
Qualitätsbericht 2018

Disease-Management-Programme (DMP)

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

Gemeinsame Einrichtung DMP

Niedersachsen

Stand 20.02.2020

Die Gemeinsame Einrichtung DMP setzt sich aus Vertretern der an den Disease-Management-Programmen (DMP) beteiligten Vertragspartner zusammen

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen



AOK Niedersachsen – Die Gesundheitskasse



BKK Landesverband Mitte



IKK classic



Knappschaft – Regionaldirektion Nord



Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau



Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)



Niedersächsische Krankenhausgesellschaft



I. Grundlagen.....	4
1. Ziele	
2. DMP-Verträge in Niedersachsen	
3. Teilnahme	
4. Inhalte	
5. Finanzierung	
6. Gesetzliche Grundlagen	
7. Gesetzliche Evaluation	
8. Qualitätssicherung	
9. Zulassungsstand	
 Indikationsspezifische Berichte 2018*	
II. DMP Asthma bronchiale	10
III. DMP COPD	13
IV. DMP Brustkrebs.....	16
V. DMP Diabetes mellitus Typ 1	18
VI. DMP Diabetes mellitus Typ 2	20
VII. DMP Koronare Herzkrankheit.....	22
 *Die Berichte gliedern sich in folgende Abschnitte (Stichtag 31.12.2018):	
Teilnehmende Ärzte und Patienten	
Ziele des indikationsspezifischen DMP	
Qualitätszielerreichung	
Kommentar	
 VIII. Rückschau - Ausblick / weitere Entwicklung	24
IX. Schlussbetrachtung	27

I. Grundlagen

1. Ziele

In Disease-Management-Programmen wird die Behandlung mit einem gezielten Versorgungsmanagement arzt- und sektorenübergreifend koordiniert. Es ist das Ziel, bestehende Versorgungsdefizite (Über-, Unter- und Fehlversorgung) abzubauen und so die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Erreicht werden soll dies insbesondere durch:

- Koordination der Versorgung durch ein Praxisteam
- Förderung der Kooperation aller Beteiligten
- Differenzierte Therapieplanung unter Einbeziehung der Patientinnen und Patienten
- Leitliniengerechte nicht-medikamentöse und medikamentöse Behandlung
- Stärkung der Selbstmanagement-Fähigkeiten des Patienten durch strukturierte Schulungen.

2. Disease-Management-Programme (DMP)

In Niedersachsen wurden sechs DMP-Verträge kassenartenübergreifend mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) vereinbart:

- Diabetes mellitus Typ 2 seit Juli 2003,
- Brustkrebs seit Juli 2004 (unter Beteiligung der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft),
- KHK seit Oktober 2005,
- Diabetes mellitus Typ 1 seit März 2007
- Asthma seit März 2007 und
- COPD seit März 2007.

Darüber hinaus sind zwischenzeitlich für die chronischen Erkrankungen Herzinsuffizienz, Rückenschmerz, Depression und Osteoporose die inhaltlichen Anforderungen für ein strukturiertes Behandlungsprogramm durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt worden. Die strukturierten Behandlungsprogramme befinden sich derzeit noch in der Umsetzungsphase und stehen daher den Patienten noch nicht zur Verfügung. Einzelheiten dazu sind unter Abschnitt VIII (Rückschau – Ausblick / weitere Entwicklung) nachzulesen.

Über zusätzliche Rahmenverträge der Krankenkassen mit der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft sowie den Rehabilitationseinrichtungen werden Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken in die jeweiligen DMP eingebunden.

3. Teilnahme

Die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm ist für Patienten freiwillig. Voraussetzung für die Teilnahme ist eine gesicherte Diagnose durch den betreuenden Arzt und die Bereitschaft des Versicherten, aktiv am DMP teilzunehmen.

Die Mitarbeit des Patienten ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor der DMP. Nach Vereinbarung von individuellen Therapiezielen mit dem betreuenden Arzt können Patienten beispielsweise an strukturierten Schulungen und Präventionsangeboten teilnehmen und sollen die regelmäßigen Verlaufskontrollen wahrnehmen.

Für Versicherte ist zur Teilnahme an einem DMP die Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung erforderlich. Damit stimmen sie der Programmteilnahme, der Datenverarbeitung und der Dauer der Aufbewahrung persönlicher und medizinischer Daten zu.

Die Beendigung der Teilnahme am DMP ist durch die Versicherten jederzeit und ohne Begründung möglich, wodurch den Versicherten keine schlechtere Betreuung zukommen darf.

Auch für Ärzte ist die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen freiwillig. Ein koordinierender Arzt im DMP muss seine Teilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erklären; erfüllt der Arzt die geforderten Voraussetzungen, wird ihm die Genehmigung zur Teilnahme am DMP erteilt.

I. Grundlagen

4. Inhalte

Die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss als Richtlinie erlassen.

Inhaltliche Schwerpunkte von Disease-Management-Programmen sind:

- Behandlung nach aktuellem Stand der medizinischen Wissenschaft in Diagnostik, Therapie und Kooperation der Versorgungssektoren,
- Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- Definierte Voraussetzungen für die Einschreibung in das Programm,
- Schulungen,
- Dokumentation,
- Evaluation.

5. Finanzierung

Zur Förderung der DMP erhalten die Krankenkassen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für alle eingeschriebenen Versicherten. Diese sogenannte Programmkostenpauschale wird zur Deckung der Programmkosten für arztbezogene Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen und für kassenbezogene Aufwendungen wie Verwaltungskosten verwendet.

Sie beträgt im Jahr 2018 je eingeschriebenen Versicherten 145,32 Euro (2017: 145,68 Euro). Die Pauschale setzt sich zusammen aus arztbezogenen Kosten (DMP-Leistungsausgaben) in Höhe von 124,08 Euro und aus kassenbezogenen Kosten (DMP-Verwaltungskosten) in Höhe von 21,24 Euro je DMP-Versichertenjahr.

Disease-Management-Programme wurden im Jahr 2002 mit dem „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ eingeführt. Die gesundheitspolitische Reform erfolgte vor dem Hintergrund, dass statistischen Erhebungen zufolge 80 Prozent der Ausgaben im Gesundheitswesen auf ca. 20 Prozent der Versicherten entfallen, von denen die meisten an einer chronischen Erkrankung leiden.

Ein gezieltes Versorgungsmanagement für bestimmte Krankheitsgruppen barg vor der Reform für die anbietende Krankenkasse das Risiko, insbesondere für solche Versicherte attraktiv zu erscheinen, die hohe Kosten verursachten.

Der Gesetzgeber führte daher mit Einführung der DMP im Jahr 2002 auch eine Reform des Risikostrukturausgleichs durch und reagierte damit auf Forderungen nach einer zielgenaueren Umverteilung und versorgungsorientierten Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs.

Durch die Verknüpfung strukturierter Behandlungsprogramme mit dem Risikostrukturausgleich bis Ende 2008 wurden Krankenkassen, die ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme anboten, für ihren finanziellen Mehraufwand entschädigt.

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) und der damit verbundenen Einführung eines „morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ sowie des Gesundheitsfonds sind zum 1. Januar 2009 weitreichende Änderungen eingetreten.

Diese betreffen auch die Finanzierung der DMP: Mit Ausnahme der zuvor genannten Programmkostenpauschale erhalten die Krankenkassen keine weitere Refinanzierung aus dem Risikostrukturausgleich für die DMP.

I. Grundlagen

6. Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzliche Grundlage der strukturierten Behandlungsprogramme bilden die §§ 137f und 137g des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V).

Durch das zum 1. Januar 2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) ging die Regelungskompetenz für strukturierte Behandlungsprogramme chronisch kranker Menschen vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über.

Bis dahin gab der G-BA dem BMG Empfehlungen zu den Anforderungen an die Ausgestaltung der Disease-Management-Programme. Das BMG setzte diese dann als Rechtsverordnung (Risikostrukturausgleichverordnung, RSAV) um.

Seit dem 1. Januar 2012 werden diese Anforderungen direkt vom G-BA als Richtlinie erlassen. Der G-BA hat nach § 137f Absatz 1 und 2 SGB V im Zusammenhang mit DMP folgende Aufgaben:

- Festlegung der Diagnosen, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen,
- Festlegung von Inhalten von strukturierten Behandlungsprogrammen,
- Regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung der Inhalte.

Die Umsetzung dieser Aufgaben erfolgt durch Vertreter der KBV, des GKV-Spitzenverbands, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Patientenvertretung mit Unterstützung von Sachverständigen.

Bevor der G-BA Richtlinien zu einem strukturierten Behandlungsprogramm beschließt, gibt er den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe, den für die sonstigen Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen, dem Bundesamt für Soziale Sicherung und den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme.

Der Auswahl der Erkrankungen liegen folgende gesetzlich festgelegte Kriterien zu Grunde:

- Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
- Möglichkeit zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
- Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
- sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
- Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten,
- hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

Gesetzlich festgelegte inhaltliche Anforderungen an die Ausgestaltung der Behandlungsprogramme sind:

- Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors,
- durchzuführende Qualitätssicherungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a SGB V Absatz 2 Nummer 1 und 2,
- Voraussetzungen für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm,
- Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten,

I. Grundlagen

- Dokumentation einschließlich der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten und deren Aufbewahrungsfristen,
- Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation).

7. Gesetzliche Evaluation

Der Gesetzgeber hat in § 137f SGB V die Krankenkassen dazu verpflichtet, eine externe Evaluation der Disease-Management-Programme durch unabhängige Sachverständige auf der Grundlage allgemein anerkannter wissenschaftlicher Standards zu veranlassen und diese zu veröffentlichen.

Derzeit wird die gesetzliche Evaluation noch nach den Evaluationskriterien des Bundesamts für Soziale Sicherung (BAS) durchgeführt. Diese können auf der Webseite des BAS eingesehen werden. Die Evaluation ist Voraussetzung für den Fortbestand der Zulassung.

Das BAS hat unabhängige Institute zur externen Evaluation beauftragt: Für die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) und die Knappschaft führt das Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas) in Zusammenarbeit mit der Prognos AG und dem Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) die Evaluation der DMP durch. Für die Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die Ersatzkassen erfolgt die Evaluation durch die Medical Netcare GmbH (MNC).

Die Gesetzliche Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme wird im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erarbeitet. Die Evaluationsberichte gemäß § 6 Abs. 2 Satz 2 Ziffer 1 DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) sind auf der Website des G-BA veröffentlicht:

Asthma bronchiale - Berichtszeitraum 2006-2018

Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) - Berichtszeitraum 2006-2017

DMP Diabetes mellitus Typ 1 - Berichtszeitraum 2005-2017

DMP Diabetes mellitus Typ 2 - Berichtszeitraum 2003-2016

Koronare Herzkrankheit (KHK) - Berichtszeitraum 2004-2017.

8. Qualitätssicherung

In jedem DMP sind indikationsspezifische, auf die Behandlung bezogene Qualitätsziele wie zum Beispiel ein hoher Anteil geschulter Patienten oder die Erreichung bestimmter medizinischer Zielwerte definiert. Zur Auswertung des Erreichungsgrades der Qualitätsziele im DMP wird die standardisierte und strukturierte elektronische Dokumentation – ein Hauptelement der Programme – herangezogen. Die medizinischen Dokumentationsdaten werden vom koordinierenden Arzt anlässlich der regelmäßigen Verlaufskontrollen (quartalsweise oder halbjährlich) erhoben.

Die elektronische Dokumentation besteht aus dem indikationsübergreifenden Teil, in dem grundlegende administrative und medizinische Daten erhoben werden und einem indikationsspezifischen Teil. Sie ist darüber hinaus die Basis der Informations- und Steuerungsprozesse im Behandlungsprogramm. Die Dokumentation wird vom Arzt an die Datenstelle geschickt, welche die Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität überprüft und anschließend entsprechend weiterleitet. Im Rahmen der Qualitätssicherung werden die Daten für die Evaluation der Programme genutzt. Darüber hinaus erhält die Gemeinsame Einrichtung der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung die versichertenbezogen pseudonymisierten Daten, wertet diese aus und erstellt allgemeine, indikationsspezifische Feedbackberichte sowie halbjährlich artzindividuelle Feedbackberichte.

Aus den individuellen Berichten ist für den Arzt erkennbar, ob und in welchem Maße die Qualitätsziele erreicht wurden und wie er im Vergleich zu den anderen teilnehmenden Praxen steht. Die Qualitätsziele werden genauso abgebildet, wie sie in den Anlagen zur Qualitätssicherung im DMP-Vertrag zwischen KVN und den Krankenkassen formuliert sind.

I. Grundlagen

Der Arzt-Feedbackbericht wird standardmäßig online im Mitgliederportal der KVN eingestellt. Auf Wunsch wird ein Druckexemplar per Post versendet.

In den allgemeinen, indikationsspezifischen Berichten der Gemeinsamen Einrichtung werden darüber hinaus die Ergebnisse der im jeweiligen DMP-Vertrag vereinbarten Qualitätsziele kassenübergreifend dargestellt.

Anzahl Feedback-Berichte Niedersachsen

Zeitschiene	2017		2018	
	01.01.-30.06.	01.07.-31.12.	01.01.-30.06.	01.07.-31.12.
Brustkrebs	360	357	352 Langbericht (01.01.-30.09.)	
Diabetes mellitus Typ 2	2.882	2.889	2.873	2.870
KHK	2.840	2.855	2.845	2.839
Diabetes mellitus Typ 1	145	148	149	152
Asthma bronchiale	2.752	2.707	2.762	2.736 Langbericht (01.07.18-31.03.19)
COPD	2.555	2.573	2.466	2.567

Die indikationsspezifischen Berichte sind auf der Homepage der KVN wie folgt abrufbar:

www.kvn.de ➤ Mitglieder ➤ Qualität ➤ DMP ➤ Qualitätsberichte.

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet in ihrem jährlichen Qualitätsbericht über ausgewählte DMP-Inhalte und -Themen.

9. Zulassungsstand

Mit Stand 30.06.2019 sind insgesamt 9.253 Programmzulassungen mit über 8 Millionen eingeschriebenen Versicherten, die zum Teil an mehr als einem DMP teilnehmen, erteilt.

Indikation	Zulassungen ¹	Teilnehmer insgesamt
Asthma bronchiale	1.550	982.897
Brustkrebs	1.486	130.293
COPD	1.561	769.609
Diabetes mellitus Typ 1	1.526	224.832
Diabetes mellitus Typ 2	1.587	4.292.245
KHK	1.543	1.898.174
Insgesamt	9.253	8.298.050

¹Anzahl der teilnehmenden Krankenkassen x Anzahl der teilnehmenden Regionen (max. 17)

I. Grundlagen

Aufgrund von Krankenkassenfusionen nimmt die absolute Zahl an Zulassungen für die sechs bestehenden strukturierten Behandlungsprogramme weiterhin ab. Die Anzahl der Teilnehmer steigt jedoch kontinuierlich an. So gibt es derzeit mehr als 8 Millionen Programmteilnahmen, wobei allein am DMP Diabetes mellitus Typ 2 fast 4,3 Millionen Versicherte teilnehmen.

Teilnehmende Ärzte und Patienten

Zum Stichtag 31.12.2018 haben 4.731 Ärzte teilgenommen, teilgenommen, darunter 4.722 koordinierende Ärzte sowie 150 pneumologisch qualifizierte Fachärzte (auch Kinderärzte mit Zusatzweiterbildung). 101.219 Patienten sind im DMP Asthma bronchiale eingeschrieben, das Durchschnittsalter der Patienten aller Praxen in Niedersachsen liegt bei 50 Jahren.

<=10 Jahre	11-17 Jahre	18-40 Jahre	41-60 Jahre	>60 Jahre
4,4%	7,5%	13,3%	34,1%	35,6%

Ziele des DMP Asthma

(gem. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL)

Ziel der Therapie ist die optimale Symptomkontrolle der Beschwerden eines Asthmatikers. Die Behandlung dient neben der Steigerung der Lebenserwartung insbesondere der Erhaltung und der Verbesserung der asthmabezogenen Lebensqualität.

Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten anzustreben:

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

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

- Reduktion der Asthma-bedingten Letalität,
- adäquate Behandlung der Komorbiditäten,
- das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen.

Besonderheit zur Erstellung des indikationsspezifischen Berichts 2018

Das DMP für Patienten mit Asthma bronchiale wurde in einigen Punkten ergänzt und spezifiziert. Zu den Versorgungsaspekten, die nunmehr stärker fokussiert werden, zählt beispielsweise die Berücksichtigung von therapierelevanten Begleiterkrankungen wie Adipositas oder Refluxbeschwerden, das Medikamentenmanagement bei Multimorbidität und das Angebot von Tabakentwöhnungsprogrammen. Zudem können nun auch Kinder unter 5 Jahren im DMP behandelt werden. Insbesondere die Anforderungen an die Diagnostik, die differenzierte Therapieplanung und die medikamentöse Dauertherapie wurden um altersgruppenspezifische Regelungen ergänzt.

Um halbwegs aussagekräftige Ergebnisse abbilden zu können, haben sich die Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung beim neuen DMP-Vertrag Asthma für eine einmalige Anpassung der Berichtszeiträume aufgrund der veränderten Dokumentationsparameter ausgesprochen.

Der GE-/Arzt-Feedback-Bericht zum DMP Asthma für das 2. Halbjahr 2018 wird um das 1. Quartal 2019 erweitert (01.07.2018-31.03.2019). Für das 1. Halbjahr 2019 wird kein separater Bericht ausgewertet. Das 2. Quartal 2019 wird in dem Bericht für das 2. Halbjahr 2019 ergänzt, so dass dieser den Zeitraum 01.04.2019-31.12.2019 umfassen wird.

Qualitätszielerreichung

Von den ausgewerteten indikationsbezogenen Qualitätszielen im Berichtszeitraum wurde lediglich der angestrebte Erreichungsgrad für die Vermeidung stationärer Notfälle erfüllt:

Qualitätsziel	Zielwert	Ergebnis
Notfallmäßige stationäre Behandlung	<=10%	0,5%

Bei den folgenden Qualitätszielen wurden die Ergebnisse nicht erreicht:

Qualitätsziel	Zielwert	Ergebnis
Asthma-Schulung (Compliance)	>=70%	49,9%
Selbstmanagementplan	>=90%	25,7%
Inhalative Glukokortikosteroide	>=90%	86,7%
Überprüfung Inhalationstechnik	>=90%	61,5%

Für die nachfolgenden Qualitätsziele sind keine Zielwerte festgelegt worden:

Qualitätsziel	Anteil	Ergebnis
Symptomkontrolle	Hoher Anteil von Patienten mit guter Symptomkontrolle	90,1%
Asthmaschulung (Quote)	Hoher Anteil von Patienten, die im Rahmen des DMP eine Asthma-Schulung erhalten haben	49,9%

Kommentar

Ein schriftlicher Selbstmanagementplan dient der Unterstützung für die Patienten beim Beobachten von Symptomen, bei der Bewertung des Peak-Flow-Wertes und beim Einsatz der Notfallmedikation. Im DMP Asthma wurde daher ein Qualitätsziel formuliert, gemäß dem ein Selbstmanagementplan bei mindestens 90 Prozent der Patienten eingesetzt werden soll. Diese Quote wird auch in 2018 wiederum deutlich verfehlt (25,7 Prozent). Der Grund für das Nichterreichen des Qualitätsziels kann möglicherweise darin begründet liegen, dass, wenn sich bei der routinemäßigen Überprüfung des Plans keine Änderungen ergaben, nicht korrekt dokumentiert wurde. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen hat dazu auf der Homepage einen Selbstmanagementplan auf Grundlage des NASA-Schulungsprogramms sowie Begleittext unter der Rubrik „DMP-Kurz gefasst“ eingestellt.

Im Rahmen des DMP sollen 90 Prozent der Asthma-Patienten, für die eine inhalative Dauertherapie erfolgt, ICS als Bestandteil der Therapie verordnet bekommen. Das Qualitätsziel wird mit einer Abweichung von 3,3 Prozent knapp verfehlt. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich das Ergebnis um plus 0,1 Prozentpunkte verbessert.

Die Inhalationstechnik ist in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal zu überprüfen. Bei etwas mehr als zwei Drittel der Patienten erfolgte die Überprüfung, das Qualitätsziel von 90 Prozent wird jedoch nicht erreicht. Im Vergleich von 15 KV-Bereichen* liegt das erreichte durchschnittliche Ergebnis der Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde, bei 80,2 Prozent und damit ebenfalls unter dem geforderten Ergebnis. Die Ergebnisse sind im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert (80,3 Prozent).

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen hat dazu auf der Homepage Informationen zu zur Dokumentation bei Überprüfung der richtigen Inhalationstechnik unter der Rubrik „DMP-Kurz gefasst“ eingestellt.

Eine wichtige Rolle bei der Therapie spielt die Patienten-Schulung. An einer empfohlenen Asthmaschulung (Compliance) haben die Hälfte (49,9 Prozent) der Patienten teilgenommen. Das durchschnittliche Ergebnis der 15 KV-Bereiche* bei Patienten mit empfohlener Asthmaschulung liegt bei 24,8 Prozent.

*Quelle: KBV DMP Asthma bronchiale - Ergebnisse der Qualitätssicherung: indikationsspezifische Berichte für die GE bzw. Qualitätsberichte aus 15 KVEn, Stand 2017, Stand 03.06.2019

Teilnehmende Ärzte und Patienten

Zum Stichtag 31.12.2018 haben 4.335 Ärzte, darunter 4.331 koordinierende Ärzte und 99 pneumologisch qualifizierte Fachärzte teilgenommen. 89.143 Patienten sind im DMP COPD eingeschrieben, das Durchschnittsalter der Patienten aller Praxen liegt in Niedersachsen bei 68 Jahren.

<=45 Jahre	46-55 Jahre	56-65 Jahre	66-75 Jahre	>75 Jahre
2,3%	10,7%	26,1%	29,8%	31,1%

Ziele des DMP COPD

(gem. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL)

Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der COPD-bezogenen Lebensqualität. Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten anzustreben:

- Vermeidung/Reduktion von:

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptomen, Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag,
- einer raschen Progredienz der Erkrankung

bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie;

- Reduktion der COPD-bedingten Letalität,
- adäquate Behandlung der Komorbiditäten.

Qualitätszielerreichung

Von den zwölf vereinbarten Qualitätszielen weisen nur vier quantitative Zielvorgaben auf. Dabei sind folgende Ergebnisse erreicht worden:

Qualitätsziel	Zielwert	Ergebnis
Notfallmäßige stationäre Behandlung	<=10%	2,5%
Exazerbationen	<=20%	6,1%
Systemische Glukokortikosteroide	<=10%	1,6%

Bei folgendem Qualitätsziel wurde das Ergebnis nicht erreicht:

Qualitätsziel	Zielwert	Ergebnis
Überprüfung Inhalationstechnik	>=90%	50,2%

Für die nachfolgenden Qualitätsziele sind keine Zielwerte festgelegt worden:

Qualitätsziel	Anteil	Ergebnis
Empfehlung Tabakverzicht	Hoher Anteil an rauchenden Patienten, die im Dok.-Zeitraum eine Empfehlung zum Tabakverzicht erhalten haben	65,8%
Teilnahme an Tabakentwöhnung	Niedriger Anteil an rauchenden Patienten, die trotz Empfehlung noch nicht an einem Tabakentwöhnungsprogramm teilgenommen haben	95,2%
Raucherquote	Niedriger Anteil an rauchenden Patienten	30,3%
Raucher (seit DMP-Einschreibung)	Ein niedriger Patientenanteil, die zum Zeitpunkt der Einschreibung Raucher waren, raucht noch	66,6%
Inhalative Glukokortikosteroide (ICS)	Niedriger Anteil an Patienten mit einem nicht indizierten Einsatz an ICS	47,8%
Osteoporose-Risiko	Hoher Anteil an Patienten mit mind. einer Osteoporose-Risikoeinschätzung in den letzten 12 Monaten	40,2%
Empfehlung körperliches Training	Hoher Anteil an Patienten mit einer Empfehlung im Dok.-Zeitraum zu einem mind. wöchentlichen körperlichen Training	41,3%
FEV1-Wert	Hoher Anteil an Patienten mit einem dokumentierten FEV1-Wert in den letzten 12 Monaten	82,6%

Kommentar

Anfang 2018 ist das in allen wesentlichen Punkten aktualisierte DMP für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) in Kraft getreten. So zielt das aktualisierte Behandlungsprogramm noch stärker als bisher auf die Tabakentwöhnung der Patienten ab, da Studien klar belegen, dass die Sterblichkeit und das Fortschreiten der Erkrankung COPD durch Tabakverzicht deutlich reduziert werden können. Entsprechend enthält das Behandlungsprogramm hohe Qualitätsanforderungen an Tabakentwöhnungsprogramme. Zudem heben die neuen DMP-Anforderungen den Einfluss häufiger und folgenreicher Begleiterkrankungen wie beispielsweise Diabetes

mellitus Typ 2, kardiovaskuläre Erkrankungen, Osteoporose sowie Depression und Angstzustände auf den Krankheitsverlauf bzw. die Behandlung der COPD hervor. Die wirksame Behandlung dieser Komorbiditäten spielt nicht zuletzt für die Lebensqualität der Patienten eine wesentliche Rolle. Das aktualisierte DMP sieht weiterhin ein strukturiertes Medikamentenmanagement bei Patienten vor, bei denen die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln aufgrund mehrerer Erkrankungen erforderlich ist. So sollen mindestens jährlich sämtliche vom Patienten tatsächlich eingenommenen Arzneimittel erfasst und deren mögliche Wechsel- und Nebenwirkungen berücksichtigt werden. Therapieänderungen oder Dosisanpassungen können so frühzeitig vorgenommen werden. Ein aktueller Medikationsplan, den auch die Patienten erhalten, wird Teil der Patientenakte. Neben der inhaltlichen Aktualisierung des DMP sind auch Anpassungen der Anforderungen an die Dokumentation der Befunde, der therapeutischen Maßnahmen und der Behandlungsergebnisse vorgenommen worden.

Lediglich zwei Qualitätsziele sind unverändert und können mit dem Vorjahr verglichen werden: Die Verordnung systemischer Glukokortikosteroide (Dauertherapie) sowie die Überprüfung der Inhalationstechnik. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil an Patienten, die systemische Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten, deutlich reduziert (4,1 Prozent), eine Überprüfung der Inhalationstechnik erfolgt mit einem Minus von 5,4 Prozentpunkten dagegen deutlich seltener.

Die Inhalationstechnik ist in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal zu überprüfen. Beim DMP COPD wurde die Inhalationstechnik bei der Hälfte (50,2 Prozent) der Patienten überprüft. Das Qualitätsziel von 90 Prozent wird somit eindeutig verfehlt. Im Vergleich von 15 KV-Bereichen* liegt das erreichte durchschnittliche Ergebnis der Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde, bei 71,5 Prozent und damit ebenfalls unter dem geforderten Ergebnis.

*Quelle: KBV DMP COPD - Ergebnisse der Qualitätssicherung: indikationsspezifische Berichte für die GE bzw. Qualitätsberichte aus 15 KVEn, Stand 2017 vom 04.06.2019

Teilnehmende Ärzte und Patienten

Im Berichtszeitraum vom 01.01. bis 30.09.2018 haben 653 Ärzte und 13.343 Patientinnen am DMP Brustkrebs teilgenommen. Die Patientinnen aller Praxen niedersachsenweit sind durchschnittlich 63 Jahre alt.

<=30 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre	>= 70 Jahre
0,2%	2,2%	9,5%	27,3%	28,4%	32,4%

Ziele des DMP Brustkrebs

(gem. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL)

Die Patientinnen sollen unter angemessener Berücksichtigung ihres Lebensumfeldes während des gesamten Behandlungsprozesses begleitet werden. Sie sollen durch gezielte, patientinnenorientierte, qualitativ gesicherte Informationen über ihre Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Die Lebensqualität der Patientinnen ist zu verbessern und durch strukturierte Begleitungs- und Beratungsangebote sollen die Voraussetzungen zur angemessenen Verarbeitung der Gesundheitsgefährdung gestärkt werden. Es wird beabsichtigt, eine nachhaltige Senkung der Anzahl der Mastektomien zu erzielen und damit den operativen Standard zu verbessern. Ferner gilt es, den Standard der adjuvanten Therapie zu optimieren. Schließlich soll eine umfassende Nachsorge, insbesondere im Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Genesung der Patientinnen gewährleistet werden.

Besonderheit zur Erstellung des indikationsspezifischen Berichts 2018

Aufgrund des zum 01.10.2018 völlig überarbeiteten Behandlungsprogramms Brustkrebs haben sich erhebliche Änderungen der Dokumentationsparameter ergeben. Das neue DMP sieht gezielte Maßnahmen zur Vermeidung von Folgeerkrankungen sowie eine stärkere Berücksichtigung psychosomatischer, psychischer und psychosozialer Aspekte im Rahmen der Langzeittherapie vor. Um halbwegs aussagekräftige Ergebnisse abbilden zu können, hat sich die Gemeinsame Einrichtung dafür ausgesprochen, dass der GE-/ Arzt-Feedback-Bericht für 2018 ausnahmsweise das Zeitfenster vom 01.01.2018 bis 30.09.2018 mit den bis dahin vereinbarten Qualitätszielen umfasst. Für das zweite Halbjahr 2018 wird es keinen separaten Bericht geben. Der Bericht für das erste Halbjahr 2019 wird dann den Zeitraum 01.10.2018 bis 30.06.2019 mit den ab dem 01.10.2018 definierten Qualitätszielen umfassen.

Qualitätszielerreichung

Auf der Basis der im DMP-Vertrag vereinbarten Qualitätsziele sind die folgenden Ergebnisse erreicht worden:

Qualitätsziel	Zielwert	Ergebnis
Brusterhaltende Therapie	>=70%	85,8%
Nachbestrahlung	>=80%	96,7%
Adjuvante endokrine Therapie	>=80%	89,5%

Bei folgendem Qualitätsziel wurde das Ergebnis nicht erreicht:

Qualitätsziel	Zielwert	Ergebnis
Her2/neu-Bestimmung	$\geq 95\%$	91,1%

Kommentar

Insgesamt werden die DMP-bezogenen Zielsetzungen erreicht und übertroffen. Lediglich beim Qualitätsziel, den Rezeptorstatus regelhaft zu bestimmen, wurde der angestrebte Zielwert um 3,9 Prozentpunkte unterschritten. Diese Resultate entsprechen dem Vorjahresergebnis.

Hervorzuheben ist, dass einige Ergebnisse der vorgenannten Qualitätsziele auf Landesebene im Vergleich zu 14 anderen KV-Bereichen* überdurchschnittlich ausgefallen sind: Nachbestrahlung 94,0 Prozent und adjuvante endokrine Therapie 88,6 Prozent.

Die Ergebnisse der brusterhaltenden Therapien sowie der Her2/neu-Bestimmung hingegen liegen auf dem Niveau der Bundesebene (85,7 Prozent bzw. 91,1 Prozent).

*Quelle: KBV DMP Brustkrebs - Ergebnisse der Qualitätssicherung: indikationsspezifische Berichte für die GE bzw. Qualitätsberichte aus 14 KVen, Stand 2017 vom 04.06.2019

Teilnehmende Ärzte und Patienten

Zum Stichtag 31.12.2018 haben insgesamt 226 Ärzte teilgenommen, davon 207 diabetologisch qualifizierte Ärzte, 18 Pädiater sowie ein koordinierender Hausarzt. 21.755 Patienten sind in das DMP Diabetes mellitus Typ 1 eingeschrieben, das Alter der Patienten aller Praxen liegt in Niedersachsen bei 46 Jahren. Die Patienten werden in Diabetologischen Schwerpunktpraxen betreut.

<=10 Jahre	11-17 Jahre	18-40 Jahre	41-60 Jahre	>60 Jahre
1,9%	5,0%	30,3%	40,7%	22,2%

Ziele des DMP DM 1

(gem. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL))

Die Therapie dient der Verbesserung der von einem Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität, der Vermeidung diabetesbedingter und -assoziierter Folgeschäden sowie Erhöhung der Lebenserwartung. Hieraus ergeben sich insbesondere folgende Therapieziele:

- Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
- Vermeidung von Neuropathien beziehungsweise Linderung von damit verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen,
- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen,
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathisch bedingte Morbidität und Mortalität,
- Vermeidung von Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidosen) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien).

Qualitätszielerreichung

Auf der Basis der im DMP-Vertrag vereinbarten Qualitätsziele sind die folgenden Ergebnisse erreicht worden:

Qualitätsziel	Zielwert	Ergebnis
Hypoglykämie	<=15%	2,9%
Notfallmäßige stat. Behandlung	<=2%	0,7%
Albumin	>=90%	92,9%
Jährlicher Fußstatus	>=80%	91,2%

Bei den nachfolgend aufgeführten Qualitätszielen wurden die Ergebnisse nicht erreicht:

Qualitätsziel	Zielwert	Ergebnis
Injektionsstellen	>=90%	89,0%
Blutdruck (<= 139/89 mmHg)	>=60%	52,7%

Qualitätsziel	Zielwert	Ergebnis
HbA1c-Wert (> 8,5%)	<=10%	19,9%
Nierenfunktion (eGFR)	>=90%	81,3%
Thrombozyten-Aggregationshemmer	>=80%	59,6%

Für die nachfolgenden Qualitätsziele sind keine Zielwerte festgelegt worden:

Qualitätsziel	Anteil	Ergebnis
HbA1c-Zielwert	Ein hoher Anteil der Patienten hat den individuell vereinbarten HbA1c-Zielwert erreicht	56,9%
Diabetes-Schulung (Quote)	Ein hoher Anteil der Patienten hat im Rahmen des DMP an einer Diabetes-Schulung teilgenommen	41,3%
Hypertonie-Schulung (Quote)	Ein hoher Anteil der Patienten hat im Rahmen des DMP an einer Hypertonie-Schulung teilgenommen	6,3%

Kommentar

Das Ergebnis des Qualitätsziels „Injektionsstellen“ liegt bei 89,0 Prozent, so dass die Zielquote knapp verfehlt worden ist. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich das Ergebnis leicht verringert und zwar um minus 0,8 Prozentpunkte.

Beim Qualitätsziel „Blutdruck“ wurde das Ergebnis mit 52,7 Prozent nicht erreicht und ist im Vergleich zum Vorjahr wiederum abgesunken (minus 2,1 Prozentpunkte).

Beim Qualitätsziel HbA1c-Wert wird die Quote mit einem Ergebnis von 19,9 Prozent ebenfalls nicht erreicht, hat sich aber zum Vorjahresvergleich leicht gebessert (2017: 20,7 Prozent). Selbst der Durchschnitt von 15 verglichenen KV-Bereichen* weist lediglich einen Anteil von 21,0 Prozent der Patienten aufweist, bei denen ein HbA1c-Wert bis 8,5 Prozent gemessen wurde.

Das Qualitätsziel „Nierenfunktion (eGFR)“ liegt im Ergebnis bei 81,3 Prozent und liegt damit auf dem Niveau des Vorjahres: 81,5 Prozent.

Patienten mit makroangiopathischen Erkrankungen (z. B. kardio- und zerebrovaskulären Erkrankungen) sollen grundsätzlich Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) erhalten. Die Verordnungsquote liegt bei mindestens 80 Prozent. Der geforderte Zielwert konnte mit 59,6 Prozent nicht erreicht werden, hat sich jedoch zum Vorjahresvergleich um plus 1,1 Prozentpunkte erhöht (58,5 Prozent in 2017).

*Quelle: KBV DMP Diabetes mellitus Typ 1 - Ergebnisse der Qualitätssicherung: indikationsspezifische Berichte für die GE bzw. Qualitätsberichte aus 15 KVen, Stand 2017 vom 04.06.2019

Teilnehmende Ärzte und Patienten

Zum Stichtag 31.12.2018 haben 4.707 Ärzte teilgenommen, darunter 4.706 koordinierende Ärzte sowie 209 diabetologisch qualifizierte Fachärzte bzw. Diabetologische Schwerpunktpraxen. 375.601 Patienten sind in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben, das Alter der Patienten aller Praxen in Niedersachsen liegt bei 68 Jahren.

<=45 Jahre	46-55 Jahre	56-65 Jahre	66-75 Jahre	>75 Jahre
3,5%	11,1%	22,3%	28,2%	34,9%

Ziele des DMP DM 2

(gem. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL)

Die Therapie dient der Erhöhung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung oder der Verbesserung der von einem Diabetes mellitus Typ 2 beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei sind in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten folgende individuelle Therapieziele anzustreben:

- Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z. B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen,
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
- Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenerersatztherapie),
- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen.

Qualitätszielerreichung

Von den insgesamt vierzehn definierten Qualitätszielen wurden folgende erfüllt:

Qualitätsziel	Zielwert	Ergebnis
Hypoglykämie	<=1%	0,6%
Notfallmäßige stationäre Behandlung	<=1%	0,2%
Metformin	>=70%	83,7%
HbA1c-Wert (> 8,5%)	<=10%	7,1%
HbA1c-Zielwert	>=60%	63,1%
Blutdruck (<= 139/89 mmHg)	>=45%	52,0%
Systolischer Blutdruck (> 150 mmHg)	<=15%	14,7%
Nierenfunktion (eGFR)	>=90%	90,3%
Pulsstatus bei Ulkus	>=80%	87,3%

Jährlicher Fußstatus	>=80%	82,0%
----------------------	-------	-------

Unterschritten wurden die Ergebniswerte bei folgenden Qualitätszielen:

Qualitätsziel	Zielwert	Ergebnis
Thrombozyten-Aggregationshemmer	>=80%	70,9%
Behandlung Fußläsionen	>=65%	39,7%
Intervalle Fußinspektion	>=80%	67,4%
Augenarzt	>=90%	81,9%

Für die nachfolgenden Qualitätsziele sind keine Zielwerte festgelegt worden:

Qualitätsziel	Anteil	Ergebnis
Diabetes-Schulung (Quote)	Ein hoher Anteil der Patienten hat im Rahmen des DMP an einer Diabetes-Schulung teilgenommen	20,5%
Hypertonie-Schulung (Quote)	Ein hoher Anteil der Patienten hat im Rahmen des DMP an einer Hypertonie-Schulung teilgenommen	5,9%

Kommentar

Insgesamt sind zehn von 14 Behandlungszielen im Berichtszeitraum erreicht worden.

Verbessert hat sich darunter auch das Ergebnis zur jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion, so dass erstmalig das Qualitätsziel mit 90,3 Prozent erreicht worden ist. (2017: 89,9 Prozent).

Deutlich übertroffen werden die Ziele zum Erreichen eines Blutdrucks unter 140/90 mmHg (2017: 50,8 Prozent), zum Verordnen von Metformin bei Patienten unter oraler antidiabetischer Monotherapie (2017: 8,3 Prozent) sowie der Pulsstatusbestimmung bei vorliegendem Ulkus (2017:85,0 Prozent).

Die nicht erreichten Zielwerte sind insgesamt deutlich verfehlt wurden: Verordnung von Thrombozyten-Aggregationshemmer (2017: 71,9 Prozent), Überweisungen von Patienten mit Fußläsionen mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulzera an spezialisierte Einrichtungen (2017: 42,5 Prozent), Festlegung angemessener Intervalle für künftige Fußinspektionen sowie Anteil der angestrebten augenärztlichen Untersuchungen in den vergangenen 24 Monaten (2017:82,9 Prozent). Auch die erreichten Durchschnittswerte von 15 KV-Bereichen* liegen bei den vorgegebenen Zielwerten unter dem geforderten Ergebnis.

*Quelle: KBV DMP Diabetes mellitus Typ 2 - Ergebnisse der Qualitätssicherung: indikationsspezifische Berichte für die GE bzw. Qualitätsberichte aus 15 KVEn, Stand 2017 vom 04.06.2019

Teilnehmende Ärzte und Patienten

Zum Stichtag 31.12.2018 haben 4.713 Ärzte teilgenommen, darunter 4.657 koordinierende Ärzte, 248 kardiologisch qualifizierte Fachärzte, 51 kardiologisch qualifizierte Fachärzte mit der Berechtigung zur invasiven Kardiologie (diagnostisch oder therapeutisch). 190.891 Patienten werden im DMP KHK betreut, das Durchschnittsalter der eingeschriebenen Patienten aller Praxen in Niedersachsen liegt bei 72 Jahren.

<=45 Jahre	46-55 Jahre	56-65 Jahre	66-75 Jahre	>75 Jahre
1,0%	6,7%	18,1%	27,4%	46,8%

Ziele des DMP KHK

(gem. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL))

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

- Reduktion der Sterblichkeit,
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz,
- Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina pectoris-Beschwerden, Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

Qualitätszielerreichung

Zwei der vier Qualitätsziele mit einer quantitativen Zielvorgabe wurden erreicht:

Qualitätsziel	Zielwert	Ergebnis
Thrombozyten-Aggregationshemmer	>=80%	83,8%
Blutdruck (<= 139/89 mmHg)	>=50%	59,6%

Bei folgenden Qualitätszielen wurde das Ergebnis nicht erreicht:

Qualitätsziel	Zielwert	Ergebnis
Betablocker	>=80%	77,3%
Statine	>=80%	75,0%

Für die nachfolgenden Qualitätsziele sind keine Zielwerte festgelegt worden:

Qualitätsziel	Anteil	Ergebnis
Raucherquote	Ein niedriger Anteil der Patienten raucht	12,4%

Qualitätsziel	Anteil	Ergebnis
Raucherentwöhnung	Ein niedriger Anteil der Patienten, die zum Zeitpunkt der Einschreibung Raucher waren, raucht noch	84,2%
Diabetes-Schulung (Quote)	Ein hoher Anteil der Patienten mit bekanntem Diabetes hat im Rahmen des DMP an einer Diabetes-Schulung teilgenommen	9,2%
Hypertonie-Schulung (Quote)	Ein hoher Anteil der Patienten mit bekannter Hypertonie hat im Rahmen des DMP an einer Hypertonie-Schulung teilgenommen	4,7%
Angina-pectoris-Beschwerden	Ein hoher Anteil der Patienten hat keine Angina-pectoris-Beschwerden	93,1%

Kommentar

Bei den erreichten Zielwerten hat sich das Ergebnis bei der Verordnung von Betablockern zum Vorjahresvergleich leicht erhöht (plus 0,3 Prozentpunkte). Beim Ergebnis zum Erreichen der definierten Blutdruckwerte hat sich das Ergebnis um 1,1 Prozentpunkte verbessert. Lediglich bei der Verordnung von Statinen ist der Wert leicht abgesunken (minus 0,4 Prozentpunkte). Unter Ausschluss der Patienten mit Kontraindikationen sollen im Rahmen des DMP mindestens 80% der Patienten Betablocker verordnet werden. Das Qualitätsziel wird nicht erreicht (77,3 Prozent). Damit wird das Qualitätsziel knapp unterschritten, liegt jedoch auf Vorjahresniveau (77,8 Prozent).

Modul Herzinsuffizienz

Die Behandlung der Herzinsuffizienz war bis 31.03.2018 in einem Modul des DMP Koronare Herzkrankheit verankert. Künftig können Patienten mit Herzinsuffizienz an einem eigenständigen Behandlungsprogramm teilnehmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19.04.2018 die Anforderungen an die strukturierte Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz aktualisiert und festgelegt (Anlagen 13 und 14 (Dokumentation) DMP-A-RL). In Niedersachsen laufen erste Sondierungsgespräche über die Umsetzung des DMP Herzinsuffizienz.

VIII. Rückschau - Ausblick / weitere Entwicklung

DMP für Patienten mit koronarer Herzkrankheit aktualisiert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Anforderungen an Disease-Management-Programme (DMP) für Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) aktualisiert. Er folgte damit seinem gesetzlichen Auftrag, die Anforderungen regelmäßig zu überprüfen und an den jeweiligen Stand des medizinischen Wissens anzupassen. Die letzte Aktualisierung des DMP KHK hatte der G-BA im Jahr 2014 vorgenommen. Im Ergebnis der Überprüfung hat der G-BA beispielsweise die Kriterien für eine gesicherte Diagnosestellung einer KHK erweitert, die die Voraussetzung für das Einschreiben in ein Behandlungsprogramm ist. Hinsichtlich der Therapieplanung wird die bisher vorgeschriebene jährliche Risikoabschätzung durch eine individuell festzusetzende Verlaufskontrolle ersetzt und die Empfehlungen zu den Kontrolluntersuchungen spezifiziert. Zudem passte der G-BA die Empfehlungen im DMP für eine medikamentöse Behandlung der KHK mit Betarezeptorenblockern und Lipidsenkern/Statinen an. Aufgrund der hohen Bedeutung von körperlichen Aktivitäten für den Krankheitsverlauf bei KHK wird in den DMP-Anforderungen betont, dass – unter Berücksichtigung der individuellen Gesamtsituation – allen Patientinnen und Patienten die Teilnahme an medizinisch begleiteten Sportprogrammen in Herzgruppen zu empfehlen ist. Zudem kann in den DMP-Anforderungen nun ausdrücklich auf KHK-relevante Patientenschulungen hingewiesen werden. Erst seit Kurzem stehen solche spezifischen Schulungen zur KHK zur Verfügung.

DMP für Osteoporose-Patienten beschlossen

Patienten, bei denen eine medikamentös behandlungsbedürftige Osteoporose diagnostiziert wurde, können sich zukünftig in einem strukturierten Behandlungsprogramm leitliniengerecht versorgen lassen. Wie bei jedem DMP spielt die Aufklärung der Patienten über die Erkrankung sowie über lebensstilbezogene Einflussfaktoren wie Ernährung und Bewegung eine besondere Rolle. Wissenschaftliche Grundlage des neuen DMP bildet die Leitlinienrecherche des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Das DMP richtet sich an Patienten mit einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose. Frauen können sich ab dem vollendeten 50. Lebensjahr in ein DMP einschreiben lassen, Männer ab dem vollendeten 60. Lebensjahr. Ziel des DMP ist es insbesondere, (weitere) Knochenbrüche zu vermeiden, das Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern und Schmerzen zu reduzieren.

Die therapeutischen Maßnahmen, die der G-BA in die DMP-Anforderungen aufgenommen hat, sind in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten auszuwählen. Die Empfehlungen für die medikamentöse Therapie sind spezifiziert für Männer und/oder postmenopausale Frauen. Die Empfehlungen für die nichtmedikamentöse Therapie betreffen beispielsweise lebensstilbezogene Schulungen, die Ermittlung des Sturzrisikos ab einem Lebensalter von 70 Jahren und das Angebot von Funktionstraining oder Rehabilitationssport.

DMP für Patienten mit Typ-1-Diabetes aktualisiert

Die vorgenommene Aktualisierung des DMP Diabetes mellitus Typ 1 betrifft beispielsweise die individuelle Therapieplanung, deren Ziel insbesondere die Einstellung auf einen „normnahen“ Glukosewert und die Vermeidung von Unter- und Überzuckerung ist. Bei Erwachsenen mit Diabetes mellitus Typ 1 sollte ein HbA1c-Wert $\leq 7,5\%$ (≤ 58 mmol/mol) angestrebt werden, solange keine problematischen Unterzuckerungen auftreten. Bei der Insulintherapie wird auf die Empfehlung, vorrangig Human-Insulin (statt Insulin-Analoga) zu verwenden, verzichtet. Neben der intensivierten Insulintherapie (ICT) mittels manueller Injektionstherapie (Pentherapie) ist nun auch die kontinuierliche subkutane Insulininfusion (CSII/Pumpentherapie) als Behandlungsstandard definiert. Hinsichtlich der Empfehlungen zum Lebensstil wurden neben Tabakkonsum weitere Risiken (Alkoholkonsum, Unterzuckerung im Alltag) aufgenommen, die von besonderer Bedeutung für die

Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 sind. Zudem wurde ergänzt, dass unter bestimmten Voraussetzungen eine kontinuierliche Glukosemessung mit Hilfe von sogenannten rtCGM-Systemen möglich ist. Angesichts der hohen Wahrscheinlichkeit, dass bei einem Typ-1-Diabetes gleichzeitig eine autoimmune Schilddrüsenerkrankung oder eine Zöliakie (Glutenunverträglichkeit) besteht, wurde das DMP um dahingehende diagnostische Handlungsempfehlungen ergänzt.

Depressionen können zukünftig in Disease-Management-Programmen behandelt werden

Patienten, die an wiederkehrenden oder lang andauernden Depressionen leiden, können zukünftig in einem strukturierten Behandlungsprogramm behandelt werden. Hierbei geht es um die Festlegung der Zielgruppe des Behandlungsangebots, die Therapieziele und -planung sowie Empfehlungen für die therapeutischen Maßnahmen. Patienten können sich in das Programm einschreiben lassen, nachdem die gesetzlichen Krankenkassen mit Ärzten und Krankenhäusern Verträge zur praktischen Umsetzung des DMP abgeschlossen haben.

Das DMP richtet sich an Patientinnen und Patienten mit chronischer Depression oder wiederholt auftretenden depressiven Episoden mittel- bis schwergradiger Ausprägung. Das gleichzeitige Vorliegen von psychischen oder körperlichen Erkrankungen, beispielsweise Angststörungen, Alkoholabhängigkeit, Tumorerkrankungen oder Diabetes mellitus, ist explizit kein Ausschlusskriterium für eine Teilnahme am DMP – aufgrund der Bedeutung von Komorbiditäten bei Depression wurde die adäquate Diagnostik und Behandlung von Komorbiditäten als eigenständiges Therapieziel in das DMP aufgenommen. Tritt die Depression hingegen als Folge einer körperlichen Grunderkrankung auf, ist ein Einschreiben in das DMP nicht möglich, da hier die Behandlung der Grunderkrankung im Vordergrund steht. Eine Teilnahme am DMP kann jedoch erfolgen, wenn die Depression als Komorbidität zu werten ist.

Ob die Ein- und Ausschlusskriterien für eine Einschreibung in das DMP Depression vorliegen, wird von Hausärzten oder spezialisierten Leistungserbringern, beispielsweise Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie geprüft.

Das DMP nennt eine Reihe von Therapiezielen, die mit dem Patienten besprochen und individuell festgelegt werden sollen, beispielsweise die Verminderung der depressiven Symptomatik mit dem Ziel einer vollständigen Remission der Erkrankung und die Verbesserung der psychosozialen Fähigkeiten, um eine selbstbestimmte Lebensführung zu unterstützen.

Die therapeutischen Maßnahmen werden unter Berücksichtigung der festgelegten Therapieziele individuell geplant: Gemeinsam mit dem Arzt entscheidet der Patient über die Behandlung. Die Auswahl der therapeutischen Interventionen richtet sich nach dem Schweregrad der Depression, dem bisherigen Erkrankungsverlauf, etwaigen psychischen und körperlichen Begleiterkrankungen sowie dem Alter. Aufgrund des erhöhten Suizidrisikos bei depressiv Erkrankten ist es Bestandteil des DMP, bei dem Patienten eine etwaige Suizidgefährdung im Rahmen der Diagnostik und auch im Behandlungsverlauf zu überprüfen und gegebenenfalls konkrete Unterstützungsangebote zu initiieren.

Anforderungen an DMP zu chronischem Rückenschmerz beschlossen

Gesetzlich Krankenversicherte mit chronischem Rückenschmerz können zukünftig von einem strukturierten Behandlungsprogramm profitieren. Hierbei geht es beispielsweise um die Teilnahme Kriterien, um die individuelle Therapieplanung sowie um die Koordination der verschiedenen, am Behandlungsprozess beteiligten Fachrichtungen in das therapeutische Vorgehen.

In das DMP einschreiben können sich Patienten mit chronischen – das heißt länger als 12 Wochen andauernden – Schmerzen im Kreuzbereich des Rückens, deutlichen Aktivitätseinschränkungen und einem fortbestehenden Therapiebedarf. Liegen spezifische Ursachen für den Kreuzschmerz vor, beispielsweise Wirbelkörperfrakturen, rheumatische Erkrankungen oder ein Tumor

im Bereich der Wirbelsäule, ist ein Einschreiben in das DMP nicht möglich, da hier die Behandlung der ursächlichen Erkrankung im Vordergrund steht. Der behandelnde Arzt prüft, ob die Ein- und Ausschlusskriterien für eine Aufnahme in das DMP chronischer Rückenschmerz vorliegen.

Die individuell angezeigten therapeutischen Maßnahmen werden im Arzt-Patienten-Gespräch geplant – Schmerzintensität und Aktivitätseinschränkung des Patienten sowie die im Behandlungsverlauf erzielten Erfolge sind hierbei zu berücksichtigen. Als unabdingbar wird angesehen, dass jeder Patient im DMP über die entscheidende, positive Rolle von körperlicher Aktivität aufgeklärt und zu einem körperlichen Training motiviert wird. Das DMP chronischer Rückenschmerz enthält zudem grundsätzliche und wirkstoffbezogene Empfehlungen zur Schmerzmedikation. Eine Schmerzlinderung durch Medikamente kann erforderlich sein, um den Beginn der aktivierenden Maßnahmen zu unterstützen oder wenn – trotz nichtmedikamentöser Maßnahmen – eine schmerzbedingte Aktivitätseinschränkung bestehen bleibt.

IX. Schlussbetrachtung

Einige Qualitätsziele konnten auch 2018 nicht erreicht werden. Zum einen ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Behandlungsqualität besser ist, als die in den Dokumentationen abgebildete Zielerreichung. So konnte bereits in der Vergangenheit nach intensiver Beratungstätigkeit durch die beratenden Ärzte der KVN im Hinblick auf die Vermeidung von Dokumentationsfehlern eine deutliche Verbesserung der Ergebnisse in den entsprechenden Bereichen erreicht werden.

Es besteht zudem die Möglichkeit, dass einzelne Qualitätsziele zu hochgesteckt wurden, was sich auch im Bundesdurchschnitt widerspiegelt. Bei zukünftigen Anpassungen der DMP-Programme sollte dies entsprechend berücksichtigt werden, wodurch der regelmäßigen Überprüfung und Aktualisierung von Qualitätszielen eine besondere Bedeutung zukommt. Insbesondere in den DMP Asthma und COPD wurde diesem Aspekt zuletzt Rechnung getragen. Durch die gesetzgeberischen Prozesse von der Leitlinienrecherche über einen Richtlinienbeschluss bis zur tatsächlichen Umsetzung von Änderungen in den regionalen Verträgen kann die Aktualisierung von Qualitätszielen allerdings immer erst zeitversetzt erfolgen.

Bei den Qualitätszielen, die verfehlt wurden, soll weiterhin durch Beratungstätigkeiten bewirkt werden, eine Verbesserung der Zielwerte zu erreichen. Unterstützend wirkt hier auch die Informationsreihe „Kurz Gefasst: News zum Thema DMP“ auf der Homepage der KVN. Einzelne Krankenkassen setzen zur Information der Ärzte auch Praxisleitfäden zu bestimmten Themen und gezielte Arztinformationen bei Umsetzung neuer Richtlinien ein. Diese werden den Praxen kostenfrei zur Verfügung gestellt und können auf der jeweiligen Homepage der Krankenkasse heruntergeladen werden. Darüber hinaus bieten einzelne Krankenkassen auch Beratungen der Praxen zu DMP-Themen durch speziell geschulte Mitarbeiter an.

Unverzichtbar bleibt der stetige Informationsaustausch zwischen den am DMP beteiligten Vertragspartnern. Nur im Zusammenwirken aller Beteiligten können langfristig weitere Ursachen für das Nichterreichen einzelner Ziele aufgedeckt und eine Verbesserung der Versorgung und der Lebensqualität der DMP-Patienten erreicht werden. Dieser Austausch wird durch regelmäßige Sitzungen der Gemeinsamen Einrichtung sichergestellt.

Abschließend soll daher auch die konstruktive und partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten zur Erstellung des Qualitätsberichts hervorgehoben werden.

Hinweis

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde in diesem Bericht mit Ausnahme des DMP Brustkrebs immer die männliche Form gewählt, jedoch sind immer gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

Quellenangaben

AOK Bundesverband, Bundesamt für Soziale Sicherung, Gemeinsamer Bundesausschuss, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung