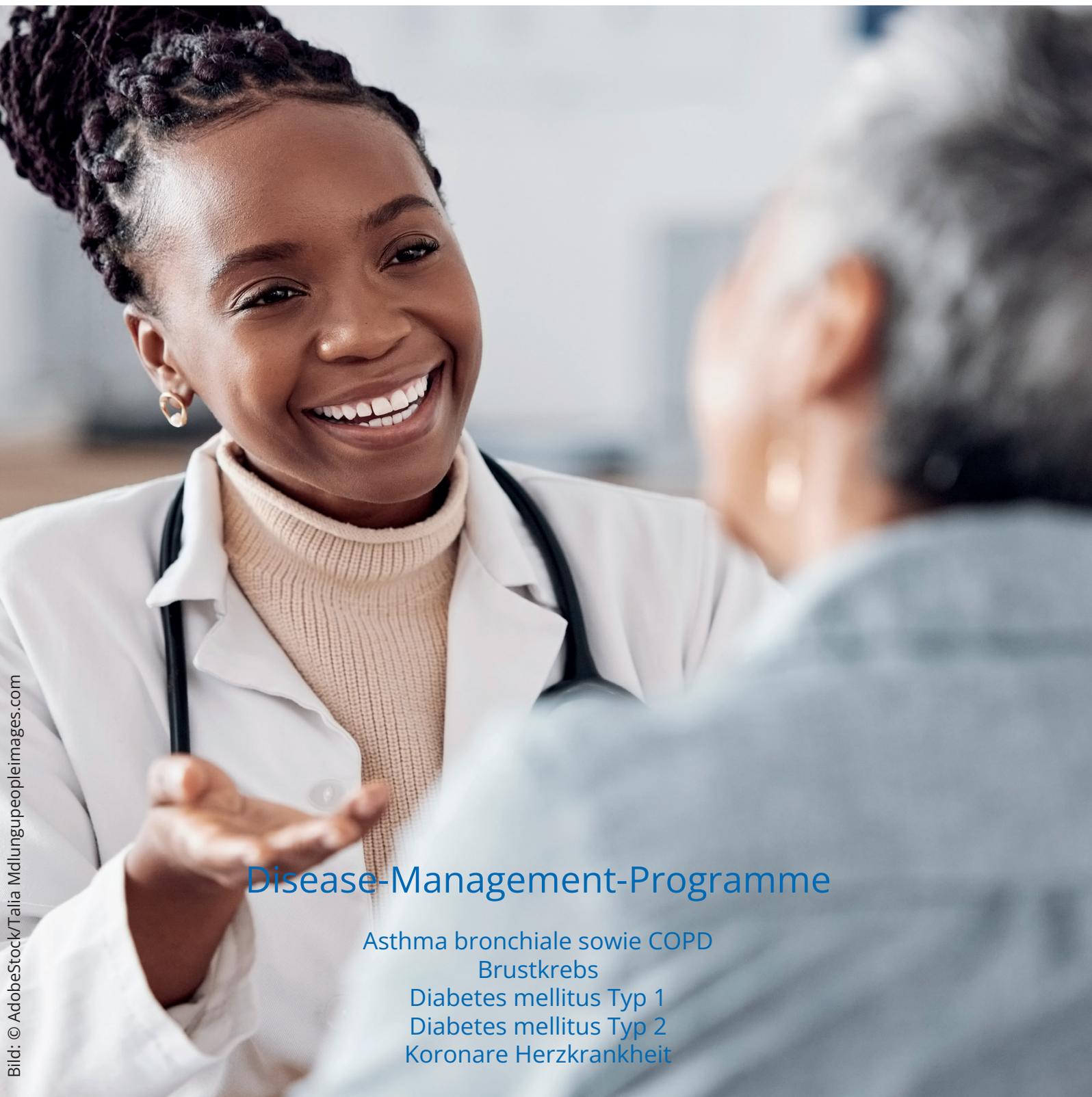


Ausgabe für den Berichtszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2022



## Disease-Management-Programme

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

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
<b>1 DMP-Programme in Hamburg</b>	<b>3</b>
1.1 Reminder	3
1.2 Feedback-Berichte	4
<b>2 Asthma Bronchiale sowie COPD</b>	<b>4</b>
2.1 Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen	4
2.1.1 Übersicht allgemeine Informationen	4
2.1.2 Alterverteilung der teilnehmenden Patienten	5
2.2 Ergebnisse der Qualitätsziele DMP Asthma Bronchiale	6
2.3 Ergebnisse der Qualitätsziele DMP COPD	8
<b>3 Brustkrebs</b>	<b>10</b>
3.1 Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen	10
3.1.1 Übersicht allgemeine Informationen	10
3.1.2 Alterverteilung der teilnehmenden Patienten	10
3.2 Ergebnisse der Qualitätsziele DMP Brustkrebs	11
<b>4 Diabetes Mellitus Typ 1</b>	<b>13</b>
4.1 Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen	13
4.1.1 Übersicht allgemeine Informationen	13
4.1.2 Alterverteilung der teilnehmenden Patienten	13
4.2 Ergebnisse der Qualitätsziele DMP Diabetes Mellitus Typ 1	14
<b>5 Diabetes Mellitus Typ 2</b>	<b>16</b>
5.1 Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen	16
5.1.1 Übersicht allgemeine Informationen	16
5.1.2 Alterverteilung der teilnehmenden Patienten	16
5.2 Ergebnisse der Qualitätsziele DMP Diabetes Mellitus Typ 2	17
<b>6 Koronare Herzkrankheit</b>	<b>19</b>
6.1 Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen	19
6.1.1 Übersicht allgemeine Informationen	19
6.1.2 Alterverteilung der teilnehmenden Patienten	19
6.2 Ergebnisse der Qualitätsziele DMP Koronare Herzkrankheit	20
<b>7 Schulungen</b>	<b>22</b>
<b>8 Fazit und Ausblick</b>	<b>23</b>

# 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 2022 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. Aufgrund des Auslaufens der Corona-Sonderregelungen kommt es im Jahr 2022 aber noch zu leichten Verzerrungen bei den Qualitätszielerreichungen (besonders bei den Schulungen).

Weitergehende Informationen zu den einzelnen Hamburger DMP-Verträgen mit ihren jeweiligen Qualitätszielen stehen auf der Homepage der KV Hamburg unter [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) zur Verfügung.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text ausschließlich die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf alle Geschlechter (außer beim DMP Brustkrebs wird nur die weibliche Form verwendet).

## 1 DMP-Programme in Hamburg

In Hamburg wurden bislang 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 01.07.2003
DMP Brustkrebs	(BK)	ab 01.04.2004
DMP Koronare Herzkrankheit	(KHK)	ab 01.02.2006
DMP Asthma bronchiale sowie COPD	(AB/C)	ab 01.07.2007
DMP Diabetes mellitus Typ 1	(DM 1)	ab 01.07.2007

### 1.1 Reminder

Die Datenstelle DAVASO hat im Jahr 2022 folgende Anzahl an Remindern verschickt.

Quartal	Anzahl Reminder
1/2022	617
2/2022	618
3/2022	600
4/2022	606

## 1.2 Feedback-Berichte

Für das strukturierte Feedback wurde folgende Anzahl an Berichten an die teilnehmenden Ärzte verschickt:

Anzahl der DMP-Feedbackberichte 2022

Indikation	1. Halbjahr	2. Halbjahr	Gesamt 2022
Asthma	365	337	702
Brustkrebs	14	12	26
COPD	356	325	681
DM 1	30	30	60
DM 2	491	472	963
KHK	466	452	918

# 2 Asthma Bronchiale sowie COPD

In diesem Abschnitt finden Sie die Auswertungen zum DMP Asthma Bronchiale sowie COPD.

## 2.1 Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen

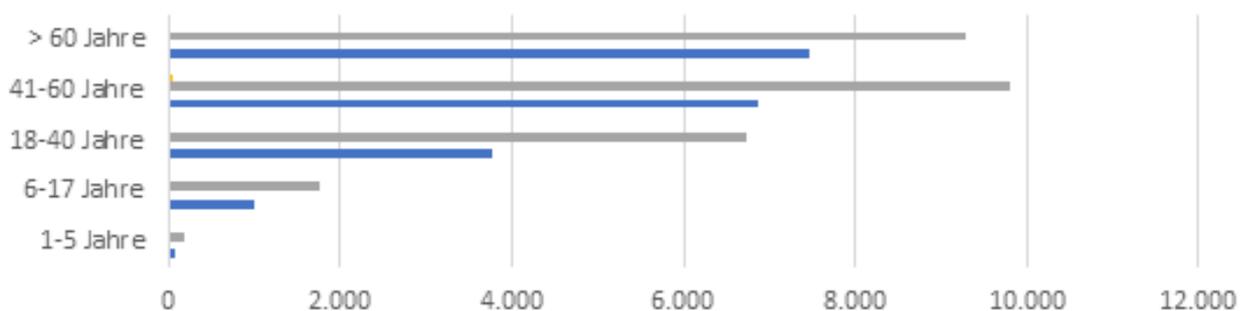
### 2.1.1 Übersicht allgemeine Informationen

Asthma bronchiale	Anzahl
Am DMP teilnehmende Hausärzte	749
davon pneumologisch qualifiziert	48
davon Kinderärzte	55
davon pneumologisch qualifizierte Kinderärzte	13
Ärzte, die die jährlichen Strukturvoraussetzungen nicht erfüllt haben	16
Am DMP teilnehmende Krankenhäuser	3
Am DMP teilnehmende Rehabilitationskliniken	3
Im 1. Halbjahr vorliegende Dokumentationen	27.797
Davon Erstdokumentationen	3.674
Davon Folgedokumentationen	24.123
Im 2. Halbjahr vorliegende Dokumentationen	18.856
Davon Erstdokumentationen	2.533
Davon Folgedokumentationen	16.323

COPD	Anzahl
Am DMP teilnehmende Hausärzte	713
Am DMP teilnehmende pneumologisch qualifizierte Ärzte	44
Ärzte, die die jährlichen Strukturvoraussetzungen nicht erfüllt haben	14
Am DMP teilnehmende Krankenhäuser	2
Am DMP teilnehmende Rehabilitationskliniken	2
Im 1. Halbjahr vorliegende Dokumentationen	13.371
davon Erstdokumentationen	981
davon Folgedokumentationen	12.390
Im 2. Halbjahr vorliegende Dokumentationen	10.307
davon Erstdokumentationen	937
davon Folgedokumentationen	9.370

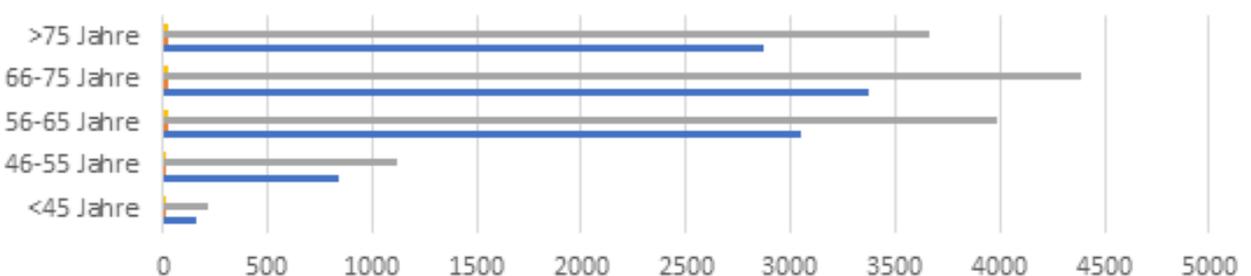
## 2.1.2 Alterverteilung der teilnehmenden Patienten

### DMP Asthma



	1-5 Jahre	6-17 Jahre	18-40 Jahre	41-60 Jahre	> 60 Jahre
■ 1. Halbjahr Prozent	0,7	6,4	24,3	35,3	33,4
■ 1. Halbjahr Anzahl	190	1.770	6.739	9.796	9.289
■ 2. Halbjahr Prozent	0,3	3,6	13,6	24,7	26,9
■ 2. Halbjahr Anzahl	83	1.003	3.775	6.866	7.466

### DMP COPD



	<45 Jahre	46-55 Jahre	56-65 Jahre	66-75 Jahre	>75 Jahre
■ 1. Halbjahr Prozent	1,6	8,4	29,8	32,8	27,4
■ 1. Halbjahr Anzahl	220	1.118	3.986	4.385	3.662
■ 2. Halbjahr Prozent	1,5	8,2	29,6	32,8	27,9
■ 2. Halbjahr Anzahl	158	844	3050	3378	2877

## 2.2 Ergebnisse der Qualitätsziele DMP Asthma Bronchiale

Zielerreichung: erreicht nicht erreicht ohne Zielwert

Qualitätsziel		Berichtszeitraum 01.01.2022-30.06.2022			Berichtszeitraum 01.07.2022-31.12.2022		
		Berücksichtigte Patienten	Patienten mit Merkmal	erreichter Wert	Berücksichtigte Patienten	Patienten mit Merkmal	erreichter Wert
Kontrolliertes Asthma (Erwachsene)	mindestens 90 %	15.781	13.590	86,1 %	13.480	11.797	87,5 %
Unkontrolliertes Asthma (Erwachsene)	höchstens 20 %	15.781	613	3,9 %	13.480	480	3,6 %
Kontrolliertes Asthma (6 – 17 Jahre)	hoher Anteil	922	798	86,6 %	774	652	84,2 %
Unkontrolliertes Asthma (6 – 17 Jahre)	niedriger Anteil	922	10	1,1 %	774	18	2,3 %
Kontrolliertes Asthma (1-5 Jahre)	hoher Anteil	68	52	76,5 %	43	33	76,7 %
Unkontrolliertes Asthma (1-5 Jahre)	niedriger Anteil	68	1	1,5 %	43	0	0,0 %
Selbstmanagementplan	mindestens 90 %	16.771	13.391	79,8 %	14.297	11.367	79,5 %
Ungeplante notfallmäßige Behandlung	höchstens 10 %	19.911	562	2,8 %	14.119	401	2,8 %
Inhalative Glukokortikosteroide (ICS)	mindestens 90 %	23.443	22.623	96,5 %	16.505	15.830	95,9 %
Beta-2-Sympathomimetika (LABA) o. ICS	weniger als 15 %	19.738	629	3,2 %	13.968	528	3,8 %
Überprüfung der Inhalationstechnik	mindestens 90 %	26.465	23.542	89,0 %	18.665	15.977	85,6 %
Raucherquote (unter allen Teilnehmern)	niedriger Anteil	27.029	3.114	11,5 %	19.194	2.170	11,3 %
Raucherquote (seit DMP-Einschreibung)	niedriger Anteil	3.426	1.870	54,6 %	2.191	1.121	51,2 %
Jährliche Ermittlung des FEV1-Wertes	hoher Anteil	19.829	15.556	78,5 %	14.083	10.448	74,2 %

### Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

- **Asthma-Kontrolle:** Insgesamt betrachtet haben wenige Patienten im DMP Asthma eine unzureichende Asthma-Kontrolle (Erwachsene unter 4 %, Kinder bis einschließlich 5 Jahre max. 1,5 %, Kinder von 6 bis 17 Jahren unter 3 %).
- **Notfallmäßige Behandlungen:** Das Qualitätsziel wird mit Abstand erreicht. Lediglich 3 % der Patienten im DMP Asthma benötigten eine ungeplante notfallmäßige Behandlung.
- **Kontrolle des FEV1-Wertes:** Es ist kein Zielwert definiert. Im Gegensatz zu den vorherigen Berichtszeiträumen ist der letzte FEV1-Wert leicht auf einen Anteil von 74 % gesunken. Die weitere Entwicklung sollte beobachtet werden.

- **Inhalative Glukokortikosteroide (ICS):** Im Rahmen des DMP sollen 90 % der Asthma-Patienten, für die eine inhalative Dauertherapie erfolgt, ICS als Bestandteil der Therapie verordnet bekommen. Aktuell wird dieser Zielwert mit ungefähr 96 % erreicht, d. h. fast jeder Asthma-Patient hat ICS inhaliert.
- **Beta-2-Sympathomimetika (LABA) ohne ICS:** Das Qualitätsziel wird seit der Einführung im Jahr 2019 konstant erreicht (aktueller Wert unter 4 %).
- **Überprüfung der Inhalationstechnik:** Das Qualitätsziel von 90 % wird knapp verfehlt (89 % bzw. 86 %). Die weitere Entwicklung sollte beobachtet werden, um ggfs. rechtzeitig gegensteuern zu können.
- **Selbstmanagementplan:** Das Qualitätsziel wird regelmäßig um knapp 10 Prozentpunkte verfehlt. Es sollte sich daher überlegt werden, welche konkreten Fördermaßnahmen für den Selbstmanagementplan zur Zielerreichung beitragen können.
- **Raucherquote:** Aktuell rauchen knapp über 11 % der DMP Asthma Teilnehmer. Seit Einführung des Qualitätsindikators hat es keine nennenswerten Veränderungen gegeben. In Zukunft sollte beobachtet werden, ob der Zugang zu strukturierten und evaluierten Tabakentwöhnungsprogrammen einen positiven Einfluss auf die Raucherquote hat.
- **Raucherquote (seit DMP-Einschreibung):** Dieser Qualitätsindikator misst den Erfolg der Tabakentwöhnung unter Patienten, die zum Zeitpunkt der Einschreibung in das DMP Raucher waren. Es kann daher durchaus als Erfolg des DMP-Programms angesehen werden, dass bereits knapp 50 % dieser Patienten aktuell nicht mehr rauchen.

## 2.3 Ergebnisse der Qualitätsziele DMP COPD

Zielerreichung: erreicht nicht erreicht ohne Zielwert

Qualitätsziel		Berichtszeitraum 01.01.2022-30.06.2022			Berichtszeitraum 01.07.2022-31.12.2022		
Qualitätsindikator	Zielwert	Berücksichtigte Patienten	Patienten mit Merkmal	erreichter Wert	Berücksichtigte Patienten	Patienten mit Merkmal	erreichter Wert
Notfallmäßige stationäre Behandlung	höchstens 10 %	9.467	165	1,7 %	7.481	144	1,9 %
Exazerbationen	höchstens 20 %	10.638	491	4,6 %	8.411	319	3,8 %
Empfehlung zum Tabakverzicht	hoher Anteil	4.945	3.976	80,4 %	3.794	3.058	80,6 %
Teilnahme an Tabakentwöhnung	niedriger Anteil	1.220	686	56,2 %	914	514	56,2 %
Raucherquote	niedriger Anteil	13.371	4.945	37,0 %	10.307	3.794	36,8 %
Raucher (seit DMP-Einschreibung)	niedriger Anteil	4.538	3.013	66,4 %	3.343	2.187	65,4 %
Überprüfung der Inhalationstechnik	mindestens 90 %	13.371	10.989	82,2 %	10.307	8.116	78,7 %
Inhalative Glukokortikosteroide (ICS)	niedriger Anteil	1.708	775	45,4 %	1.297	563	43,4 %
Osteoporose-Risiko	hoher Anteil	9.467	5.747	60,7 %	7.481	4.833	64,6 %
Systemische Glukokortikosteroide	höchstens 10 %	11.425	88	0,8 %	8.559	68	0,8 %
Empfehlung für körperliches Training	hoher Anteil	13.371	9.707	72,6 %	10.307	7.614	73,9 %
Jährliche Ermittlung des FEV1-Wertes	hoher Anteil	9.467	7.292	77,0 %	7.481	5.400	72,2 %

### Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

- **Notfallmäßige stationäre Behandlung:** Die Vermeidung von notfallmäßigen Ereignissen ist ein primäres Ziel des DMP COPD. Seit Jahren wird dieses Qualitätsziel kontinuierlich überragend erfüllt (unter 2 %).
- **Exazerbationen:** Das Qualitätsziel wird kontinuierlich mit einem sehr guten Ergebnis erreicht.
- **Empfehlung zum Tabakverzicht:** Der Anteil an den rauchenden Patienten mit Empfehlung zur Tabakverzicht ist seit Einführung des Qualitätsindikators auf einem hohen Niveau (über 80 %).
- **Teilnahme an Tabakentwöhnung:** Unter Betrachtung der Patienten, die eine Empfehlung zur Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm erhalten haben und im Berichtszeitraum noch Raucher waren, hat nur ca. die Hälfte der Patienten an einem solchen Programm teilgenommen.
- **Raucherquote:** Rauchen ist die Hauptursache für die Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Daher ist der Anteil der Raucher deutlich höher als bei den anderen DMP. In Zukunft sollte daher beobachtet werden, ob der Zugang zu strukturierten und evaluierten Tabakentwöhnungsprogrammen einen positiven Einfluss auf die Raucherquote hat.
- **Raucher (seit DMP-Einschreibung):** Wie beim Qualitätsindikator Raucherquote ist auch bei diesem In-

dikator ein deutliches Verbesserungspotential festzustellen.

- **Überprüfung der Inhalationstechnik:** Das Qualitätsziel in Höhe von 90 % wird regelmäßig leicht unterschritten (5-15 Prozentpunkte). Der Qualitätsindikator berücksichtigt aber auch solche Patienten, die aktuell keine inhalative Medikation erhalten. Womöglich ist das eine Erklärung für die Unterschreitung.
- **Inhalative Glukokortikosteroide (ICS):** Dieser Qualitätsindikator zeigt an, dass regelmäßig für ca. 45 % der COPD-Patienten eine Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS) dokumentiert wird, obwohl keine Begleiterkrankung Asthma angegeben wurde. Bei diesen Patienten ist die Therapie nur dann indiziert, wenn der FEV1-Wert des Patienten weniger als 50 % des Sollwertes beträgt. In diesen Fällen sollte eine Überprüfung der Medikation und/oder eine Überprüfung der Dokumentation des FEV1-Wertes erfolgen.
- **Osteoporose-Risiko:** Bei über 60 % der Patienten am DMP COPD wird das Risiko für Osteoporose mindestens jährlich abgeschätzt. Die große Variation zwischen den Arztpraxen suggeriert jedoch, dass mit dem Thema sehr unterschiedlich umgegangen wird.
- **Systemische Glukokortikosteroide:** Das Qualitätsziel wird kontinuierlich mit einem sehr guten Ergebnis erreicht.
- **Empfehlung für körperliches Training:** Seit Einführung des Qualitätsindikators wird kontinuierlich bei ca. 70 % Patienten ein körperliches Training empfohlen. Das Qualitätsziel umfasst sowohl Patienten, die bereits körperlich aktiv sind, als auch solche, für die ein Training eventuell nicht zumutbar ist. Eine weitere Differenzierung könnte womöglich zu einer besseren Interpretation dieses Qualitätsziels führen.
- **Jährliche Ermittlung des FEV1-Wertes:** Das Qualitätsziel ist im Gegensatz zu den Vorjahren gesunken (von ca. 82 % auf ca. 72 %). Auch wenn diese Veränderung durch eine Vielzahl an Faktoren verursacht werden könnte, deutet sie auch auf das Potenzial, dass das Qualitätsziel zukünftig wieder gesteigert werden kann. Die weitere Entwicklung sollte daher beobachtet werden.

# 3 Brustkrebs

In diesem Abschnitt finden Sie die Auswertungen zum DMP Brustkrebs

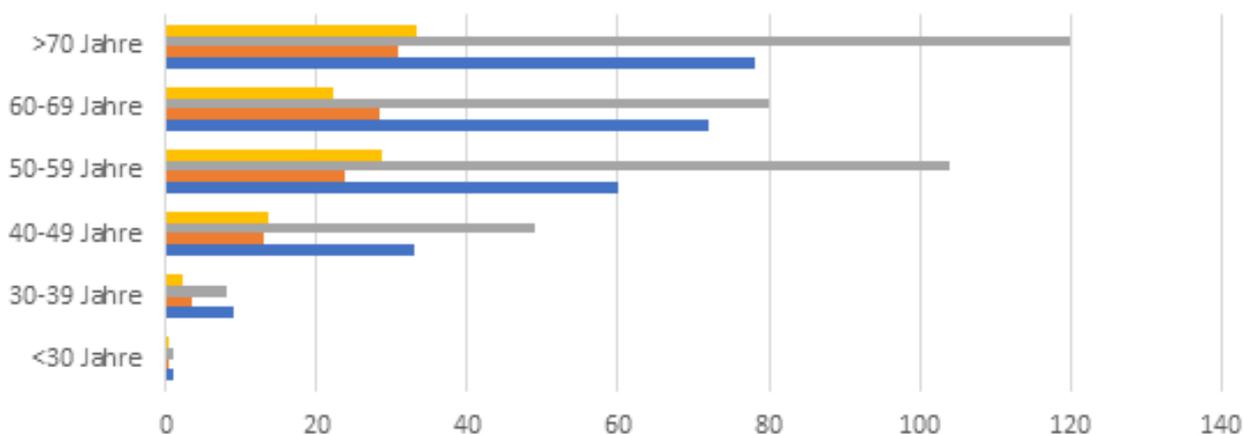
## 3.1 Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen

### 3.1.1 Übersicht allgemeine Informationen

Brustkrebs	Anzahl
Am DMP teilnehmende Gynäkologen	37
Davon onkologisch qualifizierte koordinierende Ärzte	4
Ärzte, die die Nachweise nicht erbracht haben	0
Am DMP teilnehmende Krankenhäuser	5
Am DMP teilnehmende Rehabilitationskliniken	0
Im 1. Halbjahr vorliegende Dokumentationen	362
Davon Erstdokumentationen	47
Davon Folgedokumentationen	315
Im 2. Halbjahr vorliegende Dokumentationen	253
Davon Erstdokumentationen	35
Davon Folgedokumentationen	218

### 3.1.2 Alterverteilung der teilnehmenden Patienten

#### DMP Brustkrebs



	<30 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre	>70 Jahre
■ 1. Halbjahr Prozent	0,3	2,2	13,5	28,7	22,1	33,1
■ 1. Halbjahr Anzahl	1	8	49	104	80	120
■ 2. Halbjahr Prozent	0,4	3,6	13,0	23,7	28,5	30,8
■ 2. Halbjahr Anzahl	1	9	33	60	72	78

## 3.2 Ergebnisse der Qualitätsziele DMP Brustkrebs

Zielerreichung: erreichtnicht erreichtohne Zielwert

Qualitätsziel		Berichtszeitraum 01.01.2022-30.06.2022			Berichtszeitraum 01.07.2022-31.12.2022		
Qualitätsindikator	Zielwert	Berücksichtigte Patientinnen	Patientinnen mit Merkmal	erreichter Wert	Berücksichtigte Patientinnen	Patientinnen mit Merkmal	erreichter Wert
Indizierte adjuvante endokrine Therapie	mindestens 95 %	206	169	82,0 %	137	119	86,9 %
Nebenwirkungen der endokrinen Therapie erfasst	mindestens 95 %	216	216	100,0 %	162	160	98,8 %
mindestens 5 Jahre andauernde adjuvante endokrine Therapie	mindestens 75 %	76	55	72,4 %	51	39	76,5 %
DXA-Befund bei Aromataseinhibitoren bekannt	hoher Anteil	110	46	41,8 %	98	49	50,0 %
Kardiotoxische Tumorthherapie bekannt	mindestens 90 %	362	358	98,9 %	253	247	97,6 %
Symptomatisches Lymphödem	höchstens 30 %	282	8	2,8 %	187	17	9,1 %
Körperliches Training	mindestens 75 %	362	357	98,6 %	253	251	99,2 %
Körperliches Training bei BMI > 30	mindestens 90 %	53	52	98,1 %	58	57	98,3 %
Therapie der Knochenmetastasen	mindestens 85 %	9	2	22,2 %	10	5	50,0 %
Bioptische Sicherung viszeraler Metastasen	hoher Anteil	4	2	50,0 %	4	2	50,0 %

### Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

- **Indizierte adjuvante endokrine Therapie:** Dieser Qualitätsindikator ermittelt Patientinnen, die trotz Indikation aktuell keine endokrine Therapie erhalten. Das Qualitätsziel wird regelmäßig mit einem Anteil von 76 % bis 87 % verfehlt. Womöglich spricht bei Patientinnen ohne adjuvante endokrine Therapie die individuelle Nutzen-Risikoabwägung gegen die Einleitung einer solchen Therapie.
- **Nebenwirkungen der endokrinen Therapie erfasst:** Das Ergebnis des Qualitätsziels liegt konsistent seit Jahren bei nahezu von 100 %. Aktuell wird das Ziel mit einem Anteil von 98 % erreicht.
- **Mindestens 5 Jahre andauernde adjuvante endokrine Therapie:** Die endokrine Therapie soll mindestens 5 Jahre lang fortgeführt werden. Mit kleinen Schwankungen wird dieses Qualitätsziel regelmäßig erfüllt (aktuell ca. 77 %).
- **DXA-Befund bei Aromataseinhibitoren bekannt:** Zu diesem Qualitätsindikator gibt es keinen konkreten Zielwert. Mit lediglich einem Anteil von ca. 50 % wird der angestrebte hohe Anteil weit verfehlt. Mögliche Gründe sind nicht bekannt und müssten zur weiteren Qualitätsbewertung erfragt werden.
- **Kardiotoxische Tumorthherapie bekannt:** Das Qualitätsziel wird mit 98 % erreicht. Bei fast allen Patientinnen wird dokumentiert, ob eine kardiotoxische Tumorthherapie mit linksthorakaler Bestrahlung, Anthrazyklinen und/oder Trastuzumab stattgefunden hat.

- **Symptomatisches Lymphödem:** Das Qualitätsziel wird kontinuierlich sehr gut erreicht. Aktuell haben nur etwa 9 % der Patientinnen mit operativer Therapie ein symptomatisches Lymphödem.
- **Körperliches Training:** Nahezu alle Patientinnen des DMP Brustkrebs (99%) wird ein körperliches Training empfohlen (Anteil bei 99%).
- **Körperliches Training bei BMI > 30:** Der Anteil der übergewichtigen Patientinnen, die eine Empfehlung zum körperlichen Training erhalten, liegt auch beinahe 100% (Anteil bei 98 %).
- **Therapie der Knochenmetastasen:** Das Qualitätsziel wird „formal“ nicht erfüllt (nur ein Anteil von 50 %). Da der Qualitätsindikator jedoch nur wenige Patientinnen (aktuell 10 Patientinnen) betrifft, ist die Aussagekraft des Ergebnisses zu hinterfragen.
- **Biopsische Sicherung viszeraler Metastasen:** Bei möglichst vielen Patientinnen mit erstmaligem Auftreten von viszeralen Fernmetastasen soll eine biopsische Sicherung erfolgen. Dieses Qualitätsziel betrifft nur wenige Patientinnen (4 bis 8 Patientinnen in den letzten Jahren). Aus diesem Grund unterliegt der Qualitätsindikator erheblichen Schwankungen. In den letzten Jahren liegt das Ergebnis stets in der Spanne von 25 % bis 75 %.

# 4 Diabetes Mellitus Typ 1

In diesem Abschnitt finden Sie die Auswertungen zum DMP Diabetes Mellitus Typ 1

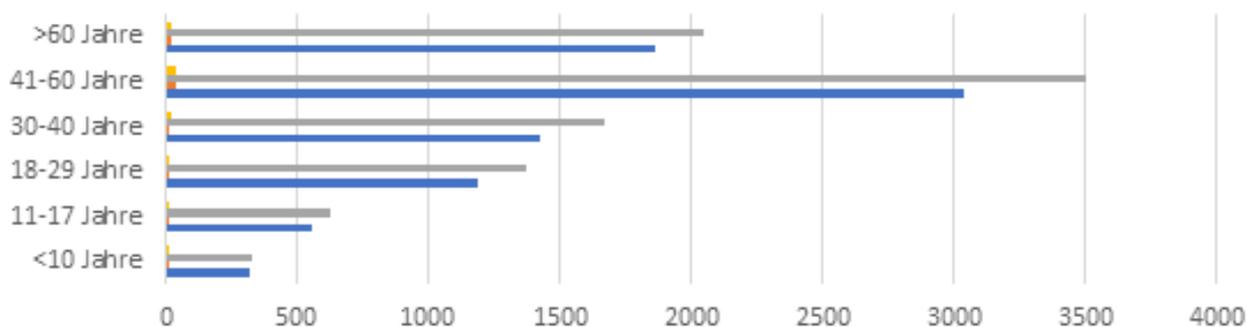
## 4.1 Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen

### 4.1.1 Übersicht allgemeine Informationen

Diabetes Mellitus Typ 1	Anzahl
Am DMP teilnehmende diabetologisch qualifizierte Fachärzte	65
Davon fachärztliche Internisten (mit diabetologischer Qualifikation)	48
Davon diabetologisch qualifizierte Kinderärzte	11
Davon Hausärzte	7
Ärzte, die die Nachweise nicht erbracht haben	1
Am DMP teilnehmende Krankenhäuser	4
Am DMP teilnehmende Rehabilitationskliniken	2
Im 1. Halbjahr vorliegende Dokumentationen	9.542
Davon Erstdokumentationen	309
Davon Folgedokumentationen	9.233
Im 2. Halbjahr vorliegende Dokumentationen	8.394
Davon Erstdokumentationen	433
Davon Folgedokumentationen	7.961

### 4.1.2 Alterverteilung der teilnehmenden Patienten

#### DMP Diabetes Mellitus Typ 1



	<10 Jahre	11-17 Jahre	18-29 Jahre	30-40 Jahre	41-60 Jahre	>60 Jahre
■ 1. Halbjahr Prozent	3,4	6,6	14,3	17,5	36,7	21,4
■ 1. Halbjahr Anzahl	329	627	1.369	1.668	3.505	2.044
■ 2. Halbjahr Prozent	3,8	6,6	14,2	17,0	36,2	22,2
■ 2. Halbjahr Anzahl	321	554	1189	1426	3038	1866

## 4.2 Ergebnisse der Qualitätsziele DMP Diabetes Mellitus Typ 1

Zielerreichung: erreicht nicht erreicht ohne Zielwert

Qualitätsziel		Berichtszeitraum 01.01.2022-30.06.2022			Berichtszeitraum 01.07.2022-31.12.2022		
Qualitätsindikator	Zielwert	Berücksichtigte Patienten	Patienten mit Merkmal	erreichter Wert	Berücksichtigte Patienten	Patienten mit Merkmal	erreichter Wert
Hypoglykämie	höchstens 15 %	7.648	101	1,3 %	6.752	80	1,2 %
Notfallmäßige stationäre Behandlung	höchstens 2 %	8.140	37	0,5 %	7.605	16	0,2 %
Überprüfung Injektionsstellen	mindestens 90 %	8.140	4.550	55,9 %	7.605	4.060	53,4 %
Blutdruck $\leq$ 139/89 mmHg	mindestens 60 %	3.081	1.449	47,0 %	2.742	1.288	47,0 %
HbA1c-Wert > 8,5 % (unter 30 Jahre)	höchstens 20 %	2.325	575	24,7 %	2.064	517	25,0 %
HbA1c-Wert > 8,5 % (ab 30 Jahre)	höchstens 10 %	7.217	1.506	20,9 %	6.330	1.186	18,7 %
Individueller HbA1c-Zielwert	hoher Anteil	7.648	3.745	49,0 %	7.648	3.745	49,0 %
Albumin-Ausscheidung	mindestens 90 %	6.860	4.312	62,9 %	6.030	3.701	61,4 %
Nierenfunktion (eGFR)	mindestens 90 %	6.992	5.489	78,5 %	6.114	4.710	77,0 %
Thrombozytenaggregationshemmer (TAH)	mindestens 80 %	826	518	62,7 %	709	435	61,4 %
Fußstatus	mindestens 80 %	6.992	5.286	75,6 %	6.114	4.369	71,5 %

### Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

- **Hypoglykämie:** Das Qualitätsziel wird mit Abstand erreicht, lediglich 1 % der Patienten hatten eine Hypoglykämie.
- **Notfallmäßige stationäre Behandlung:** Notfallmäßige stationäre Behandlungen stellen seltene Ereignisse dar. Das Qualitätsziel wird mit einem geringen Anteil von 0,2 % sehr gut erreicht.
- **Überprüfung Injektionsstellen:** Die Inspektion der Insulininjektionsstellen gehört zu jeder vierteljährlichen Untersuchung bei Typ-1-Diabetes-Patienten. Das Qualitätsziel wird mit einem Anteil von 53 % verfehlt. Es sollte eruiert werden, ob es sich um einen Dokumentationsfehler handelt oder ob die Injektionsstellen tatsächlich so oft nicht überprüft wurden.
- **Blutdruck  $\leq$  139/89 mmHg:** Unter den Patienten mit bekannter Hypertonie hatten knapp die Hälfte der Patienten Blutdruckwerte  $\leq$  139/89 mmHg (Anteil von 47 %). Das geforderte Qualitätsziel mit Zielwert von 60 % wird somit nicht erreicht.
- **HbA1c-Wert > 8,5 %:** Der Qualitätsindikator wird bei den Patienten unter 30 Jahren (um 5 Prozentpunkte) und bei den Patienten über 30 Jahren (um 8 Prozentpunkte) leicht verfehlt. Es sollte eine weitere Senkung des Anteils mit hohen HbA1c-Werten angestrebt werden.
- **Individueller HbA1c-Zielwert:** Lediglich die Hälfte der Typ-1-Diabetes-Patienten erreichen ihren individuell

vereinbarten HbA1c-Zielwert.

- **Albumin-Ausscheidung:** Patienten mit Typ-1-Diabetes erhalten mindestens einmal jährlich eine entsprechende Urin-Untersuchung zum Ausschluss einer diabetischen Nephropathie. Das Qualitätsziel wurde mit einem Anteil vom 61 % um 29 Prozentpunkte verfehlt. Die Praxen, die das Ziel nicht erreicht haben, sollten auf Basis des Feedbackberichts prüfen, woran dies liegt.
- **Nierenfunktion (eGFR):** Die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) als Maß für die Nierenfunktion ist mindestens jährlich auf Basis des Serum-Kreatinin-Wertes zu bestimmen. Das Qualitätsziel wurde mit einem Anteil vom 78 % um 12 Prozentpunkte verfehlt. Die Praxen, die das Ziel nicht erreicht haben, sollten auf Basis des Feedbackberichts prüfen, woran dies liegt.
- **Thrombozytenaggregationshemmer (TAH):** TAH sollen bei mindestens 80 % aller Patienten mit einer Makroangiopathie verordnet werden. Das Qualitätsziel wurde mit einem Anteil vom 63 % um 17 Prozentpunkte verfehlt.
- **Fußstatus:** Die Inspektion der Füße bei Typ-1-Diabetes-Patienten ist mindestens einmal im Jahr Pflicht. Das Qualitätsziel wird jedoch mit einem Wert von ungefähr 70-75 % regelmäßig nicht erreicht. Es sollte geprüft werden, ob es sich um einen Dokumentationsfehler handelt oder ob die Füße tatsächlich so oft nicht inspiziert wurden.

# 5 Diabetes Mellitus Typ 2

In diesem Abschnitt finden Sie die Auswertungen zum DMP Diabetes Mellitus Typ 2

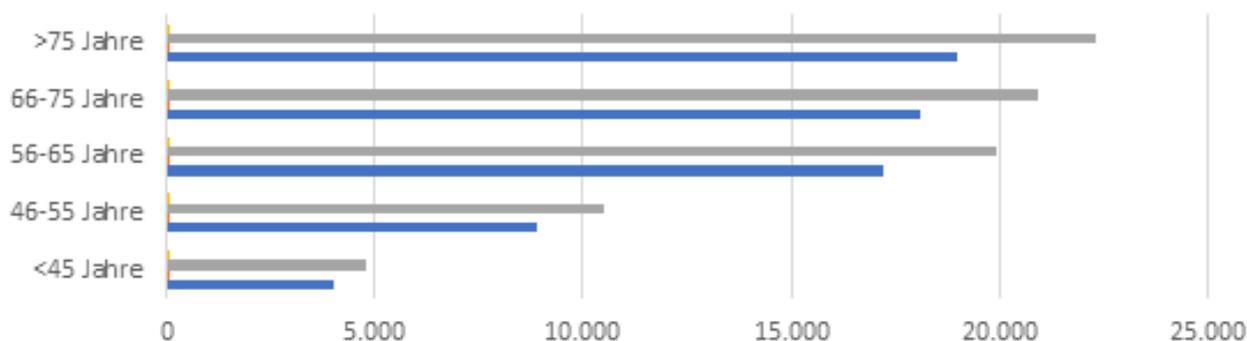
## 5.1 Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen

### 5.1.1 Übersicht allgemeine Informationen

Diabetes Mellitus Typ 2	Anzahl
Am DMP teilnehmende Hausärzte auf der Versorgungsebene 1	826
Am DMP teilnehmende diabetologisch qualifizierte Fachärzte auf der Versorgungsebene 2	72
Davon koordinierende diabetologisch qualifizierte Fachärzte	72
Ärzte, die die Nachweise nicht erbracht haben	12
Am DMP teilnehmende Krankenhäuser	2
Am DMP teilnehmende Rehabilitationskliniken	1
Im 1. Halbjahr vorliegende Dokumentationen	78.480
Davon Erstdokumentationen	3.749
Davon Folgedokumentationen	74.731
Im 2. Halbjahr vorliegende Dokumentationen	67.180
Davon Erstdokumentationen	4.456
Davon Folgedokumentationen	62.724

### 5.1.2 Alterverteilung der teilnehmenden Patienten

#### DMP Diabetes Mellitus Typ 2



	<45 Jahre	46-55 Jahre	56-65 Jahre	66-75 Jahre	>75 Jahre
■ 1. Halbjahr Prozent	6,1	13,4	25,4	26,7	28,5
■ 1. Halbjahr Anzahl	4.785	10.515	19.923	20.924	22.333
■ 2. Halbjahr Prozent	6,0	13,2	25,6	26,9	28,2
■ 2. Halbjahr Anzahl	4.015	8.893	17.228	18.091	18.953

## 5.2 Ergebnisse der Qualitätsziele DMP Diabetes Mellitus Typ 2

Zielerreichung: erreicht nicht erreicht ohne Zielwert

Qualitätsziel		Berichtszeitraum 01.01.2022-30.06.2022			Berichtszeitraum 01.07.2022-31.12.2022		
		Berücksichtigte Patienten	Patienten mit Merkmal	erreichter Wert	Berücksichtigte Patienten	Patienten mit Merkmal	erreichter Wert
Hypoglykämie	weniger als 1 %	59.717	127	0,2 %	51.340	99	0,2 %
Notfallmäßige stationäre Behandlung	weniger als 1 %	64.517	92	0,1 %	58.928	47	0,1 %
Metformin	mindestens 70 %	25.529	22.205	87,0 %	21.746	18.822	86,6 %
Augenärztliche Untersuchung	mindestens 90 %	53.198	35.756	67,2 %	45.664	30.309	66,4 %
Thrombozytenaggregationshemmer (TAH)	mindestens 80 %	17.223	12.959	75,2 %	14.581	10.985	75,3 %
HbA1c-Wert > 8,5 %	höchstens 10 %	78.480	9.088	11,6 %	67.180	6.923	10,3 %
Individueller HbA1c-Zielwert	mindestens 60 %	59.717	38.181	63,9 %	51.340	33.901	66,0 %
RR ≤ 139/89 mmHg	mindestens 45 %	58.109	30.545	52,6 %	49.696	25.833	52,0 %
Systolischer Blutdruck > 150 mmHg	höchstens 15 %	58.109	9.241	15,9 %	49.696	8.437	17,0 %
Jährliche eGFR	mindestens 90 %	59.717	49.974	83,7 %	51.340	42.403	82,6 %
Behandlung Fußläsionen	mindestens bei 65 %	310	172	55,5 %	227	122	53,7 %
Jährlicher Fußstatus	mindestens 80 %	59.717	47.714	79,9 %	51.340	39.588	77,1 %
Pulsstatus bei Ulkus	mindestens 80 %	749	606	80,9 %	580	453	78,1 %
Intervalle Fußinspektion	mindestens 80 %	12.948	8.921	68,9 %	9.789	6.537	66,8 %

### Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

- **Hypoglykämie:** Bei Patienten mit einem notfallmäßigen Ereignis wie einer schweren Hypoglykämie ist eine zeitnahe Ursachenklärung und Therapiezielüberprüfung notwendig. Das Qualitätsziel wird sehr gut erreicht (Anteil von lediglich 0,2 %).
- **Notfallmäßige stationäre Behandlung:** Notfallmäßig stationäre Behandlungen wegen Diabetes mellitus Typ 2 kommen selten vor: Der Anteil unter allen Patienten geht gegen 0 %.
- **Metformin:** Aufgrund seiner erwiesenen Wirksamkeit ist Metformin die erste Wahl für die medikamentöse Therapie bei Typ-2-Diabetespatienten. Das Qualitätsziel wird sehr gut erreicht (Anteil von knapp über 85 %).
- **Augenärztliche Untersuchung:** Patienten mit Typ-2-Diabetes sollen ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung mindestens alle zwei Jahre systematisch augenärztlich untersucht werden. Das Qualitätsziel wird mit einem Wert knapp unter 70 % nicht erreicht. Die Praxen sollten den Feedbackbericht nutzen, um Patienten gezielt an die Durchführung der Netzhautuntersuchung zu erinnern. Eventuelle Dokumentationsprobleme sollten

korrigiert werden.

- **Thrombozytenaggregationshemmer (TAH):** TAH sollen grundsätzlich bei jedem Patienten mit Makroangiopathie und ohne vorhandene Kontraindikationen verordnet werden. Das Qualitätsziel wird knapp verfehlt (Anteil von 75 %). Es sollte eruiert werden, warum einige Praxen laut Dokumentation zu wenig TAH verordnen.
- **HbA1c-Wert > 8,5 %:** Der Anteil der Patienten mit hohem HbA1c-Wert liegt knapp über dem Zielwert von 10 %. Der Indikator weist regelmäßig eine saisonale Schwankung auf: Im ersten Halbjahr eines Jahres haben ca. 1 % mehr Patienten einen hohen HbA1c-Wert als jeweils im zweiten Halbjahr.
- **Individueller HbA1c- Zielwert:** Das Qualitätsziel wird kontinuierlich mit einem Zielwert von knapp über 60 % erreicht. Zusammen mit dem Qualitätsindikator HbA1c-Wert > 8,5 %: deuten auf eine gute Ergebnisqualität hin.
- **RR ≤ 139/89 mmHg:** Unter den Patienten, bei denen in der aktuellen Dokumentation die Begleiterkrankung "Hypertonie" angegeben wurde, hatten mehr als die Hälfte der Patienten Blutdruckwerte ≤ 139/89 mmHg. Das Qualitätsziel wurde somit ausreichend erfüllt (Anteil von 52 %).
- **Systolischer Blutdruck > 150 mmHg:** Das angestrebte Qualitätsziel von 15 % wird knapp verfehlt. Es sollte eine weitere Senkung des Anteils an Patienten mit systolischem Blutdruck > 150 mmHg angestrebt werden.
- **Jährliche eGFR:** Die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) als Maß für die Nierenfunktion ist mindestens jährlich auf Basis des Serum-Kreatinin-Wertes zu bestimmen. Das Qualitätsziel wurde mit einem Anteil von ca. 83 % knapp verfehlt. Die Praxen, die das Ziel nicht erreicht haben, sollten auf Basis des Feedbackberichts prüfen, woran dies liegt.
- **Behandlung Fußläsionen:** Ein wichtiges Ziel des DMP Diabetes mellitus Typ 2 ist die Vermeidung von Fußamputationen. Das Qualitätsziel wurde um mindestens 10 Prozentpunkte unterschritten. Die Praxen, die das Ziel nicht erreicht haben, sollten auf Basis des Feedbackberichts prüfen, woran dies liegt.
- **Jährlicher Fußstatus:** Die Inspektion der Füße bei Typ-2-Diabetespatienten ist mindestens einmal im Jahr Pflicht. Das Qualitätsziel wird mit einem Wert von ungefähr 77-79 % fast erreicht.
- **Pulsstatus bei Ulkus:** Bei mindestens 80 % der Patienten mit Ulkus soll zusammen mit der Fußinspektion auch der periphere Pulsstatus untersucht werden. Das Qualitätsziel wird mit einem Wert von ungefähr 78 bis 81 % überwiegend erreicht.
- **Intervalle Fußinspektion:** Bei Patienten mit Sensibilitätsstörung ist die Fußinspektion alle sechs Monate erforderlich. Ist der Pulsstatus auffällig oder besteht ein weiteres Risiko für ein Ulkus, ist eine Inspektion mindestens alle drei Monate erforderlich. Das Qualitätsziel wird mit einem Anteil von knapp unter 70 % nicht erreicht. Die Praxen sollten den Feedbackbericht deshalb nutzen, um eventuell fehlende Fußinspektionen bei Patienten mit auffälligem Fußstatus nachzuholen.

# 6 Koronare Herzkrankheit

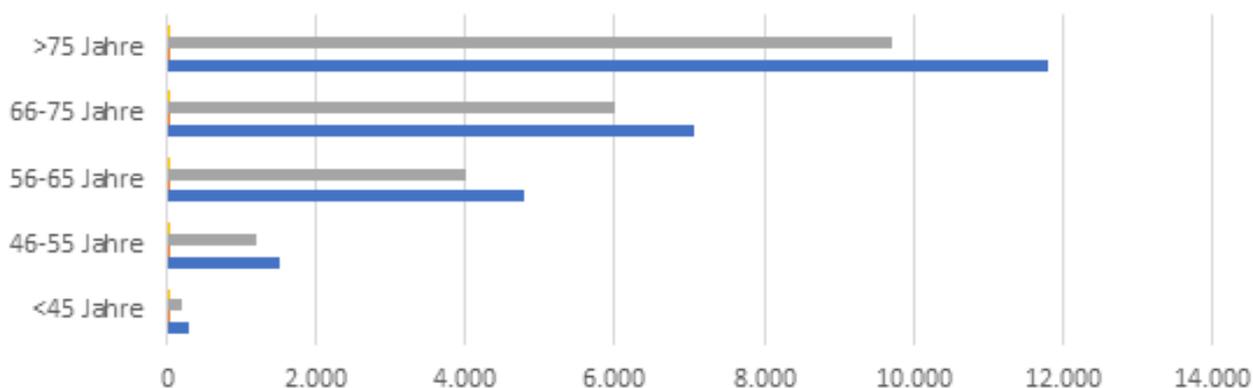
In diesem Abschnitt finden Sie die Auswertungen zum DMP Diabetes Mellitus Typ 2

## 6.1 Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen

### 6.1.1 Übersicht allgemeine Informationen

Koronare Herzkrankheit	Anzahl
Am DMP teilnehmende Hausärzte	829
Am DMP teilnehmende kardiologisch qualifizierte Ärzte bzw. ambulante Einrichtungen	66
Am DMP teilnehmende invasiv tätige ambulante Kardiologen	17
Ärzte, die die Nachweise nicht erbracht haben	9
Am DMP teilnehmende Krankenhäuser	4
Am DMP teilnehmende Rehabilitationskliniken	2
Im 1. Halbjahr vorliegende Dokumentationen	25.403
Davon Erstdokumentationen	1.035
Davon Folgedokumentationen	24.368
Im 2. Halbjahr vorliegende Dokumentationen	21.124
Davon Erstdokumentationen	1.262
Davon Folgedokumentationen	19.862

### 6.1.2 Alterverteilung der teilnehmenden Patienten



	<45 Jahre	46-55 Jahre	56-65 Jahre	66-75 Jahre	>75 Jahre
■ 1. Halbjahr Prozent	1,0	5,7	18,9	28,3	46,0
■ 1. Halbjahr Anzahl	216	1.200	3.996	5.988	9.724
■ 2. Halbjahr Prozent	1,1	5,9	18,8	27,8	46,4
■ 2. Halbjahr Anzahl	282	1.500	4.780	7.055	11.786

## 6.2 Ergebnisse der Qualitätsziele DMP Koronare Herzkrankheit

Zielerreichung: erreicht nicht erreicht ohne Zielwert

Qualitätsziel		Berichtszeitraum 01.01.2022-30.06.2022			Berichtszeitraum 01.07.2022-31.12.2022		
Qualitätsindikator	Zielwert	Berücksichtigte Patienten	Patienten mit Merkmal	erreichter Zielwert	Berücksichtigte Patienten	Patienten mit Merkmal	erreichter Zielwert
Blutdruck <140/90 mmHg	mindestens 65 %	21.608	13.220	61,2 %	17.955	11.063	61,6 %
Thrombozytenaggregationshemmer (TAH)	mindestens 80 %	21.731	19.511	89,8 %	17.986	16.085	89,4 %
Nach Herzinfarkt 12 Monate Betablocker	mindestens 80 %	553	481	87,0 %	528	462	87,5 %
Statine	mindestens 80 %	24.976	22.215	88,9 %	20.735	18.856	90,9 %
Leitliniengerechte Statintherapie	mindestens 80 %	22.215	17.507	78,8 %	18.856	14.990	79,5 %
Raucherquote	weniger als 15 %	25.403	3.968	15,6 %	21.124	3.309	15,7 %
Raucherentwöhnung	weniger als 15 %	3.375	2.611	77,4 %	2.635	1.994	75,7 %
Keine Angina-pectoris-Beschwerden	mehr als 75 %	25.403	24.265	95,5 %	21.124	20.207	95,7 %
Regelmäßiges sportliches Training	mehr als 50 %	20.357	8.222	40,4 %	16.940	7.394	43,6 %

### Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

- **Blutdruck <140/90 mmHg:** Unter den Patienten, bei denen in der aktuellen Dokumentation die Begleiterkrankung "Hypertonie" angegeben wurde, hatten mehr als 60 % der Patienten einen Blutdruck <140/90 mmHg. Das Qualitätsziel wurde somit knapp verfehlt.
- **Thrombozytenaggregationshemmer (TAH):** Grundsätzlich soll bei allen Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung von Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) durchgeführt werden. Mit nahezu 90 % wird das Qualitätsziel sehr gut erreicht.
- **Nach Herzinfarkt 12 Monate Betablocker:** Betarezeptorenblocker sollen Patienten nach einem akuten Myokardinfarkt für mindestens ein Jahr verordnet werden. Das Qualitätsziel wird kontinuierlich erreicht: Unter den Teilnehmern, die im vergangenen Jahr einen Herzinfarkt erlitten haben, erhalten über 87 % eine Therapie mit Betablockern.
- **Statine:** Als LDL-cholesterinsenkende Therapeutika der ersten Wahl sollen Statine eingesetzt werden, da für sie eine Reduktion der kardiovaskulären Morbidität und Sterblichkeit bei Patienten mit KHK belegt wurde. Das Qualitätsziel wird kontinuierlich erreicht: Unter den Teilnehmern erhalten über 87 % Statine als Therapeutika.
- **Leitliniengerechte Statintherapie:** Nahezu 80 % der Patienten mit Verordnung von Statinen erhalten eine feste Hochdosis-Strategie oder eine LDL-Zielwert-Strategie, sofern diese nicht durch den Patienten abgelehnt wird bzw. keine Kontraindikationen vorliegen. Somit wird das Qualitätsziel beinahe erfüllt.
- **Raucherquote:** Die wichtigste Einzelmaßnahme bei Rauchern mit Gefäßerkrankungen ist die Raucherentwöhnung. Im DMP Koronare Herzkrankheit rauchen knapp 15 % der Patienten. Das Qualitätsziel wird somit gefüllt. Da das Rauchen ein gesellschaftliches Problem widerspiegelt, sollten die rauchenden Patienten

angehalten werden, an Tabakentwöhnungsprogrammen der Krankenkassen teilzunehmen.

- **Raucherentwöhnung:** Wie beim Qualitätsindikator Raucherquote ist auch bei diesem Indikator noch viel Verbesserungspotential.
- **Schulung (gesamt):** Unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen sollen die eingeschriebenen Patienten von einer Teilnahme an einer strukturierten, evaluierten und publizierten Hypertonie-Schulung profitieren können. Mit einer aktuellen Teilnahmequote von lediglich knapp über 30 % ist das Qualitätsziel steigerungsfähig.
- **Keine Angina pectoris-Beschwerden:** Ein wichtiges Ziel des DMP ist die Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina pectoris-Beschwerden. Mit einer Zielerreichung von 95 % wird das Qualitätsziel überragend erfüllt.
- **Regelmäßiges sportliches Training:** Alle DMP KHK Patienten sollen zu regelmäßigen sportlichen Aktivitäten motiviert werden. Dies beinhaltet Alltagsaktivitäten (z. B. Gartenarbeit, Treppensteigen, Spaziergehen) und sportliches Training. Nur etwas über 40 % der Teilnehmer betreiben sportliches Training, obwohl dies grundsätzlich möglich wäre. Im DMP wird ein Qualitätsziel von mindestens 50 % angestrebt.

# 7 Schulungen

Das Angebot der DMP Schulungen wird von den Patienten unterschiedlich gut wahrgenommen (siehe Tabelle). Die Prozentwerte beziehen sich auf die Teilnahmequote der Patienten an der Schulung im jeweiligen DMP. Insgesamt muss den Patienten verdeutlicht werden, dass die Teilnahme an einer Schulung wichtig ist. Durch die Schulung kann der Patient selbstständig seinen Krankheitsverlauf beeinflussen und gezielt Entscheidungen treffen.

Aufgrund der Corona-Pandemie ist die Teilnahmebereitschaft der DMP Patienten an Gruppenschulungen auch im Jahr 2022 noch sehr unterschiedlich ausgeprägt. Daher kommt es hier noch zu leichten Verzerrungen bei den Qualitätszielerreichungen.

	Diabetes-Schulung		Hypertonie-Schulung		Asthma Schulung	
	1. Halbjahr	2. Halbjahr	1. Halbjahr	2. Halbjahr	1. Halbjahr	2. Halbjahr
Asthma (Compliance)					42,5 %	48,4 %
Asthma (Gesamtquote)					37,1 %	35,1 %
DMP DM 1	93,8 %	93,1 %	91,0 %	90,0 %		
DMP DM 1 (gesamt)	65,2 %	65,8 %				
DMP DM 2	27,7 %	27,6 %	14,5 %	14,9 %		
DMP KHK			29,9 %	33,1 %		

## Kommentar der Gemeinsamen Einrichtung

### DMP Asthma

- **Asthma-Schulung (Compliance):** Jeder Patient mit Asthma soll Zugang zu einer strukturierten Schulung erhalten. Die Patientenschulung ermöglicht eine aktive Teilnahme des Patienten zur Bewältigung der chronischen Krankheit. Das Qualitätsziel wird mit Abstand verfehlt (aktueller Anteil bei 48 %).
- **Asthma-Schulung (Gesamtquote):** Der Qualitätsindikator gibt an, wie viele Patienten bereits im Laufe der DMP-Teilnahme geschult worden sind. Er stellt daher eine notwendige Ergänzung zur "Schulung (Compliance)" dar. Ein Zielwert wurde nicht vorgegeben, jedoch kann ein Anteil von ungefähr 35 % noch als zu niedrig bewertet werden.

### DMP DM 1

- **Diabetes-Schulung:** Die intensive Betreuung von Typ-1-Diabetes-Patienten umfasst eine kontinuierliche, individuelle Schulung bzw. Beratung, die teilweise außerhalb der Definition einer strukturierten DMP-Schulung fällt. Da die Diabetes-Schulungen zu den Hauptaufgaben der diabetologischen Schwerpunktpraxen gehören, ist der erreichte Anteil von 93 % auch nicht überraschend.
- **Hypertonie-Schulung:** Ein hoher Anteil (90 %) der DMP-Patienten mit bekannter Hypertonie haben eine Hypertonie-Schulung erhalten.
- **Diabetes-Schulung (gesamt):** Der Anteil an den insgesamt geschulten Typ-1-Diabetes-Patienten ist mit 65 % durchschnittlich ausgeprägt.

### DMP DM 2

- **Diabetes-Schulung (Quote):** Bei knapp 30 % der Patienten mit Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 ist die Teilnahme an einer Patientenschulung dokumentiert. Da die DMP Diabetes mellitus Typ 2 -Patienten aber jedoch eine intensive Betreuung inklusive einer individuellen Beratung benötigen, ist generell ein hoher Anteil an geschulten Patienten anzustreben.
- **Hypertonie-Schulung (Quote):** Der Anteil der Typ-2-Diabetiker mit Dokumentation einer Hypertonie-Schulung

liegt nur bei knapp 15 %. Das entspricht nicht dem Anspruch des Qualitätsindikators und die Diskrepanz sollte eruiert werden.

- **Diabetes- und Hypertonie-Schulung (Gesamt):** Ein hoher Anteil der Patienten, die zum Zeitpunkt ihrer DMP-Einschreibung noch ungeschult waren, sollten im Rahmen des DMP an einer Diabetes- bzw. Hypertonie-Schulung teilgenommen haben. Generell ist hier ein hoher Anteil an geschulten Patienten anzustreben. Mit Anteilen von knapp 20 % bzw. 10 % werden die Vorgaben verfehlt. Es sollte eruiert werden, warum die Anteile an den Schulungen so gering ausfallen.

#### DMP KHK

- **Schulung (gesamt):** Unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen sollen die eingeschriebenen Patienten von einer Teilnahme an einer strukturierten, evaluierten und publizierten Hypertonie-Schulung profitieren können. Mit einer aktuellen Teilnahmequote von lediglich knapp über 30 % ist das Qualitätsziel steigerungsfähig.

## 8 Fazit und Ausblick

Man kann insgesamt resümieren, dass im Berichtsjahr 2022 von 53 quantitativen DMP Qualitätszielen insgesamt 25 Ziele (entspricht 47,2 %) erreicht wurden. Gegenüber dem Vorjahr 2021 hat sich die Qualitätszielerreichung blieb somit gegenüber dem Vorjahr unverändert. Einige quantitative DMP Qualitätsziele wurden sehr gut erfüllt (z. B. DMP Asthma - Unkontrolliertes Asthma (Erwachsene), DMP COPD - Systemische Glukokortikosteroide, DMP DM 1 – Hypoglykämie, DMP KHK - keine Angina pectoris-Beschwerden). Bei anderen DMP Qualitätszielen gibt es dagegen noch enormes Verbesserungspotenzial (z. B. DMP Asthma – Asthma-Schulung (Compliance), DMP DM 1 – Albumin-Ausscheidung, DMP DM 1 – Augenärztliche Untersuchung DMP KHK - Raucherentwöhnung). Der Großteil der nicht erreichten quantitativen DMP Qualitätsziele wird allerdings nur geringfügig verfehlt.

Dennoch sollten die DMP Qualitätsziele, welche die Zielvorgaben enorm verfehlt haben, mit den Vertretern der Facharztgruppen diskutiert und beraten werden. Im Gespräch sollen, soweit möglich, die Ursachen identifiziert und die Auswirkungen auf die Zielerreichung analysiert und mögliche Qualitätssicherungsmaßnahmen abgeleitet werden.

Insgesamt zeigt die Datenauswertung 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.