinic Großhansdorf • Asklepios Klinik Harburg	• Strandklinik St. Peter-Ording GmbH & CO. KG • RehaCentrum Hamburg
DM 1	• Altonaer Kinderkrankenhaus • Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift • Asklepios Klinik Barmbek • Asklepios Westklinikum Hamburg • Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg	• Klinik Rosenberg • Inselklinik Heringsdorf Haus Gothensee

Weitergehende Informationen zu den einzelnen Hamburger DMP-Verträgen stehen nebst Anlagen auf der Homepage der KV Hamburg unter *www.kvhh.net* zur Verfügung.

2 ZIELE DER DMP

Das übergeordnete Ziel der DMP ist die Optimierung der Versorgung der Versicherten durch eine Koordination der Behandlung einschließlich einer interdisziplinären Kooperation aller Leistungserbringer unterstützt von der aktiven Teilnahme des Versicherten.

Auf diesem Wege sollen Komplikationen und Spätfolgen der Erkrankung vermieden bzw. verzögert und damit die Lebenserwartung bei gleichzeitiger Verbesserung der Lebensqualität des Versicherten erhöht werden.

Ziele und Anforderungen an die einzelnen strukturierten Behandlungsprogramme, deren Ausgestaltung sowie die medizinischen Grundlagen, sind in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) und in der DMP-A-RL definiert. Ergänzend dazu, gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Diese engen Vorgaben bilden die Basis für die, auf der Landesebene von den Vertragspartnern abzuschließenden DMP-Verträgen, die beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zur Akkreditierung bzw. Zulassung eingereicht werden müssen.

3 QUALITÄTSSICHERUNG DER DMP-PROGRAMME

Die Umsetzung der zentralen Ziele und Intentionen, die mit dem DMP verbunden sind, werden durch die Qualitätssicherung gewährleistet. Gemäß der RSAV bzw. der DMP-Anforderungen-Richtlinie des G-BA sowie der vertraglichen Regelungen in Hamburg umfasst dies folgende Bereiche:

- Überprüfung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität der Leistungserbringer
- Einhaltung der Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen
- Vollständigkeit, Qualität (Plausibilität) und Verfügbarkeit der Dokumentationen (z. B. Wahrnehmung von vertraglichen Kontrollrechten der Vertragspartner gegenüber der Datenstelle)
- aktive Teilnahme der Versicherten (z. B. Teilnahme an Schulungen)

Zur Erreichung der genannten Qualitätsziele werden unterschiedliche Instrumente und Maßnahmen eingesetzt, deren Anwendung ein wesentlicher Bestandteil des DMP ist. Eine hohe Struktur- und Prozessqualität bei der Versorgung der eingeschriebenen Versicherten wird durch die Definition von Teilnahmevoraussetzungen, medizinischen Inhalten und Kooperationsregeln sichergestellt. Des Weiteren wird über die vom behandelnden Arzt regelmäßig erstellte Dokumentation des Behandlungsverlaufs, die Formulierung und Messung von Qualitätssicherungszielen sowie die Rückmeldung von qualitätsrelevanten Daten (Feedback-Berichte) an die teilnehmenden Ärzte ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess in Gang gesetzt. Die Qualitätssicherung ist Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung (GE) und wird auf der Basis der von der Datenstelle übermittelten Daten aus den DMP Dokumentationen, welche die Ärzte regelmäßig für ihre eingeschriebenen Patienten erstellen, durchgeführt. Die Aufgaben der GE sind hier insbesondere:

- die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele, insbesondere im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie
- die Durchführung des ärztlichen Feedbacks
- die Unterbreitung von Empfehlungen an die Vertragspartner für die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung

3.1 STRUKTURQUALITÄT

Die DMP-Verträge - basierend auf gesetzlichen Vorgaben - regeln u. a. die Teilnahmevoraussetzungen der Leistungserbringer. Diese Kriterien beziehen sich auf die fachlichen und räumlichen bzw. die personellen Voraussetzungen einer Praxis bzw. einer stationären Einrichtung. In der RSAV bzw. der DMP-Anforderungen-Richtlinie des G-BA ist geregelt, welche Versicherten an diesen Programmen teilnehmen können. Eine Teilnahme ist sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Versicherten freiwillig.

Vertragsärzte dürfen erst nach Genehmigungserteilung durch die KV Hamburg am DMP teilnehmen. Die Einhaltung der Strukturvoraussetzungen und die regelmäßige Fortbildung der teilnehmenden Ärzte werden von der KV Hamburg jährlich überprüft. Werden die Vertragsinhalte nicht erfüllt, können Ärzte von der Teilnahme am Programm ausgeschlossen werden.

3.2 PROZESSQUALITÄT

In der RSAV bzw. der DMP-Anforderungen-Richtlinie des G-BA werden die Anforderungen an die Durchführung des jeweiligen DMP festgelegt. Vorgaben trifft diese Regelungen dabei unter anderem hinsichtlich:

- der Diagnostik
- der Therapie (u. a. Basistherapie, konventionelle/interventionelle Maßnahmen, Therapieziele, medikamentöse Therapie)
- der Kooperationen der Versorgungssektoren
- der durchzuführenden qualitätssichernden Maßnahmen
- der Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte und deren Zugang zu Schulungen

Der G-BA hat die Vorgaben seiner Richtlinien regelmäßig wissenschaftlich zu überprüfen. Alle DMP-Änderungen der RSAV sowie weitere gesetzliche Vorgaben sind auf der Internetseite des G-BA und BAS zu finden.

3.3 REMINDER

Die Datenstelle DAVASO GmbH versendet im Auftrag der GE quartalsweise an die Leistungserbringer Reminder. Dieser erinnert die Ärzte daran, fehlerhafte bzw. ausstehende Dokumentationen innerhalb des Dokumentationszeitraums (quartalsweise/halbjährlich) an die Datenstelle zu senden. Damit soll die regelmäßige Teilnahme der Versicherten an den Programmen unterstützt werden.

Die Reminder nehmen jeweils Bezug auf vorhergehende Dokumentationen, in denen die nächsten Dokumentationsintervalle festgehalten sind. Da eine hohe Anzahl der Ärzte sich in mehreren DMP eingeschrieben haben, hat DAVASO GmbH die Prozessabläufe dahingehend geändert, dass die Folgedokumentationsreminder diagnoseübergreifend durchgeführt werden und die Anzahl über alle Indikationen gemeldet werden.

So wurden für Jahr 2019 im 1. Quartal über alle Krankheitsbilder **641** Reminder, für das 2. Quartal **628** Reminder, für das 3. Quartal **635** Reminder und im 4. Quartal **634** Reminder erstellt und an die Vertragsärzte versandt.

3.4 FEEDBACK-BERICHTE

Die Qualitätssicherung wird vorrangig über den Einzelbericht (Feedback-Bericht) an den Arzt geleistet. Dieser Bericht wird für jede Indikation halbjährlich von der GE erstellt und den teilnehmenden Ärzten zugesandt.

Anzahl der DMP-Feedbackberichte 2019

Indikation	1. Halbjahr	2. Halbjahr	Gesamt 2019
Asthma	409	407	816
Brustkrebs	15	16	31
COPD	387	382	769
DM 1	29	29	58
DM 2	517	517	1.034
KHK	489	490	979

In den Feedback-Berichten werden die Behandlungsdaten des einzelnen Arztes, die Vorgaben des DMP-Vertrages sowie die kumulierten Daten der übrigen am Vertrag teilnehmenden Ärzte ausgewiesen.

Alle relevanten Daten der vorliegenden DMP-Dokumentationen werden ausgewertet und jeweils die Daten der eigenen Praxis dem Durchschnitt aller teilnehmenden Praxen gegenübergestellt. Dadurch ist ein aussagekräftiger Vergleich der jeweiligen Praxis mit dem Praxisdurchschnitt möglich. In den Feedback-Berichten werden nur diejenigen Patienten berücksichtigt, für die mindestens zwei Dokumentationen vorliegen.

Zusätzlich werden dem Arzt die Patienten aufgelistet, bei denen die Qualitätsziele nicht erreicht wurden. Dies ermöglicht dem Arzt, bei diesen Patienten gezielt die bisherige Behandlungssystematik und den Krankheitsverlauf zu prüfen. Ziel ist es, etwaige Behandlungsmängel zu identifizieren und abzustellen. So ist der Feedback-Bericht ein praktisches Instrument zur Erreichung der Qualitätssicherungsziele.

4 ASTHMA BRONCHIALE SOWIE COPD

Bei Kindern ist Asthma bronchiale die häufigste chronische Erkrankung. COPD ist eine erworbene Atemwegserkrankung und tritt erst im Erwachsenenalter auf. Durch Selbstmanagement und Lebensstiländerung können die Patienten den Krankheitsverlauf selbst erheblich beeinflussen. In Patientenschulungen werden die Betroffenen für ihre Erkrankung sensibilisiert und lernen, aktiv an der Therapie mitzuwirken.

Für beide Erkrankungen wird eine Häufigkeit von 10-20 % der erwachsenen Population angenommen, mit einer Überschneidung aufgrund der diagnostischen Unschärfe. Für Deutschland kann daher von ca. 15 Millionen Patienten mit Asthma bronchiale bzw. COPD ausgegangen werden.

4.1 ZIELE IM DMP ASTHMA BRONCHIALE UND COPD

Die Vertragspartner streben im DMP Asthma bronchiale und COPD folgende Ziele an:

Vermeidung/Reduktion von:

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

4.2 DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN, DEN TEILNEHMENDEN PATIENTEN UND DEN ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

4.2.1 DATEN ZU TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN

Am **DMP Asthma** bronchiale nehmen **762** Hausärzte, davon **63** Kinderärzte sowie **57** pneumologisch qualifizierte Ärzte, davon **15** pneumologisch qualifizierte Kinderärzte teil. Bei der jährlichen Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen haben **13** Hausärzte die erforderlichen Nachweise nicht erbracht.

Beim **DMP COPD** nehmen **697** Hausärzte sowie **43** pneumologisch qualifizierte Ärzte teil. Bei der jährlichen Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen haben **13** Hausärzte die erforderlichen Nachweise nicht erbracht.

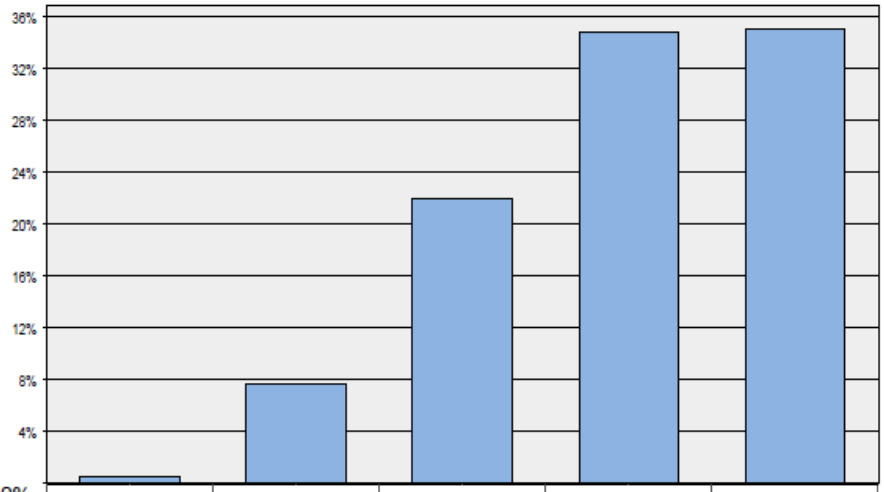
Als stationäre Einrichtungen nahmen bis zum 31. Dezember 2019 **3** pneumologisch, davon **1** auch pädiatrisch qualifizierte Krankenhäuser und **3** Rehabilitationseinrichtungen am **DMP Asthma bronchiale** teil.

Am **DMP COPD** nahmen bis zum 31. Dezember 2019 **2** Krankenhäuser und **2** Rehabilitationseinrichtungen teil.

4.2.2 DATEN ZU TEILNEHMENDEN PATIENTEN

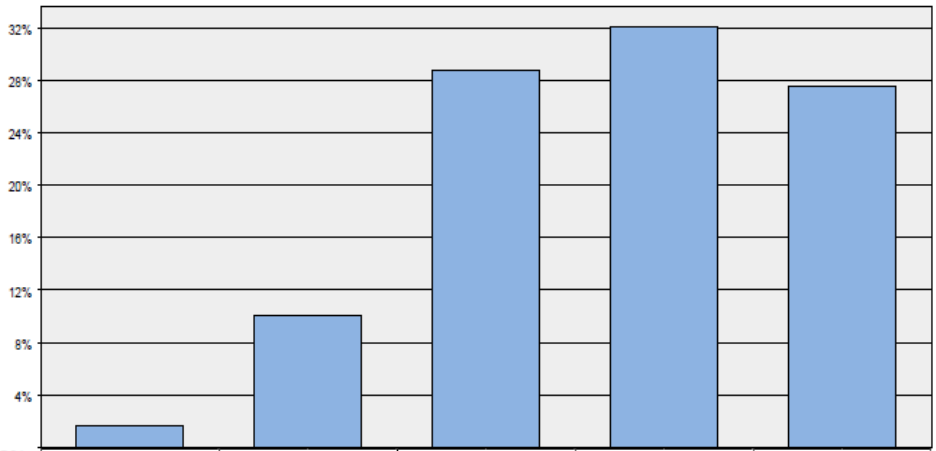
Zum Stichtag 31. Dezember 2019 sind **28.325** Patienten in das **DMP Asthma bronchiale** und **14.851** Patienten in das **DMP COPD** eingeschrieben.

Wie sich die Altersstruktur der Patienten verteilt, können Sie den folgenden Tabellen entnehmen. Die Patienten sind beim **DMP Asthma bronchiale** durchschnittlich **50** Jahre alt.



	1-5 Jahre		6-17 Jahre		18-40 Jahre		41-60 Jahre		>60 Jahre	
KV	170	0,6%	2188	7,7%	6204	21,9%	9822	34,7%	9918	35%

Beim **DMP COPD** ist das Alter der Patienten durchschnittlich **68** Jahre.



	<=45 Jahre		46-55 Jahre		56-65 Jahre		66-75 Jahre		>75 Jahre	
KV	240	1,6%	1492	10%	4267	28,7%	4761	32,1%	4091	27,5%

4.2.3 DATEN ZU DEN ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

Im Berichtszeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2019 liegen für das **DMP Asthma bronchiale für 27.943** Patienten Dokumentationen vor. Davon **4.974** Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und **22.969** Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation. Im Berichtszeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2019 liegen für **28.325** Patienten Dokumentationen vor. Alle diese Patienten wurden im Kernbericht berücksichtigt. Davon **3868** Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und **24.457** Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

Im Berichtszeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2019 liegen für das **DMP COPD 14.759** Patienten Dokumentationen vor. Davon **1.826** Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und **12.933** Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation. Im Berichtszeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2019 liegen für **14.851** Patienten Dokumentationen vor. Davon **1.428** Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und **13.423** Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

4.3 ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 1. BERICHTSHALBJAHR

4.3.1 UNGEPLANTE NOTFALLMÄßIGE BEHANDLUNG (DMP ASTHMA BRONCHIALE)

Die Vermeidung von ungeplanten notfallmäßigen Behandlungen ist ein wesentliches Therapieziel bei der Behandlung.

Das Qualitätsziel: Höchstens **10 %** der Teilnehmer hatten ungeplante, notfallmäßige (ambulant oder stationär) Behandlungen wegen Asthma bronchiale innerhalb der letzten zwölf Monate.

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

Im 1. Berichtshalbjahr wurden lediglich **328** Patienten von **19.434** Patienten (entspricht **1,7 %**) notfallmäßig behandelt.

Damit wurde das Ziel deutlich erreicht.

4.3.2 NOTFALLMÄßIGE STATIONÄRE BEHANDLUNG (DMP COPD)

Das Qualitätsziel: Höchstens **10 %** der Patienten hatten eine oder mehrere notfallmäßige stationäre Behandlungen wegen COPD innerhalb der letzten 12 Monate.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Lediglich **396** Patienten von **10.847** Patienten (entspricht **3,7 %**) wurden im 1. Berichtshalbjahr notfallmäßig stationär behandelt.

Damit wurde das Ziel deutlich erreicht.

4.3.3 ÜBERPRÜFUNG DER INHALATIONSTECHNIK

In der Inhalationstherapie ist nur die im Bronchialsystem deponierte Medikamentenmenge wirksam. Diese hängt stark ab von der individuellen Anatomie der Atemwege, dem Atemmuster, der Partikelgröße und dem jeweiligen Applikationssystem.

4.3.3.1 DMP ASTHMA BRONCHIALE

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **90 %** der Teilnehmer wird die Inhalationstechnik im Berichtszeitraum überprüft.

Berücksichtigte Patienten: Alle Teilnehmer mit inhalativer Medikation.

Die Überprüfung der Inhalationstechnik fand im 1. Berichtshalbjahr bei **25.548** von **27.411** Patienten (entspricht **93,2 %**) statt.

Das Qualitätsziel wurde erreicht.

4.3.3.2 DMP COPD

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **90 %** der Patienten wird die Inhalationstechnik im Berichtszeitraum überprüft.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Die Überprüfung fand bei **12.630** von **14.759** Patienten (entspricht **85,6 %**) statt.

Das Qualitätsziel wurde somit verfehlt.

4.3.4 INHALATIVE GLUKOKORTIKOSTEROIDE (DMP ASTHMA BRONCHIALE)

Beim Einsatz inhalativer Glukokortikoide ist entscheidend, dass der Wirkstoff in die unteren Atemwege gelangt und sich nicht in der Mundhöhle oder im Nasenrachenraum niederschlägt. Um die richtige Inhalation zu unterstützen, werden so genannte Spacer eingesetzt.

Das Qualitätsziel: Mindestens **90 %** der Teilnehmer werden inhalative Glukokortikosteroide als Bestandteil einer Dauermedikation[1] verordnet.

Berücksichtigte Patienten: Alle Teilnehmer mit Verordnung einer Dauermedikation[1] ohne Kontraindikation gegen inhalative Glukokortikosteroide.

Das Ziel wurde im 1. Berichtshalbjahr mit **95,4 %** (**22.747** von **23.844** Patienten) erreicht.

[1]Teilnehmer unter Dauermedikation mit Leukotrien-Rezeptorantagonisten sind nicht erfasst.

4.3.5 SYSTEMISCHE GLUKOKORTIKOSTEROIDE (DMP COPD)

Das Qualitätsziel: Höchstens **10 %** der Patienten werden über zwei oder mehr aufeinander folgende Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide verordnet.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens zwei aufeinander folgenden Dokumentationen.

Auch dieses Ziel wurde mit **0,7 %** (**88** von **12.912** Patienten) im 1. Berichtshalbjahr sehr gut erreicht.

4.3.6 KONTROLLIERTES ASTHMA[2] (DMP ASTHMA BRONCHIALE)

Das Qualitätsziel: Mindestens **90 %** der Erwachsenen mit kontrolliertem Asthma.

Berücksichtigte Patienten: Alle Teilnehmer ab 18 Jahren.

59,9 % (**9.769** von **16.316** Teilnehmer) wiesen im 1. Berichtshalbjahr kontrolliertes Asthma auf.

Das Qualitätsziel wurde somit verfehlt.

[2] „Kontrolliertes Asthma" bedeutet:

- maximal 2mal wöchentlich Asthma-Symptome tagsüber und
- keine Einschränkungen der Alltagsaktivitäten und
- keine nächtlichen Symptome und
- maximal 2mal wöchentlich Einsatz der Bedarfsmedikation

4.3.7 UNKONTROLLIERTES ASTHMA[3] (DMP ASTHMA BRONCHIALE)

Das Qualitätsziel: Höchstens **20 %** der Erwachsenen mit unkontrolliertem Asthma.

Berücksichtigte Patienten: Alle Teilnehmer ab 18 Jahren.

4,7 % (**762** von **16.316** Teilnehmer) wiesen im 1. Berichtshalbjahr unkontrolliertes Asthma auf.

Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

[3] „Unkontrolliertes Asthma" bedeutet, dass mindestens drei der folgenden Kriterien zutreffen:

- mehr als 2mal wöchentlich Asthma-Symptome tagsüber
- Einschränkungen der Alltagsaktivitäten
- nächtlichen Symptome
- mehr als 2mal wöchentlich Einsatz der Bedarfsmedikation

4.3.8 ASTHMA-SCHULUNG (GESAMTQUOTE DMP ASTHMA BRONCHIALE)

Asthmaschulungen tragen dazu bei, die Angst vor der chronischen Krankheit abzubauen, Wege aufzuzeigen und die Krankheit durch Verständnis zu bewältigen.

Das Qualitätsziel: Hoher Anteil von Teilnehmer, die in einer Asthma-Schulung (im DMP oder vor Einschreibung) teilgenommen haben.

Berücksichtigte Patienten: Alle Teilnehmer.

Im 1. Berichtshalbjahr haben **8.289** von **27.943** Teilnehmer (entspricht **29,7 %**) eine Asthma-Schulung im Rahmen des DMP erhalten.

4.3.9 ASTHMA-SCHULUNG (COMPLIANCE)

Jeder Patient soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten. Patientenschulungen dienen der Befähigung der Patienten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen.

Das Qualitätsziel: Mindestens **70 %** der Teilnehmer haben eine empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen.

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

Von **7.014** haben **2.553** Patienten (entspricht **36,4 %**) eine empfohlene Asthma-Schulung im 1. Berichtshalbjahr wahrgenommen. Dieses Qualitätsziel wurde somit nicht erreicht.

Hinweis: Es werden nur Patienten mit mindestens vier Quartalen Teilnahmedauer am DMP berücksichtigt.

4.3.10 SELBSTMANAGEMENT (DMP ASTHMA BRONCHIALE)

Bei den chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen vermag die Patientin oder der Patient durch Selbstmanagement und über eine Verhaltensänderung bei lebensstilassoziierten Risikofaktoren den Krankheitsverlauf erheblich zu beeinflussen.

Das Qualitätsziel: Mindestens **90 %** der Teilnehmer setzen einen schriftlichen Selbstmanagementplan ein.

Berücksichtigte Patienten: Alle Teilnehmer mit mindestens einer Folgedokumentation.

Dieses Ziel wurde verfehlt, da nur **80,3 %** der Teilnehmer (entspricht **14.377** von **17.895** Patienten) einen Selbstmanagementplan einsetzten.

4.3.11 RAUCHER (DMP COPD)

Im Rahmen der Therapie klärt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens und des Passivrauchens bei Asthma bronchiale auf, verbunden mit spezifischen Beratungsstrategien und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben.

Das Qualitätsziel: Ein niedriger Anteil der Patienten, die zum Zeitpunkt der Einschreibung Raucher waren, raucht noch.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, die bei der Erstdokumentation Raucher waren und für die mindestens eine Folgedokumentation vorliegt.

Von **5.124** eingeschriebenen Patienten haben **3.494** Patienten (**68,2 %**) im 1. Berichtshalbjahr geraucht.

4.3.12 EXAZERBATIONEN (DMP COPD)

Exazerbationen sind ernst zu nehmende Ereignisse, die von vielen COPD-Patienten als bedrohlich erlebt werden. Bei schweren Formen kann es sein, dass Sie ins Krankenhaus müssen. COPD-Exazerbationen entstehen oft im Zusammenhang mit Erkältungen oder anderen Infekten der Atemwege.

Das Qualitätsziel: Höchstens **20 %** der Patienten hatten eine oder mehr Exazerbationen innerhalb der letzten sechs Monate.

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

Das Ziel wurde sehr gut erreicht. Im 1. Berichtshalbjahr hatten **9,2 %** der Patienten (**1.102** von **12.000** Patienten) eine oder mehr Exazerbationen.

4.3.11 ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend wird dargestellt, in welchen Fällen die Qualitätsziele erreicht (✓) oder nicht erreicht (✗) worden sind, bezogen auf die DMP Asthma bronchiale und COPD. Zu den Qualitätszielen Asthma-Schulung und Raucher kann keine abschließende Beurteilung erfolgen.

	Asthma bronchiale	COPD
Ungeplante notfallmäßige Behandlung	✓	-
Notfallmäßige stationäre Behandlung	-	✓
Überprüfung der Inhalationstechnik	✓	✗
Inhalative Glukokortikosteroide	✓	-
Glukokortikosteroide	-	✓
Kontrolliertes Asthma	✗	-
Unkontrolliertes Asthma	✓	-
Schulungen	✗	-
Selbstmanagement (DMP Asthma bronchiale)	✗	-
Exazerbationen (DMP COPD)	-	✓

4.4 ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 2. BERICHTSHALBJAHR

4.4.1 UNGEPLANTE NOTFALLMÄßIGE BEHANDLUNG (DMP ASTHMA BRONCHIALE)

Das Qualitätsziel: Höchstens **10 %** der Teilnehmer hatten ungeplante, notfallmäßige (ambulant oder stationär) Behandlungen wegen Asthma bronchiale innerhalb der letzten zwölf Monate.

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

Im 2. Berichtshalbjahr wurden lediglich **457** von **19.475** Patienten (entspricht **2,3 %**) notfallmäßig behandelt.

Damit wurde das Ziel - wie bereits in den Vorjahren auch - klar erreicht.

4.4.2 NOTFALLMÄßIGE STATIONÄRE BEHANDLUNG (DMP COPD)

Das Qualitätsziel: Höchstens **10 %** der Patienten hatten eine oder mehrere notfallmäßige stationäre Behandlungen wegen COPD innerhalb der letzten 12 Monate.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Im 2. Berichtshalbjahr wurden **387** von **10.939** Patienten (entspricht **3,5 %**) notfallmäßig behandelt.

Damit wurde das Ziel erreicht.

4.4.3 ÜBERPRÜFUNG DER INHALATIONSTECHNIK

4.4.3.1 DMP ASTHMA BRONCHIALE

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **90 %** der Teilnehmer wird die Inhalationstechnik im Berichtszeitraum überprüft.

Berücksichtigte Patienten: Alle Teilnehmer mit inhalativer Medikation.

Bei **25.566** von **27.783** Patienten (entspricht **92,0 %**), die eine inhalative Medikation erhalten, wurde die Inhalationstechnik überprüft.

Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

4.4.3.2 DMP COPD

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **90 %** der Patienten wird die Inhalationstechnik im Berichtszeitraum überprüft.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Bei **12.783** von **14.851** Patienten (entspricht **86,1 %**), die eine inhalative Medikation erhalten, wurde die Inhalationstechnik überprüft.

Das Qualitätsziel wurde verfehlt.

4.4.4 INHALATIVE GLUKOKORTIKOSTEROIDE

4.4.4.1 DMP ASTHMA BRONCHIALE

Das Qualitätsziel: Mindestens **90 %** der Teilnehmer werden inhalative Glukokortikosteroide als Bestandteil einer Dauermedikation verordnet.

Berücksichtigte Patienten: Alle Teilnehmer mit Verordnung einer Dauermedikation ohne Kontraindikation gegen inhalative Glukokortikosteroide.

Im 2. Berichtshalbjahr erhielten **23.016** von **24.131** (entspricht **95,4 %**) aller eingeschriebenen Patienten systemische Glukokortikosteroide.

Das Qualitätsziel wurde somit sehr gut erreicht.

4.4.4.2 DMP COPD

Das Qualitätsziel: Höchstens **10 %** der Patienten werden über zwei oder mehr aufeinander folgende Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide verordnet.

Berücksichtigte Patienten: Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens zwei aufeinander folgenden Dokumentationen.

Im 2. Berichtshalbjahr erhielten **83** von **13.287** (entspricht **0,6 %**) aller eingeschriebenen Patienten systemische Glukokortikosteroide.

Das Qualitätsziel wurde somit sehr gut erreicht.

4.4.5 KONTROLLIERTES ASTHMA[4] (DMP ASTHMA BRONCHIALE)

Das Qualitätsziel: Mindestens **90 %** der Erwachsenen mit kontrolliertem Asthma.

Berücksichtigte Patienten: Alle Teilnehmer ab 18 Jahren.

82,1 % (**13.611** von **16.586** Teilnehmer) wiesen im 2. Berichtshalbjahr eine gute Symptomkontrolle auf.

Das Qualitätsziel wurde somit verfehlt.

[4] „Kontrolliertes Asthma" bedeutet:
- maximal 2mal wöchentlich Asthma-Symptome tagsüber und
- keine Einschränkungen der Alltagsaktivitäten und
- keine nächtlichen Symptome und
- maximal 2mal wöchentlich Einsatz der Bedarfsmedikation

4.4.6 UNKONTROLLIERTES ASTHMA[5] (DMP ASTHMA BRONCHIALE)

Das Qualitätsziel: Höchstens **20 %** der Erwachsenen mit unkontrolliertem Asthma.

Berücksichtigte Patienten: Alle Teilnehmer ab 18 Jahren.

5,5 % (**912** von **16.586** Teilnehmer) wiesen im 2. Berichtshalbjahr unkontrolliertes Asthma auf.

Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

[5] „Unkontrolliertes Asthma" bedeutet, dass mindestens drei der folgenden Kriterien zutreffen:
- mehr als 2mal wöchentlich Asthma-Symptome tagsüber
- Einschränkungen der Alltagsaktivitäten
- nächtlichen Symptome
- mehr als 2mal wöchentlich Einsatz der Bedarfsmedikation

4.4.7 ASTHMA-SCHULUNG (GESAMTQUOTE DMP ASTHMA BRONCHIALE)

Das Qualitätsziel: Hoher Anteil von Teilnehmer, die in einer Asthma-Schulung (im DMP oder vor Einschreibung) teilgenommen haben.

Berücksichtigte Patienten: Alle Teilnehmer.

Im 2. Berichtshalbjahr haben **8.965** von **28.325** Patienten (entspricht **31,7 %**) eine Asthma-Schulung im Rahmen des DMP erhalten.

4.4.8 ASTHMA-SCHULUNG (COMPLIANCE)

Das Qualitätsziel: Mindestens **70 %** der Teilnehmer haben eine empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen.

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

Im 2. Berichtshalbjahr haben **2.672** von **8.048** Teilnehmer (entspricht **33,2 %**) eine empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen. Dieses Qualitätsziel wurde nicht erreicht.

Hinweis: Es werden nur Patienten mit mindestens vier Quartalen Teilnahmedauer am DMP berücksichtigt.

4.4.9 SELBSTMANAGEMENTPLAN (DMP ASTHMA BRONCHIALE)

Das Qualitätsziel: Mindestens **90 %** der Teilnehmer setzen einen schriftlichen Selbstmanagementplan ein.

Berücksichtigte Patienten: Alle Teilnehmer mit mindestens einer Folgedokumentation.

Im 2. Berichtshalbjahr haben **80,0 %** (**14.501** von **18.130** Patienten) einen schriftlichen Selbstmanagementplan eingesetzt.

Das Qualitätsziel wurde nicht erreicht.

4.4.10 RAUCHER (DMP COPD)

Das Qualitätsziel: Niedriger Anteil an rauchenden Patienten.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Von **14.851** Patienten haben **5.550** (**37,4 %**) im 2. Berichtshalbjahr geraucht.

4.4.11 EXAZERBATIONEN (DMP COPD)

Das Qualitätsziel: Höchstens **20 %** der Patienten hatten eine oder mehrere Exazerbationen innerhalb der letzten sechs Monate.

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

Im 2. Berichtshalbjahr hatten **1044** der **12.335** Patienten (entspricht **8,5 %**) eine oder mehrere Exazerbationen innerhalb der letzten sechs Monate.

Das Qualitätsziel wurde damit erreicht.

4.4.11 ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend wird dargestellt, in welchen Fällen die Qualitätsziele erreicht (✓) oder nicht erreicht (✗) worden sind, bezogen auf die DMP Asthma bronchiale und COPD. Zu den Qualitätszielen Asthma-Schulung und Raucher kann keine abschließende Beurteilung erfolgen.

	Asthma bronchiale	COPD
Ungeplante notfallmäßige Behandlung	✓	-
Notfallmäßige stationäre Behandlung	-	✓
Überprüfung der Inhalationstechnik	✓	✗
Glukokortikosteroide	✓	✓
Kontrolliertes Asthma	✗	-
Unkontrolliertes Asthma	✓	-
Schulungen	✗	-
Selbstmanagement (DMP Asthma bronchiale)	✗	-
Exazerbationen (DMP COPD)	-	✓

5 BRUSTKREBS

Brustkrebs oder Mammakarzinom ist der häufigste bösartige Tumor der Brustdrüse des Menschen. Er kommt hauptsächlich bei Frauen vor, weswegen am DMP Brustkrebs ausschließlich Frauen teilnehmen dürfen. Nur etwa jede hundertste dieser Krebserkrankungen tritt bei Männern auf. Die meisten Erkrankungen treten sporadisch (zufällig) auf, es gibt aber sowohl erbliche als auch erworbene Risikofaktoren. Neben der Heilung sind der Erhalt der betreffenden Brust und vor allem der Lebensqualität erklärtes Ziel der medizinischen Behandlung.

Die Therapie besteht in der Regel in einer an das Erkrankungsstadium angepassten Kombination aus Operation sowie Zytostatika-, Hormon- und Strahlentherapie.

5.1 ZIELE IM DMP BRUSTKREBS

In Ergänzung des aktuellen Versorgungsangebotes wird im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms eine interdisziplinäre, berufs- und sektorenübergreifende Behandlung in einer integrierten Versorgungsform mit dem notwendigen logistischen Hintergrund gewährleistet.

Den an Brustkrebs erkrankten Frauen wird besonders durch individuelle Beratung und Informationen durch die Vertragspartner die Möglichkeit gegeben, stärker aktiv am Behandlungs- und somit auch Genesungsprozess mitzuwirken. Folgende Ziele haben die Vertragspartner vereinbart:

primär

- Verbesserung der Versorgungsqualität beim Mammakarzinom auf der Basis jeweils besten, verfügbaren evidenzbasierten Standards
- Steigerung der Lebensqualität der Patientinnen
- Erhöhung der Dauer eines rezidivfreien Überlebens
- Verringerung der brustkrebsbedingten Mortalität (langfristig gemessen)

sekundär in der adjuvanten Situation

- Erhöhung des Anteils brusterhaltender Therapie (BET) mit Strahlentherapie am Anteil aller (Erst-) Operationen
- Senkung des Anteils von Lokalrezidiven bei BET in Bezug zur Anzahl der Lokalrezidive
- Ausreichende Entfernung von Lymphknoten bei invasivem Tumortyp
- Optimierung der medikamentösen Therapie

sekundär in der metastasierten Situation

- Verlängerung des progressionsfreien Überlebens
- Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen

Die Teilnahme als DMP-verantwortlicher Vertragsarzt beim DMP Brustkrebs können folgende Arztgruppen erklären:

- Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Internistische Onkologie oder mit Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung als onkologisch verantwortlicher Arzt

Der Nachweis einer Fortbildung „Brustkrebs“ und mindestens halbjährliche Teilnahme an einer interdisziplinären, sektorenübergreifenden Fortbildungsveranstaltung, die von der Ärztekammer anerkannt wird und Teilnahme an einem von der KV Hamburg anerkanntem Qualitätszirkel oder einer prä- und postoperativen Behandlungsplanung (Fallkonferenz an einem anerkannten Brustzentrum) sind Voraussetzungen zur Teilnahme am DMP.

Der DMP-verantwortliche Arzt informiert die Patientin über qualitätsgesicherte Behandlungsmaßnahmen und einzelfallbezogen in Betracht kommende Behandlungsalternativen sowie über das für sie individuell sinnvolle Nachsorgekonzept inklusive geeigneter Rehabilitationsmaßnahmen, psychosozialer Angebote und ggf. besondere Angebote der Krankenkasse.

5.2 DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN UND DEN TEILNEHMENDEN PATIENTINNEN

5.2.1 DATEN ZU TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN

Im ambulanten Sektor nahmen im Bereich der KV Hamburg **37** Gynäkologen, davon **10** onkologisch qualifizierte koordinierende Ärzte, als DMP-verantwortliche Vertragsärzte bis zum 31. Dezember 2019 teil.

Bei der jährlichen Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen hat ein Gynäkologe die erforderlichen Nachweise nicht erbracht.

Im Rahmen des stationären Sektors, sind **5** Brustzentren in den Vertrag eingebunden.

Die medizinischen Inhalte für das DMP Brustkrebs werden in der DMP-Richtlinie des G-BA festgelegt. Aus den Anlagen 1, 2 und 3 des DMP-Vertrages ergeben sich die Anforderungen und Pflichten für die teilnehmenden Einrichtungen und Ärzte.

Die Krankenkassen/-verbände in Hamburg haben mit den Brustzentren Verträge nach § 137f SGB V i.V.m. § 137g SGB V und mit der KV Hamburg nach § 137f SGB V abgeschlossen.

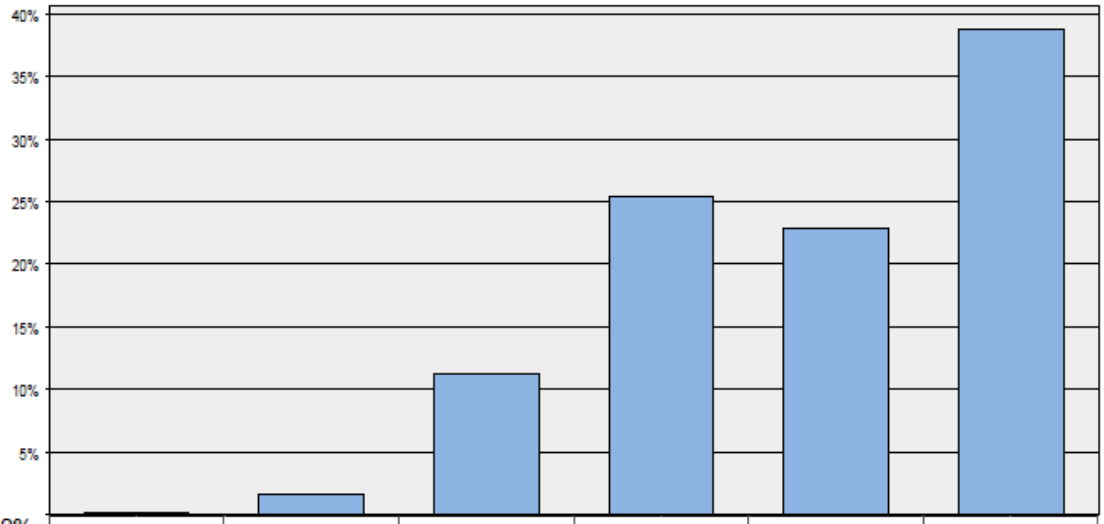
Es können nur Brustzentren am DMP teilnehmen, die eine Zertifizierung (nach OnkoZert oder EUSOMA) als Nachweis der Erfüllung der Strukturvoraussetzungen vorweisen. In begründeten Ausnahmefällen können Kooperationen mit niedergelassenen Vertragsärzten in den Fachgebieten Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie und Hämatologie/Onkologie erfolgen. Für das Personal, Pflegepersonal und medizinisches Assistenzpersonal ist mindestens zweimal jährlich die Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Brustkrebs erforderlich. Interdisziplinäre Fallbesprechungen müssen mindestens einmal wöchentlich stattfinden. Es sollten den Patientinnen assoziierte Leistungen durch Psychologen, Psychiater, Schmerzspezialisten und Physiotherapeuten angeboten werden können sowie eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Aufgaben und Pflichten des anerkannten Brustzentrums sind die Beachtung der in der DMP-Richtlinie des G-BA geregelten Versorgungsinhalte.

Die Erfüllung der Strukturvoraussetzung der Brustzentren und deren Kooperationspartner ist einmal jährlich der GE nachzuweisen.

5.2.2 DATEN ZU TEILNEHMENDEN PATIENTINNEN

Zum Stichtag 31. Dezember 2019 sind **604** Patientinnen in das DMP Brustkrebs eingeschrieben.

Die teilnehmenden Patientinnen aller Praxen sind durchschnittlich **64** Jahre alt. Wie sich die Altersstruktur der Patientinnen verteilt, können Sie der folgenden Tabelle entnehmen:



	<30 Jahre		30-39 Jahre		40-49 Jahre		50-59 Jahre		60-69 Jahre		>=70 Jahre	
KV	1	0,2%	10	1,7%	68	11,3%	153	25,3%	138	22,8%	234	38,7%

5.2.3 DATEN ZU DEN ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

Im Berichtszeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2019 liegen für das **DMP Brustkrebs 547** Patienten Dokumentationen vor. Davon **64** Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und **483** Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation. Im Berichtszeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2019 liegen für **604** Patienten Dokumentationen vor. Alle diese Patienten wurden im Kernbericht berücksichtigt. Davon **59** Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und **545** Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

5.3 ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 1. BERICHTSHALBJAHR

Die Versorgung von Patientinnen mit Brustkrebs findet in Hamburg auf einem äußerst hohen Niveau statt. Dieses wird im vorliegenden Qualitätsbericht nicht abgebildet, da sich nur eine geringe Zahl der Patientinnen für eine Teilnahme am DMP Brustkrebs entscheiden. Die daraus resultierenden geringen Grundgesamtheiten führen bei den einzelnen Qualitätszielen zu Ergebnissen, die nicht repräsentativ für das Hamburger Versorgungsniveau sind.

5.3.1 INDIZIERTE ADJUVANTE ENDOKRINE THERAPIE

Das Qualitätsziel: Mindestens **95 %** der Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus erhalten aktuell eine adjuvante endokrine Therapie.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus.

235 von **300** Patientinnen (entspricht **78,3 %**) mit positivem Hormonrezeptorstatus erhalten aktuell eine adjuvante endokrine Therapie.

Das Qualitätsziel wurde somit nicht erreicht.

5.3.2 NEBENWIRKUNG DER ENDOKRINEN THERAPIE ERFASST

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **95 %** der Patientinnen wurde das Ausmaß der Nebenwirkungen der adjuvanten endokrinen Therapie erfragt.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen mit adjuvanter endokriner Therapie.

Bei **312** von **315** Patientinnen (entspricht **99,0 %**) wurde das Ausmaß der Nebenwirkungen der adjuvanten endokrinen Therapie erfragt.

Somit wurde das Qualitätsziel deutlich erreicht.

5.3.3 MINDESTENS 5 JAHRE ANDAUERNDE ADJUVANTE ENDOKRINE THERAPIE

Das Qualitätsziel: Mindestens **75 %** der Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus haben die adjuvante endokrine Therapie mindestens fünf Jahre fortgeführt.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus und adjuvanter endokriner Therapie.

Es haben **66,4 %** (**79** von **119**) der Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus die adjuvante endokrine Therapie mindestens fünf Jahre fortgeführt.

Das Qualitätsziel wurde damit nicht erfüllt.

5.3.4 DXA-BEFUND BEI AROMATASEINHIBITOREN BEKANNT

Das Qualitätsziel: Hoher Anteil an Patientinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose, bei denen ein DXA-Befund vorliegt.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose.

Bei **65** von **144** Patientinnen (entspricht **45,1 %**) wurde eine adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose, bei denen ein DXA-Befund vorliegt, durchgeführt.

5.3.5 KARDIOTOXISCHE TUMORTHERAPIE BEKANNT

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **90 %** der Patientinnen ist bekannt, ob eine kardiotoxische Tumortherapie mit linksthorakaler Bestrahlung, Anthrazyklinen und/oder Trastuzumab stattgefunden hat.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen.

Es erhielten **98,2 %** (**537** von **547**) der Patientinnen eine adjuvante endokrine Therapie.

Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

5.3.6 SYMPTOMATISCHES LYMPHÖDEM

Das Qualitätsziel: Höchstens **30 %** der Patientinnen haben nach ihrer operativen Therapie ein symptomatisches Lymphödem (z. B. Schwellung, Funktionseinschränkung) des Armes.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen nach operativer Therapie.

Es haben **7,1 %** (**31** von **437**) der Patientinnen nach ihrer operativen Therapie ein symptomatisches Lymphödem des Armes.

Das Qualitätsziel wurde deutlich erreicht.

5.3.7 KÖRPERLICHES TRAINING

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **75 %** der Patientinnen wurde im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zum regelmäßigen körperlichen Training gegeben.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen.

Bei **93,1 %** (**509** von **547**) der Patientinnen wurde im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zum regelmäßigen körperlichen Training gegeben.

Das Qualitätsziel wurde deutlich überschritten.

5.3.8 KÖRPERLICHES TRAINING BEI BMI > 30

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **90 %** der Patientinnen mit einem BMI > 30 wurde im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zum regelmäßigen körperlichen Training gegeben.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen mit BMI > 30.

Bei **94,0 %** (**94** von **100**) der Patientinnen mit einem BMI > 30 wurde im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zum regelmäßigen körperlichen Training gegeben.

Somit wurde das Qualitätsziel erreicht.

5.3.9 THERAPIE DER KNOCHENMETASTASEN

Das Qualitätsziel: Mindestens **85 %** der Patientinnen mit Knochenmetastasen erhalten eine Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen mit Knochenmetastasen.

Es haben **52,2 %** (**12** von **23** Patientinnen) der Patientinnen eine Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie bekommen.

Das Qualitätsziel wurde deutlich unterschritten.

5.3.10 BIOPTISCHE SICHERUNG VISZERALER METASTASEN

Das Qualitätsziel: Bei einem hohen Anteil der Patientinnen mit viszeraler Fernmetastasierung erfolgt eine bioptische Sicherung.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen mit erstmaligem Auftreten viszeraler Fernmetastasen.

Bei **50,0 %** (**3** von **6**) der Patientinnen mit viszeraler Fernmetastasierung erfolgt eine bioptische Sicherung.

5.3.11 ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend wird dargestellt, in welchen Fällen die Qualitätsziele erreicht (✓) oder nicht erreicht (✗) worden sind, bezogen auf das DMP Brustkrebs. Zu den Qualitätszielen DXA-Befund bekannt und Bioptische Sicherung viszeraler Metastasen kann keine abschließende Beurteilung erfolgen.

	Brustkrebs
Indizierte adjuvante endokrine Therapie	✗
Nebenwirkungen endokrine Therapie	✓
Mindestens 5 Jahre adjuvante endokrine Therapie	✗
Kardiotoxische Therapie bekannt	✓
Symptomatisches Lympödem	✓
Körperliches Training	✓
Körperliches Training BMI > 30	✓
Therapie der Knochenmetastasen	✗

5.4 ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 2. BERICHTSHALBJAHR

5.4.1 INDIZIERTE ADJUVANTE ENDOKRINE THERAPIE

Das Qualitätsziel: Mindestens **95 %** der Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus erhalten aktuell eine adjuvante endokrine Therapie.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus.

259 von **338** Patientinnen (entspricht **76,6 %**) mit positivem Hormonrezeptorstatus erhalten aktuell eine adjuvante endokrine Therapie.

Das Qualitätsziel wurde somit nicht erreicht.

5.4.2 NEBENWIRKUNG DER ENDOKRINEN THERAPIE ERFASST

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **95 %** der Patientinnen wurde das Ausmaß der Nebenwirkungen der adjuvanten endokrinen Therapie erfragt.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen mit adjuvanter endokriner Therapie.

Bei **331** von **333** Patientinnen (entspricht **99,4 %**) wurde das Ausmaß der Nebenwirkungen der adjuvanten endokrinen Therapie erfragt.

Somit wurde das Qualitätsziel deutlich erreicht.

5.4.3 MINDESTENS 5 JAHRE ANDAUERNDE ADJUVANTE ENDOKRINE THERAPIE

Das Qualitätsziel: Mindestens **75 %** der Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus haben die adjuvante endokrine Therapie mindestens fünf Jahre fortgeführt.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus und adjuvanter endokriner Therapie.

Es haben **64,6 %** (**82** von **127**) der Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus die adjuvante endokrine Therapie mindestens fünf Jahre fortgeführt.

Das Qualitätsziel wurde damit nicht erfüllt.

5.4.4 DXA-BEFUND BEI AROMATASEINHIBITOREN BEKANNT

Das Qualitätsziel: Hoher Anteil an Patientinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose, bei denen ein DXA-Befund vorliegt.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose.

Bei **73** von **165** Patientinnen (entspricht **44,2 %**) wurde eine adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose, bei denen ein DXA-Befund vorliegt, durchgeführt.

5.4.5 KARDIOTOXISCHE TUMORTHERAPIE BEKANNT

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **90 %** der Patientinnen ist bekannt, ob eine kardiotoxische Tumortherapie mit linksthorakaler Bestrahlung, Anthrazyklinen und/oder Trastuzumab stattgefunden hat.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen.

Es erhielten **98,3 %** (**594** von **604**) der Patientinnen eine adjuvante endokrine Therapie.

Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

5.4.6 SYMPTOMATISCHES LYMPHÖDEM

Das Qualitätsziel: Höchstens **30 %** der Patientinnen haben nach ihrer operativen Therapie ein symptomatisches Lymphödem (z. B. Schwellung, Funktionseinschränkung) des Armes.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen nach operativer Therapie.

Es haben **9,3 %** (**45** von **486**) der Patientinnen nach ihrer operativen Therapie ein symptomatisches Lymphödem des Armes.

Das Qualitätsziel wurde somit deutlich erreicht.

5.4.7 KÖRPERLICHES TRAINING

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **75 %** der Patientinnen wurde im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zum regelmäßigen körperlichen Training gegeben.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen.

Bei **92,1 %** (**556** von **604**) der Patientinnen wurde im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zum regelmäßigen körperlichen Training gegeben.

Das Qualitätsziel wurde deutlich überschritten.

5.4.8 KÖRPERLICHES TRAINING BEI BMI > 30

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **90 %** der Patientinnen mit einem BMI > 30 wurde im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zum regelmäßigen körperlichen Training gegeben.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen mit BMI > 30.

Bei **96,8 %** (**122** von **126**) der Patientinnen mit einem BMI > 30 wurde im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zum regelmäßigen körperlichen Training gegeben.

Das Qualitätsziel wurde deutlich erreicht.

5.4.9 THERAPIE DER KNOCHENMETASTASEN

Das Qualitätsziel: Mindestens **85 %** der Patientinnen mit Knochenmetastasen erhalten eine Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen mit Knochenmetastasen.

Es haben **57,7 %** (**15** von **26**) der Patientinnen eine Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie bekommen.

Das Qualitätsziel wurde deutlich unterschritten.

5.4.10 BIOPTISCHE SICHERUNG VISZERALER METASTASEN

Das Qualitätsziel: Bei einem hohen Anteil der Patientinnen mit viszeraler Fernmetastasierung erfolgt eine bioptische Sicherung.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle Patientinnen mit erstmaligem Auftreten viszeraler Fernmetastasen.

Bei **50,0 %** (**4** von **8**) der Patientinnen mit viszeraler Fernmetastasierung erfolgt eine bioptische Sicherung.

5.4.11 ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend wird dargestellt, in welchen Fällen die Qualitätsziele erreicht (✓) oder nicht erreicht (✗) worden sind, bezogen auf das DMP Brustkrebs. Zu den Qualitätszielen DXA-Befund bekannt und Bioptische Sicherung viszeraler Metastasen kann keine abschließende Beurteilung erfolgen.

	Brustkrebs
Indizierte adjuvante endokrine Therapie	✗
Nebenwirkungen endokrine Therapie	✓
Mindestens 5 Jahre adjuvante endokrine Therapie	✗
Kardiotoxische Therapie bekannt	✓
Symptomatisches Lympödem	✓
Körperliches Training	✓
Körperliches Training BMI > 30	✓
Therapie der Knochenmetastasen	✗

6 DIABETES MELLITUS TYP 1

Schätzungsweise **300.000 bis 600.000** Kinder und Erwachsene sind vom Diabetes mellitus Typ 1 betroffen. Eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit ist zu erwarten. Da der Erkrankungsbeginn häufig im Kindes- und Jugendalter liegt, ist der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ein besonderer Schwerpunkt zu widmen. Im Gegensatz zum Diabetes mellitus Typ 2 ist der Diabetes mellitus Typ 1 nur durch die lebensnotwendige Gabe von Insulin zu behandeln. Hierdurch wird den Betroffenen eine normale körperlich-geistige, soziale und berufliche Entwicklung ermöglicht. Durch Einhaltung des heutigen Therapiestandards mittels multipler Insulininjektionen oder Insulinpumpen werden das Auftreten und die Progression von diabetischen Folgekomplikationen verhindert. Die Prognose der Patienten verbessert sich erheblich und eine flexible Lebensführung wird ermöglicht.

6.1 ZIELE IM DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

Die Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ist in der Region Hamburg aufgrund der sehr guten Versorgungsstrukturen auf einem guten Niveau. Die regelmäßige Überprüfung der Teilnahmevoraussetzung trägt dazu bei, die Qualitätsstandards des Standorts Hamburg zu halten und zu verbessern.

Die Ziele und Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 1 sind in der Anlage 7 der DMP-A-RL geregelt und wurden vertraglich so vereinbart:

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

Die spezifischen Versorgungsbelange von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 bis zum Alter von 18 Jahren machen es erforderlich, dass diese in den strukturierten Behandlungsprogrammen besondere Berücksichtigung finden. Zusätzlich zu den für Erwachsene vereinbarten Zielen, stehen entsprechend Anlage 7 der DMP-A-RL folgende Ziele im Vordergrund:

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

- möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes mellitus und seine Therapie; die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken

6.2 DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN, DEN TEILNEHMENDEN PATIENTEN UND DEN ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

6.2.1 DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN

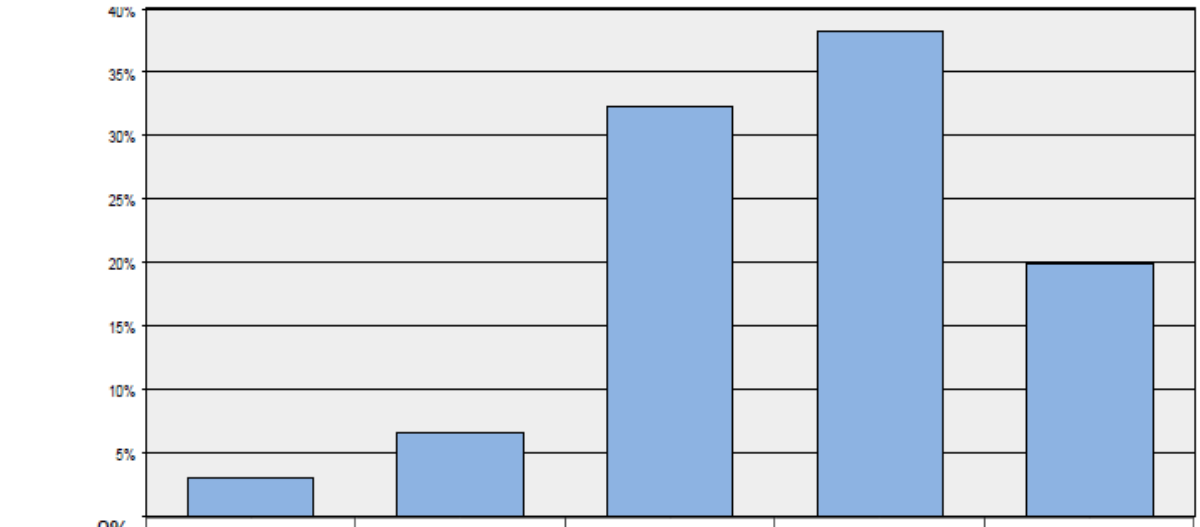
Im ambulanten Sektor nehmen **57** diabetologisch qualifizierte Fachärzte, davon **5** fachärztliche Internisten (mit diabetologischer Qualifikation), **9** diabetologisch qualifizierte Kinderärzte, sowie **4** Hausärzte teil.

Im stationären Bereich sind **5** Krankenhäuser, davon **2** Kinderkrankenhäuser und **2** Rehabilitationskliniken vertraglich eingebunden.

6.2.2 DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN PATIENTEN

Zum Stichtag 31. Dezember 2019 sind **8.988** Patienten in das DMP Diabetes mellitus Typ 1 eingeschrieben.

Die teilnehmenden Patienten aller Praxen sind durchschnittlich **44** Jahre alt. Wie sich die Altersstruktur der Patienten verteilt, können Sie der folgenden Tabelle entnehmen.



	<=10 Jahre		11-17 Jahre		18-40 Jahre		41-60 Jahre		>60 Jahre	
KV	275	3,1%	586	6,5%	2907	32,3%	3436	38,2%	1784	19,8%

6.2.3 DATEN ZU DEN ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

Im Berichtszeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2019 liegen für **8.760** Patienten Dokumentationen vor. Davon **498** Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und **8.262** Patienten mit mindes-

tens einer Folgedokumentation. Im Berichtszeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2019 liegen für **8.988** Patienten Dokumentationen vor. Davon **584** Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und **8.404** Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

6.3 ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 1. BERICHTSHALBJAHR

6.3.1 HYPOGLYKÄMIE

Bei einer ungenügenden Stoffwechseleinstellung können Patienten hohe Behandlungskosten verursachen. Durch eine gute Stoffwechselkontrolle können Dauer und Häufigkeit dieser Behandlungen gemindert werden. Die Vermeidung von schweren Hypoglykämien ist ein wesentliches Therapieziel bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1.

Das Qualitätsziel: Höchstens **15 %** der Patienten hatten eine oder mehrere schwere Hypoglykämien innerhalb der letzten zwölf Monate.

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

Von **7.363** Patienten im 1. Berichtshalbjahr wurde bei **157** Patienten eine schwere Hypoglykämie dokumentiert. Mit **2,1 %** wurde das Qualitätsziel sehr gut erreicht.

6.3.2 NOTFALLMÄßIGE STATIONÄRE BEHANDLUNG

Die Vermeidung von notfallmäßigen stationären Behandlungen ist ein wesentliches Therapieziel bei der Behandlung.

Das Qualitätsziel: Höchstens **2 %** der Patienten hatten eine oder mehrere stationäre Behandlungen wegen Diabetes innerhalb der letzten sechs Monate.

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

Von **7.945** Patienten im 1. Berichtshalbjahr wurden **36** Patienten (entspricht **0,5 %**) notfallmäßig stationär behandelt.

Das Qualitätsziel wurde somit in diesem Berichtshalbjahr unterboten.

6.3.3 BLUTDRUCK (RR ≤ 139/89 MMHG)

Die Blutdruckeinstellung ist ein wesentlicher Parameter bei der individuellen Therapiezielplanung, trägt zur Senkung des Mortalitätsrisikos bei und vermindert somit die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung mikro- und makrovaskulärer Folgekomplikationen.

Das Qualitätsziel: Mindestens **60 %** der Patienten mit bekannter Hypertonie haben einen Blutdruck ≤ 139/89 mmHg.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten bei denen eine Hypertonie als Begleiterkrankung dokumentiert wurde.

Dieses Ziel wurde im 1. Berichtshalbjahr mit **53,7 %** (**1.585** von **2.950** Patienten) nicht erreicht.

6.3.4 HBA$_{1C}$-WERT

Eine wichtige Rolle bei der Behandlung des Diabetes mellitus hat die Kontrolle des sog. Langzeit-Blutzuckerwertes (HbA$_{1c}$-Wert). Jeder Prozentpunkt, den dieser näher an einen normoglykämischen Wert herangebracht werden kann, wirkt sich günstig auf den weiteren Krankheitsverlauf aus und mindert das Risiko von Folgeerkrankungen.

Das Qualitätsziel: Höchstens **10 %** der Patienten, haben einen HbA$_{1c}$-Wert von > 8,5 % (69 mmol/mol)

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Im 1. Berichtshalbjahr hatten **2.148** von **8.760** Patienten (entspricht **24,5 %**) einen HbA$_{1c}$-Wert von > 8,5 %.

Dieses Qualitätsziel wurde somit deutlich verfehlt.

6.3.5 INDIVIDUELLER HBA$_{1C}$-ZIELWERT

Gemeinsam mit dem Patienten sind individuelle Therapieziele zu vereinbaren. Der HbA$_{1c}$-Wert ist ein zentraler Parameter für die langfristige Stoffwechselkontrolle und stellt neben dem Blutdruck einen wesentlichen Zielwert im Rahmen der individuellen Therapieplanung dar.

Das Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten hat den individuellen vereinbarten HbA$_{1c}$-Zielwert erreicht.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Es haben **3.419** von **7.363** Patienten (entspricht **46,4 %**) im 1. Berichtshalbjahr ihren individuell vereinbarten HbA$_{1c}$-Zielwert erreicht.

6.3.6 ALBUMINAUSSCHEIDUNG

Patienten mit Diabetes mellitus sind hinsichtlich einer Entstehung einer diabetischen Nephropathie und möglichen Konsequenzen einer Nierenersatztherapie sehr stark gefährdet. Hier ist zum Ausschluss einer diabetischen Nephropathie als Nachweis die Albumin-Ausscheidungsrate im Morgenurin maßgeblich.

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **90 %** der Patienten wurde die Albumin-Ausscheidungsrate in den letzten 12 Monaten bestimmt.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten ab 11 Jahren mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindestens 12 Monaten und ohne bereits bestehende Nephropathie und Nierenersatztherapie.

Es wurde bei **4.267** von **6.406** Patienten (entspricht **66,6 %**) die Albumin-Ausscheidungsrate bestimmt. Somit wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

6.3.7 NIERENFUNKTION

Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 haben im Hinblick auf das Alter und ihrer damit einhergehenden Diabetesdauer ein unterschiedlich hohes Risiko für die Entwicklung einer diabetischen Nephropathie.

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **90 %** der Patienten wurde die eGFR in den letzten 12 Monaten bestimmt.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten ab 18 Jahren mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Im 1. Berichtshalbjahr wurde der eGFR bei **84,8 %** (**5.703** von **6.729** Patienten) bestimmt. Das Ziel wurde nicht erreicht.

6.3.8 FUßSTATUS

Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, insbesondere mit peripherer Neuropathie und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit, sind durch die Entwicklung eines diabetischen Fußsyndroms mit einem erhöhten Amputationsrisiko gefährdet.

Das Qualitätsziel: Mindestens **80 %** aller Patienten mit Erhebung des Fußstatus in den letzten 12 Monaten.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten ab 18 Jahre mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Im 1. Berichtshalbjahr wurde bei **74,2 %** (**4.992** von **6.729** Patienten) aller berücksichtigten Patienten der Fußstatus erhoben. Das hat zur Folge, dass das Qualitätsziel nicht erreicht wurde.

6.3.9 THROMBOZYTENAGGREGATIONSHEMMER (TAH)

Alle Patienten mit makroangiopathischen Erkrankungen (z. B. kardio- und zerebrovaskulären Erkrankungen) - unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder der Unverträglichkeiten - sollen grundsätzlich Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) erhalten. Dies gilt insbesondere für Acetylsalicylsäure.

Das Qualitätsziel: Mindestens **80 %** der Patienten mit Makroangiopathie erhalten einen Thrombozytenaggregationshemmer.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, bei den AVK, KHK, Schlaganfall, Herzinfarkt oder Amputation dokumentiert wurde und bei denen keine Kontraindikation vorliegt und/oder die keine orale Antikoagulation erhalten.

Im 1. Berichtshalbjahr wurde **495** von **759** (entspricht **65,2 %**) Patienten ein TAH verordnet. Somit wurde das Qualitätsziel verfehlt.

6.3.10 SCHULUNGEN

Jeder Patient soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten. Patientenschulungen dienen der Befähigung der Patienten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen.

6.3.10.1 DIABETES-SCHULUNG (QUOTE)

Das Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten hat im Rahmen des DMP an einer Diabetes-Schulung teilgenommen.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Im 1. Berichtshalbjahr liegt der Anteil der Patienten, die im Rahmen des DMP an einer Diabetes-Schulung teilgenommen haben, bei **45,2 %** (**3.957** von **8.760**).

6.3.10.2 HYPERTONIE-SCHULUNG (QUOTE)

Das Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten mit bekannter Hypertonie hat im Rahmen des DMP an einer Hypertonie-Schulung teilgenommen.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit bekannter Hypertonie.

Im 1. Berichtshalbjahr liegt der Anteil der Patienten, die im Rahmen des DMP an einer Hypertonie-Schulung teilgenommen haben, bei **20,3 %** (**600** von **2.950**).

6.3.11. ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend wird dargestellt, in welchen Fällen die Qualitätsziele erreicht (✓) oder nicht erreicht (×) worden sind, bezogen auf das DMP Diabetes mellitus Typ 1. Zu den Schulungen konnte keine abschließende Aussage getroffen werden.

	Diabetes mellitus Typ1
Hypoglykämie	✓
Notfallmäßige Stationäre Behandlung	✓
Blutdruck (RR ≤ 139/89 MMHG	×
HBA1C-WERT	×
Albuminausscheidung	×
Nierenfunktion	×
Fußstatus	×
Thrombozytenaggregationshemmer (TAH)	×

6.4 ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 2. BERICHTSHALBJAHR

6.4.1 HYPOGLYKÄMIE

Das Qualitätsziel: Höchstens **15 %** der Patienten hatten eine oder mehrere schwere Hypoglykämien innerhalb der letzten zwölf Monate.

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

Von **7.701** Patienten im 2. Berichtshalbjahr wurde bei **143** Patienten eine schwere Hypoglykämie dokumentiert. Mit **1,9 %** wurde das Qualitätsziel sehr gut erreicht.

6.4.2 NOTFALLMÄßIGE STATIONÄRE BEHANDLUNG

Das Qualitätsziel: Höchstens **2 %** der Patienten hatten eine oder mehrere stationäre Behandlungen wegen Diabetes innerhalb der letzten sechs Monate.

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

Von **8.213** Patienten wurden **37** Patienten (entspricht **0,5 %**) notfallmäßig stationär behandelt. Das Qualitätsziel wurde somit in diesem Berichtshalbjahr unterboten.

6.4.3 BLUTDRUCK (RR ≤ 139/89 MMHG)

Das Qualitätsziel: Mindestens **60 %** der Patienten mit bekannter Hypertonie haben einen Blutdruck ≤ 139/89 mmHg.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten bei denen eine Hypertonie als Begleiterkrankung dokumentiert wurde.

Dieses Ziel wurde in diesem Berichtshalbjahr mit **52,4 %** (**1.578** von **3.012** Patienten) nicht erreicht.

6.4.4 HBA_{1C}-WERT

Das Qualitätsziel: Höchstens **10 %** der Patienten, haben einen HbA_{1c}-Wert von > **8,5 %** (69 mmol/mol)

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Im 2. Berichtshalbjahr hatten **2.120** von **8.988** Patienten (entspricht **23,6 %**) einen HbA_{1c}-Wert von **> 8,5 %.** Dieses Qualitätsziel wurde somit deutlich verfehlt.

6.4.5 INDIVIDUELLER HBA_{1C}-ZIELWERT

Das Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten hat den individuellen vereinbarten HbA_{1c}-Zielwert erreicht.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Es haben **3.567** von **7.701** Patienten (entspricht **46,3 %**) im 2. Berichtshalbjahr ihren individuell vereinbarten HbA_{1c}-Zielwert erreicht.

6.4.6 ALBUMINAUSSCHEIDUNG

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **90 %** der Patienten wurde die Albumin-Ausscheidungsrate in den letzten 12 Monaten bestimmt.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten ab 11 Jahren mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindestens 12 Monaten und ohne bereits bestehende Nephropathie und Nierenersatztherapie.

Es wurde bei **4.427** von **6.717** Patienten (entspricht **65,9 %**) die Albumin-Ausscheidungsrate bestimmt. Somit wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

6.4.7 NIERENFUNKTION

Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 haben im Hinblick auf das Alter und ihrer damit einhergehenden Diabetesdauer ein unterschiedlich hohes Risiko für die Entwicklung einer diabetischen Nephropathie.

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **90 %** der Patienten wurde die eGFR in den letzten 12 Monaten bestimmt.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten ab 18 Jahren mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Im 2. Berichtshalbjahr wurde der eGFR bei **84,4 %** (**5.919** von **7.011** Patienten) bestimmt. Das Ziel wurde nicht erreicht.

6.4.8 FUßSTATUS

Das Qualitätsziel: Mindestens **80 %** aller Patienten mit Erhebung des Fußstatus in den letzten 12 Monaten.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten ab 18 Jahre mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Im 2. Berichtshalbjahr wurde bei **74,1 %** (**5.195** von **7.011** Patienten) aller berücksichtigten Patienten der Fußstatus erhoben. Das hat zur Folge, dass das Qualitätsziel nicht erreicht wurde.

6.4.9 THROMBOZYTENAGGREGATIONSHEMMER (TAH)

Das Qualitätsziel: Mindestens **80 %** der Patienten mit Makroangiopathie erhalten einen Thrombozytenaggregationshemmer.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, bei den AVK, KHK, Schlaganfall, Herzinfarkt oder Amputation dokumentiert wurde und bei denen keine Kontraindikation vorliegt und/oder die keine orale Antikoagulation erhalten.

Im 2. Berichtshalbjahr wurde **523** von **784** (entspricht **66,7 %**) Patienten ein TAH verordnet. Somit wurde das Qualitätsziel verfehlt.

6.4.10 SCHULUNGEN

6.4.10.1 DIABETES-SCHULUNG (QUOTE)

Das Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten hat im Rahmen des DMP an einer Diabetes-Schulung teilgenommen.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Im 2. Berichtshalbjahr liegt der Anteil der Patienten, die im Rahmen des DMP an einer Diabetes-Schulung teilgenommen haben, bei **45,6 %** (**4.103** von **8.988**).

6.4.10.2 HYPERTONIE-SCHULUNG (QUOTE)

Das Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten mit bekannter Hypertonie hat im Rahmen des DMP an einer Hypertonie-Schulung teilgenommen.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit bekannter Hypertonie.

Im 2. Berichtshalbjahr liegt der Anteil der Patienten, die im Rahmen des DMP an einer Hypertonie-Schulung teilgenommen haben, bei **20,5 %** (**616** von **3.012**).

6.4.11 ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend wird dargestellt, in welchen Fällen die Qualitätsziele erreicht (✓) oder nicht erreicht (✗) worden sind, bezogen auf das DMP Diabetes mellitus Typ 1. Zu den Schulungen konnte keine abschließende Aussage getroffen werden.

	Diabetes mellitus Typ1
Hypoglykämie	✓
Notfallmäßige Stationäre Behandlung	✓
Blutdruck (RR ≤ 139/89 MMHG	✗
HBA1C-WERT	✗
Albuminausscheidung	✗
Nierenfunktion	✗
Fußstatus	✗
Thrombozytenaggregationshemmer (TAH)	✗

7 DIABETES MELLITUS TYP 2

7.1 ZIELE IM DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Das Ziel ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller beteiligten Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen, um die Versorgung der Patienten zu optimieren. Der koordinierende Arzt spielt eine zentrale Rolle beim Zugang des Versicherten in das DMP und bei der Umsetzung des DMP, auch im Hinblick auf die Einbeziehung, insbesondere des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors.

Folgende Ziele werden angestrebt:

- Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z. B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechselentgleisungen

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

7.2 DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN, DEN TEILNEHMENDEN PATIENTEN UND DEN ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

7.2.1 DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN

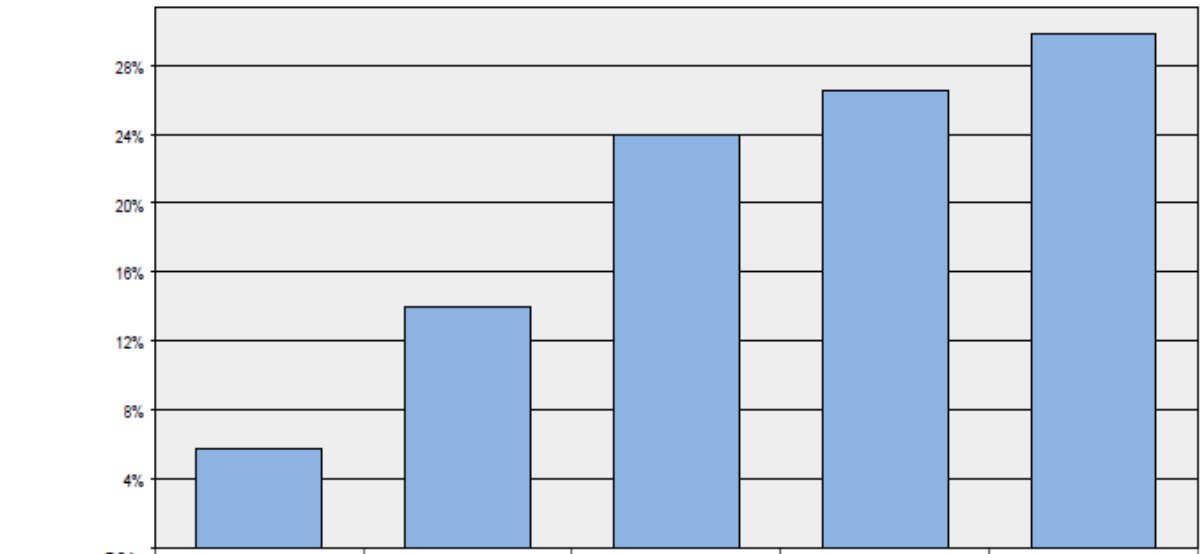
Im ambulanten Sektor nahmen im Bereich der KV Hamburg **842** Hausärzte auf der Versorgungsebene 1, bis zum 31. Dezember 2019, teil. Auf der Versorgungsebene 2 haben **61** diabetologisch qualifizierte Fachärzte (davon **4** als koordinierende diabetologisch qualifizierte Fachärzte) teilgenommen.

Bei der jährlichen Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen haben **10** Hausärzte die erforderlichen Nachweise nicht erbracht; **9** Hausärzte haben verzichtet.

Im stationären Sektor sind **2** Krankenhäuser und **1** Rehabilitationsklinik in den Vertrag eingebunden.

7.2.2 DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN PATIENTEN

Die teilnehmenden Patienten aller Praxen sind durchschnittlich **66** Jahre alt. Wie sich die Altersstruktur der Patienten verteilt, können Sie der folgenden Tabelle entnehmen:



	<=45 Jahre		46-55 Jahre		56-65 Jahre		66-75 Jahre		>75 Jahre	
KV	4432	5,7%	10832	13,9%	18603	23,9%	20643	26,6%	23200	29,9%

7.2.3 DATEN ZU DEN ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

Im Berichtszeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2019 liegen für **76.936** Patienten Dokumentationen vor. Davon **5.591** Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und **71.345** Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

Im Berichtszeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2019 liegen für **77.710** Patienten Dokumentationen vor. Davon **5.083** Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und **72.627** Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

7.3 ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 1. BERICHTSHALBJAHR

7.3.1 HYPOGLYKÄMIE

Bei einer ungenügenden Einstellung können Patienten überdurchschnittlich hohe Behandlungskosten verursachen. Durch eine gute Stoffwechselkontrolle können Dauer und Häufigkeit dieser Behandlungen gemindert werden. Ein wesentliches Therapieziel ist die Vermeidung von schweren Hypoglykämien bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2.

Das Qualitätsziel: Weniger als **1 %** der Patienten hatten eine oder mehr notfallmäßige Behandlungen von Hypoglykämien der letzten 12 Monate.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Bei einer Grundgesamtheit von **60.877** im 1. Berichtshalbjahr wurde bei **193** Patienten eine schwere Hypoglykämie dokumentiert.

Mit **0,3 %** wurde das Qualitätsziel im Bereich der KV Hamburg - wie bereits in den Vorjahren - klar erreicht.

7.3.2 NOTFALLMÄßIGE STATIONÄRE BEHANDLUNG

Die Vermeidung von notfallmäßigen stationären Behandlungen ist eines der wesentlichen Therapieziele bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2.

Das Qualitätsziel: Weniger als **1 %** der Patienten hatten eine oder mehrere notfallmäßige stationäre Behandlungen wegen Diabetes innerhalb der letzten sechs Monate.

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

Bei einer Grundgesamtheit von **67.252** im 1. Berichtshalbjahr wurden **113** Patienten (entspricht **0,2 %**) notfallmäßig stationär behandelt. Das Qualitätsziel wurde somit eindeutig erreicht.

7.3.3 METFORMIN

Der Wirkstoff **Metformin** gehört zu den oralen Diabetes-Medikamenten (Antidiabetika) und wird bei Diabetes mellitus Typ 2 eingesetzt. Er ist einer der am längsten verwendeten und bestuntersuchten Wirkstoffe in der oralen Diabetes-Therapie. Metformin gilt allgemein als gut verträglich, kann aber in seltenen Fällen besonders zu Therapiebeginn Magen-Darm-Beschwerden verursachen.

Das Qualitätsziel: Mindestens **70 %** der übergewichtigen Patienten unter antidiabetischer oraler Monotherapie erhalten Metformin.

Berücksichtigte Patienten: Alle übergewichtigen Patienten mit einem oralen Antidiabetikum als Monotherapie.

Im 1. Berichtshalbjahr wurden **21.870** von **25.081** Patienten (entspricht **87,2 %**) entsprechend der Vorgaben therapiert. Das Qualitätsziel wurde deutlich erreicht.

7.3.4 AUGENARZT

Um langfristige Folgeschäden zu vermeiden, sollten Diabetiker regelmäßig auf ophthalmologische Folgeerkrankungen hin untersucht werden und aus diesem Grunde sollte einmal im Jahr eine Funduskopie durchgeführt werden.

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **90 %** der Patienten wurde eine augenärztliche Untersuchung in den letzten 24 Monaten durchgeführt.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit mindestens 24 Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Von **51.563** Patienten wurde bei **39.407** Patienten (entspricht **76,4 %**) eine Funduskopie durchgeführt.

Die Erreichung des Qualitätszieles wurde verfehlt.

Bei der Betrachtung dieses Ergebnisses sollte berücksichtigt werden, dass die koordinierenden Hausärzte die Terminabsprachen der Patienten mit den Augenarztpraxen nicht beeinflussen können.

7.3.5 BEHANDLUNG FUSSLÄSIONEN

Ein wesentliches Element stellt die Fußinspektion bei der Behandlung von Typ 2-Diabetikern dar und sollte mindestens einmal jährlich durchgeführt werden. Ein auffälliger Fußbefund wird nach dem Wagner-Stadium und der Armstrong-Klassifikation dokumentiert.

Das Qualitätsziel: Mindestens bei **65 %** der Patienten mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen Patienten mit tiefen Ulzera wurde eine Behandlung/Mitbehandlung in einer für das diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung veranlasst.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und alle Patienten mit tiefen Ulzera mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Dieses Ziel wurde verfehlt, denn **180** von **358** Patienten (entspricht **50,3 %**) mit auffälligem Fußstatus wurden in spezialisierten Einrichtungen behandelt. Somit wurde das Qualitätsziel verfehlt.

7.3.6 HBA_{1C}-WERT

Bei der Behandlung hat die Kontrolle des sog. Langzeit-Blutzuckerwertes (HbA_{1c}-Wert) eine zentrale Rolle. Jeder Prozentpunkt, den dieser näher an einen normoglykämischen Wert herangebracht werden kann, wirkt sich günstig auf den Krankheitsverlauf aus und senkt deutlich das Risiko von Folgeerkrankungen.

Das Qualitätsziel: Höchstens **10 %** der Patienten haben einen HbA_{1c}-Wert von **≥ 8,5 %** (69 mmol/mol)

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Im 1. Berichtshalbjahr hatten **8.717** von **76.936** Patienten (entspricht **11,3 %**) einen HbA_{1c}-Wert von **≥ 8,5 %.**

Dieses Qualitätsziel wurde somit nur knapp verfehlt.

7.3.7 INDIVIDUELLER HBA_{1C}-ZIELWERT

Gemeinsam mit dem Patienten sind individuelle Therapieziele zu vereinbaren. Der HbA_{1c}-Wert ist ein zentraler Parameter für die langfristige Stoffwechselkontrolle und stellt neben dem Blutdruck einen wesentlichen Zielwert im Rahmen der individuellen Therapieplanung dar.

Das Qualitätsziel: Mindestens **60 %** der Patienten haben ihren individuell vereinbarten HbA_{1c}-Zielwert erreicht.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Im Bereich der KV Hamburg haben **40.107** von **60.877** Patienten (entspricht **65,9 %**) im 1. Berichtshalbjahr ihren individuell vereinbarten HbA_{1c}-Zielwert erreicht.

Das Qualitätsziel wurde somit gut erreicht.

7.3.8 BLUTDRUCK (RR ≤139/89 MMHG)

Ein wesentlicher Parameter ist die Blutdruckeinstellung bei der individuellen Therapiezielplanung. Sie trägt zur Senkung des Mortalitätsrisikos bei und verringert somit die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung mikro- und makrovaskulärer Folgekomplikationen.

Das Qualitätsziel: Mindestens **45 %** der Patienten mit bekannter Hypertonie haben einen Blutdruck **≤ 139/89 mmHg**.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, bei denen eine Hypertonie als Begleiterkrankung dokumentiert wurde.

Das Qualitätsziel wurde im 1. Berichtshalbjahr mit **54,1 %** (**31.754** von **58.667** Patienten) erreicht.

7.3.9 THROMBOZYTENAGGREGATIONSHEMMER

Grundsätzlich sollen alle Patienten mit makroangiopathischen Erkrankungen (z. B. kardio- und zerebrovaskulären Erkrankungen) - unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder individueller Unverträglichkeiten - Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) erhalten. Dies gilt insbesondere für Acetylsalicylsäure.

Das Qualitätsziel: Mindestens **80 %** der Patienten mit Makroangiopathie erhalten einen Thrombozytenaggregationshemmer.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, bei denen AVK, KHK, Schlaganfall oder Herzinfarkt dokumentiert wurde und bei denen keine Kontraindikation vorliegt und / oder die keine orale Antikoagulation erhalten.

Im 1. Berichtshalbjahr wurde bei **13.734** von **18.615** (entspricht **73,8 %**) Patienten ein TAH verordnet. Somit wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

7.3.10 SCHULUNGEN

Jeder Patient soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten. Patientenschulungen dienen der Befähigung der Patienten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen.

7.3.10.1 DIABETES-SCHULUNG (QUOTE)

Das Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten hat im Rahmen des DMP an einer Diabetes-Schulung teilgenommen.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Im 1. Berichtshalbjahr haben **24.102** von **76.936** (entspricht **31,3 %**) angesprochenen Patienten die empfohlene Schulung wahrgenommen.

7.3.10.2 HYPERTONIE-SCHULUNG (QUOTE)

Das Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten mit Hypertonie hat im Rahmen des DMP an einer Hypertonie-Schulung teilgenommen.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit bekannter Hypertonie.

Im 1. Berichtshalbjahr haben **8.824** von **58.667** Patienten (entspricht **15,0 %**) angesprochenen Patienten die empfohlene Schulung wahrgenommen.

7.3.11 ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend wird dargestellt, in welchen Fällen die Qualitätsziele erreicht (✓) oder nicht erreicht (✗) worden sind, bezogen auf das DMP Diabetes mellitus Typ 2. Zu den Schulungen konnte keine abschließende Aussage getroffen werden.

	Diabetes mellitus Typ 2
Hypoglykämie	✓
Notfallmäßige Stationäre Behandlung	✓
Metformin	✓
Augenarzt	✗
Behandlung Fussläsionen	✗
HbA1c- Wert	✗
HbA1c- Zielwert	✓
Blutdruck	✓
Thrombozytenaggregationshemmer (TAH)	✗

7.4 ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 2. BERICHTSHALBJAHR

7.4.1 HYPOGLYKÄMIE

Das Qualitätsziel: Weniger als **1 %** der Patienten mit zwei oder mehr notfallmäßigen Behandlungen von Hypoglykämien der letzten 12 Monate.

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

Bei einer Grundgesamtheit von **63.172** wurde bei **197** Patienten eine schwere Hypoglykämie dokumentiert.

Mit **0,3 %** wurde das Qualitätsziel im Bereich der KV Hamburg klar erreicht.

7.4.2 NOTFALLMÄßIGE STATIONÄRE BEHANDLUNG

Das Qualitätsziel: Weniger als **1 %** der Patienten hatten eine oder mehrere notfallmäßige stationäre Behandlungen wegen Diabetes innerhalb der letzten sechs Monate.

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

Bei einer Grundgesamtheit von **68.642** im 2. Berichtshalbjahr wurden **98** Patienten (entspricht **0,1 %**) notfallmäßig stationär behandelt. Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

7.4.3 METFORMIN

Das Qualitätsziel: Mindestens **70 %** unter antidiabetischer oraler Monotherapie erhalten Metformin.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit einem oralen Antidiabetikum als Monotherapie.

Im 2. Berichtshalbjahr wurden **22.052** von **25.229** Patienten (entspricht **87,4 %**) entsprechend der Vorgaben therapiert. Das Qualitätsziel wurde erreicht.

7.4.4 AUGENARZT

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **90 %** der Patienten wurde eine augenärztliche Untersuchung in den letzten 24 Monaten durchgeführt.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Von **52.747** Patienten wurde bei **39.968** Patienten (entspricht **75,8 %**) eine Funduskopie durchgeführt.

Die Erreichung des Qualitätszieles wurde verfehlt.

Bei der Betrachtung dieses Ergebnisses sollte berücksichtigt werden, dass die koordinierenden Hausärzte die Terminabsprachen der Patienten mit den Augenarztpraxen nicht beeinflussen können.

7.4.5 BEHANDLUNG FUSSLÄSIONEN

Das Qualitätsziel: Mindestens bei **65 %** der Patienten mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen Patienten mit tiefen Ulzera wurde eine Behandlung/Mitbehandlung in einer für das diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung veranlasst.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und alle Patienten mit tiefen Ulzera mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Dieses Ziel wurde verfehlt, denn **171** von **312** Patienten (entspricht **53,3 %**) mit auffälligem Fußstatus wurden in spezialisierten Einrichtungen behandelt. Somit wurde das Qualitätsziel verfehlt.

7.4.6 HBA_{1C}-WERT

Das Qualitätsziel: Höchstens **10 %** der Patienten haben einen HbA_{1c}-Wert von > **8,5 %** (69 mmol/mol)

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Im 2. Berichtshalbjahr hatten **8.359** von **77.710** Patienten (entspricht **10,8 %**) einen HbA_{1c}-Wert von **> 8,5 %.**

Dieses Qualitätsziel wurde nur sehr knapp verfehlt.

7.4.7 INDIVIDUELLER HBA_{1C}-ZIELWERT

Das Qualitätsziel: Mindestens **60 %** der Patienten haben ihren individuell vereinbarten HbA_{1c}-Zielwert erreicht.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP.

Im Bereich der KV Hamburg haben **42.688** von **63.172** Patienten (entspricht **67,6 %**) im 2. Berichtshalbjahr ihren individuell vereinbarten HbA_{1c}-Zielwert erreicht.

Das Qualitätsziel wurde gut erreicht.

7.4.8 BLUTDRUCK (RR ≤139/89 MMHG)

Das Qualitätsziel: Mindestens **45 %** der Patienten mit bekannter Hypertonie haben einen Blutdruck **≤ 139/89 mmHg**.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, bei denen eine Hypertonie als Begleiterkrankung dokumentiert wurde.

Das Qualitätsziel wurde im 2. Berichtshalbjahr mit **53,1 %** (**31.527** von **59.100** Patienten) erreicht.

7.4.9 THROMBOZYTENAGGREGATIONSHEMMER

Das Qualitätsziel: Mindestens **80 %** der Patienten mit Makroangiopathie erhalten einen Thrombozytenaggregationshemmer.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit AVK, KHK, Schlaganfall, Herzinfarkt oder Amputation dokumentiert wurde und bei denen keine Kontraindikation vorliegt und/oder die keine orale Antioagulation erhalten.

Im 2. Berichtshalbjahr wurde bei **13.893** von **18.729** (entspricht **74,2 %**) Patienten ein TAH verordnet. Somit wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

7.4.10 SCHULUNGEN

7.4.10.1 DIABETES-SCHULUNG (QUOTE)

Das Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten hat im Rahmen des DMP an einer Diabetes-Schulung teilgenommen.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Im 2. Berichtshalbjahr konnten **24.592** von **77.710** Patienten (entspricht **31,6 %**) zu einer solchen Schulung motiviert werden.

7.4.10.2 HYPERTONIE-SCHULUNG (QUOTE)

Das Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten mit Hypertonie hat im Rahmen des DMP an einer Hypertonie-Schulung teilgenommen.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit bekannter Hypertonie.

Im 2. Berichtshalbjahr konnten **9.064** von **59.100** Patienten (entspricht **15,3 %**) zu einer solchen Schulung motiviert werden.

7.4.11 ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend wird dargestellt, in welchen Fällen die Qualitätsziele erreicht (✓) oder nicht erreicht (✗) worden sind, bezogen auf das DMP Diabetes mellitus Typ 2. Die Qualitätsziele Diabetischer Fuß und Nierenfunktion wurden im 2. Berichtshalbjahr nicht im Feedbackbericht aufgeführt, deswegen kann keine abschließende Beurteilung erfolgen. Zu den Schulungen konnte keine abschließende Aussage getroffen werden.

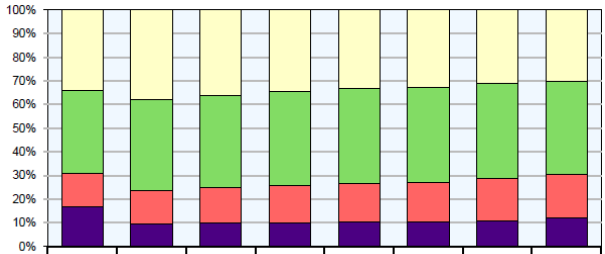
	Diabetes mellitus Typ 2
Hypoglykämie	✓
Notfallmäßige Stationäre Behandlung	✓
Metformin	✓
Augenarzt	✗
Behandlung Fussläsion	✗
HbA1c- Wert	✗
HbA1c- Zielwert	✓
Blutdruck	✓
Thrombozytenaggregationshemmer (TAH)	✗

7.5 LÄNGSSCHNITTDARSTELLUNG

Für die Längsschnittauswertung werden die Dokumentationen herangezogen, die vom 1. Juli 2003 bis 31. Dezember 2019 vorliegen. In der verlaufsbezogenen Darstellung werden Werte repräsentiert, die die Patienten nach der jeweils angegebenen DMP-Teilnahmedauer aufweisen. Die längsschnittliche Betrachtungsweise erlaubt es, Rückschlüsse auf die Morbiditätsentwicklung und den Programmerfolg zu ziehen.

7.5.1 HBA1C-WERTEKLASSEN

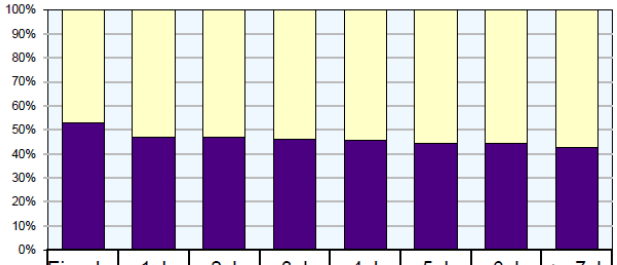
Von allen Patienten, die drei Jahre am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmen, weisen **10,1 %** einen HbA1c-Wert von **> 8,5 %** auf. Bei einer Teilnahmedauer von über **7** Jahren haben **12 %** der Patienten einen HbA1c-Wert von **> 8,5 %.**



	Einschr.	1 J	2 J	3 J	4 J	5 J	6 J	>=7 J
HbA1c <6,5%	34,2 %	38 %	36 %	34,5 %	33,3 %	32,6 %	31 %	30 %
HbA1c ≥6,5% ≤7,5%	35 %	38,3 %	38,9 %	39,6 %	40 %	40,4 %	40,5 %	39,4 %
HbA1c >7,5% ≤8,5%	14,2 %	14,1 %	15,1 %	15,8 %	16,3 %	16,7 %	17,8 %	18,6 %
HbA1c >8,5%	16,5 %	9,6 %	10 %	10,1 %	10,4 %	10,3 %	10,7 %	12 %
Gesamt	200062 (100%)	125487 (100%)	97571 (100%)	78105 (100%)	62028 (100%)	48232 (100%)	38491 (100%)	33852 (100%)
Mittelwert	7,3	7,0	7,0	7,1	7,1	7,1	7,1	7,2
Median	6,8	6,7	6,8	6,8	6,8	6,9	6,9	7,0

7.5.2 BLUTDRUCK-WERTEKLASSEN

Von allen Patienten mit einer Hypertonie, die drei Jahre am DMP teilnehmen, weisen **54,1 %** normotone Blutdruckwerte (≤ 139/89mmHg) auf. Bei einer Teilnahmedauer von über **7** Jahren, haben **57,2 %** der Patienten normotone Blutdruckwerte.



	Einschr.	1 J	2 J	3 J	4 J	5 J	6 J	>=7 J
Blutdruck ≤ 139/89 mmHg	47 %	52,9 %	53,2 %	54,1 %	54,3 %	55,5 %	55,7 %	57,2 %
Blutdruck ≥ 140/90 mmHg	53 %	47,1 %	46,8 %	45,9 %	45,7 %	44,5 %	44,3 %	42,8 %
Gesamt	130428 (100%)	90218 (100%)	73455 (100%)	61156 (100%)	50712 (100%)	40102 (100%)	32424 (100%)	29376 (100%)

8 KORONARE HERZKRANKHEIT

8.1 ZIELE IM DMP KORONARE HERZKRANKHEIT

Herzkrankheiten mit Minderdurchblutung der Koronargefäße (KHK) gelten als die häufigste Todesursache in den westlichen Industrieländern. Beeinflussbare Ursachen der KHK liegen in bestimmten häufigen Eigenschaften der Lebensform wie Fehlernährung, Übergewicht, Rauchen und mangelnder körperlichen Betätigung.

Die KHK gilt gleichzeitig als schwerwiegende Folgeerkrankung der Stoffwechselstörung des Diabetes mellitus bei nicht adäquater Behandlung. Neben dem Bluthochdruck ist die koronare Herzkrankheit die Hauptursache der chronischen Herzinsuffizienz.

Eine koronare Herzkrankheit ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Bei häufigem Auftreten von Angina pectoris-Beschwerden ist die Lebensqualität vermindert. Daraus ergeben sich folgende Therapieziele:

- Reduktion der Sterblichkeit
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz bzw. Vermeidung/Verlangsamung einer Progression der bestehenden kardialen Funktionsstörung
- Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von Angina pectoris-Beschwerden sowie Hospitalisationen und Steigerung/Erhaltung der Belastungsfähigkeit

Im Rahmen der Vereinbarung werden Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung von Patienten mit KHK mit oder ohne gleichzeitiger chronischer Herzinsuffizienz einschließlich der Schnittstellen innerhalb der ärztlichen Versorgungskette und zu der versichernden Krankenkasse definiert, um eine der individuellen Situation des Versicherten angepasste Versorgung zu gewährleisten. Es ist vorrangiges Ziel der Vereinbarung, mögliche Bereiche der Über-, Unter- und Fehlversorgung zu identifizieren und ggf. abzubauen.

8.2 DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN, DEN TEILNEHMENDEN PATIENTEN UND DEN ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

8.2.1 DATEN ZU TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN

Im ambulanten Sektor nehmen **823** Hausärzte, **57** kardiologisch qualifizierte Ärzte bzw. ambulante Einrichtungen sowie **19** invasiv tätige ambulante Kardiologen am DMP KHK teil.

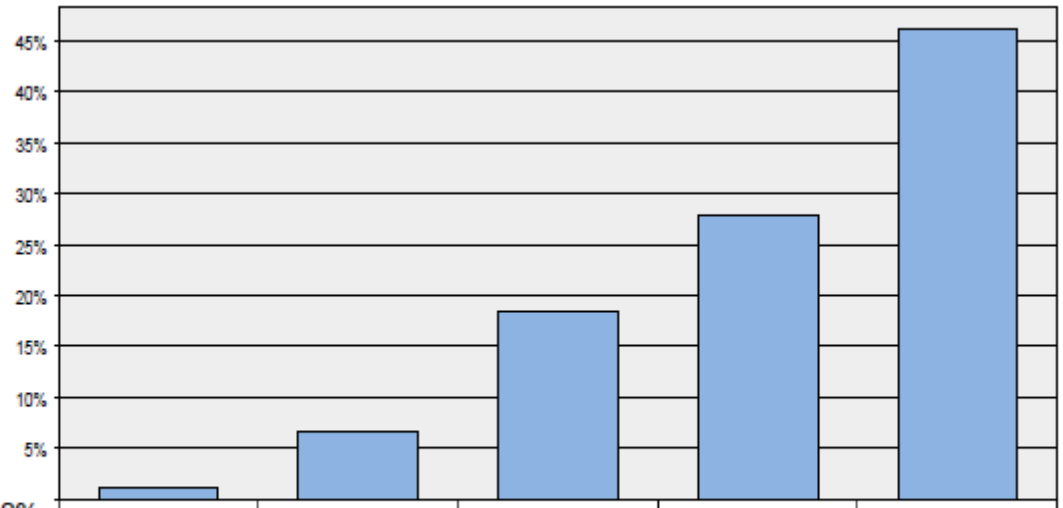
Bei der jährlichen Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen haben **8** Hausärzte die erforderlichen Nachweise nicht erbracht.

Im stationären Sektor sind **3** Krankenhäuser und **2** Rehabilitationsklinik in den Vertrag eingebunden.

8.2.2 DATEN ZU TEILNEHMENDEN PATIENTEN

Zum Stichtag 31. Dezember 2019 sind **28.919** Patienten in das DMP Koronare Herzkrankheit eingeschrieben.

Durchschnittlich sind die Patienten **72** Jahre alt. Wie sich die Altersstruktur der Patienten verteilt, können Sie der folgenden Tabelle entnehmen:



	<=45 Jahre		46-55 Jahre		56-65 Jahre		66-75 Jahre		>75 Jahre	
KV	312	1,1%	1910	6,6%	5323	18,4%	8046	27,8%	13328	46,1%

8.2.3 DATEN ZU ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

Im Berichtszeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2019 liegen für **28.858** Patienten Dokumentationen vor. Davon **1.790** Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und **27.068** Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

Im Berichtszeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2019 liegen für **28.919** Patienten Dokumentationen vor. Davon **1.546** Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und **27.373** Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

8.3 ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 1. HALBJAHR

8.3.1 THERAPIE MIT THROMBOZYTENAGGREGATIONSHEMMERN (TAH)

Grundsätzlich sollen alle Patienten mit chronischer KHK unter strikter Beachtung von Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) verordnet bekommen.

Das Qualitätsziel: Mindestens **80 %** der Patienten erhalten Thrombozytenaggregationshemmer.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt und/oder die keine orale Antikoagulation erhalten.

Im 1. Berichtshalbjahr wurde **89,6 %** der Patienten (**22.381** von **24.966** Patienten) ein TAH verordnet. Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

8.3.2 THERAPIE MIT BETABLOCKERN

Für die Behandlung der chronischen KHK, insbesondere nach akutem Myokardinfarkt, sind Betablocker hinsichtlich der in der RSAV genannten Therapieziele Mittel der ersten Wahl, auch bei relativen Kontraindikationen.

Das Qualitätsziel: Mindestens **80 %** der Patienten erhalten Betablocker.

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

Im 1. Berichtshalbjahr wurden **76,8 %** der Patienten (**21.369** von **27.813** Patienten) ein Betablocker verordnet. Das Qualitätsziel wurde verfehlt.

8.3.3 THERAPIE MIT HMG-COA-REDUKTASE-HEMMERN (STATINE)

Für die Therapie der chronischen KHK sollten HMG-CoA-Reduktasehemmer (Statine) erwogen werden, für die eine morbiditäts- und mortalitätssenkende Wirkung nachgewiesen ist.

Das Qualitätsziel: Mindestens **60 %** der Patienten erhalten Statine.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt

Es wurden im 1. Berichtshalbjahr **24.136** von **28.398** der Patienten (entspricht **85,0 %**) Statine verordnet, so dass das Qualitätsziel übertroffen wurde.

8.3.4 BLUTDRUCK

Die Blutdruckeinstellung ist einer der wesentlichen Parameter bei der individuellen Therapiezielplanung und trägt zur Senkung des Mortalitätsrisikos bei. Weiterhin vermindert sie die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung mikro- und makrovaskulärer Folgekomplikationen.

Das Qualitätsziel: Mindestens **50 %** der Patienten mit bekannter Hypertonie haben einen Blutdruck **≤ 139/89 mmHg**.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten bei denen eine Hypertonie als Begleiterkrankung dokumentiert wurde.

Im 1. Berichtshalbjahr wiesen **61,9 %** (**15.388** von **24.841** Patienten) der Patienten mit bekannter Hypertonie normotensive Werte (≤ 139/89 mmHg) auf.

Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

8.3.5 RAUCHERENTWÖHNUNG

Das Qualitätsziel: Ein niedriger Anteil der Patienten, die zum Zeitpunkt der Einschreibung Raucher waren, raucht noch.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, die bei der Erstdokumentation Raucher waren und für die mindestens eine Folgedokumentation vorliegt.

Im 1. Berichtshalbjahr beträgt der Anteil an Patienten, die bei der Einschreibung Raucher waren und noch immer rauchen **78,1 %** (entspricht **2.977** von **3.814** der Patienten).

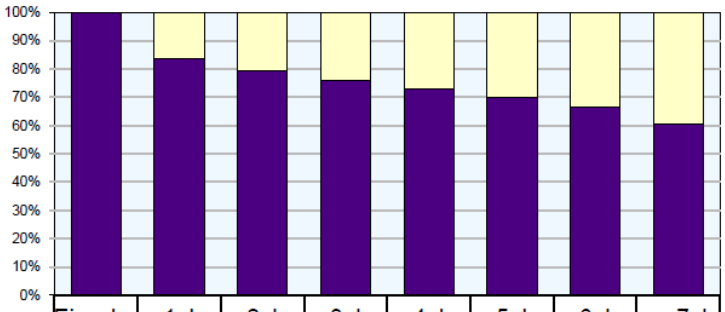
8.3.6 RAUCHERQUOTE

Die Aufklärung des Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens für Patienten mit KHK ist für die Patienten ein Qualitätsziel. Außerdem soll der Arzt im Rahmen der Therapie die dringende Empfehlung aussprechen, das Rauchen aufzugeben. Der Raucherstatus soll bei jedem Patienten bei der Konsultation erfragt und die Raucher zur Raucherentwöhnung motiviert werden.

Das Qualitätsziel: Niedriger Anteil der Patienten raucht.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Im 1. Berichtshalbjahr beträgt der Anteil an rauchenden Patienten **15,5 %** (entspricht **4.467** von **28.858** der Patienten).



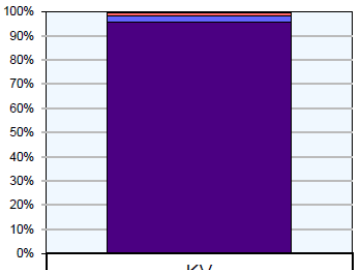
	Einschr.	1 J	2 J	3 J	4 J	5 J	6 J	>=7 J
Nichtraucher	0 %	16,2 %	20,5 %	24,2 %	27 %	30 %	33,4 %	39,6 %
Raucher	100 %	83,8 %	79,5 %	75,8 %	73 %	70 %	66,6 %	60,4 %
Gesamt	11076 (100%)	6994 (100%)	5390 (100%)	4189 (100%)	3005 (100%)	2223 (100%)	1710 (100%)	1426 (100%)

8.3.7 ANGINA-PECTORIS-BESCHWERDEN

Das Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten hat keine Angina-pectoris-Beschwerden.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten
Im 1. Berichtshalbjahr beträgt der Anteil an Patienten die keine Angina-pectoris-Beschwerden haben **95,5 %** (entspricht **27.558** von **28.858** der Patienten).

Diese Übersicht zeigt Ihnen, wie die Angina-pectoris-Beschwerden bei den Patienten nach der CCS-Klassifikation verteilt sind.



	KV	
CCS4	50	0,2 %
CCS3	111	0,4 %
CCS2	324	1,1 %
CCS1	815	2,8 %
keine Beschwerden	27558	95,5 %
Gesamt	28858	100 %

8.3.8 SCHULUNGEN

Patientenschulungen dienen der Befähigung der Patienten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs. Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms prüft der Arzt unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Patient von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen (z. B. Antikoagulation, Diabetes mellitus, Hypertonie) und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann, wobei der bestehende Schulungsstand des Patienten zu berücksichtigen ist. Der Patient wird von seiner Krankenkasse aus dem DMP ausgeschrieben, wenn er innerhalb von zwölf Monaten zwei der veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat.

8.3.8.1 DIABETES-SCHULUNG (QUOTE)

Das neue Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten mit bekanntem Diabetes hat im Rahmen des DMP an einer Diabetes-Schulung teilgenommen.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit bekanntem Diabetes mellitus.

Im 1. Berichtshalbjahr haben **1.431** von **11.697** Patienten (**12,2 %**) an einer Diabetes-Schulung teilgenommen.

8.3.8.2 HYPERTONIE-SCHULUNG (QUOTE)

Das neue Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten mit bekannter Hypertonie hat im Rahmen des DMP an einer Hypertonie-Schulung teilgenommen.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit bekannter Hypertonie.

Im 1. Berichtshalbjahr haben **1.863** von **24.841** Patienten (**7,5 %**) an einer empfohlenen Hypertonie-Schulung teilgenommen.

8.3.9. ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend wird dargestellt, in welchen Fällen die Qualitätsziele erreicht (✓) oder nicht erreicht (✗) worden sind, bezogen auf das DMP Koronare Herzkrankheiten. Die Qualitätsziele Raucherentwöhnung, Raucherquote, Angina-Pectoris-Beschwerden, Diabetes- Schulung (Quote) und Hypertonie-Schulung (Quote) kann keine abschließende Beurteilung erfolgen.

	Koronare Herzkrankheiten
Thrombozytenaggregationshemmer (TAH)	✓
Therapie mit Betablockern	✗
Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern	✓
Blutdruck	✓

8.4 ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 2. HALBJAHR

8.4.1 THERAPIE MIT THROMBOZYTENAGGREGATIONSHEMMERN (TAH)

Das Qualitätsziel: Mindestens **80 %** der Patienten erhalten Thrombozytenaggregationshemmer.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt und/oder die keine orale Antikoagulation erhalten.

Im 2. Berichtshalbjahr wurde **89,7 %** der Patienten (**22.368** von **24.939** Patienten) ein TAH verordnet.

Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

8.4.2 THERAPIE MIT BETABLOCKERN

Das Qualitätsziel: Mindestens **80 %** der Patienten erhalten Betablocker.

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

Im 2. Berichtshalbjahr wurden **76,6 %** der Patienten (**21.373** von **27.893** Patienten) ein Betablocker verordnet. Das Qualitätsziel wurde verfehlt.

8.4.3 THERAPIE MIT HMG-COA-REDUKTASE-HEMMERN (STATINE)

Das Qualitätsziel: Mindestens **60 %** der Patienten erhalten Statine.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt

Es wurden im 2. Berichtshalbjahr **24.298** von **28.447** der Patienten (entspricht **85,4 %**) Statine verordnet, so dass das Qualitätsziel übertroffen wurde.

8.4.4 BLUTDRUCK

Das Qualitätsziel: Mindestens **50 %** der Patienten mit bekannter Hypertonie haben einen Blutdruck **≤ 139/89 mmHg**.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten bei denen eine Hypertonie als Begleiterkrankung dokumentiert wurde.

Im 2. Berichtshalbjahr wiesen **61,4 %** (**15.303** von **24.939** Patienten) der Patienten mit bekannter Hypertonie normotensive Werte (≤ 139/89 mmHg) auf.

Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

8.4.5 RAUCHERENTWÖHNUNG

Das Qualitätsziel: Ein niedriger Anteil der Patienten, die zum Zeitpunkt der Einschreibung Raucher waren, raucht noch.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, die bei der Erstdokumentation Raucher waren und für die mindestens eine Folgedokumentation vorliegt.

Im 2. Berichtshalbjahr beträgt der Anteil an Patienten, die bei der Einschreibung Raucher waren und noch immer rauchen **78,5 %** (entspricht **3.072** von **3.913** der Patienten).

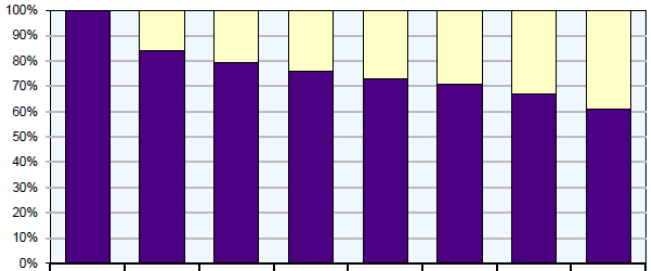
8.4.6 RAUCHERQUOTE

Die Aufklärung des Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens für Patienten mit KHK ist für die Patienten ein Qualitätsziel. Außerdem soll der Arzt im Rahmen der Therapie die dringende Empfehlung aussprechen, das Rauchen aufzugeben. Der Raucherstatus soll bei jedem Patienten bei der Konsultation erfragt und die Raucher zur Raucherentwöhnung motiviert werden.

Das Qualitätsziel: Niedriger Anteil der Patienten raucht.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Im 2. Berichtshalbjahr beträgt der Anteil an rauchenden Patienten **15,5 %** (entspricht **4.487** von **28.919** der Patienten).



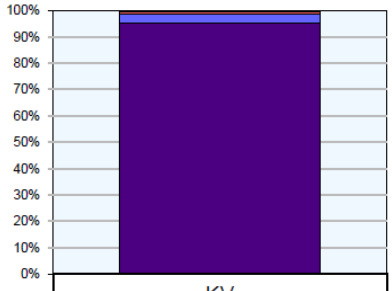
	Einschr.	1 J	2 J	3 J	4 J	5 J	6 J	>=7 J
Nichtraucher	0 %	16,1 %	20,6 %	24 %	26,9 %	29,4 %	32,9 %	38,9 %
Raucher	100 %	83,9 %	79,4 %	76 %	73,1 %	70,6 %	67,1 %	61,1 %
Gesamt	11331 (100%)	7246 (100%)	5641 (100%)	4417 (100%)	3308 (100%)	2391 (100%)	1825 (100%)	1532 (100%)

8.4.7 ANGINA-PECTORIS-BESCHWERDEN

Das Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten hat keine Angina-pectoris-Beschwerden.
Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten

Im 2. Berichtshalbjahr beträgt der Anteil an Patienten die keine Angina-pectoris-Beschwerden haben **95,4 %** (entspricht **27.589** von **28.919** der Patienten).

Diese Übersicht zeigt Ihnen, wie die Angina-pectoris-Beschwerden bei den Patienten nach der CCS-Klassifikation verteilt sind.



	KV	
CCS4	32	0,1 %
CCS3	88	0,3 %
CCS2	326	1,1 %
CCS1	884	3,1 %
keine Beschwerden	27589	95,4 %
Gesamt	28919	100 %

8.4.8 SCHULUNGEN

8.4.8.1 DIABETES-SCHULUNG (QUOTE)

Das Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten mit bekanntem Diabetes hat im Rahmen des DMP an einer Diabetes-Schulung teilgenommen.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit bekanntem Diabetes mellitus.

Im 2. Berichtshalbjahr haben **1.487** von **11.719** Patienten (**12,7 %**) an einer Diabetes-Schulung teilgenommen.

8.4.8.2 HYPERTONIE-SCHULUNG (QUOTE)

Das Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten mit bekannter Hypertonie hat im Rahmen des DMP an einer Hypertonie-Schulung teilgenommen.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit bekannter Hypertonie.

Im 2. Berichtshalbjahr haben **2.011** von **24.939** Patienten (**8,1 %**) an einer empfohlenen Hypertonie-Schulung teilgenommen.

8.4.9 ZUSAMMENFASSUNG

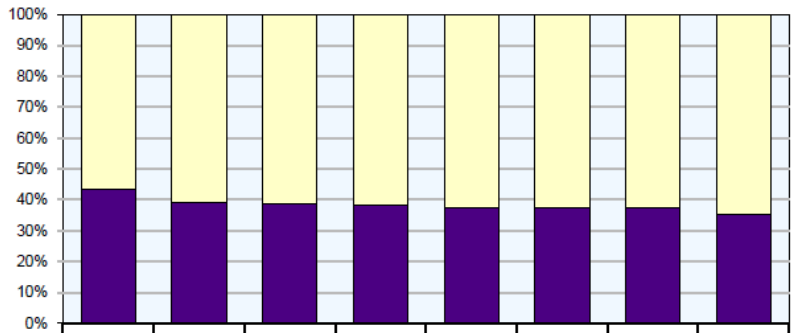
Zusammenfassend wird dargestellt, in welchen Fällen die Qualitätsziele erreicht (✓) oder nicht erreicht (✗) worden sind, bezogen auf das DMP Koronare Herzkrankheiten. Die Qualitätsziele Raucherentwöhnung, Raucherquote, Angina-Pectoris-Beschwerden, Diabetes- Schulung (Quote) und Hypertonie-Schulung (Quote) kann keine abschließende Beurteilung erfolgen.

	Koronare Herzkrankheiten
Thrombozytenaggregationshemmer (TAH)	✓
Therapie mit Betablockern	✗
Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern	✓
Blutdruck	✓

8.5 LÄNGSSCHNITTDARSTELLUNG DER BLUTDRUCK-WERTEKLASSEN

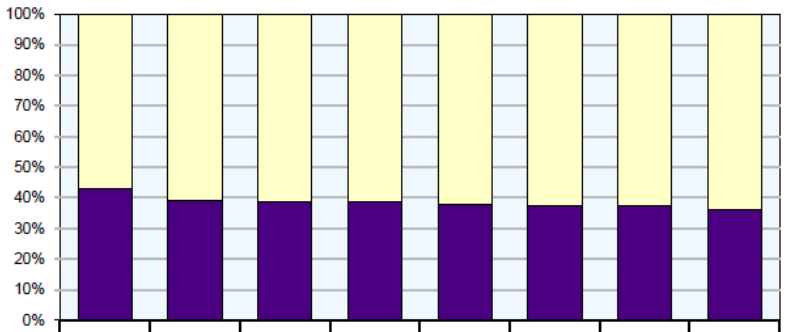
Die nachstehende Abbildung zeigt die Anteile und Anzahl der Patienten mit Hypertonie, differenziert nach Blutdruckwerteklassen. Die Säulen repräsentieren Werte, die die Patienten nach der jeweils angegebenen DMP-Teilnahmedauer aufwiesen. In der entsprechenden Säule „1J“ sind alle jemals von Patienten nach einem Jahr DMP-Teilnahme gemessenen Werte aufgeführt. Die entsprechend erhobenen Werte eines Patienten gehen darum in der Regel - abhängig von der Dauer seiner DMP-Teilnahme - in mehrere Säulen ein.

Ergebnisse des **1. Berichtshalbjahres**:



	Einschr.	1 J	2 J	3 J	4 J	5 J	6 J	>=7 J
Blutdruck <= 139/89 mmHg	56,7 %	60,8 %	61,4 %	61,7 %	62,5 %	62,7 %	62,6 %	64,7 %
Blutdruck >= 140/90 mmHg	43,3 %	39,2 %	38,6 %	38,3 %	37,5 %	37,3 %	37,4 %	35,3 %
Gesamt	52849 (100%)	37661 (100%)	30696 (100%)	24546 (100%)	18763 (100%)	14636 (100%)	11387 (100%)	9468 (100%)

Ergebnisse des **2. Berichtshalbjahres**:



	Einschr.	1 J	2 J	3 J	4 J	5 J	6 J	>=7 J
Blutdruck <= 139/89 mmHg	56,8 %	61 %	61,3 %	61,4 %	62,2 %	62,6 %	62,4 %	63,9 %
Blutdruck >= 140/90 mmHg	43,2 %	39 %	38,7 %	38,6 %	37,8 %	37,4 %	37,6 %	36,1 %
Gesamt	54370 (100%)	39037 (100%)	32025 (100%)	26091 (100%)	20382 (100%)	15639 (100%)	12159 (100%)	10297 (100%)

9 FAZIT

Die GE stellt fest, dass im 1. Halbjahr von 40 qualitativ auswertbaren DMP-Qualitätszielen insgesamt 22 Ziele (entspricht 55,0%) erreicht wurden. Im 2. Halbjahr wurden ebenfalls von 40 qualitativ auswertbaren DMP-Qualitätszielen insgesamt 22 Ziele (entspricht 55,0%) erreicht. Viele quantitative DMP-Qualitätsziele haben gute Werte erreicht. Die DMP-Qualitätsziele, welche nicht den Zielwert erreicht haben, werden mit den Vertretern der Facharztgruppen beraten. Im Gespräch werden soweit möglich die Ursachen identifiziert und die Auswirkungen auf die Zielerreichung analysiert.

In dem **DMP Diabetes mellitus Typ 1** ist weiterhin positiv zu erwähnen, dass die Vermeidung von hyper- und hypoglykämischen Zuständen sehr gut funktioniert. Um der Entwicklung einer diabetischen Nephropathie vorzubeugen, sollen bei mindestens 90% der Patienten die eGFR bestimmt werden. Dieses Ziel wurde im Schnitt mit 84.6% nicht erreicht. Die Vermeidung von notfallmäßigen stationären Behandlungen ist weiterhin ein konstantes Qualitätsziel, welches wie in den Vorjahren hervorragend erreicht wurde. Der Zielwert zum Qualitätsziel „Albuminausscheidung“ wurde wie in den Vorjahren nicht erreicht. Das Problem liegt weiterhin darin, dass die Rücklaufquote der Proben – die vom Patienten in die Praxis zurückgebracht werden – zu gering ist. Dem Patienten muss verdeutlicht werden, welche Bedeutung die Probe für die weitere Behandlung hat. Im Bereich der Sensibilitätsprüfung, der Erhebung des peripheren Pulsstatus und der Erhebung des Fußstatus sind alle Ziele gleichermaßen verfehlt, sodass hierbei das Augenmerk auf eine noch bessere Datenerhebung gerichtet werden muss. Das Qualitätsziel zur Verordnung von Thrombozytenaggregationshemmer liegt weiterhin mit einer Differenz von etwa 10% unter dem Soll-Wert.

Im **DMP Diabetes mellitus Typ 2** wurden folgende Qualitätsziele erreicht:

- die notfallmäßige Behandlung von Hypoglykämien sowie die notfallmäßige stationäre Behandlung,
- die Empfehlung zur Medikation mit Metformin bei übergewichtigen Patienten,
- der individuell vereinbarte Hba_{1c} - Zielwert,
- der systolische Blutdruck von >150 mmHg bei bekannter Hypertonie.

Bei der Behandlung hat die Kontrolle des sogenannten Langzeit-Blutzuckerwertes (HbA_{1c}-Wert) eine zentrale Rolle. Jeder Prozentpunkt, der näher an einen normoglykämischen Wert herangebracht werden kann, wirkt sich günstig auf den Krankheitsverlauf aus und senkt deutlich das Risiko von Folgeerkrankungen. Der Soll-Wert von höchstens 10% wurde in beiden Berichtshalbjahren mit durchschnittlich 11,1% leicht überschritten und somit das Qualitätsziel knapp verfehlt. Dies kann strukturell bedingt sein, da etwa die Hälfte aller Patienten erst von Schwerpunktpraxen in das DMP Programm eingeschrieben werden. Die Patienten werden bereits im Vorfeld mit einem sehr hohen HbA_{1c}-Wert überwiesen.

Eine Verbesserung im Bereich der Verordnung von Thrombozytenaggregationshemmer sollte zukünftig angestrebt werden, denn dieses Ziel wurde in beiden Berichtshalbjahren verfehlt.

Im **DMP Brustkrebs** ist besonders zu erwähnen, dass alle bisherigen Qualitätsziele der letzten Jahre durch zehn neue Ziele ersetzt wurden. Dadurch lässt sich das Jahr 2019 nicht mit den vorherigen Berichtsjahren vergleich. Es wurden 5 der 8 qualitativ auswertbaren Qualitätsziele (62,5%) erreicht.

Besonders gut ist im **DMP KHK** die Zielerreichung bei der Therapie mit HMG-COA-Reduktase-Hemmern (Statine) gelungen. In beiden Berichtshalbjahren wurde der Zielwert um mindestens 25,0% übertroffen. Das Qualitätsziel zur Einstellung der Patienten auf einen normotensiven Blutdruckwert wurde ebenfalls erreicht.

Mindestens 80% aller klinisch stabilen Patienten sollten einen Betablocker erhalten. Dieses Qualitätsziel wurde knapp verfehlt.

Die ungeplante notfallmäßige Behandlung im **DMP Asthma bronchiale** erreicht einen Zielwert von durchschnittlich 2,0% (Zielwert höchstens 10%). Ein Schwachpunkt bleibt weiterhin der Selbstmanagementplan. Hier konnte auch der eingeführte Medikationsplan keine wünschenswerte Änderung herbeiführen. Im **DMP COPD** erreicht die Vermeidung von notfallmäßigen stationären Behandlungen weiter einen niedrigen Wert von durchschnittlich 3,5% bei einem Zielwert von höchstens 10%. Grundsätzlich ist positiv zu erwähnen, dass in diesen beiden DMP's die qualitativ auswertbaren Qualitätsziele zu 62,3% (DMP Asthma bronchiale) bzw. zu 75% (DMP COPD) erreicht wurden.

Das Angebot der **DMP- Schulungen** wird von den Patienten unterschiedlich gut wahrgenommen (s. Tabelle). Insgesamt muss den Patienten verdeutlicht werden, dass die Teilnahme an solch einer Schulung wichtig ist. Durch die Schulung kann der Patient selbstständig seinen Krankheitsverlauf beeinflussen und gezielt Entscheidungen treffen.

	Diabetes-Schulung		Hypertonie-Schulung		Asthma Schulung	
	1. Halbjahr	2. Halbjahr	1. Halbjahr	2. Halbjahr	1. Halbjahr	2. Halbjahr
DMP Diabetes mellitus Typ 1	45,2%	45,6%	20,3%	20,5%		
DMP Diabetes mellitus Typ 2	31,3%	31,6%	15,0%	15,3%		
KHK	12,2%	12,7%	7,5%	8,1%		
Asthma					29,7%	31,7%

Insgesamt zeigt die statistische Auswertung der Daten eine gute Versorgung aller DMP-Patienten in Hamburg. Die von den Praxen gewonnenen Erfahrungswerte sollen weiterhin genutzt und optimiert werden, um die Behandlung chronisch Kranker dauerhaft auf hohem Niveau zu halten.