Gemeinsame Einrichtung
DMP Hamburg

Qualitätsbericht

Ausgabe für den Berichtszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2017

Disease-Management-Programme

Asthma bronchiale sowie COPD
Brustkrebs
Diabetes mellitus Typ 1
Diabetes mellitus Typ 2
Koronare Herzkrankheit einschließlich
des Moduls chronische Herzinsuffizienz

© denisismagilov-Fotolia.com

Stand: September 2018

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung 7

1. DMP-Programme in Hamburg 8

2. Ziele der DMP-Programme 10

3. Qualitätssicherung der DMP-Programme 10

3.1. Strukturqualität 11

3.2. Prozessqualität 11

3.3. Reminder 15

3.4. Feedback-Berichte 16

4. Asthma bronchiale sowie COPD 17

4.1. Ziele im DMP Asthma bronchiale und COPD 17

4.2. Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen 18

4.2.1. Daten zu teilnehmenden Leistungserbringern 18

4.2.2. Daten zu teilnehmenden Patienten 18

4.2.3. Daten zu den übermittelten Dokumentationen 19

4.3. Ergebnisse der Qualitätsziele im 1. Berichtshalbjahr 20

4.3.1. Notfallmäßige stationäre Behandlung 20

4.3.2. Überprüfung der Inhalationstechnik 20

4.3.3. Glukokortikosteroide 21

4.3.4. Selbstmanagement (DMP Asthma bronchiale) 22

4.3.5. Raucher (DMP COPD) 22

4.3.6. Exazerbationen (DMP COPD) 22

4.4. Ergebnisse der Qualitätsziele im 2. Berichtshalbjahr 22

4.4.1. Notfallmäßige stationäre Behandlung 22

4.4.2. Überprüfung der Inhalationstechnik 23

4.4.3. Inhalative Glukokortikosteroide 23

4.4.4. Symptomkontrolle (DMP Asthma bronchiale) 24

4.4.5. Asthma-Schulung (Quote - DMP Asthma bronchiale) 24

4.4.6. Selbstmanagementplan (DMP Asthma bronchiale) 24

4.4.7. Raucher (DMP COPD) 25
4.4.8. Exazerbationen (DMP COPD) 25
4.4.9. Überweisung zum Facharzt (DMP COPD) 25
4.5. Schulungen 26
4.5.1. DMP Asthma bronchiale 26
4.5.2. DMP COPD 26
5. Brustkrebs 27
5.1. Ziele im DMP Brustkrebs 27
5.2. Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern und den teilnehmenden Patientinnen 28
5.2.1. Daten zu teilnehmenden Leistungserbringern 28
5.2.2. Daten zu teilnehmenden Patientinnen 29
5.3. Ergebnisse der Qualitätsziele im 1. Berichtshalbjahr 30
5.3.1. Brusterhaltende Therapie (BET) 30
5.3.2. Sentinel-Lymphknoten-Biopsie 30
5.3.3. Nachbestrahlung 30
5.3.4. Her2/neu - Bestimmung 31
5.3.5. Adjuvante endokrine Therapie 31
5.3.6. Adjuvante Trastuzumab-Therapie 32
5.3.7. Adjuvante Chemotherapie 32
5.3.8. Bisphosphonat-Therapie 32
5.3.9. Lymphödem 33
5.4. Tumorstadien 34
5.5. Ergebnisse der Qualitätsziele im 2. Berichtshalbjahr 35
5.5.1. Brusterhaltende Therapie (BET) 35
5.5.2. Sentinel-Lymphknoten-Biopsie 35
5.5.3. Nachbestrahlung 35
5.5.4. Her2/neu - Bestimmung 36
5.5.5. Adjuvante endokrine Therapie 36
5.5.6. Adjuvante Trastuzumab-Therapie 36

5.5.7. Adjuvante Chemotherapie 37

5.5.8. Biphosphonat-Therapie 37

5.5.9. Lymphödem 37

5.6. pT-Tumorstadien 38

5.7. Tumorstadien 38

6. Diabetes mellitus Typ 1 39

6.1. Ziele im DMP Diabetes mellitus Typ 1 39

6.2. Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen 40

6.2.1. Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern 40

6.2.2. Daten zu den teilnehmenden Patienten 41

6.2.3. Daten zu den übermittelten Dokumentationen 41

6.3. Ergebnisse der Qualitätsziele im 1. Berichtshalbjahr 42

6.3.1. Hypoglykämie 42

6.3.2. Notfallmäßige stationäre Behandlung 42

6.3.3. Blutdruck 42

6.3.4. HbA_{1c}-Wert 43

6.3.5. HbA_{1c}-Zielwert 43

6.3.6. Albuminausscheidung 43

6.3.7. Nierenfunktion 44

6.3.8. Fußstatus 44

6.3.9. Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) 44

6.4. Ergebnisse der Qualitätsziele im 2. Berichtshalbjahr 45

6.4.1. Hypoglykämie 45

6.4.2. Notfallmäßige stationäre Behandlung 45

6.4.3. Blutdruck (RR ≤ 139/89 mmHg) 45

6.4.4. HbA_{1c}-Wert 45

6.4.5. Individueller HbA_{1c}-Zielwert 46

6.4.6. Albuminausscheidung 46

6.4.7. Nierenfunktion 46

6.4.8. Fußstatus 46

6.4.9. Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) 47

6.5. Schulungen 47

6.5.1. Diabetes-Schulung (Quote) 47

6.5.2. Hypertonie-Schulung (Quote) 47

7. Diabetes mellitus Typ 2 48

7.1. Ziele im DMP Diabetes mellitus Typ 2 48

7.2. Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen 48

7.2.1. Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern 48

7.2.2. Daten zu den teilnehmenden Patienten 49

7.2.3. Daten zu den übermittelten Dokumentationen 49

7.3. Ergebnisse der Qualitätsziele im 1. Berichtshalbjahr 50

7.3.1. Hypoglykämie 50

7.3.2. Notfallmäßige stationäre Behandlung 50

7.3.3. Metformin 50

7.3.4. Augenarzt 51

7.3.5. Diabetischer Fuss 51

7.3.6. HbA_{1c}-Wert 51

7.3.7. HbA_{1c}-Zielwert 52

7.3.8. Blutdruck 52

7.3.9. Nierenfunktion 53

7.3.10. Thrombozytenaggregationshemmer 53

7.4. Ergebnisse der Qualitätsziele im 2. Berichtshalbjahr 53

7.4.1. Hypoglykämie 53

7.4.2. Notfallmäßige stationäre Behandlung 53

7.4.3. Metformin 53

7.4.4. Augenarzt 53

7.4.5. Diabetischer Fuss 53

7.4.6. HbA_{1c}-Wert 55

7.4.7. Individueller HbA_{1c}-Zielwert 55

7.4.8. Blutdruck (RR ≤139/89 mmHg) 55

7.4.9. Nierenfunktion 55

7.4.10. Thrombozytenaggregationshemmer 55

7.5. Längsschnittdarstellung 56

7.5.1. HbA_{1c}-Werteklassen 56

7.5.2. Blutdruck-Werteklassen 57

7.6. Schulungen 57

7.6.1. Diabetes-Schulung (Quote) 57

7.6.2. Hypertonie-Schulung (Quote) 58

8. Koronare Herzkrankheit einschliesslich des Moduls chronische Herzinsuffizienz 59

8.1. Ziele im DMP KHK einschliesslich des Moduls chronische Herzinsuffizienz 59

8.2. Daten zu den teilnehmenden Leistungserbringern, den teilnehmenden Patienten und den übermittelten Dokumentationen 60

8.2.1. Daten zu teilnehmenden Leistungserbringern 60

8.2.2. Daten zu teilnehmenden Patienten 60

8.2.3. Daten zu übermittelten Dokumentationen 61

8.3. Ergebnisse der Qualitätsziele im 1. Halbjahr 61

8.3.1. Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) 61

8.3.2. Therapie mit Betablockern 61

8.3.3. Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statine) 62

8.3.4. Blutdruck 62

8.3.5. Blutdruckwerteklassen 63

8.3.6. Raucherentwöhnung 63

8.3.7. Raucherquote 64

8.3.8. Angina-pectoris-Beschwerden 65

8.4. Ergebnisse der Qualitätsziele im 2. Halbjahr 65

8.4.1. Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) 65

8.4.2. Therapie mit Betablockern 65

8.4.3. Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statine) 66

8.4.4. Blutdruck 66
8.4.5. Blutdruckwerteklassen 66
8.4.6. Raucherentwöhnung 67
8.4.7. Raucherquote 68
8.4.8. Angina-pectoris-Beschwerden 69
8.5. Modul Herzinsuffizienz 69
8.5.1. Therapie mit ACE-Hemmern 69
8.5.2. Therapie mit Betablockern 70
8.5.3. Serum-Elektrolyte-Bestimmung 70
8.6. Schulungen 70
8.6.1. Diabetes-Schulung (Quote) 71
8.6.2. Hypertonie-Schulung (Quote) 71

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 2017 zusammengefasst und anhand der generierten Daten differenziert analysiert für die jeweiligen Indikationen. Dies umfasst z.B. auch Daten zu den beteiligten Ärzten, Einrichtungen und Patienten.

Die Mitglieder der GE bestehen aus den Vertragspartnern der Hamburger DMP-Verträge. Ein besonderes Augenmerk erlangt die Frage, ob die im DMP definierten Qualitätsziele für den Berichtszeitraum vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 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,
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 2017 waren das folgende Einrichtungen:

DMP	Stationäre Einrichtung	Rehabilitationseinrichtung
DM 2	• Asklepios Klinik Barmbek • Asklepios Westklinikum Hamburg • Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg	• Klinik Buchenholm
BK	• Asklepios Brustzentrum Hamburg (Asklepios Klinik Barmbek) • Brustzentrum des Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg • Brustzentrum HELIOS Mariahilf - Hamburg • Brustzentrum am Marienkrankenhaus (Katholisches Marien-krankenhaus gGmbH) • Mammazentrum Hamburg (Krankenhaus Jerusalem) • Brustzentrum am UKE (Universitätsklinikum Eppendorf, bis 30.09.2018)	

KHK	• Asklepios Klinik Altona (bis 31.03.2018) • Asklepios Klinik St. Georg • Albertinen Krankenhaus • Universitäres Herzzentrum Hamburg	• Segeberger Kliniken GmbH [Reha] (ab 01.07.2015)
Asthma bronchiale	• LungenClinic Großhansdorf GmbH • Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift • Altonaer Kinderkrankenhaus • Asklepios Klinik Harburg • Universitätsklinikum Eppendorf (ab 01.10.2013)	• Ostseestrandklinik „Klaus Störtebeker“ (ab 01.07.2014) • Strandklinik St. Peter-Ording GmbH & CO. KG (ab 01.07.2013)
COPD	• LungenClinic Großhansdorf • Asklepios Klinik Harburg • Universitätsklinikum Eppendorf (bis 31.12.2017)	• Strandklinik St. Peter-Ording GmbH & CO. KG (ab 01.07.2013)
DM 1	• Altonaer Kinderkrankenhaus • Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift • Asklepios Klinik Barmbek • Asklepios Westklinikum Hamburg • Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg	• Klinik Buchenholm • Inselklinik Heringsdorf Haus Gothensee ab 27.08.2014

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

2. ZIELE DER DMP-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.

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:

- 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 2017 sind:

RSAV	In Kraft ab	Wesentlicher Regelungsinhalt
4. RSA-ÄndV	1. Juli 2002	- rechtliche Grundlage für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 und das DMP Brustkrebs - Anlagen beinhalten Anforderungen an Programme, evidenzbasierte Leitlinien, Erfassungsdaten (Erstdokumentation)
6. RSA-ÄndV	1. Januar 2003	- Anpassung der Dokumentation des DMP Diabetes mellitus Typ 2 sowie die Reduzierung des Datenaustausches
7. RSA-ÄndV	1. Mai 2003	- rechtliche Grundlage für das DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)
9. RSA-ÄndV	1. März 2004	- rechtliche Grundlage für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 - Vereinfachung der Abläufe und Dokumentation für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 und KHK
11. RSA-ÄndV	1. Januar 2005	- rechtliche Grundlage für das DMP Asthma bronchiale und das DMP chronische obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)
12. RSA-ÄndV	1. September 2005	- Anpassung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Anlage 1 RSAV) an neueste medizinische Erkenntnisse

		- Verfahrensvorschrift zur Übermittlung von Dokumentationsdaten im DMP
13. RSA-ÄndV	1. Februar 2006	- Anpassung des DMP Brustkrebs an neueste medizinische Erkenntnisse - überarbeitete Dokumentation für das DMP Brustkrebs - ergänzende Regelungen zur elektronischen Dokumentation und zur Evaluation der Programme
GKV-WSG	1. April 2007	- Verlängerung des Zulassungszeitraumes von 3 auf 5 Jahre - Verfahrensvereinfachungen z.B. bei den Einschreibevoraussetzungen, den Übermittlungsfristen und den Mitwirkungspflichten für teilnehmende Versicherte
17. RSA-ÄndV	1. April 2008	Regelungen: - zu einer vereinfachten, indikationsübergreifenden Dokumentation für alle DMP - zur elektronischen Dokumentation - zur Evaluation und Qualitätssicherung
18. RSA-ÄndV	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
20. RSA-ÄndV	1. Juli 2009	- Anpassung des DMP Diabetes

		mellitus Typ 2 (Anlage 1 RSAV) - Anpassung des DMP KHK sowie die Aufnahme des Moduls Herzinsuffizienz (Anlage 5 RSAV) - Anpassung DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Anlage 7 RSAV)
23. RSA-ÄndV	17. Dezember 2010	- Übergangsregelung zur weiteren Aufbewahrung von DMP-Daten (Löschungsfrist)
GKV-VStG	1. Januar 2012	- Unbefristete Zulassung - Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
DMP-RL	19. Juli 2012	- Anforderungen an die Ausgestaltung der DMP zu den Indikationen Brustkrebs, Asthma bronchiale und COPD
DMP-AF-RL	3. Oktober 2012	- Verlängerung der Aufbewahrungsfrist für DMP-Daten auf 15 Jahre - Die Richtlinie tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2018 wieder außer Kraft
DMP-A-RL	1. Juli 2014	- Anforderungen an die Ausgestaltung der DMP zu den Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und KHK
DMP-A-RL	19. September 2014	- Regelungen zu Anforderungen an die Qualitätsberichte und die Evaluation
DMP-RL	19. September 2014	- Verweis auf § 6 DMP-A-RL

		(Evaluation) für die Indikationen Brustkrebs, Asthma und COPD
DMP-RL	7. Januar 2015	- Änderung (redaktionell) in Teil B II, Nr. 5 und Teil III Nr. 5
DMP-A-RL	19. März 2016	- Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation)
DMP-A-RL	1. Juli 2016	- Änderung der Anlage 1 (Diabetes mellitus Typ 2) und Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation)
DMP-A-RL	1. Januar 2017	- Ergänzung der Anlage 11 (COPD) und Anlage 12 (COPD – Dokumentation)
DMP-A-RL	1. April 2017	- Änderung von § 4 (Schulungsanforderungen) sowie Anlage 2, 5 und 6 (Dokumentation: indikationsübergreifend, Brustkrebs und KHK)
DMP-A-RL	6. Mai 2017	- Streichung der Anlage 5a (Herzinsuffizienz)
DMP-A-RL	1. Juli 2017	- Änderung der Anlage 1 (Diabetes mellitus Typ 1)
DMP-A-RL	1. Oktober 2017	- Ergänzung der Anlage 3 (Brustkrebs) und Anlage 4 (Ergänzung Brustkrebs)
DMP-A-RL	18. November 2017	- Änderung (redaktionell) der Anlage 11 (COPD)

3.3. REMINDER

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

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

So wurden für das 1. Quartal 2017 über alle Krankheitsbilder 664 Reminder, für das 2. Quartal 2017 664 Reminder, für das 3. Quartal 2017 646 Reminder und im 4. Quartal 2017 654 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 2017			
Indikation	**1. Halbjahr**	**2. Halbjahr**	**Gesamt 2017**
Asthma	417	414	831
Brustkrebs	23	21	44
COPD	388	378	766
DM 1	30	28	58
DM 2	522	518	1.040
KHK	501	495	996

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

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

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

4. ASTHMA BRONCHIALE SOWIE COPD

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

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

4.1. ZIELE IM DMP ASTHMA BRONCHIALE UND COPD

Die Vertragspartner streben im DMP Asthma bronchiale und COPD folgende Ziele an: Vermeidung/Reduktion von:

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

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

4.2.1. DATEN ZU TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN

4.2.1.1. AMBULANTER SEKTOR

Am **DMP Asthma bronchiale** nehmen 755 Hausärzte, davon 62 Kinderärzte sowie 54 pneumologisch qualifizierte Ärzte, davon 13 pneumologisch qualifizierte Kinderärzte teil. Bei der jährlichen Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen haben 25 Hausärzte die erforderlichen Nachweise nicht erbracht.

Beim **DMP COPD** nehmen 690 Hausärzte sowie 39 pneumologisch qualifizierte Ärzte teil. Bei der jährlichen Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen haben 22 Hausärzte die erforderlichen Nachweise nicht erbracht.

4.2.1.2. STATIONÄRER SEKTOR

Als stationären Einrichtungen nahmen bis zum 31. Dezember 2017 **4** pneumologisch, davon **2** auch pädiatrisch qualifizierte Krankenhäuser und **2** Rehabilitationseinrichtungen am **DMP Asthma bronchiale** teil.

Am **DMP COPD** nahmen bis zum 31. Dezember 2017 **3** Krankenhäuser und **1** Rehabilitationseinrichtungen teil.

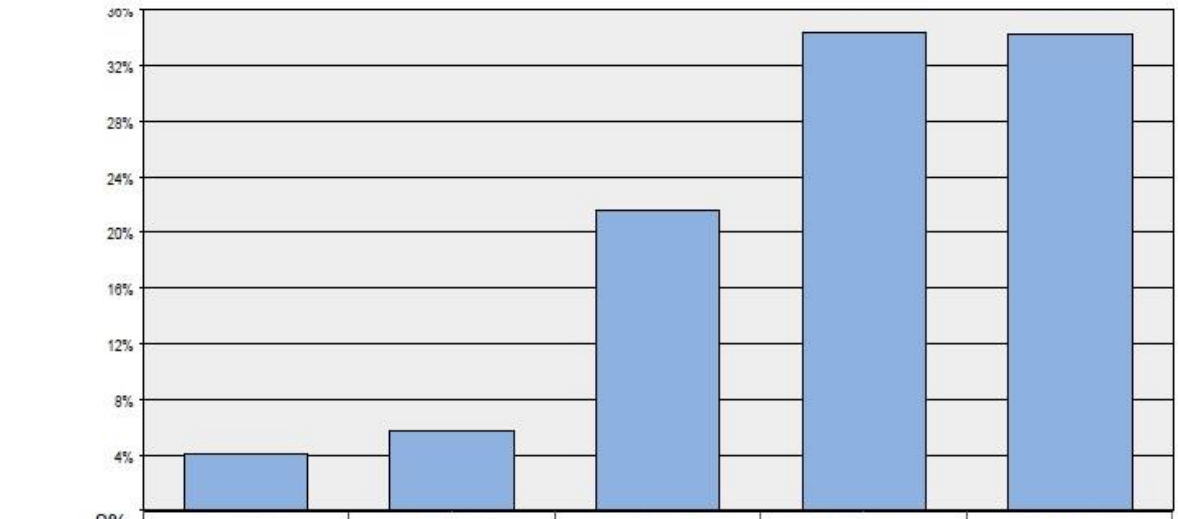
4.2.2. DATEN ZU TEILNEHMENDEN PATIENTEN

4.2.2.1. ANZAHL DER EINGESCHRIEBENEN PATIENTEN

Zum Stichtag 31. Dezember 2017 sind **25.255** Patienten in das **DMP Asthma bronchiale** und **14.087** Patienten in das **DMP COPD** eingeschrieben.

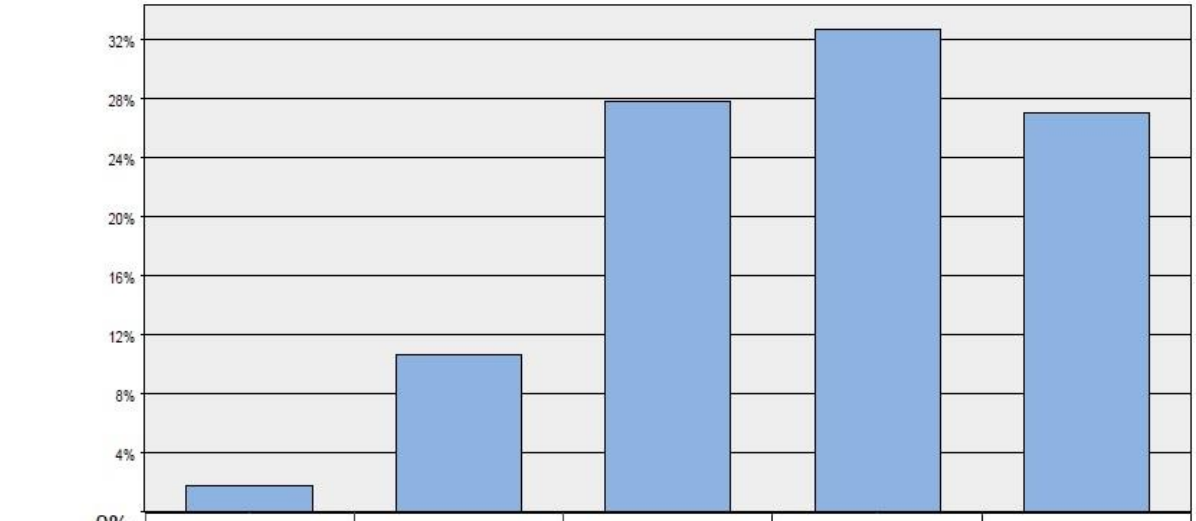
4.2.2.2. ALTERSVERTEILUNG

Die Patienten sind beim **DMP Asthma bronchiale** durchschnittlich **50** Jahre alt.



	<=10 Jahre		11-17 Jahre		18-40 Jahre		41-60 Jahre		>60 Jahre	
KV	1038	4,1%	1460	5,8%	5463	21,6%	8660	34,3%	8634	34,2%

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



	<=45 Jahre		46-55 Jahre		56-65 Jahre		66-75 Jahre		>75 Jahre	
KV	253	1,8%	1499	10,6%	3921	27,8%	4607	32,7%	3807	27%

4.2.3. DATEN ZU DEN ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

Im Berichtszeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2017 liegen für das **DMP Asthma bronchiale** 24.024 Patienten Dokumentationen vor. Davon 3.399 Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 20.625 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation. Im Berichtszeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2017 liegen für 25.255 Patienten Dokumentationen vor. Alle diese Patienten wurden im Kernbericht berücksichtigt. Davon 3.819 Patienten, für die

nur die Erstdokumentation vorliegt, und 21.436 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

Im Berichtszeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2017 liegen für das **DMP COPD** 13.704 Patienten Dokumentationen vor. Davon 1.527 Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 12.177 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation. Im Berichtszeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2017 liegen für 14.087 Patienten Dokumentationen vor. Davon 1.629 Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 12.458 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

4.3. ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 1. BERICHTSHALBJAHR

4.3.1. NOTFALLMÄßIGE STATIONÄRE BEHANDLUNG

4.3.1.1. 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 115 Patienten von 17.409 Patienten (entspricht **0,7%**) notfallmäßig behandelt.

Damit wurde das Ziel deutlich erreicht.

4.3.1.2. 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 283 Patienten von 11.068 Patienten (entspricht **2,6%**) wurden im 1. Berichtshalbjahr notfallmäßig stationär behandelt.

Damit wurde das Ziel deutlich erreicht.

4.3.2. ÜBERPRÜFUNG DER INHALATIONSTECHNIK

4.3.2.1. 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 21.793 von 23.567 Patienten (entspricht **92,5%**) statt.

Das Ziel wurde erreicht.

4.3.2.2. DMP COPD

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

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Die Überprüfung fand bei 11.548 von 13.704 Patienten (entspricht **84,3%**) statt.

Das Qualitätsziel wurde somit verfehlt.

4.3.3. GLUKOKORTIKOSTEROIDE

4.3.3.1. 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.

Das Ziel wurde im 1. Berichtshalbjahr mit **94,4%** (19.122 von 20.252 Patienten) erreicht.

4.3.3.2. 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%** (534 von 13.704 Patienten) im 1. Berichtshalbjahr sehr gut erreicht.

4.3.4. 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 **79,8%** der Patienten (entspricht 12.305 von 15.428 Patienten) einen Selbstmanagementplan einsetzten.

4.3.5. RAUCHER (DMP COPD)

Das Qualitätsziel: Niedriger Anteil an rauchenden Patienten.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Von 13.704 eingeschriebenen Patienten haben 5.440 Patienten (**39,7%**) im 1. Berichtshalbjahr geraucht.

4.3.6. 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 **4,5%** der Patienten (496 von 11.068 Patienten) zwei oder mehr Exazerbationen.

4.4. ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 2. BERICHTSHALBJAHR

4.4.1. NOTFALLMÄßIGE STATIONÄRE BEHANDLUNG

4.4.1.1. DMP ASTHMA BRONCHIALE

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

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

Im 2. Berichtshalbjahr wurden lediglich 106 von 18.215 Patienten (entspricht **0,6%**) notfallmäßig behandelt.

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

4.4.1.2. DMP COPD

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

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

Im 2. Berichtshalbjahr wurden 262 von 11.464 Patienten (entspricht **2,3%**) notfallmäßig behandelt.

Damit wurde das Ziel erreicht.

4.4.2. ÜBERPRÜFUNG DER INHALATIONSTECHNIK

4.4.2.1. DMP ASTHMA BRONCHIALE

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

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit inhalativer Medikation.

Bei 22.933 von 24.795 Patienten (entspricht **92,5%**), die eine inhalative Medikation erhalten, wurde die Inhalationstechnik überprüft.

Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

4.4.2.2. DMP COPD

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

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Bei 11.923 von 14.087 Patienten (entspricht **84,6%**), die eine inhalative Medikation erhalten, wurde die Inhalationstechnik überprüft.

Das Qualitätsziel wurde verfehlt.

4.4.3. INHALATIVE GLUKOKORTIKOSTEROIDE

4.4.3.1. 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 20.333 von 21.457 (entspricht **94,8%**) aller eingeschriebenen

Patienten systemische Glukokortikosteroide.

Das Qualitätsziel wurde somit sehr gut erreicht.

4.4.3.2. 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 530 von 14.087 (entspricht **3,8%**) aller eingeschriebenen Patienten systemische Glukokortikosteroide.

Das Qualitätsziel wurde somit sehr gut erreicht.

4.4.4. SYMPTOMKONTROLLE (DMP ASTHMA BRONCHIALE)

Das Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit guter Symptomkontrolle.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

90,1% (14.731 von 16.342 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.

4.4.5. 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 8.228 von 25.255 Patienten (entspricht **32,6%**) eine Asthma-Schulung im Rahmen des DMP erhalten

4.4.6. 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 **80,4%** (13.131 von 16.342 Patienten) einen schriftlichen Selbstmanagementplan eingesetzt.

Das Qualitätsziel wurde nicht erreicht.

4.4.7. RAUCHER (DMP COPD)

Das Qualitätsziel: Niedriger Anteil an rauchenden Patienten.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Von 14.087 Patienten haben 5.679 (**40,3%**) im 2. Berichtshalbjahr geraucht.

4.4.8. EXAZERBATIONEN (DMP COPD)

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

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

Im 2. Berichtshalbjahr hatten 447 der 11.464 Patienten (entspricht **3,9%**) zwei oder mehr Exazerbationen innerhalb der letzten sechs Monate.

Das Qualitätsziel wurde damit erreicht.

4.4.9. 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 vorhergehenden Dokumentation und in der aktuellen Dokumentation.

Im 2. Berichtshalbjahr wurden 17 von 104 Patienten (entspricht **16,3%**), die mit einer Dauertherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden begonnen haben, zum Facharzt überwiesen.

Das Qualitätsziel wurde nicht erreicht.

4.5. SCHULUNGEN

4.5.1. 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 eine Asthma-Schulung empfohlen wurde.

Von 4.785 haben 2.785 Patienten (entspricht **58,2%**) eine empfohlene Asthma-Schulung im 1. Berichtshalbjahr wahrgenommen. Dieses Qualitätsziel wurde somit nicht erreicht.

Im 2. Berichtshalbjahr haben 2.792 von 5.078 Patienten (entspricht **55%**) eine empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen. Dieses Qualitätsziel wurde nicht erreicht.

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

4.5.2. 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 2.567 haben 1.634 Patienten (entspricht **63,7%**) die empfohlene COPD-Schulung im 1. Berichtshalbjahr wahrgenommen. Dieses Qualitätsziel wurde nicht erreicht.

Im 2. Berichtshalbjahr haben 1.659 von 2.682 Patienten an der empfohlenen COPD-Schulung teilgenommen. Das Ziel wurde mit **61,9%** ebenfalls nicht erreicht.

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
- Optimierung der medikamentösen Therapie.

sekundär in der metastasierten Situation

- Verlängerung des progressionsfreien Überlebens,
- Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen.

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

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

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

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

5.2. DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN UND DEN TEILNEHMENDEN PATIENTINNEN

5.2.1. DATEN ZU TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN

5.2.1.1. AMBULANTER SEKTOR

Bis zum 31. Dezember 2017 nahmen im Bereich der KV Hamburg 60 Gynäkologen, davon 21 onkologisch qualifizierte koordinierende Ärzte, als DMP-verantwortliche Vertragsärzte teil.

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

5.2.1.2. STATIONÄRER SEKTOR

In den Vertrag sind **sechs** 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.

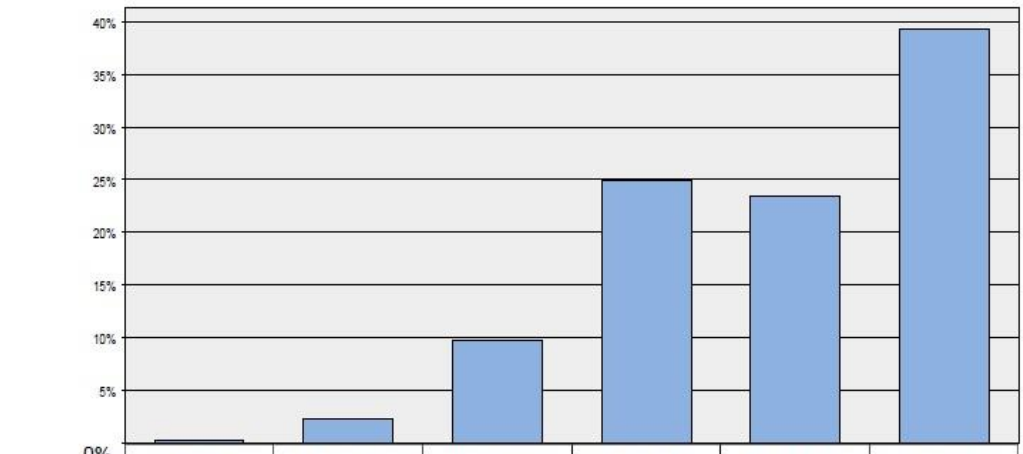
5.2.2. DATEN ZU TEILNEHMENDEN PATIENTINNEN

5.2.2.1. ANZAHL DER EINGESCHRIEBENEN PATIENTINNEN

Zum Stichtag 31. Dezember 2017 sind **481** Patientinnen in das DMP Brustkrebs eingeschrieben.

5.2.2.2. ALTERSVERTEILUNG

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



	<30 Jahre		30-39 Jahre		40-49 Jahre		50-59 Jahre		60-69 Jahre		>=70 Jahre	
KV	1	0,2%	11	2,3%	47	9,8%	120	24,9%	113	23,5%	189	39,3%

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 232 von 272 Patientinnen (entspricht **85,3%**) wurde eine brusterhaltende Therapie durchgeführt. Das Qualitätsziel wurde somit übertroffen.

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 158 von 187 Patientinnen (entspricht **84,5%**) 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 **95,6%** (282 von 295 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 284 von 307 Patientinnen (entspricht **92,5%**) wurde der HER2/neu-Status bestimmt. 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.

5.3.5. 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 **85,6%** (291 von 340 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 **78,6%** (11 von 14 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 hormonrezeptor-negativem invasivem Tumor und Lymphknotenbefall.

Es haben **94,1%** (16 von 17 Patientinnen) der Patientinnen eine adjuvante Chemo-therapie erhalten.

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

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 **85,7%** (12 von 14 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 **8,4%** (36 von 427 Patientinnen) der Patientinnen ein Lymphödem bekommen.

5.4. TUMORSTADIEN

Frauen mit einer Tumorgröße ≥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	38 0,6%	14 0,2%	6 0,1%	5 0,1%	3 0,0%
pTis	111 1,7%	208 3,2%	8 0,1%	3 0,0%	0 0,0%
pT0	0 0,0%	37 0,6%	3 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
pT1	79 1,2%	2.715 42,0%	677 10,5%	93 1,4%	31 0,5%
pT2	19 0,3%	1.086 16,8%	653 10,1%	176 2,7%	90 1,4%
pT3	1 0,0%	56 0,9%	87 1,3%	72 1,1%	54 0,8%
pT4	12 0,2%	28 0,4%	49 0,8%	30 0,5%	27 0,4%

Tumorgröße (T = Tumor)

pTX Tumorgröße nicht bestimmbar

pTis Carzinoma in situ

pT0 kein Anhalt für Primärtumor

pT1 ≤2 cm

pT2 2 cm bis ≤5 cm

pT3 ≥5 cm

pT4 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

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 196 von 227 Patientinnen (entspricht **86,3%**) 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 176 von 211 Patientinnen (entspricht **83,4%**) 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 **96,4%** (242 von 251 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.

5.5.4. 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 284 von 307 Patientinnen (entspricht **92,5%**) wurde der HER2/neu-Status bestimmt. 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 **84,3%** (241 von 286 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 **71,4%** (10 von 14 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.

5.5.7. 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 hormonrezeptor-negativem invasivem Tumor und Lymphknotenbefall.

Es haben **100%** (10 von 10 Patientinnen) der Patientinnen eine adjuvante Chemo-therapie erhalten.

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

5.5.8. BIPHOSPHONAT-THERAPIE

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

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

Es haben **87,5%** (7 von 8 Patientinnen) der Patientinnen eine Bisphosphonat-Therapie erhalten.

5.5.9. LYMPHÖDEM

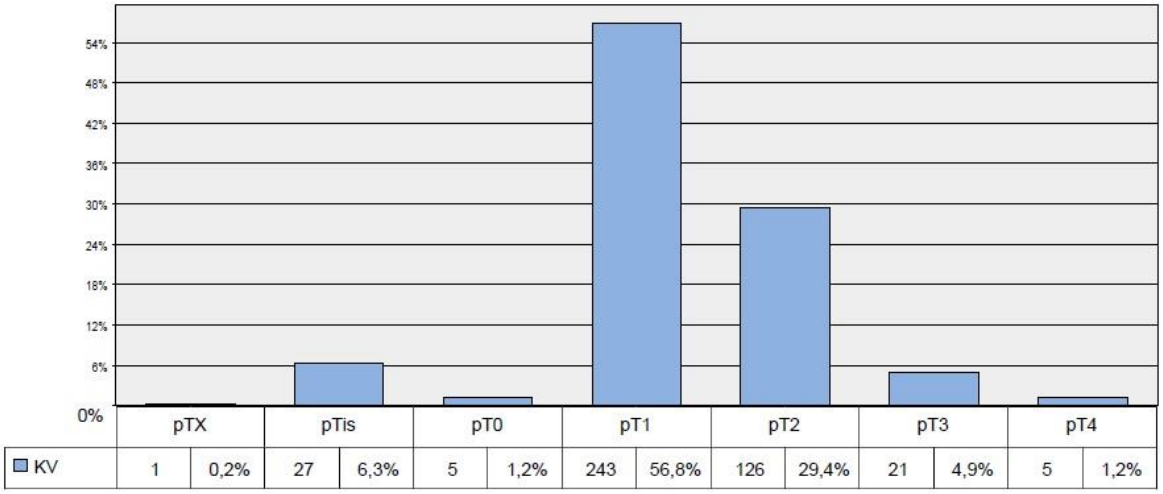
Das Qualitätsziel: Niedriger Anteil von Patientinnen mit Lymphödem.

Berücksichtigte Patientinnen: Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit invasivem Tumor und Operation.

Es haben **5,2%** (19 von 364 Patientinnen) der Patientinnen ein Lymphödem bekommen.

5.6. PT-TUMORSTADIEN

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



	pTX		pTis		pT0		pT1		pT2		pT3		pT4	
KV	1	0,2%	27	6,3%	5	1,2%	243	56,8%	126	29,4%	21	4,9%	5	1,2%

5.7. TUMORSTADIEN

Frauen mit einer Tumorgröße ≥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 im Berichtsjahr 2017 mit Angaben zu pT und pN.

	pNX	pN0	pN1	pN2	pN3
pTX	1 0,2%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
pTis	3 0,7%	16 3,8%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
pT0	0 0,0%	5 1,2%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
pT1	4 1,0%	194 46,4%	39 9,3%	3 0,7%	1 0,2%
pT2	3 0,7%	76 18,2%	32 7,7%	10 2,4%	5 1,2%
pT3	0 0,0%	5 1,2%	8 1,9%	5 1,2%	3 0,7%
pT4	0 0,0%	0 0,0%	3 0,7%	1 0,2%	1 0,2%

6. DIABETES MELLITUS TYP 1

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

6.1. ZIELE IM DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

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

Die Ziele und Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 1 sind in der Anlage 7 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 Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidosen) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien).

Die spezifischen Versorgungsbelange von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 bis zum Alter von 18 Jahren machen es erforderlich, dass diese in den strukturierten Behandlungsprogrammen besondere Berücksichtigung finden. Zusätzlich zu den für Erwachsene vereinbarten Zielen,

stehen entsprechend Anlage 7 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 Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie),
- Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im subklinischen Stadium; dies setzt eine möglichst normnahe Blutglukoseeinstellung sowie die frühzeitige Erkennung und Behandlung von zusätzlichen Risikofaktoren (z.B. Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas, Rauchen) voraus,
- altersentsprechende körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), altersentsprechende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit,
- möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes mellitus und seine Therapie; die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken.

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

6.2.1. DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN

6.2.1.1. AMBULANTER SEKTOR

Es nehmen **69** diabetologisch qualifizierte Fachärzte, davon **5** fachärztliche Internisten (mit diabetologischer Qualifikation), **9** diabetologisch qualifizierte Kinderärzte, sowie **5** Hausärzte teil.

6.2.1.2. STATIONÄRER SEKTOR

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

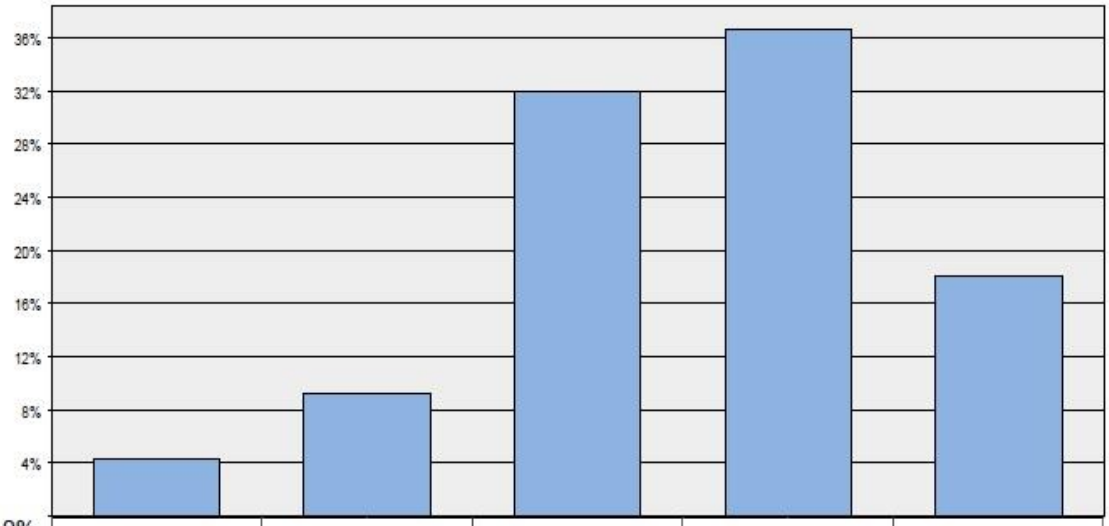
6.2.2. DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN PATIENTEN

6.2.2.1. ANZAHL DER EINGESCHRIEBENEN PATIENTEN

Zum Stichtag 31. Dezember 2017 sind **8.546** Patienten in das DMP Diabetes mellitus Typ 1 eingeschrieben.

6.2.2.2. ALTERSVERTEILUNG

Die teilnehmenden Patienten aller Praxen sind durchschnittlich **42** Jahre alt. Wie sich die Altersstruktur der Patienten verteilt, können Sie der folgenden Tabelle entnehmen.



	<=10 Jahre		11-17 Jahre		18-40 Jahre		41-60 Jahre		>60 Jahre	
KV	363	4,2%	786	9,2%	2726	31,9%	3128	36,6%	1543	18,1%

6.2.3. DATEN ZU DEN ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

Im Berichtszeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2017 liegen für 7.978 Patienten Dokumentationen vor. Davon 588 Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 7.390 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation. Im Berichtszeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2017 liegen für 8.546 Patienten Dokumentationen vor. Davon 690 Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 7.856 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

6.3. ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 1. BERICHTSHALBJAHR

6.3.1. HYPOGLYKÄMIE

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

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

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

Von 6.328 Patienten im 1. Berichtshalbjahr wurde bei 360 Patienten eine schwere Hypoglykämie dokumentiert. Mit **5,7%** wurde das Qualitätsziel sehr gut erreicht.

6.3.2. NOTFALLMÄßIGE STATIONÄRE BEHANDLUNG

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

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

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

Von 7.075 Patienten im 1. Berichtshalbjahr wurden 56 Patienten (entspricht **0,8%**) notfallmäßig stationär behandelt.

Das Qualitätsziel wurde somit in diesem Berichtshalbjahr übertroffen.

6.3.3. 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.

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

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

Dieses Ziel wurde im 1. Berichtshalbjahr mit **55,3%** (1.472 von 2.663 Patienten) erreicht.

6.3.4. HBA$_{1C}$-WERT

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

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

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Im 1. Berichtshalbjahr hatten 2.167 von 7.978 Patienten (entspricht **27,2%**) einen HbA$_{1c}$-Wert von >8,5%.

Dieses Qualitätsziel wurde somit deutlich verfehlt.

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

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

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

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

Es haben 2.740 von 6.328 Patienten (entspricht **43,3%**) im 1. Berichtshalbjahr ihren individuell vereinbarten HbA$_{1c}$-Zielwert erreicht.

6.3.6. ALBUMINAUSSCHEIDUNG

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

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

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

Es wurde bei 4.293 von 5.558 Patienten (entspricht **77,2%**) die Albumin-Ausscheidungsrate bestimmt. Somit wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

6.3.7. NIERENFUNKTION

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

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **90%** der Patienten wurde die eGFR (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 **82,6%** (4.744 von 5.742 Patienten) bestimmt. Das Ziel wurde nicht erreicht.

6.3.8. 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 **82,5%** (4.736 von 5.742 Patienten) aller berücksichtigten Patienten der Fußstatus erhoben. Das hat zur Folge, dass das Qualitätsziel nicht erreicht wurde.

6.3.9. THROMBOZYTENAGGREGATIONSHEMMER (TAH)

Alle Patienten mit makroangiopathischen Erkrankungen (z.B. kardio- und zerebrovaskulären Erkrankungen) - unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder der Unverträglichkeiten - sollen grundsätzlich Thrombozytenaggregations-hemmer (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 467 von 690 (entspricht **67,7%**)

Patienten ein TAH verordnet. Somit wurde das Qualitätsziel verfehlt.

6.4. ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 2. BERICHTSHALBJAHR

6.4.1. HYPOGLYKÄMIE

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

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

Von 6.322 Patienten im 2. Berichtshalbjahr wurde bei 360 Patienten eine schwere Hypoglykämie dokumentiert. Mit **5,7%** wurde das Qualitätsziel sehr gut erreicht.

6.4.2. NOTFALLMÄßIGE STATIONÄRE BEHANDLUNG

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

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

Von 6.820 Patienten wurden 56 Patienten (entspricht **0,8%**) notfallmäßig stationär behandelt. Das Qualitätsziel wurde somit in diesem Berichtshalbjahr übertroffen.

6.4.3. BLUTDRUCK (RR ≤ 139/89 MMHG)

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

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

Dieses Ziel wurde in diesem Berichtshalbjahr mit **51,4%** (1.383 von 2.692 Patienten) nicht erreicht.

6.4.4. HBA_{1C}-WERT

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

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Im 2. Berichtshalbjahr hatten 2.292 von 8.546 Patienten (entspricht **26,8%**) einen HbA_{1c}-Wert von >8,5%. Dieses Qualitätsziel wurde somit deutlich verfehlt.

6.4.5. INDIVIDUELLER HBA$_{1C}$-ZIELWERT

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

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

Es haben 2.820 von 6.322 Patienten (entspricht **44,6%**) im 2. Berichtshalbjahr ihren individuell vereinbarten HbA$_{1c}$-Zielwert erreicht.

6.4.6. ALBUMINAUSSCHEIDUNG

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

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

Es wurde bei 4.170 von 5.578 Patienten (entspricht **74,8%**) die Albumin-Ausscheidungsrate bestimmt. Somit wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

6.4.7. NIERENFUNKTION

Dieses Qualitätsziel wurde im 2. Berichtshalbjahr nicht im Feedbackbericht aufgeführt.

6.4.8. FUßSTATUS

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

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

Im 2. Berichtshalbjahr wurde bei **60,8%** (3.705 von 6.096 Patienten) aller berücksichtigten Patienten der Fußstatus erhoben. Das hat zur Folge, dass das Qualitätsziel nicht erreicht wurde.

6.4.9. THROMBOZYTENAGGREGATIONSHEMMER (TAH)

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

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

Im 2. Berichtshalbjahr wurde 463 von 698 (entspricht **66,3%**) Patienten ein TAH verordnet. Somit wurde das Qualitätsziel verfehlt.

6.5. 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.

6.5.1. 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 **42,7%** (3.404 von 7.978).

Im 2. Berichtshalbjahr liegt der Anteil der Patienten, die im Rahmen des DMP an einer Diabetes-Schulung teilgenommen haben, bei **43,1%** (3.683 von 8.546).

6.5.2. HYPERTONIE-SCHULUNG (QUOTE)

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

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit bekannter Hypertonie.

Im 1. Berichtshalbjahr liegt der Anteil der Patienten, die im Rahmen des DMP an einer Hypertonie-Schulung teilgenommen haben, bei **19,2%** (512 von 2.663).

Im 2. Berichtshalbjahr liegt der Anteil der Patienten, die im Rahmen des DMP an einer Hypertonie-Schulung teilgenommen haben, bei **19,7%** (530 von 2.692).

7. DIABETES MELLITUS TYP 2

7.1. ZIELE IM DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

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

Folgende Ziele werden angestrebt:

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 Stoffwechselentgleisungen,
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.

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

7.2.1. DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN

7.2.1.1. AMBULANTER SEKTOR

Bis zum 31. Dezember 2017 nahmen im Bereich der KV Hamburg 847 Hausärzte auf der Versorgungsebene 1 teil. Auf der Versorgungsebene 2 haben 55 diabetologisch qualifizierte Fachärzte (davon 50 als koordinierende diabetologisch qualifizierte Fachärzte) teilgenommen.

Bei der jährlichen Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen haben 16 Hausärzte die erforderlichen Nachweise nicht erbracht; 3 Hausärzte haben verzichtet.

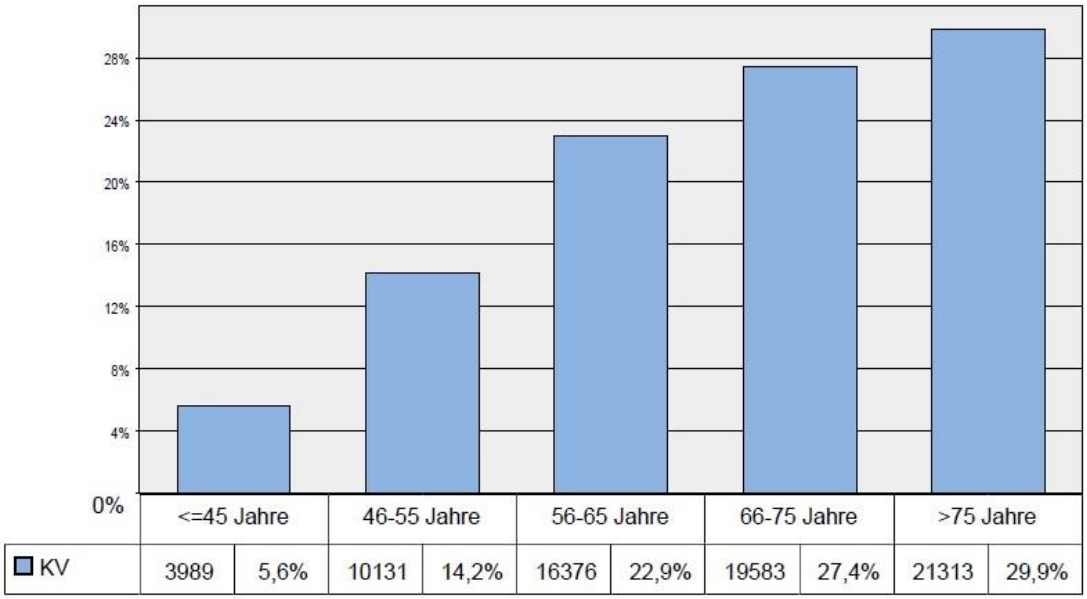
7.2.1.2. STATIONÄRER SEKTOR

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

7.2.2. DATEN ZU DEN TEILNEHMENDEN PATIENTEN

7.2.2.1. ALTERSVERTEILUNG

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



	<=45 Jahre		46-55 Jahre		56-65 Jahre		66-75 Jahre		>75 Jahre	
KV	3989	5,6%	10131	14,2%	16376	22,9%	19583	27,4%	21313	29,9%

7.2.3. DATEN ZU DEN ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

Im Berichtszeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2017 liegen für 70.583 Patienten Dokumentationen vor. Davon 5.710 Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 64.873 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

Im Berichtszeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2017 liegen für 71.392 Patienten Dokumentationen vor. Davon 5.424 Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 65.968 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation.

7.3. ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 1. BERICHTSHALBJAHR

7.3.1. HYPOGLYKÄMIE

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

Das Qualitätsziel: Weniger als **1%** der Patienten 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 60.732 im 1. Berichtshalbjahr wurde bei 36 Patienten eine schwere Hypoglykämie dokumentiert.

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

7.3.2. NOTFALLMÄßIGE STATIONÄRE BEHANDLUNG

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

Das Qualitätsziel: Weniger als **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 60.732 im 1. Berichtshalbjahr wurden 98 Patienten (entspricht **0,2%**) notfallmäßig stationär behandelt. Das Qualitätsziel wurde somit eindeutig erreicht.

7.3.3. 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 16.145 von 18.963 Patienten (entspricht **85,1%**) entsprechend der Vorgaben therapiert. Das Qualitätsziel wurde deutlich erreicht.

7.3.4. AUGENARZT

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

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **90%** der Patienten wurde eine augenärztliche Untersuchung in den letzten 12 Monaten durchgeführt.

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

Von 54.979 Patienten wurde bei 38.382 Patienten (entspricht **69,8%**) eine Funduskopie durchgeführt.

Die Erreichung des Qualitätszieles wurde verfehlt.

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

7.3.5. DIABETISCHER FUSS

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 175 von 303 Patienten (entspricht **57,8%**) mit auffälligem Fußstatus wurden in spezialisierten Einrichtungen behandelt. Somit wurde das Qualitätsziel verfehlt.

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

7.3.6. HBA_{1C}-WERT

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

Krankheitsverlauf aus und senkt deutlich das Risiko von Folgeerkrankungen.

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

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Im 1. Berichtshalbjahr hatten 8.639 von 70.583 Patienten (entspricht **12,2%**) einen HbA_{1c}-Wert von ≥ 8,5%.

Dieses Qualitätsziel wurde somit nur knapp verfehlt.

7.3.7. HBA_{1C}-ZIELWERT

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

Das Qualitätsziel: Mindestens **55%** der Patienten haben ihren individuell vereinbarten HbA_{1c}-Zielwert erreicht.

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

Im Bereich der KV Hamburg haben 35.489 von 54.979 Patienten (entspricht **64,6%**) im 1. Berichtshalbjahr ihren individuell vereinbarten HbA_{1c}-Zielwert erreicht.

Das Qualitätsziel wurde somit gut erreicht.

7.3.8. 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 ≤ 139/89 mmHg.

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

Das Qualitätsziel wurde im 1. Berichtshalbjahr mit **54,0%** (29.215 von 54.135 Patienten) erreicht.

7.3.9. 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 **85,3%** (46.912 von 54.979 Patienten) nicht erreicht.

7.3.10. 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 13.449 von 18.113 (entspricht **74,3%**) Patienten ein TAH verordnet. Somit wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

7.4. ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 2. BERICHTSHALBJAHR

7.4.1. HYPOGLYKÄMIE

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

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

Bei einer Grundgesamtheit von 56.540 wurde bei 250 Patienten eine schwere Hypoglykämie dokumentiert.

Mit **0,4%** wurde das Qualitätsziel im Bereich der KV Hamburg klar erreicht.

7.4.2. NOTFALLMÄßIGE STATIONÄRE BEHANDLUNG

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

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

Bei einer Grundgesamtheit von 62.216 im 2. Berichtshalbjahr wurden 115 Patienten (entspricht **0,2%**) notfallmäßig stationär behandelt. Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

7.4.3. METFORMIN

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

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

Im 2. Berichtshalbjahr wurden 19.707 von 23.040 Patienten (entspricht **85,5%**) entsprechend der Vorgaben therapiert. Das Qualitätsziel wurde erreicht.

7.4.4. AUGENARZT

Das Qualitätsziel: Bei mindestens **90%** der Patienten wurde eine augenärztliche Untersuchung in den letzten 12 Monaten durchgeführt.

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

Von 47.064 Patienten wurde bei 37.202 Patienten (entspricht **79,0%**) eine Funduskopie durchgeführt.

Die Erreichung des Qualitätszieles wurde verfehlt.

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

7.4.5. DIABETISCHER FUSS

Dieses Qualitätsziel wurde im 2. Berichtshalbjahr nicht im Feedbackbericht aufgeführt.

7.4.6. HBA_{1C}-WERT

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

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Im 2. Berichtshalbjahr hatten 7.804 von 71.392 Patienten (entspricht **10,9%**) einen HbA_{1c}-Wert von > 8,5%.

Dieses Qualitätsziel wurde nur sehr knapp verfehlt.

7.4.7. INDIVIDUELLER HBA_{1C}-ZIELWERT

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

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

Im Bereich der KV Hamburg haben 37.534 von 56.540 Patienten (entspricht **66,4%**) im 2. Berichtshalbjahr ihren individuell vereinbarten HbA_{1c}-Zielwert erreicht.

Das Qualitätsziel wurde somit gut erreicht.

7.4.8. BLUTDRUCK (RR ≤139/89 MMHG)

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

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

Das Qualitätsziel wurde im 2. Berichtshalbjahr mit **53,1%** (29.043 von 54.691 Patienten) erreicht.

7.4.9. NIERENFUNKTION

Dieses Qualitätsziel wurde im 2. Berichtshalbjahr nicht im Feedbackbericht aufgeführt.

7.4.10. THROMBOZYTENAGGREGATIONSHEMMER

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.

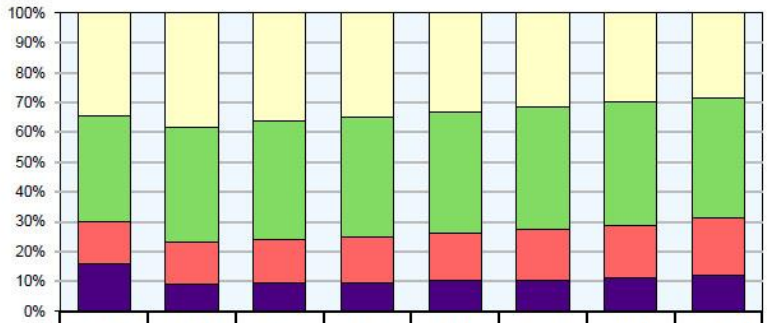
Im 2. Berichtshalbjahr wurde bei 13.404 von 18.208 (entspricht **73,6%**) Patienten ein TAH verordnet. Somit wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

7.5. LÄNGSSCHNITTDARSTELLUNG

Für die Längsschnittauswertung werden die Dokumentationen herangezogen, die vom 1. Juli 2003 bis 31. Dezember 2017 vorliegen. In der verlaufsbezogenen Darstellung werden Werte repräsentiert, die die Patienten nach der jeweils angegebenen DMP-Teilnahmedauer aufweisen. Die längsschnittliche Betrachtungsweise erlaubt es, Rückschlüsse auf die Morbiditätsentwicklung und den Programmerfolg zu ziehen.

7.5.1. HBA_{1C}-WERTEKLASSEN

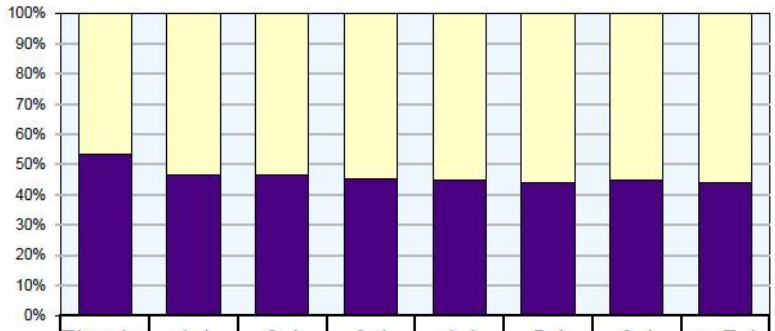
Von allen Patienten, die drei Jahre am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmen, weisen **9,4%** einen HbA_{1c}-Wert von >8,5% auf. Bei einer Teilnahmedauer von über 7 Jahren haben **12,2%** der Patienten einen HbA_{1c}-Wert von >8,5%.



	Einschr.	1 J	2 J	3 J	4 J	5 J	6 J	>=7 J
HbA1c <6,5%	34,4 %	38,1 %	36,3 %	34,8 %	33,1 %	31,6 %	30 %	28,5 %
HbA1c ≥6,5% ≤7,5%	35,4 %	38,6 %	39,6 %	40,3 %	40,6 %	41,1 %	41,2 %	40,1 %
HbA1c >7,5% ≤8,5%	14,2 %	13,9 %	14,6 %	15,4 %	16,1 %	16,9 %	17,9 %	19,2 %
HbA1c >8,5%	16 %	9,3 %	9,5 %	9,4 %	10,2 %	10,5 %	11 %	12,2 %
Gesamt	179435 (100%)	109725 (100%)	83363 (100%)	63012 (100%)	48885 (100%)	39358 (100%)	30572 (100%)	25430 (100%)
Mittelwert	7,3	7,0	7,0	7,0	7,1	7,1	7,1	7,2
Median	6,8	6,7	6,8	6,8	6,8	6,9	6,9	7,0

7.5.2. BLUTDRUCK-WERTEKLASSEN

Von allen Patienten mit einer Hypertonie, die drei Jahre am DMP teilnehmen, weisen **54,9%** normotone Blutdruckwerte (≤139/89mmHg) auf. Bei einer Teilnahmedauer von über 7 Jahren, haben **56,0%** der Patienten normotone Blutdruckwerte.



	Einschr.	1 J	2 J	3 J	4 J	5 J	6 J	>=7 J
Blutdruck ≤ 139/89 mmHg	46,7 %	53,3 %	53,5 %	54,9 %	55,2 %	55,9 %	55,2 %	56 %
Blutdruck ≥ 140/90 mmHg	53,3 %	46,7 %	46,5 %	45,1 %	44,8 %	44,1 %	44,8 %	44 %
Gesamt	116821 (100%)	79271 (100%)	63122 (100%)	49543 (100%)	40304 (100%)	33112 (100%)	26185 (100%)	22337 (100%)

7.6. SCHULUNGEN

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

7.6.1. 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 22.458 von 70.583 (entspricht **31,8%**) angesprochenen Patienten die empfohlene Schulung wahrgenommen.

Im 2. Berichtshalbjahr konnten 8.680von 54.691 Patienten (entspricht **15,9%**) zu einer solchen Schulung motiviert werden.

7.6.2. 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 8.255 von 54.135 Patienten (entspricht **15,2%**) angesprochenen Patienten die empfohlene Schulung wahrgenommen.

Im 2. Berichtshalbjahr konnten 8.680 von 54.691 Patienten (entspricht **15,9%**) zu einer solchen Schulung motiviert werden.

8. KORONARE HERZKRANKHEIT EINSCHLIESSLICH DES MODULS CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ

8.1. 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 körperlichen Betätigung.

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

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

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

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

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

8.2.1. DATEN ZU TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN

8.2.1.1. AMBULANTER SEKTOR

Am DMP KHK nehmen **820** Hausärzte, **35** kardiologisch qualifizierte Ärzte bzw. ambulante Einrichtungen sowie **22** invasiv tätige ambulante Kardiologen teil.

Bei der jährlichen Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen haben **14** Hausärzte die erforderlichen Nachweise nicht erbracht.

8.2.1.2. STATIONÄRER SEKTOR

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

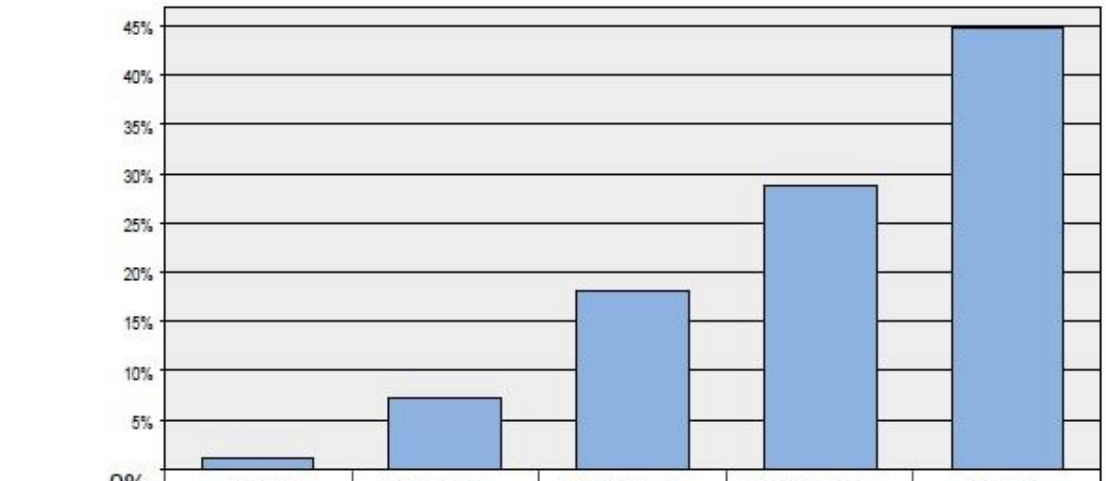
8.2.2. DATEN ZU TEILNEHMENDEN PATIENTEN

8.2.2.1. ANZAHL DER EINGESCHRIEBENEN PATIENTEN

Zum Stichtag 31. Dezember 2017 sind **29.158** Patienten in das DMP Koronare Herzkrankheit eingeschrieben.

8.2.2.2. ALTERSVERTEILUNG

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



	<=45 Jahre		46-55 Jahre		56-65 Jahre		66-75 Jahre		>75 Jahre	
KV	339	1,2%	2091	7,2%	5275	18,1%	8407	28,8%	13046	44,7%

8.2.3. DATEN ZU ÜBERMITTELTEN DOKUMENTATIONEN

Im Berichtszeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2017 liegen für 29.822 Patienten Dokumentationen vor. Davon 2.277 Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 27.545 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation. Von den DMP-Teilnehmern nehmen ferner 1.743 Patienten am Modul Herzinsuffizienz teil, davon 126 Patienten nur mit einer Erstdokumentation und 1.617 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation in diesem Modul.

Im Berichtszeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2017 liegen für 29.158 Patienten Dokumentationen vor. Davon 2.057 Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 27.101 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation. Von den DMP-Teilnehmern nehmen ferner 1.747 Patienten am Modul Herzinsuffizienz teil, davon 147 Patienten nur mit einer Erstdokumentation und 1.600 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation in diesem Modul.

8.3. ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 1. HALBJAHR

8.3.1. THERAPIE MIT THROMBOZYTENAGGREGATIONSHEMMERN (TAH)

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

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

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

Im 1. Berichtshalbjahr wurde **88,6%** der Patienten (23.057 von 26.026 Patienten) ein TAH verordnet.

8.3.2. THERAPIE MIT BETABLOCKERN

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

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

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

Im 1. Berichtshalbjahr wurden **77,2%** der Patienten (22.018 von 28.536 Patienten) ein Betablocker verordnet. Das Qualitätsziel wurde verfehlt.

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

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

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

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt

Es wurden im 1. Berichtshalbjahr 24.606 von 29.281 der Patienten (entspricht **84,0%**) Statine verordnet, so dass das Qualitätsziel übertroffen wurde.

8.3.4. BLUTDRUCK

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

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

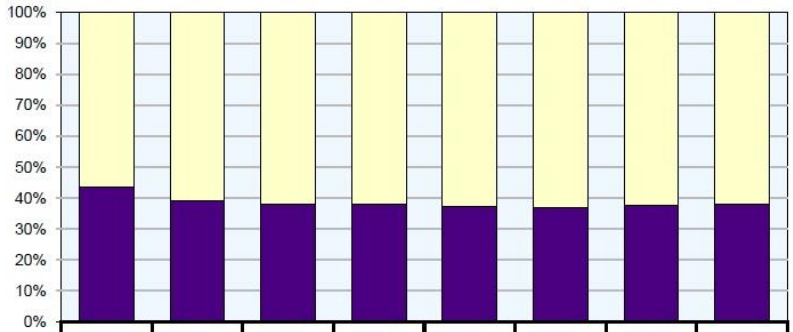
Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten bei denen eine Hypertonie als Begleiterkrankung dokumentiert wurde.

Im 1. Berichtshalbjahr wiesen **60,0%** (15.281 von 25.484 Patienten) der Patienten mit bekannter Hypertonie normotensive Werte (≤ 139/89 mmHg) auf.

Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

8.3.5. 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



	Einschr.	1 J	2 J	3 J	4 J	5 J	6 J	>=7 J
Blutdruck <= 139/89 mmHg	56,5 %	61 %	62 %	62 %	62,6 %	63,1 %	62,3 %	62,1 %
Blutdruck >= 140/90 mmHg	43,5 %	39 %	38 %	38 %	37,4 %	36,9 %	37,7 %	37,9 %
Gesamt	47622 (100%)	32658 (100%)	24810 (100%)	19415 (100%)	15101 (100%)	11727 (100%)	9023 (100%)	7609 (100%)

- abhängig von der Dauer seiner DMP-Teilnahme - in mehrere Säulen ein.

8.3.6. RAUCHERENTWÖHNUNG

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

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

Im 1. Berichtshalbjahr beträgt der Anteil an Patienten, die bei der Einschreibung Raucher waren und noch immer rauchen **82,5%** (entspricht 2.943 von 3.566 der Patienten).

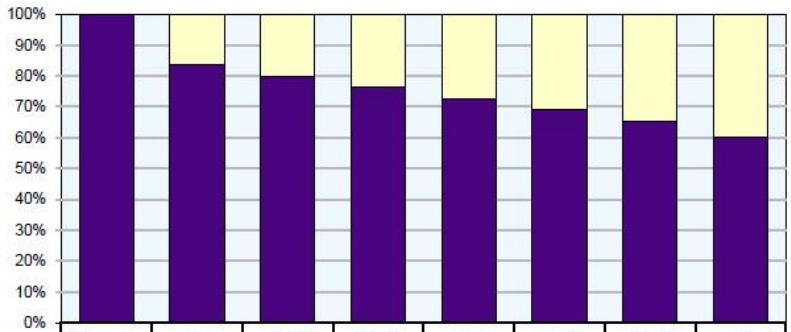
8.3.7. RAUCHERQUOTE

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 **15,3%** (entspricht 4.569 von 29.822 der Patienten).



	Einschr.	1 J	2 J	3 J	4 J	5 J	6 J	>=7 J
Nichtraucher	0 %	16,3 %	20,3 %	23,8 %	27,3 %	30,7 %	34,6 %	39,8 %
Raucher	100 %	83,7 %	79,7 %	76,2 %	72,7 %	69,3 %	65,4 %	60,2 %
Gesamt	10013 (100%)	6089 (100%)	4524 (100%)	3296 (100%)	2411 (100%)	1855 (100%)	1435 (100%)	1195 (100%)

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

8.3.8. 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 **95,4%** (entspricht 28.452 von 29.822 der Patienten).

	KV	
CCS4	27	0,1 %
CCS3	118	0,4 %
CCS2	365	1,3 %
CCS1	939	3,2 %
keine Beschwerden	27709	95 %

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

8.4. ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIELE IM 2. HALBJAHR

8.4.1. THERAPIE MIT THROMBOZYTENAGGREGATIONSHEMMERN (TAH)

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

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

Im 2. Berichtshalbjahr wurde **88,6%** der Patienten (22.492 von 25.383 Patienten) ein TAH verordnet.

8.4.2. THERAPIE MIT BETABLOCKERN

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

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

Im 2. Berichtshalbjahr wurden **77,2%** der Patienten (21.594 von 27.979 Patienten) ein Betablocker verordnet. Das Qualitätsziel wurde verfehlt.

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

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

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt

Es wurden im 2. Berichtshalbjahr 24.107 von 28.657 der Patienten (entspricht **84,1%**) Statine verordnet, so dass das Qualitätsziel übertroffen wurde.

8.4.4. BLUTDRUCK

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

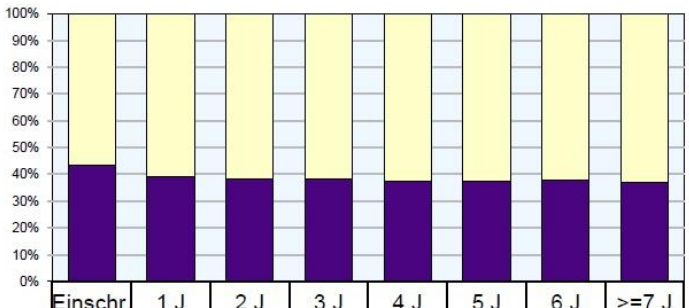
Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten bei denen eine Hypertonie als Begleiterkrankung dokumentiert wurde.

Im 2. Berichtshalbjahr wiesen **60,0%** (15.098 von 24.979 Patienten) der Patienten mit bekannter Hypertonie normotensive Werte (≤ 139/89 mmHg) auf.

Das Qualitätsziel wurde somit erreicht.

8.4.5. 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.



	Einschr.	1 J	2 J	3 J	4 J	5 J	6 J	>=7 J
Blutdruck <= 139/89 mmHg	56,4 %	60,9 %	61,7 %	61,9 %	62,4 %	62,8 %	62,2 %	63,2 %
Blutdruck >= 140/90 mmHg	43,6 %	39,1 %	38,3 %	38,1 %	37,6 %	37,2 %	37,8 %	36,8 %
Gesamt	48902 (100%)	34042 (100%)	26546 (100%)	20442 (100%)	15867 (100%)	12499 (100%)	9498 (100%)	8001 (100%)

8.4.6. RAUCHERENTWÖHNUNG

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

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

Im 2. Berichtshalbjahr beträgt der Anteil an Patienten, die bei der Einschreibung Raucher waren und noch immer rauchen **82,7%** (entspricht 2.945 von 3.559 der Patienten).

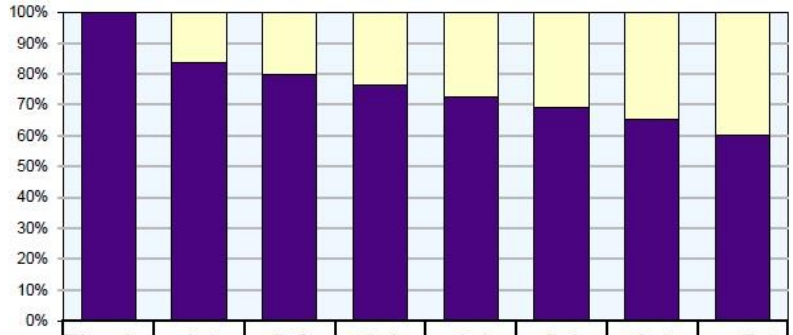
8.4.7. RAUCHERQUOTE

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

Das Qualitätsziel: Niedriger Anteil der Patienten raucht.

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten.

Im 2. Berichtshalbjahr beträgt der Anteil an rauchenden Patienten **15,3%** (entspricht 4.474 von 29.158 der Patienten).



	Einschr.	1 J	2 J	3 J	4 J	5 J	6 J	>=7 J
Nichtraucher	0 %	16,3 %	20,3 %	23,8 %	27,3 %	30,7 %	34,6 %	39,8 %
Raucher	100 %	83,7 %	79,7 %	76,2 %	72,7 %	69,3 %	65,4 %	60,2 %
Gesamt	10013 (100%)	6089 (100%)	4524 (100%)	3296 (100%)	2411 (100%)	1855 (100%)	1435 (100%)	1195 (100%)

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

8.4.8. ANGINA-PECTORIS-BESCHWERDEN

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

Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten

Im 2. Berichtshalbjahr beträgt der Anteil an Patienten die keine Angina-pectoris-Beschwerden haben **95,4%** (entspricht 27.709 von 29.158 der Patienten).

	KV	
CCS4	27	0,1 %
CCS3	118	0,4 %
CCS2	365	1,3 %
CCS1	939	3,2 %
keine Beschwerden	27709	95 %
Gesamt	29158	100 %

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

8.5. MODUL HERZINSUFFIZIENZ

8.5.1. 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 vorliegt und die keinen AT1-Rezeptorantagonisten erhalten.

Es wurden im 1. Berichtshalbjahr **77,8%** der Patienten (1.171 von 1.505 Patienten) ein ACE-Hemmer verordnet. Das Qualitätsziel wurde knapp verfehlt.

Im 2. Berichtshalbjahr wurden bei **77,3%** der Patienten (1.157 von 1.496 Patienten) ACE-Hemmer verordnet, somit wurde das Qualitätsziel verfehlt.

8.5.2. 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 **80,5%** der Patienten (1.353 von 1.680 Patienten) ein Betablocker verordnet und das Qualitätsziel erreicht.

Im 2. Berichtshalbjahr wurde das Qualitätsziel erfüllt. Es wurden **81,4%** (1.380 von 1.696 Patienten) der Patienten ein Betablocker verordnet.

8.5.3. 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 1.305 von 1.882 Patienten (entspricht **69,3%**) eine Bestimmung des Serum-Elektrolyte-Haushaltes durchgeführt.

Im 2. Berichtshalbjahr wurden bei **70,7%** (1.392 von 1.969 Patienten) der Patienten die Serum-Elektrolyte bestimmt.

8.6. SCHULUNGEN

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

8.6.1. 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 1.405 von 11.938 Patienten (**11,8%**) an einer Diabetes-Schulung teilgenommen.

Im 2. Berichtshalbjahr haben 1.443 von 11.618 Patienten (**12,4%**) an einer Diabetes-Schulung teilgenommen.

8.6.2. 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 1.670 von 25.484 Patienten (**6,6%**) an einer empfohlenen Hypertonie-Schulung teilgenommen.

Im 2. Berichtshalbjahr haben 1.783 von 24.979 Patienten (**7,1%**) an einer empfohlenen Hypertonie-Schulung teilgenommen.