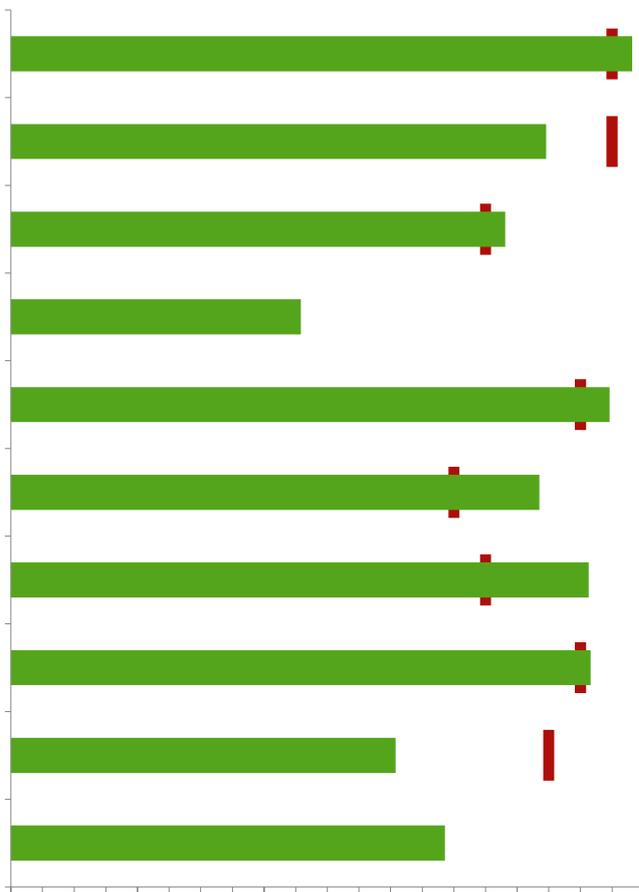


Disease-Management-Programme in Westfalen-Lippe





Disease-Management-Programme unter dem Eindruck der Corona-Pandemie

Der vorliegende Qualitätsbericht zu den in Westfalen-Lippe durchgeführten, strukturierten Behandlungsprogrammen steht – wie könnte es anders sein – ganz im Zeichen der Corona-Pandemie. 2020 war ein Pandemie-Jahr! Die strukturierten Behandlungsprogramme leben jedoch mehr noch als andere sekundärpräventive Programme von der persönlichen Ansprache der Patientinnen und Patienten. Wir können sie nur dann bestmöglich informieren und zu einem adäquaten Verhalten motivieren, wenn wir sie regelmäßig sehen und mit ihnen persönlich sprechen. Aber genau das war im Jahr 2020 über weite Strecken nicht möglich. Kontakte sollten vermieden, Praxisbesuche auf das Nötigste beschränkt werden.

Erschwerend kommt hinzu, dass Patienten, die in den DMP Asthma bronchiale und COPD eingeschrieben sind, aufgrund ihrer Vorerkrankung ein besonders hohes Risiko für einen schweren Verlauf einer Infektion mit dem SarsCoV-2-Virus tragen. Dies betrifft in Westfalen-Lippe immerhin rund 188.000 Personen.

Das ist der Hintergrund vor dem die vorgelegten Zahlen interpretiert werden müssen. Umso mehr freut es mich, dass wir auch für das Jahr 2020 feststellen können: Strukturierte Behandlungsprogramme wirken – und zwar sehr gut! So treten schwere Stoffwechsellentgleisungen in den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 nur äußerst selten auf. Im DMP Koronare Herzkrankheit werden hohe Versorgungsquoten einer prognoserelevanten Medikation erreicht und bei Patienten, die im DMP COPD eingeschrieben sind, konnten Exazerbationen in 95 Prozent der Fälle vermieden werden. Das sind wichtige Erfolge, die die Lebensqualität unserer Patientinnen und Patienten unmittelbar verbessern!

Ich möchte meine einleitenden Worte mit einem ausdrücklichen Dank an alle Kolleginnen und Kollegen sowie ihre Medizinischen Fachangestellten beenden, die die DMP in ihren Praxen mit Leben füllen. Dieser Bericht zeugt davon, dass sie auch in einem sehr herausfordernden, von der Corona-Pandemie geprägten Jahr 2020 ihre chronisch kranken Patienten nie aus dem Blick verloren haben!

Volker Schrage

Dr. med. Volker Schrage
stellv. Vorstandsvorsitzender der KVWL

Inhalt

Kapitel 1: Einführung	4
Kapitel 2: Versorgungsqualität der DMP-Patienten während der Corona-Pandemie	8
Kapitel 3: DMP Diabetes mellitus Typ 2	17
Kapitel 4: DMP Diabetes mellitus Typ 1	26
Kapitel 5: DMP Koronare Herzkrankheit	32
Kapitel 6: DMP Asthma bronchiale	39
Kapitel 7: DMP Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD)	47
Kapitel 8: DMP Brustkrebs.....	55

Dieser Bericht wurde erstellt im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe.

Der Inhalt dieses Mediums spricht alle Geschlechter (weiblich, männlich, divers) an. Die Begriffe Arzt, Patient etc. werden allein zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet.

Impressum

Hrsg.: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Autoren: Sabine Groos, Jens Kretschmann, Arne Weber, Bernd Hagen

Mitarbeit: Dominik Bohn, Chafik El Mahi, Tobias Groben, Andreas Juhasz, Fritz Lichtner,

Julia de Vasconcelos Valente

Köln: November 2021

Ergänzende Auswertungen und weitere Literaturangaben enthält der Tabellenband zu den DMP 2020 für Nordrhein-Westfalen: www.zi-dmp.de

Regionale Ergebnisse zum Erreichen der Qualitätsziele in den einzelnen kreisfreien Städten und Landkreisen enthält der DMP-Atlas NRW: www.zi-dmp.de/dmp-atlas_nrw

Kapitel 1: Einführung

Zahlen zu den DMP in Westfalen-Lippe

	2019	2020
■ Patienten:.....	783.109	768.941
■ Veränderung zu 2019:.....		– 14.168
■ Patienten mit aktueller Folgedokumentation:.....	755.859	744.501
■ aktive ärztliche Teilnehmer:.....	5.790	5.721
■ beteiligte Praxen:.....	3.922	3.830
■ teilnehmende stationäre Einrichtungen:.....	122	122

Hintergrund und Zielsetzung der DMP

Disease-Management-Programme (DMP), die auch als Chronikerprogramme bezeichnet werden, verfolgen das Hauptziel, großen Gruppen chronisch kranker Patienten durch eine strukturierte Behandlung zu einer höheren Lebensqualität zu verhelfen. Auch sollen sie dazu beitragen, das Auftreten möglicher Krankheitsfolgen zu vermeiden oder hinauszuzögern. Die medizinischen Behandlungspfade und Therapien der DMP basieren auf klinischen Leitlinien. Alle Ärzte und Ärztinnen, die innerhalb der DMP chronisch Kranke betreuen oder mitbehandeln, sollen sich dabei an den, für das jeweilige DMP vertraglich vereinbarten Qualitätszielen orientieren. Hierbei sind jedoch stets die individuelle Situation der Patienten und daraus resultierende Behandlungsoptionen zu bedenken. Ärztliche Teilnehmer müssen die Behandlung genau und regelmäßig dokumentieren. Zu den Ergebnissen in der eigenen Praxis und in der gesamten Region erhalten sie regelmäßig eine Rückmeldung. Anhand dieser Rückmeldung können sie ihre Ergebnisse sowohl mit den allgemein erreichten wie auch mit den anzustrebenden Ergebnissen vergleichen und gegebenenfalls ihre Behandlung anpassen. Zusätzlich unterstützt durch eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung, u.a. im Rahmen ärztlicher DMP-spezifischer Qualitätszirkel, soll sich so die Versorgungsqualität der Patienten in den DMP kontinuierlich verbessern.

Chronisch kranke Patienten in haus- und fachärztlicher Betreuung

Die DMP bieten ein effizientes Behandlungsschema für chronisch Kranke. Deshalb sind in vielen Bereichen und zum Teil auch abhängig von der Erkrankungsschwere regelmäßige Verlaufskontrollen vorgesehen. Zusätzlich ist bei den meist älteren Patienten nicht nur die einzelne Erkrankung, sondern deren Multimorbidität zu berücksichtigen. Insgesamt verlangt dies in vielen Fällen, die individuell sorgfältige medizinische Arbeit mit den möglichst routiniert organisierten, aufwändigen Praxisabläufen zu koordinieren. Zu diesen Abläufen gehören das Einladen der Patienten, deren Untersuchung, die Besprechung der Untersuchungsergebnisse, gegebenenfalls die Veranlassung einer Mitbehandlung und natürlich die Dokumentation der Befunde und deren Weiterleitung an die DMP-Datenstelle.

Entwicklung der Patientenzahlen in den DMP

Die Zahl der in den DMP betreuten Patienten hat sich im Zeitverlauf stark erhöht. So ist sie zwischen 2010 und 2020 um fast 85.000 Patienten auf knapp 770.000 gestiegen. Hierbei ist die Mehrfachteilnahme in mehreren DMP berücksichtigt. Sie hat somit seit 2010 um 12 % zugenommen. Gegenüber dem Vorjahr ist allerdings ein Rückgang um etwa 14.000 Patienten zu verzeichnen. Diese aktuelle Entwicklung ist mutmaßlich eine direkte Folge der pandemie-bedingten Maßnahmen zu Kontaktbeschränkungen, die vor allem das zweite und vierte Quartal 2020 betrafen.

Kennzahlen zu den einzelnen DMP

	DMP seit	Patienten 2010	Patienten 2020	Zuwachs zu 2010	Patientenquote 2020	ärztl. Teilnehmer 2020
Diabetes Typ 2	2002	354.548	426.725	20,4 %	75–82 %	4.562
Diabetes Typ 1	2004	17.782	29.948	68,4 %	84–96 %	711
Koronare Herzkrankheit	2003	200.167	191.423	– 4,4 %	ca. 58 %	4.491
Asthma bronchiale	2005	97.456	106.312	9,1 %	ca. 25 %	4.258
COPD	2005	80.132	81.676	1,9 %	ca. 30 %	3.932
Brustkrebs	2002	19.424	20.752	6,8 %	24–26 %	599
Alle DMP*		684.142	768.941	12,4 %		5.721

DMP seit: bundesweite Einführung; Patientenquote: Die anhand epidemiologischer Daten geschätzte Quote beschreibt, wie viele der von der jeweiligen Erkrankung mutmaßlich betroffenen, gesetzlich versicherten Patienten in Westfalen-Lippe an dem DMP teilnehmen; ärztl. Teilnehmer: Anzahl distinkter LANR mit mindestens einer validen Dokumentation 2020;

*: mehrfache Teilnahme bei Patienten und ärztlichen Teilnehmern berücksichtigt

Die Zahl betreuter Patienten unterscheidet sich zwischen den einzelnen Programmen ebenso der jeweilige Zuwachs in den vergangenen zehn Jahren. Besonders stark zugenommen haben die Patientenzahlen in den beiden DMP für Typ-2- und Typ-1-Diabetes. Sehr große Unterschiede bestehen weiterhin in Bezug auf den Anteil der erreichten, mutmaßlich von der jeweiligen Erkrankung Betroffenen in der Region. Er reicht von 75–96 % in den DMP Typ-2- und Typ-1-Diabetes bis zu nur einem Viertel in den DMP Asthma bronchiale und Brustkrebs.

Fokusthema: Versorgungsqualität der DMP-Patienten während der Corona-Pandemie

Ausgehend von ersten, noch lokal eingrenzbaaren, regionalen Punkten wie einzelnen Betrieben oder Ortschaften, breitete sich im Frühjahr 2020 in ganz Deutschland sehr rasch die Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus (Corona-Virus) aus. Eine Ansteckung infolge inhalierter virusbelasteter Aerosole führt zu einer Erkrankung mit COVID-19, die in 81 % aller Fälle leicht mit Fieber und einer leichten Lungenentzündung verläuft. In 14 % der Fälle ist der Verlauf allerdings schwerer und in 5 % der Fälle ist aufgrund akuten Lungenversagens eine intensivmedizinische Versorgung erforderlich. Eine COVID-19-Erkrankung kann zudem lang anhaltende gesundheitliche Beschwerden („Long COVID“) verursachen. Insgesamt gelten ältere und vorerkrankte Menschen als besonders gefährdet, an COVID-19 zu erkranken. Seit Ende 2020 stehen in Deutschland verschiedene Impfstoffe gegen das Virus zur Verfügung, mit denen zunächst die Risikogruppen in der Bevölkerung versorgt wurden.

Um die Pandemie-Ausbreitung einzudämmen, wurden im Frühjahr in verschiedenen Schritten Kontaktbeschränkungen erlassen sowie Schulen, Geschäfte und Kultureinrichtungen geschlossen. Infolge sinkender Infektionszahlen pausierten diese Maßnahmen während des Sommers und Herbstes 2020. Da es ab Ende September jedoch wieder zu einem starken Anstieg kam, wurden erneut Kontaktbeschränkungen empfohlen und im Dezember auch wieder Schließungen angeordnet. Für die DMP setzte der Gemeinsame Bundesausschuss zunächst im März die Dokumentationspflicht sowie die Pflicht zur Neueinschreibung bei nicht wahrgenommenen Schulungen für die Quartale 1–3 aus. Diese Aussetzung wurde im August auf das vierte Quartal 2020 ausgedehnt und schließlich Mitte Dezember für die gesamte Dauer der epidemischen Lage beschlossen.

Vor diesem Hintergrund widmet sich das Fokusthema des vorliegenden Qualitätsberichts folgenden Fragen:

- Wie haben sich die Zahlen der in DMP betreuten Patienten entwickelt?
- In welchem Ausmaß erfolgten Folge- und Erstuntersuchungen?
- Welchen Einfluss hatte die Pandemie-Lage auf das Empfehlen und Wahrnehmen von Schulungen in den DMP?
- Hat sich die Versorgungsqualität der Patienten verändert?
- Sind darüber hinaus Veränderungen bei patientenrelevanten Endpunkten festzustellen?

Beschreibung der Versorgungsqualität

Der vorliegende Bericht stellt unterschiedliche Aspekte der Versorgungsqualität dar. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf den im Jahr 2020 erreichten Quoten in den vertraglich festgelegten Qualitätszielen. Daneben werden jedoch weitere, für die Entwicklung der DMP relevante Indikatoren betrachtet. Von diesen haben sich einige positiv entwickelt, bei anderen dagegen bestehen noch Verbesserungsmöglichkeiten. Folgende Ergebnisse sollen hier exemplarisch für die positiven Trends genannt werden:

- In den beiden DMP Typ-1- und Typ-2-Diabetes zeigen sich nur sehr geringe Quoten des Auftretens schwerer Stoffwechsellstörungen. Diese sind nur bei 0,4 % aller Patienten im DMP Typ-2-Diabetes und bei 2 % der erwachsenen Patienten im DMP Typ-1-Diabetes dokumentiert.
- Im DMP Typ-2-Diabetes treten nicht tödliche Herzinfarkte oder Schlaganfälle nur sehr selten auf. Sie sind in der letzten Eingangskohorte 2016/17 in den beiden ersten Jahren nach DMP-Eintritt nur bei jeweils 0,5–0,6 % der Patienten festgehalten.
- Im DMP Koronare Herzkrankheit werden mit 83 % für TAH, 78 % für Betablocker und 76 % für Statine in der Gesamtgruppe hohe Verordnungsquoten einer prognoserelevanten Medikation erreicht.
- Im DMP Asthma bronchiale werden vor allem Kinder und Jugendliche sehr gut versorgt, so wird hier bei neun von zehn Patienten eine Symptomkontrolle erzielt.
- Im DMP COPD ist nur eine geringe Häufigkeit von Exazerbationen nachzuweisen, diese konnten bei 95 % der Teilnehmer vermieden werden.

Daneben existiert selbstverständlich in allen DMP eine Reihe von Aspekten, die ein deutliches Potenzial für zukünftige Verbesserungen aufweisen. Exemplarisch sei hier nur auf folgende Defizite hingewiesen:

- Nach wie vor finden sich niedrige Quoten beim Erreichen des individuell festgelegten HbA_{1c}-Zielwerts, diese liegen im DMP Typ-2-Diabetes bei 65 % und im DMP Typ-1-Diabetes bei 50 %.

- Auch die im DMP Typ-2-Diabetes erreichten Quoten adäquat versorgter Patienten mit Fußulzera (61 %) oder regelmäßig alle zwei Jahre augenärztlich untersuchter Patienten (72 %) liegen noch unter der jeweils anzustrebenden Quote.
- Weiterhin sind 30 % der COPD-Patienten als Raucher dokumentiert.
- 21 % der Asthma-Patienten verfügen über keinen Selbstmanagementplan.

Die Mitwirkung der Patienten an Schulungen ist ein zentraler Aspekt der DMP, der zu einem Selbstmanagement der Erkrankung und zu informierten Patientenentscheidungen beitragen soll. Auch wenn dies, wie oben bereits kurz dargestellt, unter den Pandemie-Bedingungen mit besonderen Handicaps verbunden war, lassen sich für Patienten mit einer Schulungsempfehlung im Vorjahr hohe Quoten einer Wahrnehmung im Vorjahr oder 2020 nachweisen. Sie liegen zwischen 72 % im DMP COPD und Typ-2-Diabetes sowie 94 % im DMP Typ-1-Diabetes.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass es im Verlauf der DMP offenbar gelungen ist – neben einer hohen Zahl betreuter und über weite Bereiche gut versorgter Patienten – diese Patienten ebenso zu einer aktiven Teilnahme zu motivieren.

Kapitel 2: Versorgungsqualität der DMP-Patienten während der Corona-Pandemie

Zahlen zum Vergleich 2019 vs. 2020

	2019	2020	Δ 2020/19
■ Insgesamt betreute Patienten:	783.109	768.941	– 1,8 %
■ Betreute Patienten ≥ 80 Jahre:	160.982	163.362	+ 1,5 %
■ Anzahl Folgedokumentationen:	2.647.961	2.541.851	– 4,0 %
■ Anzahl Erstdokumentationen:	157.734	118.891	– 24,6 %
■ Dokumentierte Schulungsempfehlungen:	132.463	130.459	– 1,5 %
■ Dokumentierte Schulungswahrnehmungen:	97.957	91.201	– 6,9 %

indikationsspezifische Schulungen, bei Typ-2-, Typ-1-Diabetes und Koronarer Herzkrankheit Diabetes- oder Hypertonie-Schulungen

Hintergrund

Ausgehend von ersten, lokal noch relativ gut eingrenzbaeren Erkrankungsausbrüchen breitete sich im Frühjahr 2020 die SARS-CoV-2-Epidemie rasch bundesweit aus. Mitte März 2020 wurden infolgedessen Schulen, Geschäfte, gastronomische und kulturelle Einrichtungen geschlossen sowie Vorgaben zur Beschränkung persönlicher Kontakte in der Öffentlichkeit, am Arbeitsplatz und auch daheim erlassen. Ab Mitte April / Anfang Mai erfolgten schrittweise Wiederöffnungen und Ende Juni 2020 endete zunächst die Gültigkeit bundesweiter Empfehlungen zu Kontaktbeschränkungen. Aufgrund der ab September 2020 erneut steigenden Infektionszahlen wurden Anfang November abermals Kontaktbeschränkungen im öffentlichen Leben empfohlen. Diese führten Mitte Dezember wiederum zu Schließungen verschiedener Einrichtungen (Mangiapane et al., 2021). Seit Ende 2020 begann parallel die Impfung der Bevölkerung gegen das Corona-Virus, wobei zuerst die Hauptrisikogruppen älterer Menschen und chronisch Erkrankter priorisiert wurden.

Auf Seiten der Disease-Management-Programme waren im Verlauf des Jahres eine Reihe von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Organisation der Verlaufsuntersuchungen und auch der Patientenschulungen relevant. So wurde zunächst am 27.03.2020 die Dokumentationspflicht wie auch die Pflicht zur Ausschreibung aufgrund nicht wahrgenommener Schulungstermine für die ersten drei Quartale des Jahres ausgesetzt. Am 06.08.2020 wurde diese Aussetzung auf das vierte Quartal ausgedehnt und schließlich am 17.12.2020 für die gesamte Dauer der nationalen epidemischen Lage beschlossen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020).

Vor diesem Hintergrund wurden bereits im Frühjahr 2020 die möglichen Auswirkungen ausgefallener oder aufgeschobener DMP-Untersuchungen mit Blick auf die Versorgungsqualität der eingeschriebenen chronisch kranken Menschen diskutiert. Hierbei war einerseits schnell festzustellen, dass es schon im März vielfach zu einem Rückgang bei der Wahrnehmung ambulanter Untersuchungstermine wie auch stationär erfolgreicher Maßnahmen gekommen war (Mangiapane et al., 2020). Dies betraf z. B. die DMP-Schulungen sowie eine Reihe von Vorsorgeuntersuchungen (wie das Hautkrebs- und das Mammographie-Screening). Mögliche Auswirkungen dieser Rückgänge bei den Fallzahlen auf die Versorgungsqualität der Patienten blieben zunächst unklar, da als Vergleichsgrundlagen aus der

Forschungsliteratur lediglich Studien existierten, in welchen die Versorgungssituation nach Naturkatastrophen mit einem mehr oder weniger vollständigen Zusammenbruch der Versorgungsstrukturen analysiert worden war (Allweiss, 2019; Evans, 2010; Fonseca et al. 2009; Ghosal et al., 2020; Saulnier et al., 2017).

Demgegenüber konnte bereits im März 2021 in einer ersten Analyse der Daten aus den DMP in der Region Nordrhein unter Berücksichtigung des gesamten Jahresverlaufs 2020 nachgewiesen werden, dass hinsichtlich der Zahl der in den DMP betreuten Patienten sowie der Häufigkeit der erfolgten Wiederholungs- oder Folgeuntersuchungen lediglich marginale Rückgänge gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen waren (Narres et al., 2021).

Im Folgenden wird dargestellt, wie sich die verschiedenen Aspekte der Versorgungsqualität in den DMP bei einem Vergleich zwischen 2020 und 2019 bzw. weiteren Vorjahren aus heutiger Sicht beschreiben lassen.

Veränderung der Anzahl betreuter DMP-Patienten zwischen 2019 und 2020

Im Zusammenhang mit den Auswirkungen der Pandemie-Lage auf die DMP galt die erste Frage der Zahl insgesamt in den einzelnen Programmen betreuter Patienten. Ist diese 2020 infolge der erlassenen Kontaktbeschränkungen oder auch eventuell infolge individueller Sorgen vor einer möglichen Infektion im öffentlichen Raum oder bei einem Praxisbesuch möglicherweise deutlich zurückgegangen? Ein Vergleich der Fallzahlen zwischen 2019 und 2020 weist für die Region Westfalen-Lippe in allen sechs laufenden DMP dort lediglich einen leichten Rückgang der Patientenzahl um etwa 14.000 von etwa 783.000 auf 769.000 auf. Dies entspricht einem relativen Rückgang um 1,8 % (Tab. 1). Diese Entwicklung weist allerdings zwischen den einzelnen DMP beträchtliche Unterschiede auf. So sind die Patientenzahlen in den beiden größten DMP für Typ-2-Diabetes und Koronare Herzkrankheit um 1 % und 2,8 % zurückgegangen, während sie in den beiden DMP Brustkrebs und Typ-1-Diabetes sogar um 2 % bzw. 5,7 % gestiegen sind. Mit minus 6,4 % findet sich der deutlichste Rückgang der Patientenzahl im DMP COPD.

Tab. 1: Zahlen der 2019 und 2020 in einzelnen DMP betreuten Patienten

	Patienten 2019	Patienten 2020	Differenz zu 2019
Diabetes Typ 2	430.830	426.725	– 1,0 %
Diabetes Typ 1	29.362	29.948	+ 2,0 %
Koronare Herzkrankheit	196.961	191.423	– 2,8 %
Asthma bronchiale	111.746	106.312	– 4,9 %
COPD	87.288	81.676	– 6,4 %
Brustkrebs	19.627	20.752	+ 5,7 %
Alle DMP*	783.109	768.941	– 1,8 %

*: mehrfache Teilnahme berücksichtigt

Eine nach Alter differenzierte Analyse der Patientenzahlen zeigt, dass 2020 in der Altersgruppe der 80-jährigen und älteren Patienten ein Zuwachs um ungefähr 2.400 Patienten oder 1,5 % erfolgt ist

(Tab. 2). Auf der anderen Seite ging zwischen 2019 und 2020 die Zahl der bis zu 30-jährigen Patienten von 30.723 auf 28.041 um 8,7 % relativ stark zurück.

Tab. 2: Zahlen der 2019 und 2020 in einzelnen DMP betreuten Patienten \geq 80 Jahre

	Patienten 2019	Patienten 2020	Differenz zu 2019
Diabetes Typ 2	97.617	99.158	+ 1,6 %
Diabetes Typ 1	1.019	1.155	+ 13,3 %
Koronare Herzkrankheit	62.991	62.952	- 0,1 %
Asthma bronchiale	8.373	8.794	+ 5,0 %
COPD	15.382	14.778	- 3,9 %
Brustkrebs	2.418	2.663	+ 10,1 %
Alle DMP*	160.982	163.362	+ 1,5 %

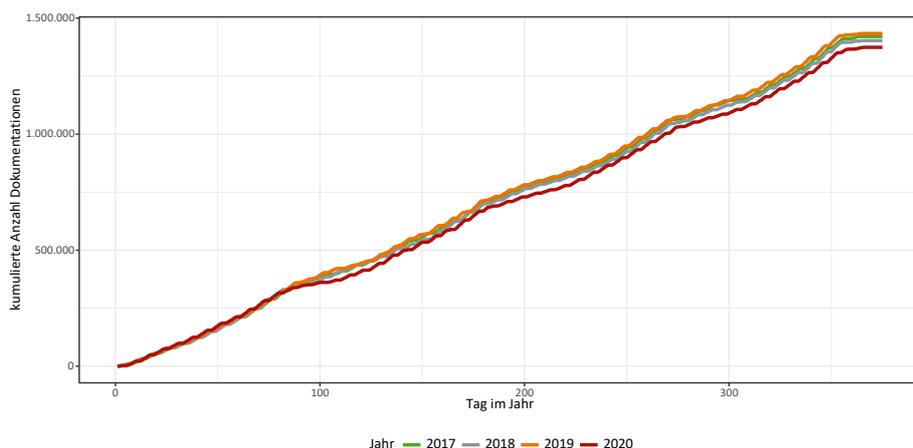
*: mehrfache Teilnahme berücksichtigt

Veränderung der Anzahl von DMP-Untersuchungen zwischen 2017 und 2020

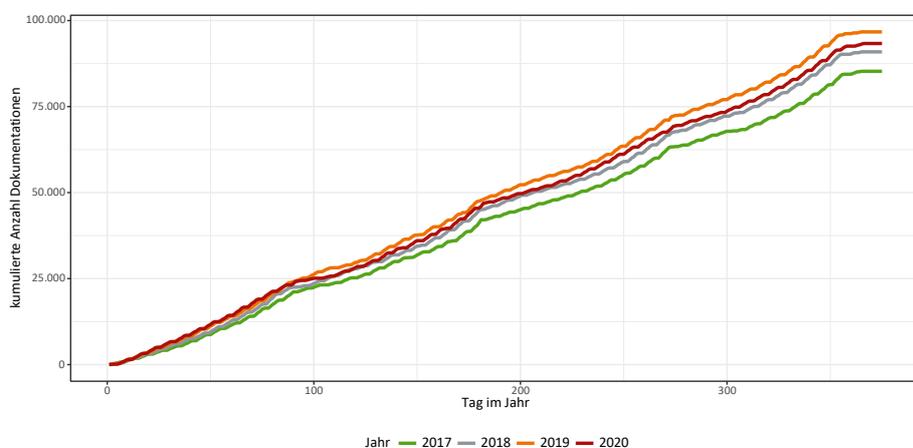
Neben der Anzahl insgesamt betreuter Patienten ist natürlich die Häufigkeit erfolgter DMP-Untersuchungen für die Kennzeichnung der Pandemie-Lage bedeutsam. Hierbei muss zwischen den Folge- oder Wiederholungsuntersuchungen, die den allergrößten Teil der DMP-Untersuchungen ausmachen, und den Erstuntersuchungen, also den Neu- oder Wiedereinschreibungen von Patienten unterschieden werden. Für beide Untersuchungsarten zeigen sich 2020 im Vergleich zu dem Vorjahr Rückgänge, diese fallen jedoch unterschiedlich stark aus. Bei den Folgeuntersuchungen ist insgesamt ein Rückgang von 2,6 Millionen auf 2,5 Millionen zu verzeichnen, dies entspricht einem relativen Rückgang um 4 %. In der kleineren Menge der Erstuntersuchungen ist die Zahl von etwa 160.000 auf 119.000 gesunken, was einem bedeutend stärkeren relativen Rückgang um fast 25 % entspricht.

Bei einer jeweils über ein komplettes Jahr kumulierten Analyse sämtlicher DMP-Untersuchungen sind im Vergleich zwischen 2020 und den drei Vorjahren je nach DMP verschiedene Trends zu erkennen. Eine über die jeweiligen Tage eines Jahres kumulative Auswertung wurde an dieser Stelle bevorzugt, weil so der unmittelbare Vergleich zwischen den Jahren nicht durch jahresspezifische Lücken beeinflusst wird. Solche entstehen durch bewegliche Feiertage sowie unterschiedliche Zeiten von Schulferien. Nachfolgend werden hier die Untersuchungshäufigkeiten der Jahre 2017 bis 2020 am Beispiel der DMP Typ-2- und Typ-1-Diabetes beschrieben. Ein Darstellung für alle sechs DMP findet sich aus Platzgründen in dem elektronischen Supplement zu diesem Bericht [www.zi-dmp.de].

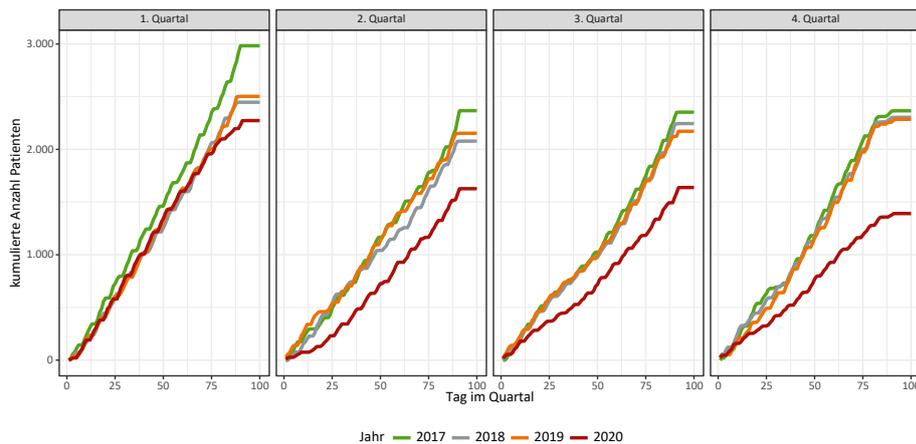
Für das DMP Typ-2-Diabetes ist zu erkennen, dass es in dem hier betrachteten Vierjahreszeitraum kumulativ zu einer sehr ähnlichen Häufigkeit insgesamt erfolgter Untersuchungen gekommen ist. So liegt diejenige des Jahres 2020 innerhalb der erste 100 Tage des Jahres nahezu deckungsgleich auf den Kurven der drei Vorjahre (Abb. 1). Danach entwickeln sich die Kurven etwas auseinander, wobei die Zahlen für 2017 bis 2019 in einer vergleichbaren Größenordnung liegen und 2020 recht kontinuierlich geringfügig unterhalb der Werte der Vorjahre liegt. Für die Vorjahre lässt sich feststellen, dass 2019 offenbar ein Jahr mit besonders hohen Untersuchungszahlen gewesen ist.

Abb. 1: Kumulierte Zahlen der Untersuchungen im DMP Typ-2-Diabetes 2017 bis 2020

Hinsichtlich der Jahrestrends bei den Untersuchungshäufigkeiten lassen sich im DMP Typ-1-Diabetes größer ausgeprägte Unterschiede feststellen, bei allerdings aufgrund der Anzahl der hier betreuten Patienten deutlich geringeren Untersuchungszahlen als im DMP Typ-2-Diabetes (Abb. 2). Hier liegt die kumulierte Untersuchungszahl des Jahres 2019 auch über der von 2020. Deutlich geringere Zahlen als 2020 wurden hier jedoch 2018 und vor allem 2017 beobachtet.

Abb. 2: Kumulierte Zahlen der Untersuchungen im DMP Typ-1-Diabetes 2017 bis 2020

Schränkt man die Auswertung auf die Häufigkeit von Erstuntersuchungen ein, dann zeigt sich beim Vergleich der Jahre 2017 bis 2020 hinsichtlich der Jahrestrends bei den Untersuchungshäufigkeiten ein anderes Bild. Dieses wird hier am Beispiel des DMP COPD illustriert. Die entsprechenden Ergebnisse aus den anderen DMP finden sich ebenfalls im elektronischen Supplement zu diesem Bericht [www.zi-dmp.de]. Die nachfolgende Darstellung ist, um die Unterschiede im Jahresverlauf besser erkennen zu können, jeweils innerhalb eines der vier Quartale kumuliert. In allen Quartalen ist dabei zu beobachten, dass die Häufigkeit von Erstuntersuchungen (oder Wiedereinschreibungen) in das DMP COPD im Jahr 2020 substantiell seltener erfolgt ist als in den drei Vorjahren (Abb. 3). Dieser Effekt ist besonders ausgeprägt im zweiten, dritten und vor allem im vierten Quartal 2020, die jeweils durch steigende Infektionszahlen und damit einhergehende Maßnahmen der Kontaktbeschränkungen gekennzeichnet waren. Mit Ausnahme des Jahres 2017, in dem außergewöhnlich häufig Erstuntersuchungen in diesem DMP stattfanden, weisen die übrigen beiden Vorjahre recht ähnliche Trends auf.

Abb. 3: Kumulierte Zahlen der Erstuntersuchungen im DMP COPD 2017 bis 2020 nach Quartal

Veränderung der Anzahl von DMP-Schulungen zwischen 2019 und 2020

Ein weiterer Aspekt der Versorgungssituation der DMP-Patienten unter den Bedingungen der Pandemie-Lage betrifft die Schulungen. Diese werden hier auf der Basis der Dokumentationen oder Verlaufskontrollen betrachtet, um die Dynamik dieses Parameters analog zu derjenigen bei der Häufigkeit von Verlaufskontrollen besser darstellen zu können. Wie bereits die Übersicht zu Beginn dieses Kapitels gezeigt hat, ist sowohl auf der Ebene der veranlassten oder empfohlenen Schulungen als auch auf derjenigen der wahrgenommenen Schulungen ein Rückgang zwischen 2019 und 2020 nachweisbar (Tab. 3). Dieser ist mit einer Abnahme um fast 7 % besonders ausgeprägt bei den wahrgenommenen Schulungen. Hinter dem durchschnittlichen Trend verbergen sich jedoch sehr heterogenen Ergebnisse in den einzelnen DMP. In Bezug auf die veranlassten Schulungen sind die deutlichsten Rückgänge in den beiden DMP Asthma bronchiale und COPD festzustellen. In den beiden DMP Typ-2- und Typ-1-Diabetes ist es dagegen jeweils zu einem deutlichen Zuwachs entsprechender Dokumentationen gekommen. Auf der Seite der Schulungswahrnehmungen findet sich ein solcher Zuwachs nur im DMP Typ-1-Diabetes. In allen anderen großen DMP, also Typ-2-Diabetes, KHK, Asthma bronchiale und COPD, geht hingegen die Häufigkeit einer Schulungswahrnehmung um etwa 3 % bis 17 % zurück.

Tab. 3: Zahlen der 2019 und 2020 in einzelnen DMP veranlassten und wahrgenommenen Schulungen

	veranlasst			wahrgenommen		
	2019	2020	Δ	2019	2020	Δ
Diabetes Typ 2*	59.071	60.137	+ 1,8 %	43.820	42.360	– 3,3 %
Diabetes Typ 1*	4.433	4.723	+ 6,5 %	7.743	8.421	+ 8,8 %
Koronare Herzkrankheit*	20.602	20.044	– 2,7 %	13.825	12.932	– 6,5 %
Asthma bronchiale	26.942	24.919	– 7,5 %	20.006	16.528	– 17,4 %
COPD	21.415	20.636	– 3,6 %	12.563	10.960	– 12,8 %
Alle DMP (außer Brustkrebs)	132.463	130.459	– 1,5 %	97.957	91.201	– 6,9 %

*: Diabetes- oder Hypertonieschulung

Erreichen der DMP-Qualitätsziele 2019 und 2020

Bislang wurden zur Beschreibung der, durch die Corona-Pandemie gekennzeichneten Situation lediglich rein häufigkeitsbasierte Indikatoren (Patienten-, Untersuchungs-, Schulungszahl) angewandt. Daneben stellt sich jedoch die zentrale Frage, ob es im Jahr 2020 zu deutlichen Veränderungen oder sogar durchgängig Rückgängen bei den erreichten Quoten der DMP-Qualitätsziele gekommen ist. Aus Platzgründen kann hier erneut nur exemplarisch auf die Ergebnisse in zwei DMP, Typ-2-Diabetes und KHK, eingegangen werden. Für die übrigen DMP sei auf die entsprechenden Ausführungen in den Einzelkapiteln dieses Berichts verwiesen. Eine direkte Gegenüberstellung der 2019 und 2020 erreichten Quoten findet sich außerdem auch in dem elektronischen Supplement zu diesem Bericht [www.zi-dmp.de].

Ein Vergleich der 2019 und 2020 erreichten Quoten für die insgesamt 18 Qualitätsziele des DMP Typ-2-Diabetes deutet lediglich auf marginale Veränderungen der Versorgungsqualität in dem größten der derzeit laufenden DMP hin (Abb. 4). Rückgänge bei den Quoten um jeweils mindestens – 1 % sind nur bei den beiden Qualitätszielen zum Erreichen niedriger Blutdruckwerte, der ophthalmologischen Netzhautuntersuchung, dem Untersuchen des kompletten Fußstatus sowie des Pulsstatus bei bestehendem Ulkus zu verzeichnen. Für die übrigen 13 Qualitätsziele sind 2020 lediglich unbedeutende oder überhaupt keine Veränderungen zu 2019 zu erkennen. Über alle Qualitätsziele gemittelt sind die Quoten 2020 nur marginal um 0,4 % zurückgegangen.

Noch geringer fallen die Unterschiede bei den Quoten im DMP KHK aus (Abb. 5). Über alle Qualitätsziele gemittelt ist hier 2020 im Vergleich zu 2019 lediglich eine Veränderung um minus 0,2 % festzustellen. Der bedeutendste Rückgang findet sich in diesem DMP für das Erreichen eines normotonen Blutdrucks, hier ist die Quote um 1,9 % geringer als im Vorjahr. Auf der anderen Seite hat sich die Quote der Statinverordnung um 1,3 % erhöht.

Abb. 4: Erreichen der Qualitätsziele im DMP Typ-2-Diabetes 2019 und 2020

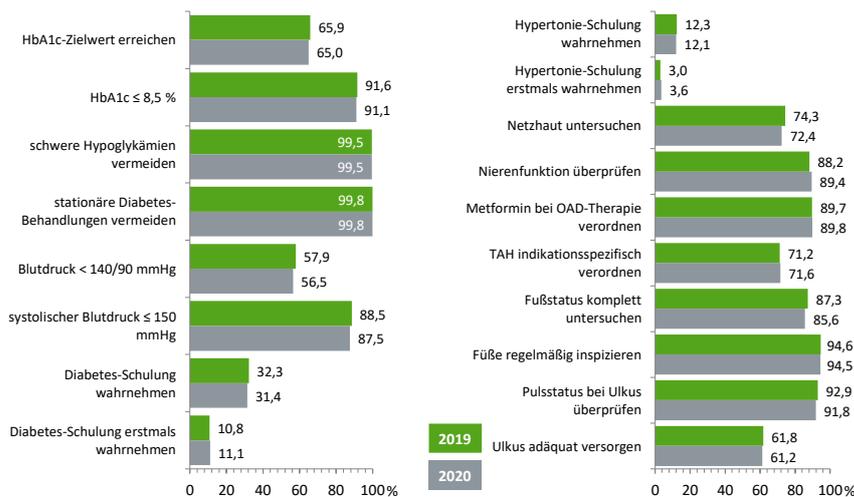
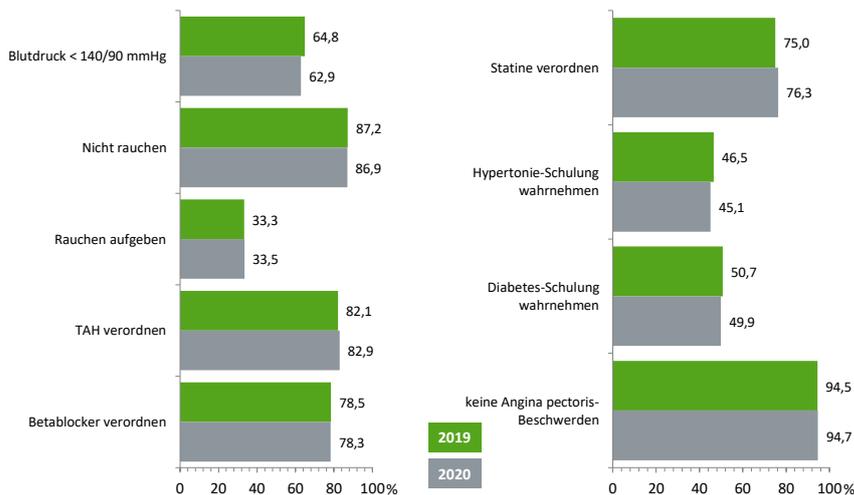


Abb. 5: Erreichen der Qualitätsziele im DMP Koronare Herzkrankheit 2019 und 2020



Prävalenz patientenrelevanter Endpunkte im DMP Typ-2-Diabetes 2020

Abschließend werden hier ebenfalls noch kurz die Ergebnisse zur Prävalenz von vier patientenrelevanten Endpunkten oder relevanten Ereignissen in der Patientenpopulation des DMP Typ-2-Diabetes berichtet. Ausgewählt wurden hierzu die Zahlen der Patienten, bei denen 2020 eine Amputation, eine Dialysepflicht oder eine Erblindung jemals dokumentiert wurde oder bei denen im Verlauf des Jahres 2020 das Auftreten mindestens einer schweren Hypoglykämie festgehalten worden ist. Eine entsprechende Analyse des Neuauftretens dieser Ereignisse ist aufgrund des bislang erst sehr kurzen Nachbeobachtungszeitraums derzeit noch nicht möglich.

In Bezug auf alle vier Endpunkte ist 2020 gegenüber 2019 ein Rückgang der Prävalenz festzustellen (Tab. 4). Im Vergleich zu den Zahlen davon betroffener Patienten des Jahres 2010 hat sich somit eine Entwicklung der vergangenen Jahre 2020 kontinuierlich fortgesetzt.

Tab. 4: Zahlen der Patienten im DMP Typ-2-Diabetes, bei denen ein patientenrelevanter Endpunkt dokumentiert wurde

	2010	2019	2020
Amputation ¹	27,3	17,4	16,9
Dialyse ¹	24,5	15,9	15,1
Erblindung ¹	6,7	4,1	4,0
Schwere Hypoglykämie ²	284,8	128,5	114,0

(1) pro 10.000 Patienten jemals dokumentiert, (2) pro 10.000 Patienten mit einer Insulin-Behandlung im Verlauf des jeweiligen Jahres dokumentiert

Vorläufige Bilanz zu den Effekten der Pandemie-Lage auf die DMP

Trotz des Aussetzens der Dokumentationspflicht in den DMP im Frühjahr 2020 sind die Zahlen der in den Programmen betreuten Patienten und Patientinnen 2020 nur leicht zurückgegangen. Als einzige Ausnahme von diesem allgemeinen Trend ist das DMP COPD zu nennen, wo ein etwas stärkerer Rückgang zu verzeichnen ist. Auf der anderen Seite wurde in den beiden DMP Typ-1-Diabetes und Brustkrebs jedoch sogar ein relativ deutlicher Zuwachs bei der Patientenzahl erreicht. Darüber hinaus ist im Hinblick auf die 80-jährigen oder älteren Patienten in fast allen DMP ein zum Teil sehr deutlicher Zuwachs zu beobachten. Mit Blick auf die Häufigkeit erfolgter DMP-Untersuchungen lässt sich 2020 nur ein leichter Rückgang bei den Folge- oder Wiederholungsuntersuchungen nachweisen, während Erstuntersuchungen oder erneute Wiedereinschreibungen substanziell seltener als in den Vorjahren stattfanden. Offensichtlich haben die Kontaktbeschränkungen, gemeinsam mit der ausgesetzten Dokumentationspflicht und der damit einhergehenden Regelung, dass auch das Nichtwahrnehmen einer Schulung unter den Pandemie-Bedingungen nicht eine Ausschreibung zur Folge hat, die Veranlassung und das Wahrnehmen der Patientenschulungen beeinflusst. In beiden Bereichen sind 2020 – ausgenommen das DMP Typ-1-Diabetes – deutliche Rückgänge zu sehen. Diese korrespondieren allerdings nicht mit den 2020 beobachteten Quoten beim Erreichen der Qualitätsziele. Hier finden sich nur marginale Veränderungen. Zudem ist im DMP Typ-2-Diabetes ein weiterer Rückgang der Zahl von Patienten festzustellen, die von schweren diabetischen Folgekomplikationen betroffen sind oder im Jahr 2020 eine schwere Hypoglykämie erlitten haben.

Es bleibt abzuwarten, wie sich möglicherweise in den kommenden Jahren langfristig verschiedene negative Entwicklungen des Jahres 2020 auswirken. Hierbei ist beispielsweise an die Rückgänge bei der Zahl jüngerer Patienten oder den Erstuntersuchungen in den DMP zu denken, ebenso wie an die eventuellen Konsequenzen aus einer insgesamt etwas schlechteren Blutdruckeinstellung. Zusammenfassend lässt sich aber derzeit erkennen, dass die Versorgungsqualität in den DMP unter den Bedingungen der Pandemie-Lage auf einem sehr hohen Niveau aufrechterhalten werden konnte. Erste Ergebnisse aus der aktuellen Forschungsliteratur deuten auch in anderen Ländern auf eine vergleichbare Entwicklung hin, die sich positiv von derjenigen nach Naturkatastrophen unterscheidet (Aktaa et al., 2021; Baumhardt et al., 2021; Patel et al., 2021).

Literatur

- Aktaa S, Yadegarfar ME, Wu J, Rashid M, de Belder M, Deanfield J, Schiele F, Minchin M, Mamas M, Gale CP (2021). Quality of acute myocardial infarction care in England and Wales during the COVID-19 pandemic: Linked nationwide cohort study. *BMJ Quality & Safety*, 2021, bmjqs-2021-013040
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8228654/pdf/bmjqs-2021-013040.pdf>
- Allweiss P (2019). Diabetes and disasters: Recent studies and resources for preparedness. *Current Diabetes Reports*, 19 (11), 131
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11892-019-1258-7>
- Baumhardt M, Dreyhaupt J, Winsauer C, Stuhler L, Thiessen K, Stephan T, Markovic S, Rottbauer W, Imhof A, Rattka M (2021). Effekt des Lockdowns auf Patienten mit Myokardinfarkt während der COVID-19-Pandemie. Eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse. *Deutsches Ärzteblatt*, 118 (26), 447–453
<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=219806>
- Evans J (2010). Mapping the vulnerability of older persons to disasters. *International Journal of Older People Nursing*, 5 (1), 63–70
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1748-3743.2009.00205.x>
- Fonseca VA, Smith H, Kuhadiya N, Leger SM, Yau CL, Reynolds K, Shi L, McDuffie RH, Thethi T, John-Kalarickal J (2009). Impact of a natural disaster on diabetes: Exacerbation of disparities and long-term consequences. *Diabetes Care*, 2009, 32 (9), 1632–1638
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2732170/pdf/zdc1632.pdf>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020). *DMP-Anforderungen-Richtlinie: Verlängerung der Ausnahmeregelungen für Schulungen und Dokumentationen aufgrund der COVID-19-Pandemie*. Beschluss, 17.12.2020
<https://www.g-ba.de/beschluesse/4614/>
- Ghosal S, Sinha B, Majumder M, Misra A (2020). Estimation of effects of nationwide lockdown for containing coronavirus infection on worsening of glycosylated haemoglobin and increase in diabetes-related complications: A simulation model using multivariate regression analysis. *Diabetes and Metabolic Syndrome*, 14 (4), 319–323
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7146694/pdf/main.pdf>
- Mangiapane S, Zhu L, Czihal T, von Stillfried D (2020). *Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. Tabellarischer Trendreport für das 1. Quartal 2020, 27.07.2020*. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Trendreport_1_Leistungsanspruchnahme_COVID_2020-07-27.pdf
- Mangiapane S, Zhu L, Kretschmann J, Czihal T, von Stillfried D (2021). *Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. Tabellarischer Trendreport für das Jahr 2020, 16.04.2021*. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Trendreport_4_Leistungsanspruchnahme_COVID_2021-04-19.pdf
- Narres M, Linnekamp U, Hochlenert D, Hagen B, Scheidt-Nave C, Messer M, Starke D, Bierbaum T, Hoffmann W, Burggraf L, Lorenz K, Scholten N, Küster D, Fischer T, Wagner P, Osburg S, van Munster M, Icks A (2021). *Die Versorgungssituation von Menschen mit Diabetes mellitus in Zeiten der COVID-19-Pandemie. Hintergrundpapier*. Bremen: Kompetenznetz Public Health COVID-19
https://www.public-health-covid19.de/images/2021/Ergebnisse/230310_Hintergrundpapier_Nicht_COVID_Diabetes_final.pdf
- Patel SY, McCoy RG, Barnett ML, Shah ND, Mehrotra A (2021). Diabetes care and glycemic control during the COVID-19 pandemic in the United States. *JAMA Internal Medicine*, doi: 10.1001/jamainternmed.2021.3047
<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2781811>
- Saulnier DD, Brolin Ribacke K, von Schreeb J (2017). No calm after the storm: A systematic review of human health following flood and storm disasters. *Prehospital and Disaster Medicine*, 32 (5), 568–579
<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/B1548783DC8D5209C862A8CBCC068F3/S1049023X17006574a.pdf>

Kapitel 3: DMP Diabetes mellitus Typ 2

■ Patienten:.....	426.725
■ Veränderung zu 2019:.....	– 4.105
■ Patienten mit aktueller Folgedokumentation:.....	414.479
■ erreichte Patienten:	75–82 %
■ hausärztlich betreut:.....	87,5 %
■ mittleres Alter:	68,8 Jahre
■ mittlere DMP-Teilnahmedauer:	8,7 Jahre
■ Anzahl aktiver ärztlicher Teilnehmer:	4.562
■ Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen:.....	93

Hintergrund und allgemeine Ziele des DMP

Am 1. Juli 2002 wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss die Einführung eines DMP für Diabetes mellitus Typ 2 beschlossen. Seit 2003 existiert zu diesem DMP ein Vertrag in der Region Westfalen-Lippe. Damit ist das DMP zum Typ-2-Diabetes neben dem DMP Brustkrebs das älteste und am längsten laufende strukturierte Versorgungsprogramm.

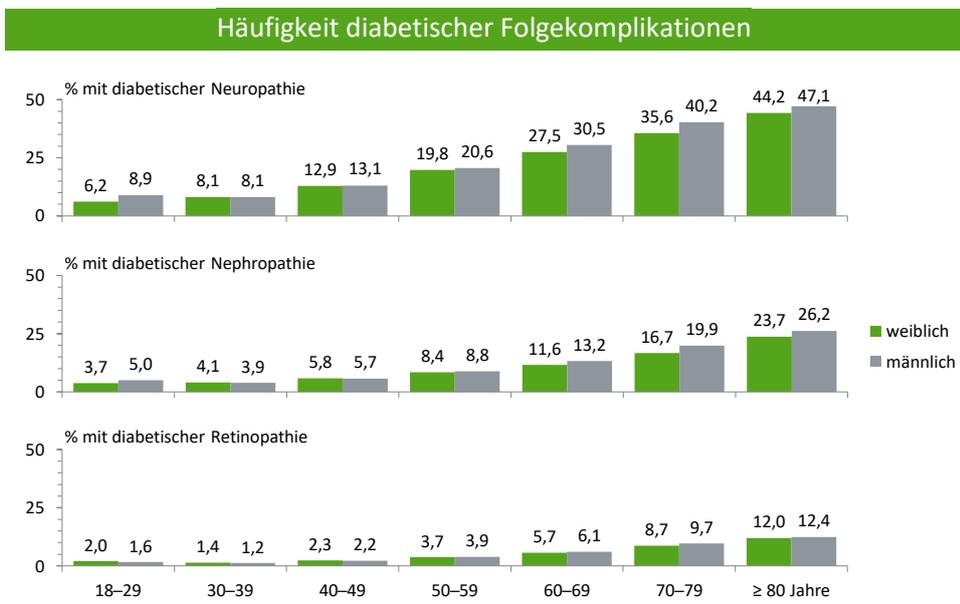
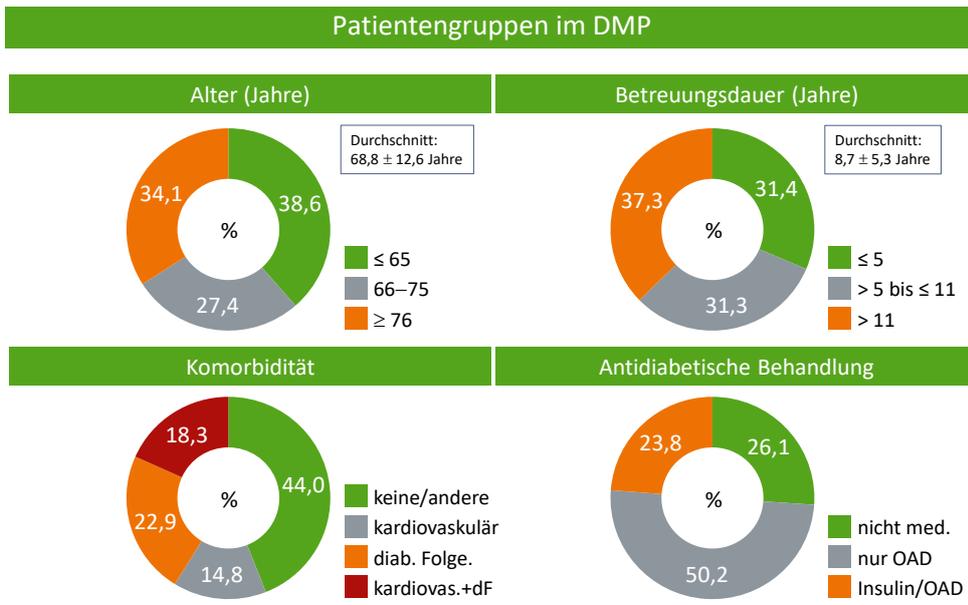
Wie alle anderen DMP enthält auch das für Typ-2-Diabetes eine Reihe allgemeiner, übergeordneter Ziele, die innerhalb des Programms anzustreben sind. Daneben existieren spezifische, vertraglich in den Anlagen zur Qualitätssicherung festgelegte Indikatoren der Versorgungsqualität. Letztere sind auch ein zentraler Inhalt der regelmäßig für die teilnehmenden Praxen erstellten Feedback-Berichte.

Die übergeordneten Ziele des DMP Typ-2-Diabetes beziehen sich meist auf patientenrelevante Ereignisse. Diese sind in der Regel schwerwiegende Folgen einer oft jahrelangen Erkrankung an Diabetes mellitus, ihr Auftreten soll nach Möglichkeit verhindert werden. In dem vorliegenden Programm zählen hierzu insbesondere schwere Stoffwechselentgleisungen, Herzinfarkte und Schlaganfälle, gravierende Folgekomplikationen wie eine Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Dialyse, eine voranschreitende diabetische Retinopathie mit einer möglichen Erblindung sowie das Auftreten eines diabetischen Fußsyndroms mit schlecht heilenden Läsionen und der möglichen Konsequenz von Amputationen.

All diese genannten Ereignisse beeinträchtigen die Lebensqualität und beeinflussen unmittelbar die Lebenserwartung der Patienten. Im Gegensatz zu den spezifischen Qualitätszielen des DMP sind sie allerdings deutlich seltener zu beobachten und nur innerhalb einer langfristigen Evaluation zu beschreiben, die sich über viele Jahre erstreckt. Neben der Darstellung der aktuellen Qualitätszielerreichung wird im weiteren Verlauf dieses Kapitels deshalb die Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz einer Auswahl schwerwiegender Erkrankungsfolgen genauer analysiert.

Patienten im DMP

Im Jahr 2020 werden insgesamt 426.725 Patienten in dem DMP Diabetes mellitus Typ 2 betreut, 97,1 % der Patienten verfügen zudem über eine aktuelle Folgedokumentation aus diesem Jahr. Alle nachfolgenden Darstellungen beziehen sich ausschließlich auf diese Teilgruppe. Die Betreuung erfolgt bei 87,5 % der Patienten in hausärztlichen Praxen. Das mittlere Alter der Patienten liegt bei fast 69 Jahren und über ein Drittel ist 76 Jahre oder älter. Die durchschnittliche Betreuungsdauer im DMP beträgt 8,7 Jahre, fast vier von zehn Patienten sind länger als 11 Jahre im DMP. Der Frauenanteil liegt bei 48,7 %.



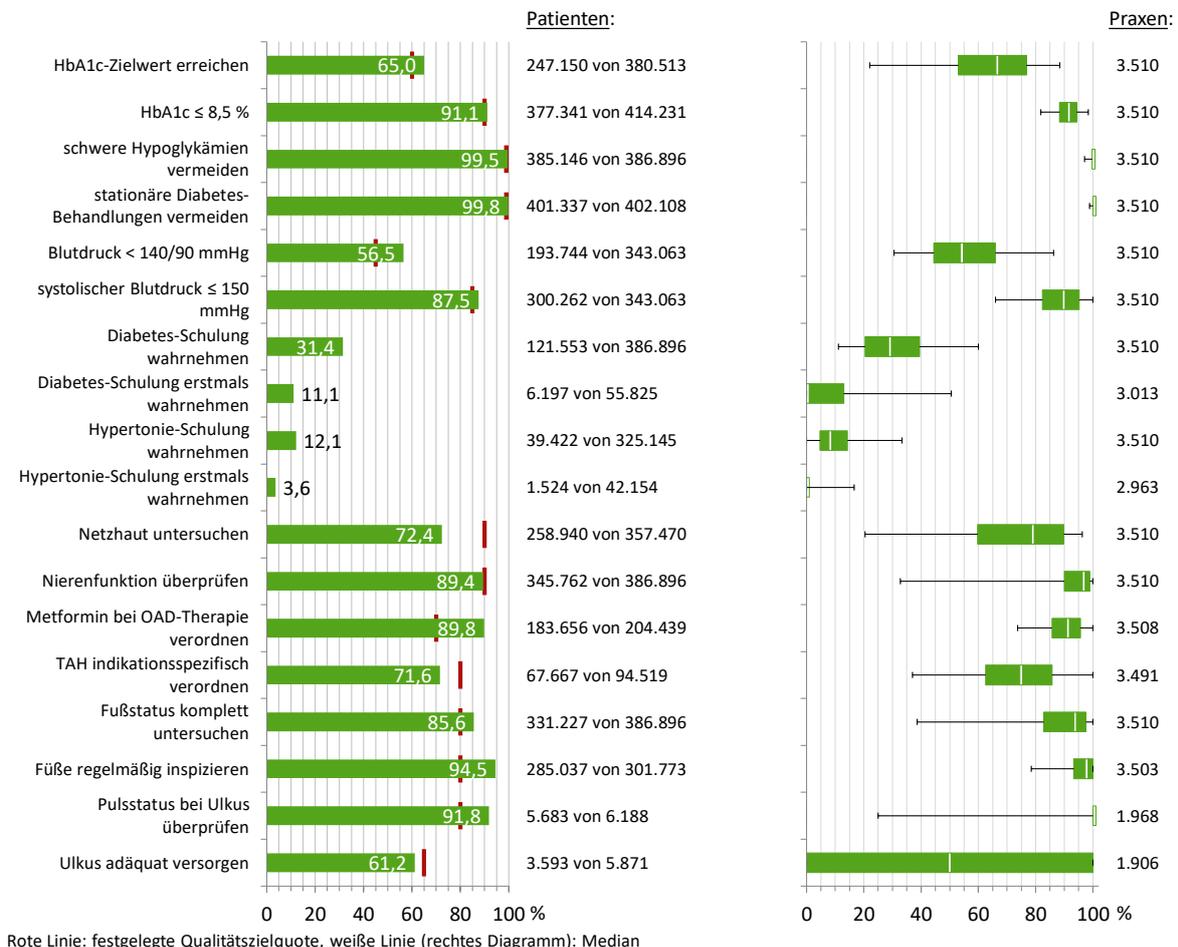
Etwa 26 % der Patienten werden nicht medikamentös antidiabetisch behandelt, ungefähr die Hälfte erhält nur orale Antidiabetika und bei fast einem Viertel erfolgt die Behandlung mit Insulin. Nimmt man die dokumentierte Häufigkeit ausgewählter Begleit- und Folgeerkrankungen als Indikator für die Dauer der Diabeteserkrankung, dann ist bei etwas über 41 % der Patienten davon auszugehen, dass

sie schon seit längerer Zeit an Diabetes mellitus erkrankt sind. So sind bei fast 23 % diabetische Folgekomplikationen und bei weiteren 18,3 % diabetische Folgekomplikationen sowie zusätzlich kardiovaskuläre Begleiterkrankungen nachgewiesen. Die Häufigkeit des Auftretens aller Folge- und Begleiterkrankungen ist stark vom Alter der Patienten abhängig. Während zum Beispiel eine diabetische Neuropathie nur bei ungefähr 7 % der bis zu 29-Jährigen vorliegt, sind hiervon etwa 45 % der 80-Jährigen und Älteren betroffen. Analoge Zunahmen mit dem Alter lassen sich auch für eine diabetische Nephro- oder Retinopathie nachweisen.

Versorgungsqualität

Die Versorgungsqualität der Patienten im DMP wird anhand 18 unterschiedlicher, patienten- bzw. behandlungsbezogener Indikatoren bzw. Qualitätsziele beurteilt. Mit Ausnahme der vier Schulungsziele weisen alle Ziele eine anzustrebende Vorgabe bzw. Zielquote auf. Wie bereits im Vorjahr wird auch 2020 von den 14 Qualitätszielen die Zielquote bei insgesamt zehn erreicht oder sogar deutlich überschritten. Bei zweien wird sie nur knapp unterschritten (Überprüfen der Nierenfunktion, Ulkus adäquat versorgen) und lediglich bei zwei Zielen (Netzhaut untersuchen, TAH verordnen) besteht ein großer Unterschied zwischen erreichter und anzustrebender Quote. Untersucht man die Schwankungsbreite oder den Interquartilbereich der Zielerreichung pro Praxis, offenbaren sich je nach Ziel zum Teil beträchtliche Differenzen in Bezug auf die Patientenanteile, die in den Praxen vorliegen.

Erreichen der Qualitätsziele

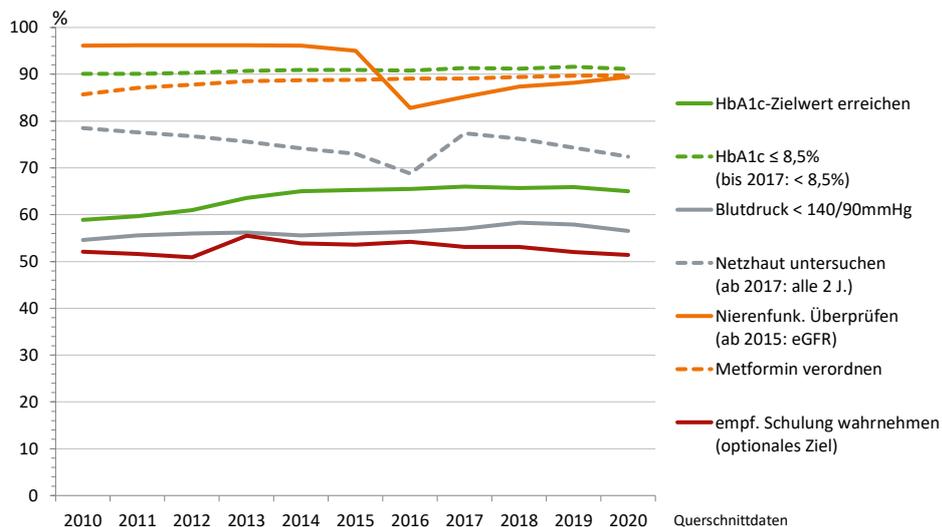


Rote Linie: festgelegte Qualitätszielquote, weiße Linie (rechtes Diagramm): Median

So ähneln sich die erreichten Quoten z. B. für die Ziele zum Vermeiden eines hohen HbA_{1c}- oder systolischen Blutdruckwerts, das Verordnen von Metformin, das Überprüfen der Nierenfunktion oder die regelmäßige Fußinspektion. Große Unterschiede zwischen den Praxen bestehen jedoch bspw. bei dem Anteil der Patienten, die ihren individuellen HbA_{1c}-Zielwert erreichen, eine Schulung im DMP-Verlauf wahrnehmen oder augenärztlich untersucht wurden.

Hinsichtlich der langfristigen zeitlichen Veränderungen bei den erreichten Zielquoten existieren unterschiedliche Trends. Für eine Gesamtdarstellung zu allen Zielen und für den Zeitraum 2010 bis 2020 sei hier auf die Darstellung im DMP-Atlas NRW hingewiesen. Dort können zudem neben den jeweils erreichten Quoten auch die absoluten Zähler- und Nennerhäufigkeiten im Zeitverlauf verglichen werden. Über den gesamten hier beobachteten Zeitraum zeigt sich zum Beispiel eine Konvergenz der Quoten auf dem sehr hohen Niveau von rund 90 % für die Ziele eines HbA_{1c}-Werts von höchstens 8,5 %, einer jährlichen Nierenfunktionsprüfung oder einer Metformin-Verordnung. Ein leichtes Absinken ist dagegen bspw. bei dem Anteil der Patienten zu erkennen, die das Blutdruckziel erreichen oder eine empfohlene Schulung wahrgenommen haben. Ein kontinuierlicher Rückgang der Quoten findet sich bei dem Indikator einer zweijährlichen Netzhautuntersuchung.

Quoten einzelner Indikatoren im Zeitverlauf



Ausgewählte Befunde, antidiabetische Therapie und Schulungen

Fast vier von zehn Patienten weisen einen HbA_{1c} unter 6,5 % auf. Bei mehr als einem Achtel liegt dieser Wert über 8,0 %, ältere Patienten sind hiervon seltener betroffen. Schwere Hypoglykämien traten im Berichtsjahr bei lediglich 1.507 (0,4 %) aller Patienten bzw. bei 1.123 (1,1 %) derjenigen auf, die mit Insulin behandelt wurden. Patienten unter 70 Jahren (636; 0,3 %) erleiden sie etwas seltener als 70-jährige und ältere Patienten (871; 0,4 %). Insgesamt ist die Häufigkeit schwerer Hypoglykämien im DMP-Verlauf stark zurückgegangen. So wurde 2010 ein solches Ereignis noch bei 3.743 (1,1 %) aller Patienten und bei 2.075 (2,2 %) derjenigen mit einer Insulinbehandlung festgehalten.

Ein systolischer Blutdruck unter 130 mmHg findet sich bei je nach Altersgruppe bei etwa 28 bis 32 % der Patienten, einen über 150 mmHg haben 11 bis 13 % der Patienten.

Fakten in Kürze I: Stoffwechseleinstellung, schwere Hypoglykämien und Blutdruck

Patienten:	alle	< 70 Jahre	≥ 70 Jahre
HbA _{1c} < 6,5 %	36,7	35,1	38,3
HbA _{1c} > 8,0 %	14,7	17,3	12,0
Schwere Hypoglykämie	0,36	0,31	0,42
Insulintherapie und schwere Hypoglykämie	1,14	0,99	1,27
Systolischer Blutdruck < 130 mmHg	29,7	31,6	27,8
Systolischer Blutdruck > 150 mmHg	11,6	10,5	12,8

Alle Angaben in %

Knapp 74 % aller Patienten im DMP werden medikamentös antidiabetisch behandelt. Am häufigsten wird Metformin verordnet. Die Verordnung sonstiger (oraler) Antidiabetika übertrifft seit einigen Jahren deutlich diejenige von Insulin und nimmt kontinuierlich zu. Auf Ebene der einzelnen Praxen bestehen große Spannweiten in der Verordnungshäufigkeit vor allem bei Metformin und einer nicht medikamentösen Therapie.

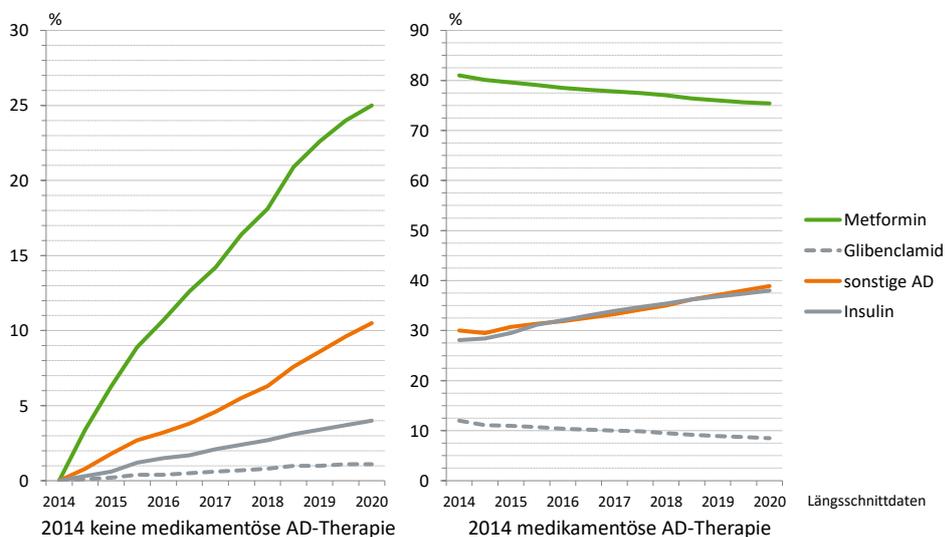
Fakten in Kürze II: Antidiabetische Therapie

		Interquartil		Interquartil
Metformin	59,3	52,8 – 70,3	Insulin / -analoge	23,8
Glibenclamid	4,8	1,7 – 7,3	Nicht med. Therapie	26,1
Sonstige Antidiabetika	28,1	20,2 – 36,0		

Alle Angaben in %; Interquartil: Verordnungshäufigkeiten in den mittleren 50 % aller Praxen mit ≥ 10 Patienten

Bei Patienten, die vor sechs Jahren noch keine blutzuckersenkende Medikation benötigten, zeigt sich bis Ende 2020 eine starke Zunahme der Verordnung von Metformin und sonstiger (oraler) Antidiabetika. Insulin wird dagegen in dieser frühen Erkrankungsphase nur sehr zurückhaltend verordnet. Bei lange erkrankten Patienten, die bereits vor sechs Jahren medikamentös antidiabetisch behandelt wurden, sinken dagegen die Verordnungsraten für Metformin und Glibenclamid, während die für Insulin und sonstige Antidiabetika deutlich ansteigen. Dies spricht dafür, dass im DMP eine an den Behandlungsleitlinien orientierte blutzuckersenkende Therapie des Typ-2-Diabetes erfolgt.

Antidiabetische Therapie im Zeitverlauf



Schulungen sollen im Rahmen des DMP die Patienten dazu befähigen, ihren Krankheitsverlauf besser zu bewältigen und informierte Patientenentscheidungen zu treffen. Patienten, die nicht schulungsfähig oder -willig sind, sollen nicht in ein DMP eingeschrieben werden. Patienten, die innerhalb von 12 Monaten einer Schulungsempfehlung ohne einen nachvollziehbaren Grund nicht nachkommen, werden aus dem DMP ausgeschrieben. Diese Regelung ruhte allerdings während der Pandemie-Lage.

Im Laufe der DMP-Teilnahme wurde vier von zehn Patienten eine Diabetes-Schulung empfohlen, etwas mehr als die Hälfte dieser Patienten sind einer solchen Empfehlung gefolgt. Die Teilnahme an einer Schulung vor der Einschreibung ins DMP lässt sich seit 2017 wieder dokumentieren. Eine Diabetes-Schulung vor der Einschreibung ist allerdings nur bei etwas mehr als 7 % der seither eingeschriebenen Patienten dokumentiert. Um den aktuellen Schulungsstatus der Patienten besser beschreiben zu können, wird hier auch die Quote derjenigen ausgewiesen, denen erst vor einem Jahr eine Schulung empfohlen wurde. Bei 72 % Patienten mit einer solchen aktuellen Empfehlung ist in den letzten beiden Jahren auch das Wahrnehmen einer Schulung erfasst. In Bezug auf eine Hypertonie-Schulung sind in der Regel jeweils geringere Quoten festzustellen. Dies trifft jedoch nicht auf eine derartige Schulung in jüngerer Zeit zu: hier ist mit fast 81 % eine noch etwas höhere Quote als für eine Diabetes-Schulung in jüngerer Zeit festzustellen.

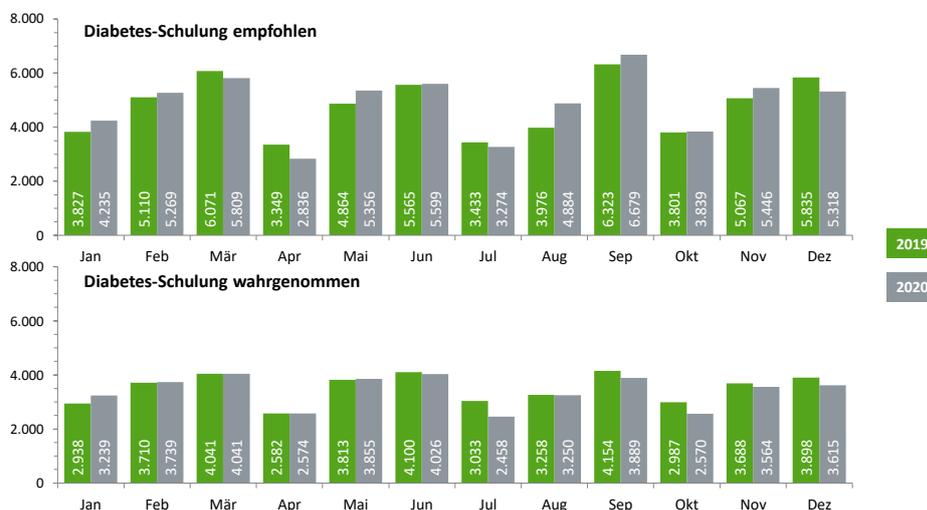
Fakten in Kürze III: Schulungen

	Diabetes	Hypertonie
Schulung empfohlen ¹	41,2	14,6
Empfohlene Schulung wahrgenommen ²	51,4	42,3
Schulung vor dem DMP ³	7,3	1,5
Schulung in jüngerer Zeit ⁴	72,1	80,7

Alle Angaben in %; (1) im gesamten DMP-Verlauf empfohlen, (2) innerhalb von 12 Monaten nach einer Empfehlung, (3) bei Patienten, die seit 2017 eingeschrieben wurden, (4) Schulung im Vorjahr empfohlen und in den vergangenen zwei Jahren wahrgenommen

Eine Analyse der dokumentierten Häufigkeiten von Schulungsempfehlungen und -wahrnehmungen zeigt, dass es im Verlauf des Jahres 2020 vor allem im 2. und 4. Quartal sowie im Sommermonat Juli zu einem ausgeprägten Rückgang sowohl bei den empfohlenen Diabetes-Schulungen gekommen ist. Schulungsteilnahmen erfolgten vor allem im Juli und im 4. Quartal 2020 deutlich seltener.

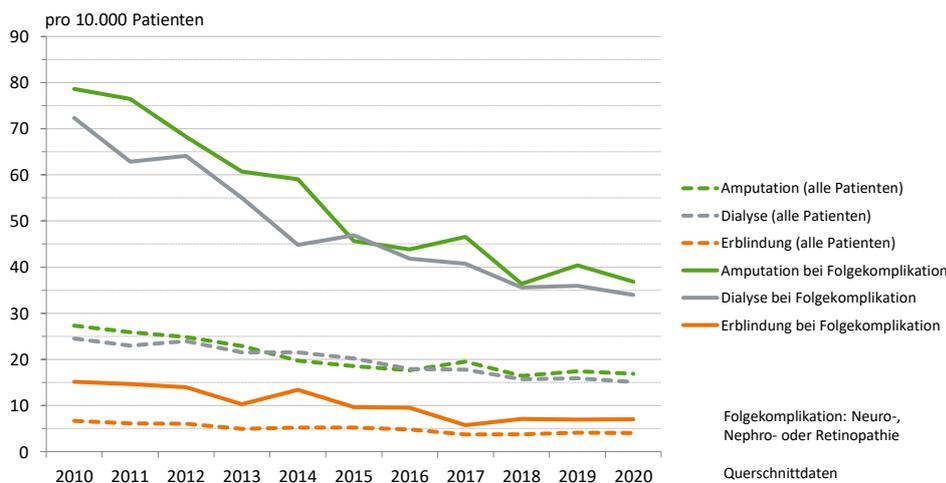
Diabetes-Schulungen 2019 vs. 2020



Häufigkeit und Neuauftreten patientenrelevanter Ereignisse

Die Häufigkeit schwerwiegender diabetischer Folgeschädigungen ist in der Gruppe der im DMP betreuten Patienten seit Jahren rückläufig. So sank zwischen 2010 und 2020 die Zahl hiervon betroffener Patienten unter jeweils 10.000 Patienten für Amputationen von 27 auf 17, für eine Dialysepflicht von 25 auf 15 und für eine Erblindung von 7 auf 4. Auch wenn man nur solche Patienten betrachtet, bei denen in dem jeweiligen Jahr eine diabetische Neuro-, Nephro- oder Retinopathie vorlag, lassen sich ähnliche Relationen erkennen (Amputation 79 vs. 37, Dialysepflicht 72 vs. 34, Erblindung 15 vs. 7).

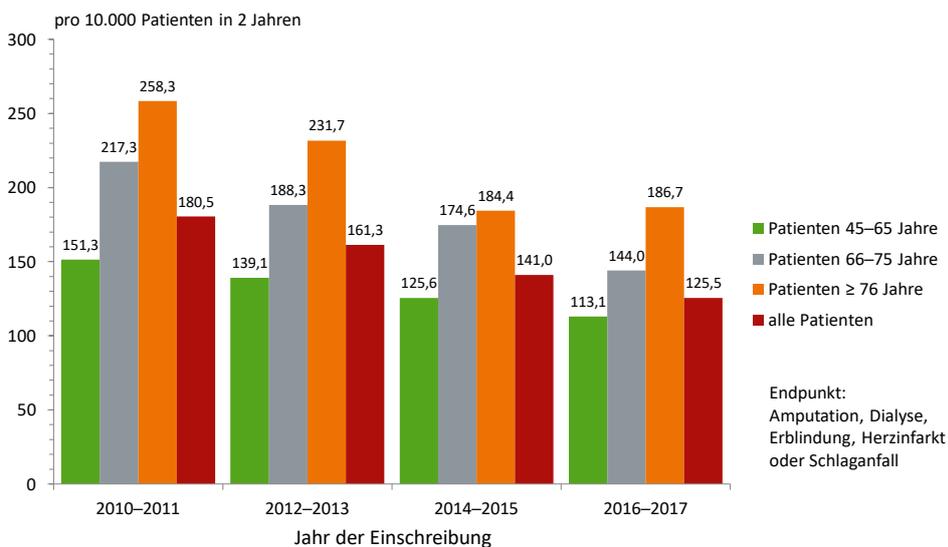
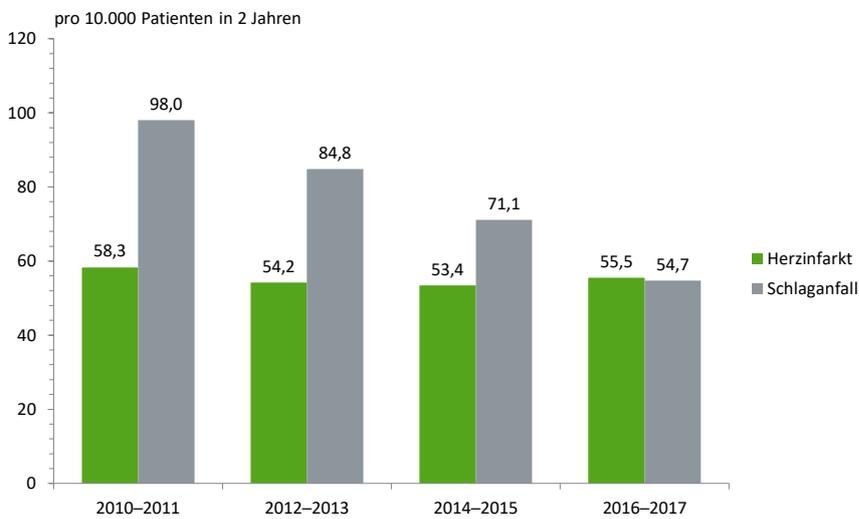
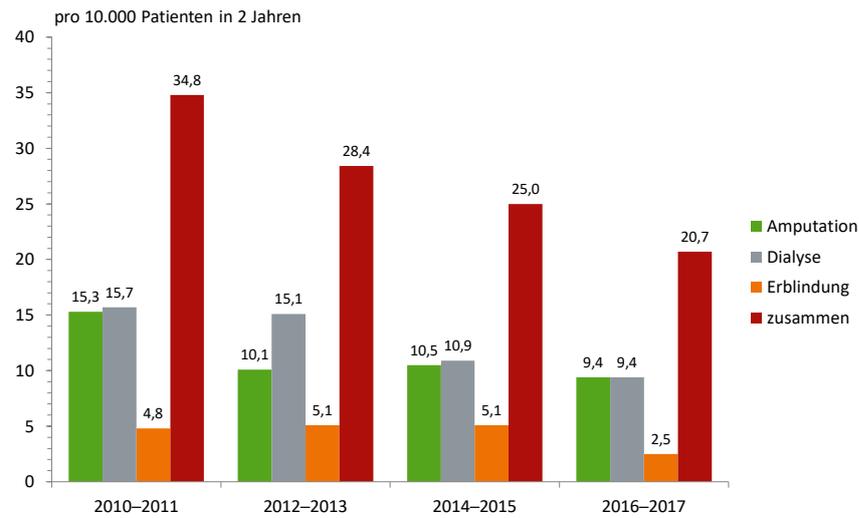
Häufigkeit einer Amputation, Dialysepflicht oder Erblindung



Aufgrund der Seltenheit des Neuauftretens werden nachfolgend immer jeweils zwei Einschreibejahre und die zwei Jahre nach dem Jahr der Einschreibung betrachtet. Eine Analyse für die 2018–2019 eingeschriebenen Patienten ist deshalb erst im Bericht für das Jahr 2021 möglich.

Hinsichtlich des Neuauftretens bzw. der erstmaligen Dokumentation der drei schweren diabetischen Folgeschädigungen sowie eines nicht tödlichen Herzinfarkts oder Schlaganfalls innerhalb der ersten beiden Jahre nach dem Jahr der Einschreibung finden sich unterschiedliche zeitliche Trends. Dabei bleibt das Neuauftreten einer Erblindung mit 3–5 und eines nicht tödlichen Herzinfarkts mit 56–58 jeweils davon betroffenen Patienten pro 10.000 über die betrachteten Kohorten relativ konstant. Dagegen ist im Vergleich der Kohorten 2010/11 und 2016/17 das Neuauftreten einer Amputation von 15 auf 9, einer Dialysepflicht von 16 auf 9 und das eines nicht tödlichen Schlaganfalls von 98 auf 55 pro 10.000 Patienten deutlich zurückgegangen. Fast man alle fünf Ereignisse zusammen und betrachtet deren Neuauftreten getrennt nach Altersgruppen, dann ist der ausgeprägteste Rückgang in der Gruppe der ältesten Patienten festzustellen. Allerdings zeigt sich auch bei den jüngeren Patienten ein Rückgang. Es ist davon auszugehen, dass für diese Effekte eine Reihe von Einflüssen wie eine frühere Einschreibung bei Erkrankungsbeginn, therapeutische Fortschritte und eine verbesserte intersektorale Kooperation bei der Behandlung verantwortlich sind.

Neuaufreten patientenrelevanter Ereignisse



Resümee: Was läuft im DMP Typ-2-Diabetes gut, was kann noch besser werden?

- Mit einem Anteil von etwa 75–82 % der mutmaßlich an Typ-2-Diabetes erkrankten, gesetzlich krankenversicherten Patienten in der Region erreicht das DMP einen großen Teil der Betroffenen.
- Anhand der innerhalb des DMP festgelegten, insgesamt 18 unterschiedlichen Indikatoren ist die Qualität der strukturiert versorgten Patienten als sehr gut einzustufen. Bei zehn der 14 Indikatoren, für die eine bestimmte Quote anzustreben ist, wird jene erreicht oder sogar überschritten.
- Exemplarisch hierfür ist vor allem auf die gute Stoffwechseleinstellung und sehr geringe Zahl an Patienten hinzuweisen, bei denen schwere Hypoglykämien oder diabetesbedingte stationäre Behandlungen auftraten. Ebenso hervorzuheben ist die sehr häufig erfolgende regelmäßige Überprüfungen der Nierenfunktion und des Fußzustands.
- In Bezug auf die regelmäßige Augenuntersuchung und die indikationsspezifische Verordnung von Thrombozyten-Aggregationshemmern besteht das größte Potenzial für zukünftige Verbesserungen. Auch wird in der sehr kleinen, jedoch klinisch bedeutsamen Gruppe von Patienten mit Ulzera die gewünschte Quote adäquat versorgter Patienten noch nicht ganz erreicht.
- Im DMP Typ-2-Diabetes ist über die Jahre und im Vergleich der älteren mit den jüngeren Einschreibekohorten ein Rückgang der insgesamt zu beobachtenden Häufigkeit und des Neuauftretens schwerwiegender diabetischer Folgeschädigungen festzustellen. Hierbei treten vor allem ein nicht tödlicher Schlaganfall, eine Amputation oder eine Dialysepflicht seltener neu auf. Für die Zukunft ist eine ähnliche Entwicklung insbesondere in Bezug auf das Neuauftreten eines nicht tödlichen Herzinfarkts anzustreben.
- Im DMP erfolgt eine an dem Erkrankungsverlauf und an den Behandlungsleitlinien orientierte antidiabetische Therapie der Patienten. Im Vorjahr empfohlene Diabetes- oder Hypertonie-Schulungen wurden in sehr hohem Maße innerhalb der letzten beiden Jahre wahrgenommen, nämlich von 72 % bzw. 81 % der betreffenden Patienten.

Kapitel 4: DMP Diabetes mellitus Typ 1

■ Patientinnen und Patienten:	29.948
davon Kinder und Jugendliche:	1.457 (4,9 %)
■ Veränderung zu 2019:	+ 586
■ Patienten mit aktueller Folgedokumentation:.....	29.021
■ erreichte Patienten:	84–96 %
■ DSP-betreut:.....	82,1 %
■ mittleres Alter:	48,2 Jahre
■ mittlere DMP-Teilnahmedauer:	8,4 Jahre
■ Anzahl aktiver ärztlicher Teilnehmer:	711
■ Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen:.....	16

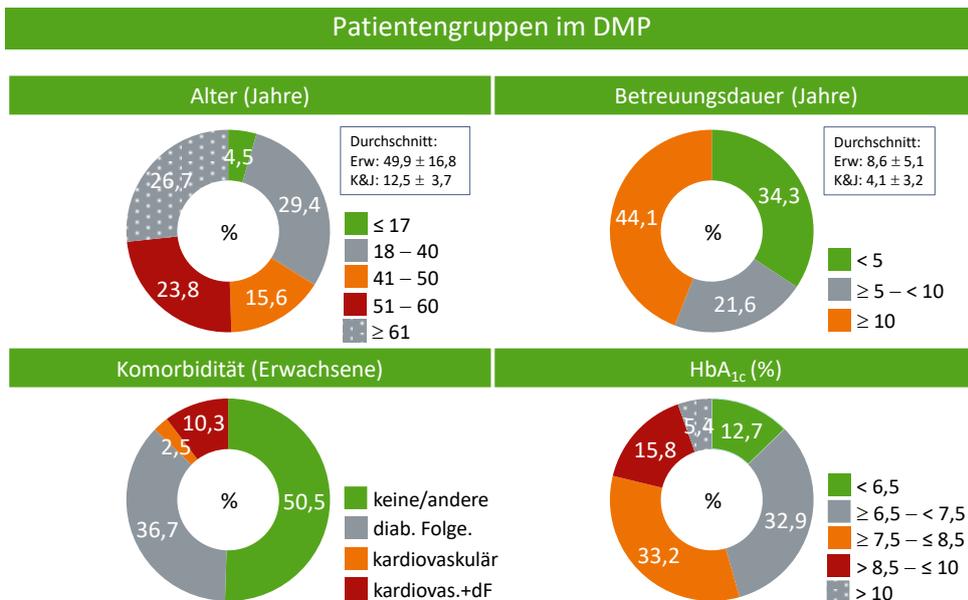
Hintergrund und allgemeine Ziele des DMP

Das DMP Diabetes mellitus Typ 1 startete in Westfalen-Lippe im Jahr 2005. Analog zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 dienen die übergeordneten Ziele der Verbesserung der Lebensqualität sowie der Erhöhung der Lebenserwartung: Vermeidung bzw. Reduktion von mikrovaskulären Folgekomplikationen bzw. des diabetischen Fußsyndroms, von kardialen, zerebrovaskulären und sonstigen makroangiopathischen Begleiterkrankungen sowie von Stoffwechsellentgleisungen. Für Kinder und Jugendliche steht zusätzlich eine altersentsprechende körperliche, geistige und psychosoziale Entwicklung im Fokus.

Patienten im DMP

In der Region Westfalen-Lippe wurden im Jahr 2020 insgesamt 29.948 Patientinnen und Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 1 betreut, für 29.021 der Patienten liegt eine aktuelle Folgedokumentation aus diesem Jahr vor. Auf diese beziehen sich die folgenden Darstellungen.

Mit 82,1 % wird ein sehr großer Teil der Patienten durch diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP) betreut. Aufgrund der etwas höheren Auftretenshäufigkeit des Typ-1-Diabetes bei Männern liegt auch im DMP der Anteil von männlichen Patienten über dem der Patientinnen (55,3 vs. 44,7 %). Kinder und Jugendliche machen lediglich einen geringen Anteil aus, andererseits ist jeder vierte Patient bereits über 60 Jahre alt. Mehr als vier von zehn Betroffenen werden bereits seit zehn Jahren oder länger im DMP betreut.



Von den erwachsenen Patienten sind 47,0 % von mindestens einer diabetischen Folgekomplikation oder -schädigung betroffen und 12,8 % sind durch mindestens eine kardiovaskuläre Begleiterkrankung, ohne arterielle Hypertonie, belastet. Vier bis fünf von zehn Patienten weisen einen in den Versorgungsleitlinien häufig angestrebten HbA_{1c}-Wert von unter 7,5 % auf, jedoch ist auch bei etwas mehr als einem Fünftel der Patienten ein Wert über 8,5 % dokumentiert.

Versorgungsqualität

Die Qualität der Patientenversorgung im DMP Diabetes mellitus Typ 1 wird durch insgesamt 12 patientenbezogene Qualitätsziele abgebildet.

Für drei Qualitätsziele (individuellen HbA_{1c}-Zielwert erreichen sowie die beiden Schulungsziele) werden keine quantitativ definierten Zielvorgaben gemacht. Von den übrigen neun Qualitätszielen werden im Jahr 2020 drei erreicht und sechs unterschritten. Die Ziele zur Vermeidung schwerer Hypoglykämien sowie zur kompletten Untersuchung des Fußstatus werden deutlich überschritten. Ebenso wird die vorgegebene Quote bei der Vermeidung stationärer diabetesbedingter Behandlungen erreicht.

Hinsichtlich der praxenbezogenen Streubreiten der Erreichungsgrade der Qualitätsziele fällt ins Auge, in welchem unterschiedlichem Ausmaß die Qualitätsziele in den einzelnen Praxen erreicht werden.

Erreichen der Qualitätsziele



Rote Linie: festgelegte Qualitätszielquote, weiße Linie (rechtes Diagramm): Median

Ausgewählte Befunde und Schulungen

Hinsichtlich der Stoffwechseleinstellung existiert ein leichter Altersunterschied. Der mittlere HbA_{1c}-Wert der Kinder und Jugendlichen liegt etwas über demjenigen der erwachsenen Patienten. Hingegen leiden die Minderjährigen etwas seltener unter schweren Hypoglykämien. Für die mindestens 60 Jahre alten erwachsenen Patienten wird häufiger ein HbA_{1c} unter 7,5 % sowie deutlich seltener ein Wert von über 8,5 % dokumentiert.

Hingegen lässt sich mit höherem Erwachsenenalter ein deutlich höherer Blutdruck beobachten. Gleichwohl wurde bei lediglich drei von zehn der mindestens 60 Jahre alten Patienten ein systolischer Blutdruck über 140 mmHg gemessen.

Diabetische Folgekomplikationen treten bei Kindern und Jugendlichen mit 4,6 % noch recht selten auf, hingegen sind 39,2 % der unter 60-jährigen erwachsenen DMP-Patienten und 71,6 % der 60-Jährigen und Älteren von einer solchen Folgekomplikation oder -schädigung betroffen.

Am häufigsten ist bei den erwachsenen Patienten eine diabetische Neuropathie dokumentiert, gefolgt von einer Retinopathie sowie einer Nephropathie. Besonders gravierende diabetische Folgeschädigungen wie eine Amputation, eine Erblindung oder Dialysepflicht sind eher selten.

Fakten in Kürze I: Stoffwechseleinstellung, schwere Hypoglykämien und Blutdruck

Patienten:	Kinder & Jugendliche	Erwachsene			
		< 60 Jahre		≥ 60 Jahre	
Mittlerer HbA _{1c} in %	8,09 ± 1,40	7,79 ± 1,37		7,59 ± 1,07	
HbA _{1c} < 7,5 % (%)	35,1	45,0		48,4	
HbA _{1c} > 8,5 % (%)	32,2	22,7		16,2	
Schwere Hypogl. (bei n Patienten 2020 %)	19 1,46	368	1,95	171	2,05
Mittlerer Blutdruck in mmHg (sys dias)		129 ± 16	78 ± 10	136 ± 18	76 ± 10
Systolischer Blutdruck < 130 mmHg (%)		48,7		30,9	
Systolischer Blutdruck > 140 mmHg (%)		17,5		29,2	

Alle Folgekomplikationen nehmen mit dem Alter deutlich zu. Den stärksten Anstieg zeigen hier die Neuropathie- bzw. die Amputations- und Erblindungshäufigkeit.

Männliche Patienten leiden im höheren Alter häufiger unter Neuropathien. Besonders fallen außerdem die wesentlich höheren Amputationsquoten bei den 60-jährigen und älteren Männern ins Auge sowie deren häufiger dokumentierte Dialysepflicht. Die jüngeren Frauen sind hingegen etwas häufiger von Retinopathien, die älteren Frauen entsprechend häufiger von Erblindungen betroffen als die Männer.

Ein diabetisches Fußsyndrom (Vorliegen eines Ulkus, weiterer Risiken für Ulzera oder einer Wundinfektion) ist für mehr als ein Viertel der mindestens 60 Jahre alten Patienten dokumentiert.

Fakten in Kürze II: Folgekomplikationen und diabetisches Fußsyndrom bei Erwachsenen

	Frauen		Männer	
	< 60 Jahre	≥ 60 Jahre	< 60 Jahre	≥ 60 Jahre
Neuropathie	24,3 %	59,7 %	25,4 %	64,7 %
Retinopathie	17,9 %	28,4 %	16,3 %	30,2 %
Nephropathie	15,3 %	24,6 %	13,7 %	26,8 %
Amputation	4,5 ‰	6,6 ‰	8,2 ‰	25,1 ‰
Erblindung	5,3 ‰	8,3 ‰	2,6 ‰	6,0 ‰
Dialyse	8,6 ‰	8,3 ‰	8,5 ‰	12,0 ‰
Diabetisches Fußsyndrom	10,4 %	25,0 %	11,9 %	28,7 %

Einen besonderen Stellenwert innerhalb der DMP hat die Schulungsteilnahme. Schulungen sollen die Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung unterstützen, um die Lebensqualität zu erhalten und die Prognose des Diabetes zu verbessern.

Hinsichtlich der Schulungen im DMP sind verschiedene Betrachtungsweisen möglich. Zwischen 2008 und 2017 wurde der Schulungsstatus der Patienten bei Einschreibung ins DMP nicht dokumentiert; drei von zehn der Patienten, die nach dieser Zeit eingeschrieben wurden, kamen bereits geschult ins DMP.

Bezogen auf den gesamten DMP-Verlauf wurde etwa der Hälfte der Patienten eine Diabetesschulung empfohlen und knapp zwei Drittel dieser Patienten nahmen sie innerhalb von 12 Monaten danach wahr. Hingegen zeigt die Betrachtung derjenigen Patienten, für die im Vorjahr eine diabetesspezifische Schulungsempfehlung dokumentiert wurde, dass fast neun von zehn dieser Patienten eine solche Schulung im selben Jahr bzw. im Berichtsjahr wahrgenommen haben.

Hier zeigt sich auch ein besonderer Effekt hinsichtlich der Hypertonieschulungen. Während sich bei allen anderen Betrachtungen geringe bis sehr geringe Quoten ergeben, haben mehr als neun von zehn der Patienten mit arterieller Hypertonie, denen im Vorjahr eine entsprechende Schulung empfohlen wurde, diese auch zeitnah absolviert.

Fakten in Kürze III: Schulungen

	Diabetes	Hypertonie
Schulung empfohlen ¹	51,6	15,3
Empfohlene Schulung wahrgenommen ²	62,1	50,6
Schulung vor dem DMP ³	31,2	5,5
Schulung in jüngerer Zeit ⁴	88,5	93,5

Alle Angaben in %, (1) im gesamten DMP-Verlauf empfohlen, (2) innerhalb von 12 Monaten nach einer Empfehlung, (3) bei Patienten, die seit 2017 eingeschrieben wurden, (4) Schulung im Vorjahr empfohlen und in den vergangenen zwei Jahren wahrgenommen

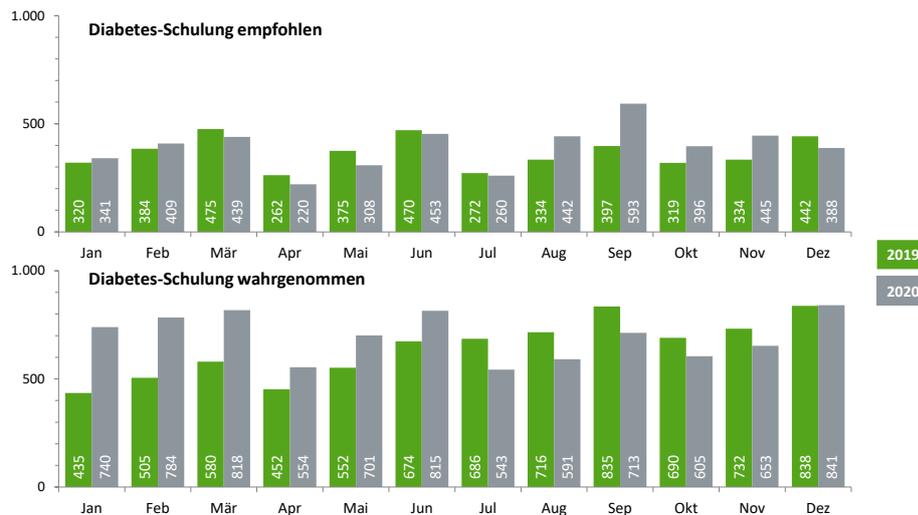
Vergleich der Jahre 2019 und 2020: Effekte der Corona-Pandemie

Im DMP Diabetes mellitus Typ 1 lässt sich im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr kein Rückgang der eingeschriebenen Patienten verzeichnen. Im Jahr 2020 wurden insgesamt 2.376 Patienten neu in das DMP eingeschrieben. Im Vergleich zu den im Vorjahr eingeschriebenen 2.743 Patienten sind diese Neuzugänge vergleichbar alt (2020: $42,7 \pm 21,0$ vs. 2019: $43,7 \pm 20,5$ Jahre), sie haben ähnlich häufig HbA_{1c}-Werte über 8,5 % (44,0 vs. 42,8 %) und sind vergleichbar häufig von diabetischen Folgekomplikationen (14,0 vs. 15,7 %) bzw. von kardiovaskulären Begleiterkrankungen (6,6 vs. 7,4 %) betroffen.

Vergleicht man die Quoten der Qualitätszielerreichung aller Patienten, so lassen sich meist nur marginale Abweichungen zwischen den beiden Jahren beobachten. Jedoch zeigt sich, dass weniger Patienten mit arterieller Hypertonie normotone Blutdruckwerte erreichen (–2,2 Prozentpunkte). Auch wird seltener der Urin-Albumingehalt überprüft bzw. der Fußstatus komplett untersucht (jeweils –1,2 Prozentpunkte). Hingegen zeigen sich Steigerungen bei der Erreichung des individuellen Zielwerts (+1,8 Prozentpunkte) sowie beim Anteil an Patienten mit einem HbA_{1c}-Wert von maximal 8,5 % (+1,0 Prozentpunkte).

Der Vergleich der absoluten Häufigkeiten empfohlener Schulungen im Jahr 2020 mit dem Vorjahr zeigt, dass vor allem in den Monaten März bis Mai, also parallel zum ersten Lockdown, niedrigere Zahlen im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten sind. Im zweiten Halbjahr wurden dann ab August deutlich häufiger als im Vorjahr Diabetes-Schulungen empfohlen. Hinsichtlich der Schulungswahrnehmungen lassen sich für das erste Halbjahr 2020 zum Teil deutlich mehr Schulungswahrnehmungen beobachten, während die Zahlen in der zweiten Jahreshälfte unter denen von 2019 liegen.

Diabetes-Schulungen 2019 vs. 2020



Resümee: Was läuft im DMP Typ-1-Diabetes gut, was kann noch besser werden?

- Die Betroffenen mit Typ-1-Diabetes werden im DMP in Westfalen-Lippe weitestgehend von spezialisierten Diabetologinnen und Diabetologen betreut. Schätzungen zufolge sind bis zu 90 % der Betroffenen mit Typ-1-Diabetes in Westfalen-Lippe im DMP eingeschrieben.
- Die Indikatoren weisen auf eine hohe Qualität der strukturierten Versorgung hinsichtlich der regelmäßigen Untersuchung des Fußstatus sowie der Vermeidung schwerer Hypoglykämien und diabetesbedingter stationärer Notfallbehandlungen hin. Ebenfalls werden bei einem großen Teil der Patienten sowohl die Injektionsstellen als auch die Nierenparameter regelmäßig überprüft und mit drei Vierteln erreichen viele der Patienten einen HbA_{1c}-Wert von maximal 8,5 %.
- Vergleicht man die Quoten der Qualitätsziele im Jahr 2020 mit denen aus dem Vorjahr, so zeigt sich ein leichter Rückgang bei einigen Kontrolluntersuchungen sowie hinsichtlich der normotonen Blutdruckeinstellung. Dagegen zeigen sich Verbesserungen bei der Stoffwechseleinstellung. Ob es sich um Auswirkungen der Bedingungen während der Corona-Pandemie handelt, ist noch zu klären.
- Diabetes-Schulungen wurden im Frühjahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr zwar seltener empfohlen, jedoch häufiger wahrgenommen.
- Wünschenswert wäre eine Zunahme der zweijährlichen Augenuntersuchungen. Diese stellen seit Mitte 2008 kein Qualitätsziel mehr da und sind seit Jahren rückläufig.

Kapitel 5: DMP Koronare Herzkrankheit

■ Patienten:.....	191.423
■ Veränderung zu 2019:.....	-5.511
■ Patienten mit aktueller Folgedokumentation:.....	186.213
■ erreichte Patienten:	ca. 58 %
■ hausärztlich betreut:.....	96,2 %
■ mittleres Alter:	72,7 Jahre
■ mittlere DMP-Teilnahmedauer:	8,2 Jahre
■ Anzahl aktiver ärztlicher Teilnehmer:	4.491
■ Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen:.....	81

Hintergrund und allgemeine Ziele des DMP

Seit dem 1. Mai 2003 können in Deutschland Verträge zu dem DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) abgeschlossen werden. Der betreffende Vertrag hierzu datiert in der Region Westfalen-Lippe auf das Jahr 2004. Damit ist das DMP für Patienten mit koronarer Herzkrankheit das drittälteste und entsprechend lang laufende strukturierte Versorgungsprogramm.

Die übergeordneten Ziele des DMP KHK beziehen sich auf die Langzeitversorgung der betreuten Patienten, die möglichst kontinuierlich und strukturiert erfolgen soll. Hierdurch sollen insbesondere die Symptomatik und die Lebensqualität der Patienten günstig beeinflusst werden. Mittels einer entsprechenden Betreuung, Information und Schulung wird angestrebt, die Sterblichkeit zu reduzieren und die kardiovaskuläre Morbidität zu verringern, indem zum Beispiel das Neuauftreten von Herzinfarkten oder einer Herzinsuffizienz verhindert wird.

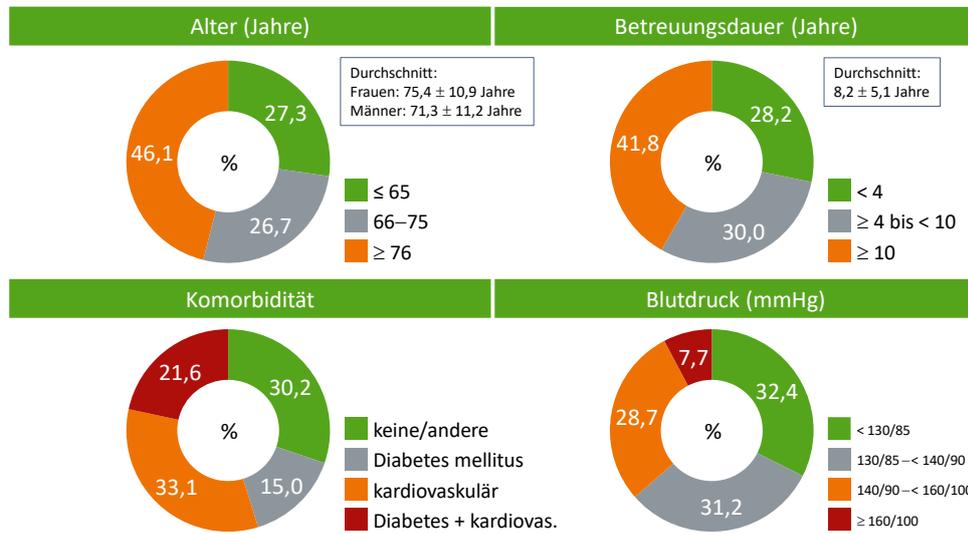
Von entscheidender Bedeutung für den Erhalt der Lebensqualität der KHK-Patienten sind zudem das Vermeiden von Angina pectoris-Beschwerden und der Erhalt der Belastungsfähigkeit. In den nachfolgenden Abschnitten dieses Kapitels werden neben den primären Ergebnissen zu der anhand der Qualitätsziele definierten Versorgungsqualität der KHK-Patienten vor diesem Hintergrund auch Befunde zu der Entwicklung der Morbidität dargestellt.

Patienten im DMP

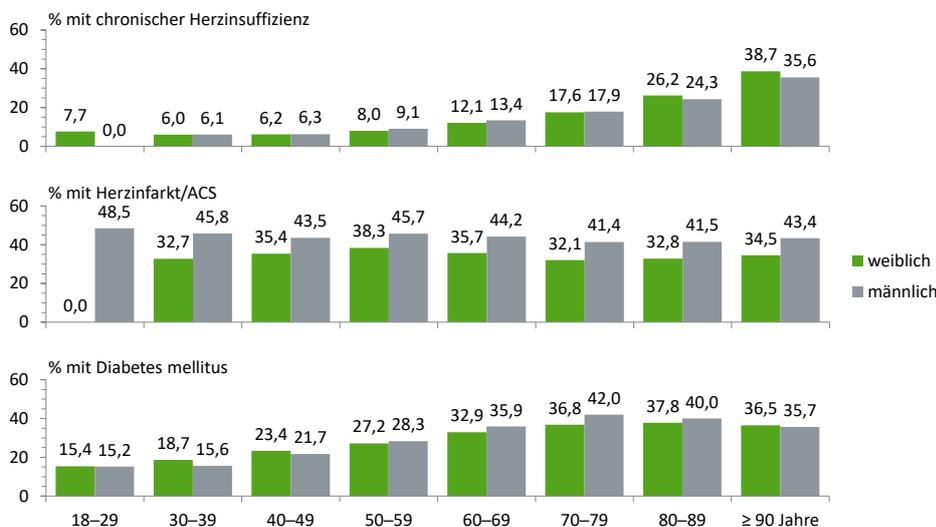
Im Jahr 2020 werden insgesamt 191.423 Patienten im DMP KHK betreut, 97,3 % der Patienten verfügen zudem über eine aktuelle Folgedokumentation aus diesem Jahr. Alle nachfolgenden Darstellungen beziehen sich ausschließlich auf diese Teilgruppe. Ihre Betreuung erfolgt nahezu ausschließlich (96,2 %) in hausärztlichen Praxen. Der Frauenanteil liegt bei 34,4 %. Das mittlere Alter der Patienten erreicht annähernd 73 Jahre – wobei die im DMP betreuten Frauen durchschnittlich vier Jahre älter als die Männer sind. Fast die Hälfte aller Patienten ist über 75 Jahre alt. Im DMP KHK werden im Vergleich zu den übrigen DMP die mit Abstand ältesten Patienten betreut. Die durchschnittliche Betreuungsdauer im DMP KHK beträgt mehr als 8 Jahre, vier von zehn Patienten sind seit mindestens 10 Jahren in diesem DMP.

So gut wie alle (97,6 %) der im DMP KHK betreuten Patienten weisen mindestens eine Begleit- und Folgeerkrankung auf. Blendet man hierbei eine arterielle Hypertonie (89,1 %) und eine Fettstoffwechselstörung (77,3 %) aus, dann ist die häufigste Begleiterkrankung ein Diabetes mellitus (36,6 %).

Patientengruppen im DMP



Häufigkeit ausgewählter Begleiterkrankungen



Eine kardiovaskuläre Begleiterkrankung, also ein Herzinfarkt oder akutes Koronarsyndrom (ACS), eine Herzinsuffizienz, eine arterielle Verschlusskrankheit oder ein Schlaganfall sind anamnestisch bei einem Drittel der KHK-Patienten bekannt, kombiniert mit einem Diabetes mellitus sind mehr als die Hälfte davon betroffen.

Je älter die KHK-Patienten sind, desto häufiger sind bei ihnen auch die meisten Begleiterkrankungen nachgewiesen. So steigt zum Beispiel die Häufigkeit einer chronischen Herzinsuffizienz von etwa 9 bis 13 % in der Patientengruppe zwischen 50 und 69 Jahren auf etwa 25 bis 37 % ab einem Alter von 80 Jahren. Ein ähnlicher Altersanstieg zeigt sich für die Begleiterkrankung Diabetes mellitus. Der hier festzustellende leichte Rückgang in der Gruppe der ältesten KHK-Patienten ist mutmaßlich Folge des selektiven Ausscheidens aus dem DMP bzw. Versterbens hiervon betroffener Patienten.

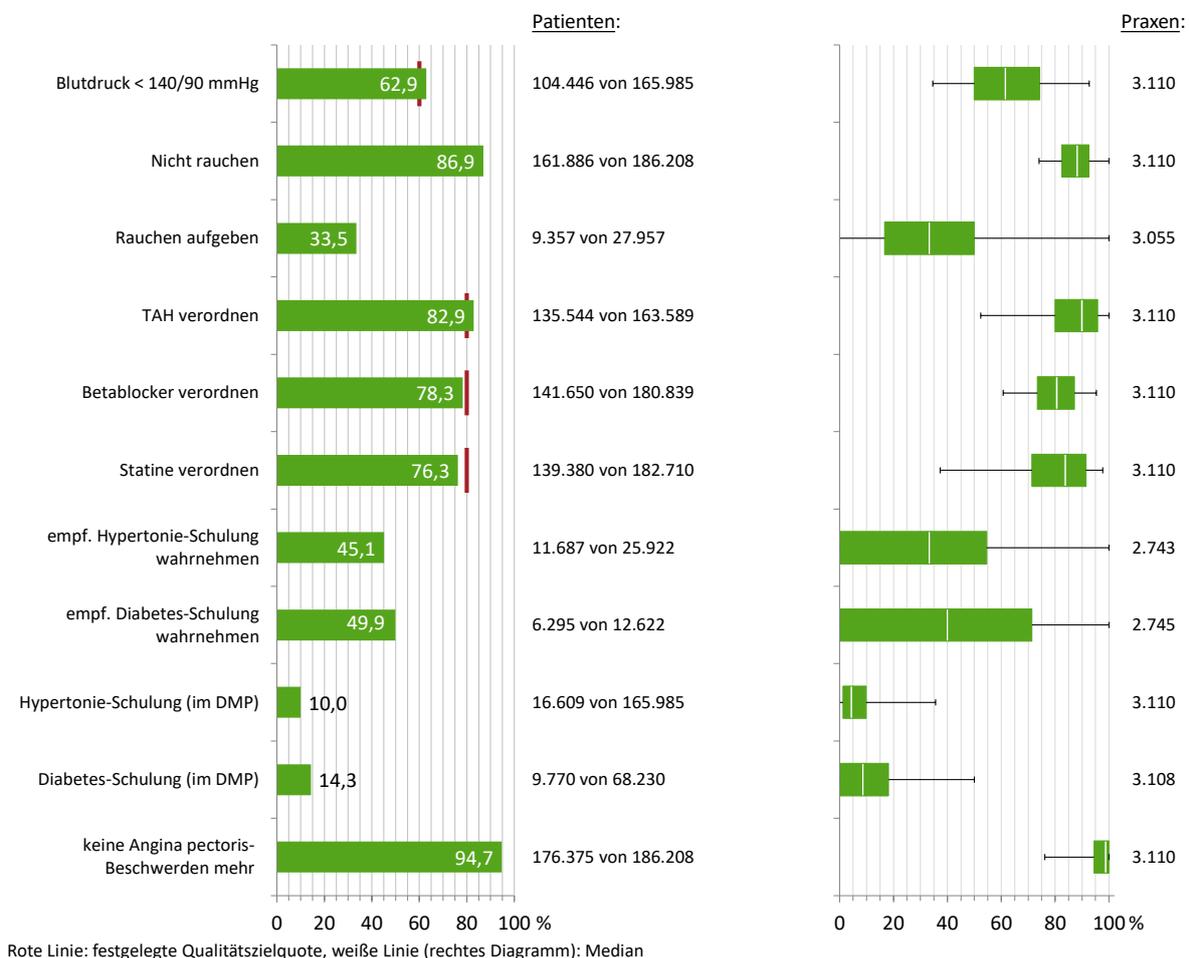
Mehr als zwei Drittel der KHK-Patienten haben einen normotonen Blutdruck unter 140/90 mmHg, bei knapp acht von 100 Patienten wird der Wert von 160/100 mmHg überschritten.

Versorgungsqualität

Die Versorgungsqualität der Patienten im DMP KHK wird anhand elf verschiedener Qualitätsziele beurteilt. Vier davon, nämlich jene zum Blutdruck und den Verordnungen, weisen eine quantitative Vorgabe auf. Von diesen vier Qualitätszielen wird 2020 die anzustrebende Zielquote erneut hinsichtlich eines normotonen Blutdrucks bei arterieller Hypertonie sowie des Verordnens von Thrombozyten-Aggregationshemmern erreicht. Bei den anderen beiden quantitativ definierten Zielen, dem Verordnen von Betablockern bzw. Statinen, werden die angestrebten Quoten leicht unterschritten. Hohe Quoten werden ebenfalls erreicht bei den beiden Zielen zum Nichtrauchen und Vermeiden von Angina pectoris-Beschwerden.

Das Wahrnehmen einer empfohlenen Diabetes-Schulung – unabhängig vom zeitlichen Abstand zwischen Empfehlung und Wahrnehmung – ist über die gesamte Zeitspanne seit DMP-Beginn gesehen bei etwa der Hälfte der aktuell betreuten KHK-Patienten gelungen. Hinsichtlich der Wahrnehmung einer entsprechenden Hypertonie-Schulung liegt der Anteil etwas darunter. In der Gesamtgruppe aller KHK-Patienten, also unabhängig von einer spezifischen Empfehlung, sind dagegen im DMP-Verlauf nur relativ geringe Schulungsquoten festzustellen. Ein Drittel der Patienten, die bei ihrer Einschreibung ins DMP noch aktive Raucher waren, haben das Rauchen aufgegeben.

Erreichen der Qualitätsziele



Der Interquartilbereich der Zielerreichung pro Praxis ist mit Ausnahme der beiden Ziele zur Wahrnehmung empfohlener Schulungen relativ schmal, das bedeutet, die Praxen ähneln sich vergleichsweise stark hinsichtlich der Zielerreichung in diesem DMP.

Ausgewählte Befunde, medikamentöse Therapie und Schulungen

Der systolische Blutdruck liegt bei zwei Dritteln der KHK-Patienten unter 140 mmHg, dies ist bei Patienten unter 76 Jahren etwas häufiger der Fall als bei den älteren Patienten. Gegenüber der Situation im Jahr 2010 (70,6 % bzw. 67,1 %) hat sich in beiden Altersgruppen dieser Anteil leicht reduziert. Relativ wenige KHK-Patienten weisen einen systolischen Blutdruck über 150 mmHg auf, auch dies ist bei den älteren etwas häufiger der Fall. Allerdings zeigt sich auch hier wieder gegenüber 2010 (6,5 % bzw. 8,1 %) eine Zunahme dieses Anteils.

Vergleichsweise unabhängig vom Alter findet sich bei jeweils etwa einem Fünftel der Patienten ein LDL-Cholesterinwert unter 70 mg/dl bzw. bei einem Sechstel ein Wert über 135 mg/dl. Da zwischen 2008 und 2015 die LDL-C-Werte im DMP KHK nicht dokumentiert wurden, muss man hier für einen zeitlichen Vergleich etwas weiter in die Vergangenheit schauen: Gegenüber 2008 (< 70 mg/dl: 7,8 % in beiden Altersgruppen; > 135 mg/dl: 23,0 % bzw. 26,0 %) hat sich der Anteil von Patienten mit einem LDL-C unter 70 mg/dl fast verdreifacht, während sich derjenige mit einem LDL-C über 135 mg/dl um jeweils ungefähr ein Drittel verringert hat.

Fakten in Kürze I: Blutdruck und LDL-Cholesterin

Patienten:	< 76 Jahre	≥ 76 Jahre
Systolischer Blutdruck < 140 mmHg	67,7	64,4
Systolischer Blutdruck > 150 mmHg	8,5	9,9
LDL-Cholesterin < 70 mg/dl	21,1	19,5
LDL-Cholesterin > 135 mg/dl	14,1	15,0

Alle Angaben in %

Im DMP KHK lassen sich sehr hohe Raten für die Verordnungen der einzelnen Wirkstoffklassen beobachten. Dies gilt nicht nur für die drei Wirkstoffgruppen, die auch zu den Qualitätszielen des DMP zählen (TAH, Betablocker und Statine), sondern ebenso für die Gruppe der ACE-Hemmer und die sonstige KHK-spezifische Medikation. Letzteres ist eine Sammelkategorie, hinter der sich zum Beispiel die Verordnungen von Kalziumantagonisten oder Nitraten verbergen.

Neben dem Geschlecht und dem Alter sind dabei die Verordnungsquoten vor allem auch davon abhängig, welche Begleiterkrankungen zusätzlich zu einer KHK noch vorliegen. Zum Beispiel erhöht sich die Verordnungshäufigkeit von TAH bei KHK-Patienten mit einem Herzinfarkt oder Schlaganfall auf 91,9 % bzw. 87,1 %, diejenige von Betablockern auf 85,7 % bzw. 80,2 %, die von Statinen auf 86,4 % bzw. 80,9 % und die einer sonstigen KHK-spezifischen Medikation auf 73,2 % bzw. 77,7 %. Bei KHK-Patienten mit einer Herzinsuffizienz sind ebenfalls höhere Verordnungsquoten bei Betablockern (82,9 %), ACE-Hemmern / Sartanen (77,8 %), deren kombinierter Verordnung (66,5 %) sowie einer sonstigen Medikation (80,3 %) zu verzeichnen.

Auf Ebene der einzelnen Praxen bestehen ähnliche Spannweiten in der Verordnungshäufigkeit für die einzelnen Wirkstoffgruppen, mit einer stärkeren relativen Schwankung z.B. bei der Verordnung von Antikoagulanzen, Statinen und Diuretika.

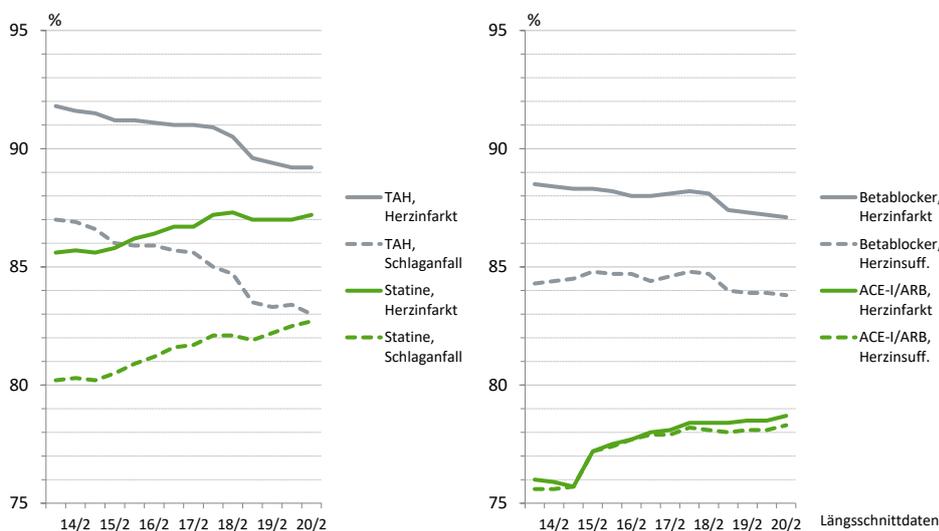
Fakten in Kürze II: Medikamentöse Behandlung der KHK

		Interquartil
Thrombozyten-Aggregationshemmer	82,9	80,0 – 95,8
Antikoagulanzen	11,1	2,9 – 17,4
Betablocker	78,3	73,4 – 87,2
ACE-Hemmer	69,1	61,2 – 80,2
Sartane	11,7	2,0 – 20,2
Diuretika*	30,6	13,6 – 50,0
Statine	76,3	71,4 – 91,4
Sonstige KHK-spezifische Medikation	70,9	62,8 – 84,1

Alle Angaben in %, *: nur für KHK-Patienten, die parallel im DMP Typ-2-Diabetes betreut werden; Interquartil: Verordnungshäufigkeiten in den mittleren 50 % aller Praxen, die mindestens 10 Patienten betreuen

Im Hinblick auf die Zeitverläufe existieren abermals unterschiedliche Trends, wobei diese hier für kontinuierlich betreute KHK-Patienten mit spezifischen Begleiterkrankungen im Längsschnitt betrachtet werden. Leicht zugenommen hat die Statinverordnung bei KHK-Patienten mit einem Herzinfarkt oder Schlaganfall, ebenso wie diejenige von ACE-Hemmern / Sartanen bei KHK-Patienten mit einem Herzinfarkt oder einer Herzinsuffizienz. Dagegen gehen die Verordnungen von TAH und Betablockern etwas zurück. In Bezug auf die rückläufige TAH-Verordnung ist allerdings darauf hinzuweisen, dass es parallel zu einem deutlichen Anstieg der Quoten für die Verordnung oraler Antikoagulanzen gekommen ist, seitdem diese im DMP KHK dokumentiert werden kann. So lag der Anteil der Verordnung von Antikoagulanzen 2015 / 2016 noch bei 4,5 % bzw. 6,7 % und hat sich seither verdoppelt.

Medikamentöse Therapie im Zeitverlauf



Etwa einem Sechstel (Diabetes: knapp einem Fünftel) der aktuell betreuten Patienten wurde im Verlauf ihrer jeweiligen DMP-Teilnahme eine Schulung empfohlen, jeweils etwa vier von zehn dieser Patienten davon haben eine solche innerhalb eines Jahres danach wahrgenommen.

Die genannten Quoten bilden allerdings die Ergebnisse des gesamten DMP-Verlaufszeitraums seit 2004 ab. Fokussiert man die Fragestellung lediglich auf jene Patienten, denen eine solche Schulung erst vor kurzem empfohlen wurde und bei denen eine Schulungswahrnehmung aktuell möglich ist,

sind deutlich höhere Quoten einer Wahrnehmung zu erkennen. Vier Fünftel der Patienten, denen im Vorjahr eine Hypertonie- bzw. eine Diabetes-Schulung empfohlen wurde, haben diese entweder im Vorjahr oder im Berichtsjahr wahrgenommen.

Fakten in Kürze III: Schulungen

	Hypertonie	Diabetes
Schulung empfohlen ¹	15,6	18,5
Empfohlene Schulung wahrgenommen ²	41,8	45,3
Schulung in jüngerer Zeit ³	78,7	78,9

Alle Angaben in %, (1) im gesamten DMP-Verlauf empfohlen, (2) innerhalb von 12 Monaten nach einer Empfehlung, (3) Schulung im Vorjahr empfohlen und in den vergangenen zwei Jahren wahrgenommen

Vergleich der Jahre 2019 und 2020: Effekte der Corona-Pandemie

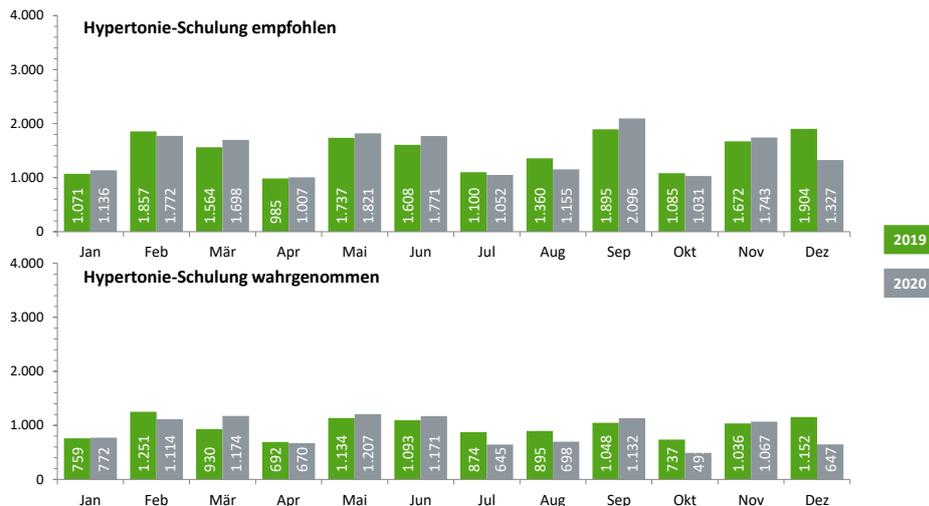
Im Jahr 2020 wurden 15.441 Patienten neu in das DMP Koronare Herzkrankheit eingeschrieben. Der Vergleich mit den Erstdokumentationen der 16.982 Patienten aus dem Vorjahr zeigt, dass beide Kohorten im Durchschnitt gleich alt sind (2020: $66,9 \pm 12,0$ vs. 2019: $67,0 \pm 11,9$ Jahre), ähnlich häufig unter kardiovaskulären Begleiterkrankungen, Diabetes mellitus oder COPD litten und in vergleichbarem Ausmaß eine stabile Angina pectoris-Symptomatik aufwiesen.

Obleich der Anteil an Patienten mit einem Blutdruck über 140/90 mmHg bei den 2020 Eingeschriebenen insgesamt nur marginal höher liegt (37,4 vs. 36,5 %), nimmt dennoch die Quote beim Qualitätsziel eines normotonen Blutdrucks bei Vorliegen einer arteriellen Hypertonie im Vergleich zum Vorjahr um – 1,9 Prozentpunkte ab. Eine weitere Abnahme zeigt sich bei der Wahrnehmung einer Hypertonie-Schulung (– 1,3 Prozentpunkte). Eine Zunahme um 1,3 Prozentpunkte lässt sich hingegen bei der Statin-Verordnung beobachten. Hinsichtlich der übrigen Qualitätsziele sind beim Vergleich des aktuellen mit dem Vorjahr jedoch lediglich marginale Unterschiede im Bereich von – 0,8 bis + 0,8 Prozentpunkten zu beobachten.

Vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie stellt sich die Frage, ob und in welchem Ausmaß die Schulungsquoten bei KHK-Patienten mit einer arteriellen Hypertonie beeinflusst wurden. Betrachtet man die absoluten Häufigkeiten der Schulungsempfehlungen und -wahrnehmungen monatsweise für die beiden Jahre 2019 und 2020, so lässt sich kein eindeutiger Trend hinsichtlich der Quoten feststellen.

Für die Schulungsempfehlungen lassen sich die stärksten Rückgänge in den Monaten August und Dezember, die stärksten Zunahmen hingegen im März, Juni und September beobachten. Die Quoten der Schulungswahrnehmungen liegen in den Monaten Juli, August, Oktober und Dezember deutlich niedriger, dafür im März und im September deutlich höher als im Vorjahr.

Hypertonie-Schulungen 2019 vs. 2020



Resümee: Was läuft im DMP Koronare Herzkrankheit gut, was kann noch besser werden?

- Im Jahr 2020 ist eine leichte Abnahme der Patientenzahlen im DMP KHK verzeichnen. Dennoch ergeben Schätzungen, dass weiterhin sieben von zehn aller mutmaßlich an einer KHK erkrankten gesetzlich Versicherten in der Region am DMP teilnehmen.
- Gemessen an den elf innerhalb des DMP festgelegten Indikatoren ist die Qualität der strukturiert versorgten Patienten insgesamt als gut einzustufen. So konnten über die Jahre insbesondere bei der Verordnung prognoserelevanter Medikamente zum Teil beträchtliche Steigerungen beobachtet werden. Die ermittelten Quoten für den Nichtraucheranteil und den Patientenanteil ohne Angina pectoris-Beschwerden sind ebenfalls hoch.
- Ein Potenzial für weitere Verbesserungen besteht sicherlich beim Anteil normotoner Patienten, der aktuell bei etwa zwei Dritteln liegt und im Vergleich zum Vorjahr um – 1,9 Prozentpunkte sank. Wünschenswert wäre ebenfalls, einen größeren Teil der Raucher zu einem Rauchverzicht zu bewegen; dies gelingt bei einem Drittel der KHK-Patienten.
- Eine große Herausforderung bleibt nach wie vor das hohe Alter der im DMP KHK betreuten Patienten und die hieraus resultierende Multimorbidität sowie das Problem der Polypharmazie. In diesem Zusammenhang ist die Zunahme der Statinverordnung bei KHK-Patienten mit einem Herzinfarkt oder Schlaganfall, ebenso wie diejenige von ACE-Hemmern / Sartanen bei Herzinsuffizienz, positiv hervorzuheben.
- Erfreulich ist auch, dass trotz des hohen Alters der größte Teil der KHK-Patienten eine in jüngerer Zeit empfohlene Hypertonie- oder Diabetes-Schulung auch wahrnehmen konnte.
- Der Vergleich mit dem Vorjahr zeigt keine nennenswerten Einschnitte in der Versorgungsqualität der KHK-Patienten während der Corona-Pandemie.

Kapitel 6: DMP Asthma bronchiale

■ Patienten:.....	106.312
davon Kinder und Jugendliche:	9.974 (9,4 %)
■ Veränderung zu 2019:.....	– 5.434
■ Patienten mit aktueller Folgedokumentation:.....	102.069
■ erreichte Patienten:	ca. 25 %
■ hausärztlich betreut (Erwachsene):	77,3 %
■ mittleres Alter (Erwachsene):	56,6 Jahre
■ mittlere DMP-Teilnahmedauer (Erwachsene):	7,7 Jahre
■ Anzahl aktiver ärztlicher Teilnehmer:	4.258
■ Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen:.....	29

Hintergrund und allgemeine Ziele des DMP

In der DMP – Anforderungen – Richtlinie zu dem DMP Asthma bronchiale sind die folgenden Ziele festgelegt:

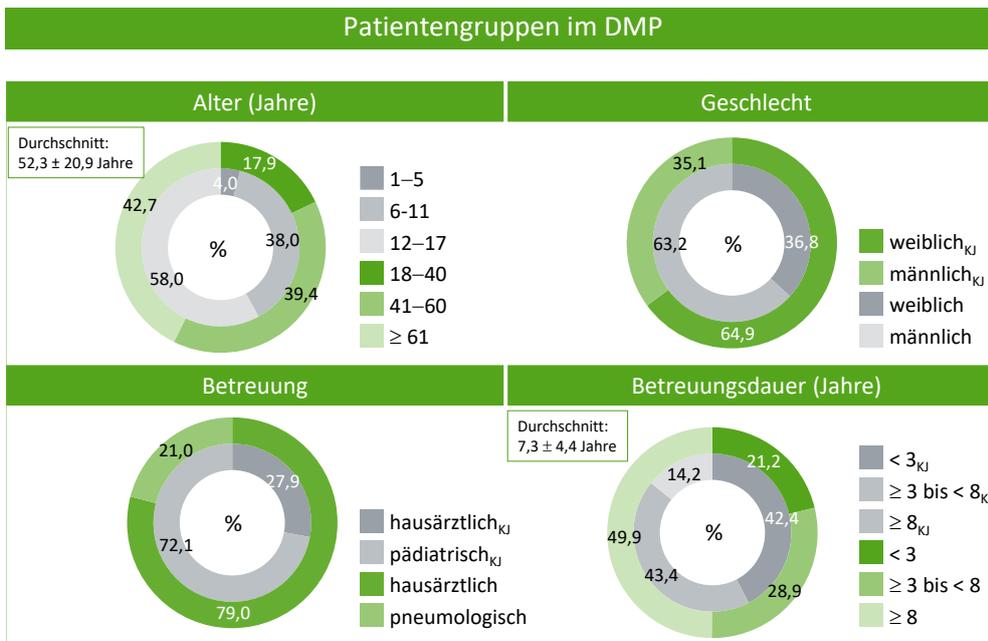
- Vermeidung/ Reduktion von:
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle / Exazerbationen),
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/ Jugendlichen,
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
 - einer Progredienz der Krankheit,
 - unerwünschten Wirkungen der Therapie,
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/ Jugendlichen

bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität;

- Reduktion der Asthma-bedingten Letalität
- Adäquate Behandlung der Komorbiditäten
- Das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen

Patienten im DMP

Im Jahr 2020 werden insgesamt 102.069 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation im DMP Asthma bronchiale betreut. 9.578 (9,4 %) dieser Patienten sind Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 17 Jahren sowie 396 (0,4 %) Kleinkinder zwischen 1 und 5 Jahren. Die Behandlung der erwachsenen Patienten erfolgte überwiegend in hausärztlichen Praxen, während Kinder und Jugendliche größtenteils in pädiatrischen Praxen betreut werden. Unter den Erwachsenen findet sich die größte Gruppe mit ca. 43 % der Patienten im Alter über 60 Jahren.

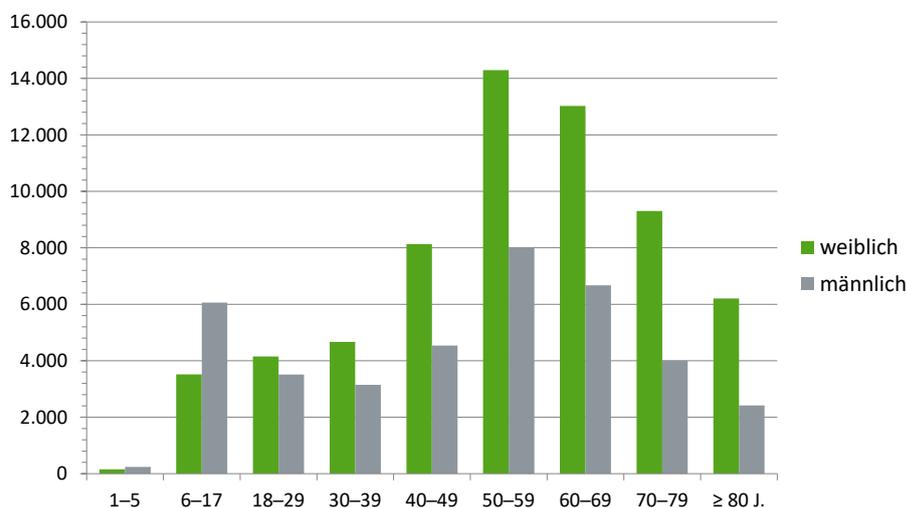


Während der Altersunterschied zwischen Mädchen und Jungen nur gering ist (12,0 vs. 11,9 Jahre), beträgt er zwischen Frauen und Männern im Mittel etwa drei Jahre (57,8 vs. 54,5 Jahre). Unter den jüngeren Patienten gibt es mehr männliche Patienten, während sich dieses Verhältnis im Erwachsenenalter umkehrt. Diese Altersverteilung entspricht derjenigen, die aus zahlreichen epidemiologischen Studien bekannt ist.

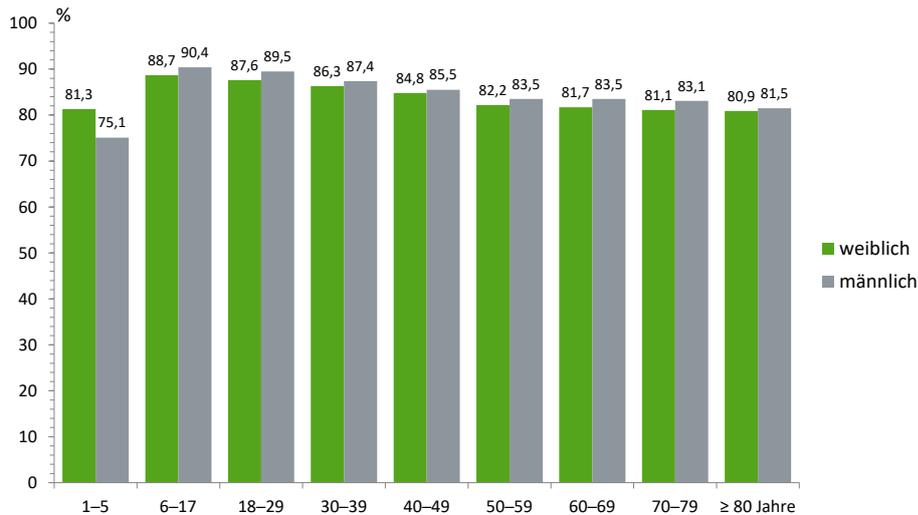
Die Hälfte der im DMP betreuten Erwachsenen sind bereits acht Jahre oder länger im Programm eingeschrieben. Die durchschnittliche Betreuungszeit aller Patienten im DMP beträgt 7,3 Jahre, wobei Frauen geringfügig länger am Programm teilnehmen als Männer (7,5 bzw. 7,1 Jahre).

Männer weisen insgesamt häufiger eine gute Symptomkontrolle auf. Kleinkinder sind bedingt durch einen anderen Auswertungsalgorithmus als die anderen Altersgruppen seltener gut kontrolliert. Dies liegt darin begründet, dass in dieser Altersgruppe die Symptome tagsüber weniger als 1x wöchentlich auftreten sollen sowie eine Bedarfsmedikation weniger als 1 x pro Woche eingesetzt werden darf, damit Kleinkinder als kontrolliert gelten. Für ältere Teilnehmer gilt hier eine Grenze von jeweils 2 x je Woche.

Altersverteilung der Patienten



Patienten mit einem kontrollierten Asthma



Versorgungsqualität

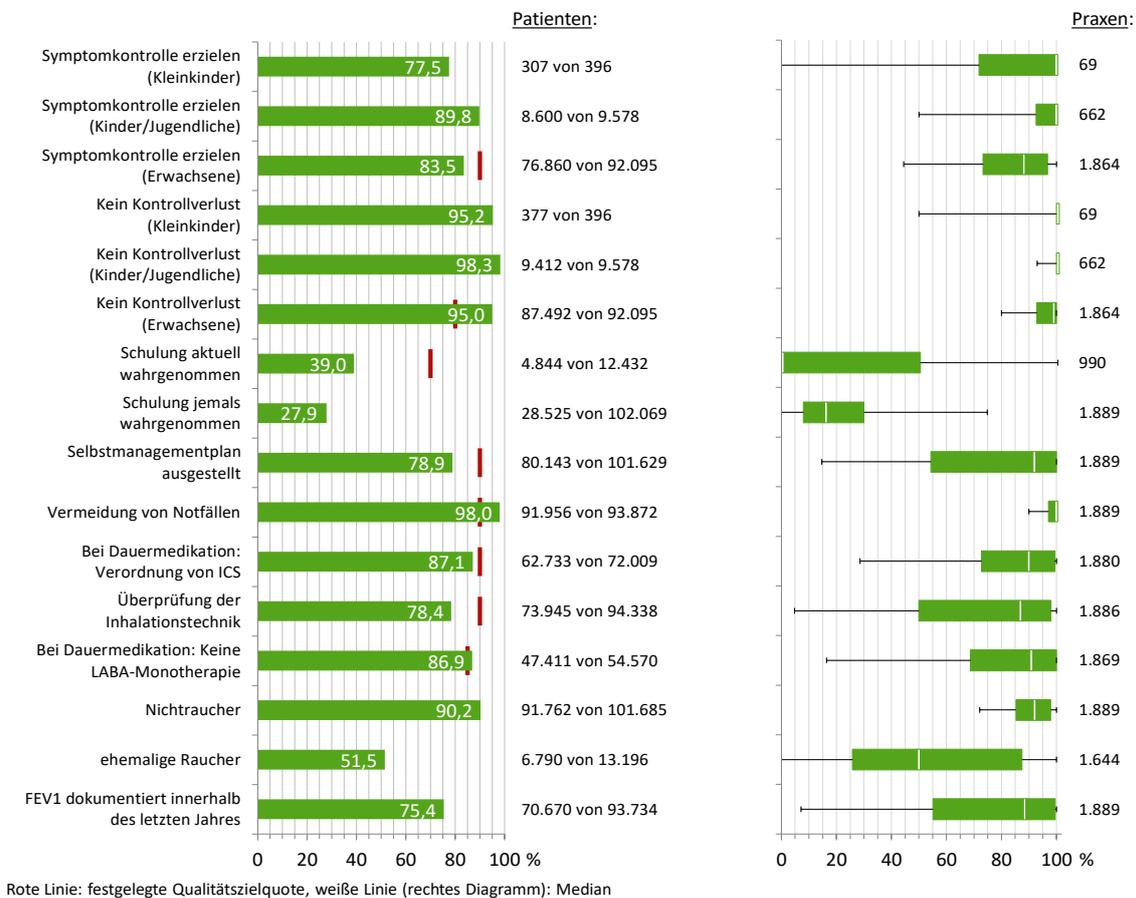
Hinsichtlich der patientenbezogenen Qualitätssicherung werden für das DMP Asthma bronchiale folgende Ziele formuliert:

- Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kontrolliertem Asthma bronchiale
- Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit unkontrolliertem Asthma bronchiale
- Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Asthma bronchiale bzw. deren Betreuungspersonen
- Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Asthma bronchiale mit schriftlichem Selbstmanagementplan
- Niedriger Anteil ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlungen
- Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Hoher Anteil mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation
- Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird
- Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Niedriger Anteil einer Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimeika
- Niedriger Anteil rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmern
- Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen ab dem vollendeten 5. Lebensjahr: Hoher Anteil mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV₁-Werten

Von den insgesamt acht Qualitätszielen mit einer vorgegebenen Quote werden diejenigen zum Vermeiden von Notfallbehandlungen, zur Vermeidung von unkontrolliertem Asthma bronchiale sowie zur Vermeidung einer LABA-Monotherapie erreicht. Besonders deutlich unterschritten wird die anzustrebende Quote in Bezug auf die Wahrnehmung einer Schulung. Die Qualitätsziele zur Symptomkontrolle sowie zur Verordnung von ICS als Dauermedikation werden vergleichsweise geringfügig unterschritten. Der FEV₁-Wert wurde innerhalb des letzten Jahres bei drei Viertel der Patienten dokumentiert. Bei getrennter Betrachtung der unterschiedlichen Altersgruppen zeigt sich zudem, dass in der

Gruppe der Kinder und Jugendlichen auch die Zielquote hinsichtlich einer dauerhaften ICS-Verordnung (91,9 %) sowie zur Ausstellung eines Selbstmanagementplans (90,4 %) erfüllt wird.

Erreichen der Qualitätsziele



Gegenüber dem Vorjahr weist die Zielerreichung bei den meisten Zielen eine steigende Tendenz auf. Deutliche Zuwächse zeigen sich vor Allem bei dem Ziel zur Symptomkontrolle der Kleinkinder (+8,6 %). Dies liegt allerdings vermutlich zum Teil auch an der – verglichen zum Vorjahr – deutlich höheren Anzahl eingeschriebener Kleinkinder im Jahr 2020. Aber auch die anderen Ziele zur Asthmakontrolle weisen eine steigende Tendenz auf. Des Weiteren sind die Anteile der Patienten mit einem Tabakverzicht innerhalb des DMP („ehemalige Raucher“; +3,8 %) oder einem dokumentierten FEV₁-Wert deutlich gestiegen (+4,9 %). Rückläufig sind hingegen die Ziele zur Überprüfung der Inhalationstechnik (-3,5 %) und die Wahrnehmung von Schulungen (aktuell -3,7 %, jemals - 2,7 %).

Asthmakontrolle und Medikation

Eine Einordnung der DMP-Teilnehmer in „kontrollierte“, „teilweise kontrollierte“ und „unkontrollierte“ Patienten dient als Grundlage zur Therapie(-anpassung) und beruht auf klinisch leicht zu erfassende Parameter. Dazu zählen die Symptomatik tagsüber bzw. nachts, die Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation sowie die asthmabedingten Aktivitätseinschränkungen im Alltag der Patienten. Für Kleinkinder sind die Kriterien zur Asthmakontrolle noch etwas strenger gefasst als für die übrigen Erkrankten.

Fakten in Kürze I: Häufigkeit der Indikatoren zum Bestimmen der Asthma-Kontrolle

	%					
	insgesamt	keine	< 1x	1x	2x	> 2x/W
Symptomhäufigkeit		63,3	14,8	7,8	6,6	7,5
Verordnungshäufigkeit Bedarfsmedikation		63,7	15,8	7,3	5,9	7,3
Nächtliche Symptome	6,3					
Einschränkung im Alltag	11,0					

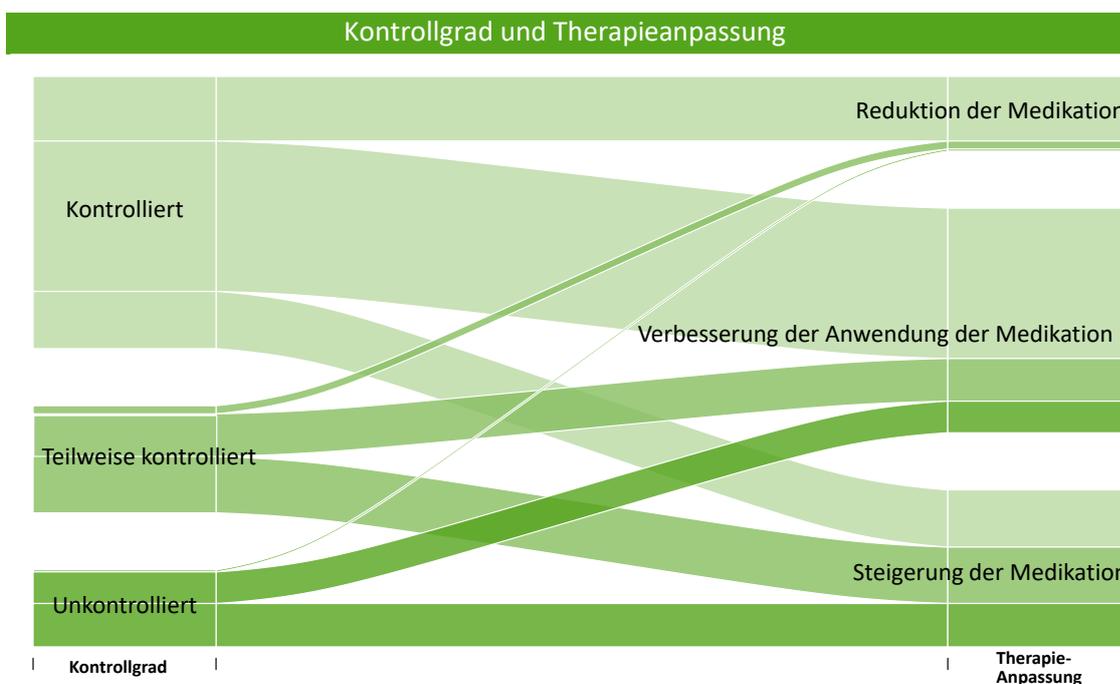
Asthma-Symptomatik, Einsatz einer Bedarfsmedikation und Einschränkung der Alltagsaktivitäten innerhalb der letzten vier Wochen, > 2x/W: häufiger als zweimal wöchentlich

Es zeigt sich aus der vorherigen Tabelle, dass hinsichtlich der Asthmakontrolle nahezu zwei von drei Patienten innerhalb der letzten vier Wochen keine Asthma-Symptome tagsüber aufwiesen und auch keine Bedarfsmedikation benötigten. Zudem wies nur etwa jeder sechzehnte Patient nächtliche Asthma-Symptome auf. Asthmabedingte Einschränkungen im Alltag beliefen sich mit insgesamt 11 % der Patienten auch auf einem niedrigen Niveau.

Bestimmung der Asthmakontrolle				
	Indikator	Unkontrolliert < 2 Kriterien	Teilweise kontrolliert 2–3 Kriterien	Kontrolliert alle Kriterien
Zeitraum: Letzte vier Wochen vor dem Arztbesuch	Symptome tagsüber	≤ 2 mal pro Woche (≥ 1 bis < 6 Jahre: ≤ 1 mal pro Woche)		
	Nächtliche Symptome	Keine vorhanden		
	Einschränkung der Alltagsaktivität	Keine vorhanden		
	Einsatz der Bedarfsmedikation	≤ 2 mal pro Woche (≥ 1 bis < 6 Jahre: ≤ 1 mal pro Woche)		
Patientenanzahl (Anteil in %)		4.788 (4,7 %)	11.514 (11,3 %)	85.767 (84,0 %)

Mehr als vier von fünf Patienten weisen ein kontrolliertes Asthma auf. Somit lässt sich festhalten, dass ein Großteil der DMP-Teilnehmer derzeit gut mit der Erkrankung zurechtkommt.

Für etwa neun von zehn Patienten erfolgte keine Anpassung der bestehenden Therapie. Wurde jedoch die Therapie angepasst, so zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Kontrollgrad der betreuten Patienten und der Therapieanpassung. In der unkontrollierten sowie der teilweise kontrollierten Patientengruppe wurde zu einem hohen Anteil eine Intensivierung der Medikation verordnet (61 %). In der kontrollierten Patientengruppe wurde sich hingegen zu einem Großteil auf die Verbesserung der Anwendung der Medikation konzentriert sowie zu 27 % auch eine Reduktion der verordneten Medikation angestrebt.



Für 91 % der Patienten erfolgte keine Anpassung der bestehenden Therapie. Wurde jedoch die Therapie angepasst, so zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Kontrollgrad der betreuten Patienten und der Therapieanpassung. In der unkontrollierten sowie der teilweise kontrollierten Patientengruppe wurde zu einem hohen Anteil eine Intensivierung der Medikation verordnet (50 % bzw. 46 %). In der kontrollierten Patientengruppe wurde sich hingegen zu einem Großteil auf die Verbesserung der Anwendung der Medikation konzentriert (55 %) sowie zu 21 % auch eine Reduktion der verordneten Medikation angestrebt.

Fakten in Kürze II: Asthma-spezifische Medikation

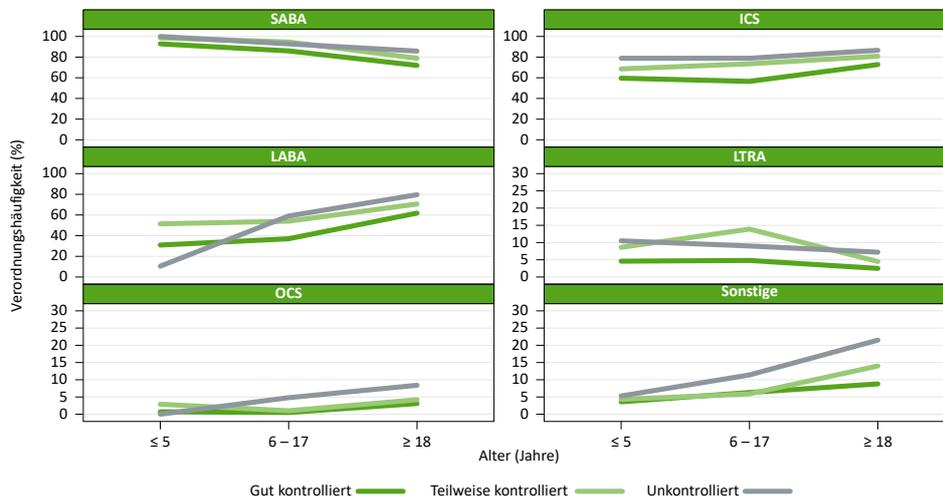
		Interquartil
Kurzwirksame Beta-II-Sympathomimetika (SABA) bei Bedarf	70,4	45,5 – 88,8
Kurzwirksame Beta-II-Sympathomimetika dauerhaft	5,9	0,0 – 9,1
Inhalative Glukokortikosteroide (ICS) bei Bedarf	12,6	3,3 – 19,4
Inhalative Glukokortikosteroide dauerhaft	61,7	40,0 – 77,8
Langwirksame Beta-II-Sympathomimetika (LABA) bei Bedarf	8,7	1,7 – 13,6
Langwirksame Beta-II-Sympathomimetika dauerhaft	53,8	37,5 – 68,4
Orale Glukokortikosteroide (OCS) bei Bedarf	10,5	0,0 – 12,6
Orale Glukokortikosteroide dauerhaft	3,2	0,0 – 4,9
Leukotrienrezeptorantagonisten (LTRA)	3,2	0,0 – 4,0
Sonstige asthmaspezifische Medikation	9,7	0,0 – 13,2

Alle Angaben in %, Interquartil: Verordnungshäufigkeiten in den mittleren 50 % aller Praxen, die mindestens 10 Patienten betreuen

Bei der asthmaspezifischen Medikation wird die klassische Therapie aus SABA bei Bedarf sowie ICS und LABA als Dauermedikation am häufigsten verordnet. Mit einem Rückgang der Asthmakontrolle wird häufiger eine asthmaspezifische Medikation verordnet.

Auffällig ist, dass Kleinkindern bzw. Kindern und Jugendlichen häufiger schnell-wirksame Beta-II-Sympathomimetika (SABA) verordnet werden. Ältere Patienten bekommen hingegen häufiger lang-wirksame Beta-II-Sympathomimetika (LABA) oder die in der fortgeschrittenen Asthmatherapie üblichen langwirksamen oralen Glukokortikoide (OCS) oder sonstige asthmaspezifische Wirkstoffe verschrieben.

Medikation in Abhängigkeit vom Alter und der Asthmakontrolle



Schulungen

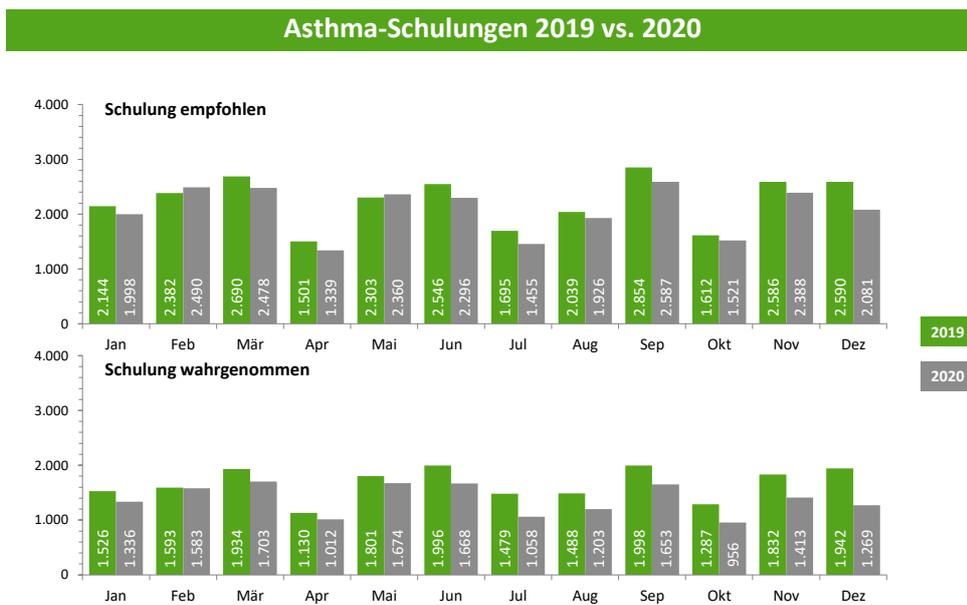
Die Schulung von Asthma-Patienten ist ein wichtiges Ziel, um den Patienten die nötigen Fähigkeiten zu vermitteln, besser mit ihrer Erkrankung umzugehen und asthmabedingte Risiken möglichst zu vermeiden. Insgesamt wurde etwas weniger als die Hälfte der Patienten eine Asthma-Schulung im jeweiligen DMP-Verlauf empfohlen. 28 % der Patienten kamen innerhalb von 18 Monaten einer Schulungsempfehlung nach. Eine Schulung kann allerdings bereits vor DMP-Einschreibung, zum Beispiel im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme, stattgefunden haben. Beschränkt man die Auswertung auf die Patienten, für die die Information, ob sie vor der DMP-Einschreibung bereits geschult waren (erhoben seit dem 2. Quartal 2019) vorliegt, so wurden vor der Einschreibung ins DMP 8 % und innerhalb des DMP 7 % geschult. Betrachtet man nur Patienten, denen eine Schulung im Vorjahr empfohlen wurde, dann ist bei knapp vier von fünf dieser Patienten in den letzten beiden Jahren das Wahrnehmen einer Schulung dokumentiert.

Fakten in Kürze III: Schulungen

Schulung empfohlen ¹	42,4
Empfohlene Schulung wahrgenommen ²	27,9
Schulung vor dem DMP ³	8,2
Schulung im DMP ⁴	7,3
Schulung in jüngerer Zeit ⁵	78,5

Alle Angaben in %, (1) im gesamten DMP-Verlauf empfohlen, (2) innerhalb von 18 Monaten nach einer Empfehlung, (3) bei Patienten, die seit 2019 eingeschrieben wurden, (4) bei Patienten, die seit 2019 eingeschrieben wurden und bei Einschreibung ungeschult waren, (5) Schulung im Vorjahr empfohlen und in den vergangenen zwei Jahren wahrgenommen

Ein eventueller pandemiebedingter Effekt auf die Teilnahme an Patientenschulungen lässt sich in einer monatsbezogenen Auswertung für das Jahr 2020 erkennen.



Die Schulungsempfehlung und -wahrnehmung erfolgte im Jahr 2019 gegenüber dem Jahr 2020 in den meisten Monaten des Jahres deutlich häufiger. Dies gilt allerdings auch bereits für die Monate Januar und März. Zu diesem Zeitpunkt des Jahres 2020 hatte die Pandemie Deutschland noch nicht erreicht. Insofern ist auch ein pandemieunabhängiger Rückgang der Schulungsaktivität nicht auszuschließen.

Resümee: Was läuft im DMP Asthma bronchiale gut, was kann noch besser werden?

- Im Jahr 2020 wurden trotz der Corona-Pandemie deutlich mehr (+200) Kleinkinder als im Vorjahr im Programm betreut. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass im Vorjahr erst ab dem zweiten Quartal eine Einschreibung möglich war und an dieser Stelle nur Fälle mit einer Folgedokumentation betrachtet werden. Eine konstant hohe Zahl von Teilnehmern aus dieser vulnerablen Gruppe sollten nach Möglichkeit im Programm gehalten werden.
- Vermutlich pandemiebedingt ist verglichen zum Vorjahr leider ein deutlicher Rückgang an Neueinschreibungen zu verzeichnen. Auch insgesamt nimmt die Anzahl der Patienten erstmals seit dem Jahr 2017 wieder ab.
- Die Überarbeitung der DMP-Dokumentation im Vorjahr ermöglichte eine Einteilung der teilnehmenden Patienten anhand der individuellen Asthmakontrolle. Hierbei ist festzustellen, dass sich die Therapie am Kontrollgrad der Patienten orientiert. Zudem wird bei Betrachtung der im Vorjahr neu integrierten Qualitätsziele deutlich, dass diese ohne eine Ausnahme im aktuellen Berichtsjahr häufiger von den teilnehmenden Praxen erreicht wurden.
- Die geforderte Zielquote von 70 % aktuell geschulter Patienten (nach Empfehlung) wird seit Jahren deutlich verfehlt und weist einen rückläufigen Erreichungsgrad auf (2018 -> 43,1 %, 2019 -> 42,7 %, 2020 -> 39,0 %). Die Corona-Pandemie und das damit verbundene geringe Schulungsangebot ist hierfür also nicht alleine ursächlich, trägt aber vermutlich auch einen Teil zu den geringen Schulungsraten bei.

Kapitel 7: DMP Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD)

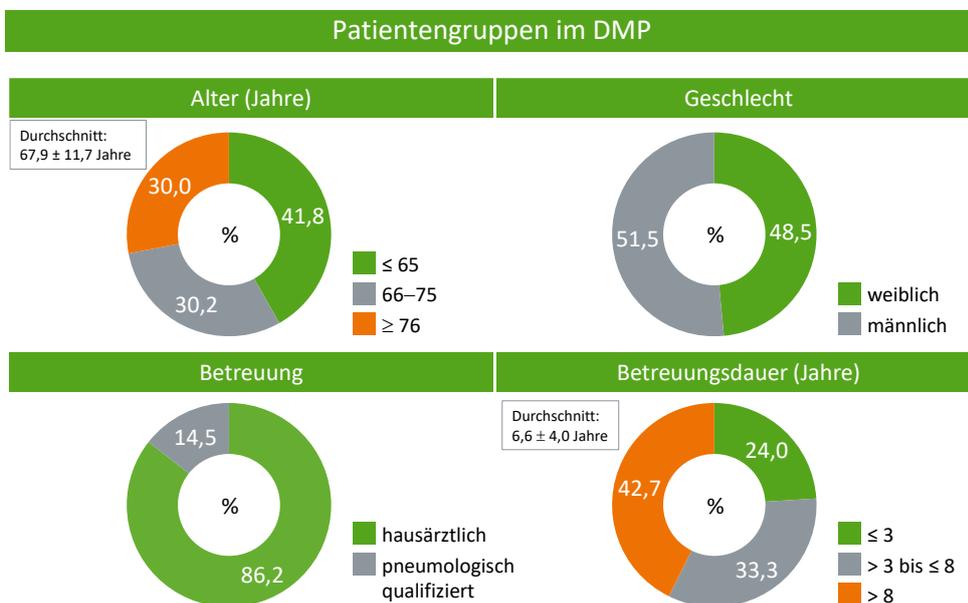
■ Patienten:	81.676
■ Veränderung zu 2019:	- 5.612
■ Patienten mit aktueller Folgedokumentation:	78.966
■ erreichte Patienten:	ca. 30 %
■ hausärztlich betreut:	86,2 %
■ mittleres Alter:	67,9 Jahre
■ mittlere DMP-Teilnahmedauer:	7,0 Jahre
■ Anzahl aktiver ärztlicher Teilnehmer:	3.932
■ Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen:	29

Hintergrund und allgemeine Ziele des DMP

Seit dem Jahr 2006 läuft in der Region Westfalen-Lippe der Vertrag zum DMP COPD. Die letzte umfangreiche Überarbeitung der Dokumentation sowie der Qualitätsziele erfolgte im Jahr 2018. Wie in den übrigen Programmen gibt es auch im DMP übergeordnete Ziele. Diese beziehen sich auf die Vermeidung der akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen einer COPD wie etwa von Symptomen, Exazerbationen oder Begleit- und Folgeerkrankungen. Körperliche und soziale Alltagsaktivitäten sollen zu bewältigen bleiben und unter Beibehaltung der bestmöglichen Lungenfunktion soll ein Fortschreiten der Erkrankung verhindert werden. Weitere allgemeine Ziele liegen in der Reduktion der COPD-bedingten Letalität und einer adäquaten Behandlung von Komorbiditäten.

Patienten im DMP

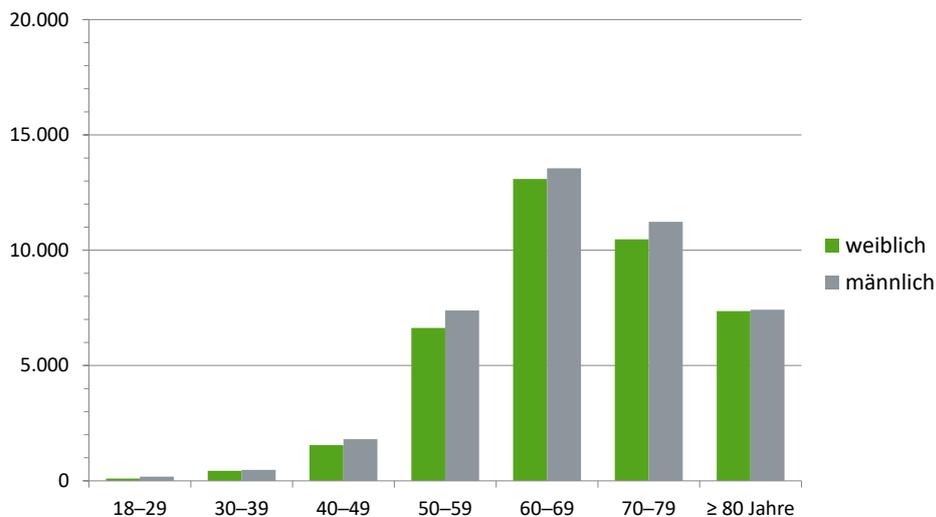
Im Jahr 2020 werden insgesamt 78.966 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation im DMP COPD betreut. Dies geschieht zu knapp 86 % in hausärztlichen Praxen. Das durchschnittliche Alter der DMP-Patienten liegt bei fast 68 Jahren und unterscheidet sich nur geringfügig zwischen Frauen und Männern.



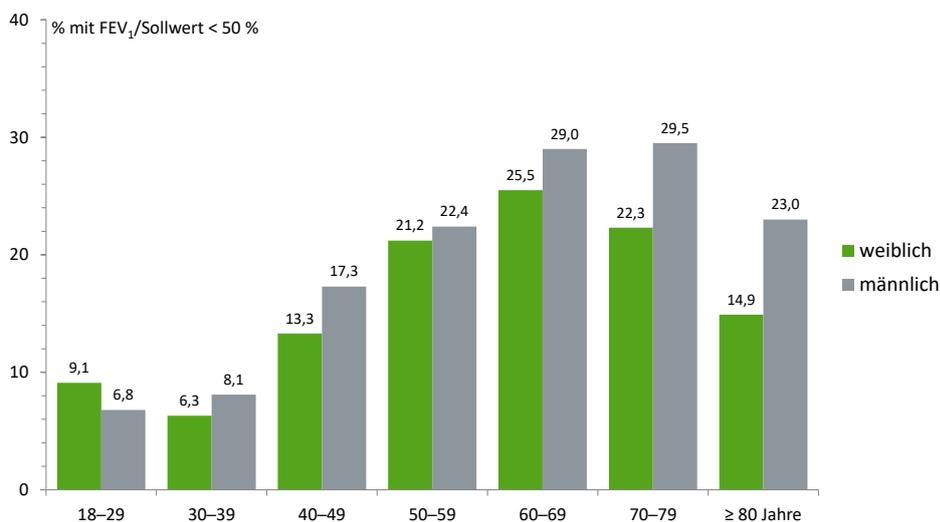
Drei von zehn Patienten sind 76 Jahre alt oder älter. Der Anteil von Frauen in diesem DMP liegt geringfügig unter demjenigen der Männer. Die durchschnittliche Betreuungszeit im DMP COPD beträgt inzwischen etwa sechseinhalb Jahre. Mehr als vier von zehn Patienten werden sogar schon über acht Jahre im DMP betreut.

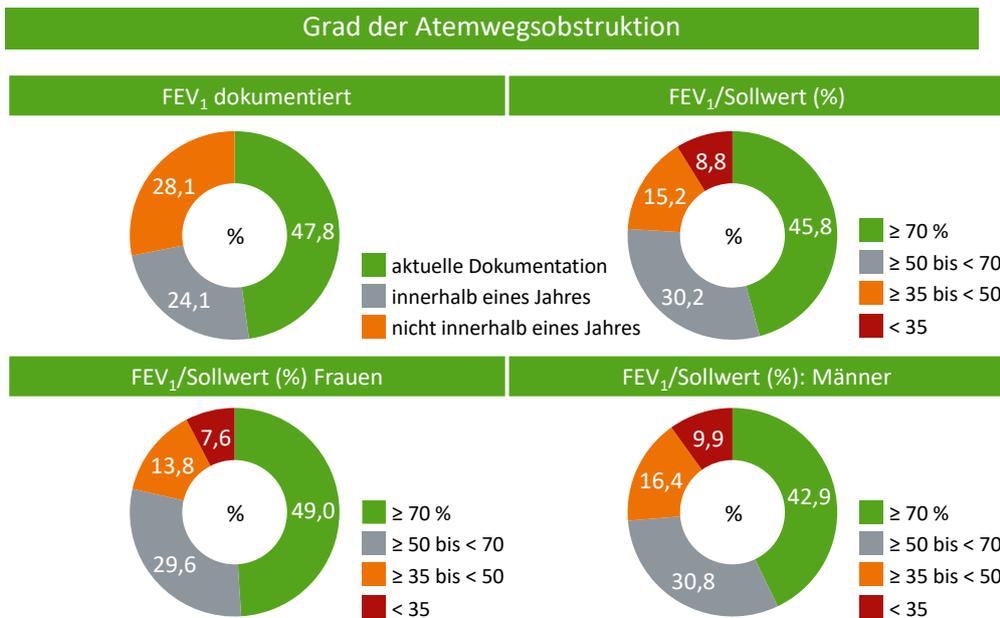
Bei knapp 48 % der Patienten ist in der letzten Dokumentation des Jahres 2020 ein FEV₁-Wert dokumentiert, bei weiteren 24 % liegt ein Messwert aus den vorhergehenden zwölf Monaten vor. Etwa drei Viertel der teilnehmenden Patienten können dementsprechend nach dem Grad der Obstruktion gemäß der ICD 10-Kodierung eingruppiert werden. Bei den Männern ist der Anteil mit geringer Sollwerterreichung – insbesondere in den höheren Altersgruppen – deutlich höher als unter den Frauen.

Altersverteilung der Patienten



Anteil Patienten mit einer FEV₁-Sollwerterreichung < 50 %





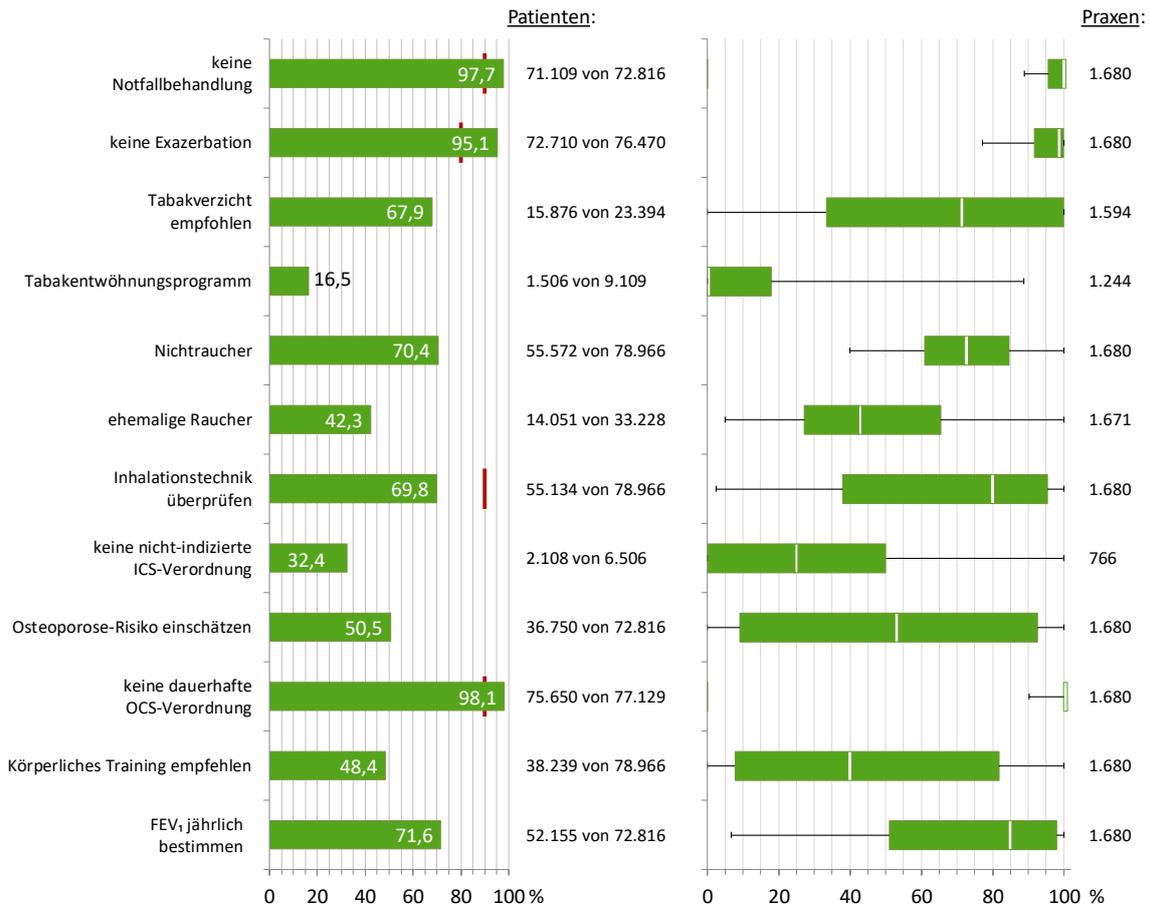
Versorgungsqualität

In dem DMP COPD sollen möglichst große Anteile der Patienten

- keiner notfallmäßigen stationären Behandlung aufgrund der COPD bedürfen;
- keine Exazerbation erleiden;
- wenn sie rauchen, einen Tabakverzicht empfohlen bekommen;
- nach einer entsprechenden Empfehlung an einem Tabakentwöhnungsprogramm teilnehmen;
- nicht rauchen;
- wenn sie bei der Einschreibung rauchten, aktuell nicht mehr rauchen;
- hinsichtlich ihrer Inhalationstechnik in der aktuellen Dokumentation überprüft werden;
- wenn sie inhalative Glukokortikosteroide erhalten und nicht zusätzlich an Asthma erkrankt sind, eine FEV₁ unter 50 % des Sollwertes aufweisen;
- eine Einschätzung des Osteoporose-Risikos einmal jährlich erhalten;
- keine Verordnung systemischer Glukokortikosteroide mehrfach hintereinander aufweisen;
- die Empfehlung zu einem wöchentlichen körperlichen Training bekommen haben;
- eine mindestens einmal jährlich erfolgte Bestimmung der FEV₁ aufweisen.

Von diesen zwölf patienten- bzw. behandlungsbezogenen Qualitätszielen weisen nur vier eine quantitative Vorgabe auf. Von diesen vier werden im Jahr 2020 die Ziele zur Notfallbehandlung, zur Exazerbation und zur OCS-Verordnung in hohem Maße überschritten. Das Ziel zur Überprüfung der Inhalationstechnik wird hingegen deutlich verfehlt. Eine sehr geringe Quote ist auch bei dem Ziel zum Rauchentwöhnungsprogramm festzustellen. Darüber hinaus sind die großen Spannweiten bei den Zielen ohne Zielvorgabe sowie das Ziel zur Inhalationstechnik, also die Unterschiede zwischen den Praxen, sehr auffällig.

Erreichen der Qualitätsziele



Rote Linie: festgelegte Qualitätszielquote, weiße Linie (rechtes Diagramm): Median

Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich hinsichtlich der Qualitätszielerreichung für viele Ziele eine leicht höhere Quote. Am deutlichsten ist der Anstieg der Quote zur Vermeidung von Exazerbation mit zwei Prozentpunkten, welcher auch durch die Corona-Pandemie begünstigt sein könnte. Lediglich die beiden Quoten für die Vermeidung einer nicht-indizierten ICS-Verordnung und die Bestimmung der FEV₁-Werte sind tendenziell stärker rückläufig.

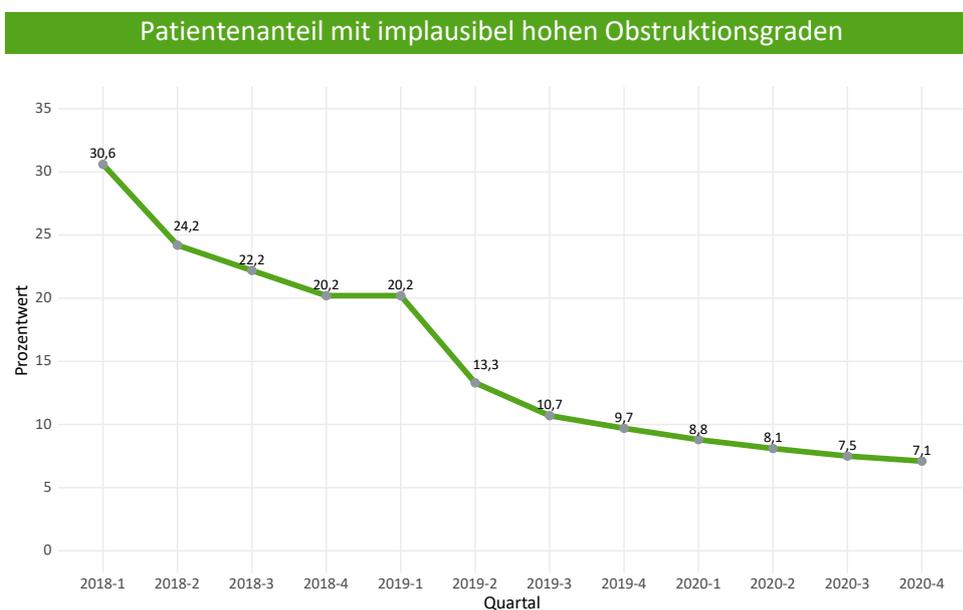
Fakten in Kürze I: Veränderungen in der Qualitätszielerreichung verglichen zum Vorjahr

Qualitätsziel	Veränderung zu 2019 in %
keine Notfallbehandlung	+ 0,6
keine Exazerbation	+ 2,0
Tabakverzicht empfohlen	+ 0,5
Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogramm	+ 1,4
Nichtraucher	+ 0,3
ehemalige Raucher (Rauchstopp im DMP)	+ 1,5
Inhalationstechnik überprüft	+ 0,4
Keine nicht-indizierte ICS-Verordnung	- 1,6
Osteoporose-Risiko einschätzen	± 0,0
keine dauerhafte OCS-Verordnung	+ 0,1
körperliches Training empfehlen	+ 0,3
FEV ₁ jährlich bestimmen	- 0,7

Obstruktionsgrad auf Basis der FEV₁-Sollwerterreichung

Die umfangreiche Überarbeitung des DMP COPD im Jahr 2018 brachte einige Neuerungen mit sich. Dazu zählte auch die Dokumentation der Atemwegsobstruktion. So soll nicht mehr die FEV₁-Literangabe übermittelt werden, sondern die prozentuale Erreichung des FEV₁-Sollwertes. Infolgedessen kam es mutmaßlich teilweise zu einer fehlerhaften Übermittlung der FEV₁-Sollwerte, weil weiterhin in einer Reihe von Fällen offenbar weiterhin Literangaben dokumentiert werden.

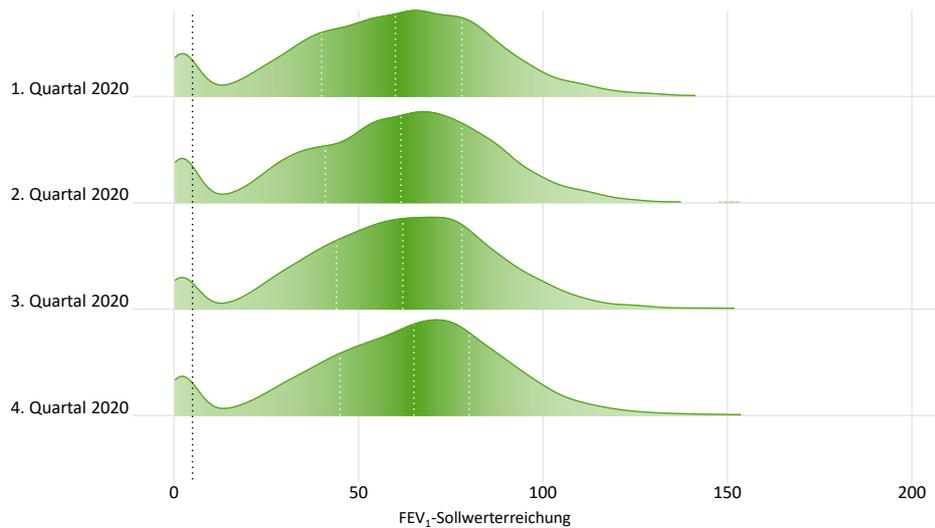
Legt man die in den Vorjahren übermittelte Verteilung der FEV₁-Literangaben zu Grunde, ist davon auszugehen, dass FEV₁-Sollwerte unter einem Wert von 5 vermutlich den Versuch darstellen, weiterhin Literangaben zu dokumentieren. Die Übermittlung solcher, als Prozent vom Sollwert implausibler Werte unter einem Wert von 5 ist jedoch deutlich zurückgegangen. Sie ist von 30,6 % im ersten Quartals 2018 auf 7,1 % im vierten Quartal 2020 konstant gesunken. Hier ist also ein deutlich positiver Trend zugunsten einer validen Sollwert-Dokumentation zu erkennen.



implausibel = FEV₁-Wert < 5 Prozent des Sollwerts

Blickt man auf die Verteilung FEV₁-Sollwerterreichung (die Quartile entsprechen den weißen vertikale Linien), so verschieben sich die Werte ebenfalls leicht in Richtung einer höheren FEV₁-Sollwerterreichung.

Dokumentierte FEV₁-Sollwerterreichung nach Quartalen



Setzt man den Obstruktionsgrad zum Auftreten stationärer Notfallereignisse bzw. Exazerbationen ins Verhältnis, so wird ein deutlicher Trend augenscheinlich. Es zeigt sich, dass je höher die FEV₁-Sollwert-Erreichung ausfällt, desto seltener stationäre Notfälle oder Exazerbationen dokumentiert werden. »Zudem weist die Subgruppe ohne valide Übermittlung eines FEV₁-Sollwertes vermutlich eher einen eher niedrigen Obstruktionsgrad auf, da innerhalb dieser Gruppe vergleichsweise selten stationär behandelte Notfallereignisse oder Exazerbationen dokumentiert sind.

Fakten in Kürze II: Atemwegsobstruktion und stationäre Notfälle oder Exazerbationen 2020

	FEV ₁ /Sollwert (%)				FEV ₁ /Sollwert dokument.	
	≥ 70	≥ 50 – < 70	≥ 35 – < 50	< 35	ja	nein
Stationärer Notfall	0,9	1,5	3,4	6,0	2,0	1,7
Exazerbation	4,5	7,0	10,7	15,0	7,3	5,9

Alle Angaben in % der jeweiligen Patientengruppe

Medikation und Schulungen

Eine Betrachtung der Verordnungshäufigkeiten zeigt die höchsten Quoten für die Verordnung von SABA/ SAAC bei Bedarf und LABA oder LAAC als Dauermedikation. Eine Verordnung der genannten Wirkstoffe ist bei jeweils ungefähr der Hälfte der Patienten festzustellen, mit allerdings einer sehr hohen Spannweite der Quoten zwischen den Praxen. ICS werden dagegen lediglich etwas weniger als einem Sechstel der Patienten verordnet, alle anderen Wirkstoffe werden bis zu maximal einem Zehntel der Patienten verordnet.

Fakten in Kürze III: COPD-spezifische Medikation

		Interquartil
SABA/SAAC bei Bedarf	59,7	38,1 – 80,4
LABA bei Bedarf	7,3	0,0 – 10,4
LAAC bei Bedarf	5,5	0,0 – 6,7
SABA/SAAC dauerhaft	10,1	1,0 – 14,7
LABA dauerhaft	57,4	44,7 – 76,5
LAAC dauerhaft	43,5	23,1 – 63,6
ICS	16,2	0,0 – 20,0
OCS	2,8	0,0 – 3,4
Theophyllin oder sonstige Med.	6,1	0,0 – 6,7

Alle Angaben in %, Interquartil: Verordnungshäufigkeiten in den mittleren 50 % aller Praxen, die mindestens 10 Patienten betreuen, SABA: kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika, SAAC: kurzwirksame Anticholinergika, LABA: langwirksame Beta-2-Sympathomimetika, LAAC: langwirksame Anticholinergika

Die Schulung von COPD-Patienten gilt als wichtiges Element innerhalb des DMP. Sie hat das Ziel, den Patienten die notwendigen Fähigkeiten zu vermitteln, mit ihren gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestmöglich zurecht zu kommen und Risiken zu vermeiden, die eine weitere Eskalation der Erkrankung bewirken könnten. Pandemiebedingt war es im Jahr 2020 vermutlich schwieriger, Patientenschulungen als Gruppenschulung durchzuführen.

Fakten in Kürze IV: Schulungen

Schulung empfohlen ¹	36,8
Empfohlene Schulung wahrgenommen ²	40,6
Schulung vor dem DMP ³	13,2
Schulung im DMP ⁴	7,0
Schulung in jüngerer Zeit ⁵	71,9

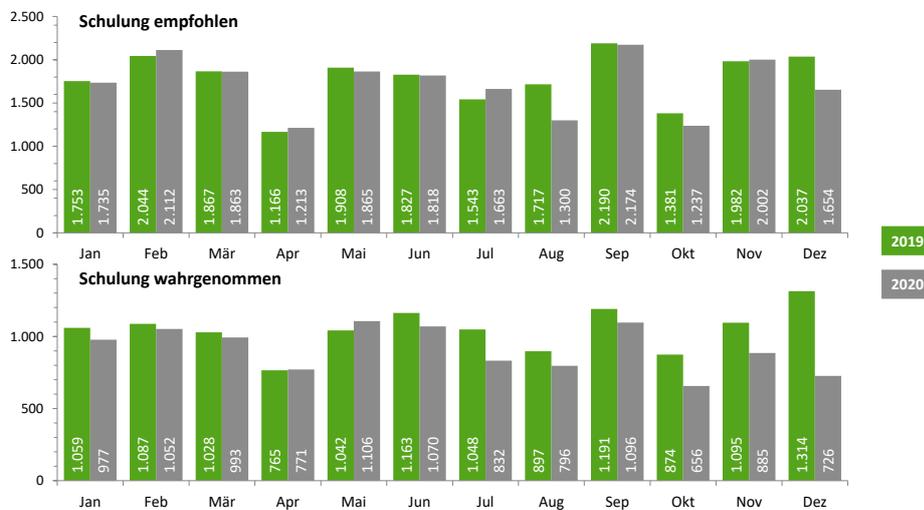
Alle Angaben in %, (1) im gesamten DMP-Verlauf empfohlen, (2) im gesamten DMP-Verlauf nach einer Empfehlung wahrgenommen, (3) bei Patienten, die seit 2018 eingeschrieben wurden, (4) bei Patienten, die seit 2018 eingeschrieben wurden und bei Einschreibung ungeschult waren, (5) Schulung im Vorjahr empfohlen und in den vergangenen zwei Jahren wahrgenommen

Insgesamt wurde 37 % der Patienten eine COPD-Schulung im jeweiligen gesamten DMP-Verlauf empfohlen. In der Gruppe der Teilnehmer mit einer Schulungsempfehlung ist bei 41 % eine sich anschließende Schulungswahrnehmung dokumentiert. Berücksichtigt man nur die Patienten mit einer Einschreibung seit 2018, die nicht vor Einschreibung bereits geschult waren (diese Information liegt erst seit diesem Zeitpunkt vor), so sind lediglich 7 % der Patienten im DMP geschult. Werden dagegen nur COPD-Patienten betrachtet, denen eine Schulung erst in jüngerer Zeit empfohlen wurde, ist eine deutlich höhere Wahrnehmungsquote festzustellen. So nahmen von den Patienten mit einer Schulungsempfehlung im Vorjahr fast drei Viertel in den letzten beiden Jahren diese auch wahr.

Die Anzahl empfohlener Patientenschulungen je Monat liegt im Jahr 2020 in den meisten Monaten auf ähnlichem Niveau wie im Vorjahr 2019. Lediglich in den Monaten August, Oktober und Dezember sind deutlich niedrigere Empfehlungsraten als im Vorjahr zu beobachten. Hinsichtlich der Schulungswahrnehmung sind hingegen die Unterschiede im Vorjahresvergleich auffälliger. Hier sind in der zweiten Jahreshälfte 2020 teilweise deutlich niedrigere Werte absolvierter Schulungen zu erkennen.

Hierfür dürfte nicht zuletzt das nationale Pandemiegeschehen und die damit verbundenen Hürden für das Zusammentreffen von Gruppen eine gewichtige Rolle spielen.

COPD-Schulungen 2019 vs. 2020



Resümee: Was läuft im DMP COPD gut, was kann noch besser werden?

- Vermutlich pandemiebedingt fällt der Rückgang der Teilnehmerzahlen in dem DMP COPD in diesem Jahr besonders deutlich aus. Ein leichter Rückgang war hier im vergangenen Jahr bereits zu beobachten. Angesichts der mutmaßlichen stabilen COPD-Prävalenz in der Bevölkerung wäre nach wie vor eine höhere Programmteilnahme wünschenswert.
- Die Qualität der strukturiert versorgten Patienten mit COPD ist, gemessen an den innerhalb des DMP quantitativ festgelegten Indikatoren, größtenteils als sehr gut einzustufen. Die vorgegebenen Zielquoten zum Vermeiden von Notfallbehandlungen und Exazerbationen sowie zum Vermeiden einer langfristigen OCS-Verordnung werden überschritten.
- Das Ziel zum Überprüfen der Inhalationstechnik wird allerdings deutlich unterschritten, zeigt jedoch verglichen zum Vorjahr eine ansteigende Tendenz. Berücksichtigt man nicht nur die letzte, sondern alle Dokumentationen aus dem Jahr 2020, dann erhöht sich der Anteil der Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde, auf etwa zwei Drittel (75,3 %).
- Insgesamt liegen von über einem Viertel aller COPD-Patienten keine FEV₁/Sollwertangaben innerhalb des Jahres vor dem letzten Arztbesuch vor. Positiv anzumerken ist jedoch, dass die zuletzt übermittelten FEV₁/Sollwerte nur noch sehr selten als problematisch zu bewerten sind. So ist der Anteil valider Werte seit 2018 kontinuierlich angestiegen und erreicht im vierten Quartal 2020 etwa 93 % aller übermittelten Angaben zum FEV₁/Sollwert.
- Hinsichtlich der Schulungsquoten im DMP COPD besteht weiterhin ein deutliches Potenzial für Verbesserungen; je nach Indikator gelten deutlich weniger als die Hälfte der Teilnehmer geschult. Betrachtet man allerdings nur die Patienten mit einer Schulungsempfehlung im Vorjahr, so sind 72 % dieser Patienten der Empfehlung nachgekommen. Gegenüber 2019 ist insbesondere im zweiten Halbjahr 2020 ein Rückgang der durchgeführten Schulungen zu verzeichnen.

Kapitel 8: DMP Brustkrebs

■ Patientinnen:.....	20.752
■ Veränderung zu 2019:.....	+ 1.330
■ Patientinnen mit aktueller Folgedokumentation:.....	19.122
■ erreichte, 2020 neu erkrankte Patientinnen:	24–26 %
■ mittleres Alter:.....	64,1 Jahre
■ mittlere DMP-Teilnahmedauer:.....	4,3 Jahre
■ Anzahl aktiver ärztlicher Teilnehmer:.....	599
■ Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen:.....	48

Hintergrund und allgemeine Ziele des DMP

Brustkrebs (Mammakarzinom) ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Trotz medizinischer Fortschritte in Diagnostik und Therapie ist die Diagnose Brustkrebs für die Frau eine besondere Belastung und für die Medizin eine Herausforderung. Vor diesem Hintergrund wurde zeitgleich mit dem DMP für Typ-2-Diabetes auch dasjenige für Brustkrebs bereits 2002 beschlossen, seit dem Jahr 2003 können in Westfalen-Lippe Patientinnen in dieses DMP eingeschrieben werden. Im Laufe der Jahre wurde dieses Programm im Hinblick auf seine generelle Ausrichtung, seine Dokumentation und seine spezifischen Qualitätsziele regelmäßig aktualisiert. Die letzte und auch sehr grundlegende Änderung erfolgte im Jahr 2018.

Das DMP Brustkrebs strebt eine interdisziplinäre, berufs- und sektorenübergreifende Behandlung in einer integrierten Versorgungsform an. In dem Vertrag ist eine patientinnen- und qualitätsorientierte Begleitung der Frauen durch die an der Behandlung beteiligten Vertragsärzte und durch eine auf den Behandlungsverlauf bezogene Dokumentation vereinbart. Hierfür ist eine bereichsübergreifende Längsschnittdokumentation der Behandlung bedeutsam. Die Patientinnen sollen wirksam dabei unterstützt werden, empfohlene und häufig jahrelang andauernde Therapien einzuhalten und mit deren oft belastenden Neben- und Folgewirkungen besser umzugehen. Das DMP zielt darauf ab, Folgeerkrankungen zu vermeiden sowie psychosomatische, psychische und psychosoziale Aspekte der Langzeittherapie stärker zu berücksichtigen.

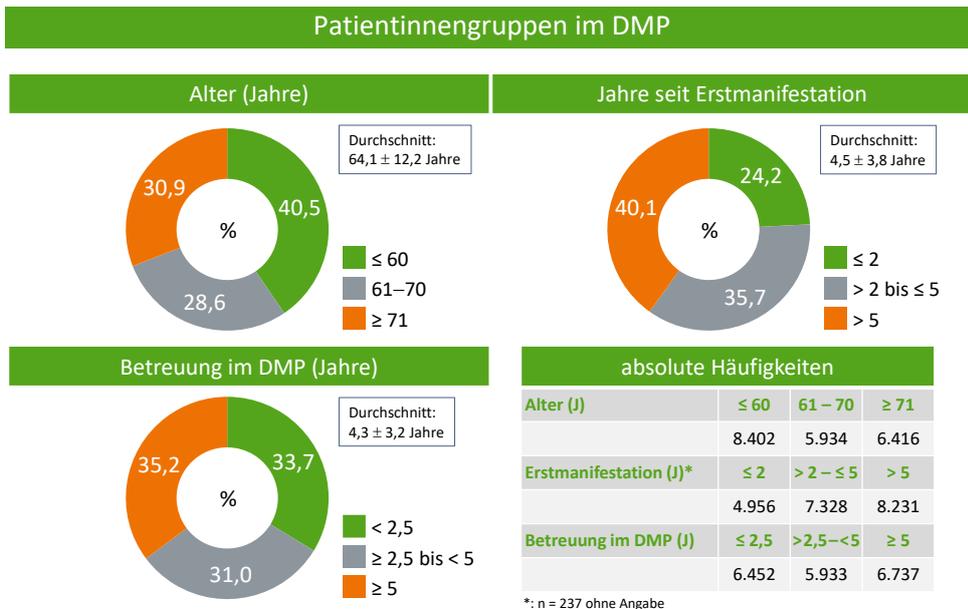
Patientinnen im DMP

Im Jahr 2020 werden insgesamt 20.752 Patientinnen in dem DMP Brustkrebs betreut, wodurch sich die Zahl betreuter Patientinnen gegenüber dem Vorjahr – trotz der Pandemie-Lage – weiter erhöht hat. Die Patientinnen sind im Mittel 64,1 Jahre alt, drei von zehn sind 71 Jahre alt oder älter. Die durchschnittliche Betreuungszeit in dem DMP Brustkrebs überschreitet mittlerweile vier Jahre. Durch die 2018 erfolgte Verlängerung der Betreuungszeit im DMP auf mindestens zehn Jahre hat sich 2020 der Anteil von Patientinnen, die fünf Jahre oder länger in dem DMP betreut werden, auf 35,2 % erhöht. 2018 lag dieser Anteil noch bei 25,5 %.

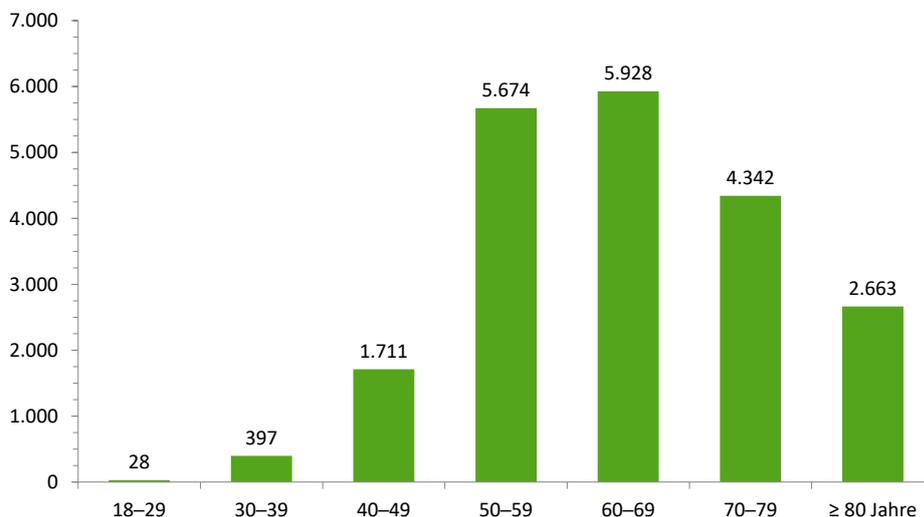
Etwa ein Viertel (24,2 %) der Patientinnen ist innerhalb der letzten beiden Jahre an Brustkrebs erkrankt. Somit ist ein beträchtlicher Anteil der Patientinnen erst seit relativ kurzer Zeit von Brustkrebs

betroffen und viele von ihnen werden noch nicht alle therapeutischen Optionen abgeschlossen haben. Infolge der Teilnahmeverlängerung hat sich auch der Anteil der Patientinnen, bei denen die Erkrankung über fünf Jahre zurückliegt, auf 40,1 % erhöht.

Bei 1.644 DMP-Patientinnen ist 2020 als Jahr der Erstmanifestation dokumentiert. Auf Grundlage der aktuellsten Schätzung zur Inzidenz des Brustkrebs in Deutschland sowie der Angaben zur Anzahl der in der Region Westfalen-Lippe im Berichtszeitraum stationär behandelten Fälle wären von den gesetzlich krankenversicherten Patientinnen, die aufgrund von Brustkrebs erstmalig behandelt wurden, etwa 24 bis 26 % im DMP Brustkrebs eingeschrieben.



Altersverteilung der Patientinnen im DMP

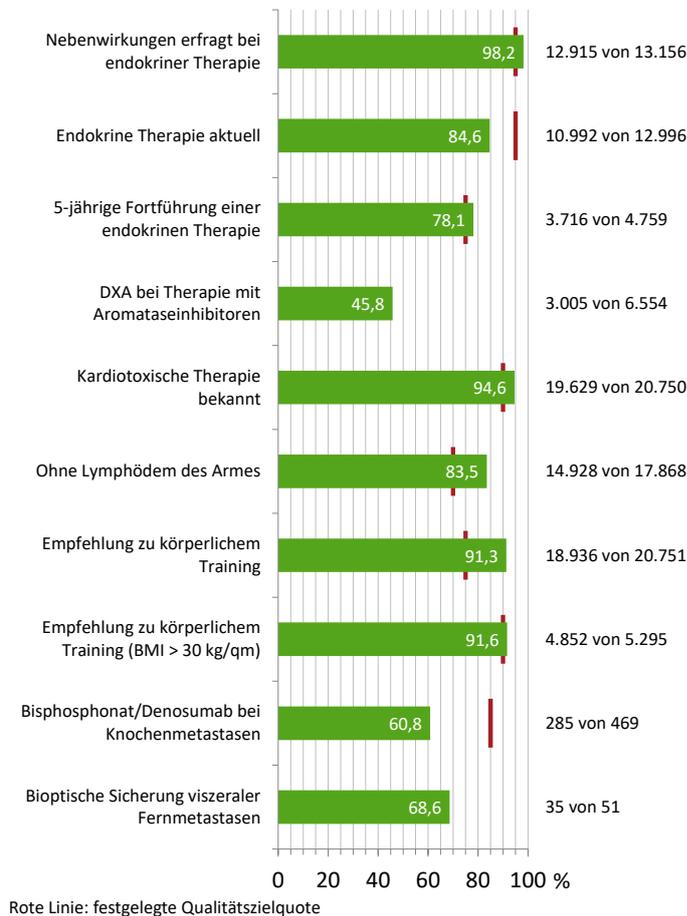


Versorgungsqualität

Die Versorgungsqualität der Patientinnen im DMP Brustkrebs wird seit dem 4. Quartal 2018 anhand zehn verschiedener Qualitätsziele beurteilt. Wie bereits bei den bis dahin gültigen Zielen gelten dabei allerdings auch die beiden Ziele, die an das (sehr seltene) Auftreten von Metastasen geknüpft sind,

nur für eine kleine Teilgruppe dieser Patientinnen. Von diesen zehn Zielen haben acht eine quantitative Vorgabe. Sechs davon werden erreicht (Nebenwirkungen bei endokriner Therapie erfragt, fünfjährige Fortführung einer endokrinen Therapie, kardiotoxische Therapie bekannt, ohne Lymphödem des Armes, körperliches Training empfohlen, körperliches Training empfohlen bei einem BMI über 30 kg/m²).

Erreichen der Qualitätsziele



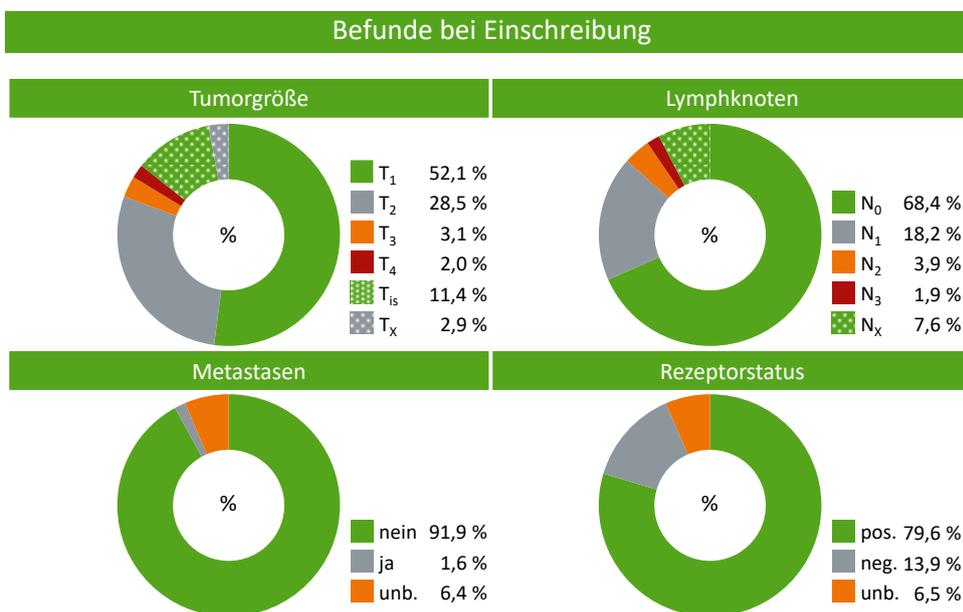
Lediglich bei zwei Zielen (aktuelle endokrine Therapie, Verordnen von Bisphosphonat oder Denosumab bei Knochenmetastasen) liegen die erreichten Quoten noch deutlich unterhalb der anzustrebenden Marke. Zumindest bei dem letzteren ist allerdings zu vermuten, dass dies zum Teil auch an der sehr kleinen Zielgruppe liegt.

Zu den langfristigen zeitlichen Trends können bei den Qualitätszielen aufgrund ihrer bislang erst recht kurzen Geltungsdauer noch keine belastbaren Angaben gemacht werden. Im Vergleich zum Vorjahr haben sich jedoch alle Quoten zumindest leicht erhöht. Die deutlichsten Zuwächse lassen sich beobachten bei der Fortführung einer endokrinen Therapie über 5 Jahre (+3,7 Prozentpunkte) und den beiden Quoten zum Empfehlen eines körperlichen Trainings (+3,1 bzw. +3,0 Prozentpunkte). Ein noch größer Zuwachs um 6,1 Prozentpunkte ist bei der bioptischen Sicherung viszeraler Fernmetastasen, allerdings umfasst hier die Zielpopulation nur 51 Patientinnen. Rückgänge der Quoten sind bei keinem der zehn Qualitätsziele festzustellen. Ein Rückgang der Zielgruppengröße zwischen 2019 und 2020 zeigt sich beim Ziel einer Bisphosphonat/Denosumab-Therapie von Knochenmetastasen (528 vs. 469 Patientinnen). Ein ähnlich ausgeprägter Rückgang der Zielgruppe ist ebenfalls für das Ziel zur bioptischen Sicherung viszeraler Fernmetastasen festzustellen (80 vs. 51).

Somit werden weiterhin sieben der zehn Ziele von mindestens drei Viertel der betreffenden Patientinnen erreicht, u. a. auch dasjenige zur Fortführung der endokrinen Therapie über den Zeitraum von fünf Jahren oder länger, welches aktuell von 78,1 % der Patientinnen mit einem positiven Hormon-Rezeptorstatus erreicht wird.

Befunde und chirurgische Maßnahmen bei Einschreibung

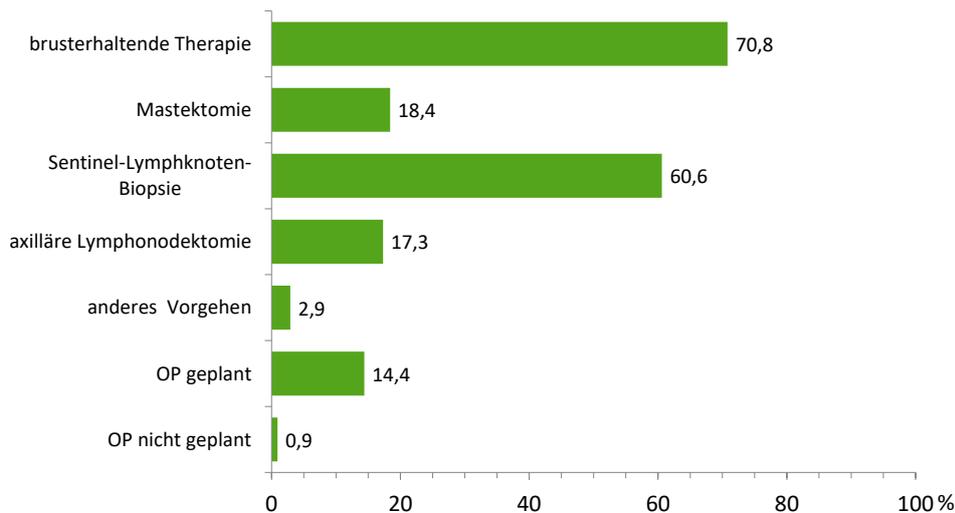
Eine Tumorgröße T_1 ist bei über der Hälfte und eine Größe T_2 bei über einem Viertel der Patientinnen zum Zeitpunkt der Einschreibung dokumentiert. Der Anteil von T_3 - bis T_4 -Befunden liegt bei ungefähr 5 %, der Anteil mit einem T_{is} -Befund erreicht etwas mehr als 11 %. Gegenüber dem Vorjahr haben dabei die T_2 - und T_3 -Befunde ebenso wie die T_{is} -Befunde tendenziell leicht ab-, dagegen die T_1 -Befunde etwas zugenommen. Hiermit setzt sich 2020 der bereits im Vorjahr festzustellende Trend der Einschreibung leichter erkrankter Patientinnen in das DMP fort.



Bei mehr als zwei Dritteln (68,4 %) der Patientinnen liegt kein Hinweis auf einen Lymphknotenbefall vor. Die in den Stadien N_1 bis N_3 dokumentierten Befunde zwischen 18,2 % und 1,9 % sind gegenüber dem Vorjahr auch leicht zurückgegangen. Metastasen wurden bei 1,6 % der Patientinnen festgestellt, womit auch diese Quote gegenüber dem Vorjahr um 0,2 Prozentpunkte zurückgeht. In Bezug auf den Rezeptorstatus zeigt sich, dass bei 79,6 % der Patientinnen die Tumore als hormonrezeptorpositiv klassifiziert werden, dies entspricht fast exakt der Vorjahresquote (79,7 %).

Ähnliche Trends finden sich auch in Bezug auf die Behandlungsmaßnahmen bei der Einschreibung. Für fast alle hier dokumentierbaren Verfahren zeigt sich ein Rückgang der Häufigkeit gegenüber dem Vorjahr. So ist der Anteil von Patientinnen um 0,5 Prozentpunkte zurückgegangen, bei denen eine brusterhaltende Therapie dokumentiert ist. Parallel hierzu sind die Anteile für eine Mastektomie, eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie sowie eine axilläre Lymphonodektomie um 0,4 bis 1,3 Prozentpunkte geringer als im Vorjahr. Die beiden Anteile sowohl für eine geplante und für eine nicht beabsichtigte Operation haben sich demgegenüber kaum verändert. Insgesamt deuten auch diese Ergebnisse auf eine Zunahme des Anteils leichter erkrankter Patientinnen im DMP hin.

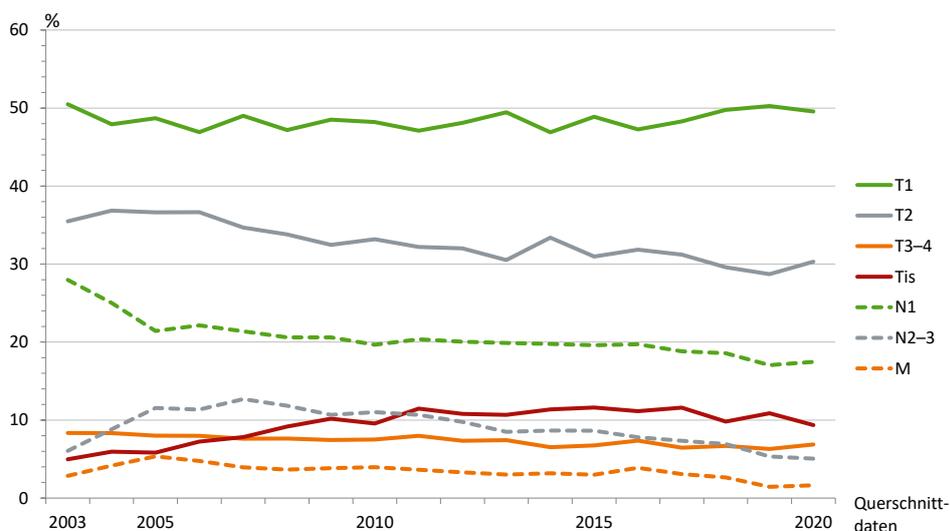
Chirurgische Maßnahmen bei Einschreibung



Erkrankungsschwere im Zeitverlauf

Sowohl die Tumorklassifikation als auch die Schweregradeinteilung können seit Beginn des DMP im Querschnitt über die Jahre miteinander verglichen werden. Zwischen 2003 und 2020 zeigt sich – mit leichten Schwankungen von Jahr zu Jahr – in Bezug auf Tumore der Größe T₁ ein recht konstanter Anteil, während für sowohl für T₂-Tumore als auch für die Tumore der Größen T₃ und T₄ ein leichter Rückgang der relativen Häufigkeit unter allen im DMP betreuten Patientinnen zu erkennen ist. Ähnliche rückläufige Trends bestehen auch hinsichtlich des Lymphknotenbefalls der Stufe N₁ – für die Stufen N₂ und N₃ erst seit etwa 2009 – sowie das Auftreten von Metastasen. Demgegenüber hat sich im Jahresquerschnitt der Anteil von Fällen mit einer T_{is}-Klassifikation von 2003 bis 2011 kontinuierlich erhöht, wonach allerdings eine eher tendenziell konstante relative Fallzahl feststellbar ist.

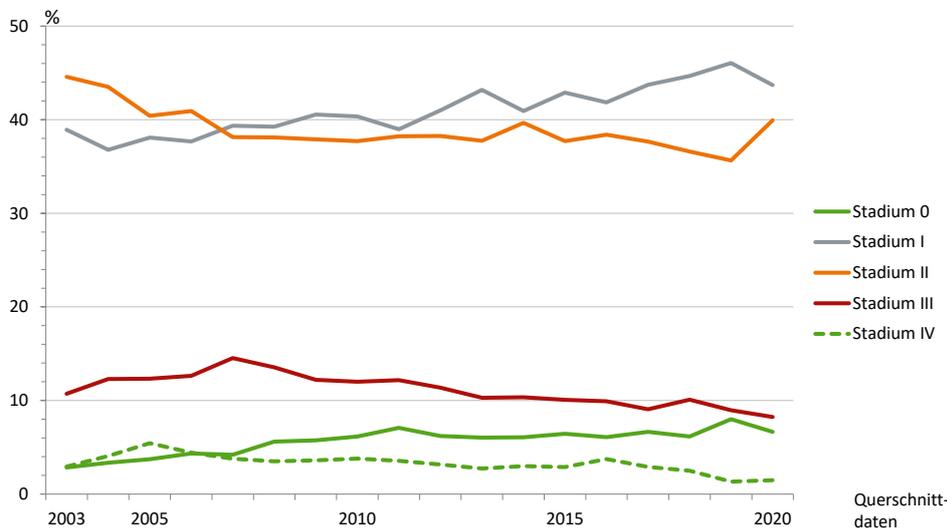
Tumorbefunde im Zeitverlauf



Eine analoge Entwicklung hin zu einer Patientinnenpopulation im DMP, die von einer mildereren Ausprägung der Erkrankung betroffen ist, lässt sich auch anhand der Erkrankungsschweregrade nachvoll-

ziehen. Hier ist zwischen 2003 und 2019 vor allem ein deutlicher Rückgang des Anteils von Patientinnen im Stadium II (T_{1-3} , N_0 oder N_1 , M_0) nachweisbar, ausgenommen das Jahr 2020, in welchem hier ein Anstieg zu beobachten ist. Gleichzeitig nimmt – ausgenommen 2020 – der Anteil von Patientinnen im Stadium I (T_1 , N_0 , M_0) und von jenen im Stadium 0 (T_{is} , N_0 , M_0) zu. Für die beiden schwersten Stadien III und IV (T_{1-4} , N_{1-3} , M_0 oder M_1) finden sich seit etwa 2007 leicht rückläufige Anteile.

Erkrankungsschwere im Zeitverlauf



Aktuelle endokrine Therapie und Angaben zur Kardiotoxizität einer Therapie

Fast man alle drei Ausprägungen zusammen, dann ist bei 76,2 % der Patientinnen mit positivem Rezeptorstatus aktuell eine endokrine Therapie dokumentiert. Hierbei werden Aromatasehemmer ebenso wie auch Tamoxifen bei jeweils mehr als einem Drittel der Patientinnen eingesetzt. Zu beachten ist, dass dieser aktuelle Status der Therapie nicht berücksichtigt, ob eine bereits stattgefundene Hormontherapie möglicherweise regulär abgeschlossen wurde. Gegenüber dem Vorjahr erfolgt eine Behandlung mit Aromatasehemmern häufiger (+2,1 Prozentpunkte), eine mit Tamoxifen dagegen seltener (-2,2 Prozentpunkte).

Fakten in Kürze I: aktuelle endokrine Therapie

Aromatasehemmer	38,0
Tamoxifen	34,0
andere	4,8
aktuell keine Therapie dokumentiert	23,1
geplant	0,7

bei positivem Rezeptorstatus, alle Angaben in %

Bei etwas über sieben von zehn Patientinnen dauert die endokrine Therapie an, dagegen wurde sie bei etwas über einem Achtel bereits regulär abgeschlossen. Bei sieben von hundert Patientinnen musste sie vor ihrem regulären Abschluss abgebrochen werden. Während der Anteil mit einer andauernden Therapie leicht zurückgegangen ist, steigt 2020 derjenige mit abgeschlossener Therapie. Ungefähr 39 % der Patientinnen beschreiben die endokrine Therapie als mäßig oder stark belastend,

etwa 59 % geben dagegen an, sie sei nicht belastend oder es seien keine Nebenwirkungen aufgetreten. Gegenüber dem Vorjahr hat sich damit der Anteil derjenigen Patientinnen, die eine endokrine Therapie als belastend erfahren, etwas erhöht.

Fakten in Kürze II: Fortführung und Nebenwirkungen einer endokrinen Therapie

Fortführung der Therapie		Nebenwirkungen der Therapie	
andauernd < 5 Jahre	59,1	nicht belastend	26,9
andauernd ≥ 5 Jahre	12,2	mäßig belastend	33,2
abgeschlossen	14,0	stark belastend	6,0
abgebrochen	7,3	keine	32,4
		nicht erfragt	1,5

bei positivem Rezeptorstatus, alle Angaben in %

Bei sechs von zehn Patientinnen ist keine kardiotoxisch wirkende Therapie des Brustkrebs dokumentiert. Über ein Fünftel der Patientinnen wird allerdings mit Anthrazyklinen behandelt und fast ein Fünftel wird linksthorakal bestrahlt. Hier ist bei beiden Verfahren eine Zunahme der dokumentierten Häufigkeit in der Population der DMP-Patientinnen festzustellen.

Fakten in Kürze III: kardiotoxische Therapie

Anthrazykline	21,7
Trastuzumab	4,7
linksthorakale Bestrahlung	18,8
unbekannt	5,3
keine	58,4

bei validen Angaben, alle Angaben in %

Resümee: Was läuft im DMP Brustkrebs gut, was kann noch besser werden?

- Die Zahl der innerhalb des DMP betreuten Patientinnen hat sich gegenüber dem Vorjahr – trotz der Pandemie-Lage – noch einmal deutlich erhöht. Der bis 2017 zu beobachtende stetige Rückgang der Teilnehmerinnenzahlen konnte somit auch 2020 verhindert werden. In den nächsten Jahren wird vermutlich ein zunehmend größerer Anteil von Patientinnen durch das DMP erreicht.
- Die Anteile langfristig betreuter Patientinnen und derjenigen mit einer geringeren Erkrankungsschwere sind gewachsen. Anhand der zu beobachtenden Qualitätszielquoten ist eine gute Versorgungsqualität festzustellen. Sowohl die Nebenwirkungen einer endokrinen Therapie als auch eine Kardiotoxizität der Therapie sind jedoch bei größeren Teilen der Patientinnen zu beachten.
- Nachdem die Neuausrichtung des DMP Brustkrebs die Relevanz des DMP für die Betroffenen nachweislich erhöht hat, bleibt eine der Hauptaufgaben des DMP, auch für die länger im Programm betreuten Patientinnen die Qualität der Nachsorge weiter kontinuierlich zu verbessern.