

QUALITÄTS BERICHT 2020

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME
NORDRHEIN



Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung
Disease-Management-Programme GbR

2020 INHALT DMP-BERICHT

	EDITORIAL	5
1	INTRO	6
	1.1 Hintergrund und Zielsetzung des DMP	7
	1.2 Chronisch kranke Patienten in haus- und fachärztlicher Betreuung	7
	1.3 Entwicklung der Patientenzahlen in den DMP	8
	1.4 Fokusthema: Versorgungsqualität der DMP-Patienten während der Corona-Pandemie	9
	1.5 Beschreibung der Versorgungsqualität	10
2	VERSORGUNGSQUALITÄT DER DMP-PATIENTEN WÄHREND DER CORONA-PANDEMIE	11
	2.1 Hintergrund	12
	2.2 Veränderung der Anzahl betreuter DMP-Patienten zwischen 2019 und 2020	13
	2.3 Veränderung der Anzahl von DMP-Untersuchungen zwischen 2017 und 2020	14
	2.4 Veränderung der Anzahl von DMP-Schulungen zwischen 2019 und 2020	17
	2.5 Erreichen der DMP-Qualitätsziele 2019 und 2020	18
	2.6 Prävalenz patientenrelevanter Endpunkte im DMP Typ-2-Diabetes 2020	19
	2.7 Vorläufige Bilanz zu den Effekten der Corona-Pandemie auf die DMP	20
	2.8 Literatur	21
	2.9 Interview: Erfahrungen mit den DMP in einer pneumologischen Praxis	22
3	DMP DIABETES MELLITUS TYP 2	26
	3.1 Hintergrund und allgemeine Ziele des DMP	27
	3.2 Patienten im DMP	28
	3.3 Versorgungsqualität	30
	3.4 Ausgewählte Befunde, antidiabetische Therapie und Schulungen	31
	3.5 Häufigkeit und Neuauftreten patientenrelevanter Ereignisse	36
	3.6 Resümee: Was läuft im DMP Typ-2-Diabetes gut und was kann noch besser werden?	39
4	DMP DIABETES MELLITUS TYP 1	40
	4.1 Hintergrund und allgemeine Ziele des DMP	41
	4.2 Patienten im DMP	41
	4.3 Versorgungsqualität	42
	4.4 Ausgewählte Befunde und Schulungen	43
	4.5 Vergleich der Jahre 2019 und 2020: Effekte der Corona-Pandemie	46
	4.6 Resümee: Was läuft im DMP Typ-1-Diabetes gut und was kann noch besser werden?	47

5	DMP KORONARE HERZKRANKHEIT	48
	5.1 Hintergrund und allgemeine Ziele des DMP	49
	5.2 Patienten im DMP	49
	5.3 Versorgungsqualität	51
	5.4 Ausgewählte Befunde, medikamentöse Therapie und Schulungen	53
	5.5 Vergleich der Jahre 2019 und 2020: Effekte der Corona-Pandemie	56
	5.6 Resümee: Was läuft im DMP Koronare Herzkrankheit gut und was kann noch besser werden?	57
6	DMP ASTHMA BRONCHIALE	58
	6.1 Allgemeine Ziele des DMP	59
	6.2 Patienten im DMP	59
	6.3 Versorgungsqualität	62
	6.4 Asthma-Kontrolle und Medikation	64
	6.5 Schulungen	67
	6.6 Resümee: Was läuft im DMP Asthma bronchiale gut und was kann noch besser werden?	69
7	DMP CHRONISCH OBSTRUKTIVE ATEMWEGSERKRANKUNG (COPD)	70
	7.1 Allgemeine Ziele des DMP	71
	7.2 Patienten im DMP	71
	7.3 Versorgungsqualität	73
	7.4 Obstruktionsgrad auf Basis der FEV ₁ -Sollwert-Erreichung	75
	7.5 Medikation und Schulungen	77
	7.6 Resümee: Was läuft im DMP COPD gut und was kann noch besser werden?	80
8	DMP BRUSTKREBS	81
	8.1 Hintergrund und allgemeine Ziele des DMP	82
	8.2 Patientinnen im DMP	82
	8.3 Versorgungsqualität	84
	8.4 Befunde und chirurgische Maßnahmen bei Einschreibung	85
	8.5 Erkrankungsschwere im Zeitverlauf	87
	8.6 Aktuelle endokrine Therapie und Angaben zur Kardiotoxizität einer Therapie	88
	8.7 Resümee: Was läuft im DMP Brustkrebs gut und was kann noch besser werden?	90
	IMPRESSUM	91

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

das Jahr 2020 hat ganz im Zeichen der Corona-Pandemie gestanden. Die Aufrechterhaltung der Regelversorgung unter massiv erschwerten Bedingungen war eine große Herausforderung für die Praxen – vor allem die chronisch Kranken durften trotz Kontaktbeschränkungen nicht aus dem Blickfeld geraten.

Noch im Frühjahr brachte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) deswegen eine ganze Reihe von Beschlüssen auf den Weg, um die Rahmenbedingungen für alle Beteiligten nach Möglichkeit zu erleichtern: Mit Feststellung der „Epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ zum 28. März durch den Deutschen Bundestag wurden die Dokumentationspflicht und die Pflicht zur Ausschreibung bei nicht wahrgenommenen Schulungsterminen vorerst ausgesetzt.

Vor diesem Hintergrund ist es nur konsequent, dass sich der diesjährige Qualitätsbericht schwerpunktmäßig der Frage widmet, inwiefern sich die pandemische Lage tatsächlich auf die Versorgungsqualität der DMP in 2020 ausgewirkt hat. Die gute Nachricht vorweg: Der Abgleich mit den Daten des Vorjahres zeigt, dass die Zahl der in den laufenden DMP betreuten Patientinnen und Patienten sowie die Häufigkeit der erfolgten Wiederholungs- bzw. Folgeuntersuchungen trotzdem vergleichsweise stabil geblieben ist. So konnte eine erste Analyse nachweisen, dass der Rückgang an DMP-Teilnehmern in Nordrhein im Vergleich zu 2019 nur marginal ausfällt und die Versorgungsqualität auf einem insgesamt sehr hohen Niveau aufrechterhalten werden konnte. Auch wenn sicherlich noch einige Aspekte optimiert werden können und sich die langfristigen Folgen des Corona-Jahres 2020 derzeit noch nicht final abschätzen lassen, so ist die Entwicklung der DMP doch äußerst positiv zu bewerten. Für den nächsten Qualitätsbericht könnte es sinnvoll sein zu versuchen, einen besonderen Fokus auf die DMP-Patienten zu legen, die eine Covid-Erkrankung und/oder eine Long-Covid-Symptomatik durchgemacht haben.

Wir wünschen Ihnen, liebe Leserin, lieber Leser, eine interessante Lektüre und freuen uns über Ihre Rückmeldung zum DMP-Qualitätsbericht Nordrhein!



Dr. med. Carsten König M. san.
Vorsitzender der Gemeinsamen Einrichtung DMP Nordrhein



Matthias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg

1

INTRO

1.1 HINTERGRUND UND ZIELSETZUNG DER DMP

Die sogenannten Disease-Management-Programme (DMP) oder auch Chroniker-Programme verfolgen das Hauptziel, großen Gruppen chronisch kranker Patienten durch eine strukturierte Behandlung zu einer höheren Lebensqualität zu verhelfen, und sollen dazu beitragen, mögliche Krankheitsfolgen zu vermeiden oder wenigstens hinauszuzögern. Die medizinischen Behandlungspfade und Therapien der DMP basieren auf klinischen Leitlinien. Die betreuenden beziehungsweise koordinierenden Ärzte sollen sich dabei an den für das jeweilige DMP vertraglich vereinbarten Qualitätszielen orientieren, ohne die individuelle Situation der Patienten und

daraus resultierende Behandlungsoptionen aus dem Blick zu verlieren. Sie müssen die Behandlung genau und regelmäßig dokumentieren. Zu den Ergebnissen in der eigenen Praxis und in der gesamten Region erhalten teilnehmende Ärzte regelmäßig eine Rückmeldung, anhand derer sie ihre Ergebnisse sowohl mit den allgemein erreichten als auch mit den anzustrebenden Ergebnissen vergleichen und gegebenenfalls ihre Behandlung anpassen können. Zusätzlich unterstützt durch eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung, unter anderem im Rahmen ärztlicher DMP-spezifischer Qualitätszirkel, soll sich so die Versorgungsqualität der Patienten in den DMP kontinuierlich verbessern.

1.2 CHRONISCH KRANKE PATIENTEN IN HAUS- UND FACHÄRZTLICHER BETREUUNG

Die DMP bieten ein effizientes Behandlungsschema für chronisch Kranke. Deshalb sind in vielen Bereichen – teilweise auch abhängig von der Erkrankungsschwere – regelmäßige Verlaufskontrollen vorgesehen. Da die meisten Patienten älter sind, ist dabei nicht nur die einzelne Erkrankung, sondern auch deren Multimorbidität zu berücksichtigen. Dies erfordert oft eine gute Koordination der individuell sorgfältigen medizinischen Arbeit und der möglichst routiniert organisierten, aufwändigen Praxisabläufe. Dazu ge-

hört 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. In einem Interview beschreibt Norbert Mülleneisen, Lungenfacharzt aus Leverkusen-Rheindorf, wie er die DMP in seinen Praxisalltag integriert hat und welche Aspekte ihm an den Programmen besonders wichtig sind (siehe S. 22).

	2020	2019		2020	2019
■ Patienten:	928.658	934.552	■ Aktive ärztliche Teilnehmer:	6.360	6.392
■ Veränderung zu 2019:	-5.894		■ Beteiligte Praxen:	4.252	4.333
■ Patienten mit aktueller Folgedokumentation:	900.596	903.767	■ Teilnehmende stationäre Einrichtungen:	110	110

1.3 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 über 180.000 Patienten auf fast 930.000 gestiegen. Hierbei ist die Mehrfachteilnahme in mehreren DMP berücksichtigt. Der Zuwachs liegt seit 2010 damit bei knapp 25 Prozent. Gegenüber dem Vorjahr

ist allerdings ein leichter Rückgang um etwa 6.000 Patienten zu verzeichnen. Diese aktuelle Entwicklung ist mutmaßlich eine direkte Folge der pandemiebedingten Maßnahmen zu Kontaktbeschränkungen, die vor allem das zweite und vierte Quartal 2020 betrafen (siehe hierzu auch den nachfolgenden Absatz).

Kennzahlen zu den einzelnen DMP						
	DMP seit	Patienten 2010	Patienten 2020	Zuwachs zu 2010	Patientenquote 2020	Ärztl. Teilnehmer 2020
Diabetes Typ 2	2002	449.444	571.338	27,1 %	89–97 %	5.256
Diabetes Typ 1	2004	19.377	32.015	65,2 %	79–90 %	741
Koronare Herzkrankheit	2003	215.747	262.014	21,4 %	ca. 71 %	5.076
Asthma bronchiale	2005	85.685	122.753	43,3 %	ca. 25 %	4.606
COPD	2005	92.448	126.143	36,4 %	ca. 42 %	4.423
Brustkrebs	2002	15.579	16.788	7,8 %	18–19 %	490
Alle DMP*		746.203	928.658	24,5 %		6.360

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 Nordrhein an dem DMP teilnehmen; Ärztl. Teilnehmer: Anzahl distinkter LANR mit mindestens einer validen Dokumentation 2020; * mehrfache Teilnahme bei Patienten und ärztlichen Teilnehmern berücksichtigt

Die einzelnen Programme unterscheiden sich sowohl in der Zahl betreuter Patienten als auch im jeweiligen Zuwachs in den vergangenen zehn Jahren. Jüngere DMP haben etwas dynamischer hinzugewonnen als die älteren Programme. Sehr große Unterschiede

bestehen weiterhin in Bezug auf den Anteil der erreichten, mutmaßlich von der jeweiligen Erkrankung Betroffenen in der Region: Er reicht von etwa 80 bis 100 Prozent für die beiden Diabetes-DMP bis zu nur knapp einem Fünftel beim DMP Brustkrebs.

1.4 FOKUSTHEMA: VERSORGUNGSQUALITÄT DER DMP-PATIENTEN WÄHREND DER CORONA-PANDEMIE

Ausgehend von ersten, noch lokal eingrenzenden 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 aus. Eine Ansteckung infolge inhalierter virusbelasteter Aerosole führt zu einer Erkrankung mit COVID-19, die in 81 Prozent aller Fälle leicht mit Fieber und einer leichten Lungenentzündung verläuft. In 14 Prozent der Fälle ist der Verlauf allerdings schwerer und in fünf Prozent der Fälle ist aufgrund akuten Lungenversagens eine intensivmedizinische Versorgung erforderlich. Eine COVID-19-Erkrankung kann zudem langanhaltende 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. Zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2 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 eins bis drei 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?

Zum Abschluss des Fokuskapitels wird versucht, nach knapp einem Jahr Pandemie-Lage eine vorläufige Bilanz zu den Auswirkungen auf die strukturierte Versorgung chronisch kranker Menschen in den DMP zu ziehen.

1.5 BESCHREIBUNG DER VERSORGUNGSQUALITÄT

Der vorliegende Bericht stellt möglichst differenziert unterschiedliche und allgemeine Aspekte der Versorgungsqualität dar:

- Welche Patienten werden in den DMP betreut?
- In welchem Ausmaß werden die vertraglich festgelegten Qualitätsziele erreicht?
- Welche zentralen Befunde liegen vor, wie werden die Patienten medikamentös behandelt und in welchem Umfang werden die empfohlenen Schulungen wahrgenommen?
- Wie häufig werden in den DMP klinisch relevante Ereignisse dokumentiert?

Zu den positiven Trends zählen unter anderem

- ✦ in den beiden Diabetes-DMP die sehr geringen Quoten des Auftretens schwerer Stoffwechsellagen, diese sind nur bei 0,4 Prozent der Patienten im DMP Typ-2-Diabetes und bei 2,4 Prozent der Patienten im DMP Typ-1-Diabetes dokumentiert;
- ✦ im DMP Typ-2-Diabetes sehr geringe Quoten des Neuauftretens nicht tödlicher Herzinfarkte oder Schlaganfälle, die in der letzten Eingangskohorte 2016/2017 in den beiden ersten Jahren nach DMP-Eintritt nur bei jeweils 0,7 Prozent der Patienten festgehalten sind;
- ✦ im DMP Koronare Herzkrankheit mit 83 Prozent für Thrombozyten-Aggregationshemmer und jeweils 78 Prozent für Betablocker und Statine in der Gesamtgruppe weiterhin hohe Versorgungsquoten einer prognoserelevanten Medikation, wobei sich die Unterschiede zwischen Männern und Frauen auf ein bis sieben Prozentpunkte verringert haben;
- ✦ im DMP Asthma bronchiale eine weiterhin sehr gute Versorgung vor allem der Kinder und Jugendlichen, fast neun von zehn Patienten erhalten einen Selbstmanagementplan;

✦ im DMP COPD eine Bestimmung der FEV₁-Werte bei sieben von zehn Patienten und ein Rückgang bei der Übermittlung unplausibler Werte in nur noch etwa vier Prozent aller Fälle.

Daneben existiert selbstverständlich in allen DMP eine Reihe von Aspekten, die ein deutliches Potenzial für zukünftige Verbesserungen aufweisen, zum Beispiel

- die nach wie vor niedrigen Quoten beim Erreichen des individuell festgelegten HbA_{1c}-Zielwerts, diese liegen im DMP Typ-2-Diabetes bei 59 Prozent und im DMP Typ-1-Diabetes bei 42 Prozent;
- die geringen Quoten adäquat versorgter Patienten mit Fußulzera (45 Prozent) oder regelmäßig alle zwei Jahre augenärztlich untersuchter Patienten im DMP Typ-2- (62 Prozent) bzw. Typ-1-Diabetes (73 Prozent);
- der Anteil weiterhin rauchender COPD-Patienten (34 Prozent);
- der Anteil erwachsener Asthma-Patienten, die keinen Selbstmanagementplan erhalten haben (32 Prozent).

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 73 Prozent im DMP COPD und 88 Prozent 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 – die Erkrankten auch zu einer aktiven Teilnahme zu motivieren.

2

Versorgungsqualität der DMP-Patienten während der Corona-Pandemie

	2020	2019	Differenz
■ Insgesamt betreute Patienten:	928.658	934.552	-0,6 %
■ Betreute Patienten ≥ 80 Jahre:	196.441	190.936	+2,9 %
■ Anzahl Folgedokumentationen:	3.426.852	3.512.895	-2,4 %
■ Anzahl Erstdokumentationen:	192.642	227.187	-15,2 %
■ Dokumentierte Schulungsempfehlungen*:	176.122	188.144	-6,4 %
■ Dokumentierte Schulungswahrnehmungen*:	194.418	207.251	-6,2 %

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

2.1 HINTERGRUND

Ausgehend von ersten, lokal noch relativ gut eingrenzenden Erkrankungsausbrüchen breitete sich die SARS-CoV-2-Epidemie im Frühjahr 2020 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 erfolgten schrittweise Wiederöffnungen und Ende Juni 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. Parallel dazu begann die Impfung der Bevölkerung gegen COVID-19, wobei zuerst die Hauptrisikogruppen älterer Menschen und chronisch Erkrankter priorisiert wurden.

Für die Disease-Management-Programme war im Verlauf des Jahres 2020 eine Reihe von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die Organisation der Verlaufsuntersuchungen und auch der Patientenschulungen relevant: Zunächst wurde am 27. März die Dokumentationspflicht wie auch die Pflicht zur Ausschreibung aufgrund nicht wahrgenommener Schulungstermine für die ersten drei Quartale des Jahres ausgesetzt, dann auf das vierte Quartal ausgedehnt (Beschluss vom 6. August) und schließlich am 17. Dezember für die gesamte Dauer der nationalen epidemischen Lage beschlossen (G-BA, 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. Einerseits war schnell festzustellen, dass schon im März viele ambulante Untersuchungstermine sowie stationär erfolgende Maßnahmen nicht wahrgenommen wurden (Mangiapane et al., 2020, 2021). Dies betraf zum Beispiel die DMP-Schulungen sowie eine Reihe von Vorsorgeuntersuchungen wie das Hautkrebs- und das Mammografie-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 respektive weiteren Vorjahren aus heutiger Sicht beschreiben lassen.

2.2 VERÄNDERUNG DER ANZAHL BETREUTER DMP-PATIENTEN ZWISCHEN 2019 UND 2020

Im Zusammenhang mit den Auswirkungen der Pandemie-Lage auf die DMP ging es zunächst um die Gesamtzahl der in den einzelnen Programmen betreuten Patienten: Ist 2020 möglicherweise ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen, zum Beispiel infolge der erlassenen Kontaktbeschränkungen oder der individuellen Sorgen vor einer möglichen Infektion im öffentlichen Raum? Ein Vergleich der Fallzahlen zwischen 2019 und 2020 weist für die Region Nordrhein in allen sechs laufenden DMP lediglich eine leichte Abnahme der Patientenzahl um knapp 6.000 von etwa 935.000 auf 929.000

auf. Dies entspricht einem relativen Rückgang um 0,6 Prozent (Tabelle 1). Diese Entwicklung weist allerdings zwischen den einzelnen DMP beträchtliche Unterschiede auf. So haben sich die Patientenzahlen in den beiden größten DMP für Typ-2-Diabetes und Koronare Herzkrankheit (KHK) nur um 0,1 Prozent und 0,5 Prozent verringert, in den beiden DMP Brustkrebs und Typ-1-Diabetes hingegen sind sie sogar um 0,1 Prozent beziehungsweise um 2,9 Prozent gestiegen. Der deutlichste Rückgang der Patientenzahlen findet sich im DMP COPD (-3,5 Prozent).

Zahlen der 2019 und 2020 in einzelnen DMP betreuten Patienten

	Patienten 2019	Patienten 2020	Differenz zu 2019
Diabetes Typ 2	571.750	571.338	-0,1 %
Diabetes Typ 1	31.127	32.015	+2,9 %
Koronare Herzkrankheit	263.395	262.014	-0,5 %
Asthma bronchiale	123.753	122.753	-0,8 %
COPD	130.665	126.143	-3,5 %
Brustkrebs	16.776	16.788	+0,1 %
Alle DMP*	934.552	928.658	-0,6 %

*mehrfache Teilnahme berücksichtigt

Eine nach Alter differenzierte Analyse der Patientenzahlen zeigt, dass 2020 in der Altersgruppe der 80-jährigen und älteren Patienten ein deutlicher Zuwachs um ungefähr 5.500 Patienten (+2,9 Prozent) erfolgt ist (Tabelle 2).

Auf der anderen Seite ist zwischen 2019 und 2020 in der Gruppe der bis zu 30-jährigen Patienten mit einer Zahl von 32.079 beziehungsweise 30.397 ein ausgeprägter Rückgang von 5,2 Prozent zu verzeichnen.

Zahlen der 2019 und 2020 in einzelnen DMP betreuten Patienten ≥ 80 Jahre

	Patienten 2019	Patienten 2020	Differenz zu 2019
Diabetes Typ 2	127.668	131.581	+3,1 %
Diabetes Typ 1	919	1.040	+13,2 %
Koronare Herzkrankheit	83.812	86.057	+2,7 %
Asthma bronchiale	8.878	9.516	+7,2 %
COPD	23.863	23.860	$\pm 0,0$ %
Brustkrebs	2.070	2.192	+5,9 %
Alle DMP*	190.936	196.441	+2,9 %

* mehrfache Teilnahme berücksichtigt

2.3 VERÄNDERUNG DER ANZAHL VON DMP-UNTERSUCHUNGEN ZWISCHEN 2017 UND 2020

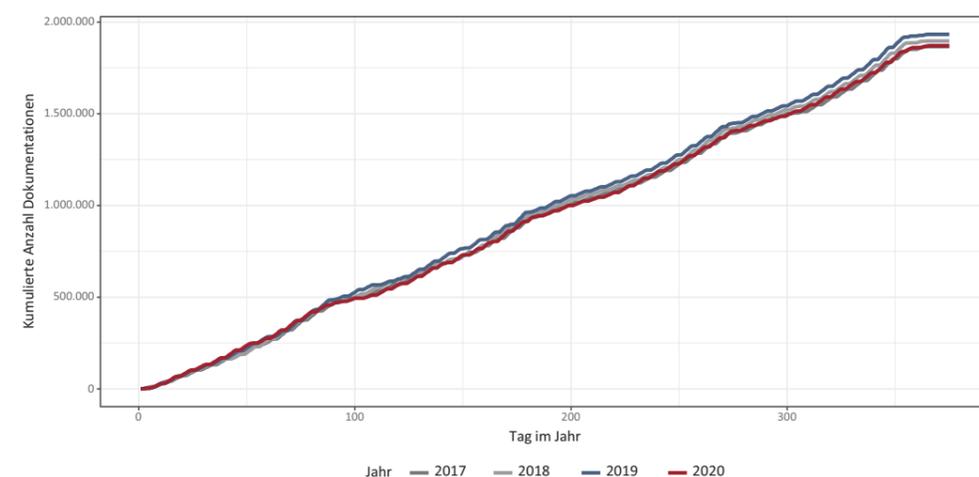
Neben der Anzahl insgesamt betreuter Patienten ist die Häufigkeit erfolgreicher DMP-Untersuchungen als Marker der pandemischen Lage bedeutsam. Es wird zwischen den Folge- oder Wiederholungsuntersuchungen – die den allergrößten Teil der DMP-Untersuchungen ausmachen – und den Erstuntersuchungen, also den Neu- oder Wiedereinschreibungen von Patienten, unterschieden. In beiden Bereichen zeigen sich 2020 im Vergleich zum Vorjahr Rückgänge, die jedoch unterschiedlich stark ausfallen: Bei den Folgeuntersuchungen hat sich die Zahl von 3,5 Millionen auf 3,4 Millionen zu verringert, dies entspricht einem relativen Rückgang um 2,4 Prozent. Die geringere Menge der Erstuntersuchungen ist von etwa 230.000 auf 193.000 gesunken, was einem sehr viel stärkeren relativen Rückgang um 15,2 Prozent 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

jahrespezifische Lücken beeinflusst wird, die durch bewegliche Feiertage sowie unterschiedliche Zeiten von Schulferien entstehen. Nachfolgend werden die Untersuchungshäufigkeiten der Jahre 2017 bis 2020 am Beispiel der DMP Typ-2- und Typ-1-Diabetes beschrieben. Eine Darstellung für alle sechs DMP findet sich aus Platzgründen in dem elektronischen Supplement zu diesem Bericht [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 erfolgreicher Untersuchungen gekommen ist. So liegt diejenige des Jahres 2020 innerhalb der ersten 100 Tage des Jahres nahezu deckungsgleich auf den Kurven der drei Vorjahre (Abbildung 1). Danach entwickeln sich die Kurven etwas auseinander, wobei vor allem die Zahlen für 2019 nicht nur im Vergleich zu 2020 etwas höher ausfallen, sondern auch im Vergleich zu 2017 und 2018. Insofern erscheint für dieses DMP die Schlussfolgerung gerechtfertigt zu sein, dass die Untersuchungshäufigkeit im Jahr 2020 nicht ausgeprägt zurückgegangen ist, sondern im Gegenteil im Jahr 2019 gegenüber den Vorjahren und dem Nachfolgejahr etwas höher lag.

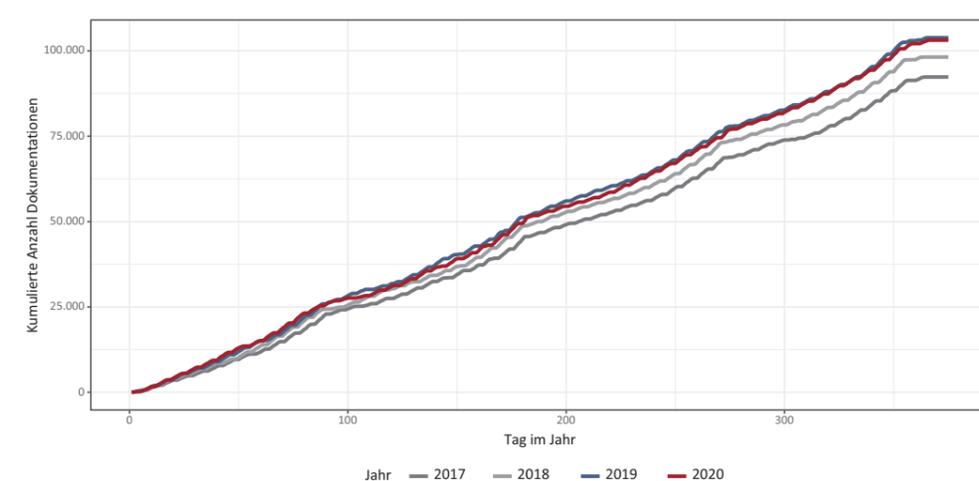
Kumulierte Zahlen der Untersuchungen im DMP Typ-2-Diabetes 2017 bis 2020



Hinsichtlich der Jahrestrends bei den Untersuchungshäufigkeiten lassen sich im DMP Typ-1-Diabetes größer ausgeprägte Unterschiede feststellen, allerdings bei – aufgrund der Anzahl der hier betreuten Patienten – deutlich geringeren Untersuchungszahlen

als im DMP Typ-2-Diabetes (Abbildung 2). Zwischen den kumulierten Zahlen für die Jahre 2019 und 2020 zeigen sich dabei nahezu keine Unterschiede, jedoch deutlich geringere Untersuchungshäufigkeiten in 2018 und vor allem in 2017.

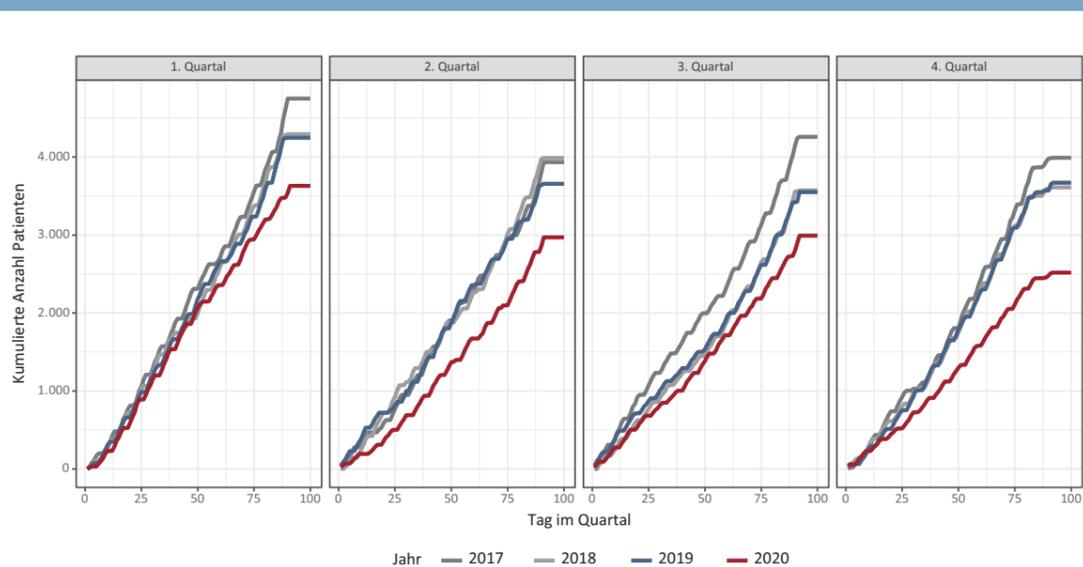
Kumulierte Zahlen der Untersuchungen im DMP Typ-1-Diabetes 2017 bis 2020



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, was am Beispiel des DMP COPD illustriert wird. Die entsprechenden Ergebnisse aus den anderen DMP finden sich ebenfalls im elektronischen Supplement zu diesem Bericht [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 beobach-

ten, dass die Häufigkeit von Erstuntersuchungen (oder Wiedereinschreibungen) für das DMP COPD im Jahr 2020 substantiell seltener erfolgt ist als in den drei Vorjahren (Abbildung 3). Dieser Effekt ist besonders ausgeprägt im zweiten und 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.

Kumulierte Zahlen der Erstuntersuchungen im DMP COPD 2017 bis 2020 nach Quartal



2.4 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 deutlicher Rückgang um jeweils mehr als sechs Prozent zwischen 2019 und 2020 nachweisbar (Tabelle 3). Dieser durchschnittliche Trend setzt sich allerdings aus sehr heterogenen Ergebnissen in den einzelnen DMP zusammen. In Bezug auf die veranlassten Schulungen sind die deutlichsten Rückgänge in den beiden DMP Asthma bronchiale und COPD mit jeweils

über elf Prozent festzustellen, während in den beiden DMP Typ-2-Diabetes mit 4,2 Prozent und KHK mit 5,1 Prozent dieser Rückgang schwächer ausgefallen ist. Entgegen des allgemeinen Trends findet sich bei der Schulungsveranlassung im DMP Typ-1-Diabetes ein deutlicher Zuwachs entsprechender Dokumentationen um 8,5 Prozent. Dieser im Jahr 2020 singuläre Zuwachs findet in diesem DMP auch seine Entsprechung bei dem Parameter einer Schulungswahrnehmung, hier zeigt sich sogar ein relativer Anstieg um 10,6 Prozent. In drei der vier großen DMP, also Typ-2-Diabetes, KHK und COPD, geht hingegen die Häufigkeit einer Schulungswahrnehmung um etwa sieben Prozent bis neun Prozent zurück. Im DMP Asthma bronchiale zeigt sich, trotz des starken Rückgangs bei den Veranlassungen, dagegen mit minus 1,7 Prozent bei den Wahrnehmungen nur ein vergleichsweise moderater Rückgang.

Zahlen der 2019 und 2020 in einzelnen DMP veranlassten und wahrgenommenen Schulungen

	Veranlasst			Wahrgenommen		
	2019	2020	Differenz	2019	2020	Differenz
Diabetes Typ 2*	85.240	81.691	-4,2 %	104.198	95.170	-8,7 %
Diabetes Typ 1*	7.619	8.267	+8,5 %	12.174	13.459	+10,6 %
Koronare Herzkrankheit	26.067	24.734	-5,1 %	31.374	28.663	-8,6 %
Asthma bronchiale	37.081	32.976	-11,1 %	34.069	33.484	-1,7 %
COPD	32.137	28.454	-11,5 %	25.436	23.642	-7,1 %
Alle DMP (außer Brustkrebs)	188.144	176.122	-6,4 %	207.251	194.418	-6,2 %

* Diabetes- oder Hypertonie-Schulung

2

2.5 ERREICHEN DER DMP-QUALITÄTSZIELE 2019 UND 2020

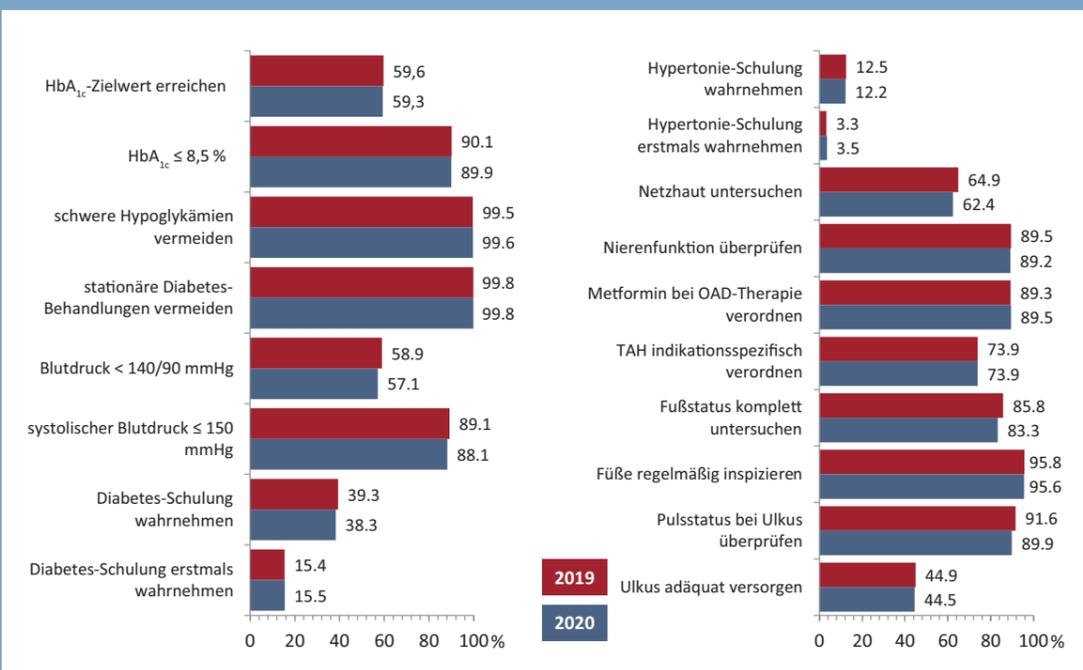
Bislang wurden zur Beschreibung der durch die Corona-Pandemie gekennzeichneten Situation lediglich rein häufigkeitsbasierte Indikatoren (Patienten-, Untersuchungs-, Schulungszahl) angewandt. Daneben stellt sich jedoch die zentrale Frage, ob es im Jahr 2020 zu deutlichen Veränderungen oder sogar durchgängig Rückgängen bei den erreichten Quoten der DMP-Qualitätsziele gekommen ist. Aus Platzgründen wird exemplarisch auf die Ergebnisse in zwei DMP eingegangen Typ-2-Diabetes und KHK. Für die übrigen DMP finden sich die entsprechenden Ausführungen in den Einzelkapiteln dieses Berichts. Eine direkte Gegenüberstellung der 2019 und 2020 erreichten Quoten findet sich außerdem auch im elektronischen Supplement zu diesem Bericht [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 (Abbildung 4). Rückgänge

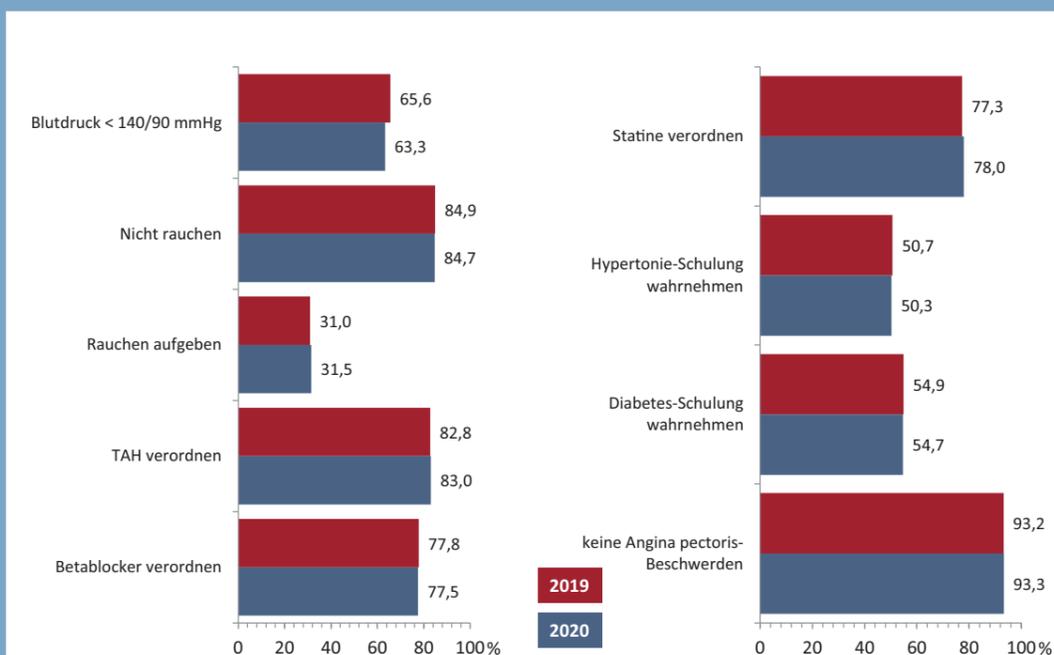
bei den Quoten um jeweils mindestens ein Prozent sind nur bei den beiden Qualitätszielen zum Erreichen niedriger Blutdruckwerte, dem Wahrnehmen einer Diabetes-Schulung, der ophthalmologischen Netzhautuntersuchung, dem Untersuchen des kompletten Fußstatus sowie des Pulsstatus bei bestehendem Ulkus zu verzeichnen. Für die übrigen zwölf Qualitätsziele sind 2020 nur unbedeutende oder überhaupt keine Veränderungen zu 2019 zu erkennen. Über alle Qualitätsziele gemittelt, sind die Quoten 2020 nur um 0,6 Prozent rückläufig.

Noch geringer fallen die Unterschiede bei den Quoten im DMP KHK aus (Abbildung 5). Über alle Qualitätsziele gemittelt ist hier 2020 im Vergleich zu 2019 lediglich eine Abnahme um 0,2 Prozent festzustellen. Der bedeutendste Rückgang findet sich in diesem DMP für das Erreichen eines normotonen Blutdrucks, hier ist die Quote um 2,3 Prozent geringer als im Vorjahr. Auf der anderen Seite hat sich die Quote der Statin-Verordnung um 0,7 Prozent erhöht.

Erreichen der Qualitätsziele im DMP Typ-2-Diabetes 2019 und 2020



Erreichen der Qualitätsziele im DMP Koronare Herzkrankheit 2019 und 2020



2.6 PRÄVALENZ PATIENTENRELEVANTER ENDPUNKTE IM DMP TYP-2-DIABETES 2020

Abschließend werden kurz die Ergebnisse zur Prävalenz vier patientenrelevanter Endpunkte oder relevante Ereignisse in der Patientenpopulation des DMP Typ-2-Diabetes berichtet. Ausgewählt wurden 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 (Tabelle 4). Im Vergleich zu den Zahlen davon betroffener Patienten des Jahres 2010 hat sich somit eine Entwicklung der vergangenen Jahre 2020 kontinuierlich fortgesetzt.

Zahlen der Patienten im DMP Typ-2-Diabetes mit dokumentiertem patientenrelevanten Endpunkt

	2010	2019	2020
Amputation ¹	26,7	18,7	17,2
Dialyse ¹	20,2	17,9	16,8
Erblindung ¹	9,7	6,2	5,5
Schwere Hypoglykämie ²	279,7	133,5	112,2

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

2.7 VORLÄUFIGE BILANZ ZU DEN EFFEKTEN DER CORONA-PANDEMIE AUF DIE DMP

Zum Abschluss des Fokuskapitels wird nach knapp einem Jahr Corona-Pandemie eine vorläufige Bilanz gezogen: Wie hat sich die Situation auf die strukturierte Versorgung chronisch kranker Menschen ausgewirkt? Obwohl die Dokumentationspflicht in den DMP ausgesetzt war, sind die Zahlen der in den Programmen betreuten Patienten 2020 nicht nennenswert zurückgegangen. Als einzige Ausnahme von diesem allgemeinen Trend ist das DMP COPD mit einem etwas stärkeren Rückgang zu nennen. Im DMP Typ-1-Diabetes wurde sogar ein relativ deutlicher Zuwachs bei der Patientenzahl erreicht. Bei den 80-Jährigen oder älteren Patienten ist in fast allen DMP ein zum Teil sehr deutlicher Anstieg zu beobachten. Hinsichtlich der Häufigkeit erfolgreicher DMP-Untersuchungen lässt sich 2020 nur ein leichter Rückgang bei den Folge- oder Wiederholungsuntersuchungen nachweisen, während Erstuntersuchungen oder erneute Wiedereinschreibungen sehr viel 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 – wieder 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 erleiden.

Wie sich die verschiedenen negativen Entwicklungen des Jahres 2020 langfristig auswirken, müssen künftige Untersuchungen zeigen. Relevant sind dabei unter anderem neben den Rückgängen bei der Zahl jüngerer Patienten oder den Erstuntersuchungen in den DMP auch die möglichen Konsequenzen aus einer insgesamt etwas schlechteren Blutdruckeinstellung. Zusammenfassend lässt sich aber derzeit erkennen, dass die Versorgungsqualität in den DMP unter den Bedingungen der Corona-Pandemie 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).

2.8 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>

[nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7146694/pdf/main.pdf](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_finaliter.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/B1548783DC8CD5209C862A8CBC068F3/S1049023X17006574a.pdf>

2.9 INTERVIEW: ERFAHRUNGEN MIT DEN DMP IN EINER PNEUMOLOGISCHEN PRAXIS

Norbert Mülleneisen nimmt als Facharzt für Innere Medizin sowie Lungen- und Bronchialheilkunde in Leverkusen-Rheindorf seit deren Beginn 2006 an den beiden DMP Asthma bronchiale und COPD aktiv teil. Gemeinsam mit zwei Kollegen sowie zwölf Beschäftigten hat er in seiner Einrichtung rund 12.000 Patientenkontakte pro Jahr.

Herr Mülleneisen, wie erleben Sie Ihre tägliche ärztliche Arbeit im Rahmen der DMP?

Es ist Routine. Nach nunmehr 15 Jahren habe ich die Leitlinien so verinnerlicht, dass ich ganz viel automatisch mache und das DMP für die Umsetzung nicht mehr brauche. Dadurch passiert es mir dann oftmals, dass

ich vergesse, einen Patienten einzuschreiben. Aber es ist gerade beim DMP Asthma sinnvoll, das zu machen, um Betroffene frühzeitig zu schulen und nachher mit ihnen besser arbeiten zu können.

Passen die Programme von ihrer derzeitigen Struktur her gut in Ihre Praxisorganisation?

Ja, aber eine gute Zusammenarbeit in der Praxis ist dabei unabdingbar. Das würde ich allein nicht schaffen. Bei der Asthma-Schulung zum Beispiel haben wir eine Mitarbeiterin, die unsere Organisation macht. Sie bestellt die Patienten ein und informiert diese, wenn eine Peak-Flow-Messung notwendig

ist. Außerdem überprüft sie, wenn die Patienten vom Hausarzt zu uns kommen, ob sie ins DMP eingeschrieben und dem richtigen Programm zugeteilt sind. Es hat aber lange gebraucht, bis die Abläufe gestimmt haben. Wir mussten uns mehrfach umorganisieren.

Ist es einfach, die Patienten zur regelmäßigen Teilnahme an den Programmen zu bewegen?

Bei COPD-Patienten ja, bei Asthma-Patienten nicht, wenn sie leicht erkrankt sind. Das muss aber auch nicht sein, weil ein Asthma-Patient nur gelegentlich Beschwerden hat und auch nur dann Medikamente nehmen muss. Wenn er einmal gut geschult wurde, weiß er, wann er seine Medikamente benötigt und wie er damit in der Zukunft umgehen muss. Asthma-

Patienten sollten sinnvollerweise auch beim Hausarzt weiterbetreut werden. Ähnliches gilt für den leichten COPD-Patienten. Er sollte auch geschult, gut eingestellt und dann vom Hausarzt weiterbetreut werden. Nur bei den schweren COPD-Patienten bin ich als Facharzt gefragt, diese dann gemeinsam mit dem Hausarzt zu betreuen.

Spielen für Sie dabei auch die Ergebnisse der halbjährlichen Feedbackberichte eine Rolle?

Die Feedbackberichte schaue ich mir jedes Mal genauer an, weil ich in dem Fachkreis zum DMP Asthma bronchiale/COPD bin. Der Umfang macht mich aber etwas unglücklich. Für den Praxisalltag würde ich mir eine Seite mit den wesentlichen Eck-

daten wünschen: Wo stehe ich im Vergleich? Mit welchem Parameter reiße ich die Latte und wo bin ich vielleicht besser als der Durchschnitt? Wer mehr Informationen möchte, kann noch einmal gezielt im ausführlichen Bericht nachlesen.

Wie bewerten Sie die Schulungsprogramme?

Früher gab es viele verschiedene Inhalationssysteme, die ich auch weiterhin in meinem Device-Koffer habe – falls doch mal ein Patient noch eins der alttümlichen Geräte zum Inhalieren nutzt. Aber das sind zum Glück im Alltag viel weniger geworden. Da gab es im Laufe der Jahre immer mehr Anpassungen. Die Schulung ist insgesamt

sehr hilfreich, sowohl bei den Asthma- als auch bei den COPD-Patienten. Wobei ich mir bei der COPD-Schulung wünsche, dass auch die Tabakentwöhnung mitaufgenommen wird. Wenn sich da bei der Gesetzgebung oder beim Gemeinsamen Bundesausschuss etwas bewegen würde, wäre das wirklich extrem wichtig.

Spielt Multimorbidität auch in Ihrer Patientenkiel eine große Rolle?

Komorbiditäten spielen eine zentrale Rolle und sind grundsätzlich die große Domäne der Hausärzte. Wir als Fachärzte müssen da aber den Kollegen helfen – und damit auch den Patienten gerecht werden. Es ärgert mich, wenn ein Patient zum Beispiel mit Husten zum Pneumologen geht und dieser ihn zurück zum Hausarzt schickt mit dem

Kommentar, der Patient habe kein Asthma und er als Facharzt sei damit der falsche Ansprechpartner. Damit löst er zwar sein Problem, aber nicht das des Patienten. Da muss ich sagen: Leute, macht euren Job richtig und sagt nicht nur, „kein Asthma“ oder „keine COPD“, sondern schaut einmal nach den anderen Ursachen.

Aus Ihrer Perspektive als Facharzt: Sind die vielen, jetzt beschlossenen neuen DMP sinnvoll?

Osteoporose, Rückenschmerzen, Herzinsuffizienz, das sind alles Erkrankungen, mit denen ich auch konfrontiert werde. Häufig untersuche ich Patienten mit Luftnot, bei denen ich dann feststelle, dass ihre Beschwerden nicht durch eine COPD oder Asthma verursacht werden, sondern durch eine Herzinsuffizienz. Der strukturierte Blick auf solche chronischen Erkrankungen ist im DMP

möglich und für die Patienten ganz wichtig. Deshalb finde ich die neuen DMP sehr gut. Ich frage mich nur, ob es nicht sinnvoll ist, ein DMP zu Multimorbidität zu machen. Das muss aber der Hausarzt beantworten, für den es möglichst einfach sein sollte – denn das ist auch für die effektive Behandlung der Patienten elementar.

In den neuen DMP sind erstmals zum Teil auch regelmäßige subjektive Bewertungen der jeweiligen Erkrankungssymptomatik durch die Patienten vorgesehen. Was halten Sie davon?

Das ist etwas, das ein guter Arzt immer machen sollten: auf den Patienten hören, in seiner subjektiven Befindlichkeit, in seiner Betroffenheit. Das ist unsere Aufgabe. Natürlich gibt es Patienten, die übertreiben, die psychisch erkrankt sind und dann die Befunde und Bewertungen anders vornehmen, als sie objektiv vorliegen. Aber was heißt hier

objektiv? Ich muss immer vom Patienten ausgehen. Die subjektive Betrachtung des Patienten sollte viel mehr im Vordergrund stehen als pathophysiologische Erkenntnisse der Erkrankungslehre. Und wenn ein Mensch seinen Zustand möglicherweise nicht richtig beurteilen kann, ist es meine Aufgabe, das ebenfalls zu erkennen und mitzubehandeln.

2

Finden Sie, dass die laufenden DMP schnell genug auf Neuerungen reagieren?

Manchmal war mir diese Anpassung etwas zu bürokratisch und kam etwas spät – doch insgesamt war das in Ordnung. Ein Beispiel ist die Anpassungen der Leitlinie, die ich schon vor zehn Jahren sinnvoll gefunden

hätte. Dabei geht es um die Kombinationstherapie, die nun schon auf Stufe 1 möglich ist. Das ist eine schöne, sinnvolle Entwicklung, die den Patienten hilft und es gleichzeitig auch für die Hausärzte leichter macht.

Was wäre für Sie am stärksten verbesserungsbedürftig in den laufenden DMP?

Also bei Asthma/COPD wäre dies die Aufnahme der Tabakentwöhnung. Es wäre ganz wichtig, damit endlich einmal weiterzukommen. Mir erscheint es völlig irrational, dass man einen Drogena hän-

gigen mit Methadon behandelt und den Entzug bezahlt und bei Tabakabhängigen nicht. Das ist medizinisch für mich nicht nachvollziehbar.

Zumal es ja im DMP COPD sogar ein Qualitätsziel ist ...

Ja, das ist wirklich albern. Und ich fände es schön, wenn auch wir Fachärzte uns ein bisschen mehr mit

Psychosomatik beschäftigen und den Sinn dafür schärfen würden.

Hat es aus Ihrer Sicht während der Pandemie mit den regelmäßigen DMP-Untersuchungen geklappt?

Es hat einige Patienten gegeben, insbesondere schwer Kranke, die nicht gekommen sind. Das ging aber nur, wenn sie stabil waren. Wenn sie dann exazerbierten, kamen sie doch. Ich habe einen einzigen Patienten verloren, alle anderen sind im DMP geblieben. Wir mussten allerdings während der Pandemie die Schulungen auf null herunter-

fahren. Seit diesem Sommer haben wir aber wieder angefangen und es funktioniert – natürlich verändert, in kleinerer Gruppengröße, mit Trennwänden, in einem sehr großen Saal mit Abstand. Wir haben einen riesigen Berg an Schulungen, die in den letzten anderthalb Jahren nicht stattfinden konnten. Die holen wir jetzt alle nach.

Können Sie sich erklären, warum die Versorgungsqualität der Asthma- und COPD-Patienten in den DMP im Jahr 2020 nicht schlechter ausgefallen sind?

Ich werde bei den nächsten COPD-Vorträgen die Maske als bestes nicht medikamentöses Verfahren zur Verhinderung von Exazerbationen vorstellen, weil sie dazu geführt hat, dass wir im letzten Winter im Vergleich zum Vorjahr nur ungefähr die Hälfte der Antibiotika verordnet haben. Die Hälfte an Antibiotika-Verordnungen bedeutet aber auch, dass

es nur die Hälfte der Exazerbationen gab, allein durch die Abstandsregelung und die Hygienemaske. Das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes sollte erhalten bleiben. Bei transplantierten Patienten ist das schon lange normal, zu Recht. Aber jetzt sollten auch alle meine COPD-Patienten immer mit Maske herumlaufen.

Wenn Sie sich mit Blick auf die DMP etwas wünschen könnten, was wäre das?

Eine möglichst rasche Tabakentwöhnung und eine stärkere Tabakkontrolle. Dass wir immer noch Tabakprodukte bewerben dürfen, ärgert mich. Vermutlich führen die Spenden von Tabakfirmen an die verschiedensten

Parteien dazu, dass sich diese nicht stärker für den Gesundheitsschutz einsetzen. Bei der Tabakkontrolle sind wir das Schlusslicht in Europa, andere Länder sind da deutlich weiter.

Vielen Dank, Herr Mülleneisen, für dieses anregende Interview!

Herr Norbert Mülleneisen ist Facharzt für Innere Medizin sowie Lungen- und Bronchialheilkunde in Leverkusen-Rheindorf.

Das Interview führte Dr. phil. Bernd Hagen, der den Fachbereich Evaluation und Qualitätssicherung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland leitet.

3

DMP Diabetes mellitus Typ 2

3.1 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 Nordrhein. Unter den strukturierten Versorgungsprogrammen ist das DMP zum Typ-2-Diabetes damit das älteste. Nur das DMP Brustkrebs erreicht eine vergleichbare Laufzeit.

Wie alle anderen DMP enthält auch das für Typ-2-Diabetes eine Reihe allgemeiner, übergeordneter Ziele. Ergänzend gibt es spezifische, vertraglich in den Anlagen zur Qualitätssicherung festgelegte Indikatoren der Versorgungsqualität. Letztere sind auch ein zentraler Inhalt der regelmäßig für die teilnehmenden Praxen erstellten Feedbackberichte.

Die übergeordneten Ziele des DMP Typ-2-Diabetes beziehen sich in der Regel auf patientenrelevante Ereignisse. Meist handelt es sich um schwerwiegende Folgen einer jahrelangen Erkrankung an Diabetes mellitus, deren Auftreten nach Möglichkeit verhindert werden soll.

Im vorliegenden Programm zählen hierzu insbesondere schwere Stoffwechsellstörungen, Herzinfarkte, Schlaganfälle und gravierende Folgekomplikationen wie eine Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Dialyse. Auch eine voranschreitende diabetische Retinopathie mit einer möglichen Erblindung sowie das Auftreten eines diabetischen Fußsyndroms mit schlecht heilenden Läsionen und der möglichen Konsequenz von Amputationen gehören in diesen Bereich.

All die genannten Ereignisse beeinträchtigen nicht nur die Lebensqualität, sondern beeinflussen auch 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. Neben der Darstellung der aktuellen Qualitätszielerreichung soll im weiteren Verlauf dieses Kapitels deshalb die Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz einer Auswahl schwerwiegender Erkrankungsfolgen genauer analysiert werden.

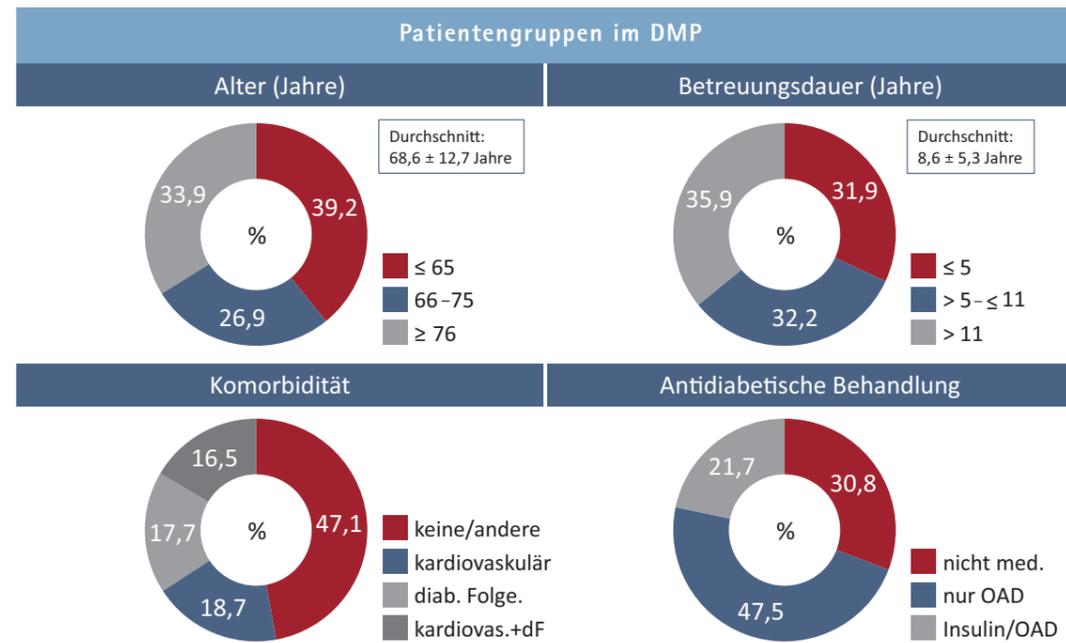
■ Patienten:	571.338	■ Mittleres Alter:	68,6 Jahre
■ Veränderung zu 2019:	-412	■ Mittlere DMP-Teilnahmedauer:	8,6 Jahre
■ Patienten mit aktueller Folgedokumentation:	556.010	■ Anzahl aktiver ärztlicher Teilnehmer:	5.256
■ Erreichte Patienten:	89-97 %	■ Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen:	58
■ Hausärztlich betreut:	91,3 %		

3

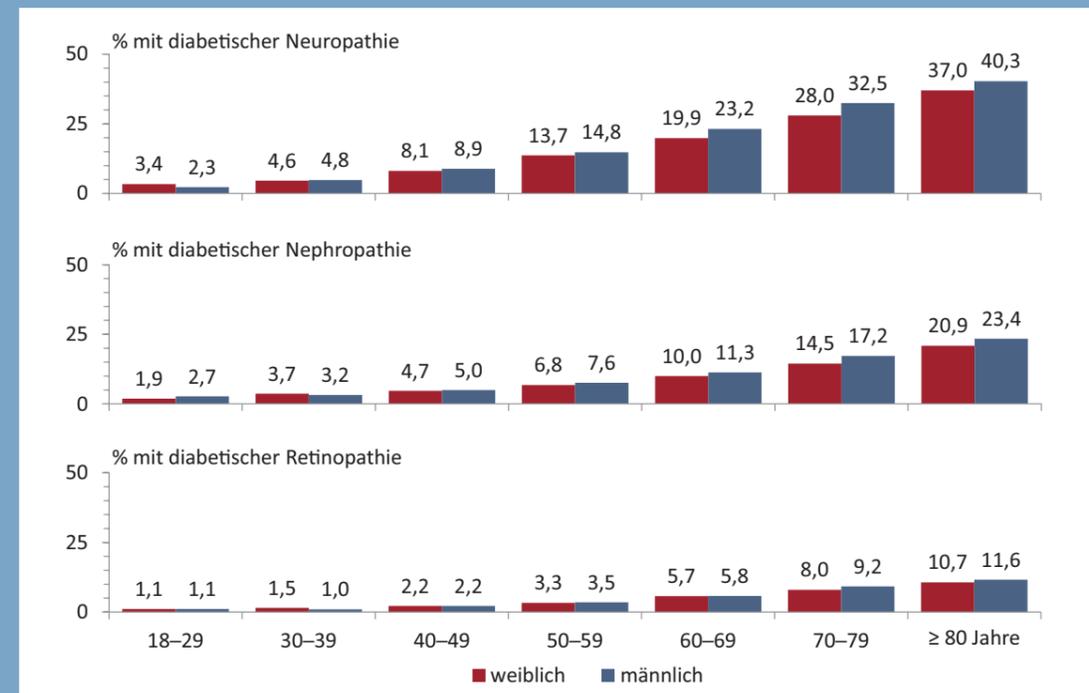
3.2 PATIENTEN IM DMP

Im Jahr 2020 werden insgesamt 571.338 Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 2 betreut, 97,3 Prozent unter ihnen verfügen über eine aktuelle Folgedokumentation aus diesem Jahr. Alle nachfolgenden Darstellungen beziehen sich ausschließlich auf diese Teilgruppe. Die Betreuung erfolgt bei 91,3 Prozent der Patienten in

hausärztlichen Praxen. Das mittlere Alter der Patienten liegt bei fast 69 Jahren, über ein Drittel ist 76 Jahre oder älter. Die durchschnittliche Betreuungsdauer im DMP beträgt 8,6 Jahre, ein Drittel der Patienten ist länger als elf Jahre im DMP. Der Frauenanteil liegt bei 48,1 Prozent.



Häufigkeit diabetischer Folgekomplikationen



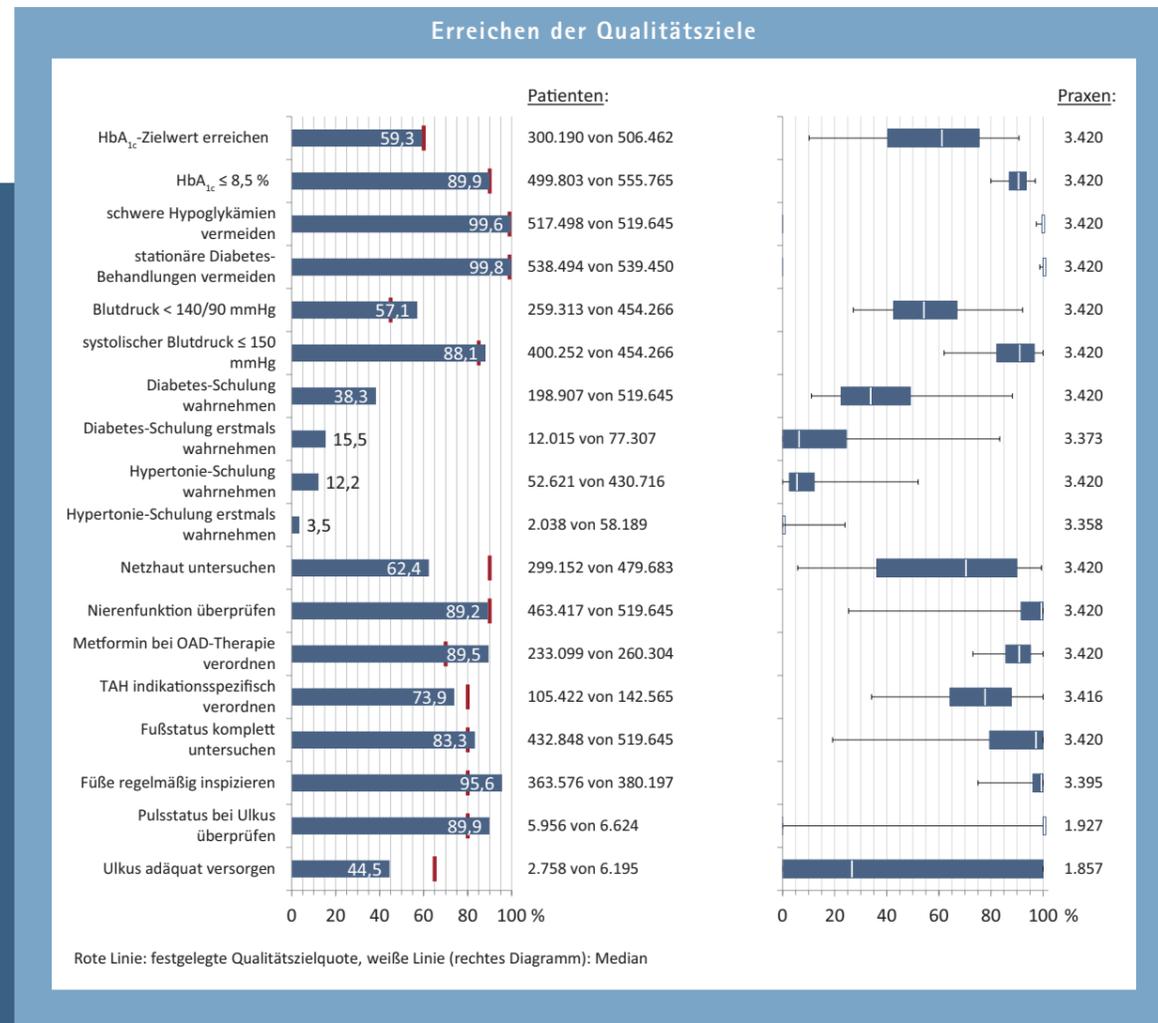
Knapp 31 Prozent der Patienten werden nicht medikamentös antidiabetisch behandelt. Ungefähr die Hälfte erhält nur orale Antidiabetika, bei etwas über einem Fünftel erfolgt die Behandlung mit Insulin. Nimmt man die Häufigkeit ausgewählter Begleit- und Folgeerkrankungen als Indikator für die Dauer der Diabeteserkrankung, ist bei etwa 34 Prozent der Patienten davon auszugehen, dass sie schon seit längerem an Diabetes mellitus erkrankt sind. So sind bei fast 18 Prozent diabetische Folgekomplikationen und bei weiteren 16,5 Prozent

diabetische Folgekomplikationen gepaart mit zusätzlichen kardiovaskulären Begleiterkrankungen nachzuweisen. Wie sich zeigt, ist die Häufigkeit des Auftretens von Folge- und Begleiterkrankungen stark altersabhängig. Während etwa eine diabetische Neuropathie nur bei ungefähr drei Prozent der bis zu 29-Jährigen vorliegt, sind hiervon etwa 38 Prozent der Altersgruppe 80 Jahre und älter betroffen. Ähnlich verhält es sich bei diabetischer Nephro- oder Retinopathie, bei denen ebenfalls eine altersbedingte Zunahme dokumentiert ist.

3.3 VERSORGUNGSQUALITÄT

Die Versorgungsqualität der Patienten im DMP wird anhand 18 unterschiedlicher patienten- bzw. behandlungsbezogener Indikatoren oder Qualitätszielen beurteilt. Mit Ausnahme der vier Schulungsziele weisen alle Ziele eine anzustrebende Vorgabe bzw. Zielquote auf. Wie schon im Vorjahr wird in 2020 die Zielquote bei neun von den insgesamt 14 quantitativen Qualitätszielen erreicht oder sogar deutlich überschritten. Bei zweien wird sie nur knapp unterschritten (HbA_{1c}-

Zielwert erreichen, Überprüfen der Nierenfunktion). Lediglich drei Ziele (Netzhaut untersuchen, TAH verordnen, Ulkus adäquat versorgen) weisen einen großen Unterschied zwischen tatsächlich erreichter und anzustrebender Quote auf. Untersucht man die Schwankungsbreite oder den Interquartilbereich der Zielerreichung pro Praxis, offenbaren sich teils beträchtliche Differenzen in Bezug auf die Patientenanteile, die in den Praxen vorliegen.



So ähneln sich die erreichten Quoten zum Beispiel für die Ziele Vermeiden eines hohen HbA_{1c}- oder systolischen Blutdruckwerts, Verordnen von Metformin oder Überprüfen der Nierenfunktion. Große Unterschiede zwischen den Praxen bestehen hingegen unter anderem bei demjenigen Anteil der Patienten, die ihren individuellen HbA_{1c}-Zielwert erreichen, eine Schulung im DMP-Verlauf wahrnehmen oder augenärztlich untersucht werden.

Hinsichtlich der langfristigen zeitlichen Veränderungen bei den erreichten Zielquoten existieren unterschiedliche Trends. Für eine Gesamtdarstellung zu allen Zielen über den Zeitraum von 2010 bis 2020 sei hier auf die Darstellung im DMP-Atlas NRW hingewiesen

[zi-dmp.de/dmp-atlas_nrw]. Dort können 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 Prozent für die Ziele eines HbA_{1c}-Werts von höchstens 8,5 Prozent, einer jährlichen Nierenfunktionsprüfung oder einer Metformin-Verordnung. Ein leichtes Absinken ist dagegen 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.

3.4 AUSGEWÄHLTE BEFUNDE, ANTIDIABETISCHE THERAPIE UND SCHULUNGEN

Weit über ein Drittel aller Patienten weist einen HbA_{1c} unter 6,5 Prozent auf. Bei den Patienten ab 70 Jahren sind es sogar fast vier von zehn. Bei etwas über einem Achtel liegt dieser Wert bei über acht Prozent, auch hiervon sind die älteren Patienten seltener betroffen. Schwere Hypoglykämien traten im Berichtsjahr bei lediglich 0,3 Prozent aller Patienten respektive bei

1,1 Prozent derjenigen auf, die mit Insulin behandelt wurden; ältere Patienten erleiden sie etwas häufiger. Insgesamt ist die Zahl schwerer Hypoglykämien im DMP-Verlauf stark zurückgegangen. So wurde 2010 ein solches Ereignis noch bei 4.189 Patienten oder einem Prozent aller und 2,8 Prozent derjenigen festgehalten, die mit Insulin behandelt wurden.

Fakten in Kürze I: Stoffwechseleinstellung, schwere Hypoglykämien und Blutdruck						
	Alle Patienten		< 70 Jahre		≥ 70 Jahre	
Mittlerer HbA _{1c} in %	7,01 ± 1,24		7,13 ± 1,35		6,90 ± 1,11	
HbA _{1c} < 6,5 %	36,8 %		34,6 %		39,0 %	
HbA _{1c} > 8,0 %	15,8 %		18,8 %		12,7 %	
Schwere Hypoglykämie bei n Pat.*	1.851 (0,33 %)		827 (0,30 %)		1.023 (0,37 %)	
Insulintherapie und schwere Hypoglykämie bei n Pat.*	1.354 (1,12 %)		567 (1,02 %)		786 (1,20 %)	
Mittlerer Blutdruck in mmHg (sys dias)	134 ± 16	79 ± 9	133 ± 15	80 ± 9	135 ± 16	78 ± 9
Systolischer Blutdruck < 130 mmHg	31,1 %		32,8 %		29,4 %	
Systolischer Blutdruck > 150 mmHg	11,0 %		10,0 %		12,0 %	

*Schwere Hypoglykämien dokumentiert im Jahr 2020 bei n Patienten.

Ein systolischer Blutdruck unter 130 mmHg findet sich je nach Altersgruppe bei etwa 29 bis 33 Prozent der Patienten, einen Wert über 150 mmHg haben zehn bis zwölf Prozent.

69 Prozent aller Patienten im DMP werden medikamentös antidiabetisch behandelt. Am häufigsten

wird Metformin verabreicht. Die Verordnung sonstiger (oralen) Antidiabetika übertrifft seit einigen Jahren die von Insulin und nimmt kontinuierlich zu.

Auf Ebene der einzelnen Praxen bestehen große Spanne in der Verordnungshäufigkeit – vor allem bei Metformin und einer nicht medikamentösen Therapie.

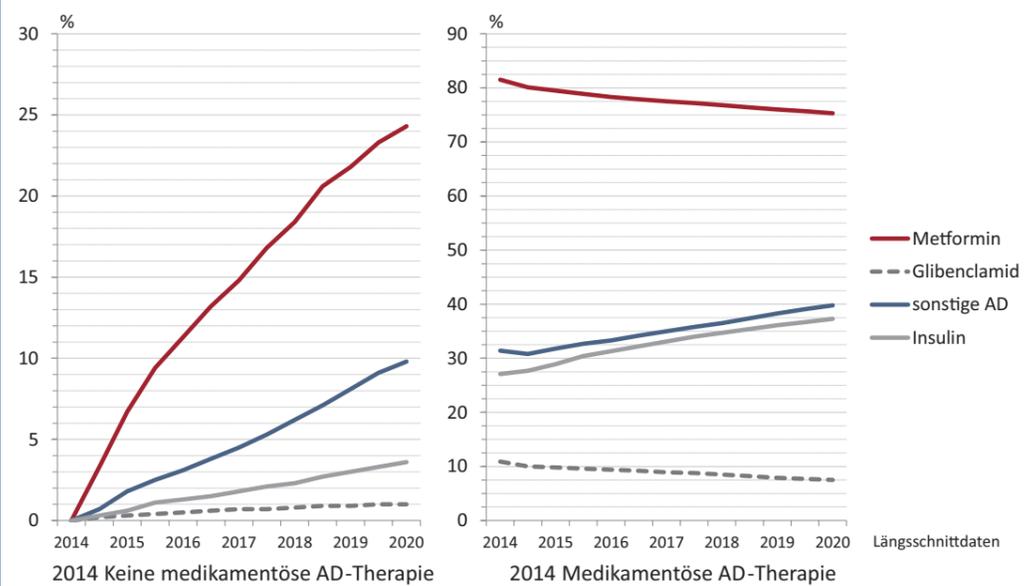
Fakten in Kürze II: Antidiabetische Therapie		
	Anteil	Interquartil
Metformin	55,4 %	48,2–67,1 %
Glibenclamid	4,0 %	1,1–6,0 %
Sonstige (orale) Antidiabetika	26,3 %	18,3–35,3 %
Insulin oder Insulinanaloga	21,7 %	15,4–26,7 %
Nicht medikamentöse Therapie	30,8 %	17,6–37,5 %

Interquartil: Verordnungshäufigkeiten in den mittleren 50 Prozent aller Praxen, die mindestens zehn Patienten betreuen.

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 (oralen) Antidiabetika. Insulin wird dagegen in dieser frühen Erkrankungsphase nur sehr zurückhaltend verschrieben. 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 die Patienten im Rahmen des DMP dazu befähigen, ihren Krankheitsverlauf besser zu bewältigen und informierte Patientenentscheidungen treffen zu können. Betroffene, die nicht schulungsfähig oder willig sind, sollen nicht in ein DMP eingeschrieben werden. Patienten, die eine Schulung innerhalb von zwölf Monaten nach einer entsprechenden Empfehlung ohne einen nachvollziehbaren Grund nicht wahrnehmen, werden aus dem DMP ausgeschrieben. Seit Einsetzen der Corona-Pandemie ist diese Regelung jedoch vorerst ausgesetzt.

Im Laufe der DMP-Teilnahme wurde knapp der Hälfte aller Patienten eine Diabetes-Schulung empfohlen, wobei etwas mehr als die Hälfte dieser Gruppe der Empfehlung gefolgt ist. 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 weniger als einem Zehntel der seither eingeschriebenen Patienten festgehalten. 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 fast acht von zehn Patienten mit einer solchen 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 eine noch etwas höhere Quote als für eine Diabetes-Schulung in einem vergleichbaren Zeitraum festzustellen.

Fakten in Kürze III: Schulungen

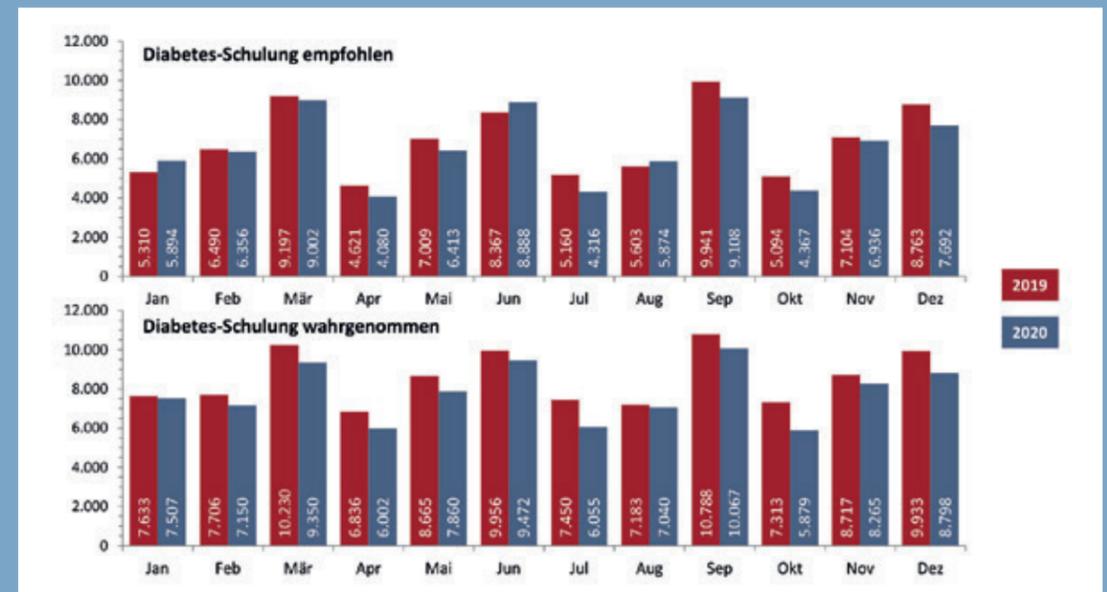
	Diabetes	Hypertonie
Schulung empfohlen ¹	44,2 %	13,2 %
Empfohlene Schulung wahrgenommen ²	54,5 %	42,1 %
Schulung vor dem DMP ³	8,5 %	1,8 %
Schulung in jüngerer Zeit ⁴	78,8 %	84,9 %

(1) Im gesamten DMP-Verlauf empfohlen, (2) innerhalb von zwölf 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 zweiten und vierten Quartal sowie im Sommermonat

Juli zu einem ausgeprägten Rückgang sowohl bei den empfohlenen als auch den wahrgenommenen Diabetes-Schulungen gekommen ist.

Diabetes-Schulungen 2019 versus 2020

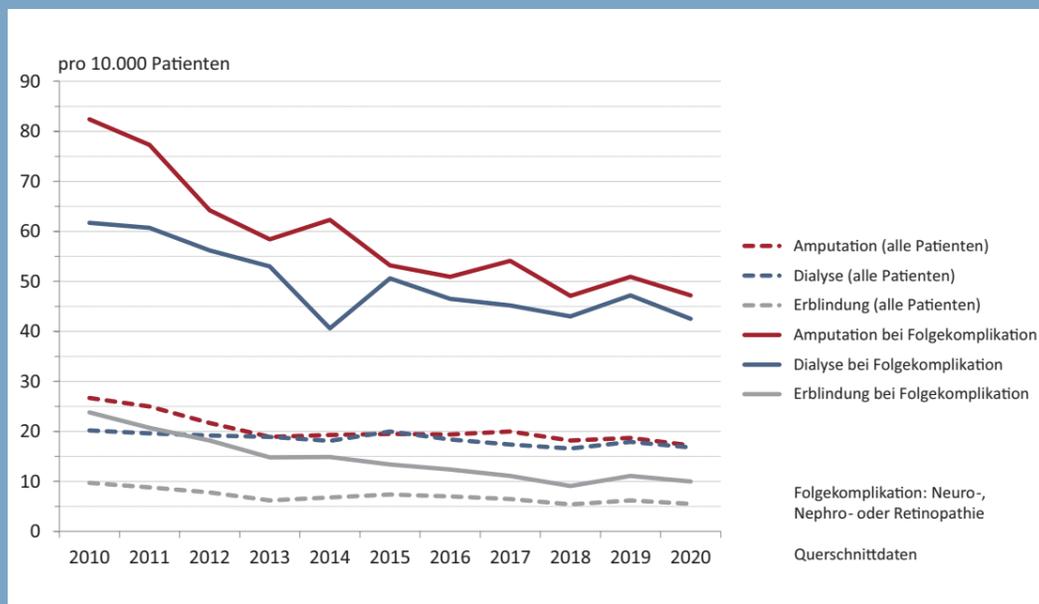


3.5 HÄUFIGKEIT UND NEUAUFTRETEN PATIENTENRELEVANTER EREIGNISSE

Die Häufigkeit schwerwiegender diabetischer Folgeschädigungen ist in der Gruppe der im DMP betreuten Patienten seit Jahren rückläufig. Im Zeitraum von 2010 bis 2020 sank die Zahl betroffener Patienten pro jeweils 10.000 Patienten für Amputationen von 27 auf 17, für eine Dialysepflicht von 20 auf 17 und

für eine Erblindung von zehn auf sechs. Betrachtet man nur solche Patienten, bei denen im jeweiligen Jahr eine diabetische Neuro-, Nephro- oder Retinopathie vorliegt, lassen sich ähnliche Relationen erkennen (Amputation 82 versus 47, Dialysepflicht 62 versus 43, Erblindung 24 versus zehn).

Häufigkeit einer Amputation, Dialysepflicht oder Erblindung



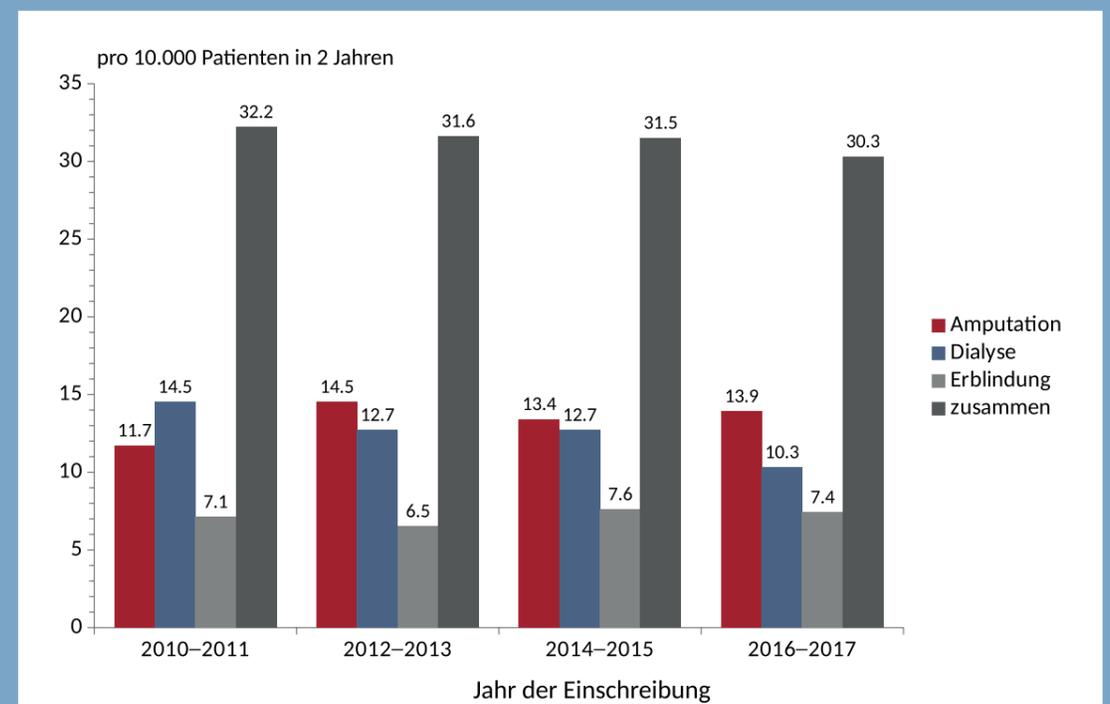
Aufgrund der Seltenheit des Neuauftretens werden nachfolgend immer zwei Einschreibejahrgänge sowie die zwei Jahre nach dem Zeitpunkt der Einschreibung betrachtet. Eine Analyse für die in 2018 bis 2019 eingeschriebenen Patienten ist vor diesem Hintergrund erst im Bericht für das Jahr 2021 möglich.

Hinsichtlich des Neuauftretens beziehungsweise 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 Trends. Dabei bleibt das Neuauftreten einer Amputation mit zwölf bis 15, einer Erblindung mit sieben bis acht und eines nicht tödlichen Herzinfarkts mit 62

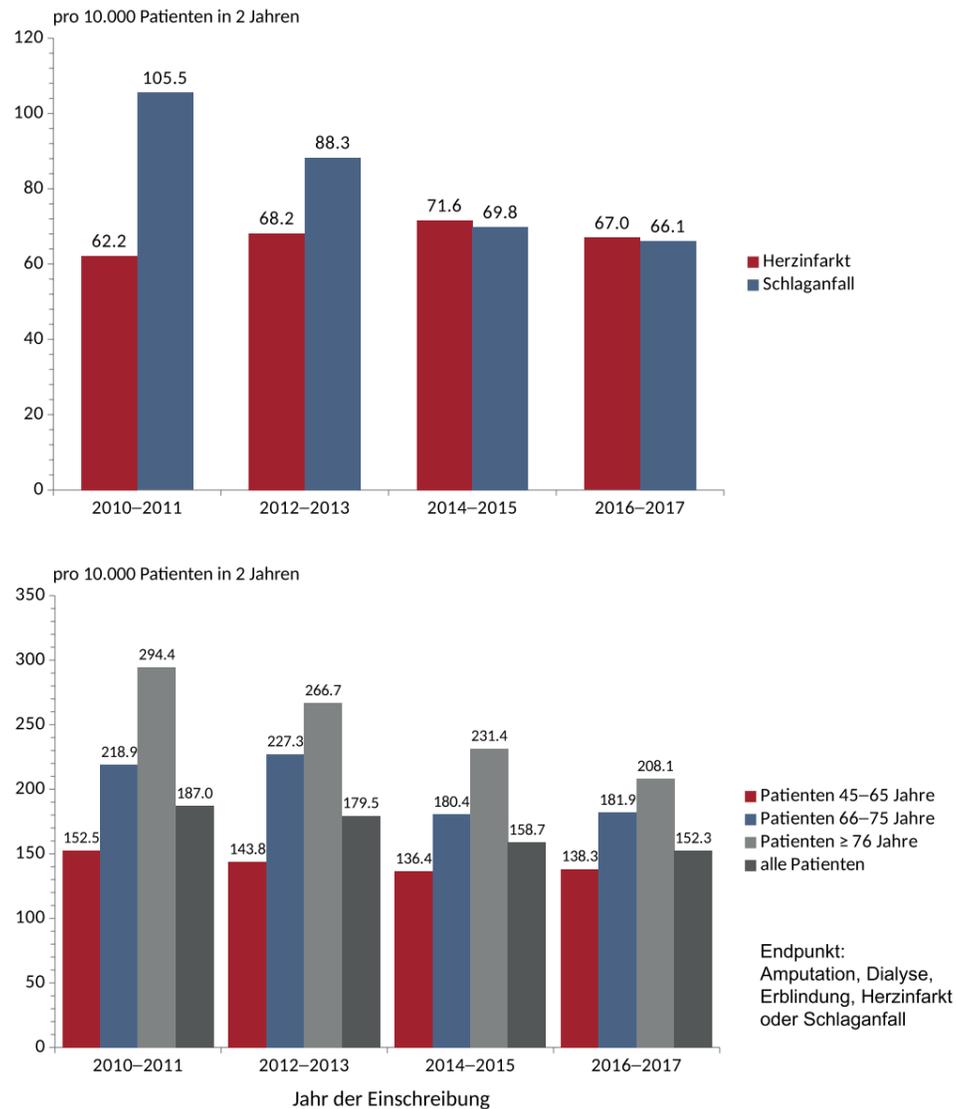
bis 72 Betroffenen pro 10.000 Patienten über die betrachteten Kohorten relativ konstant.

Dagegen ist im Vergleich der Kohorten 2010/11 und 2016/17 das Neuauftreten einer Dialysepflicht von 15 auf zehn und das eines nicht tödlichen Schlaganfalls von 106 auf 66 pro 10.000 Patienten deutlich zurückgegangen. Fasst man alle fünf Ereignisse zusammen und betrachtet deren Neuauftreten getrennt nach Altersgruppen, ist der deutlichste Rückgang in der Gruppe der ältesten Patienten festzustellen. Allerdings zeigt sich auch bei den Jüngeren tendenziell ein leichter 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



Neuaufreten patientenrelevanter Ereignisse



3.6 RESÜMEE: WAS LÄUFT IM DMP TYP-2-DIABETES GUT UND WAS KANN NOCH BESSER WERDEN?

- Mit einem Anteil von etwa 89 bis 97 Prozent der mutmaßlich an Typ-2-Diabetes erkrankten, gesetzlich krankenversicherten Patienten in der Region erreicht das DMP weiterhin fast alle Betroffenen.
- Anhand der innerhalb des DMP festgelegten insgesamt 18 unterschiedlichen Indikatoren ist die Versorgungsqualität für die betreuten Patienten als sehr gut einzustufen. Bei neun der 14 Indikatoren, für die eine bestimmte Quote anzustreben ist, wird jene erreicht oder sogar überschritten.
- Exemplarisch hierfür sind vor allem die gute Stoffwechseleinstellung und die weiterhin rückläufige Zahl jährlich auftretender schwerer Hypoglykämien sowie diabetesbedingter stationärer Behandlungen. Das Gleiche gilt für die sehr häufig erfolgenden regelmäßigen Überprüfungen der Nierenfunktion und des Fußzustands.
- In Bezug auf die regelmäßige Augenuntersuchung, die indikationsspezifische Verordnung von Thrombozyten-Aggregationshemmern und die adäquate Ver-

sorgung der kleinen, jedoch klinisch bedeutsamen Gruppe von Patienten mit Ulzera besteht nach wie vor Verbesserungspotenzial.

■ 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 Neuauftritts schwerwiegender diabetischer Folgeschädigungen festzustellen. Hierbei treten vor allem ein nicht tödlicher Schlaganfall oder eine Dialysepflicht seltener neu auf. Für die Zukunft ist eine ähnliche Entwicklung in Bezug auf das Neuaufreten eines nicht tödlichen Herzinfarkts und einer Amputation anzustreben.

■ Im DMP erfolgt eine am 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 79 Prozent respektive 85 Prozent der betreffenden Patienten.

4

DMP Diabetes mellitus Typ 1

4.1 HINTERGRUND UND ALLGEMEINE ZIELE DES DMP

Das DMP Diabetes mellitus Typ 1 startete in Nordrhein im Jahr 2006. Analog zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 dienen die übergeordneten Ziele der Verbesserung der Lebensqualität sowie der Erhöhung der Lebenserwartung. Dies umfasst die Vermeidung beziehungsweise Reduktion mikrovaskulärer Folgekomplikationen oder des diabetischen Fußsyndroms,

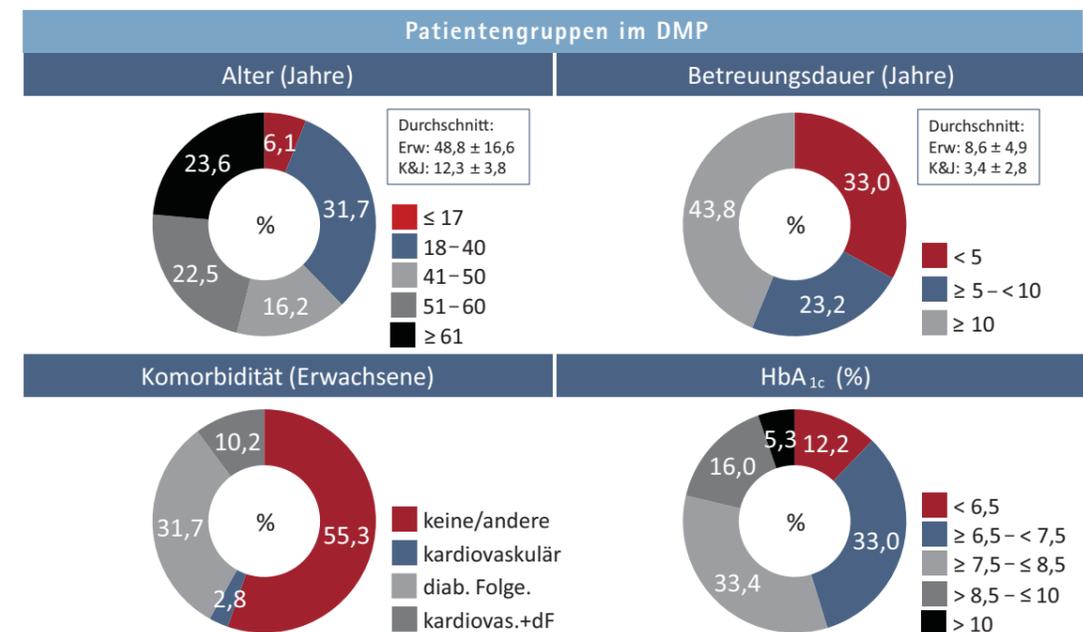
kardialer, zerebrovaskulärer und sonstiger makroangiopathischer Begleiterkrankungen sowie von Stoffwechsellentgleisungen. Für Kinder und Jugendliche steht zusätzlich eine altersentsprechende körperliche, geistige und psychosoziale Entwicklung im Fokus.

4.2 PATIENTEN IM DMP

In der Region Nordrhein werden im Jahr 2020 insgesamt 32.015 Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 1 betreut, für 31.132 der Patienten liegt eine aktuelle Folgedokumentation aus diesem Jahr vor.

häufigkeit des Typ-1-Diabetes bei Männern liegt auch im DMP der Anteil von Männern über dem der Frauen (55,5 Prozent versus 44,5 Prozent). Kinder und Jugendliche machen lediglich einen geringen Anteil aus. Fast jeder vierte Patient ist über 60 Jahre alt, vier von zehn Betroffenen werden bereits seit zehn Jahren oder länger im DMP betreut.

Mit 92,6 Prozent wird der größte Teil der Patienten durch diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP) betreut. Aufgrund der etwas höheren Auftretens-



■ Patienten:	32.015	■ DSP-betreut:	92,6 %
■ davon Kinder und Jugendliche:	2005 (6,3 %)	■ Mittleres Alter:	46,6 Jahre
■ Veränderung zu 2019:	+888	■ Mittlere DMP-Teilnahmedauer:	8,3 Jahre
■ Patienten mit aktueller Folgedokumentation:	31.132	■ Anzahl aktiver ärztlicher Teilnehmer:	741
■ Erreichte Patienten:	79-90 %	■ Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen:	16

Von den erwachsenen Patienten sind 41,9 Prozent von mindestens einer diabetischen Folgekomplikation oder -schädigung betroffen, 13 Prozent 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 Prozent auf. Demgegenüber ist bei etwas mehr als einem Fünftel der Patienten ein Wert über 8,5 Prozent dokumentiert.

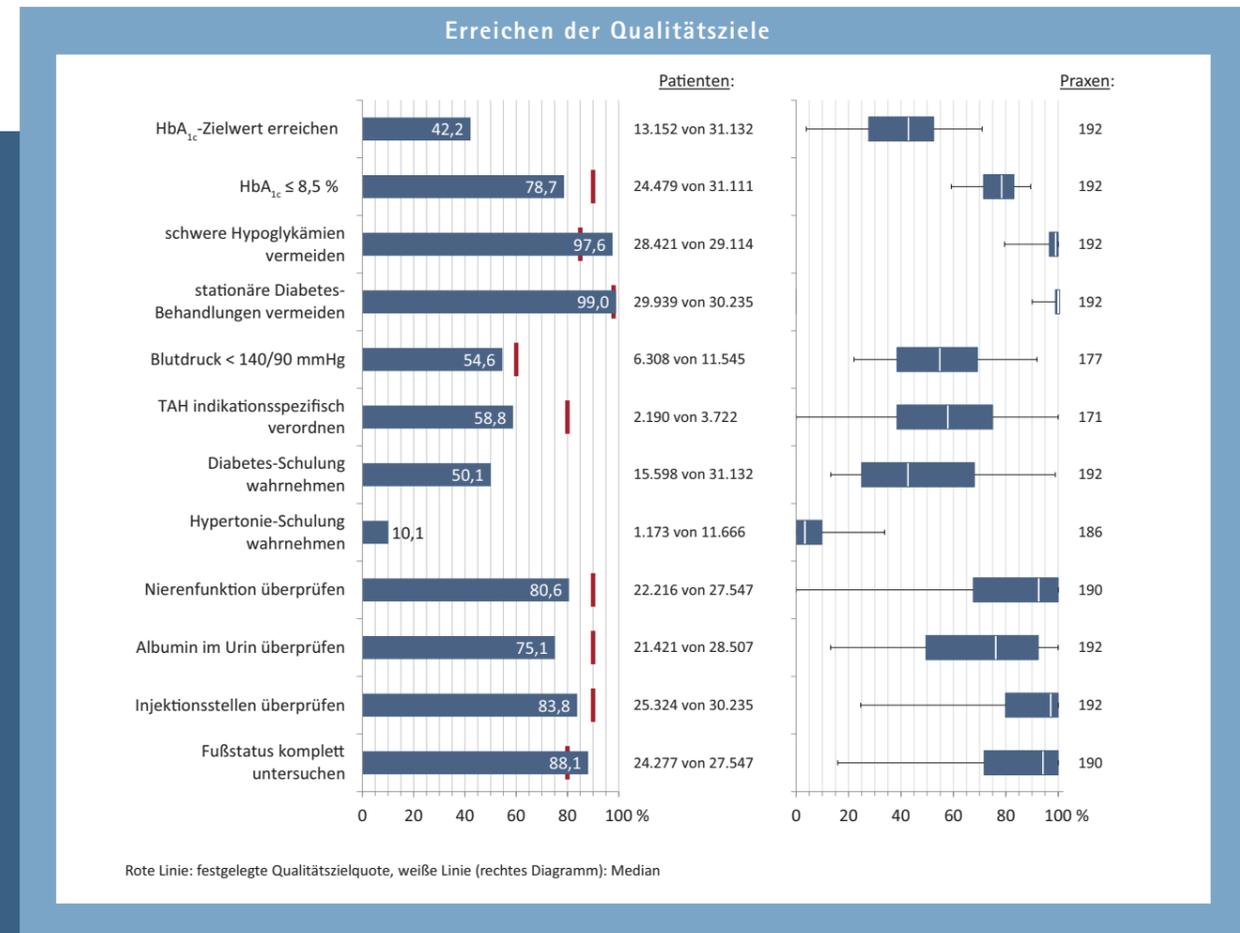
4.3 VERSORGUNGSQUALITÄT

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

Für drei unter ihnen (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 Untersu-

chung des Fußstatus werden übertroffen. Auch die vorgegebene Quote bei der Vermeidung stationärer diabetesbedingter Behandlungen wird in 2020 erreicht.

Betrachtet man die Streubreiten in der Erreichung der Qualitätsziele, wird augenfällig, dass die Diskrepanz zwischen den einzelnen Praxen mitunter erheblich ausfällt.



4.4 AUSGEWÄHLTE BEFUNDE UND SCHULUNGEN

Bei der Stoffwechseleinstellung lässt sich ein Altersunterschied bei den Patienten beobachten: Der mittlere HbA_{1c}-Wert der Kinder und Jugendlichen liegt gering über demjenigen der Erwachsenen. Auch leiden die

Minderjährigen häufiger unter schweren Hypoglykämien. Für die Altersgruppe 60 Jahre und älter wird häufiger ein HbA_{1c} unter 7,5 Prozent sowie deutlich seltener ein Wert von über 8,5 Prozent dokumentiert.

Fakten in Kürze I: Stoffwechseleinstellung, schwere Hypoglykämien und Blutdruck

	Kinder und Jugendliche	Erwachsene			
		< 60 Jahre		≥ 60 Jahre	
Mittlerer HbA _{1c} in %	7,94 ± 1,32	7,80 ± 1,37		7,61 ± 1,08	
HbA _{1c} < 7,5 %	37,8 %	45,1 %		47,4 %	
HbA _{1c} > 8,5 %	25,3 %	22,9 %		16,2 %	
Schwere Hypoglykämie bei n Pat.*	55 (2,94 %)	354 (1,72 %)		160 (2,03 %)	
Mittlerer Blutdruck in mmHg (sys dias)		129 ± 16	79 ± 10	136 ± 18	77 ± 10
Systolischer Blutdruck < 130 mmHg		48,0 %		31,1 %	
Systolischer Blutdruck > 140 mmHg		17,0 %		29,1 %	

*Schwere Hypoglykämien dokumentiert im Jahr 2020 bei n Patienten.

Allgemein lässt sich mit zunehmendem Alter 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 5,8 Prozent noch recht selten auf. Dementgegen sind 35,3 Prozent der erwachsenen DMP-Patienten unter 60 Jahren und 67,8 Prozent der Altersgruppe ab 60 Jahren 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 hingegen eher selten.

Alle Folgekomplikationen nehmen mit höherem Alter

deutlich zu. Den stärksten Anstieg verzeichnen hier die Neuropathie- beziehungsweise die Amputations- und Erblindungshäufigkeit.

Männliche Patienten im fortgeschrittenen Alter leiden häufiger unter Neuropathien. Besonders fallen die wesentlich höheren Amputationsquoten bei der Altersgruppe ab 60 Jahren ins Auge. Im Gegensatz zu weiblichen Patienten sind Männer öfter dialysepflichtig. Jüngere Frauen hingegen erkranken häufiger an Retinopathien – bei älteren Frauen treten entsprechend mehr Erblindungen auf als bei Männern.

Ein diabetisches Fußsyndrom (Vorliegen eines Ulkus, weitere Risiken für Ulzera oder einer Wundinfektion) ist für knapp ein Sechstel der Patienten ab 60 Jahren dokumentiert.

Fakten in Kürze II: Folgekomplikationen und diabetisches Fußsyndrom bei Erwachsenen

	Frauen		Männer	
	< 60 Jahre	≥ 60 Jahre	< 60 Jahre	≥ 60 Jahre
Neuropathie	19,0 %	51,3 %	19,5 %	56,5 %
Retinopathie	20,4 %	33,0 %	17,2 %	33,8 %
Nephropathie	14,2 %	26,2 %	13,4 %	29,2 %
Amputation	3,9 ‰	8,2 ‰	7,1 ‰	23,1 ‰
Erblindung	4,6 ‰	12,5 ‰	4,3 ‰	8,5 ‰
Dialyse	8,2 ‰	11,7 ‰	11,2 ‰	13,7 ‰
Diabetisches Fußsyndrom	7,4 %	17,2 %	8,6 %	17,5 %

Einen besonderen Stellenwert innerhalb sämtlicher DMP besitzt die Schulungsteilnahme. Schulungen sollen die Patienten beim Umgang mit ihrer Erkrankung unterstützen, ihre Lebensqualität erhalten und die Prognose des Diabetes verbessern. Betrachtet man die Schulungsquoten in jüngerer Zeit, so zeigt sich, dass von denjenigen Patienten, für die im Vorjahr eine diabetesspezifische Schulungsempfehlung dokumentiert wurde, 87,6 Prozent ein solches Training im selben Jahr beziehungsweise im Berichtsjahr wahrgenommen haben. Von den Patienten mit arterieller Hypertonie haben im gleichen Zeitraum 89,7 Prozent eine empfohlene Hypertonie-Schulung wahrgenommen.

Hinsichtlich der Schulungen im DMP sind verschiedene Betrachtungsweisen möglich. Zwischen 2008 und 2017 wurde der Schulungsstatus der Patienten bei Einschreibung ins DMP nicht dokumentiert. Von den Patienten, die vor dieser Zeit eingeschrieben wurden, haben neun von zehn an einer Diabetes-

schulung teilgenommen. Drei von zehn derjenigen, 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, wobei knapp zwei Drittel diese im Anschluss wahrgenommen haben. In der Gruppe der Teilnehmer, für die im Vorjahr eine diabetesspezifische Schulungsempfehlung dokumentiert wurde, haben fast neun von zehn eine solche Schulung im selben Jahr beziehungsweise im Berichtsjahr besucht.

Im Fall der Hypertonieschulungen zeigt sich hier ein besonderer Effekt: Während sich bei allen anderen Betrachtungen geringe bis sehr geringe Quoten ergeben, sind mehr als neun von zehn Patienten mit arterieller Hypertonie der Schulungsempfehlung vom Vorjahr zeitnah nachgekommen.

Fakten in Kürze III: Schulungen

	Diabetes	Hypertonie
Schulung empfohlen ¹	52,2 %	6,3 %
Empfohlene Schulung wahrgenommen ²	63,4 %	30,9 %
Schulung vor dem DMP ³	29,9 %	2,2 %
Schulung in jüngerer Zeit ⁴	87,6 %	89,7 %

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

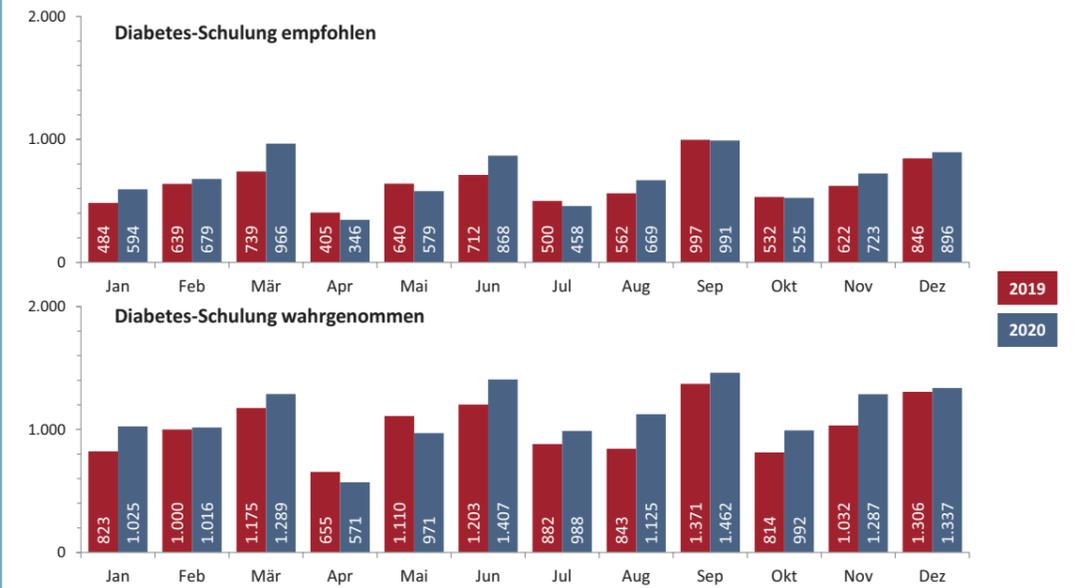
4.5 VERGLEICH DER JAHRE 2019 UND 2020: EFFEKTE DER CORONA-PANDEMIE

Im DMP Diabetes mellitus Typ 1 lässt sich im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr kein Rückgang der eingeschriebenen Patienten verzeichnen. Insgesamt sind 2.371 Patienten neu in das DMP eingeschrieben. Verglichen mit den neu Eingeschriebenen des Vorjahres (2.747 Patienten) sind die Neuzugänge von 2020 vergleichbar alt (2020: 39,3 ± 20,2 versus 2019: 39,0 ± 20,8 Jahre), haben etwas häufiger HbA_{1c}-Werte über 8,5 Prozent (47,8 versus 44,2 Prozent) und sind gleich häufig von diabetischen Folgekomplikationen (10,0 versus 9,6 Prozent) beziehungsweise von kardiovaskulären Begleiterkrankungen (5,4 versus 5,7 Prozent) betroffen. Vergleicht man die Quoten der Qualitätszielerreichung aller Patienten, so lassen sich meist nur marginale Abweichungen beobachten. Jedoch zeigt sich, dass einige der Kontrolluntersuchungen etwas seltener

durchgeführt wurden. Dies betrifft vor allem die Überprüfung der Nierenfunktion (-2,5 Prozentpunkte) sowie des Urin-Albumingehalts (-2,9 Prozentpunkte). Auch erreichen weniger Patienten mit arterieller Hypertonie normotone Blutdruckwerte (-2,7 Prozentpunkte). Hingegen steigt der Anteil an Patienten mit einem HbA_{1c}-Wert von maximal 8,5 Prozent um 1,8 Prozentpunkte an.

Der Vergleich der absoluten Häufigkeiten empfohlener und wahrgenommener Schulungen in 2020 macht deutlich, dass vor allem in den Monaten April und Mai – und damit parallel zum ersten Lockdown – niedrigere Zahlen als im Vorjahr zu beobachten sind.

Diabetes-Schulungen 2019 versus 2020



4.6 RESÜMEE: WAS LÄUFT IM DMP TYP-1-DIABETES GUT UND WAS KANN NOCH BESSER WERDEN?

- Die Betroffenen mit Typ-1-Diabetes werden im DMP in Nordrhein weitestgehend von spezialisierten Diabetologen betreut. Schätzungen zufolge sind bis zu 90 Prozent der Betroffenen mit Typ-1-Diabetes in Nordrhein in das DMP eingeschrieben.
- Die Indikatoren weisen auf eine hohe Qualität der strukturierten Versorgung bei 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.
- Vergleicht man jedoch die Quoten der Qualitätsziele in 2020 mit denen des Vorjahres, so zeigt sich ein leichter Rückgang der Kontrolluntersuchungen. Ob es sich hierbei um Auswirkungen der Corona-Pandemie handelt, müssen weitere Analysen zeigen.
- Verglichen mit dem Vorjahr wurden Diabetes-Schulungen im Frühjahr 2020 deutlich seltener empfohlen beziehungsweise wahrgenommen. Die Ausfälle konnten im Verlauf des restlichen Jahres jedoch kompensiert werden.
- Wünschenswert wäre eine Zunahme der zweijährlichen Augenuntersuchungen. Diese stellen seit Mitte 2008 kein Qualitätsziel mehr da und sind seit Jahren rückläufig. Die aktuelle Quote liegt bei 72,6 Prozent.

5

DMP Koronare Herzkrankheit

5.1 HINTERGRUND UND ALLGEMEINE ZIELE DES DMP

Seit dem 1. Mai 2003 können in Deutschland Verträge zum DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) abgeschlossen werden. Der Vertrag hierzu besteht in der Region Nordrhein seit 2004. Damit ist das DMP für Patienten mit KHK das drittälteste unter den strukturierten Versorgungsprogrammen.

Die übergeordneten Ziele des DMP KHK beziehen sich auf die Langzeitversorgung der betreuten Patienten, die möglichst kontinuierlich und strukturiert erfolgen soll. Hierdurch sollen sowohl Symptomatik als auch Lebensqualität der Patienten günstig beeinflusst werden. Mithilfe einer entsprechenden Betreuung, Information

und Schulung soll die Sterblichkeit reduziert und die kardiovaskuläre Morbidität verringert werden, 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. Vor diesem Hintergrund werden in den nachfolgenden Abschnitten des Kapitels neben den primären Ergebnissen der Versorgungsqualität auch Befunde zur Entwicklung der Morbidität der KHK-Patienten dargestellt.

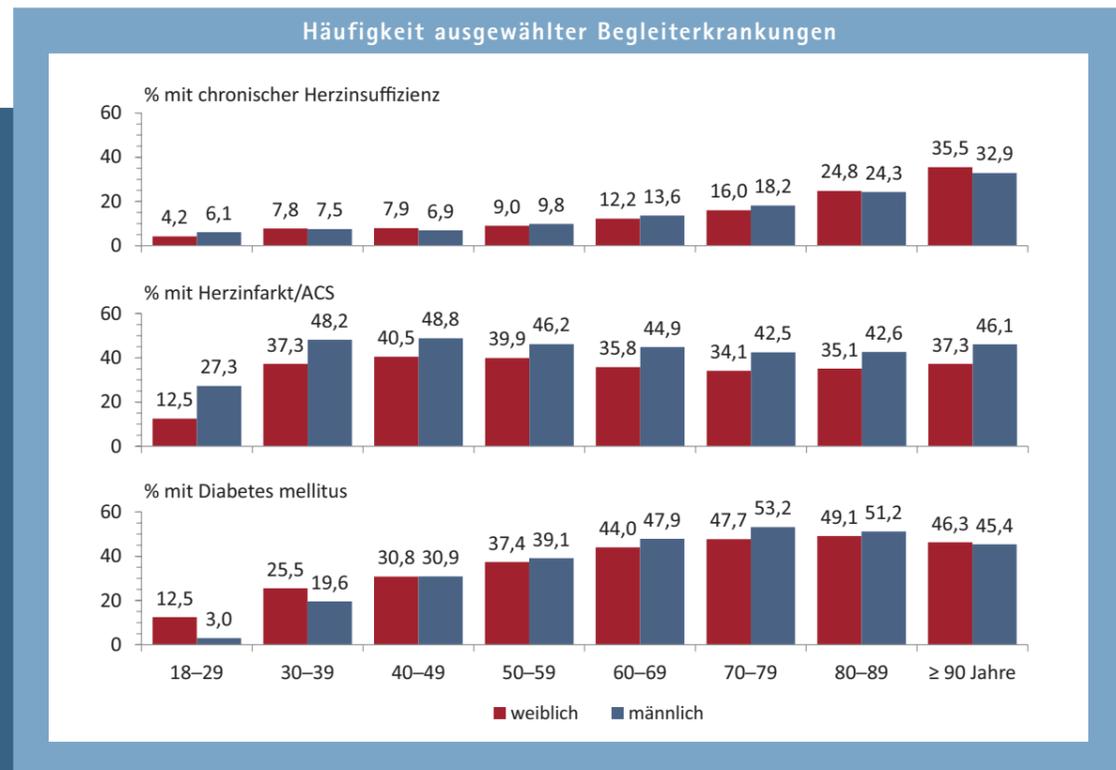
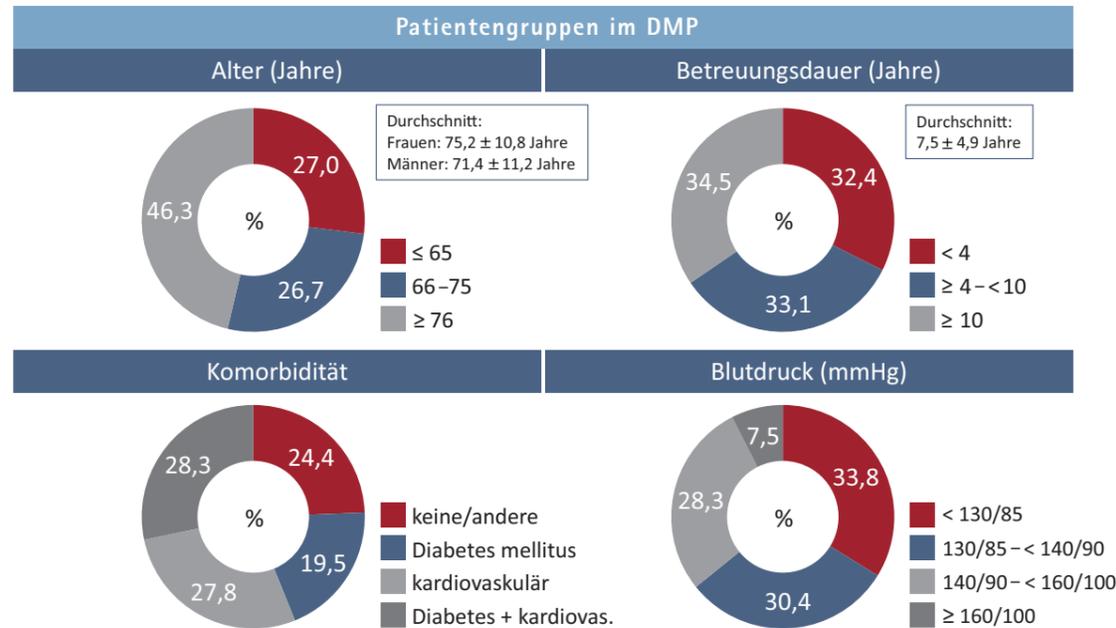
5.2 PATIENTEN IM DMP

Im Jahr 2020 werden insgesamt 262.014 Patienten im DMP KHK betreut, 97 Prozent der Patienten verfügen zudem über eine aktuelle Folgedokumentation aus diesem Jahr. Alle nachfolgenden Darstellungen beziehen sich allein auf diese Teilgruppe. Die Betreuung erfolgt nahezu ausschließlich in hausärztlichen Praxen (98,2 Prozent). Der Frauenanteil der Patienten liegt bei 35,3 Prozent. Das mittlere Alter beträgt annähernd 73 Jahre – wobei die im DMP betreuten Frauen durchschnittlich fast vier Jahre älter als die Männer sind. Fast die Hälfte aller Patienten ist über 75 Jahre alt. Im Vergleich zu den übrigen strukturierten

Versorgungsprogrammen sind im DMP KHK die mit Abstand ältesten Patienten eingeschrieben. Die durchschnittliche Betreuungsdauer beträgt mehr als sieben Jahre, ein Drittel der Patienten ist zehn Jahre oder länger im DMP.

So gut wie alle (98,3 Prozent) der im DMP KHK betreuten Patienten weisen mindestens eine Begleit- und Folgeerkrankung auf. Blendet man eine arterielle Hypertonie (88,6 Prozent) und eine Fettstoffwechselstörung (78,7 Prozent) aus, dann tritt Diabetes mellitus (47,8 Prozent) am häufigsten auf.

■ Patienten:	262.014	■ Mittleres Alter:	72,8 Jahre
■ Veränderung zu 2019:	-1.381	■ Mittlere DMP-Teilnahmedauer:	7,5 Jahre
■ Patienten mit aktueller Folgedokumentation:	254.219	■ Anzahl aktiver ärztlicher Teilnehmer:	5.076
■ Erreichte Patienten:	circa 71 %	■ Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen:	64
■ Hausärztlich betreut:	98,2 %		



Eine kardiovaskuläre Begleiterkrankung, also ein Herzinfarkt oder akutes Koronarsyndrom (ACS), eine Herzinsuffizienz, eine arterielle Verschlusskrankheit oder ein Schlaganfall sind anamnestisch bei über einem Viertel der Patienten bekannt; kombiniert mit einem Diabetes mellitus sind fast drei von zehn KHK-Patienten davon betroffen. Je älter die KHK-Patienten, desto häufiger sind bei ihnen die meisten Begleiterkrankungen nachgewiesen. So steigt zum Beispiel die Häufigkeit einer chronischen Herzinsuffizienz von zehn bis 13 Prozent in der Patientengruppe zwischen 50 und 69 Jahren auf 25 bis 34 Prozent ab einem Alter von 80

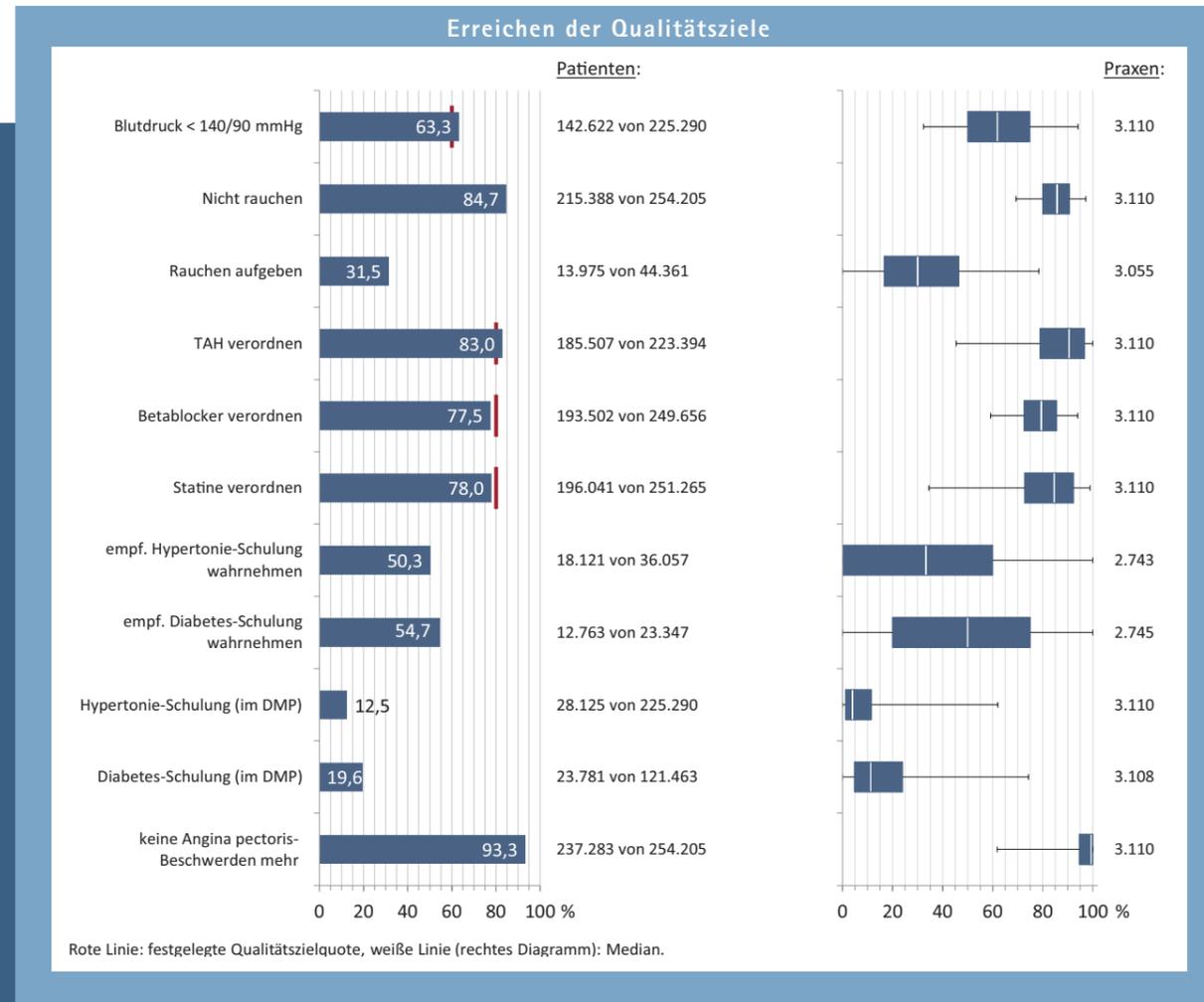
Jahren. Ein vergleichbarer Zusammenhang zwischen Alter und Häufigkeit zeigt sich für die Begleiterkrankung Diabetes mellitus: Der hier festzustellende leichte Rückgang in der Gruppe der ältesten KHK-Patienten ist mutmaßlich Folge des selektiven Ausscheidens respektive Versterbens betroffener Patienten.

Etwa zwei Drittel der DMP-Teilnehmer haben einen normotonen Blutdruck unter 140/90 mmHg, bei knapp über einem Viertel liegt er zwischen 140/90 mmHg und unter 160/100 mmHg, bei knapp acht von 100 Patienten wird der Wert von 160/100 mmHg überschritten.

5.3 VERSORGUNGSQUALITÄT

Die Versorgungsqualität der Patienten im DMP KHK wird anhand elf verschiedener Qualitätsziele beurteilt. Vier davon, jeweils zum Blutdruck und zu den Verordnungen, weisen eine quantitative Vorgabe auf. Von diesen vier Qualitätszielen wird in 2020 die anzustrebende Zielquote erneut im Falle eines normotonen Blutdrucks bei arterieller Hypertonie erreicht, ebenso beim Verordnen von Thrombozyten-Aggregationshemmern (TAH). Bei den anderen beiden quantitativ definierten Zielen, dem Verordnen von Betablockern beziehungsweise Statinen, werden die angestrebten Quoten leicht unterschritten. Hohe Quoten werden ebenfalls erreicht bei den Zielen zum Nichtrauchen

und Vermeiden von Angina-pectoris-Beschwerden. Das Wahrnehmen einer empfohlenen Schulung innerhalb von zwölf Monaten ist über die gesamte Zeitspanne seit DMP-Beginn bei etwa der Hälfte der aktuell betreuten KHK-Patienten gelungen. Unabhängig von einer spezifischen Empfehlung sind in der Gesamtgruppe aller KHK-Patienten im DMP-Verlauf nur relativ geringe Schulungsquoten festzustellen. Knapp ein Drittel der Patienten, die bei ihrer Einschreibung ins DMP noch aktive Raucher waren, habt das Rauchen aufgegeben.



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.

5.4 AUSGEWÄHLTE BEFUNDE, MEDIKAMENTÖSE THERAPIE UND SCHULUNGEN

Der systolische Blutdruck liegt bei knapp zwei Drittel der KHK-Patienten unter 140 mmHg. Dies ist bei unter 76-Jährigen häufiger der Fall als bei älteren Patienten. Gegenüber der Situation im Jahr 2010 (70,6 Prozent beziehungsweise 67,1 Prozent) hat sich in beiden Altersgruppen der Anteil leicht reduziert. Sehr wenige KHK-Patienten weisen einen systolischen Blutdruck über 150 mmHg auf – auch dies ist bei Älteren etwas häufiger der Fall. Allerdings zeigt sich hier gegenüber 2010 (6,5 Prozent beziehungsweise 8,1 Prozent) eine Zunahme dieses Anteils. Vergleichsweise unabhängig vom Alter findet sich

bei jeweils etwa einem Sechstel der Patienten ein LDL-Cholesterinwert unter 70 mg/dl respektive über 135 mg/dl. Da zwischen 2008 und 2015 die LDL-C-Werte nicht dokumentiert wurden, muss man hier für einen adäquaten Vergleich etwas weiter in die Vergangenheit schauen: Gegenüber 2008 (< 70 mg/dl: 7,8 Prozent in beiden Altersgruppen; > 135 mg/dl: 23 Prozent beziehungsweise 26 Prozent) hat sich der Anteil von Patienten mit einem LDL-C unter 70 mg/dl mehr als verdoppelt, 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	
	Mittlerer Blutdruck in mmHg (sys dias)	132 ± 15	79 ± 9	133 ± 16
Systolischer Blutdruck < 140 mmHg	68,6 %		65,6 %	
Systolischer Blutdruck > 150 mmHg	8,2 %		9,8 %	
Mittleres LDL-C in mg/dl	100,2 ± 36,3		101,1 ± 36,4	
LDL-Cholesterin < 70 mg/dl	18,0 %		17,5 %	
LDL-Cholesterin > 135 mg/dl	15,1 %		15,8 %	

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 Verordnung von Kalziumantagonisten oder Nitraten verbirgt.

Neben Geschlecht und Alter sind dabei die Verordnungsquoten 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 91,3 Prozent beziehungsweise

88,5 Prozent, die von Betablockern auf 85,1 Prozent respektive 80,9 Prozent, die von Statinen auf 86,7 Prozent beziehungsweise 82,4 Prozent und die einer sonstigen KHK-spezifischen Medikation auf 70,9 Prozent beziehungsweise 75,7 Prozent. Bei KHK-Patienten mit einer Herzinsuffizienz sind ebenfalls höhere Verordnungsquoten bei Betablockern (84,3 Prozent), ACE-Hemmern/Sartanen (78,4 Prozent), deren kombinierter Verordnung (68,0 Prozent) sowie einer sonstigen Medikation (77,4 Prozent) zu verzeichnen.

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

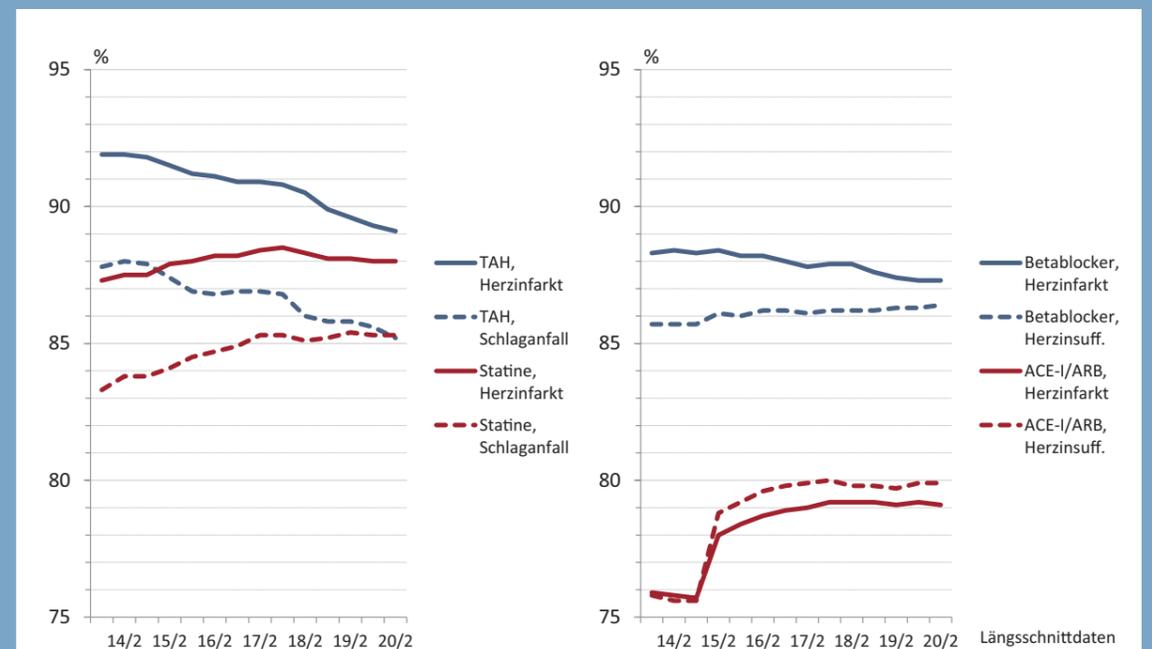
Fakten in Kürze II: Medikamentöse Behandlung der KHK		
	Anteil	Interquartil
Thrombozyten-Aggregationshemmer	83,0 %	78,8–96,8 %
Antikoagulanzen	11,5 %	2,2–18,9 %
Betablocker	77,5 %	72,5–85,6 %
ACE-Hemmer	69,0 %	60,5–80,0 %
Sartane	13,6 %	1,2–22,8 %
Diuretika*	30,8 %	15,0–43,8 %
Statine	78,0 %	72,7–92,3 %
Sonstige KHK-spezifische Medikation	68,2 %	59,1–83,6 %

* Nur für Patienten, die parallel im DMP Typ-2-Diabetes betreut werden; Interquartil: Verordnungshäufigkeiten in den mittleren 50 Prozent aller Praxen, die mindestens zehn 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. Zugenommen hat zum Beispiel die Statin-Verordnung bei KHK-Patienten mit einem Herzinfarkt oder Schlaganfall, ebenso von Betablockern und ACE-Hemmern/Sartanen bei einer Herzinsuffizienz. Dagegen geht die Verordnung von TAH und Betablo-

ckern bei Betroffenen mit Herzinfarkt tendenziell etwas zurück. Bei der rückläufigen TAH-Verordnung ist jedoch einordnend darauf hinzuweisen, dass es parallel zu einem deutlichen Anstieg der Quoten für die Verordnung oraler Antikoagulanzen gekommen ist, seit diese im DMP dokumentiert werden kann: So lag der Anteil 2015/2016 noch bei 4,5 Prozent respektive 6,7 Prozent und hat sich seither annähernd verdoppelt.

Medikamentöse Therapie im Zeitverlauf



Etwa einem Sechstel (Diabetes: einem Fünftel) der aktuell betreuten Patienten wurde im Verlauf ihrer DMP-Teilnahme eine Schulung empfohlen. Jeweils knapp die Hälfte hat diese innerhalb eines Jahres wahrgenommen.

Die genannten Quoten bilden allerdings die Ergebnisse des gesamten DMP-Verlaufszeitraums seit 2004 ab.

Fokussiert man dementsprechend nur jene Patienten, denen eine Schulung erst vor Kurzem empfohlen wurde und bei denen aktuell die Möglichkeit zur Wahrnehmung besteht, sind sehr viel höhere Quoten zu erkennen. Deutlich mehr als vier Fünftel der Patienten, denen im Vorjahr eine Hypertonie- oder Diabetes-Schulung empfohlen wurde, haben diese entweder im Vorjahr oder im Berichtsjahr wahrgenommen.

Fakten in Kürze III: Schulungen

	Hypertonie	Diabetes
Schulung empfohlen ¹	16,0 %	19,2 %
Empfohlene Schulung wahrgenommen ²	45,4 %	49,6 %
Schulung in jüngerer Zeit ³	82,8 %	84,8 %

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

5.5 VERGLEICH DER JAHRE 2019 UND 2020: EFFEKTE DER CORONA-PANDEMIE

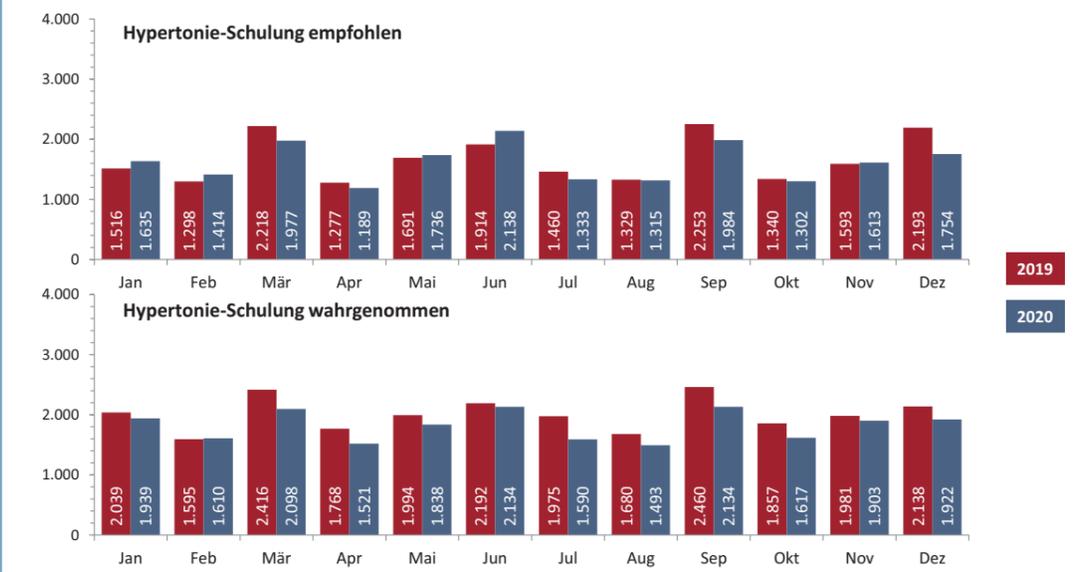
Im Jahr 2020 werden 23.549 Patienten neu in das DMP Koronare Herzkrankheit eingeschrieben. Der Vergleich mit den Erstdokumentationen der 25.948 Patienten aus dem Vorjahr zeigt, dass beide Kohorten im Durchschnitt ungefähr gleich alt sind (2020: 67,8 ± 11,8 versus 2019: 68,1 ± 11,9 Jahre), ähnlich häufig unter kardiovaskulären Begleiterkrankungen, Diabetes mellitus oder COPD litten und in vergleichbarem Ausmaß eine stabile Angina-pectoris-Symptomatik aufwiesen. Hingegen hatten die in 2020 neu eingeschriebenen Teilnehmer häufiger einen Blutdruck über 140/90 mmHg (38,4 Prozent versus 35,8 Prozent).

Entsprechend nimmt 2020 auch die Quote beim Qualitätsziel eines normotonen Blutdrucks bei Vorliegen einer arteriellen Hypertonie im Vergleich zum Vorjahr um 2,3 Prozentpunkte ab. Hinsichtlich der übrigen Qualitätsziele sind im Vergleich zum Vorjahr lediglich marginale Unterschiede im Bereich von -0,4 bis +0,7 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 für 2019 und 2020, so lässt sich erkennen, dass diese in den ersten beiden Monaten des Jahres 2020 noch häufiger als im Vorjahr dokumentiert wurden. Danach liegen die Zahlen fast kontinuierlich unterhalb der Vorjahreswerte.

Auch hinsichtlich der Häufigkeit der dokumentierten Schulungswahrnehmungen zeigen sich fast für das gesamte Jahr 2020 niedrigere Werte als in 2019. Besonders ausgeprägt sind diese Rückgänge im März und April sowie von Juli bis Oktober.

Hypertonie-Schulungen 2019 versus 2020



5.6 RESÜMEE: WAS LÄUFT IM DMP KORONARE HERZKRANKHEIT GUT UND WAS KANN NOCH BESSER WERDEN?

- Im Jahr 2020 geht im DMP KHK die Patientenzahl leicht zurück. Schätzungen ergeben, dass mittlerweile sieben von zehn aller mutmaßlich an einer KHK erkrankten gesetzlich Versicherten in der Region am DMP teilnehmen.
- Gemessen an den insgesamt elf Indikatoren des DMP 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 Anteil Betroffener ohne Angina-pectoris-Beschwerden sind ebenfalls hoch.
- Ein Potenzial für weitere Verbesserungen besteht sicherlich beim Anteil normotoner Patienten, der aktuell bei rund zwei Dritteln liegt und im Vergleich zum Vorjahr um 2,3 Prozentpunkte sank. Wünschenswert wäre ebenfalls, einen größeren Teil der Raucher unter den Betroffenen zu einem Verzicht bewegen zu können; dies gelingt bei weniger als einem Drittel.
- 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 Statin-Verordnungen bei Betroffenen mit einem Herzinfarkt oder Schlaganfall, ebenso wie die von Betablockern und 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 wahrnehmen konnte.
- Trotzdem zeigt der Vergleich mit dem Vorjahr hier deutliche Veränderungen: Sowohl Empfehlung als auch Wahrnehmung der Hypertonie-Schulungen lagen 2020 zum Teil erheblich unterhalb des Vorjahres-Niveaus. Ob sich dies in den kommenden Jahren auf die Versorgungsqualität der Patienten im DMP KHK auswirken wird, ist zurzeit nicht absehbar.

6

DMP Asthma bronchiale

6.1 ALLGEMEINE ZIELE DES DMP

In der DMP-Anforderungen-Richtlinie zu dem DMP Asthma bronchiale sind folgende Ziele festgelegt

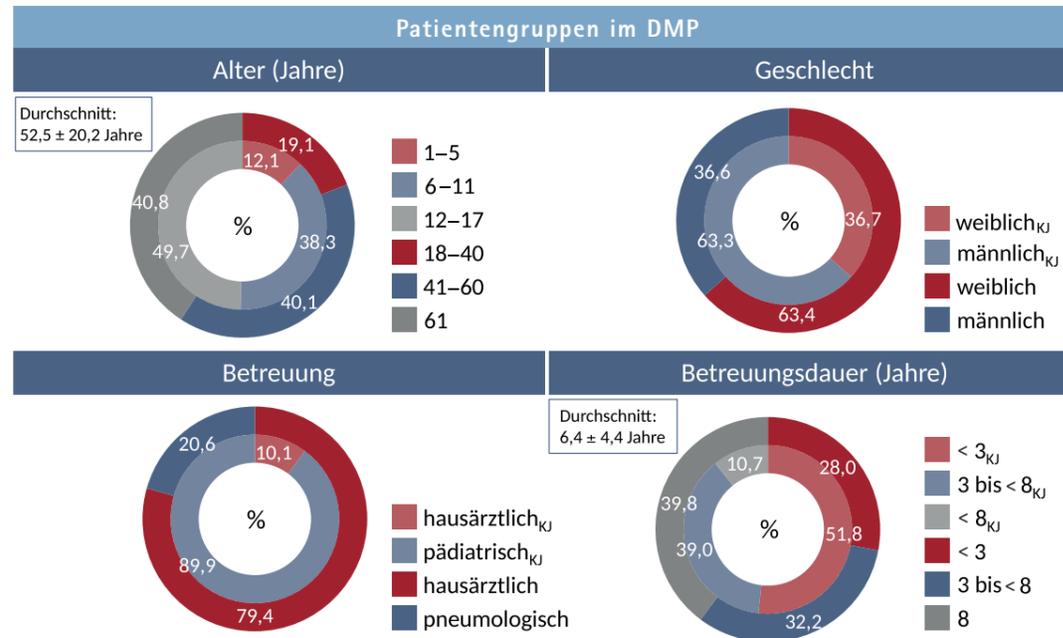
- Vermeidung/Reduktion von:
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (zum Beispiel Symptome, Asthma-Anfälle/Exazerbationen),
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen,
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
 - einer Progredienz der Krankheit,
 - unerwünschten Wirkungen der Therapie,
- bei Normalisierung beziehungsweise Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität:
- Reduktion der asthmbedingten Letalität
- adäquate Behandlung der Komorbiditäten
- Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen

6.2 PATIENTEN IM DMP

Im Jahr 2020 werden insgesamt 116.715 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation im DMP Asthma bronchiale betreut. Ausgehend von dieser Basis werden innerhalb des DMP Asthma bronchiale 8.090 Kinder und Jugendliche zwischen sechs und 17 Jahren (6,9 Prozent, 1.187 Patienten weniger als 2019) sowie 1.111 Kleinkinder zwischen

einem und fünf Jahren (1 Prozent, 324 Patienten mehr als 2019) betreut. Die Behandlung erfolgt in Bezug auf die erwachsenen Patienten überwiegend in hausärztlichen Praxen, während Kinder und Jugendliche größtenteils in pädiatrischen Praxen betreut werden.

	2020	2019		
■ Patienten:	122.753	123.753	■ Hausärztlich betreut (Erwachsene):	83,3 Prozent
■ Patienten mit aktueller Folgedokumentation:	116.715	116.813	■ Mittleres Alter (Erwachsene):	56,1 Jahre
■ Neueinschreibungen:	8.781	10.429	■ Mittlere DMP-Teilnahmedauer (Erwachsene):	6,7 Jahre
■ Kinder und Jugendliche:	9.201	10.064	■ Anzahl aktiver ärztlicher Teilnehmer:	4.606
■ Erreichte Patienten:	circa 25 %		■ Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen:	28
■ Pädiatrisch betreut (Patienten unter 18 Jahren):	89,9 %			



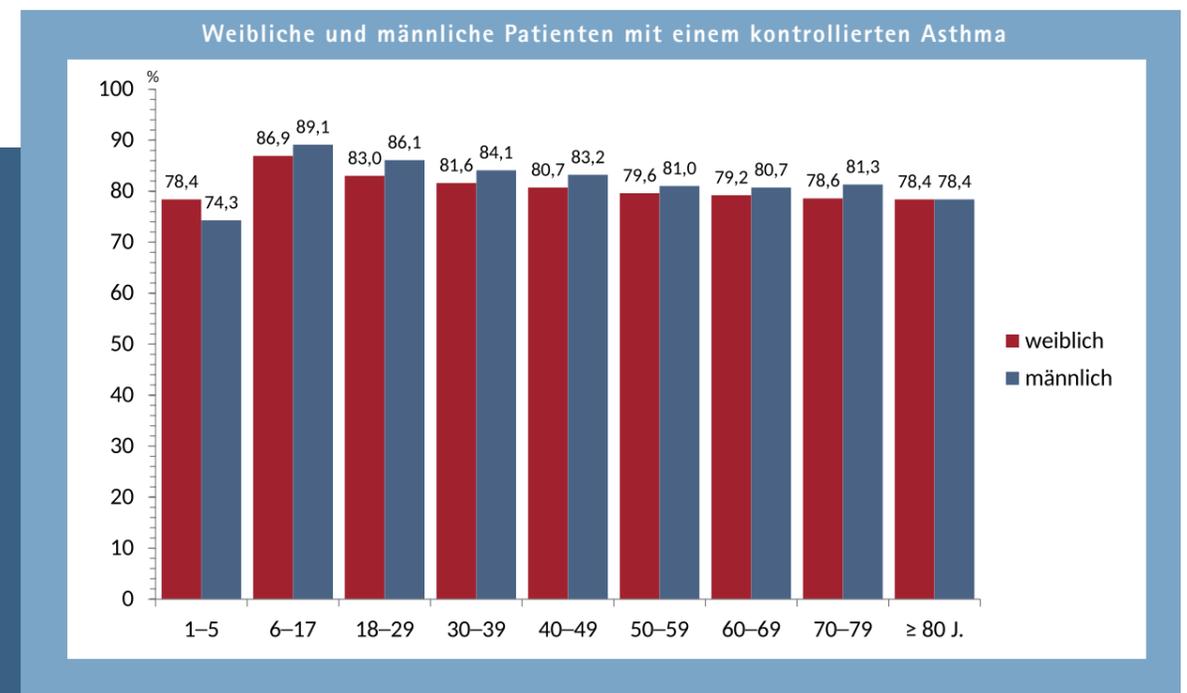
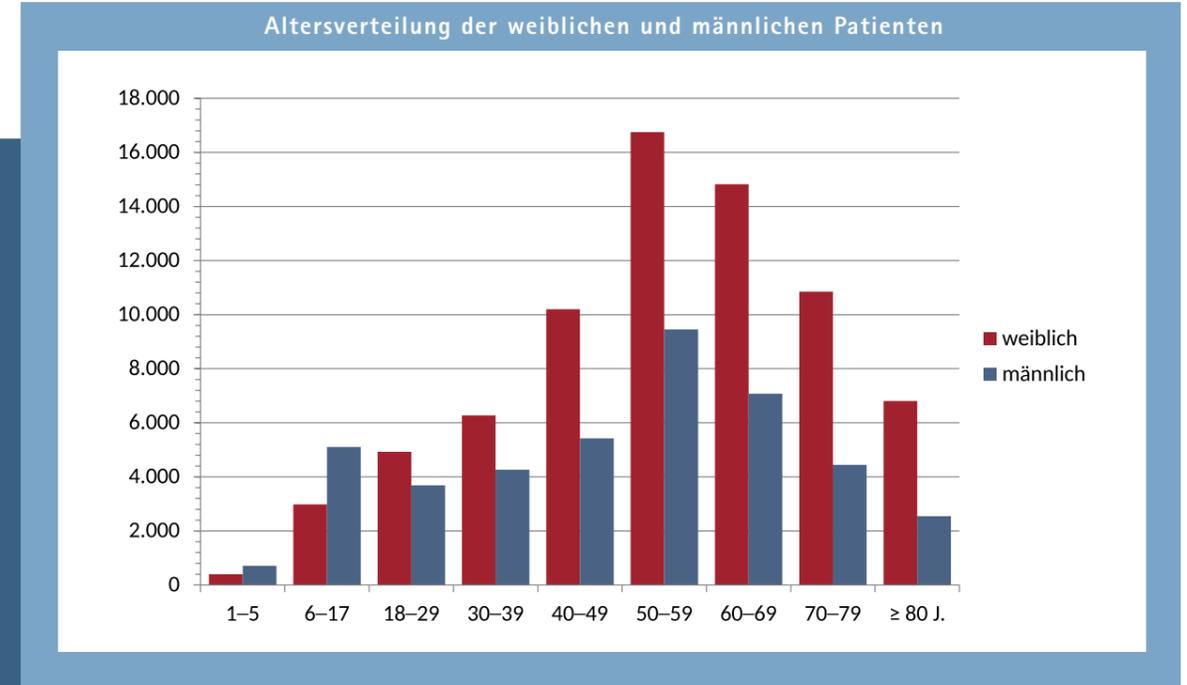
Unter den Erwachsenen findet sich die größte Gruppe mit rund 41 Prozent der Patienten im Alter von 61 Jahren und älter.

Während der Altersunterschied zwischen Mädchen und Jungen nur gering ist (11,1 versus 10,9 Jahre), beträgt er zwischen Frauen und Männern im Mittel etwa dreieinhalb Jahre (57,2 versus 54 Jahre). Unter den jüngeren Patienten gibt es mehr männliche Patienten, während sich dieses Verhältnis im Erwachsenenalter umkehrt. Diese Altersverteilung ist äquivalent zu zahlreichen epidemiologischen Studien

Vier von zehn der im DMP betreuten Erwachsenen sind bereits acht Jahre oder länger im Programm

eingeschrieben (40 Prozent). Die durchschnittliche Betreuungszeit aller Patienten im DMP beträgt 6,4 Jahre, wobei Frauen geringfügig länger am Programm teilnehmen als Männer (6,6 respektive 6,2 Jahre).

Männer weisen insgesamt häufiger eine gute Symptomkontrolle auf. Kleinkinder gelten, bedingt durch einen anderen Auswertungsalgorithmus als die anderen Altersgruppen, seltener als gut kontrolliert. Grund dafür sind die Parameter, nach denen Kleinkinder als kontrolliert gelten: Symptome sollen tagsüber weniger als einmal wöchentlich auftreten, eine Bedarfsmedikation darf zudem weniger als einmal pro Woche eingesetzt werden. Für ältere Teilnehmer gilt hier eine Grenze von jeweils zweimal je Woche.



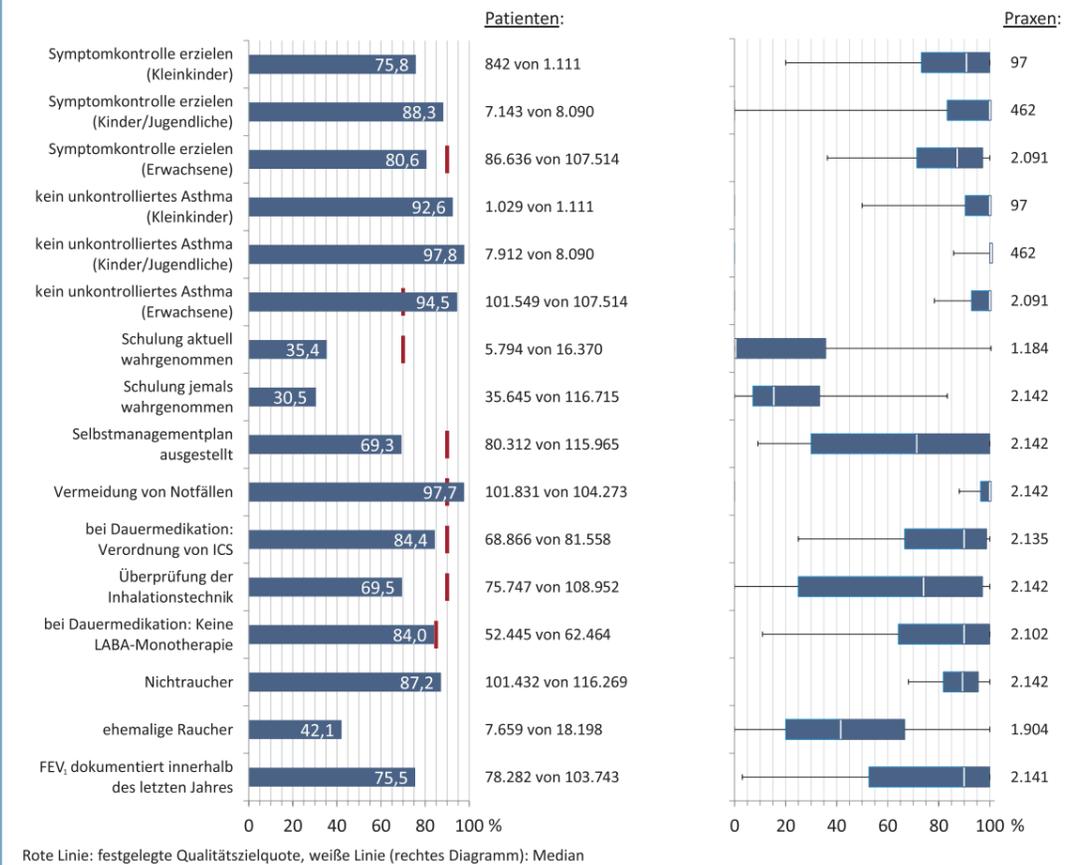
6.3 VERSORGUNGSQUALITÄT

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

- hoher Anteil an Teilnehmern mit kontrolliertem Asthma bronchiale
- niedriger Anteil an Teilnehmern mit unkontrolliertem Asthma bronchiale
- hoher Anteil geschulter Teilnehmer mit Asthma bronchiale beziehungsweise deren Betreuungspersonen
- hoher Anteil an Teilnehmern mit Asthma bronchiale mit schriftlichem Selbstmanagementplan
- niedriger Anteil ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulanter und stationärer) ärztlicher Behandlungen

- bei Teilnehmern mit Dauermedikation: hoher Anteil mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation
- hoher Anteil an Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird
- bei Teilnehmern mit Dauermedikation: niedriger Anteil einer Monotherapie mit langwirksamen Beta-II-Sympathomimetika
- niedriger Anteil rauchender Teilnehmer
- bei Teilnehmern ab dem vollendeten fünften Lebensjahr: hoher Anteil mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV₁-Werten

Erreichen der Qualitätsziele



Von den insgesamt acht Qualitätszielen mit einer vorgegebenen Quote werden lediglich diejenigen zum Vermeiden von Notfallbehandlungen sowie zum Vermeiden eines unkontrollierten Asthma bronchiale erreicht. Besonders deutlich unterschritten wird die anzustrebende Quote in Bezug auf die Wahrnehmung einer Schulung. Die Qualitätsziele zur Symptomkontrolle sowie zur Vermeidung einer Monotherapie mit langwirksamen Beta-II-Sympathomimetika (LABA) werden deutlich respektive nur

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 Verordnung inhalativer Glukokortikoide (ICS, 92,6 Prozent) sowie zur Vermeidung einer LABA-Monotherapie (86,2 Prozent) erfüllt wird. Gegenüber dem Vorjahr ist die Zielerreichung bei einigen Zielen leicht

rückläufig. Dies gilt zum Beispiel für die Überprüfung der Inhalationstechnik (-2,7 Prozent). Deutliche Zuwächse zeigen sich vor allem bei dem Ziel zur Symptomkontrolle der Kleinkinder (+19,1 Prozent). 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 Symptomkontrolle beziehungsweise zur Vermeidung eines unkontrollierten Asthmas weisen eine steigende Tendenz auf. Des Weiteren ist der Anteil der Patienten mit einem dokumentierten FEV₁-Wert deutlich gestiegen (+5,6 Prozent).

6.4 ASTHMA-KONTROLLE 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 erfassenden Parametern. Dazu zählen die Symptomatik tagsüber/nachts, die

Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation sowie die asthmabedingten Aktivitätseinschränkungen im Alltag der Patienten. Für Kleinkinder sind die Kriterien zur Asthma-Kontrolle noch etwas strenger gefasst als für die übrigen Erkrankten.

Fakten in Kürze I: Häufigkeit der Indikatoren zum Bestimmen der Asthma-Kontrolle						
	Insgesamt	Keine	< 1x/W	1x/W	2x/W	> 2x/W
Symptommhäufigkeit		55,2 %	18,3 %	8,8 %	8,8 %	9,0 %
Verordnungshäufigkeit		57,5 %	17,8 %	9,5 %	6,6 %	8,6 %
Nächtliche Symptome	7,5 %					
Einschränkung im Alltag	13,0 %					

Asthma-Symptomatik, Einsatz einer Bedarfsmedikation und Einschränkung der Alltagsaktivitäten innerhalb der letzten vier Wochen, W: Woche

Aus der vorherigen Tabelle ist zu entnehmen, dass hinsichtlich der Asthma-Kontrolle über die Hälfte der Patienten innerhalb der letzten vier Wochen keine Asthma-Symptome tagsüber aufwiesen und auch keine Bedarfsmedikation benötigten. Zudem wies weniger als

jeder dreizehnte Patient nächtliche Asthma-Symptome auf. Asthmabedingte Einschränkungen im Alltag traten verglichen hierzu etwa doppelt so häufig auf, beliefen sich insgesamt allerdings 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	≤ 2x/Woche (≥1-< 6 Jahre: ≤ 1x/Woche)		
	Nächtliche Symptome	Keine vorhanden		
	Einschränkung der Alltagsaktivität	Keine vorhanden		
	Einsatz der Bedarfsmedikation	≤ 2x/Woche (≥1-< 6 Jahre: ≤ 1x/Woche)		
Patientenzahl (Anteil in %)		6.225 (5,3 %)	15.869 (13,6 %)	94.621 (81,1 %)

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

Fakten in Kürze II: Asthmaspezifische Medikation		
	Anteil	Interquartil
SABA bei Bedarf	71,3 %	50,2–90,7 %
SABA dauerhaft	6,0 %	0,0–8,7 %
ICS bei Bedarf	12,6 %	2,6–18,8 %
ICS dauerhaft	59,1 %	36,0–76,5 %
LABA bei Bedarf	9,3 %	0,8–14,3 %
LABA dauerhaft	53,6 %	36,4–68,8 %
OCS bei Bedarf	10,6 %	0,0–10,7 %
OCS dauerhaft	2,6 %	0,0–4,3 %
LTRA	3,8 %	0,0–5,1 %
Sonstige	9,2 %	1,5–14,3 %

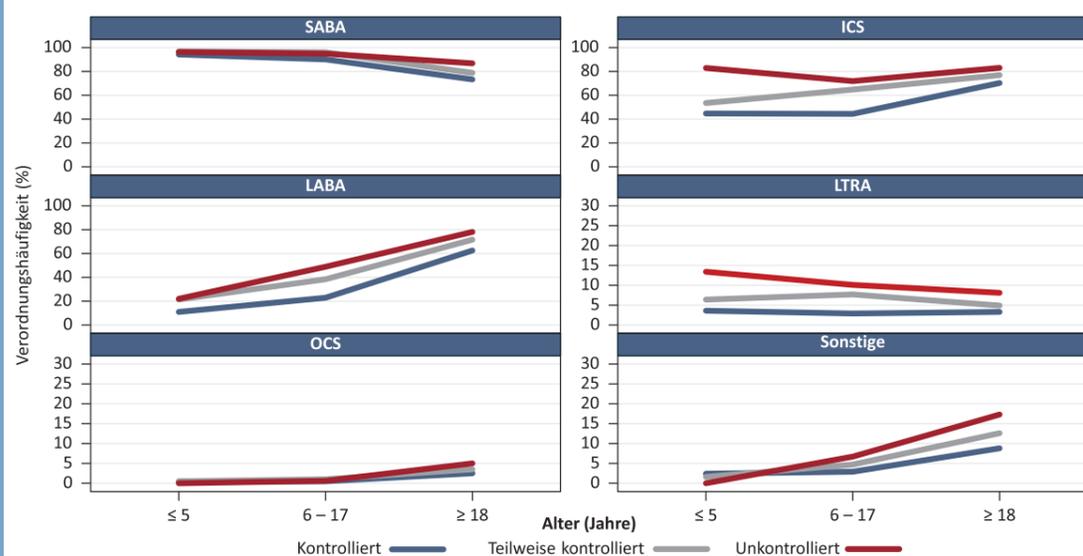
Interquartil: Verordnungshäufigkeiten in den mittleren 50 Prozent aller Praxen, die mindestens zehn Patienten betreuen; SABA: kurzwirksame Beta-II-Sympathomimetika, ICS: inhalative Glukortikosteroide, LABA: langwirksame Beta-II-Sympathomimetika, LTRA: Leukotrienrezeptorantagonisten, OCS: orale Glukortikosteroide, Sonstige: sonstige asthmaspezifische Medikation

Bei der asthmaspezifischen Medikation wird die klassische Therapie aus kurzwirksamen Beta-II-Sympathomimetika (SABA) bei Bedarf sowie ICS und LABA als Dauermedikation am häufigsten verordnet. Mit einem Rückgang der Asthma-Kontrolle wird häufiger eine asthmaspezifische Medikation verschrieben.

Auffällig ist, dass Kleinkindern beziehungsweise Kindern und Jugendlichen vergleichsweise selten LABA

verordnet werden. ICS erhalten Kleinkinder bei geringem Kontrollgrad ähnlich oft wie Erwachsene. Ältere Patienten bekommen häufiger die in der fortgeschrittenen Asthmatherapie üblichen langwirksamen oralen Glukokortikoide (OCS) oder sonstige asthmaspezifische Wirkstoffe verschrieben. Jüngere Patienten hingegen erhalten häufiger SABA oder bei unkontrolliertem Asthma Leukotrienrezeptorantagonisten (LTRA) verschrieben.

Medikation in Abhängigkeit von Alter und Asthma-Kontrolle



SABA: kurzwirksame Beta-II-Sympathomimetika, ICS: inhalative Glukortikosteroide, LABA: langwirksame Beta-II-Sympathomimetika, LTRA: Leukotrienrezeptorantagonisten, OCS: orale Glukortikosteroide, Sonstige: sonstige asthmaspezifische Medikation

6.5 SCHULUNGEN

Die Schulung von Asthma-Patienten ist ein wesentlicher Aspekt. Die Patienten sollen lernen, mit ihrer Erkrankung besser umzugehen und asthmaprobleme Risiken möglichst zu vermeiden. Insgesamt wurde knapp der Hälfte der Patienten eine Asthma-Schulung im jeweiligen DMP-Verlauf empfohlen. 35 Prozent von ihnen haben innerhalb von 18 Monaten an einem Training teilgenommen. Eine Schulung kann allerdings bereits vor DMP-Einschreibung, zum Beispiel im Rahmen einer Rehabilitationsmaß-

nahme, stattgefunden haben. Beschränkt man die Auswertung auf die Patienten, die vor der DMP-Einschreibung bereits nachweislich (Erhebung seit zweitem Quartal 2019) geschult waren, so wurden vor der Einschreibung ins DMP sieben Prozent und innerhalb des DMP elf Prozent geschult. Betrachtet man nur Patienten, denen eine Schulung im Vorjahr empfohlen wurde, dann ist bei über vier von fünf dieser Patienten in den letzten beiden Jahren eine Schulung dokumentiert.

Fakten in Kürze III: Schulungen

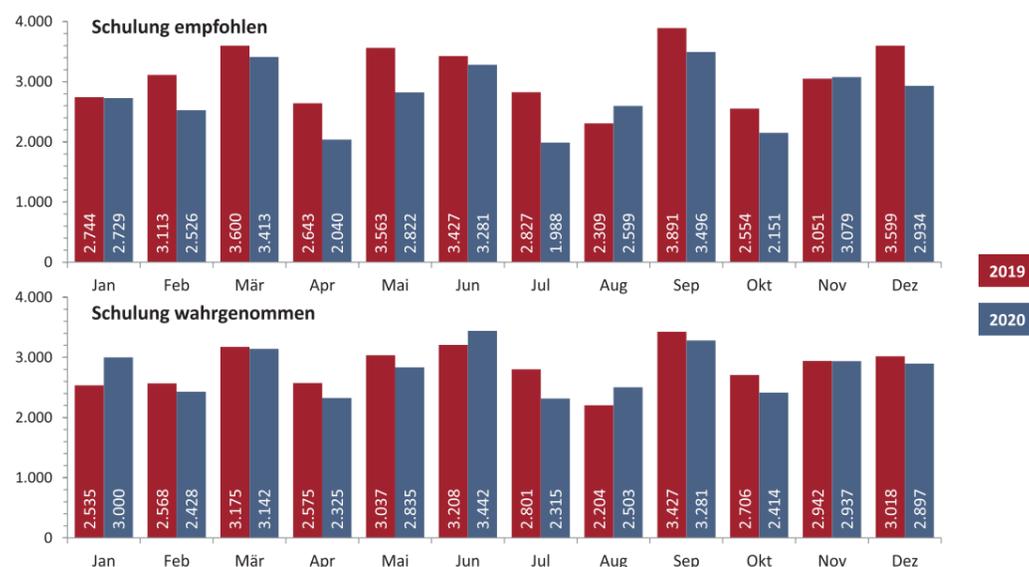
Schulung empfohlen ¹	45,4 %
Empfohlene Schulung wahrgenommen ²	35,4 %
Schulung vor dem DMP ³	7,4 %
Schulung im DMP ⁴	10,6 %
Schulung in jüngerer Zeit ⁵	82,9 %

(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 nur hinsichtlich einer Schulungsempfehlung erkennen.

Asthma-Schulungen 2019 versus 2020



Diese erfolgte im Jahr 2019 gegenüber dem Jahr 2020 in den meisten Monaten des Jahres deutlich häufiger. Ein pandemieunabhängiger Rückgang der ausgesprochenen Schulungsempfehlungen ist jedoch auch nicht auszuschließen, denn bereits im Februar 2020 – zu diesem

Zeitpunkt hatte die Pandemie Deutschland noch nicht erreicht – wurden diese im Vergleich zu Februar 2019 bereits weniger. Hinsichtlich der Schulungswahrnehmung zeigen sich hier hingegen nur geringfügige und nicht konsistente Unterschiede zwischen den Jahren.

6.6 RESÜMEE: WAS LÄUFT IM DMP ASTHMA BRONCHIALE GUT UND WAS KANN NOCH BESSER WERDEN?

■ Im Jahr 2020 wurden trotz der Corona-Pandemie deutlich mehr Kleinkinder als im Vorjahr im Programm betreut (+324). Dabei ist allerdings zu bedenken, dass in 2019 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 sollte 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 vielen Jahren ab. Dies betrifft insbesondere die Kinder und Jugendlichen (–863).

■ Die Überarbeitung der DMP-Dokumentation im Vorjahr ermöglichte eine Einteilung der teilnehmen-

den Patienten anhand der individuellen Asthma-Kontrolle. Daraus kann abgeleitet werden, dass sich die Therapie am Kontrollgrad der Patienten orientiert. Zudem wird bei Betrachtung der 2019 neu integrierten Qualitätsziele deutlich, dass diese ohne eine Ausnahme im aktuellen Berichtsjahr häufiger von den teilnehmenden Praxen erreicht wurden.

■ Die geforderte Zielquote von 70 Prozent aktuell geschulter Patienten (nach Empfehlung) wird seit Jahren deutlich verfehlt und weist einen rückläufigen Erreichungsgrad auf (2017: 46,7 Prozent, 2019: 38,3 Prozent, 2020: 35,4 Prozent). Die Corona-Pandemie und das damit verbundene geringe Schulungsangebot sind in diesem Fall somit nicht allein ursächlich, tragen aber vermutlich einen Teil zu den geringen Schulungsraten bei.

7

DMP Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD)

7.1 ALLGEMEINE ZIELE DES DMP

In der DMP-Anforderungen-Richtlinie zum DMP COPD sind die folgenden Ziele festgelegt:

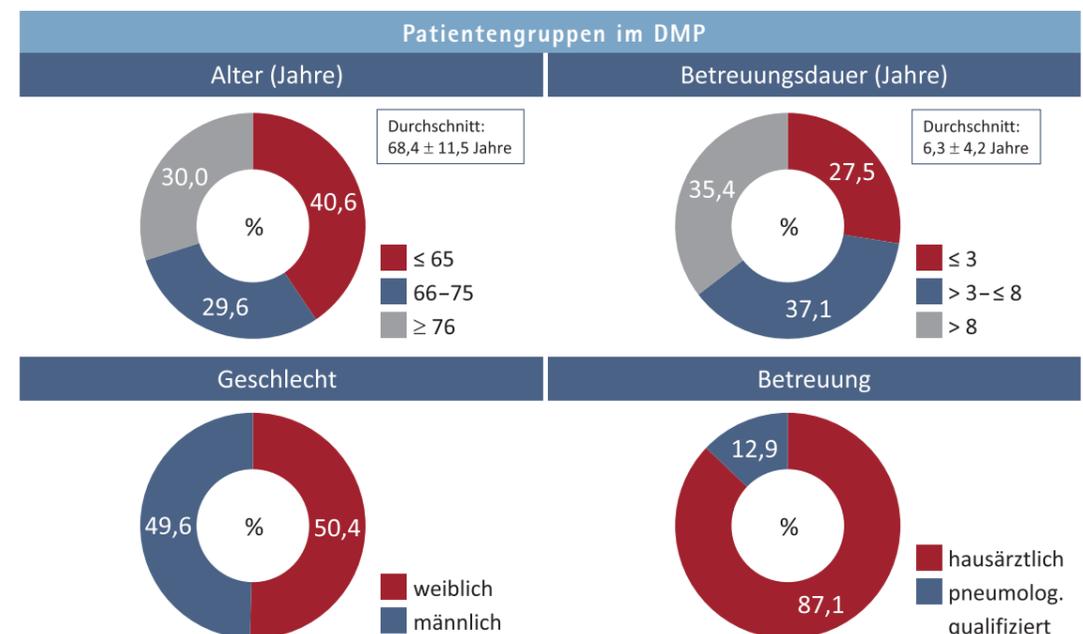
- Vermeidung/Reduktion von
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen wie Symptomen, Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen,
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Alltagsaktivitäten sowie
- einer raschen Erkrankungsprogredienz bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie
- Minderung der COPD-bedingten Letalität
- adäquate Behandlung der Komorbiditäten

7.2 PATIENTEN IM DMP

Im Jahr 2020 werden insgesamt 121.872 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation im DMP COPD betreut. Dies geschieht zu 87 Prozent in hausärztlichen Praxen. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden liegt knapp über 68 Jahre und unterscheidet sich nur geringfügig zwischen Frauen und Männern. In den

Altersstufen ab 60 Jahren sind etwas häufiger Frauen eingeschrieben, in den niedrigeren Altersklassen Männer.

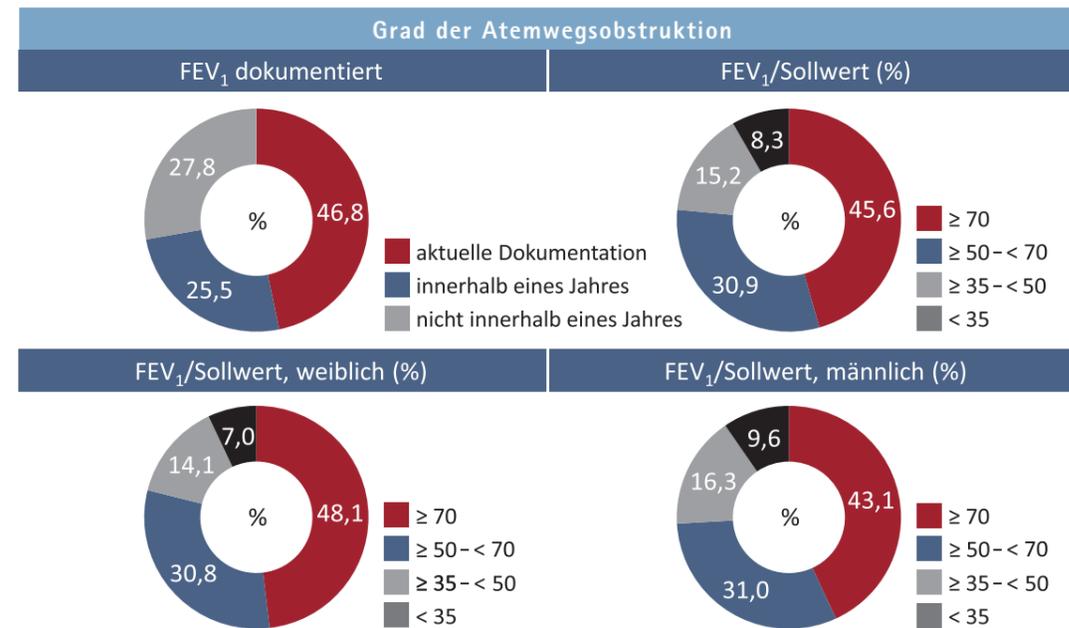
Die durchschnittliche Betreuungszeit im DMP COPD beträgt über sechs Jahre. Mehr als drei von zehn Patienten werden schon über acht Jahre betreut.



	2020	2019		
■ Patienten:	126.143	130.665	■ Mittleres Alter:	68,4 Jahre
■ Patienten mit aktueller Folgedokumentation:	121.872	124.951	■ Mittlere DMP-Teilnahmedauer:	6,3 Jahre
■ Neueinschreibungen:	7.840	9.416	■ Anzahl aktiver ärztlicher Teilnehmer:	4.423
■ Erreichte Patienten:	circa 42 %		■ Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen:	29
■ Hausärztlich betreut:	87 %			

Bei knapp 47 Prozent der Patienten ist in der letzten Dokumentation des Jahres 2020 eine valide FEV₁-Sollwert-Angabe festgehalten, bei weiteren knapp 26 Prozent liegt ein Messwert aus den vorhergehenden

zwölf Monaten vor. Somit können rund drei Viertel der teilnehmenden Patienten nach dem Grad ihrer Atemwegsobstruktion gemäß der ICD-10-Kodierung eingruppiert werden.



7.3 VERSORGUNGSQUALITÄT

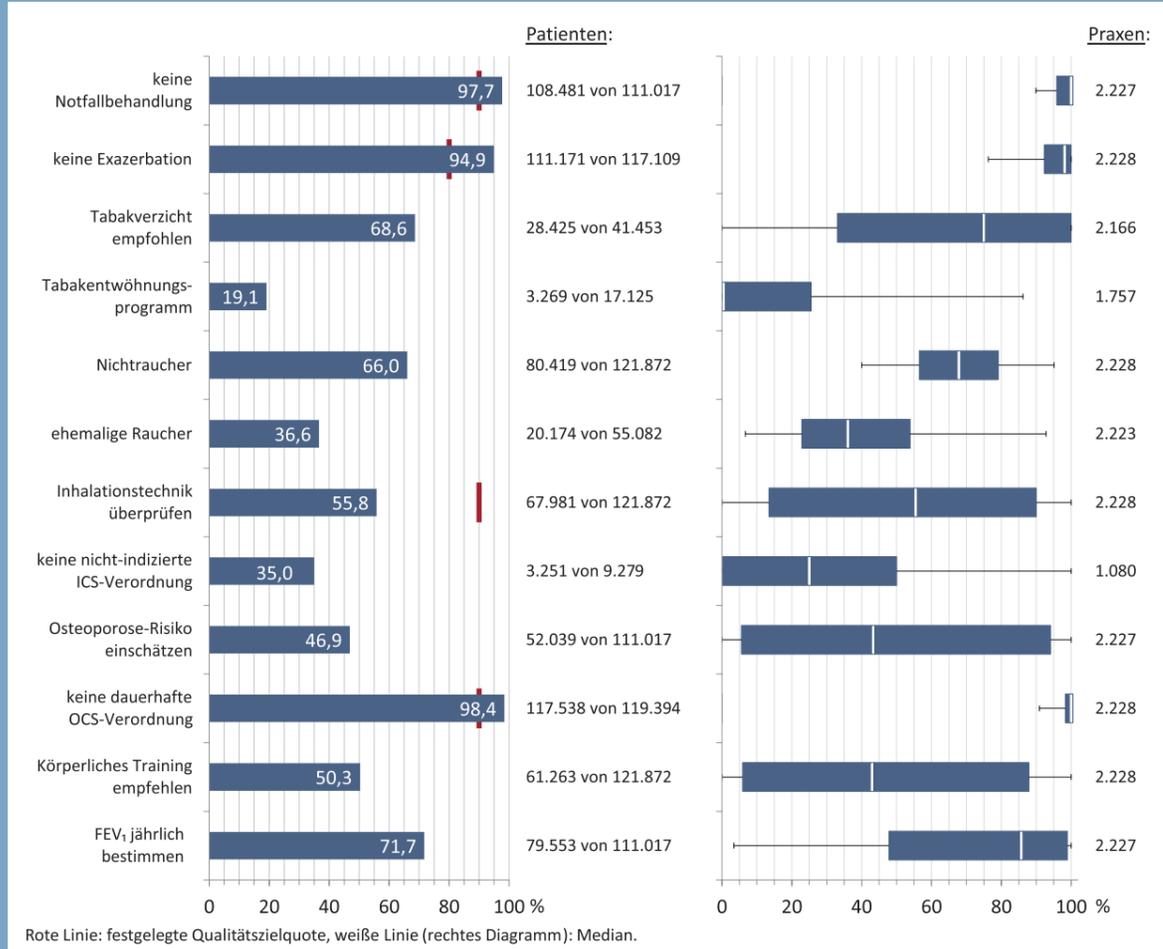
Ziel der Qualitätssicherung des DMP COPD ist es, dass die Patienten

- wegen COPD nicht notfallmäßig stationär behandelt werden müssen,
- keine Exazerbationen erleiden,
- sofern sie rauchen, eine Empfehlung zum Tabakverzicht erhalten,
- nach einer solchen Empfehlung an einem Tabakentwöhnungsprogramm teilnehmen,
- nicht rauchen,
- die bei Einschreibung rauchten, aktuell nicht mehr rauchen,
- hinsichtlich ihrer Inhalationstechnik überprüft werden,
- keine inhalativen Glukokortikosteroide (ICS) verabreicht bekommen, sofern dies nicht indiziert ist,
- einmal jährlich eine klinische Einschätzung des Osteoporose-Risikos erhalten,
- eine Verordnung systemischer Glukokortikosteroide (OCS) nicht als Dauertherapie bekommen,
- eine Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen Training erhalten,
- mindestens einmal jährlich eine Messung des FEV₁-Wertes erhalten.

Von diesen zwölf patienten- beziehungsweise behandlungsbezogenen Qualitätszielen weisen nur vier eine quantitative Vorgabe auf. Von diesen werden im Jahr 2020 die Ziele zum Vermeiden einer Not-

fallbehandlung, einer Exazerbation oder einer dauerhaften OCS-Verordnung überschritten. Das Ziel zur Überprüfung der Inhalationstechnik wird hingegen deutlich verfehlt.

Erreichen der Qualitätsziele



Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich bei der Erreichung der Qualitätsziele in einigen Punkten eine leichte Verbesserung. So sind zum Beispiel die Quoten für das Überprüfen der Inhalationstechnik um 2,7 oder das Vermeiden von Exazerbationen um 2,1 Prozentpunkte gestiegen. Andere Ziele weisen

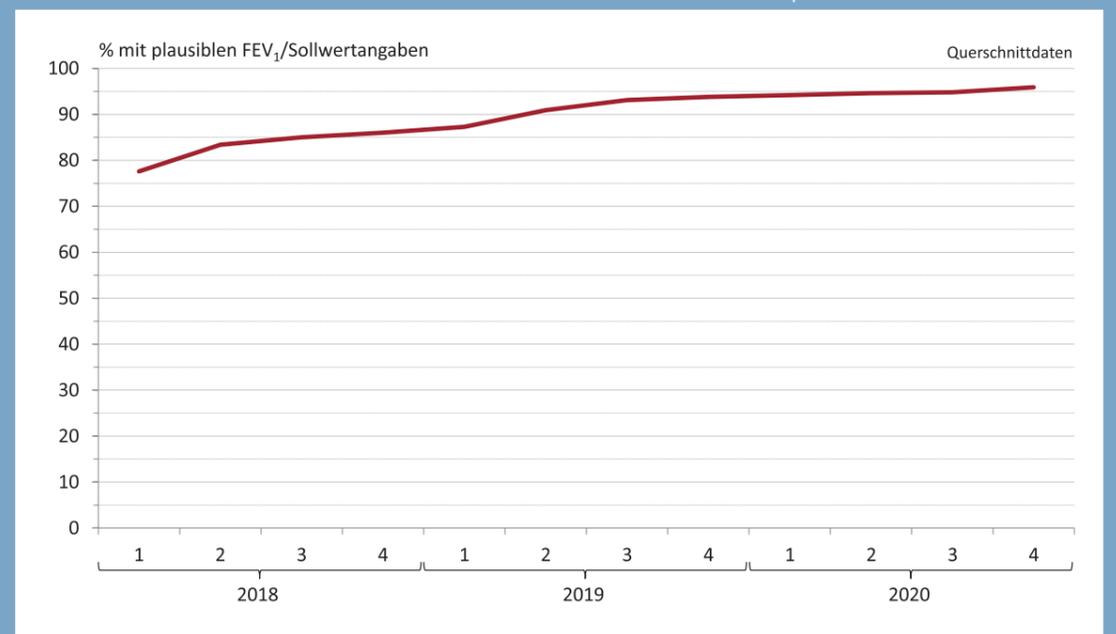
allerdings einen rückläufigen Trend auf. Hierzu zählen etwa die Bestimmung des FEV₁-Wertes (-1,7 Prozentpunkte) oder die Empfehlung zum Tabakverzicht (-1,5 Prozentpunkte).

7.4 OBSTRUKTIONSGRAD AUF BASIS DER FEV₁-SOLLWERT-ERREICHUNG

Aufgrund der Verteilung der bis 2018 übermittelten FEV₁-Literangaben ist davon auszugehen, dass die weiterhin vorliegenden FEV₁/Sollwerte < 5 vermutlich Literangaben darstellen, da sie als Prozent vom Sollwert nicht plausibel sind. Die Übermittlung plausibler Daten mit einem Wert ≥ 5 hat

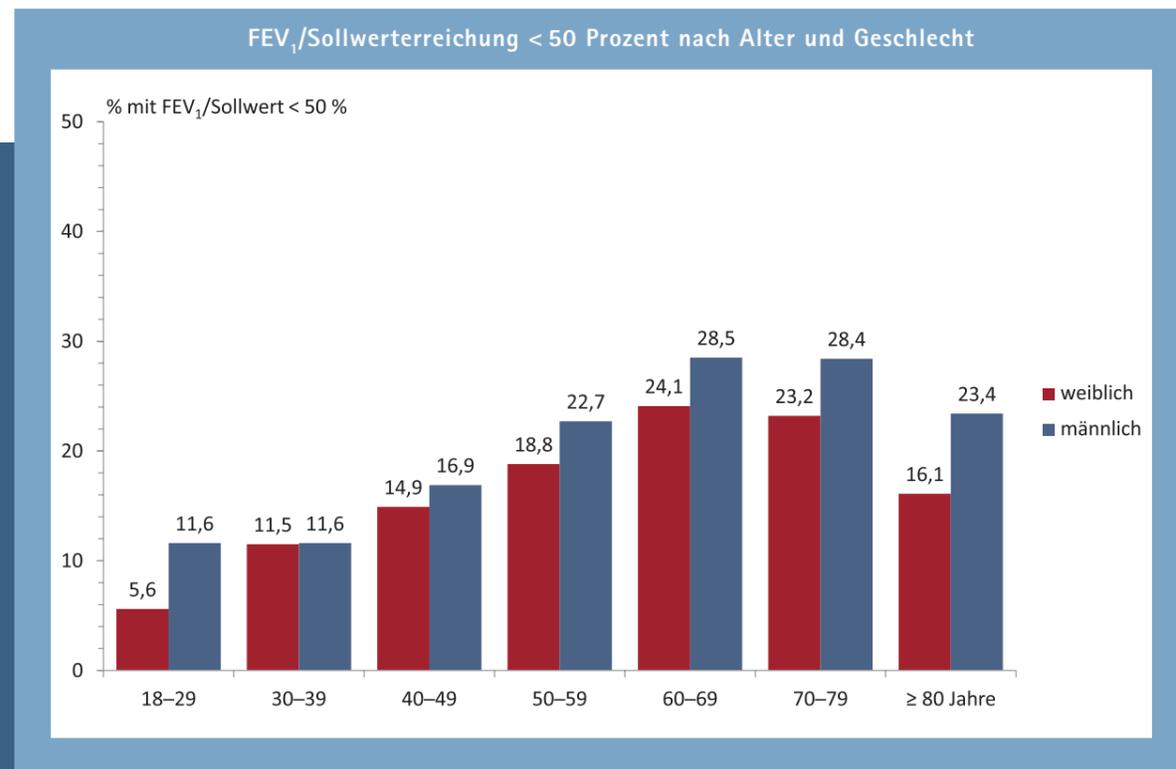
sich zwischen dem ersten Quartal 2018 und dem vierten Quartal 2020 von 77,6 Prozent auf 95,9 Prozent aller eingegangenen Dokumentationen kontinuierlich erhöht. Es lässt sich somit ein positiver Trend zugunsten einer validen FEV₁/Sollwert-Dokumentation erkennen.

Patientenanteil mit plausiblen Angaben zum FEV₁/Sollwert



Eine Analyse der vorliegenden validen Angaben zum FEV₁/Sollwert-Verhältnis zeigt, dass die Atemwegsobstruktion der COPD-Patienten stark von deren Alter und Geschlecht abhängt. So nimmt

der Obstruktionsgrad mit steigendem Alter zu. Bei Männern ist der Anteil mit geringer Sollwert-Erreichung insbesondere in den höheren Altersgruppen deutlich größer als bei Frauen.



Setzt man den Obstruktionsgrad zum Auftreten stationärer Notfallereignisse beziehungsweise Exazerbationen ins Verhältnis, so lässt sich ein klarer Trend beobachten: Je höher die FEV₁/Sollwert-Erreichung ausfällt, desto seltener sind stationäre Notfälle oder

Exazerbationen. Zudem scheint die Subgruppe ohne valide Übermittlung eines FEV₁/Sollwerts eher einen niedrigen Obstruktionsgrad aufzuweisen, da innerhalb dieser Gruppe vergleichsweise selten stationäre Notfallereignisse oder Exazerbationen dokumentiert sind.

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

	FEV ₁ /Sollwert				FEV ₁ /Sollwert dokument.	
	≥ 70	≥ 50–< 70	≥ 35–< 50	< 35	ja	nein
Stationärer Notfall	0,8 %	1,6 %	3,3 %	5,7 %	1,8 %	1,6 %
Exazerbation	4,8 %	7,6 %	11,9 %	17,1 %	7,1 %	5,3 %

7.5 MEDIKATION UND SCHULUNGEN

Eine globale Betrachtung der Verordnungshäufigkeiten – also ohne Bezug auf den Grad der Atemwegsobstruktion – zeigt die höchsten Quoten für kurzwirksame Beta-II-Sympathomimetika (SABA) oder kurzwirksame Anticholinergika (SAAC) bei Bedarf und langwirksame Beta-II-Sympathomimetika (LABA) oder langwirksame Anticholinergika (LAAC) als Dauermedikation. Eine Verordnung der genannten Wirkstoffe ist bei mehr

als der Hälfte der Patienten festzustellen, wobei die Spannweite der Quoten zwischen den Praxen mitunter sehr hoch ausfällt. Inhalative Kortikosteroide (ICS) werden dagegen lediglich weniger als einem Sechstel der Patienten verordnet, alle anderen Wirkstoffe werden bis zu maximal einem Zehntel der Patienten verschrieben.

Fakten in Kürze II: COPD-spezifische Medikation

	Anteil	Interquartil
SABA/SAAC bei Bedarf	62,8 %	40,0–83,1 %
LABA bei Bedarf	6,7 %	0,0–8,6 %
LAAC bei Bedarf	4,4 %	0,0–5,9 %
SABA/SAAC dauerhaft	8,4 %	0,5–12,6 %
LABA dauerhaft	57,0 %	43,5–75,9 %
LAAC dauerhaft	44,6 %	25,0–64,7 %
ICS	15,7 %	0,0–26,2 %
OCS	2,2 %	0,0–3,2 %
Theophyllin oder sonstige Med.	6,9 %	0,0–7,3 %

Interquartil: Verordnungshäufigkeiten in den mittleren 50 Prozent aller Praxen, die mindestens zehn Patienten betreuen; SABA: kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika, SAAC: kurzwirksame Anticholinergika, LABA: langwirksame Beta-2-Sympathomimetika, LAAC: langwirksame Anticholinergika, ICS: inhalative Kortikosteroide, OCS: orale Kortikosteroide

Die Schulung von COPD-Patienten gilt als wichtiges Element innerhalb des DMP. Ziel ist es, den Patienten die notwendigen Fähigkeiten zu vermitteln, um mit ihren gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestmöglich zurechtzukommen und etwaige Risiken zu

vermeiden, die eine weitere Eskalation der Erkrankung fördern könnten. Pandemiebedingt ist es im Jahr 2020 allerdings vermutlich schwieriger, Patientenschulungen in Gruppenform durchzuführen.

Fakten in Kürze III: Schulungen

Schulung empfohlen ¹	37,9 %
Empfohlene Schulung wahrgenommen ²	42,6 %
Schulung vor dem DMP ³	11,9 %
Schulung im DMP ⁴	8,7 %
Schulung in jüngerer Zeit ⁵	73,4 %

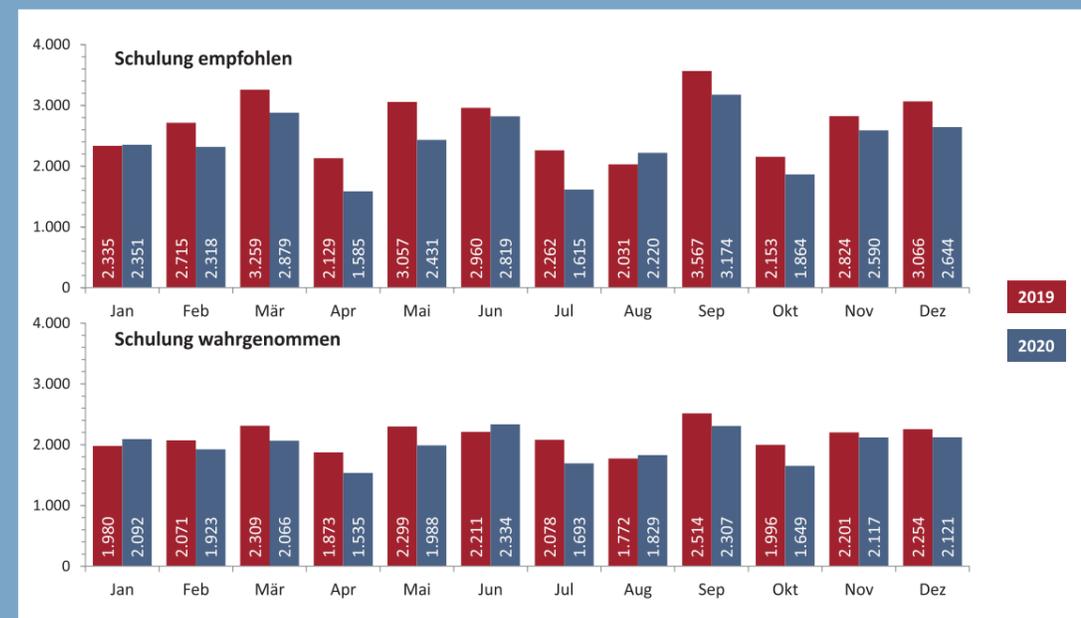
(1) Im gesamten DMP-Verlauf empfohlen, (2) innerhalb von zwölf Monaten nach einer Empfehlung, (3) bei Patienten, die seit 2018 eingeschrieben wurden, (4) bei Patienten, die seit 2018 eingeschrieben wurden und bei Einschreibung ungeschult waren, (5) Schulung im Vorjahr empfohlen und in den vergangenen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

Insgesamt wurden 38 Prozent der Patienten eine COPD-Schulung im Rahmen ihres jeweiligen DMP-Verlaufs empfohlen. Für die Gruppe der Teilnehmer mit einer entsprechenden Empfehlung ist bei 43 Prozent ein sich anschließendes Training dokumentiert. Berücksichtigt man nur die Teilnehmer mit einer Einschreibung seit 2018, die nicht vor Einschreibung bereits geschult waren (diese Information liegt erst seit diesem Zeitpunkt vor), so sind lediglich neun Prozent der Patienten im DMP geschult. Werden dagegen nur Betroffene mit COPD betrachtet, denen ein Training 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 diese in den letzten beiden Jahren auch tatsächlich wahr.

Die Anzahl empfohlener und wahrgenommener Schulungen je Monat liegt im Jahr 2020 prinzipiell unter den Werten des Vorjahres – ausgenommen der August. Dies gilt auch schon für den Monat Februar, in dem der Rückgang der Fallzahlen noch nicht mit der Pandemie in Zusammenhang gebracht werden kann. Insofern scheinen auch andere Faktoren den Rückgang der empfohlenen und wahrgenommenen Schulungen zu beeinflussen.

COPD-Schulungen 2019 versus 2020

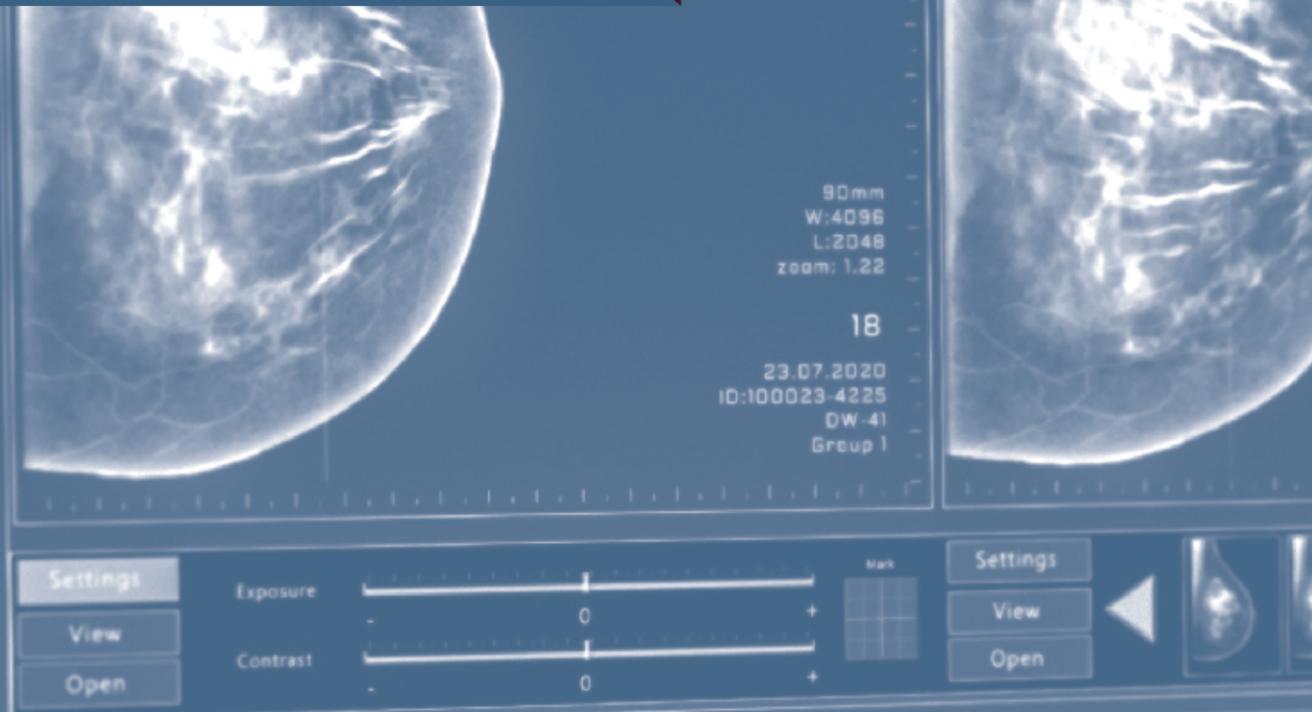


7.6 RESÜMEE: WAS LÄUFT IM DMP COPD GUT UND WAS KANN NOCH BESSER WERDEN?

- Vermutlich pandemiebedingt verzeichnet das DMP COPD im Gegensatz zu den Vorjahren im Berichtsjahr einen leichten Rückgang der Teilnehmerzahlen. Angesichts der mutmaßlichen COPD-Prävalenz in der Bevölkerung wäre aber nach wie vor eine höhere Programmteilnahme wünschenswert.
- Wie sich anhand der quantitativ festgelegten Indikatoren des DMP ablesen lässt, ist die Qualität der strukturierten Versorgung von Patienten mit COPD größtenteils als sehr gut einzustufen. Die vorgegebenen Zielquoten zum Vermeiden von Notfallbehandlungen und Exazerbationen sowie zum Vermeiden einer langfristigen OCS-Verordnung werden überschritten.
- Zwar wird das Ziel zum Überprüfen der Inhalationstechnik deutlich unterschritten, es 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 annähernd zwei Drittel (65,9 Prozent).
- Insgesamt sind bei über einem Viertel aller COPD-Patienten keine FEV₁/Sollwertangaben innerhalb des Jahres vor dem letzten Arztbesuch dokumentiert. 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 fast 96 Prozent aller übermittelten Angaben zum FEV₁/Sollwert.
- Hinsichtlich der Schulungsquoten im DMP COPD besteht weiterhin ein sichtbares deutliches Verbesserungspotenzial: Je nach Indikator ist deutlich weniger als die Hälfte aller Teilnehmer geschult. Betrachtet man allerdings nur den Anteil mit einer Schulungsempfehlung im Vorjahr, so sind 73 Prozent dieser Patienten der Empfehlung nachgekommen. Gegenüber 2019 ist 2020 ein Rückgang der Schulungsaktivitäten zu verzeichnen. Ob sich dieser Rückgang auch in den kommenden Jahren fortsetzt, werden die DMP-Dokumentationen zeigen.

8

DMP Brustkrebs



■ Patientinnen:	16.788	■ Mittleres Alter:	64,4 Jahre
■ Veränderung zu 2019:	+12	■ Mittlere DMP-Teilnahmedauer:	4,1 Jahre
■ Patientinnen mit aktueller Folgedokumentation:	15.477	■ Anzahl aktiver ärztlicher Teilnehmer:	490
■ Erreichte 2020 neu erkrankte Patientinnen:	18–19 %	■ Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen:	41

8.1 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 2002 ein strukturiertes Programm für Brustkrebs beschlossen. Der erste Vertrag dazu lag in Nordrhein 2003 vor. Seit Start wurde das Programm im Hinblick auf seine generelle Ausrichtung, seine Dokumentation und seine spezifischen Qualitätsziele häufig aktualisiert. Die letzte und auch sehr grundlegende Änderung erfolgte im Jahr 2018.

Im Rahmen des DMP wird eine interdisziplinäre, berufs- und sektorenübergreifende Behandlung

in einer integrierten Versorgungsform mit dem notwendigen logistischen Hintergrund gewährleistet. 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. Angestrebt wird die Erstellung einer bereichsübergreifenden Längsschnittdokumentation. Die Patientinnen sollen wirksam dabei unterstützt werden, empfohlene und häufig jahrelang andauernde Therapien einzuhalten und mit deren oft belastenden Neben- und Folgewirkungen besser umzugehen. Ziel des DMP ist es, Folgeerkrankungen zu vermeiden sowie psychosomatische, psychische und psychosoziale Aspekte der Langzeittherapie stärker zu berücksichtigen.

8.2 PATIENTINNEN IM DMP

Im Jahr 2020 werden insgesamt 16.788 Patientinnen in dem DMP Brustkrebs betreut, wodurch sich die Zahl der Teilnehmerinnen gegenüber dem Vorjahr – trotz der Pandemie-Lage – leicht erhöht hat. Die Patientinnen sind im Mittel 64,4 Jahre alt, fast ein Drittel ist über 71 Jahre. Die durchschnittliche Betreuungszeit 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 33,4 Prozent erhöht; 2018 lag er noch bei 25,3 Prozent.

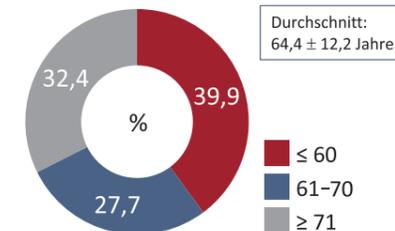
Etwas mehr als ein Viertel (25,5 Prozent) der Betroffenen ist innerhalb der letzten beiden Jahre an Brustkrebs erkrankt. Somit ist ein beträchtlicher Anteil erst seit

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 38,3 Prozent erhöht.

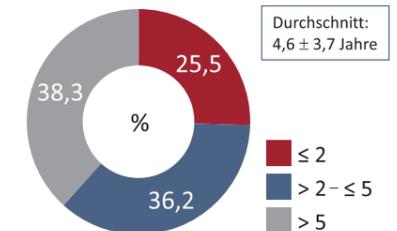
Bei 1.392 Teilnehmerinnen ist 2020 als Jahr der Erstmanifestation dokumentiert. Auf Grundlage der aktuellsten Schätzung zur Inzidenz des Brustkrebs in Deutschland sowie der Angaben zur Anzahl der in der Region Nordrhein im Berichtszeitraum stationär behandelten Fälle wären von den gesetzlich krankenversicherten Patientinnen, die aufgrund von Brustkrebs erstmalig behandelt wurden, etwa 18 bis 19 Prozent im DMP Brustkrebs eingeschrieben.

Patientinnengruppen im DMP

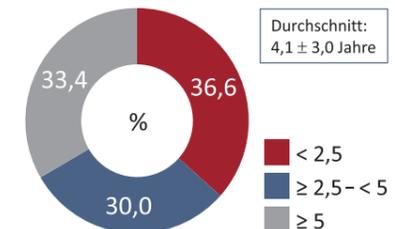
Alter (Jahre)



Jahre seit Erstmanifestation



Betreuung im DMP (Jahre)

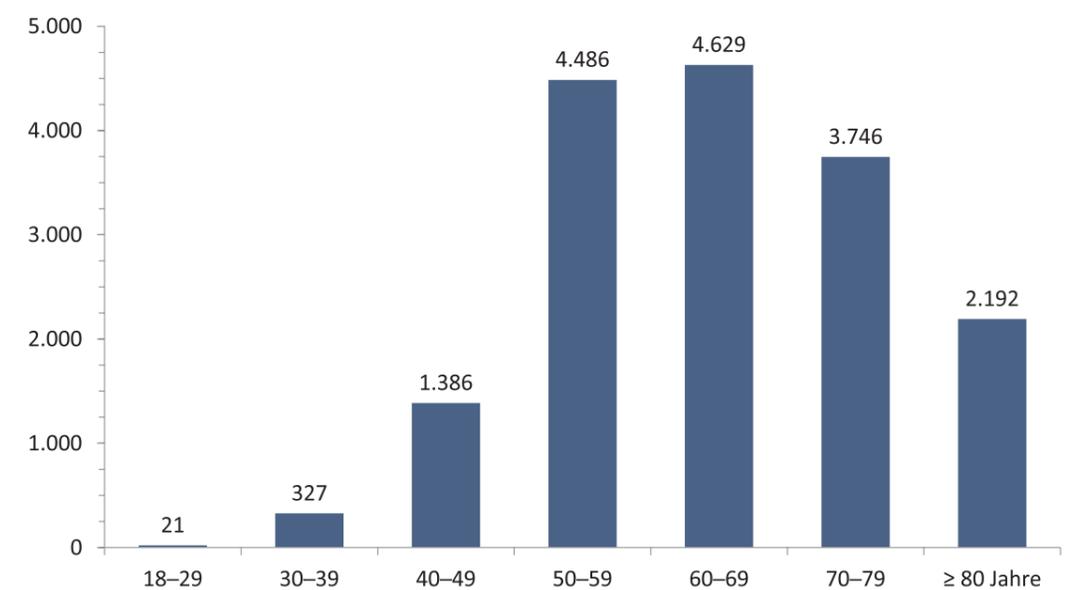


Absolute Häufigkeiten

Alter (J)	≤ 60	61 – 70	≥ 71
	6.701	4.656	5.431
Erstmanifestation (J)*	≤ 2	> 2 – ≤ 5	> 5
	4.179	5.935	6.277
Betreuung im DMP (J)	≤ 2,5	> 2,5 – < 5	≥ 5
	5.669	4.644	5.164

*: n = 397 ohne Angabe

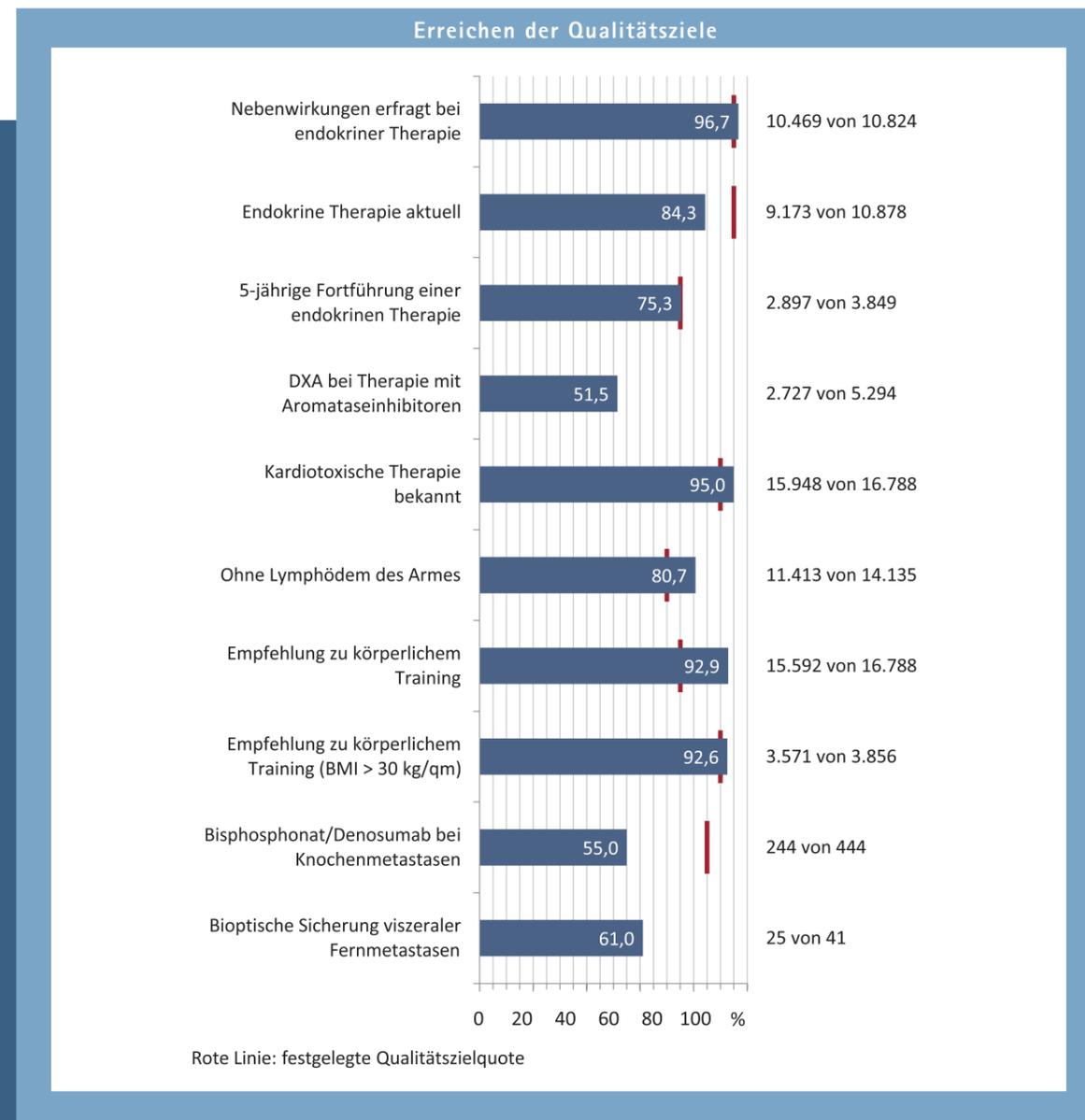
Altersverteilung der Patientinnen im DMP



8.3 VERSORGUNGSQUALITÄT

Die Versorgungsqualität der Patientinnen im DMP Brustkrebs wird seit dem vierten 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.



Lediglich bei zwei Zielen (aktuelle endokrine Therapie, Verordnen von Bisphosphonat oder Denosumab bei Knochenmetastasen) liegen die erreichten Quoten noch deutlich unterhalb der anzustrebenden Marke. Bei Letzterem ist 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 sind die meisten Quoten annähernd konstant geblieben. Ein Anstieg ist jedoch im Bereich Fortführung einer endokrinen Therapie über fünf Jahre (+0,7 Prozentpunkte) und zur DXA bei einer Behandlung mit Aromataseinhibitoren (+0,8 Prozentpunkte) sowie den beiden Quoten zum Empfehlen eines körperlichen Trainings (+1,5 beziehungsweise

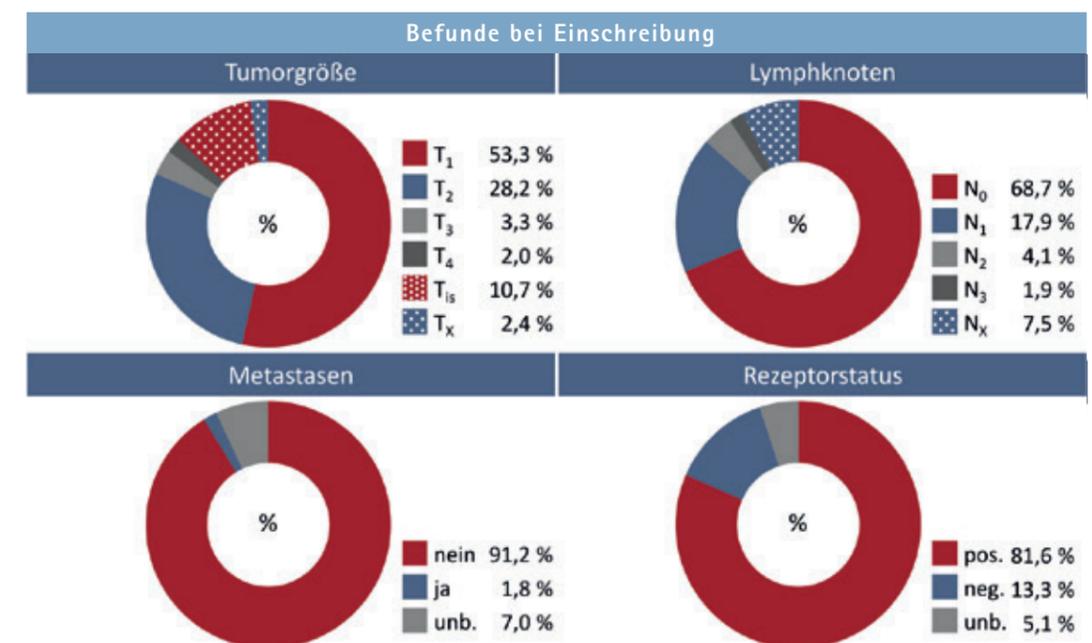
+1,9 Prozentpunkte) zu verzeichnen. Der stärkste Rückgang ist bei dem Ziel zur Behandlung von Knochenmetastasen zu erkennen (-7,5 Prozentpunkte). Allerdings sinkt hier die Zielgruppengröße von 510 Patientinnen im Jahr 2019 auf 444 im Jahr 2020. Ein ähnlich ausgeprägter Rückgang ist ebenfalls hinsichtlich der biopsischen Sicherung viszeraler Fernmetastasen festzustellen (von 72 auf 41), was auch hier die Verbesserung der Quote um 4,1 Prozentpunkte etwas relativiert.

Somit werden weiterhin sieben der zehn Ziele von mindestens drei Viertel der Betroffenen erreicht, unter anderem auch jenes zur Fortführung der endokrinen Therapie über den Zeitraum von fünf Jahren oder länger. Aktuell wird dies von 75,3 Prozent der Patientinnen mit einem positiven Hormonrezeptorstatus erreicht.

8.4 BEFUNDE UND CHIRURGISCHE MAßNAHMEN BEI EINSCHREIBUNG

Eine Tumorgöße T₁ ist bei über der Hälfte und T₂ bei über einem Viertel der Teilnehmerinnen zum Zeitpunkt der Einschreibung dokumentiert. Der Anteil von T₃- bis T₄-Befunden liegt bei ungefähr fünf Prozent, ein T_{is}-Befund erreicht knapp elf Prozent. Gegenüber dem Vorjahr haben

dabei die T₃-T₄- und T_{is}-Befunde tendenziell leicht abgenommen, bei den T₁-Befunden ist hingegen ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Der bereits im Vorjahr festzustellende Trend der Einschreibung leichter erkrankter Patientinnen in das DMP setzt sich somit auch 2020 fort.

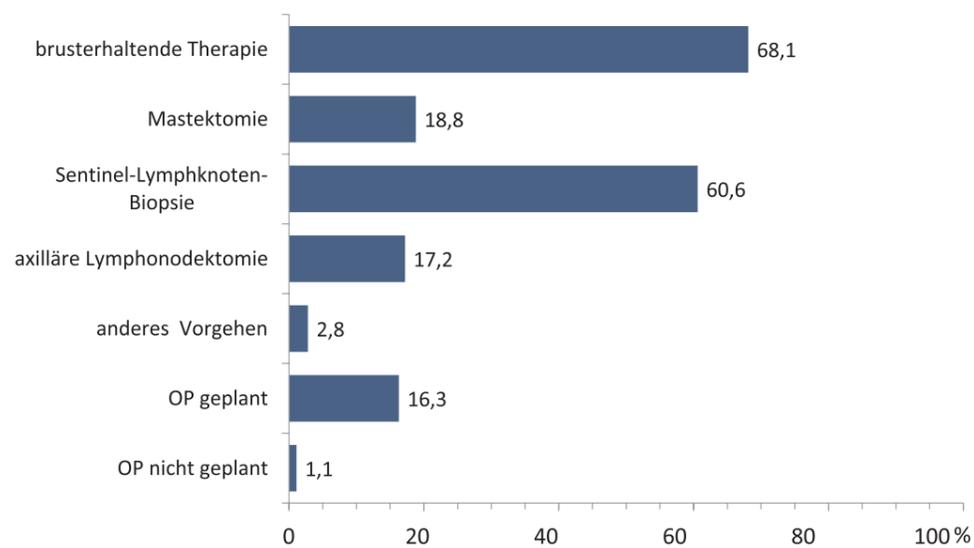


Bei mehr als zwei Dritteln der Betroffenen (68,7 Prozent) liegt kein Hinweis auf einen Lymphknotenbefall vor. Die in den Stadien N₁ bis N₃ dokumentierten Befunde zwischen 17,9 und 1,9 Prozent sind gegenüber dem Vorjahr leicht zurückgegangen. Metastasen wurden bei 1,8 Prozent der Patientinnen festgestellt, womit auch diese Quote gegenüber dem Vorjahr erneut um 0,3 Prozentpunkte zurückgeht. In Bezug auf den Rezeptorstatus zeigt sich, dass bei 81,6 Prozent die Tumore als hormonrezeptorpositiv klassifiziert werden, dies entspricht exakt der Vorjahresquote.

Ähnliche Trends finden sich auch hinsichtlich der Behandlungsmaßnahmen bei der Einschreibung. Für

alle dokumentierbaren Verfahren zeigt sich ein Rückgang der Häufigkeit gegenüber dem Vorjahr. So ist der Anteil von Patientinnen um 0,6 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 0,6 bis 1,6 Prozentpunkte geringer als im Vorjahr. Die beiden Anteile sowohl für eine geplante als auch nicht beabsichtigte Operation bleiben fast unverändert. Diese Ergebnisse deuten ebenfalls darauf hin, dass der Anteil leichter erkrankter Patientinnen im DMP zunimmt.

Chirurgische Maßnahmen bei Einschreibung

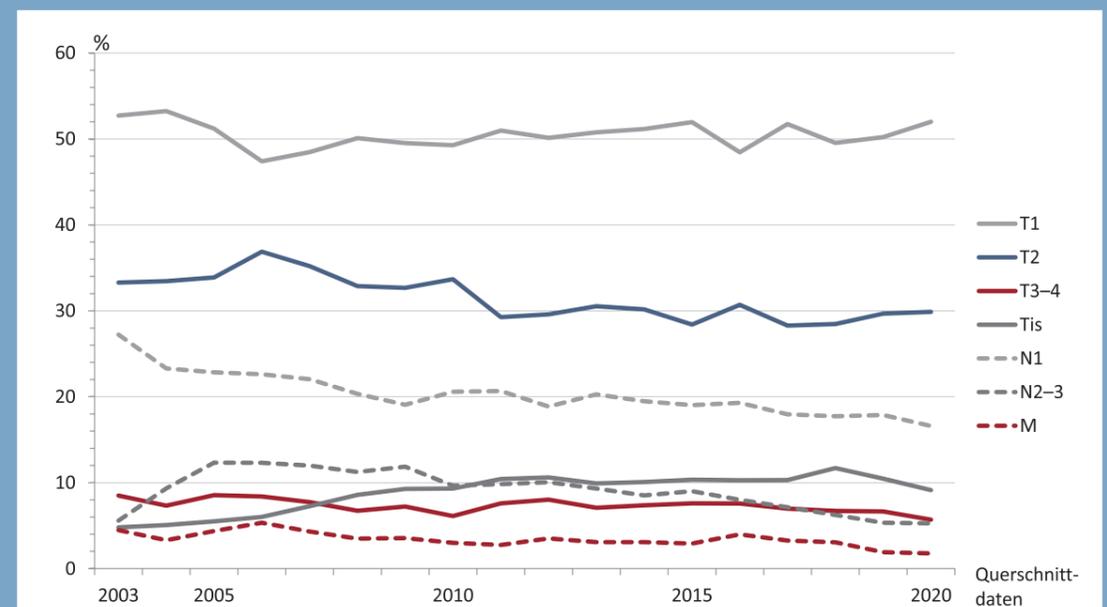


8.5 ERKRANKUNGSSCHWERE IM ZEITVERLAUF

Sowohl die Tumorklassifikation als auch die Schweregradeinteilung können seit Beginn des Programms 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 T₂-, T₃- und T₄-Tumore ein leichter Rückgang der relativen Häufigkeit unter allen Teil-

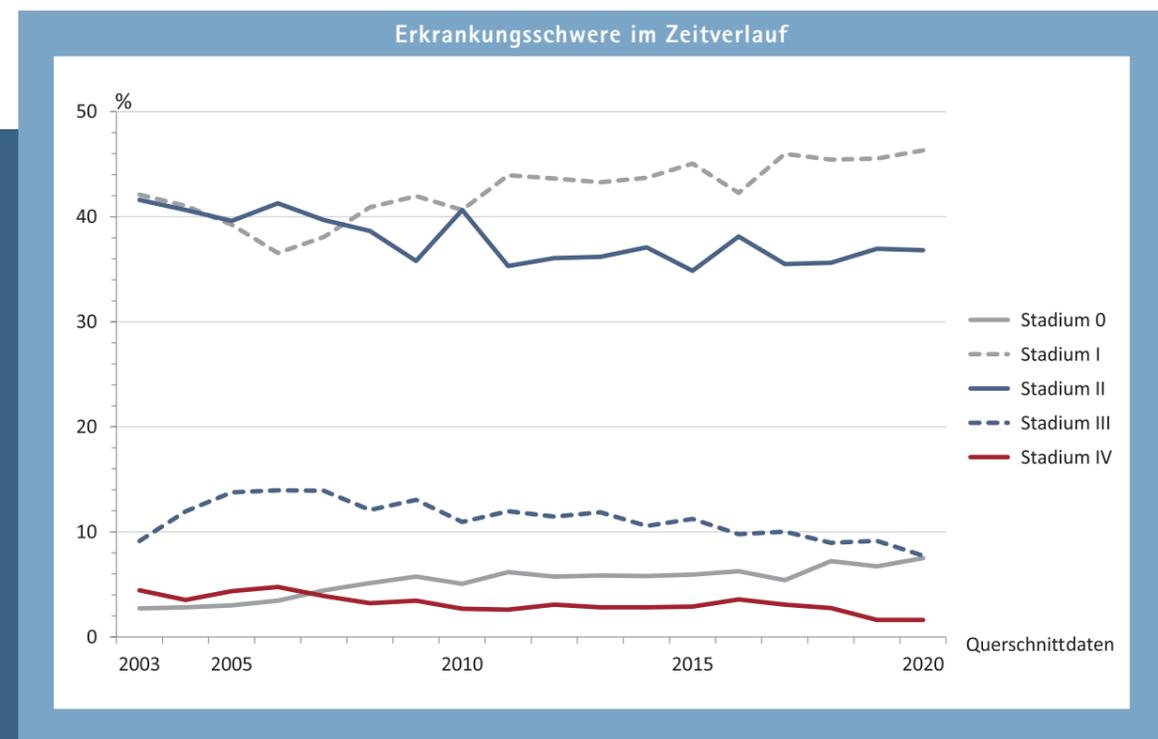
nehmerinnen zu erkennen ist. Ähnliche Trends sind auch hinsichtlich des Lymphknotenbefalls der Stufe N₁ – für N₂ und N₃ erst seit etwa 2009 – sowie des Auftretens von Metastasen erkennbar. Der Anteil von Fällen mit einer T₁s-Klassifikation hat sich hingegen von 2003 bis 2010 im Jahresquerschnitt kontinuierlich erhöht, wonach allerdings eine eher tendenziell konstante relative Fallzahl feststellbar ist.

Tumorbefunde im Zeitverlauf



Dass die Population an weniger schwer betroffenen Patientinnen im DMP tendenziell zunimmt, lässt sich auch anhand der Erkrankungsschweregrade nachvollziehen: Zwischen 2003 und 2020 ist vor allem ein deutlicher Rückgang des Anteils von Teilnehmerinnen im Stadium

II (T_{1-3} , N_0 oder N_1 , M_0) nachweisbar, bei gleichzeitiger Zunahme im Bereich des Stadiums I (T_1 , N_0 , M_0) und Stadiums 0 (T_{is} , N_0 , M_0). Auch 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.



8.6 AKTUELLE ENDOKRINE THERAPIE UND ANGABEN ZUR KARDIOTOXITÄT EINER THERAPIE

Fasst man alle drei Ausprägungen zusammen, ist bei 77,2 Prozent der Patientinnen mit positivem Rezeptorstatus aktuell eine endokrine Therapie dokumentiert. Hierbei werden Aromatasehemmer ebenso wie auch Tamoxifen bei jeweils mehr

als einem Drittel eingesetzt. Zu beachten ist, dass dieser aktuelle Status der Therapie nicht berücksichtigt, ob eine bereits stattgefundene Hormontherapie möglicherweise regulär abgeschlossen wurde.

Fakten in Kürze I: Anteil Patientinnen mit aktueller endokriner Therapie

Aromatasehemmer	38,0 %
Tamoxifen	36,5 %
Andere	3,3 %
Aktuell keine Therapie dokumentiert	22,0 %
Geplant	0,8 %

So dauert bei etwas über sieben von zehn Patientinnen die endokrine Therapie an, bei etwa einem Achtel ist sie bereits regulär abgeschlossen. Ein Abbruch vor ihrem regulären Abschluss war bei acht von hundert Betroffenen angezeigt. Während der Anteil mit einer andauernden Therapie fast konstant geblieben ist, steigt 2020 die Zahl abgeschlossener Therapien.

Knapp 37 Prozent der Patientinnen beschreiben die endokrine Therapie als mäßig oder stark belastend, etwa 61 Prozent geben dagegen an, diese sei nicht belastend oder es seien keine Nebenwirkungen aufgetreten. Gegenüber dem Vorjahr hat sich damit der Anteil derjenigen Betroffenen etwas erhöht, die eine endokrine Therapie als belastend empfinden.

Fakten in Kürze II: Fortführung und Nebenwirkungen einer endokrinen Therapie

	Anteil Patientinnen
Fortführung der Therapie:	
andauernd < 5 Jahre	59,2 %
andauernd ≥ 5 Jahre	12,7 %
abgeschlossen	12,0 %
abgebrochen	8,0 %
Nebenwirkungen der Therapie:	
nicht belastend	27,2 %
mäßig belastend	30,7 %
stark belastend	6,1 %
keine	33,4 %
nicht erfragt	2,5 %

Bezugsgruppe: Patientinnen mit positivem Hormorezeptorstatus

Bei sechs von zehn Patientinnen ist keine kardiotoxisch wirkende Therapie des Brustkrebs dokumentiert. Gut ein Fünftel wurde hingegen mit Anthrazyklinen

behandelt und ebenso viele linksthorakal bestrahlt. Bei beiden Verfahren haben die dokumentierten Häufigkeiten in der DMP-Population zugenommen.

Fakten in Kürze III: Anteil Patientinnen mit kardiotoxischer Therapie	
Anthrazykline	22,3 %
Trastuzumab	5,1 %
Linksthorakale Bestrahlung	19,9 %
Unbekannt	5,0 %
Keine	57,6 %

Bezugsgruppe: Patientinnen mit validen Angaben

8.7 RESÜMEE: WAS LÄUFT IM DMP BRUSTKREBS GUT UND WAS KANN NOCH BESSER WERDEN?

- Die Zahl der innerhalb des DMP betreuten Patientinnen hat sich gegenüber dem Vorjahr – trotz der Pandemie-Lage – praktisch nicht verändert. Der bis 2017 zu beobachtende stetige Rückgang der Teilnehmerinnenzahlen konnte auch 2020 verhindert werden. In den nächsten Jahren wird vermutlich wieder ein größerer Anteil Betroffener durch das DMP erreicht.
- Die Anteile langfristig betreuter und weniger schwer erkrankter Patientinnen 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 Teilnehmerinnen zu beachten.

- Nachdem die Neuausrichtung des DMP Brustkrebs die Relevanz des DMP für die Betroffenen nachweislich erhöht hat, bleibt eine der Hauptaufgaben des DMP, die Qualität der Nachsorge auch für die länger im Programm betreuten Patientinnen weiter kontinuierlich zu verbessern.

Qualitätsbericht 2020

Disease-Management-Programme in Nordrhein

Herausgeber

Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung
Disease-Management-Programme GbR
Tersteegenstraße 9 | 40474 Düsseldorf
Telefon: 0211 59 70 81 47 | Telefax: 0211 59 70 91 47

Geschäftsführer

Torsten Klüsener

Autoren (Zi)

Dr. Sabine Groos, MPH
Dipl. Psych. Jens Kretschmann, MPH
Arne Weber, MPH
Dr. Bernd Hagen

Datentechnische Unterstützung (Zi)

Dominik Bohn, BSc; Chafik El Mahi, BSc; Tobias Groben;
Dr. Andreas Juhasz; Fritz Lichtner; Dipl.-Ges.ök. Julia de Vasconcelos-Valente (alle Zi)

Redaktion

Christiane Gipp (IKK classic)
Claudia Engers (AOK Rheinland/Hamburg)
Michael Jäger, Silke Niemann (Verband der Ersatzkassen VdeK)
Brigitte Fleige (BKK Landesverband NORDWEST)
Mandy Stark, Sabine En-Mia (Knappschaft)
Helga Frehen (SVLFG)
Dr. Miriam Böttge-Joest (Krankenhausgesellschaft NRW)
Miguel Tamayo Korte (KV Nordrhein)
Jana Meyer (KV Nordrhein)
Thomas Petersdorff (KV Nordrhein)

Satz und Layout

permanent. Wirtschaftsförderung GmbH & Co. KG,
Düsseldorf

Bildquellen

Titelseite: © ilnazgilov, shutterstock.com
Titelseite: © Gorodenkoff, shutterstock.com
Titelseite: © DC Studio, shutterstock.com
Titelseite: © Alessandro Pinna, shutterstock.com
Titelseite: © Sonis Photography, shutterstock.com
Titelseite: © Yurchanka Siarhei, shutterstock.com
Titelseite: © sumroeng chinnapan, shutterstock.com
Titelseite: © Explode, shutterstock.com
Titelseite: © Gorodenkoff, shutterstock.com

Dies ist die Publikumsversion des Qualitätsberichts. Den Tabellenband für Nordrhein-Westfalen mit zusätzlichen Auswertungen und erweiterten Literaturangaben finden Sie unter www.zi-dmp.de.

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.



Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung
Disease-Management-Programme GbR