

## Disease-Management-Programme

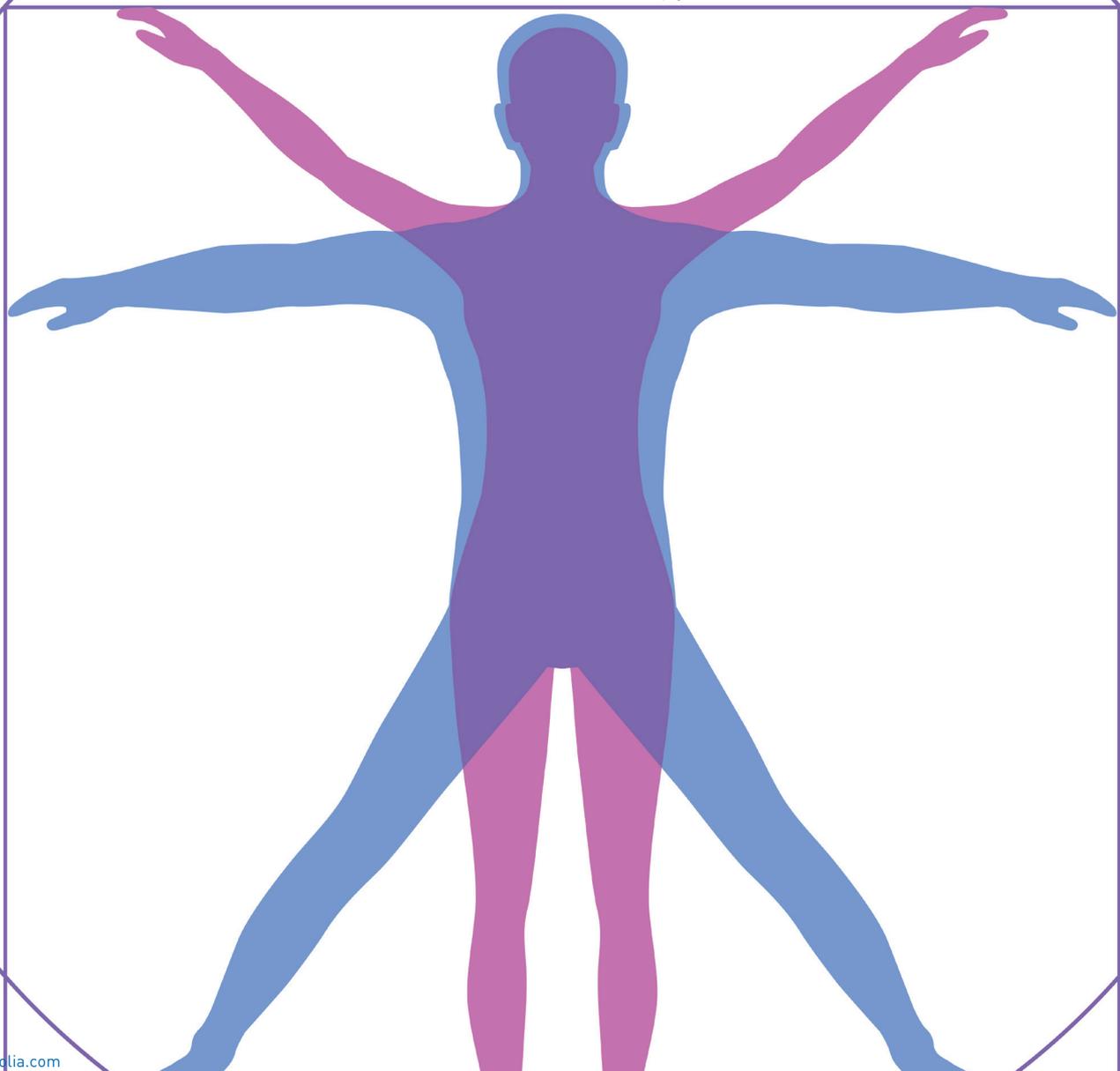
Diabetes mellitus Typ 2

Brustkrebs

Koronare Herzkrankheit einschließlich  
des Moduls chronische Herzinsuffizienz

Asthma bronchiale sowie COPD

Diabetes mellitus Typ 1



# Qualitätsbericht 2016

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung .....</b>	<b>8</b>
<b>1. DMP-Programme in Hamburg.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Ziele der DMP-Programme .....</b>	<b>10</b>
<b>3. Qualitätssicherung der DMP-Programme .....</b>	<b>11</b>
3.1. Strukturqualität .....	12
3.2. Prozessqualität.....	12
3.3. Reminder.....	15
3.4. Feedback-Berichte.....	16
<b>4. Diabetes mellitus Typ 2 .....</b>	<b>17</b>
4.1. Ziele im DMP Diabetes mellitus Typ 2.....	17
4.2. Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen .....	17
4.2.1. Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern.....	18
4.2.1.1. Ambulanter Sektor .....	18
4.2.1.2. Stationärer Sektor .....	18
4.2.2. Daten zu den teilnehmenden Patienten .....	18
4.2.2.1. Altersverteilung.....	18
4.2.3. Daten zu den übermittelten Dokumentationen.....	18
4.3. Ergebnisse der Qualitätsziele .....	19
4.3.1. Hypoglykämie.....	19
4.3.2. Notfallmäßige stationäre Behandlung .....	19
4.3.3. Metformin .....	20
4.3.4. Augenarzt.....	20
4.3.5. Diabetischer Fuss.....	20
4.3.6. HbA <sub>1c</sub> -Wert .....	21
4.3.7. HbA <sub>1c</sub> -Zielwert.....	21

## Qualitätsbericht 2016

4.3.8.	Blutdruck .....	22
4.3.9.	Nierenfunktion .....	22
4.3.10.	Thrombozytenaggregationshemmer .....	23
4.4.	Längsschnittdarstellung .....	23
4.4.1.	HbA <sub>1c</sub> -Werteklassen .....	23
4.4.2.	Blutdruck-Werteklassen .....	24
4.5.	Schulungen .....	24
4.5.1.	Diabetes-Schulung (Quote) .....	24
4.5.2.	Hypertonie-Schulung (Quote) .....	25
<b>5.</b>	<b>Brustkrebs .....</b>	<b>25</b>
5.1.	Ziele im DMP Brustkrebs .....	25
5.2.	Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern und den teilnehmenden Patientinnen ....	26
5.2.1.	Daten zu teilnehmenden Leistungserbringern .....	26
5.2.1.1.	Ambulanter Sektor .....	26
5.2.1.2.	Stationärer Sektor .....	27
5.2.2.	Daten zu teilnehmenden Patientinnen .....	27
5.2.2.1.	Anzahl der eingeschriebenen Patientinnen .....	27
5.2.2.2.	Altersverteilung .....	28
5.3.	Ergebnisse der Qualitätsziele im 1. Berichtshalbjahr .....	28
5.3.1.	Brusterhaltende Therapie (BET) .....	28
5.3.2.	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie .....	29
5.3.3.	Nachbestrahlung .....	29
5.3.4.	Her2/neu - Bestimmung .....	29
5.3.5.	Adjuvante endokrine Therapie .....	30
5.3.6.	Adjuvante Trastuzumab-Therapie .....	30
5.3.7.	Adjuvante Chemotherapie .....	30

## Qualitätsbericht 2016

5.3.8.	Bisphosphonat-Therapie .....	31
5.3.9.	Lymphödem.....	31
5.4.	Tumorstadien.....	32
5.5.	Ergebnisse der Qualitätsziele im 2. Berichtshalbjahr .....	33
5.5.1.	Brusterhaltende Therapie (BET) .....	33
5.5.2.	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie .....	33
5.5.3.	Nachbestrahlung.....	33
5.5.4.	Her2/neu - Bestimmung.....	34
5.5.5.	Adjuvante endokrine Therapie.....	34
5.5.6.	Adjuvante Trastuzumab-Therapie.....	34
5.5.7.	Adjuvante Chemotherapie.....	35
5.5.8.	Biphosphonat-Therapie .....	35
5.5.9.	Lymphödem.....	35
5.6.	pT-Tumorstadien.....	36
5.7.	Tumorstadien.....	36
<b>6.</b>	<b>Koronare Herzkrankheit einschliesslich des Moduls chronische Herzinsuffizienz .....</b>	<b>37</b>
6.1.	Ziele im DMP KHK einschliesslich des Moduls chronische Herzinsuffizienz.....	37
6.2.	Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen .....	38
6.2.1.	Daten zu teilnehmenden Leistungserbringern .....	38
6.2.1.1.	Ambulanter Sektor .....	38
6.2.1.2.	Stationärer Sektor .....	38
6.2.2.	Daten zu teilnehmenden Patienten.....	38
6.2.2.1.	Anzahl der eingeschriebenen Patienten .....	38
6.2.2.2.	Altersverteilung.....	38
6.2.3.	Daten zu übermittelten Dokumentationen .....	39
6.3.	Ergebnisse der Qualitätsziele .....	39

## Qualitätsbericht 2016

6.3.1.	Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH).....	39
6.3.2.	Therapie mit Betablockern .....	39
6.3.3.	Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statine).....	40
6.3.4.	Blutdruckeinstellung .....	40
6.3.5.	Blutdruckwerteklassen.....	41
6.3.6.	Raucherquote.....	41
6.3.7.	Angina-pectoris-Beschwerden.....	42
6.4.	Modul Herzinsuffizienz .....	43
6.4.1.	Therapie mit ACE-Hemmern.....	43
6.4.2.	Therapie mit Betablockern .....	43
6.4.3.	Serum-Elektrolyte-Bestimmung.....	43
6.5.	Schulungen .....	44
6.5.1.	Diabetes-Schulung (Quote).....	44
6.5.2.	Hypertonie-Schulung (Quote).....	44
<b>7.</b>	<b>Asthma bronchiale sowie COPD.....</b>	<b>45</b>
7.1.	Ziele im DMP Asthma bronchiale und COPD.....	45
7.2.	Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen .....	46
7.2.1.	Daten zu teilnehmenden Leistungserbringern .....	46
7.2.1.1.	Ambulanter Sektor .....	46
7.2.1.2.	Stationärer Sektor .....	46
7.2.2.	Daten zu teilnehmenden Patienten.....	46
7.2.2.1.	Anzahl der eingeschriebenen Patienten.....	46
7.2.2.2.	Altersverteilung.....	47
7.2.3.	Daten zu den übermittelten Dokumentationen.....	48
7.3.	Ergebnisse der Qualitätsziele im 1. Berichtshalbjahr .....	48
7.3.1.	Notfallmäßige stationäre Behandlung .....	48

## Qualitätsbericht 2016

7.3.1.1.	DMP Asthma bronchiale .....	48
7.3.1.2.	DMP COPD.....	48
7.3.2.	Überprüfung der Inhalationstechnik.....	49
7.3.2.1.	DMP Asthma bronchiale .....	49
7.3.2.2.	DMP COPD.....	49
7.3.3.	Glukokortikosteroide .....	49
7.3.3.1.	DMP Asthma bronchiale .....	49
7.3.3.2.	DMP COPD.....	49
7.3.4.	Selbstmanagement (DMP Asthma bronchiale).....	50
7.3.5.	Raucher (DMP COPD) .....	50
7.3.6.	Exazerbationen (DMP COPD).....	50
7.4.	Ergebnisse der Qualitätsziele im 2. Berichtshalbjahr .....	50
7.4.1.	Notfallmäßige stationäre Behandlung .....	50
7.4.1.1.	DMP Asthma bronchiale .....	50
7.4.1.2.	DMP COPD.....	51
7.4.2.	Überprüfung der Inhalationstechnik.....	51
7.4.2.1.	DMP Asthma bronchiale .....	51
7.4.2.2.	DMP COPD.....	51
7.4.3.	Inhalative Glukokortikosteroide .....	52
7.4.3.1.	DMP Asthma bronchiale .....	52
7.4.3.2.	DMP COPD.....	52
7.4.4.	Symptomkontrolle (DMP Asthma bronchiale) .....	52
7.4.5.	Asthma-Schulung (Quote - DMP Asthma bronchiale) .....	53
7.4.6.	Selbstmanagementplan (DMP Asthma bronchiale) .....	53
7.4.7.	Raucher (DMP COPD) .....	53
7.4.8.	Exazerbationen (DMP COPD).....	53

## Qualitätsbericht 2016

7.4.9.	Überweisung zum Facharzt (DMP COPD) .....	54
7.5.	Schulungen .....	54
7.5.1.	DMP Asthma bronchiale.....	54
7.5.2.	DMP COPD .....	54
<b>8.</b>	<b>Diabetes mellitus Typ 1 .....</b>	<b>55</b>
8.1.	Ziele im DMP Diabetes mellitus Typ 1 .....	55
8.2.	Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen .....	56
8.2.1.	Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern.....	56
8.2.1.1.	Ambulanter Sektor .....	56
8.2.1.2.	Stationärer Sektor .....	56
8.2.2.	Daten zu den teilnehmenden Patienten .....	57
8.2.2.1.	Anzahl der eingeschriebenen Patienten .....	57
8.2.2.2.	Altersverteilung.....	57
8.2.3.	Daten zu den übermittelten Dokumentationen.....	57
8.3.	Ergebnisse der Qualitätsziele .....	58
8.3.1.	Hypoglykämie.....	58
8.3.2.	Notfallmäßige stationäre Behandlung .....	58
8.3.3.	Blutdruck .....	58
8.3.4.	HbA <sub>1c</sub> -Wert .....	59
8.3.5.	HbA <sub>1c</sub> -Zielwert.....	59
8.3.6.	Albuminausscheidung.....	60
8.3.7.	Nierenfunktion .....	60
8.3.8.	Sensibilitätsprüfung .....	61
8.3.9.	Peripherer Pulsstatus.....	61
8.3.10.	Fußstatus .....	61
8.3.11.	Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) .....	62

# Qualitätsbericht 2016

8.4.	Schulungen .....	62
8.4.1.	Diabetes-Schulung (Quote).....	62
8.4.2.	Hypertonie-Schulung (Quote).....	62
<b>9.</b>	<b>Vollständigkeit, Qualität (Plausibilität) und Verfügbarkeit der Dokumentation .....</b>	<b>63</b>
<b>10.</b>	<b>Fazit.....</b>	<b>64</b>

## EINLEITUNG

Unter Disease-Management 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 2016 zusammen gefasst 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 Vertragspartnern der Hamburger DMP-Verträge. Ein besonderes Augenmerk erlangt die Frage, ob die im DMP definierten Qualitätsziele für den Berichtszeitraum vom 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2016 erreicht wurden. Dies soll zu einer Aufrechterhaltung von erreichten Standards beitragen sowie einen Anreiz für weitere Verbesserungen in der Versorgungsqualität geben.

## 1. DMP-PROGRAMME IN HAMBURG

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

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,

## Qualitätsbericht 2016

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 2016 waren das folgende Einrichtungen:

DMP	Stationäre Einrichtung	Rehabilitationseinrichtung
DM 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asklepios Klinik Barmbek</li> <li>• Asklepios Westklinikum Hamburg</li> <li>• Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinik Buchenholm</li> </ul>
BK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asklepios Brustzentrum Hamburg (Asklepios Klinik Barmbek)</li> <li>• Brustzentrum des Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg (Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg)</li> <li>• Brustzentrum HELIOS Mariahilf - Hamburg</li> <li>• Hamburger Brust Centrum (HBC) (Katholisches Marienkrankenhaus gGmbH)</li> <li>• Mammazentrum Hamburg (Krankenhaus Jerusalem)</li> <li>• Brustzentrum am UKE (Universitätsklinikum Eppendorf)</li> </ul>	/
KHK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asklepios Klinik Altona</li> <li>• Asklepios Klinik St. Georg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segeberger Kliniken GmbH [Reha] (ab 01.07.2015)</li> </ul>

## Qualitätsbericht 2016

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Albertinen Krankenhaus</li> <li>• Universitäres Herzzentrum Hamburg</li> </ul>	
Asthma bronchiale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LungenClinic Großhansdorf GmbH</li> <li>• Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift</li> <li>• Altonaer Kinderkrankenhaus</li> <li>• Asklepios Klinik Harburg</li> <li>• Universitätsklinikum Eppendorf (ab 01.10.2013)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ostseestrandklinik „Klaus Störtebeker“ ab 01.07.2014</li> <li>• Strandklinik St. Peter-Ording GmbH &amp; CO. KG (ab 01.07.2013)</li> </ul>
COPD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LungenClinic Großhansdorf</li> <li>• Asklepios Klinik Harburg</li> <li>• Universitätsklinikum Eppendorf (ab 01.10.2013)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strandklinik St. Peter-Ording GmbH &amp; CO. KG (ab 01.07.2013)</li> </ul>
DM 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altonaer Kinderkrankenhaus</li> <li>• Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift</li> <li>• Asklepios Klinik Barmbek</li> <li>• Asklepios Westklinikum Hamburg</li> <li>• Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinik Buchenholm</li> <li>• Inselklinik Heringsdorf Haus Gothensee ab 27.08.2014</li> </ul>

Weitergehende Informationen zu den einzelnen Hamburger DMP-Verträgen stehen nebst Anlagen auf der Homepage der KV Hamburg unter [www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) zur Verfügung.

## 2. ZIELE DER DMP-PROGRAMME

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.

## Qualitätsbericht 2016

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 den diese ersetzenden bzw. ergänzenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definiert. Diese engen Vorgaben bilden die Basis für die auf der Landesebene von den Vertragspartnern abzuschließenden DMP-Verträge, die beim Bundesversicherungsamt (BVA) 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-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) und
- 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, die die Ärzte regelmäßig für ihre eingeschriebenen Patienten erstellen, durchgeführt. Die Aufgaben der GE sind hier insbesondere:

## Qualitätsbericht 2016

- 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-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-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. Relevante DMP-Änderungen der RSAV sowie weitere gesetzliche Vorgaben bis Ende 2016 sind:

## Qualitätsbericht 2016

RSAV	In Kraft ab	Wesentlicher Regelungsinhalt
<b>4. RSA-ÄndV</b>	1. Juli 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rechtliche Grundlage für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 und das DMP Brustkrebs</li> <li>- Anlagen beinhalten Anforderungen an Programme, evidenzbasierte Leitlinien, Erfassungsdaten (Erstdokumentation)</li> </ul>
<b>6. RSA-ÄndV</b>	1. Januar 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anpassung der Dokumentation des DMP Diabetes mellitus Typ 2 sowie die Reduzierung des Datenaustausches</li> </ul>
<b>7. RSA-ÄndV</b>	1. Mai 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rechtliche Grundlage für das DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)</li> </ul>
<b>9. RSA-ÄndV</b>	1. März 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rechtliche Grundlage für das DMP Diabetes mellitus Typ 1</li> <li>- Vereinfachung der Abläufe und Dokumentation für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 und KHK</li> </ul>
<b>11. RSA-ÄndV</b>	1. Januar 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rechtliche Grundlage für das DMP Asthma bronchiale und das DMP chronische obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)</li> </ul>
<b>12. RSA-ÄndV</b>	1. September 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anpassung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Anlage 1 RSAV) an neueste medizinische Erkenntnisse</li> <li>- Verfahrensvorschrift zur Übermittlung von Dokumentationsdaten im DMP</li> </ul>
<b>13. RSA-ÄndV</b>	1. Februar 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anpassung des DMP Brustkrebs an neueste medizinische Erkenntnisse</li> <li>- überarbeitete Dokumentation für das</li> </ul>

## Qualitätsbericht 2016

		DMP Brustkrebs
		- ergänzende Regelungen zur elektronischen Dokumentation und zur Evaluation der Programme
<b>GKV-WSG</b>	1. April 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verlängerung des Zulassungszeitraumes von 3 auf 5 Jahre</li> <li>- Verfahrensvereinfachungen z.B. bei den Einschreibevoraussetzungen, den Übermittlungsfristen und den Mitwirkungspflichten für teilnehmende Versicherte</li> </ul>
<b>17. RSA-ÄndV</b>	1. April 2008	<p>Regelungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zu einer vereinfachten, indikationsübergreifenden Dokumentation für alle DMP</li> <li>- zur elektronischen Dokumentation</li> <li>- zur Evaluation und Qualitätssicherung</li> </ul>
<b>18. RSA-ÄndV</b>	19. November 2008	- Die Frist zur Übermittlung der DMP-Dokumentationen aus dem 3. Quartal 2008 wurde um ein Quartal verlängert (von 12 auf 15 Monate) - Ausnahmeregelung
<b>20. RSA-ÄndV</b>	1. Juli 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anpassung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Anlage 1 RSAV)</li> <li>- Anpassung des DMP KHK sowie die Aufnahme des Moduls Herzinsuffizienz (Anlage 5 RSAV)</li> <li>- Anpassung DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Anlage 7 RSAV)</li> </ul>
<b>23. RSA-ÄndV</b>	17. Dezember 2010	- Übergangsregelung zur weiteren Aufbewahrung von DMP-Daten (Lö-

## Qualitätsbericht 2016

---

		schungsfrist)
<b>GKV-VStG</b>	1. Januar 2012	<ul style="list-style-type: none"><li>- Unbefristete Zulassung</li><li>- Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)</li></ul>
<b>DMP-RL</b>	19. Juli 2012	<ul style="list-style-type: none"><li>- Anforderungen an die Ausgestaltung der DMP zu den Indikationen Brustkrebs, Asthma bronchiale und COPD</li></ul>
<b>DMP-AF-RL</b>	3. Oktober 2012	<ul style="list-style-type: none"><li>- Verlängerung der Aufbewahrungsfrist für DMP-Daten auf 15 Jahre</li><li>- Die Richtlinie tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2018 wieder außer Kraft</li></ul>
<b>DMP-A-RL</b>	1. Juli 2014	<ul style="list-style-type: none"><li>- Anforderungen an die Ausgestaltung der DMP zu den Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und KHK</li></ul>
<b>DMP-A-RL</b>	19. September 2014	<ul style="list-style-type: none"><li>- Regelungen zu Anforderungen an die Qualitätsberichte und die Evaluation</li></ul>
<b>DMP-RL</b>	19. September 2014	<ul style="list-style-type: none"><li>- Verweis auf § 6 DMP-A-RL (Evaluation) für die Indikationen Brustkrebs, Asthma und COPD</li></ul>

---

### 3.3. REMINDER

Die Datenstelle INTER-FORUM AG 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 INTER-FORUM AG die Prozessabläufe dahinge-

## Qualitätsbericht 2016

hend geändert, dass die Folgedokumentationsreminder diagnoseübergreifend durchgeführt werden und die Anzahl über alle Indikationen gemeldet werden.

So wurden für das 1. Quartal 2016 über alle Krankheitsbilder 685 Reminder, für das 2. Quartal 2016 682 Reminder, für das 3. Quartal 2016 670 Reminder und im 4. Quartal 2016 677 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 2016			
Indikation	1. Halbjahr	2. Halbjahr	Gesamt 2016
Asthma	424	409	833
Brustkrebs	28	24	52
COPD	386	378	764
DM 1	29	30	59
DM 2	528	520	1.048
KHK	497	497	994

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.

## Qualitätsbericht 2016

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. DIABETES MELLITUS TYP 2

#### 4.1. 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:

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

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

# Qualitätsbericht 2016

## 4.2.1. DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN

### 4.2.1.1. AMBULANTER SEKTOR

Bis zum 31. Dezember 2016 nahmen im Bereich der KV Hamburg 840 Hausärzte auf der Versorgungsebene 1 teil. Auf der Versorgungsebene 2 haben 53 diabetologisch qualifizierte Fachärzte (davon 48 als koordinierende diabetologisch qualifizierte Fachärzte) teilgenommen.

Bei der jährlichen Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen haben 20 Hausärzte die erforderlichen Nachweise nicht erbracht; 3 Hausärzte haben verzichtet.

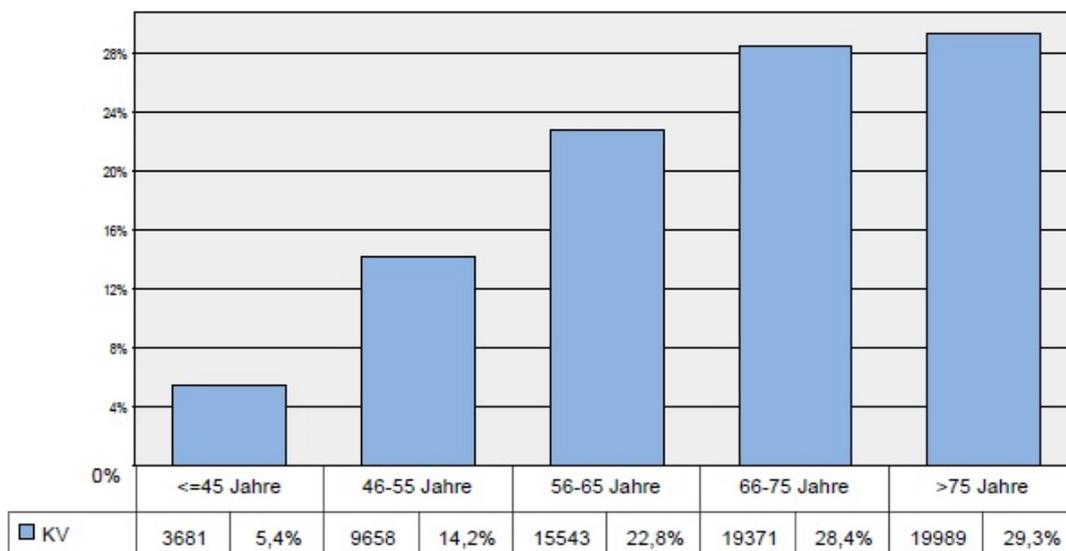
### 4.2.1.2. STATIONÄRER SEKTOR

In den Vertrag sind **3** Krankenhäuser und **1** Rehabilitationsklinik eingebunden.

## 4.2.2. DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN PATIENTEN

### 4.2.2.1. ALTERSVERTEILUNG

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



## 4.2.3. DATEN ZU DEN ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

Im Berichtszeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2016 liegen für **69.209** Patienten Dokumentationen vor. Davon **5.788** Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und **63.421** Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

## Qualitätsbericht 2016

Im Berichtszeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2016 liegen für **68.242** Patienten Dokumentationen vor. Davon **4.992** Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und **63.250** Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

### 4.3. ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE

Die Erreichung, der in dem Programm formulierten Qualitätsziele im Rahmen dieses Berichtes, wird anhand einer vergleichenden Auswertung der Daten bzw. Ergebnisse aus den erstellten Gesamtberichten für die Berichtszeiträume 1. und 2. Berichtshalbjahr dargestellt.

#### 4.3.1. 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 mit zwei oder mehr Notfallmäßigen Behandlungen von Hypoglykämien der letzten sechs Monate.

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

Bei einer Grundgesamtheit von 59.393 im 1. Berichtshalbjahr bzw. 58.469 Patienten im 2. Berichtshalbjahr wurde bei 70 bzw. 38 Patienten eine schwere Hypoglykämie dokumentiert.

Mit jeweils **0,1%** in beiden Berichtshalbjahren wurde das Qualitätsziel im Bereich der KV Hamburg - wie bereits in den Vorjahren - klar erreicht.

#### 4.3.2. 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 **2%** 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 59.393 Patienten im 1. Berichtshalbjahr bzw.

## Qualitätsbericht 2016

58.469 Patienten im 2. Berichtshalbjahr wurden 128 Patienten (entspricht **0,2%**) bzw. 114 Patienten (entspricht **0,2%**) not-

fallmäßig stationär behandelt. Das Qualitätsziel wurde somit wieder eindeutig erreicht.

---

### 4.3.3. METFORMIN

Das Qualitätsziel: Mindestens **60%** der übergewichtigen Patienten unter antidiabetischer oraler Monotherapie erhalten Metformin.

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

Im 1. Berichtshalbjahr wurden 15.747 von 18.717 Patienten (entspricht **84,1%**) entsprechend der Vorgaben therapiert. Im 2. Berichtshalbjahr wurde das Qualitätsziel ebenfalls mit **84,3%** (15.613 von 18.516 Patienten) erreicht.

---

### 4.3.4. 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 12 Monaten durchgeführt.

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

Von 50.873 Patienten wurde bei 35.845 Patienten (entspricht **70,5%**) eine Funduskopie durchgeführt. Im 2. Berichtshalbjahr wurden 37.638 von 53.252 der Patienten (entspricht **70,7%**) augenärztlich untersucht.

Die Erreichung des Qualitätszieles wurde in beiden Halbjahren verfehlt.

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

---

### 4.3.5. DIABETISCHER FUSS

## Qualitätsbericht 2016

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: Bei mindestens **75%** der Patienten mit auffälligem Fußstatus erfolgt die Mitbehandlung durch eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung.

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

Dieses Ziel wurde verfehlt, denn 172 von 311 Patienten (entspricht **55,3%**) mit auffälligem Fußstatus wurden in spezialisierten Einrichtungen behandelt.

Im 2. Berichtshalbjahr wurden 176 von 302 (entspricht **58,3%**) eingeschriebenen Patienten mit auffälligem Fußstatus und Wagner 2-5 oder Armstrong C/D auf die Behandlung des diabetischen Fußes in spezialisierten Einrichtungen mitbehandelt.

Hinweis: Die Auswertungsmethodik für dieses Qualitätsziel wurde angepasst. Patienten, die durch eine spezialisierte Fußeinrichtung koordinierend betreut werden, werden automatisch „überwiesen“ gewertet.

---

### 4.3.6. HbA<sub>1c</sub>-WERT

Bei der Behandlung hat die Kontrolle des sog. Langzeit-Blutzuckerwertes (HbA<sub>1c</sub>-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<sub>1c</sub>-Wert von  $\geq 8,5\%$  (69 mmol/mol)

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten.

Im 1. Berichtshalbjahr hatten 7.710 von 69.209 Patienten (entspricht **11,1%**) einen HbA<sub>1c</sub>-Wert von  $\geq 8,5\%$ .

Im 2. Berichtshalbjahr waren es 7.335 von 68.242 Patienten (entspricht **10,7%**).

Dieses Qualitätsziel wurde somit in beiden Berichtshalbjahren nur knapp verfehlt.

---

### 4.3.7. HbA<sub>1c</sub>-ZIELWERT

Gemeinsam mit dem Patienten sind individuelle Therapieziele zu vereinbaren. Der HbA<sub>1c</sub>-Wert ist ein zentraler Parameter für die langfristige Stoffwechselkontrolle und

stellt neben dem Blutdruck einen wesentlichen Zielwert im Rahmen der individuellen Therapieplanung dar.

## Qualitätsbericht 2016

Das Qualitätsziel: Mindestens **55%** der Patienten haben ihren individuell vereinbarten HbA<sub>1c</sub>-Zielwert erreicht.

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

Im Bereich der KV Hamburg haben 32.741 von 50.873 Patienten (entspricht **64,4%**)

im 1. Berichtshalbjahr ihren individuell vereinbarten HbA<sub>1c</sub>-Zielwert erreicht.

Im 2. Berichtshalbjahr haben 35.406 von 53.252 Patienten (entspricht **66,5%**) ihren individuell vereinbarten HbA<sub>1c</sub>-Zielwert erreicht.

Das Qualitätsziel wurde somit in beiden Berichtshalbjahren gut erreicht.

---

### 4.3.8. BLUTDRUCK

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 **40%** der Patienten mit bekannter Hypertonie haben einen Blutdruck  $\leq$  139/89 mmHg.

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

Das Qualitätsziel wurde im 1. Berichtshalbjahr mit **53,2%** (28.455 von 53.476 Patienten) erreicht.

Im 2. Berichtshalbjahr wurde das Qualitätsziel ebenfalls mit **52,0%** (27.410 von 52.736 Patienten) aller eingeschriebenen Patienten sehr gut erreicht.

---

### 4.3.9. NIERENFUNKTION

Die Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und einer langjährigen Hyperglykämie sowie unzureichend eingestellter Hypertonie haben in Abhängigkeit von ihrem Alter und ihrer Diabetesdauer ein unterschiedlich hohes Risiko für die Entwicklung einer diabetesspezifischen Nephropathie.

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

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

Im 1. Berichtshalbjahr wurde das Qualitätsziel mit **78,8%** (40.073 von 50.873 Patienten) nicht erreicht.

Im 2. Berichtshalbjahr konnte das Qualitätsziel mit **82,6%** (44.009 von 53.252 Patienten) nicht erreicht werden.

## Qualitätsbericht 2016

### 4.3.10. 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.

**Grundgesamtheit:** 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 1. Berichtshalbjahr wurde bei 13.942 von 18.721 (entspricht **74,5%**) Patienten ein TAH verordnet.

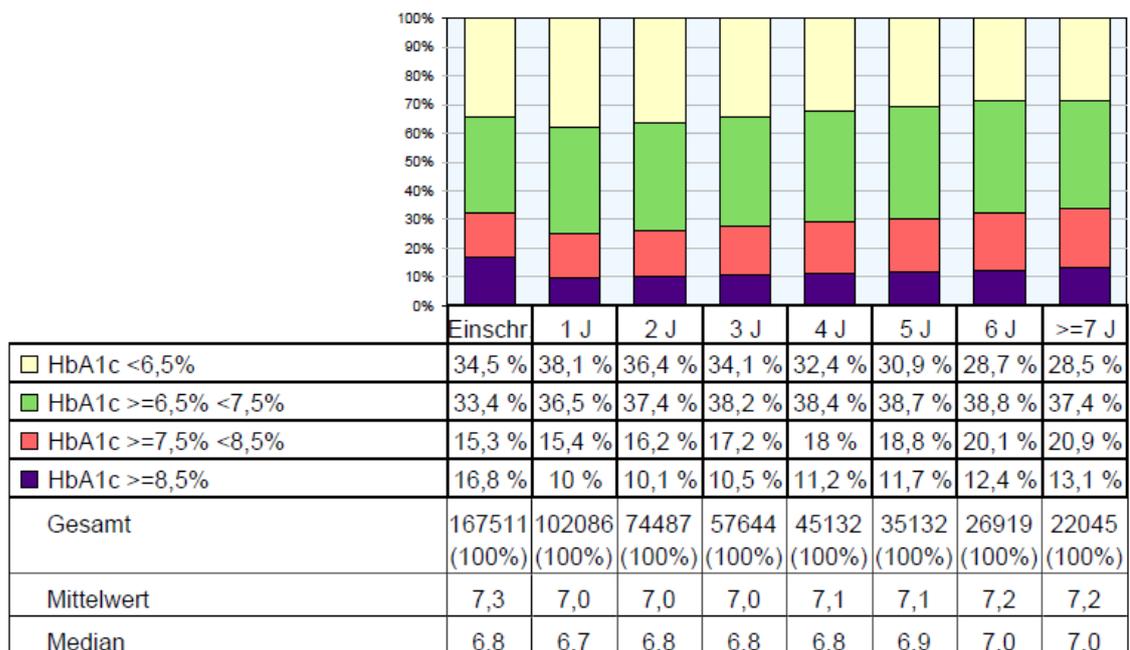
Im 2. Berichtshalbjahr wurde 13.210 von 17.869 Patienten (entspricht **73,9%**) ein TAH verordnet und somit wurde in beiden Berichtshalbjahren das Qualitätsziel verfehlt.

### 4.4. LÄNGSSCHNITTDARSTELLUNG

Für die Längsschnittauswertung werden die Dokumentationen herangezogen, die vom 1. Juli 2003 bis 31. Dezember 2016 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.

#### 4.4.1. HbA<sub>1c</sub>-WERTEKLASSEN

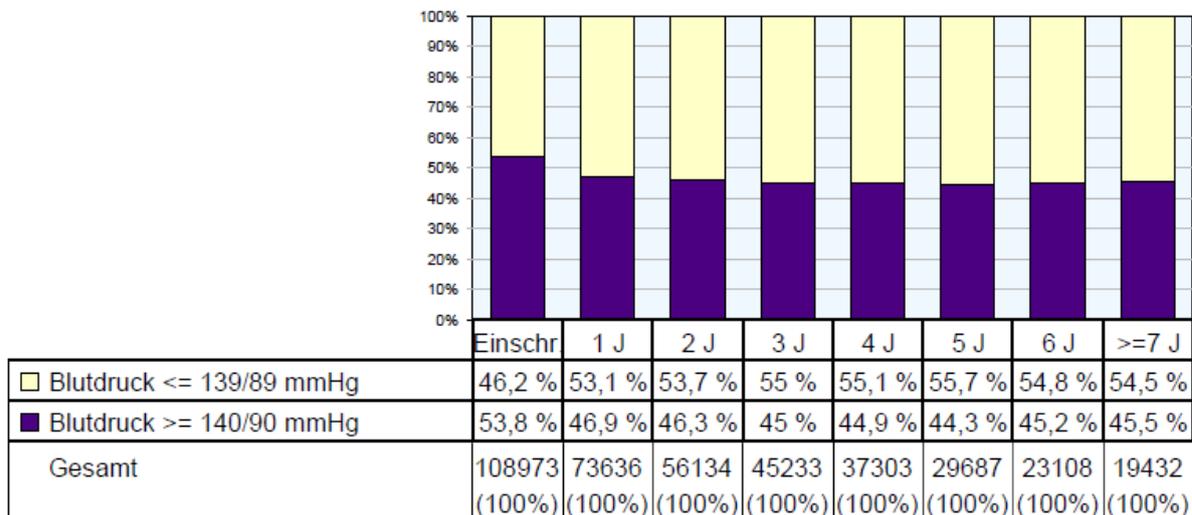
Von allen Patienten, die drei Jahre am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmen, weisen **10,5%** einen HbA<sub>1c</sub>-Wert von  $\geq 8,5\%$  auf. Bei einer Teilnahmedauer von über 7 Jahren haben **13,1%** der Patienten einen HbA<sub>1c</sub>-Wert von  $\geq 8,5\%$ .



## Qualitätsbericht 2016

### 4.4.2. BLUTDRUCK-WERTEKLASSEN

Von allen Patienten mit einer Hypertonie, die drei Jahre am DMP teilnehmen, weisen **55%** normotone Blutdruckwerte ( $\leq 139/89$  mmHg) auf. Bei einer Teilnahmedauer von über 7 Jahren, haben **54,5%** der Patienten normotone Blutdruckwerte.



### 4.5. 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.

#### 4.5.1. DIABETES-SCHULUNG (QUOTE)

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten.

Im 1. Berichtshalbjahr haben 23.239 von 69.209 (entspricht **33,6%**) angesproche-

nen Patienten die empfohlene Schulung wahrgenommen.

Im 2. Berichtshalbjahr konnten 22.010 von 68.242 Patienten (entspricht **32,3%**) zu einer solchen Schulung motiviert werden.

## Qualitätsbericht 2016

### 4.5.2. HYPERTONIE-SCHULUNG (QUOTE)

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit bekannter Hypertonie.

Im 1. Berichtshalbjahr haben 8.559 von 53.476 (entspricht **16,0%**) angesprochenen Patienten die empfohlene Schulung wahrgenommen.

Im 2. Berichtshalbjahr konnten 8.160 von 52.736 Patienten (entspricht **15,5%**) zu einer solchen Schulung motiviert werden.

## 5. BRUSTKREBS

### 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

## Qualitätsbericht 2016

- 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 Onkologievereinbarung 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 anerkannten 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

#### 5.2.1.1. AMBULANTER SEKTOR

Bis zum 31. Dezember 2016 nahmen im Bereich der KV Hamburg 55 Gynäkologen, davon 24 onkologisch qualifizierte koordinierende Ärzte, als DMP-verantwortliche Vertragsärzte teil.

Bei der jährlichen Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen hat 1 Gynäkologe die erforderlichen Nachweise nicht erbracht.

## Qualitätsbericht 2016

### 5.2.1.2. STATIONÄRER SEKTOR

In den Vertrag sind **6** Brustzentren eingebunden.

Die medizinischen Inhalte für das DMP Brustkrebs werden 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 zweiseitige gleichlautende Verträge nach § 140b SGB V und mit der KV Hamburg nach § 83 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

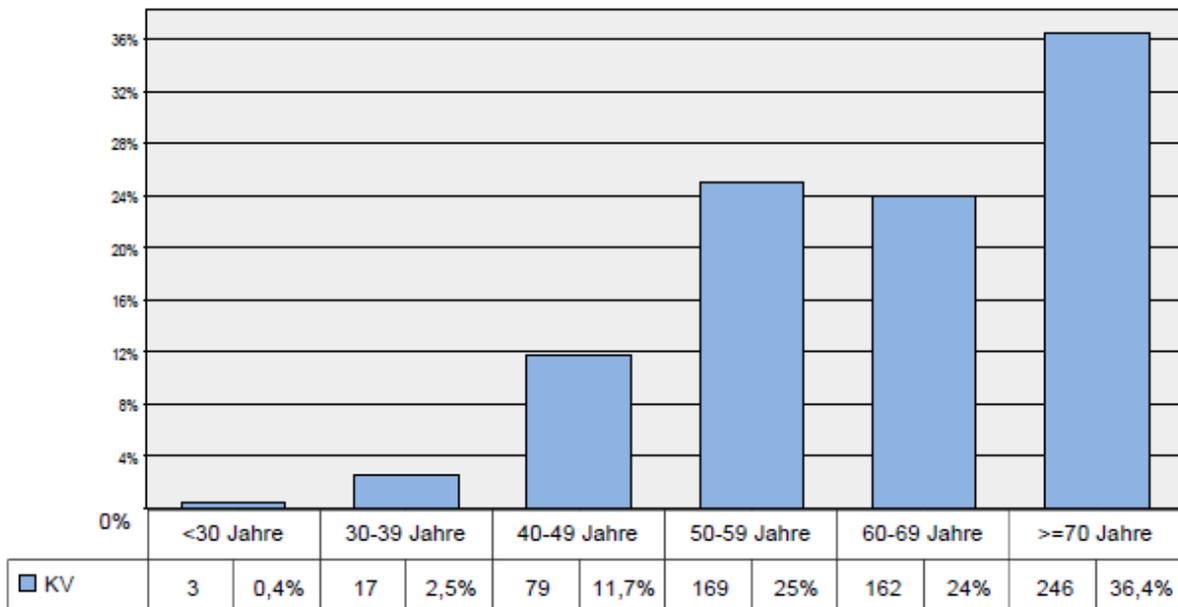
#### 5.2.2.1. ANZAHL DER EINGESCHRIEBENEN PATIENTINNEN

Zum Stichtag 31. Dezember 2016 sind **676** Patientinnen in das DMP Brustkrebs eingeschrieben.

# Qualitätsbericht 2016

## 5.2.2.2. ALTERSVERTEILUNG

Die teilnehmenden Patientinnen aller Praxen sind durchschnittlich **63** Jahre alt. Wie sich die Altersstruktur der Patientinnen verteilt, können Sie der folgenden Tabelle entnehmen:



## 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. BRUSTERHALTENDE THERAPIE (BET)

Das Qualitätsziel: Mindestens **70%** der Patientinnen mit brusterhaltender Therapie.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs

eingeschriebenen Patientinnen im Stadium pT1 mit Operation.

Bei 279 von 335 Patientinnen (entspricht **83,3%**) wurde eine brusterhaltende Therapie durchgeführt. Das Qualitätsziel wurde somit übertroffen.

## Qualitätsbericht 2016

### 5.3.2. SENTINEL-LYMPHKNOTEN-BIOPSIE

Das Qualitätsziel: Angemessener Anteil von Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten Biopsie.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit Operation und Erhebung des Nodalstatus bei invasivem Tumor.

Bei 167 von 192 Patientinnen (entspricht **87,0%**) wurde eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt.

Hinweis: Es werden nur Patientinnen berücksichtigt, die keine präoperative/neoadjuvante Therapie erhielten. Da dieses Merkmal erst ab der Dokumentationsversion 3.x erhoben wird, werden Dokumentationen der Vorversionen nicht berücksichtigt

### 5.3.3. NACHBESTRAHLUNG

Das Qualitätsziel: Mindestens **80%** der Patientinnen mit regulär abgeschlossener Bestrahlung nach brusterhaltender Therapie.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit brusterhaltender Therapie bei invasivem Tumor.

Es erhielten **96,3%** (311 von 323 Patientinnen) der Patientinnen nach brusterhaltender Therapie eine Nachbestrahlung.

Das Qualitätsziel wurde damit deutlich übertroffen.

Hinweis: Es werden nur Patientinnen mit dem Status „postoperativ“ berücksichtigt, für die mindestens eine Folgedokumentation vorliegt

### 5.3.4. HER2/NEU - BESTIMMUNG

Das Qualitätsziel: Mindestens 95% der Patientinnen mit Bestimmung des Her2/neu-Status.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen.

Bei 281 von 302 Patientinnen (entspricht **93,0%**) wurde der Her2/neu-Status be-

stimmt. Das Qualitätsziel wurde damit knapp verfehlt.

Hinweis: Es werden nur Patientinnen mit dem Status „postoperativ“ berücksichtigt. Da dieses Merkmal erst ab der Dokumentationsversion 3.x erhoben wird, werden Dokumentationen der Vorversion nicht berücksichtigt.

## Qualitätsbericht 2016

### 5.3.5. ADJUVANTE ENDOKRINE THERAPIE

Das Qualitätsziel: Mindestens 80% der Patientinnen mit andauernder oder regulär abgeschlossener adjuvanter endokriner Therapie.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit hormonrezeptor-positivem invasivem Tumor.

Es erhielten **83,9%** (328 von 391 Patientinnen) der Patientinnen eine adjuvante endokrine Therapie. Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

Hinweis: Es werden nur Patientinnen mit dem Status „postoperativ“ berücksichtigt, für die mindestens eine Folgedokumentation vorliegt

### 5.3.6. ADJUVANTE TRASTUZUMAB-THERAPIE

Das Qualitätsziel: Angemessener Anteil von Patientinnen mit andauernder oder regulär abgeschlossener Trastuzumab-Therapie.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit Her2/neu-positivem invasivem Tumor und Lymphknotenbefall.

Es haben **57,1%** (4 von 7 Patientinnen) der Patientinnen eine Trastuzumab-Therapie erhalten.

Hinweis: Es werden nur Patientinnen mit dem Status „postoperativ“ berücksichtigt, für die mindestens eine Folgedokumentation vorliegt. Da dieses Merkmal erst ab der Dokumentationsversion 3.x erhoben wird, werden Dokumentationen der Vorversion nicht berücksichtigt.

### 5.3.7. ADJUVANTE CHEMOTHERAPIE

Das Qualitätsziel: Angemessener Anteil von Patientinnen mit andauernder oder regulär abgeschlossener adjuvanter Chemotherapie.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit hor-

monrezeptor-negativem invasivem Tumor und Lymphknotenbefall.

Es haben 100% (16 von 16 Patientinnen) der Patientinnen eine adjuvante Chemotherapie erhalten.

## Qualitätsbericht 2016

---

### 5.3.8. BISPHOSPHONAT-THERAPIE

Das Qualitätsziel: Angemessener Anteil von Patientinnen mit Bisphosphonat-Therapie.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle Patientinnen mit Knochenmetastasen ohne Kontraindikation gegen Bisphosphonat.

Es haben 62,5% (5 von 8 Patientinnen) der Patientinnen eine Bisphosphonat-Therapie erhalten.

---

### 5.3.9. LYMPHÖDEM

Das Qualitätsziel: Niedriger Anteil von Patientinnen mit Lymphödem.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs

eingeschriebenen Patientinnen mit invasivem Tumor und Operation.

Es haben 19,1% (98 von 513 Patientinnen) der Patientinnen ein Lymphödem bekommen.

## Qualitätsbericht 2016

### 5.4. TUMORSTADIEN

Frauen mit einer Tumorgröße  $\geq 2$  cm gehören zur Patientinnengruppe mit erhöhtem Risiko. Abhängig von der Tumorgröße unterscheiden sich die therapeutischen Maßnahmen. Die **untenstehende Tabelle** zeigt die Anteile und die Anzahl der eingeschriebenen Patientinnen differenziert nach Tumorstadien (pTN) zum Zeitpunkt der Einschreibung, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen seit Beginn des DMP mit Angaben zu pT und pN.

	seit dem DMP-Beginn				
	pNX	pN0	pN1	pN2	pN3
pTX	37 0,6%	14 0,2%	6 0,1%	5 0,1%	3 0,0%
pTis	108 1,8%	192 3,2%	8 0,1%	3 0,0%	0 0,0%
pT0	0 0,0%	32 0,5%	3 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
pT1	75 1,2%	2.521 41,6%	638 10,5%	90 1,5%	30 0,5%
pT2	16 0,3%	1.010 16,7%	621 10,3%	166 2,7%	85 1,4%
pT3	1 0,0%	51 0,8%	79 1,3%	67 1,1%	51 0,8%
pT4	12 0,2%	28 0,5%	46 0,8%	29 0,5%	26 0,4%

#### Tumorgröße (T = Tumor)

<b>pTX</b>	Tumorgröße nicht bestimmbar
<b>pTis</b>	Carzinoma in situ
<b>pT0</b>	kein Anhalt für Primärtumor
<b>pT1</b>	$\leq 2$ cm
<b>pT2</b>	2 cm bis $\leq 5$ cm
<b>pT3</b>	$\geq 5$ cm
<b>pT4</b>	Tumor jeder Größe mit direkter Ausdehnung auf Brustwand oder Haut

#### Lymphknotenmetastasen (N = Nodes)

Keine Aussagen über Lymphknotenbefall möglich

Keine Anzeichen für Lymphknotenbefall

Zunehmender Lymphknotenbefall abhängig von der Lokalisation des Primärtumors; Einteilung z.B. nach ipsi- oder kontralateralem Befall und Beweglichkeit, sowie Lokalisation in Relation zum Primärtumor

## Qualitätsbericht 2016

### 5.5. ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 2. BERICHTSHALBJAHR

#### 5.5.1. BRUSTERHALTENDE THERAPIE (BET)

Das Qualitätsziel: Mindestens 70% der Patientinnen mit brusterhaltender Therapie.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen im Stadium pT1 mit Operation.

Bei 263 von 316 Patientinnen (entspricht 83,2%) wurde eine brusterhaltende Therapie durchgeführt. Das Qualitätsziel wurde somit übertroffen.

#### 5.5.2. SENTINEL-LYMPHKNOTEN-BIOPSIE

Das Qualitätsziel: Angemessener Anteil von Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten Biopsie.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit Operation und Erhebung des Nodalstatus bei invasivem Tumor.

Bei 178 von 207 Patientinnen (entspricht **86,0%**) wurde eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt.

Hinweis: Es werden nur Patientinnen berücksichtigt, die keine präoperative/neoadjuvante Therapie erhielten. Da dieses Merkmal erst ab der Dokumentationsversion 3.x erhoben wird, werden Dokumentationen der Vorversionen nicht berücksichtigt

#### 5.5.3. NACHBESTRAHLUNG

Das Qualitätsziel: Mindestens **80%** der Patientinnen mit regulär abgeschlossener Bestrahlung nach brusterhaltender Therapie.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit brusterhaltender Therapie bei invasivem Tumor.

Es erhielten **97,0%** (318 von 328 Patientinnen) der Patientinnen nach brusterhaltender Therapie eine Nachbestrahlung.

Das Qualitätsziel wurde damit deutlich übertroffen.

Hinweis: Es werden nur Patientinnen mit dem Status „postoperativ“ berücksichtigt, für die mindestens eine Folgedokumentation vorliegt

## Qualitätsbericht 2016

### 5.5.4. HER2/NEU - BESTIMMUNG

Das Qualitätsziel: Mindestens 95% der Patientinnen mit Bestimmung des Her2/neu-Status.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen.

Bei 311 von 336 Patientinnen (entspricht **92,6%**) wurde der Her2/neu-Status be-

stimmt. Das Qualitätsziel wurde damit knapp verfehlt.

Hinweis: Es werden nur Patientinnen mit dem Status „postoperativ“ berücksichtigt. Da dieses Merkmal erst ab der Dokumentationsversion 3.x erhoben wird, werden Dokumentationen der Vorversion nicht berücksichtigt.

### 5.5.5. ADJUVANTE ENDOKRINE THERAPIE

Das Qualitätsziel: Mindestens 80% der Patientinnen mit andauernder oder regulär abgeschlossener adjuvanter endokriner Therapie.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit hormonrezeptor-positivem invasivem Tumor.

Es erhielten **86,7%** (33 von 384 Patientinnen) der Patientinnen eine adjuvante endokrine Therapie. Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

Hinweis: Es werden nur Patientinnen mit dem Status „postoperativ“ berücksichtigt, für die mindestens eine Folgedokumentation vorliegt

### 5.5.6. ADJUVANTE TRASTUZUMAB-THERAPIE

Das Qualitätsziel: Angemessener Anteil von Patientinnen mit andauernder oder regulär abgeschlossener Trastuzumab-Therapie.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit Her2/neu-positivem invasivem Tumor und Lymphknotenbefall.

Es haben **72,7%** (8 von 11 Patientinnen) der Patientinnen eine Trastuzumab-Therapie erhalten.

Hinweis: Es werden nur Patientinnen mit dem Status „postoperativ“ berücksichtigt, für die mindestens eine Folgedokumentation vorliegt. Da dieses Merkmal erst ab der Dokumentationsversion 3.x erhoben wird, werden Dokumentationen der Vorversion nicht berücksichtigt.

## Qualitätsbericht 2016

### 5.5.7. ADJUVANTE CHEMOTHERAPIE

Das Qualitätsziel: Angemessener Anteil von Patientinnen mit andauernder oder regulär abgeschlossener adjuvanter Chemotherapie.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit hor-

monrezeptor-negativem invasivem Tumor und Lymphknotenbefall.

Es haben **95,0%** (19 von 20 Patientinnen) der Patientinnen eine adjuvante Chemotherapie erhalten.

### 5.5.8. BIPHOSPHONAT-THERAPIE

Das Qualitätsziel: Angemessener Anteil von Patientinnen mit Bisphosphonat-Therapie.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle Patientinnen mit Knochenmetastasen ohne Kontraindikation gegen Bisphosphonat.

Es haben **71,4%** (5 von 7 Patientinnen) der Patientinnen eine Bisphosphonat-Therapie erhalten.

### 5.5.9. LYMPHÖDEM

Das Qualitätsziel: Niedriger Anteil von Patientinnen mit Lymphödem.

**Berücksichtigte Patientinnen:** Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs

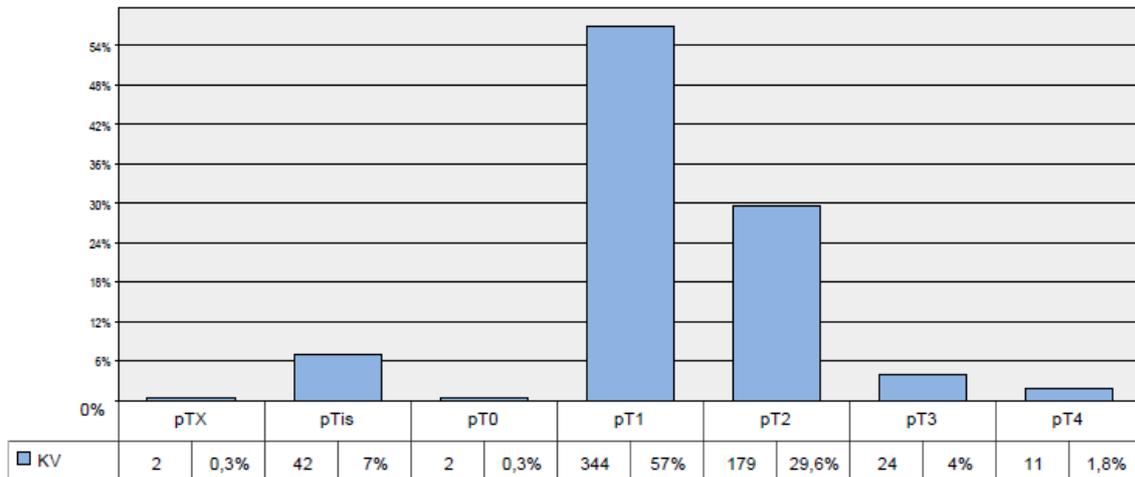
eingeschriebenen Patientinnen mit invasivem Tumor und Operation.

Es haben **18,2%** (93 von 510 Patientinnen) der Patientinnen ein Lymphödem bekommen.

## Qualitätsbericht 2016

### 5.6. PT-TUMORSTADIEN

Die **Grafik** stellt die Verteilung der pT-Tumorstadien im 2. Berichtshalbjahr dar.



### 5.7. TUMORSTADIEN

Frauen mit einer TumorgroÙe  $\geq 2$  cm gehören zur Patientinnengruppe mit erhhertem Risiko. Abhängig von der TumorgroÙe unterscheiden sich die therapeutischen MaÙnahmen. Die untenstehende Tabelle zeigt die Anteile und die Anzahl der eingeschriebenen Patientinnen differenziert nach Tumorstadien (pTN) zum Zeitpunkt der Einschreibung, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen im Berichtsjahr 2016 mit Angaben zu pT und pN.

	pNX	pN0	pN1	pN2	pN3
pTX	1 0,2%	1 0,2%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
pTis	7 1,2%	23 3,9%	1 0,2%	0 0,0%	0 0,0%
pT0	0 0,0%	2 0,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
pT1	6 1,0%	268 45,4%	60 10,2%	7 1,2%	1 0,2%
pT2	4 0,7%	103 17,5%	54 9,2%	11 1,9%	7 1,2%
pT3	0 0,0%	7 1,2%	6 1,0%	7 1,2%	4 0,7%
pT4	1 0,2%	1 0,2%	4 0,7%	2 0,3%	2 0,3%

### 6. KORONARE HERZKRANKHEIT EINSCHLIESSLICH DES MODULS CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ

#### 6.1. ZIELE IM DMP KHK EINSCHLIESSLICH DES MODULS CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ

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 körperlicher 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.

# Qualitätsbericht 2016

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

### 6.2.1. DATEN ZU TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN

#### 6.2.1.1. AMBULANTER SEKTOR

Am DMP KHK nehmen 818 Hausärzte, 35 kardiologisch qualifizierte Ärzte bzw. ambulante Einrichtungen sowie 24 invasiv tätige ambulante Kardiologen teil.

Bei der jährlichen Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen haben **13** Hausärzte die erforderlichen Nachweise nicht erbracht.

#### 6.2.1.2. STATIONÄRER SEKTOR

In den Vertrag sind **4** Krankenhäuser und **1** Rehabilitationsklinik eingebunden.

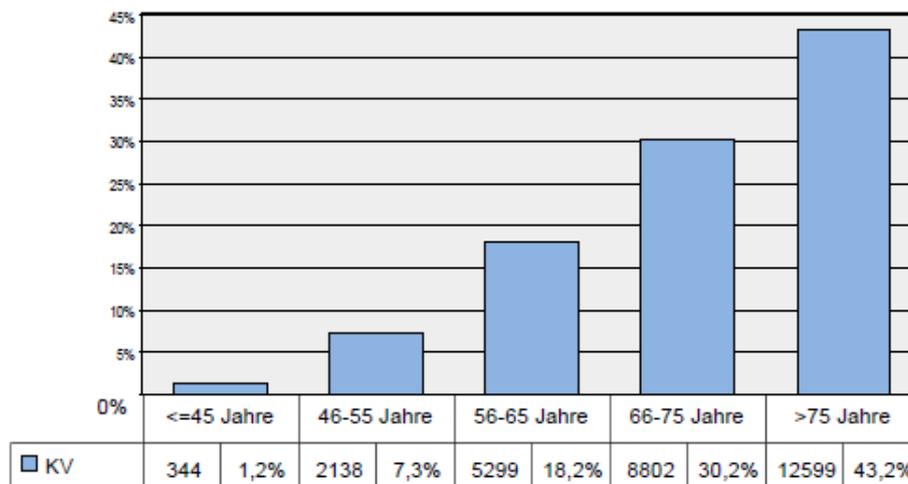
### 6.2.2. DATEN ZU TEILNEHMENDEN PATIENTEN

#### 6.2.2.1. ANZAHL DER EINGESCHRIEBENEN PATIENTEN

Zum Stichtag 31. Dezember 2016 sind **29.182** Patienten in das DMP Koronare Herzkrankheit eingeschrieben.

#### 6.2.2.2. ALTERSVERTEILUNG

Durchschnittlich sind die Patienten **71** Jahre alt. Wie sich die Altersstruktur der Patienten verteilt, können Sie der folgenden Tabelle entnehmen:



## Qualitätsbericht 2016

### 6.2.3. DATEN ZU ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

Im Berichtszeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2016 liegen für 29.061 Patienten Dokumentationen vor. Davon 3.212 Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 25.849 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation. Von den DMP-Teilnehmern nehmen ferner 1.759 Patienten am Modul Herzinsuffizienz teil, davon 140 Patienten nur mit einer Erstdokumentation und 1.619 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation in diesem Modul.

Im Berichtszeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2016 liegen für 29.182 Patienten Dokumentationen vor. Davon 2.395 Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 26.787 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation. Von den DMP-Teilnehmern nehmen ferner 1.822 Patienten am Modul Herzinsuffizienz teil, davon 117 Patienten nur mit einer Erstdokumentation und 1.705 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation in diesem Modul.

### 6.3. ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE

#### 6.3.1. 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 vor-

liegt und / oder die keine orale Antikoagulation erhalten.

Im 1. Berichtshalbjahr wurde **89,3%** der Patienten (25.578 von 26.399 Patienten) ein TAH verordnet.

Im 2. Berichtshalbjahr wurde das Qualitätsziel mit **88,8%** (23.153 von 26.081 Patienten) ebenfalls gut erreicht.

#### 6.3.2. 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.

## Qualitätsbericht 2016

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

Im 1. Berichtshalbjahr wurden **77,9%** der Patienten (21.719 von 27.891 Patienten) ein Betablocker verordnet. Das Qualitätsziel wurde verfehlt.

Im 2. Berichtshalbjahr wurden **77,1%** (21.575 von 27.975 Patienten) der Patienten ein Betablocker verordnet und das Qualitätsziel wurde nicht erreicht.

### 6.3.3. 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 eingeschriebenen Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt

Es wurden im 1. Berichtshalbjahr 24.031 von 28.604 der Patienten (entspricht

**84,0%**) Statine verordnet, so dass das Qualitätsziel weit übertroffen wurde.

Im 2. Berichtshalbjahr haben **83,6%** (23.985 von 28.689 Patienten) der Patienten eine Therapie mit HMG-CoA-Reduktasehemmer erhalten. Auch hier wurde das Qualitätsziel ebenfalls weit übertroffen.

### 6.3.4. BLUTDRUCKEINSTELLUNG

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  $\leq 139/89$  mmHg.

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

Im 1. Berichtshalbjahr wiesen **60,3%** (14.927 von 24.764 Patienten) der Patienten mit bekannter Hypertonie normotensive Werte ( $\leq 139/89$  mmHg) auf.

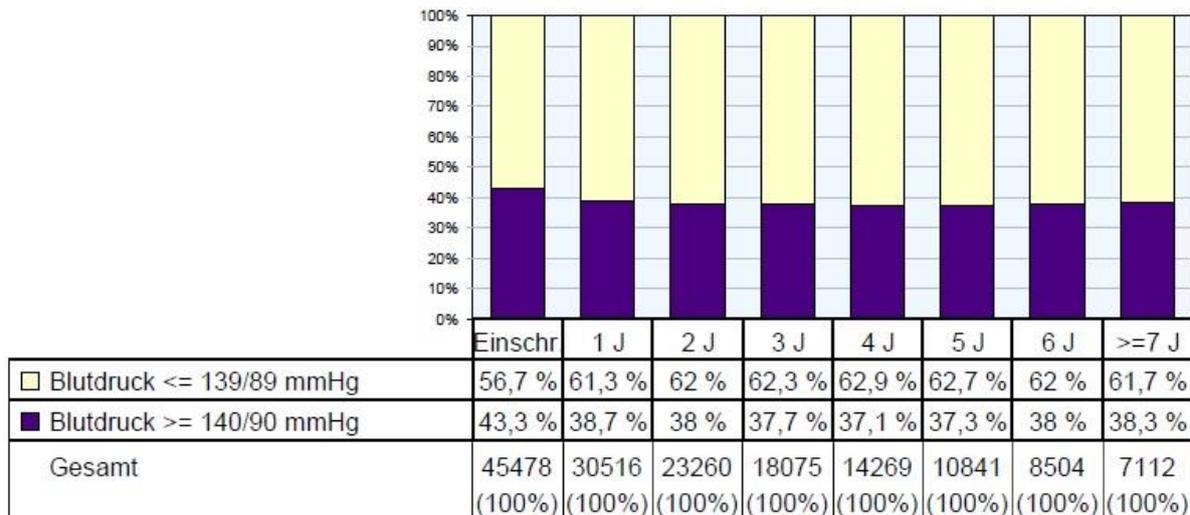
Im 2. Berichtshalbjahr haben **59,7%** (14.844 von 24.885 Patienten) der Patienten mit bekannter Hypertonie normotensive Werte ( $\leq 139/89$  mmHg) aufgewiesen.

In der Gesamtheit wurde das Qualitätsziel erreicht.

## Qualitätsbericht 2016

### 6.3.5. BLUTDRUCKWERTEKLASSEN

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.



### 6.3.6. 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.

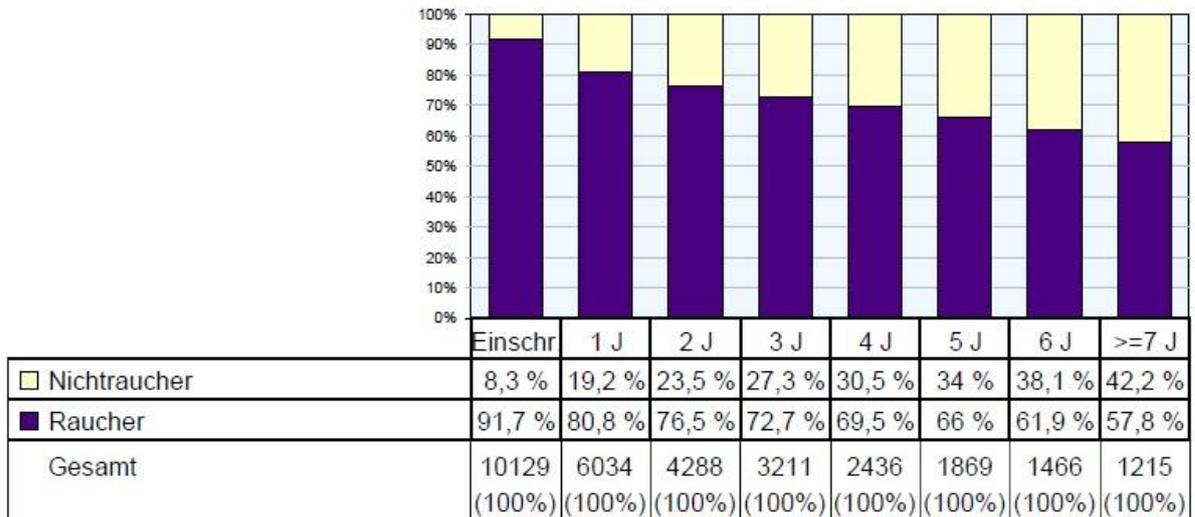
**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten.

Im 1. Berichtshalbjahr beträgt der Anteil an rauchenden Patienten **15,2%** (entspricht 4.421 von 29.061 der Patienten).

Im 2. Berichtshalbjahr haben **15,1%** (entspricht 4.395 von 29.182 Patienten) aller eingeschriebenen Patienten geraucht.

## Qualitätsbericht 2016

Abb.: Raucherquote bei Patienten, die zum Zeitpunkt der Einschreibung Raucher waren.



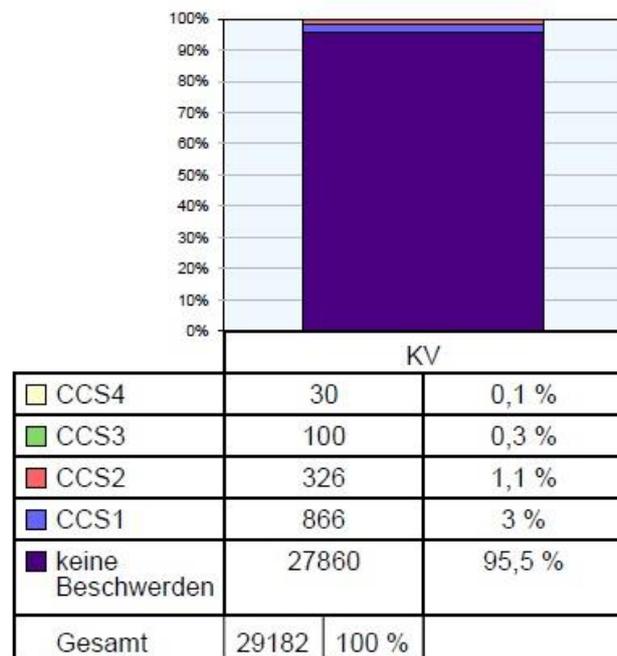
### 6.3.7. ANGINA-PECTORIS-BESCHWERDEN

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 **95,1%** (entspricht 27.627 von 29.061 der Patienten).

Im 2. Berichtshalbjahr beträgt der Anteil **95,5%** (entspricht 27.860 von 29.182 der Patienten).



# Qualitätsbericht 2016

## 6.4. MODUL HERZINSUFFIZIENZ

### 6.4.1. THERAPIE MIT ACE-HEMMERN

Alle Patienten sollten unabhängig vom Schweregrad der Herzinsuffizienz eine Therapie mit Angiotensin-Conversions-Enzym-Hemmern (ACE-Hemmer) erhalten, da eine Behandlung mit ACE-Hemmern Prognose und Symptomatik der Erkrankung verbessert.

Das Qualitätsziel: Mindestens 80% der Patienten erhalten ACE-Hemmer.

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten mit Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz, bei denen keine Kontraindikation vor-

liegt und die keinen AT1-Rezeptorantagonisten erhalten.

Es wurden im 1. Berichtshalbjahr **78,2%** der Patienten (1.203 von 1.538 Patienten) ein ACE-Hemmer verordnet. Das Qualitätsziel wurde knapp verfehlt.

Im 2. Berichtshalbjahr wurden bei **77,1%** der Patienten (1.223 von 1.587 Patienten) ACE-Hemmer verordnet, somit wurde das Qualitätsziel verfehlt.

### 6.4.2. THERAPIE MIT BETABLOCKERN

Alle klinisch stabilen Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz sollten einen Betablocker erhalten.

Das Qualitätsziel: Mindestens 80% der Patienten erhalten.

**Berücksichtigte Patienten:** Alle eingeschriebenen Patienten mit Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz, bei denen keine Kontraindikation vorliegt.

Im 1. Berichtshalbjahr wurde **80,2%** der Patienten (1.355 von 1.690 Patienten) ein Betablocker verordnet und das Qualitätsziel erreicht.

Im 2. Berichtshalbjahr wurde das Qualitätsziel knapp verfehlt. Es wurden aufgerundet **80,0%** (1.403 von 1.754 Patienten) der Patienten ein Betablocker verordnet.

### 6.4.3. SERUM-ELEKTROLYTE-BESTIMMUNG

Das Qualitätsziel: Bei einem hohen Anteil der Patienten wurden die Serum-Elektrolyte in den letzten 12 Monaten bestimmt.

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am Modul Herzinsuffizienz.

Im 1. Berichtshalbjahr wurde bei 1.175 von 1.522 Patienten (entspricht **77,2%**) eine

## Qualitätsbericht 2016

Bestimmung des Serum-Elektrolyte-Haushaltes durchgeführt.

Im 2. Berichtshalbjahr wurden bei **72,2%** (1.231 von 1.705 Patienten) der Patienten die Serum-Elektrolyte bestimmt.

### 6.5. 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.

#### 6.5.1. 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 1.447 von 11.701 Patienten (**12,4%**) an einer Diabetes-Schulung teilgenommen.

Im 2. Berichtshalbjahr haben 1.398 von 11.670 Patienten (**12,0%**) an einer Diabetes-Schulung teilgenommen.

#### 6.5.2. 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 1.581 von 24.764 Patienten (**6,4%**) an einer empfohlenen Hypertonie-Schulung teilgenommen.

Im 2. Berichtshalbjahr haben 1.575 von 24.885 Patienten (**6,3%**) an einer empfohlenen Hypertonie-Schulung teilgenommen.

### 7. 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.

#### 7.1. 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.

## Qualitätsbericht 2016

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

#### 7.2.1. DATEN ZU TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN

##### 7.2.1.1. AMBULANTER SEKTOR

Am **DMP Asthma bronchiale** nehmen 761 Hausärzte, davon 69 Kinderärzte sowie 55 pneumologisch qualifizierte Ärzte, davon 13 pneumologisch qualifizierte Kinderärzte teil. Bei der jährlichen Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen haben 35 Hausärzte die erforderlichen Nachweise nicht erbracht.

Beim **DMP COPD** nehmen 689 Hausärzte sowie 40 pneumologisch qualifizierte Ärzte teil. Bei der jährlichen Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen haben 28 Hausärzte die erforderlichen Nachweise nicht erbracht.

##### 7.2.1.2. STATIONÄRER SEKTOR

Als stationären Einrichtungen nahmen bis zum 31. Dezember 2016 **5** pneumologisch, davon **2** auch pädiatrisch qualifizierte Krankenhäuser und **2** Rehabilitationseinrichtungen am **DMP Asthma bronchiale** teil.

Am **DMP COPD** nahmen bis zum 31. Dezember 2016 **3** Krankenhäuser und **1** Rehabilitationseinrichtungen teil.

#### 7.2.2. DATEN ZU TEILNEHMENDEN PATIENTEN

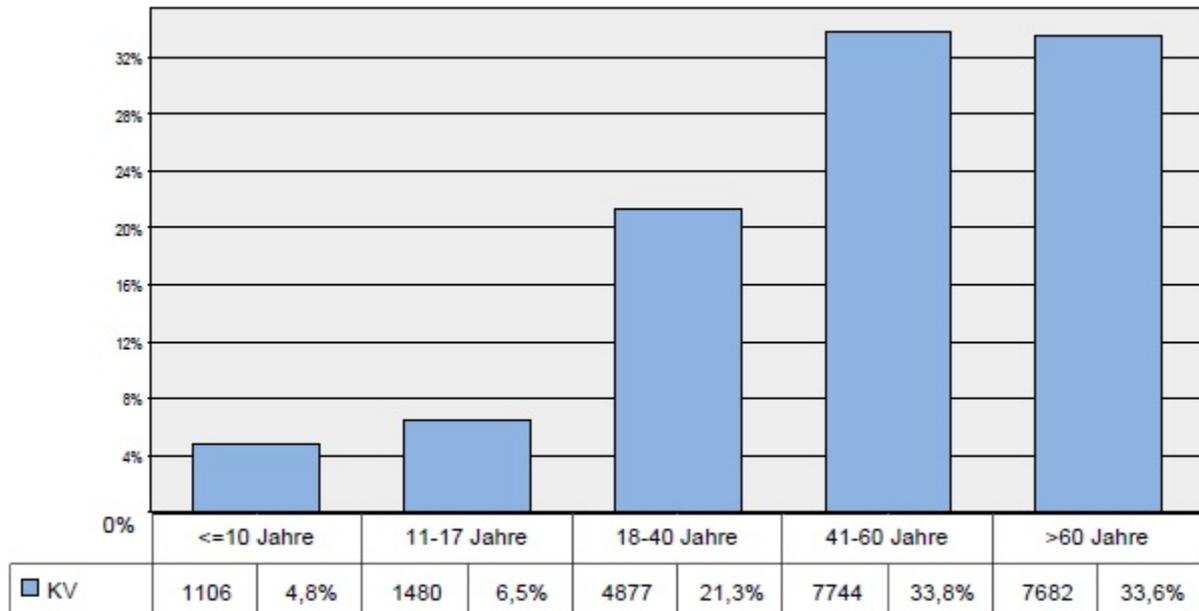
##### 7.2.2.1. ANZAHL DER EINGESCHRIEBENEN PATIENTEN

Zum Stichtag 31. Dezember 2016 sind **22.889** Patienten in das **DMP Asthma bronchiale** und **13.048** Patienten in das **DMP COPD** eingeschrieben.

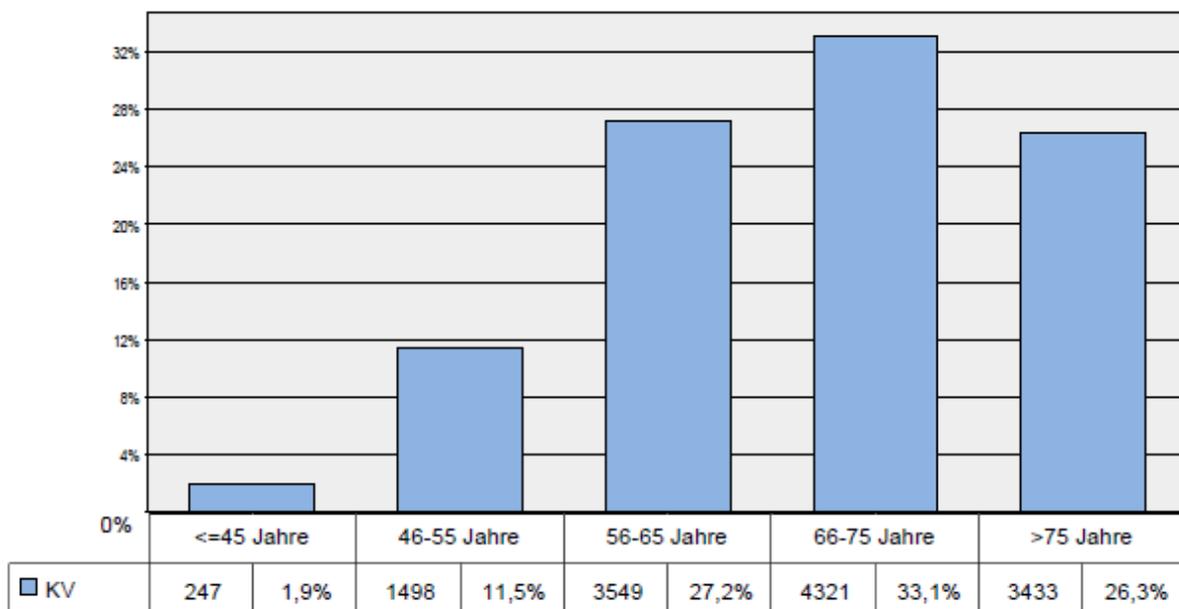
# Qualitätsbericht 2016

## 7.2.2.2. ALTERSVERTEILUNG

Die Patienten sind beim **DMP Asthma bronchiale** durchschnittlich **49** Jahre alt.



Beim **DMP COPD** ist das Alter der Patienten durchschnittlich **67** Jahre.



## Qualitätsbericht 2016

### 7.2.3. DATEN ZU DEN ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

Im Berichtszeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2016 liegen für das **DMP Asthma bronchiale** 21.486 Patienten Dokumentationen vor. Davon 2.996 Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 18.490 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation. Im Berichtszeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2016 liegen für 22.889 Patienten Dokumentationen vor. Alle diese Patienten wurden im Kernbericht berücksichtigt. Davon 3.692 Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 19.197 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

Im Berichtszeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2016 liegen für das **DMP COPD** 12.335 Patienten Dokumentationen vor. Davon 1.501 Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 10.834 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation. Im Berichtszeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2016 liegen für 13.048 Patienten Dokumentationen vor. Davon 1.694 Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 11.354 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

### 7.3. ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 1. BERICHTSHALBJAHR

#### 7.3.1. NOTFALLMÄßIGE STATIONÄRE BEHANDLUNG

##### 7.3.1.1. DMP ASTHMA BRONCHIALE

Das Qualitätsziel: Höchstens **10%** der Patienten mit einer oder mehr notfallmäßigen stationären Behandlungen wegen Asthma bronchiale bei Betrachtung der letzten sechs Monate des DMP.

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

Im 1. Berichtshalbjahr wurden lediglich 108 Patienten von 15.733 Patienten (entspricht **0,7%**) notfallmäßig behandelt.

Damit wurde das Ziel deutlich erreicht.

##### 7.3.1.2. DMP COPD

Das Qualitätsziel: Höchstens **40%** der Patienten hatten eine oder mehrere notfallmäßige stationäre Behandlungen wegen COPD innerhalb der letzten sechs Monate.

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

Lediglich 280 Patienten von 9.949 Patienten (entspricht **2,8%**) wurden im 1. Berichtshalbjahr notfallmäßig stationär behandelt.

Damit wurde das Ziel deutlich erreicht.

## Qualitätsbericht 2016

### 7.3.2. ÜBERPRÜFUNG DER INHALATIONSTECHNIK

#### 7.3.2.1. DMP ASTHMA BRONCHIALE

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

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten mit inhalativer Medikation.

Die Überprüfung der Inhalationstechnik fand im 1. Berichtshalbjahr bei 19.358 von 21.051 Patienten (entspricht **92,0%**) statt.

Das Ziel wurde erreicht.

#### 7.3.2.2. DMP COPD

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

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten.

Diese Überprüfung fand bei 10.336 von 12.335 Patienten (entspricht **83,8%**) statt.

Das Qualitätsziel wurde somit verfehlt.

### 7.3.3. GLUKOKORTIKOSTEROIDE

#### 7.3.3.1. DMP ASTHMA BRONCHIALE

Das Qualitätsziel: Mindestens **90%** der Patienten, bei denen inhalative Glukokortikosteroide als Bestandteil einer Dauermedikation verordnet werden.

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten mit Verordnung einer Dauermedikation

ohne Kontraindikation gegen inhalative Glukokortikosteroide.

Das Ziel wurde im 1. Berichtshalbjahr mit **94%** (16.756 von 17.827 Patienten) erreicht.

#### 7.3.3.2. DMP COPD

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

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten.

Auch dieses Ziel wurde mit **3,9%** (487 von 12.335 Patienten) im 1. Berichtshalbjahr sehr gut erreicht.

## Qualitätsbericht 2016

### 7.3.4. SELBSTMANAGEMENT (DMP ASTHMA BRONCHIALE)

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

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

Dieses Ziel wurde verfehlt, da nur **78,1%** der Patienten (entspricht 11.170 von 14.297 Patienten) einen Selbstmanagementplan einsetzten.

### 7.3.5. RAUCHER (DMP COPD)

Das Qualitätsziel: Niedriger Anteil an rauchenden Patienten.

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten.

Von 12.335 eingeschriebenen Patienten haben 4.919 Patienten (**39,9%**) im 1. Berichtshalbjahr geraucht.

### 7.3.6. EXAZERBATIONEN (DMP COPD)

Das Qualitätsziel: Höchstens **50%** der Patienten hatten zwei 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 **4,7%** der Patienten (471 von 9.949 Patienten) zwei oder mehr Exazerbationen.

## 7.4. ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 2. BERICHTSHALBJAHR

### 7.4.1. NOTFALLMÄßIGE STATIONÄRE BEHANDLUNG

#### 7.4.1.1. DMP ASTHMA BRONCHIALE

Das Qualitätsziel: Höchstens **10%** der Patienten hatten einen oder mehrere notfallmäßige stationäre Behandlungen wegen Asthma bronchiale innerhalb der letzten sechs Monate.

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

## Qualitätsbericht 2016

Im 2. Berichtshalbjahr wurden lediglich 90 Patienten von 16.364 Patienten (entspricht **0,5%**) notfallmäßig behandelt.

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

### 7.4.1.2. DMP COPD

Das Qualitätsziel: Höchstens **40%** der Patienten hatten eine oder mehrere notfallmäßige stationäre Behandlungen wegen COPD innerhalb der letzten sechs Monate.

Im 2. Berichtshalbjahr wurden 225 Patienten von 10.329 Patienten (entspricht **2,2%**) notfallmäßig behandelt.

Damit wurde das Ziel erreicht.

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

## 7.4.2. ÜBERPRÜFUNG DER INHALATIONSTECHNIK

### 7.4.2.1. DMP ASTHMA BRONCHIALE

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

Bei 20.632 von 22.470 Patienten (entspricht **91,8%**), die eine inhalative Medikation erhalten, wurde die Inhalationstechnik überprüft.

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten mit inhalativer Medikation.

Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

### 7.4.2.2. DMP COPD

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

Bei 10.924 von 13.048 Patienten (entspricht **83,7%**), die eine inhalative Medikation erhalten, wurde die Inhalationstechnik überprüft.

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten.

Das Qualitätsziel wurde verfehlt.

## Qualitätsbericht 2016

### 7.4.3. INHALATIVE GLUKOKORTIKOSTEROIDE

#### 7.4.3.1. DMP ASTHMA BRONCHIALE

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

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

Im 2. Berichtshalbjahr erhielten 17.985 von 19.183 (entspricht **93,8%**) aller eingeschriebenen Patienten systemische Glukokortikosteroide.

Das Qualitätsziel wurde somit sehr gut erreicht.

#### 7.4.3.2. DMP COPD

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

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten.

Im 2. Berichtshalbjahr erhielten 466 von 13.048 (entspricht **3,6%**) aller eingeschriebenen Patienten systemische Glukokortikosteroide.

Das Qualitätsziel wurde somit sehr gut erreicht.

### 7.4.4. SYMPTOMKONTROLLE (DMP ASTHMA BRONCHIALE)

„Gute Symptomkontrolle“ bedeutet:

- keine notfallmäßige stationäre Behandlung wegen Asthma im Dokumentationszeitraum
- maximal zwei Mal wöchentlich Asthma-Symptome bei Erwachsenen
- Symptombefreiheit bei Kindern und Jugendlichen

Das Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit guter Symptomkontrolle.

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

**89,3%** (13.272 von 14.855 Patienten) wiesen im 2. Berichtshalbjahr eine gute Symptomkontrolle auf.

**Hinweis:** Da dieses Qualitätsziel auf Ausprägungen des Dokumentationsparameters „Häufigkeit von Asthma-Symptomen“ in der Dokumentationsversion 3.x beruht, werden Dokumentationen der Vorversionen nicht berücksichtigt.

## Qualitätsbericht 2016

### 7.4.5. ASTHMA-SCHULUNG (QUOTE - DMP ASTHMA BRONCHIALE)

Das Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten, die im Rahmen des DMP eine Asthma-Schulung erhalten haben.

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten.

Im 2. Berichtshalbjahr haben 7.545 von 22.889 Patienten (entspricht **33,0%**) eine Asthma-Schulung im Rahmen des DMP erhalten.

### 7.4.6. SELBSTMANAGEMENTPLAN (DMP ASTHMA BRONCHIALE)

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

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

Im 2. Berichtshalbjahr haben **78,4%** (11.647 von 14.855 Patienten) einen schriftlichen Selbstmanagementplan eingesetzt.

Das Qualitätsziel wurde nicht erreicht.

### 7.4.7. RAUCHER (DMP COPD)

Das Qualitätsziel: Niedriger Anteil an rauchenden Patienten.

**Berücksichtigte Patienten:** Alle eingeschriebenen Patienten.

Von 13.048 eingeschriebenen Patienten haben 5.204 Patienten (**39,9%**) im 2. Berichtshalbjahr geraucht.

### 7.4.8. EXAZERBATIONEN (DMP COPD)

Das Qualitätsziel: Höchstens **50%** der Patienten mit zwei oder mehr Exazerbationen bei Betrachtung der letzten sechs Monate des DMP.

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahme-dauer am DMP.

Im 2. Berichtshalbjahr hatten 453 der 10.329 Patienten (entspricht **4,4%**) zwei oder mehr Exazerbationen innerhalb der letzten sechs Monate.

Das Qualitätsziel wurde damit erreicht.

## Qualitätsbericht 2016

### 7.4.9. ÜBERWEISUNG ZUM FACHARZT (DMP COPD)

Das Qualitätsziel: Mindestens **90%** der Patienten werden bei Beginn der Dauertherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden in der vorhergehenden Dokumentation zum Facharzt überwiesen.

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten mit Beginn der Verordnung systemischer Glukokortikosteroide in der vorher-

gehenden Dokumentation und in der aktuellen Dokumentation.

Im 2. Berichtshalbjahr wurden 14 von 71 Patienten (entspricht **19,7%**), die mit einer Dauertherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden begonnen haben, zum Facharzt überwiesen.

Das Qualitätsziel wurde nicht erreicht.

## 7.5. SCHULUNGEN

### 7.5.1. DMP ASTHMA BRONCHIALE

Das Qualitätsziel: Mindestens 85% der Patienten haben eine empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen.

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten, denen vier Quartale vor dem Berichtszeitraum wurde.

Von 4.908 haben 2.924 Patienten (entspricht **59,6%**) eine empfohlene Asthma-Schulung im 1. Berichtshalbjahr wahrge-

nommen. Dieses Qualitätsziel wurde somit nicht erreicht.

Im 2. Berichtshalbjahr haben 2.977 von 4.942 Patienten (entspricht **60,2%**) eine empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen. Dieses Qualitätsziel wurde nicht erreicht, jedoch konnte die Quote verbessert werden.

### 7.5.2. DMP COPD

Das Qualitätsziel: Teilnahme von mindestens **85%** der Patienten an der empfohlenen COPD-Schulung innerhalb von 4 Quartalen nach der Verordnung.

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten mit Empfehlung einer COPD-Schulung.

Von 2.619 haben 1.560 Patienten (entspricht **59,6%**) die empfohlene COPD-Schulung im 1. Berichtshalbjahr wahrgenommen. Dieses Qualitätsziel wurde nicht erreicht.

Im 2. Berichtshalbjahr haben 1.641 von 2.731 Patienten an der empfohlenen COPD-Schulung teilgenommen. Das Ziel wurde mit **60,1%** ebenfalls nicht erreicht.

### 8. 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.

#### 8.1. 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 den 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 Ziffer 1.3.1 der RSAV in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung i.V.m. § 321 SGB V 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 Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidosen) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien).

## Qualitätsbericht 2016

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 Ziffer 1.7.1 der RSAV in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung i.V.m. § 321 SGB V folgende Ziele im Vordergrund:

- Vermeidung akuter Stoffwechsellentgleisungen (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.

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

#### 8.2.1. DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN

##### 8.2.1.1. AMBULANTER SEKTOR

Es nehmen **53** diabetologisch qualifizierte Fachärzte, davon **5** fachärztliche Internisten (mit diabetologischer Qualifikation), **6** diabetologisch qualifizierte Kinderärzte, sowie **3** Hausärzte teil.

##### 8.2.1.2. STATIONÄRER SEKTOR

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

# Qualitätsbericht 2016

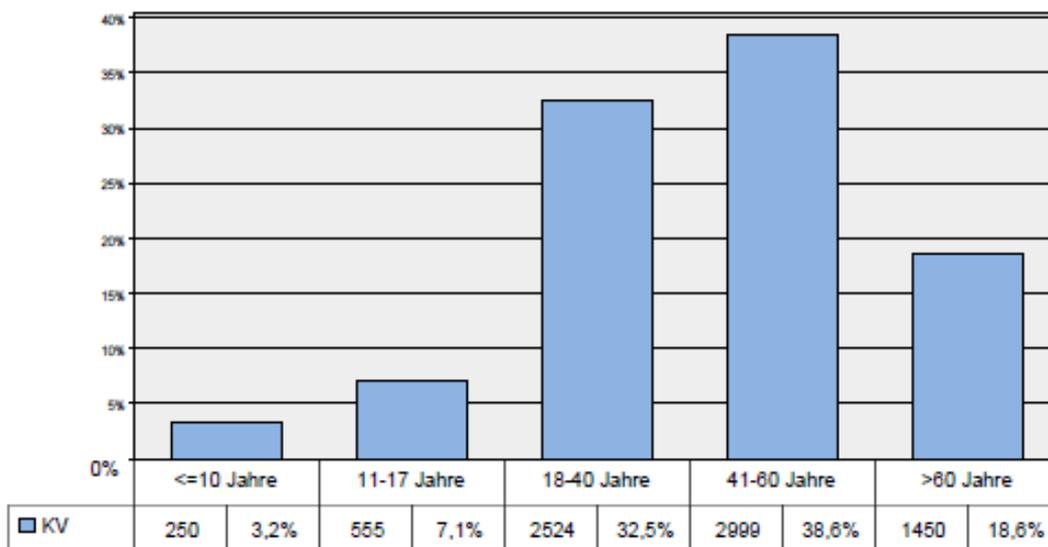
## 8.2.2. DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN PATIENTEN

### 8.2.2.1. ANZAHL DER EINGESCHRIEBENEN PATIENTEN

Zum Stichtag 31. Dezember 2016 sind **7.778** Patienten in das DMP Diabetes mellitus Typ 1 eingeschrieben.

### 8.2.2.2. ALTERSVERTEILUNG

Die teilnehmenden Patienten aller Praxen sind durchschnittlich **43** Jahre alt. Wie sich die Altersstruktur der Patienten verteilt, können Sie der folgenden Tabelle entnehmen.



## 8.2.3. DATEN ZU DEN ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

Im Berichtszeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2016 liegen für 7.876 Patienten Dokumentationen vor. Davon 637 Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 7.239 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation. Im Berichtszeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2016 liegen für 7.778 Patienten Dokumentationen vor. Davon 593 Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 7.185 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

### 8.3. ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE

#### 8.3.1. 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 5.605 Patienten im 1. Berichtshalbjahr wurde bei 154 Patienten eine schwere Hypoglykämie dokumentiert. Mit **2,7%** wurde das Qualitätsziel im Bereich der KV Hamburg sehr gut erreicht.

Im 2. Berichtshalbjahr wurde bei 339 von 5.953 Patienten (entspricht **5,7%**) eine schweren Hypoglykämie dokumentiert. Das Ziel wurde auch im 2. Berichtshalbjahr gut erreicht.

#### 8.3.2. 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 6.627 Patienten im 1. Berichtshalbjahr wurde bei 37 Patienten (entspricht **0,6%**) notfallmäßig stationär behandelt.

Im 2. Berichtshalbjahr wurden 43 Patienten von 6.638 (entspricht **0,6%**) notfallmäßig stationär behandelt.

Das Qualitätsziel wurde somit in beiden Berichtshalbjahren weit übertroffen und konnte im Vergleich zu den Vorjahren noch weiter verbessert werden.

#### 8.3.3. BLUTDRUCK

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.

## Qualitätsbericht 2016

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

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

Dieses Ziel wurde im 1. Berichtshalbjahr mit **53,6%** (1.420 von 2.651 Patienten) gut erreicht.

Im 2. Berichtshalbjahr konnte das Ziel mit **51,0%** (1.329 von 2.604 Patienten) aller eingeschriebenen Patienten ebenfalls eingehalten werden.

### 8.3.4. HbA<sub>1c</sub>-WERT

Eine wichtige Rolle bei der Behandlung des Diabetes mellitus hat die Kontrolle des sog. Langzeit-Blutzuckerwertes (HbA<sub>1c</sub>-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<sub>1c</sub>-Wert von  $>8,5\%$  (69 mmol/mol)

**Berücksichtigte Patienten:** Alle Patienten.

Im 1. Berichtshalbjahr hatten 1.930 von 7.876 Patienten (entspricht **24,5%**) einen HbA<sub>1c</sub>-Wert von  $>8,5\%$ .

Im 2. Berichtshalbjahr waren es 1.818 von 7.778 Patienten (entspricht **23,4%**).

Dieses Qualitätsziel wurde somit in beiden Berichtshalbjahren verfehlt.

### 8.3.5. HbA<sub>1c</sub>-ZIELWERT

Gemeinsam mit dem Patienten sind individuelle Therapieziele zu vereinbaren. Der HbA<sub>1c</sub>-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<sub>1c</sub>-Zielwert erreicht.

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

Es haben 2.534 von 5.605 Patienten (entspricht **45,2%**) im 1. Berichtshalbjahr ihren individuell vereinbarten HbA<sub>1c</sub>-Zielwert erreicht.

Im zweiten Berichtshalbjahr haben 2.942 von 5.953 Patienten (entspricht **49,4%**) ihren individuell vereinbarten HbA<sub>1c</sub>-Zielwert erreicht.

### 8.3.6. ALBUMINAUSSCHIEDUNG

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 Mo-

naten und ohne bereits bestehende Nephropathie und Nierenersatztherapie.

Im 1. Berichtshalbjahr wurde bei 3.498 von 4.890 Patienten (entspricht **71,5%**) die Albumin-Ausscheidungsrate bestimmt.

Im 2. Berichtshalbjahr wurde bei 4.003 von 5.258 Patienten (entspricht **76,1%**) die Albumin-Ausscheidungsrate überprüft.

Das Qualitätsziel wurde in beiden Berichtshalbjahren somit nicht erreicht.

### 8.3.7. 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 (Epidermal Growth Factor Receptor) in den letzten 12 Monaten bestimmt.

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

Im 1. Berichtshalbjahr wurde die eGFR bei **72,5%** (3.675 von 5.069 Patienten) bestimmt. Das Ziel wurde nicht erreicht.

Im 2. Berichtshalbjahr wurde die eGFR bei **77,7%** (4.225 von 5.439 Patienten) bestimmt. Dieses Ziel wurde nicht erreicht.

## Qualitätsbericht 2016

### 8.3.8. SENSIBILITÄTSPRÜFUNG

Das Qualitätsziel: Mindestens 90% aller Patienten wurde die Sensibilität in den letzten 12 Monaten geprüft.

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

Im 1. Berichtshalbjahr wurde das Qualitätsziel bei 4.144 von 5.069 Patienten (entspricht **81,8%**) verfehlt.

Im 2. Berichtshalbjahr wurde die Sensibilitätsprüfung bei 4.540 von 5.439 Patienten (entspricht **83,5%**) durchgeführt und damit das Qualitätsziel ebenfalls verfehlt.

### 8.3.9. PERIPHERER PULSSTATUS

Das Qualitätsziel: Mindestens **90%** aller Patienten mit Erhebung des peripheren Pulsstatus in den letzten 12 Monaten.

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

Im 1. Berichtshalbjahr wurde das Qualitätsziel bei 4.142 von 5.069 Patienten (entspricht **81,7%**) verfehlt.

Im 2. Berichtshalbjahr wurde der periphere Pulsstatus bei 4.556 von 5.439 Patienten (entspricht **83,8%**) erhoben und damit das Qualitätsziel ebenfalls verfehlt.

### 8.3.10. FUßSTATUS

Das Qualitätsziel: Mindestens **90%** 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 **82%** aller berücksichtigten Patienten der Fußstatus erhoben.

Im 2. Berichtshalbjahr wurde der Fußstatus bei 4.563 von 5.439 Patienten (entspricht **83,9%**) erhoben. Somit wurde das Qualitätsziel, wie im Vorjahr, nicht erreicht..

## Qualitätsbericht 2016

### 8.3.11. 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 508 von 719 (entspricht **70,7%**) Patienten ein TAH verordnet.

Im 2. Berichtshalbjahr für 481 von 676 Patienten (entspricht **71,2%**) ein TAH verordnet wurde.

Somit wurde das Qualitätsziel verfehlt.

## 8.4. 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.

### 8.4.1. 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 **42,2%** (3.324 von 7.876).

Im 2. Berichtshalbjahr liegt der Anteil der Patienten die im Rahmen des DMP an einer Diabetes-Schulung teilgenommen haben bei **41,8%** (3.253 von 7.778).

### 8.4.2. HYPERTONIE-SCHULUNG (QUOTE)

Das Qualitätsziel: Ein hoher Anteil der Patienten mit bekannter Hypertonie hat im

Rahmen des DMP an einer Hypertonie-Schulung teilgenommen.

## Qualitätsbericht 2016

**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 **19,4%** (514 von 2.651).

Im 2. Berichtshalbjahr liegt der Anteil der Patienten die im Rahmen des DMP an einer Hypertonie-Schulung teilgenommen haben bei **19,6%** (511 von 2.604).

### 9. VOLLSTÄNDIGKEIT, QUALITÄT (PLAUSIBILITÄT) UND VERFÜGBARKEIT DER DOKUMENTATION

Für diesen Bereich soll die Qualitätssicherung gewährleisten, dass in allen Fällen eine korrekte Einschreibung erfolgt. Das heißt, dass auch tatsächlich nur Versicherte mit einer gesicherten Diagnose eingeschrieben werden und die ausgefüllten Dokumentationen zeitnah zur Verfügung stehen.

Durch einen Reminder an den Leistungserbringer soll außerdem an ausstehende Dokumentationen für das nächste Dokumentationsquartal erinnert werden. Damit soll eine kontinuierliche Betreuung des Patienten gewährleistet werden.

Die Vollständigkeit und Qualität (i. S. von Plausibilität) der Dokumentation ist eine wesentliche Voraussetzung für die Qualitätssicherung und die Evaluation.

### 10. FAZIT

Die GE stellt fest, dass von 41 qualitativ auswertbaren DMP-Qualitätszielen insgesamt 21 Ziele (entspricht 51,2%) erreicht wurden. 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. Die Blutdruckeinstellung bekannter Hypertonie Patienten verläuft weiterhin gut. Um der Entwicklung einer diabetischen Nephropathie vorzubeugen, sollen bei mindestens 90% der Patienten die eGFR (Epidermal Groth Factor Receptor) bestimmt werden. Dieses Ziel wurde im Schnitt mit 75,2% 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 zurück gebracht 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 Vermeidung von schweren Hypoglykämien,
- die Empfehlung zur Medikation mit Metformin bei übergewichtigen Patienten,
- die Vermeidung von notfallmäßigen stationären Behandlungen,
- der individuell vereinbarte HbA<sub>1c</sub> - Zielwert,
- die Blutdruckeinstellung bei der individuellen Therapiezielplanung.

Bei der Behandlung hat die Kontrolle des sogenannten Langzeit-Blutzuckerwertes (HbA<sub>1c</sub>-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 10,9% 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<sub>1c</sub>-Wert überwiesen.

## Qualitätsbericht 2016

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 hervorzuheben, dass rund 75% der qualitativ auswertbaren Qualitätsziele erreicht wurden.

Das Qualitätsziel zur HER2/Neu-Bestimmung wurde um 2,4% verfehlt. Positiv zu erwähnen ist, dass von 513 Patientinnen mit invasivem Tumor und Operation nur 98 ein Lymphödem bekamen.

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 mehr als 23,6% übertroffen. Das Qualitätsziel zur Einstellung der Patienten auf einen normotensiven Blutdruckwert wurde ebenfalls erreicht.

Mindestens 80% aller klinisch stabilen Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz sollten einen Betablocker erhalten. Dieses Qualitätsziel wurde im Durchschnitt mit 80,1% erreicht.

In diesem Jahr wurde im Modul Herzinsuffizienz im Bereich der Behandlung mit ACE-Hemmern das Qualitätsziel nicht erreicht.

Die Vermeidung von notfallmäßigen stationären Behandlungen ist im **DMP Asthma bronchiale und COPD** erstmals auf einen Tiefstwert von 0,5% (Zielwert höchstens 10%) bzw. 2,8% (Zielwert höchstens 40%). Ein Schwachpunkt bleibt weiterhin der Selbstmanagementplan. Hier konnte auch der eingeführte Medikationsplan keine wünschenswerte Änderung herbeiführen. Grundsätzlich ist positiv zu erwähnen, dass in diesen beiden DMP's die qualitativ auswertbaren Qualitätsziele zu 75% 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	
	1. Halbjahr	2. Halbjahr	1. Halbjahr	2. Halbjahr
DMP Diabetes mellitus Typ 1	42,2%	41,8%	19,4%	19,6%
DMP Diabetes mellitus Typ 2	33,6%	32,3%	16,0%	15,5%
KHK	12,4%	12,0%	6,4%	6,3%

	Asthma-Schulung		COPD-Schulung	
	1. Halbjahr	2. Halbjahr	1. Halbjahr	2. Halbjahr
Asthma	59,6%	60,2%		
COPD			59,6%	60,1%

## **Qualitätsbericht 2016**

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.