

QUALITÄTS- BERICHT 2023



**Disease-Management-
Programme Nordrhein**



Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung
Disease-Management-Programme GbR

INHALT

	EDITORIAL	5
01	EINLEITUNG	6
	1.1 Hintergrund und Zielsetzung der DMP	7
	1.2 Chronisch Erkrankte in haus- und fachärztlicher Betreuung	7
	1.3 Patientinnen und Patienten in den DMP	8
	1.4 Fokusthema: Teilnahmekontinuität in den DMP	9
	1.5 Zentrale Ergebnisse zur Versorgungsqualität	10
02	TEILNAHMEKONTINUITÄT UND QUALITÄT DER VERSORGUNG IN DEN DMP	12
	2.1 Hintergrund	13
	2.2 Definition einer kontinuierlichen DMP-Teilnahme	14
	2.3 Merkmale der unterschiedlich kontinuierlich teilnehmenden Patientengruppen	16
	2.4 Prädiktoren einer geringen Teilnahmekontinuität	19
	2.5 Hohe Teilnahmekontinuität und Erreichen der Qualitätsziele	20
	2.6 Resümee	24
	2.7 Interview mit Dr. Dr. Kirsten Otten aus Oberhausen und Dr. Ulrike Brockmann aus Bedburg-Kaster	26
03	DMP DIABETES MELLITUS TYP 2	30
	3.1 Hintergrund und allgemeine Ziele des DMP	31
	3.2 Betreute im DMP	31
	3.3 Versorgungsqualität	33
	3.4 Stoffwechseleinstellung und Blutdruck	37
	3.5 Antidiabetische Therapie	38
	3.6 Schulungen	40
	3.7 Adipositas, Rauchen, auffälliger Fußstatus	41
	3.8 Komorbidität	42
	3.9 Jährliche Häufigkeit und Neuauftreten relevanter Ereignisse	43
	3.10 Resümee: Was läuft im DMP Diabetes mellitus Typ 2 gut, was kann noch besser werden?	45
04	DMP DIABETES MELLITUS TYP 1	46
	4.1 Hintergrund und allgemeine Ziele des DMP	47
	4.2 Betreute im DMP	47
	4.3 Versorgungsqualität	49
	4.4 Ausgewählte Befunde	51
	4.5 Schulungen und regelmäßige Kontrolluntersuchungen	54
	4.6 Resümee: Was läuft im DMP Diabetes mellitus Typ 1 gut, was kann noch besser werden?	55
05	DMP KORONARE HERZKRANKHEIT (KHK)	56
	5.1 Hintergrund und allgemeine Ziele des DMP	57
	5.2 Betreute im DMP	58

5.3	Versorgungsqualität	58
5.4	Blutdruck, Low-density-Lipoprotein-Cholesterin und Angina pectoris-Symptomatik	62
5.5	Medikamentöse Therapie der KHK	63
5.6	Schulungen	65
5.7	Komorbidität	66
5.8	Resümee: Was läuft im DMP Koronare Herzkrankheit gut, was kann noch besser werden?	67

06

DMP ASTHMA BRONCHIALE 68

6.1	Allgemeine Ziele des DMP	69
6.2	Betreute im DMP	69
6.3	Versorgungsqualität	71
6.4	Asthmakontrolle und Medikation	74
6.5	Schulungen	76
6.6	Adipositas, Rauchen und geringe Lungenfunktion bei Erwachsenen	77
6.7	Komorbidität bei Erwachsenen	78
6.8	Resümee: Was läuft im DMP Asthma bronchiale gut, was kann noch besser werden?	79

07

DMP CHRONISCH OBSTRUKTIVE ATEMWEGSERKRANKUNG (COPD) 80

7.1	Allgemeine Ziele des DMP	81
7.2	Betreute im DMP	81
7.3	Versorgungsqualität	84
7.4	Exazerbationen und Notfallbehandlungen	87
7.5	Medikamentöse Therapie	87
7.6	Schulungen	90
7.7	Adipositas, Rauchen und geringe Lungenfunktion	91
7.8	Komorbidität	92
7.9	Resümee: Was läuft im DMP COPD gut, was kann noch besser werden?	93

08

DMP BRUSTKREBS 94

8.1	Hintergrund und allgemeine Ziele des DMP	95
8.2	Betreute im DMP	95
8.3	Versorgungsqualität	97
8.4	Befunde und chirurgische Maßnahmen bei Einschreibung	100
8.5	Tumorbefunde und Erkrankungsschwere im Zeitverlauf	102
8.6	Endokrine Therapie	104
8.7	Kardiotoxische Therapie	106
8.8	Resümee: Was läuft im DMP Brustkrebs gut, was kann noch besser werden?	106

09

LITERATURVERZEICHNIS 107

10

IMPRESSUM 109



**NAHEZU EINE
MILLION EIN-
GESCHRIEBENE
PATIENTINNEN
UND PATIENTEN**

Mehr als 6.300
aktiv in die sechs
Disease-Management-
Programme (DMP)
eingebundene ärztliche
Teilnehmende

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

die strukturierte Versorgung in Nordrhein wächst und damit auch die Bedeutung der Disease-Management-Programme: Mehr als 980.000 Patientinnen und Patienten wurden 2023 zwischen Rhein und Ruhr im Rahmen der DMP betreut. Das sind gut 30.000 Teilnehmende beziehungsweise 3,2 Prozent mehr im Vergleich zum Vorjahr.

Die strukturierten Behandlungsprogramme zeichnen sich dadurch aus, dass Patientinnen und Patienten aktiv und kontinuierlich teilnehmen. So sollen Schulungen und Selbstmanagement beim Umgang mit der Erkrankung im Alltag und ein gesundheitsförderliches Verhalten unterstützen. Im Jahr 2023 ist dies besonders im DMP für Typ-2-Diabetes gelungen, in dem sehr hohe Teilnahmequoten zur Wahrnehmung einer erst jüngst empfohlenen Schulungsmaßnahme erreicht werden konnten.

Welchen Einfluss der Faktor Kontinuität auf die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten in den DMP hat, ist das Schwerpunktthema des diesjährigen Qualitätsberichtes. Mit einem erfreulichen Befund: Nicht nur zeigen die Ergebnisse ein erstaunlich hohes Maß an Teilnahmekontinuität, vor allem bei älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Die Daten belegen ebenfalls eine hohe Beständigkeit als zentralen Einflussfaktor, um viele Qualitätsziele zu erreichen. Diese zeigt sich bei regelmäßigen Kontrolluntersuchungen – etwa der Nierenfunktion, der Füße und Augen. Aber auch eine gute Stoffwechseleinstellung oder ein niedriger Blutdruck korrelieren deutlich mit der Teilnahmekontinuität.

Trotz der insgesamt sehr positiven Entwicklung stehen die DMP vor großen Herausforderungen. Diese betreffen nicht zuletzt den demographischen Wandel, der sich auch in der strukturierten Versorgung bemerkbar macht: Mit steigendem Alter der Bevölkerung wächst auch der Anteil an multimorbiden Patientinnen und Patienten. Um chronisch kranke Menschen weiter qualitativ hochwertig betreuen zu können, braucht es sinnvolle Anpassungen – auch mit Blick auf die neu hinzukommenden DMP –, um den Verwaltungsaufwand gering zu halten und wieder mehr Zeit für die Patientenversorgung zu ermöglichen.

Wir wünschen Ihnen, liebe Leserin, lieber Leser, eine interessante Lektüre und freuen uns über Ihre Kommentare und Anmerkungen!



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



Matthias Mohrmann
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes
der AOK Rheinland Hamburg



GRUNDLAGEN UND ZENTRALE ERGEBNISSE DER DMP

Wichtige Kennzahlen für das Jahr 2023

Anzahl insgesamt dokumentierter Patientinnen und Patienten im DMP:	980.390
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mind. einer Folgedokumentation 2023:	946.499
Anzahl dokumentierender Ärztinnen und Ärzte:	6.314
Anzahl beteiligter Praxen:	4.038
Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen ^a :	100

Mehrfachbetreuung beziehungsweise Mehrfachteilnahme an mehreren DMP berücksichtigt; a: Stand 11.04.2024 [21]

EINFÜHRUNG

Insgesamt werden im Jahr 2023 über 980.000 Patientinnen und Patienten in Nordrhein in mindestens einem Disease-Management-Programm (DMP) betreut. Dies sind 11,6 Prozent aller gesetzlich Krankenversicherten in der Region. In dem vorliegenden Bericht wird dargestellt, wie sich die Betreuten hinsichtlich Alter, Geschlecht und Teilnahmedauer an den DMP voneinander unterscheiden. Außerdem wird gezeigt, in welchem Ausmaß weitere Befunde und Begleiterkrankungen neben der jeweiligen Leitindikation der einzelnen DMP bei den Betreuten dokumentiert sind. Der Hauptfokus des Berichts liegt darauf, detailliert die Ergebnisse der strukturierten Versorgung dieser Menschen in den DMP darzustellen.

1.1 HINTERGRUND UND ZIELSETZUNG DER DMP

2002 wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Einführung der ersten DMP beschlossen. Mit ihrer Hilfe soll durch eine strukturierte, evidenzbasierte und an medizinischen Leitlinien ausgerichtete Behandlung die Lebensqualität chronisch kranker Menschen verbessert werden. Ein weiteres Hauptziel ist es, das Auftreten möglicher Krankheitsfolgen zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern. Die eingeschriebenen Patientinnen und Patienten verpflichten sich, an Schulungen teilzunehmen und damit zu einem erfolgreichen Selbstmanagement der Erkrankung beizutragen. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte müssen festgelegte Bedingungen erfüllen und sich beim Behandeln an vertraglich, jeweils für das betreffende DMP vereinbarten Qualitätszielen orientieren. Neben den allgemeinen DMP-Vorgaben sind aber in jedem Fall die individuelle Erkrankungsproblematik

und hieraus abzuleitende Behandlungsalternativen abzuwägen. Die Behandlung soll im DMP möglichst kontinuierlich erfolgen, ihre Ergebnisse werden regelmäßig dokumentiert. Alle Praxen erhalten zu den eigenen Ergebnissen und zu denen in der gesamten Region halbjährlich eine Rückmeldung. Dieses Feedback gestattet nicht nur den Vergleich zwischen den eigenen und den allgemeinen Ergebnissen, sondern auch mit den anzustrebenden Qualitätszielquoten. Sie kann somit dazu beitragen, gegebenenfalls die Behandlung anzupassen. Darüber hinaus sind im DMP regelmäßige ärztliche Fort- und Weiterbildungen vorgesehen, zum Beispiel im Rahmen DMP-spezifischer Qualitätszirkel. Idealerweise lässt sich so im Laufe der Zeit die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten in den DMP kontinuierlich verbessern.

1.2 CHRONISCH ERKRANKTE IN HAUS- UND FACHÄRZTLICHER BETREUUNG

Mit den DMP existieren seit 2002 in Deutschland Behandlungskonzepte für chronisch Kranke, wobei sowohl die Dokumentation als auch die Qualitätsziele dieser Behandlung fortlaufend angepasst werden. Maßgeblich hierfür ist die jeweils aktuellste Fassung der DMP-Anforderungen-Richtlinie, die der G-BA veröffentlicht. In allen DMP erfolgen regelmäßige Verlaufskontrollen, deren Häufigkeit sich nach der Erkrankungsschwere richtet. Neben der einzelnen Erkrankung ist bei den meist älteren Betreuten auch

deren Multimorbidität zu berücksichtigen. In vielen Fällen erfordert dies eine gute Koordination der individuell sorgfältigen medizinischen Arbeit mit den möglichst strukturierten Praxisabläufen. Neben dem regelmäßigen Einladen der Patientinnen und Patienten zählen hierzu vor allem die Untersuchungen, die Besprechung der Untersuchungsergebnisse und gegebenenfalls die Veranlassung einer Mitbehandlung. Die Befunde werden dokumentiert und an die DMP-Datenstelle in Bamberg (SPS Germany GmbH) weitergeleitet.

Auf den folgenden Seiten beantworten Dr. med. Ulrike Brockmann, Fachärztin für Innere Medizin und Endokrinologin in Bedburg-Kaster sowie Dr. med. Dr. rer. san. Kirsten Otten, Fachärztin für Innere Medizin und Gesundheitswissenschaftlerin in Oberhausen, einige

Fragen zu den DMP. Sie berichten unter anderem, welche Erfahrungen sie bisher mit den Programmen gemacht haben und mit welchen Erwartungen sie an dem neuen, seit Anfang 2024 laufenden DMP Osteoporose teilnehmen.

1.3 PATIENTINNEN UND PATIENTEN IN DEN DMP

Die Zahl der in der Region Nordrhein betreuten DMP-Patientinnen und Patienten hat sich in den vergangenen Jahren stark erhöht. So stieg sie zwischen 2013 und 2023 um fast 163.000 auf über 980.000 (Tab. 1-1). In dem genannten Zeitraum ist sie damit rela-

tiv um knapp 20 Prozent gewachsen. Hierbei ist die Mehrfachbetreuung in mehreren DMP berücksichtigt. Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Zahl um mehr als 30.000 Patientinnen und Patienten beziehungsweise um 3,2 Prozent erhöht.

TAB. 1-1	Kennzahlen zu den einzelnen DMP						
DMP	Patientinnen und Patienten						Ärztliche Teilnehmende 2023
	2013	2022	2023	Zuwachs 2023 zu 2022	Zuwachs 2023 zu 2013	Quote 2023	
Diabetes mellitus Typ 2	503.885	599.429	622.215	3,8 %	23,5 %	88-96 %	5.326
Diabetes mellitus Typ 1	22.289	34.760	35.618	2,5 %	59,8 %	88-100 %	682
Koronare Herzkrankheit	233.380	262.646	267.718	1,9 %	14,7 %	53-73 %	5.138
Asthma bronchiale	96.785	125.288	133.463	6,5 %	37,9 %	ca. 27 %	4.660
COPD	108.733	118.971	119.503	0,4 %	9,9 %	30-39 %	4.488
Brustkrebs	15.077	17.513	17.866	2,0 %	18,5 %	ca. 20 %	459
Insgesamt	817.596	950.082	980.390	3,2 %	19,9 %		6.314

Zuwachs: Veränderung zu 2022 und 2013 in Prozent; **Quote:** geschätzter Anteil der Betreuten in einem DMP von den mutmaßlich erkrankten gesetzlich Krankenversicherten in Nordrhein, für Brustkrebs Anteil der 2023 neu erkrankten Patientinnen; **Ärztliche Teilnehmende:** Anzahl distinkter LANR mit mindestens einer validen Dokumentation 2023; **Insgesamt:** Mehrfachbetreuung (Patientinnen und Patienten) beziehungsweise Mehrfachteilnahme (ärztliche Teilnehmende) berücksichtigt

Die Zahl betreuter Patientinnen und Patienten unterscheidet sich sehr stark zwischen den einzelnen Programmen, ebenso fällt der jeweilige Zuwachs in den vergangenen Jahren recht unterschiedlich aus. Während in den beiden größten DMP für Typ-2-Diabetes und Koronare Herzkrankheit (KHK) diese Zahl um 15 bis 24 Prozent gewachsen ist, hat sie sich in den beiden DMP Typ-1-Dia-

betes und Asthma bronchiale um 38 bis 60 Prozent erhöht. Auch im DMP Brustkrebs hat sich in den vergangenen zehn Jahren die Zahl der darin Betreuten um 19 Prozent erhöht. Gegenüber dem Vorjahr sind die größten relativen Zuwächse in den beiden DMP Asthma bronchiale und Typ-2-Diabetes zu beobachten. Aber auch im DMP COPD hat die Zahl der Betreuten wieder leicht zugenommen.

Bedeutende Unterschiede bestehen weiterhin in Bezug auf den Anteil der erreichten, mutmaßlich von der jeweiligen Erkrankung Betroffenen in der Region. Dieser reicht von etwa 88 bis 100 Prozent für die beiden Diabetes-DMP bis zu einem Fünftel der Neuerkrankten im DMP

Brustkrebs. Sowohl auf Seite der betreuten Patientinnen und Patienten wie auch seitens der teilnehmenden Praxen ist in hohem Ausmaß eine Mehrfachbetreuung und Teilnahme nachweisbar. So wird ein Fünftel aller Patientinnen und Patienten in mehr als einem DMP betreut (Tab. 1-2).

TAB. 1-2	Mehrfachteilnahme und Mehrfachbetreuung im Jahr 2023			
Anzahl DMP	Praxen		Patientinnen und Patienten	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1	656	16,2 %	785.773	80,1 %
2	457	11,3 %	173.457	17,7 %
3	217	5,4 %	20.945	2,1 %
4	2.288	56,7 %	214	0,02 %
5	419	10,4 %	1	0,0 %
6	1	0,0 %	-	-
Insgesamt	4.038	100,0 %	980.390	100,0 %

Am häufigsten erfolgt hierbei die parallele Betreuung in den beiden größten DMP Typ-2-Diabetes und KHK. Zwei Drittel der Praxen nehmen an vier oder mehr

DMP teil, am häufigsten ist hier die parallele Teilnahme an den DMP Typ-2-Diabetes, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und COPD.

1.4 FOKUSTHEMA: TEILNAHMEKONTINUITÄT IN DEN DMP

Das Fokusthema des diesjährigen DMP-Berichts widmet sich der Frage, wie kontinuierlich die Patientinnen und Patienten an den teilweise bereits seit zwei Jahrzehnten laufenden Programmen teilnehmen. Unter Teilnahmecontinuität wird dabei der Anteil der vorliegenden zu den erwarteten Dokumentationen verstanden. Die Analyse der Teilnahmecontinuität erstreckt sich über die gesamte individuelle Teilnahmezeit aller Betreuten, die mindestens bereits seit zwei Jahren an einem DMP teilnehmen. Hierbei wird das jeweils angegebene Dokumentationsintervall berücksichtigt. Untersucht wird die Teilnahmecontinuität in den fünf DMP Typ-2- und Typ-1-Diabetes, KHK, Asthma bronchiale und COPD. In den beiden DMP Typ-1-Diabetes und Asthma bronchiale beziehen sich die Ergebnisse nur auf die Teilgruppe der Erwachsenen. Aufgrund der besonderen Bedingungen, die für das DMP Brustkrebs

gelten, wurde die Teilnahmecontinuität in diesem DMP nicht untersucht. In dem Kapitel zu dem Fokusthema werden die folgenden Fragen beantwortet:

- Gewährleisten die DMP tatsächlich eine möglichst kontinuierliche Betreuung?
- Welche Patientengruppen zeichnen sich durch eine besonders hohe Teilnahmecontinuität aus?
- Welche Dokumentationsparameter erweisen sich als Risikofaktoren einer geringen Teilnahmecontinuität?
- Wie stark beeinflusst eine hohe Teilnahmecontinuität das Erreichen der unterschiedlichen Qualitätsziele in den DMP?

Bei dem letzteren Aspekt geht es auch um die Frage, welche der Indikatoren besonders deutlich von einer hohen Teilnahmekontinuität profitieren und weshalb eventuell bei anderen eine hohe Teilnahmekontinuität eher das Risiko erhöht, den spezifischen Indikator nicht zu erreichen. Alle hierzu durchgeführten Analysen erfolgen multivariat, das heißt, neben dem Aus-

maß der Teilnahmekontinuität wird zusätzlich der Einfluss weiterer Faktoren berücksichtigt. Neben dem Alter und dem Geschlecht der Betreuten zählen dazu auch deren DMP-Teilnahmedauer, ihre Komorbidität, die haus- oder fachärztliche Betreuung sowie ausgewählte Merkmale der jeweils indikationsspezifischen Therapie.

1.5 ZENTRALE ERGEBNISSE ZUR VERSORGUNGSQUALITÄT

Fastet man die Ergebnisse aus dem Jahr 2023 zu der Versorgungsqualität und dem Erreichen der vertraglich festgelegten Qualitätsziele in den sechs DMP zusammen, dann erweisen sich vor allem die folgenden Befunde als bedeutsam:

- In den beiden DMP Typ-2- und Typ-1-Diabetes werden 2023 in Nordrhein insgesamt fast 658.000 Patientinnen und Patienten betreut. Gegenüber dem Vorjahr hat sich diese Zahl um 23.644 Betreute erhöht (+3,7 Prozent). Die Quoten der mutmaßlich erkrankten und in diesen beiden DMP Betreuten bleiben somit kontinuierlich sehr hoch. Dies unterstreicht, dass insbesondere für Diabetes mellitus die strukturierte Versorgung innerhalb von DMP eine große Bedeutung hat.
- Im DMP Diabetes mellitus Typ 2 wird bei neun von 15 Qualitätszielen die festgelegte Zielquote erreicht oder sogar deutlich überschritten und bei zwei Zielen (HbA_{1c}-Zielwert erreichen, Nierenfunktion überprüfen) nur knapp verfehlt. Im Vergleich zum Vorjahr haben sich bei vielen Indikatoren die erreichten Quoten erhöht, besonders stark verbessert haben sich die Quoten beim Erreichen des Blutdruckziels und bei der Fußstatusuntersuchung um jeweils 1,7 beziehungsweise 1,9 Prozentpunkte. Zum ersten Mal seit vielen Jahren hat sich sogar die Quote einer regelmäßigen Netzhautuntersuchung etwas erhöht.
- Besonders hohe Quoten lassen sich auch bei den beiden, zum 4. Quartal 2023 im DMP Diabetes mellitus Typ 2 wie in dem Programm für Typ-1-Diabetes neu formulierten Schulungszielen erkennen. Hier werden 83 Prozent für eine aktuelle Diabetes-Schulung und 86 Prozent für eine aktuelle Hypertonie-Schulung beobachtet.
- Im DMP Diabetes mellitus Typ 1 wurde im Jahr 2023 insgesamt nur bei insgesamt 558 (1,7 Prozent) aller Patientinnen und Patienten das Auftreten einer schweren Hypoglykämie festgehalten. Ebenso lassen sich in diesem DMP sehr hohe Quoten für das Vermeiden einer stationären Diabetes-Behandlung oder auch für das aktuelle Wahrnehmen einer Schulung nachweisen.
- Im DMP Koronare Herzkrankheit erhalten jeweils mehr als acht von zehn Betreuten Thrombozyten-Aggregationshemmer, Statine oder – nach einem Herzinfarkt – Betablocker. 65 Prozent der KHK-Teilnehmenden mit arterieller Hypertonie weisen einen Blutdruck unter 140/90 mmHg auf, 69 Prozent haben aktuell eine KHK-spezifische Schulung wahrgenommen und bei 94 Prozent treten keine Angina-pectoris-Beschwerden auf.
- Im DMP Asthma bronchiale wird ein unkontrolliertes Asthma bei 86 bis 96 Prozent der betreuten Kleinkinder sowie Kinder und Jugendlichen beziehungsweise bei 95 Prozent der Erwachsenen vermieden. Fast 88 Prozent der Betreuten, denen aktuell eine Schulung empfohlen worden ist, haben diese auch wahrgenommen.
- Im DMP COPD hat sich im Jahr 2023 die Zahl der Betreuten auf insgesamt ungefähr 119.500 und damit erstmals wieder um mehr als 500 Patientinnen und Patienten erhöht. Bei 94 Prozent der COPD-Patientinnen und Patienten treten keine Exazerbationen auf und bei 97 Prozent lassen sich Notfallbehandlungen vermeiden. Mit 74,3 Prozent wird für die Dokumentation der Lungenfunktion der höchste Wert seit Einführung dieses Indikators erreicht. Auch im DMP COPD nehmen 82 Prozent der Betreuten eine aktuell empfohlene Schulung wahr.
- Im Jahr 2023 ist ebenfalls die Zahl der insgesamt im DMP Brustkrebs betreuten Patientinnen auf jetzt knapp 17.900 weiter gewachsen. Gegenüber dem Vorjahr haben sich die erreichten Quoten fast aller Qualitätsziele verbessert. Der Anteil der Betreuten,

bei denen eine endokrine Therapie über fünf Jahre hinaus fortgeführt wird, beträgt 79 Prozent, und der Anteil derjenigen ohne symptomatische Arm-Lymphödeme erreicht 82 Prozent. 94 Prozent der Patientinnen wird ein körperliches Training empfohlen.

Für viele der Indikatoren lässt sich allerdings weiterhin nachweisen, dass sich die an den DMP teilnehmenden Praxen hinsichtlich der erreichten Quoten zum Teil deutlich voneinander unterscheiden. Ebenso werden in einigen Teilbereichen die gesetzten Ziele nach wie vor nicht in der gewünschten Größenordnung erreicht. Beispielhaft hierfür stehen die folgenden Ergebnisse:

- Für nur ungefähr 58 Prozent der Patientinnen und Patienten im DMP Typ-2- sowie 46 Prozent der Betreuten im DMP Typ-1-Diabetes ist festgehalten, dass sie ihren jeweils individuell vereinbarten HbA_{1c}-Zielwert erreicht haben.
- Eine zweijährliche ophthalmologische Untersuchung der Netzhaut ist nur bei 58 Prozent der entsprechend lang im DMP Typ-2-Diabetes Betreuten dokumentiert, und eine jährliche Überprüfung der Nierenfunktion lediglich bei 79 Prozent der Betreuten im DMP Typ-1-Diabetes.
- Die angemessene Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Fußulzera ist im DMP Typ-2-Diabetes lediglich bei 44 Prozent der hiervon Betroffenen zu beobachten.
- Die Anteile derjenigen, die bei ihrer Einschreibung noch rauchten und dies aktuell aufgegeben haben, erreichen weiterhin im DMP KHK nur 33 Prozent sowie 38 Prozent im DMP COPD.
- Nur bei 71 bis 72 Prozent der Betreuten im DMP Asthma bronchiale wird ein Selbstmanagementplan ausgegeben oder die Inhalationstechnik überprüft.
- Im DMP COPD ist zudem mit 21 Prozent der Anteil an Patientinnen und Patienten, die an einem Tabakentwöhnungsprogramm teilnehmen, nach wie vor sehr gering.

Für die hier exemplarisch aufgeführten geringen Quoten sind vermutlich verschiedene Faktoren verantwortlich. Eine Rolle spielt sicherlich das Dokumentationsverhalten der teilnehmenden Praxen, genauso wie das Verhalten oder die Therapieadhärenz der Patientinnen und Patienten. Auf der anderen Seite können verschie-

dene Qualitätszielindikatoren unzureichend oder nicht angemessen definiert sein. Beispiele hierfür bieten vor allem einige der älteren Indikatoren zum Wahrnehmen von Patientenschulungen. Zusätzlich kann die regional oft sehr unterschiedliche Verfüg- und Erreichbarkeit entsprechender Schulungs- oder Trainingsangebote eine bedeutende Rolle dabei spielen, ob es gelingt, ein Qualitätsziel zu erreichen, das sich hierauf bezieht. Weitere Ziele, wie diejenigen im DMP Typ-2-Diabetes zu den augenärztlichen Untersuchungen oder der adäquaten Behandlung von Fußulzera, setzen zudem voraus, dass die unterschiedlichen Versorgungsebenen gut miteinander kooperieren und die Ergebnisse dieser Kooperation auch vollständig kommunizieren. Zudem beeinflusst die Teilnahmekontinuität der Patientinnen und Patienten in starkem Ausmaß das Erreichen der Qualitätsziele, insbesondere solcher, die auf eine regelmäßige Kontrolle abzielen. Entsprechende Befunde werden in dem nachfolgenden Kapitel 2 dargestellt.

Maßnahmen zur Verbesserung der Quoten umfassen somit viele Aspekte. Ziele, in denen große Unterschiede zwischen den Praxen bestehen, eignen sich auf jeden Fall für ein gezieltes Ansprechen jener Praxen, die auch über einen längeren Zeitraum niedrige Quoten erreichen. Hier kann eine Frage nach den Ursachen dabei helfen, zum Beispiel Missverständnisse bei der Dokumentation oder den Kriterien, die für das Erreichen eines Ziels erfüllt sein müssen, zu beseitigen.

Trotz alledem lässt sich für einen zentralen Aspekt der DMP, das Selbstmanagement der Erkrankung, ein überaus positives Resümee ziehen. Dieses stützt sich auf die Ergebnisse des Indikators zum Wahrnehmen einer erst in jüngerer Zeit empfohlenen Schulung. Dieser Indikator ist zwar noch nicht in allen DMP, die über Schulungsprogramme verfügen, auch als offizielles Qualitätsziel eingeführt. Er lässt sich allerdings für die fünf DMP zu Typ-2- und Typ-1-Diabetes, KHK, Asthma bronchiale und COPD berechnen. Die hierbei zu beobachtenden Quoten liegen im Jahr 2023 in Nordrhein zwischen 69 Prozent im DMP Koronare Herzkrankheit und 97 Prozent im DMP Typ-1-Diabetes.

Somit gelingt es in den nordrheinischen DMP weiterhin in vielen Bereichen, eine sehr große Zahl chronisch kranker Menschen strukturiert und gut zu versorgen. Die DMP zeigen aber auch, dass es erfolgreich möglich ist, viele der in den Programmen betreuten Patientinnen und Patienten zu einer aktiven und kontinuierlichen Teilnahme zu bewegen.



FOKUSTHEMA – TEILNAHMEKONTINUITÄT UND QUALITÄT DER VERSORGUNG IN DEN DMP

Wichtige Kennzahlen für das Jahr 2023

	Diabetes Typ 2	Diabetes Typ 1	KHK	Asthma bronch.	COPD
Anzahl Betreuer^a insgesamt:	514.286	29.564	218.193	97.462	97.127
Anzahl Betreuer mit hoher Teilnahmekontinuität^b:	435.476	24.058	193.990	76.706	81.511
Anteil Betreuer mit hoher Teilnahmekontinuität:	84,7	81,4	88,9	78,7	83,9
Anteil älterer Betreuer^c mit hoher Teilnahmekontinuität:	90,7	88,7	92,0	85,9	89,3

a: Patientinnen und Patienten mit mindestens zweijähriger Betreuungsdauer im DMP und aktueller Folgedokumentation im Jahr 2023, in den DMP Typ-1-Diabetes und Asthma bronchiale nur Erwachsene; b: Patientinnen und Patienten, von denen mindestens 70 Prozent aller erwarteten Dokumentationen vorliegen; c: Typ-2-Diabetes \geq 76, Typ-1-Diabetes \geq 61, Koronare Herzkrankheit \geq 80, Asthma bronchiale \geq 61, COPD \geq 76 Jahre; Anteile jeweils in Prozent

EINFÜHRUNG

Alle DMP setzen die regelmäßige Teilnahme der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten an den Untersuchungen voraus. Da bislang nicht bekannt ist, in welchem Ausmaß die Betreuten tatsächlich kontinuierlich an den DMP teilnehmen, wurde dies hier erstmals auf Grundlage der bis zum Jahr 2023 vorliegenden Dokumentationsdaten der Patientinnen und Patienten aus Nordrhein untersucht. Dabei zeigt sich, dass zwischen 79 bis 89 Prozent der Betreuten sehr kontinuierlich an den DMP teilnehmen, unter den Älteren sogar 86 bis 92 Prozent. Eine hohe Teilnahmekontinuität erweist sich bei der Mehrzahl der DMP-Qualitätsziele als hoch relevant für die Chance, die Ziele zu erreichen

2.1 HINTERGRUND

Die Disease-Management-Programme verlangen durch die explizite Regelmäßigkeit, die in allen DMP für die Durchführung der Untersuchungen und Dokumentationen festgelegt wird, ein hohes Ausmaß an Teilnahmekontinuität auf Seiten der in den DMP betreuten Patientinnen und Patienten [11]. Ebenso betonen die DMP die Befähigung der Betreuten zu einem informierten Selbstmanagement ihrer chronischen Erkrankung durch entsprechende spezifische Schulungsprogramme. Es ist deshalb sicherlich nicht zu weit hergeholt zu behaupten, dass neben der Schulung eine möglichst hohe Teilnahmekontinuität zu den tragenden Säulen der DMP zählt.

Das Konzept einer kontinuierlichen Versorgung und ihrer Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere bei chronischen Erkrankungen steht bereits seit längerer Zeit im Fokus der medizinischen Forschung. Kontinuität ist als ein mehrdimensionales Konzept anzusehen [19]. Von den drei Aspekten der Kontinuität, also der Kontinuität in der Informationsweitergabe, der Versorgung beziehungsweise des Erkrankungsmanagements sowie der Beziehung zwischen der betreuenden Praxis und den Patientinnen und Patienten [13] werden meist die letzten beiden untersucht, also die kontinuierliche Versorgung und Betreuung.

So ließ sich für eine kontinuierliche hausärztliche Versorgung belegen, dass diese, vor allem bei starker Inanspruchnahme, beispielsweise die Häufigkeit stationärer Einweisungen ebenso wie diejenige akuter

Notfallbehandlungen verringert und dadurch zu einer Senkung der Behandlungskosten beiträgt [3, 7, 32]. Parallel hierzu wurde festgestellt, dass eine kontinuierliche Versorgung tendenziell eher bei älteren Patientinnen und Patienten zu beobachten ist [7].

In einer kanadischen Meta-Analyse wurde der Einfluss der Versorgungs- und Betreuungskontinuität auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsressourcen und auf patientenrelevante Ergebnisse sowie die Patientenzufriedenheit untersucht [15]. Auch hier fanden sich Belege dafür, dass eine höhere Kontinuität in direkter Folge zu insgesamt weniger Hospitalisierungen und Notfallbehandlungen führt. Vor allem bei chronischen Erkrankungen erhöhte die Kontinuität darüber hinaus die Patientenzufriedenheit.

Für diese beiden Ergebnisse finden sich viele weitere Belege. So zeigte sich infolge einer hohen Versorgungskontinuität eine geringere Anzahl an Notfallbehandlungen und Hospitalisierungen auch in anderen Versorgungsregionen und Gesundheitssystemen [20, 34]. Das gleiche gilt für den positiven Zusammenhang von hoher Kontinuität und Patientenzufriedenheit [1, 27].

Auch der oben bereits erwähnte Befund, dass eine hohe Kontinuität oft mit einem hohen Alter und chronischen Erkrankungen oder Multimorbidität verknüpft ist, wurde vielfach bestätigt [22, 28, 29]. Auf der anderen Seite zeigte sich in zahlreichen Studien und Reviews, dass eine geringe Kontinuität häufig mit einer höheren Mortalität einhergeht [25, 30, 34, 40].

2. FOKUSTHEMA TEILNAHMEKONTINUITÄT

Speziell für die Erkrankung an Diabetes mellitus ließ sich auch nachweisen, dass eine hohe Kontinuität zu einer verbesserten Stoffwechseleinstellung und weniger Folgekomplikationen mit beiträgt [9, 26]. Gleichfalls besteht offenbar ein Zusammenhang zwischen einer hohen Kontinuität und der Adhärenz bei der Einnahme einer verordneten Medikation, wie zum Beispiel für die Statin-Verordnung nachgewiesen werden konnte [37].

Zwei neuere Arbeiten bestätigen außerdem die positive Assoziation zwischen einer hohen Versorgungskontinuität und einer besseren Nutzung von gesundheitlichen Ressourcen sowie geringeren Behandlungskosten [4, 35].

Vor dem Hintergrund der hier dargestellten Ergebnisse kommen deshalb Pereira Gray et al. (2023) in einer aktuellen kurzen Übersicht auch zu dem Resümee, dass sich insgesamt eine mehrheitlich positive Befundlage für den Zusammenhang zwischen der Versorgungs- und/oder Betreuungskontinuität sowie den patientenrelevanten Ergebnissen feststellen lässt [31].

Dies wirft im Zusammenhang mit den DMP mehrere grundlegende Fragen auf, denen in den folgenden Abschnitten nachgegangen werden soll:

- In welchem Ausmaß werden die DMP ihrer Forderung tatsächlich gerecht, eine möglichst kontinuierliche Versorgung der darin über viele Jahre betreuten Patientinnen und Patienten zu gewährleisten?
- Welche Gruppen innerhalb der Menge der insgesamt in dem DMP betreuten Patientinnen und Patienten zeichnen sich durch eine besonders hohe Teilnahmekontinuität aus?
- Lassen sich anhand der in den DMP festgehaltenen Dokumentationsparameter solche identifizieren, die eher mit einer nur geringen Teilnahmekontinuität assoziiert sind?
- Und wie stark beeinflusst eine hohe Teilnahmekontinuität das Erreichen der unterschiedlichen Qualitätsziele in den DMP?

Nach dem Kenntnisstand der Autorinnen und Autoren dieses Berichts ist dies vermutlich der erste Versuch, diese Fragen für die in Deutschland laufenden DMP am Beispiel der Ergebnisse aus der Region Nordrhein zu beantworten.

2.2 DEFINITION EINER KONTINUIERLICHEN DMP-TEILNAHME

Alle nachfolgend dargestellten Ergebnisse beruhen auf einer Teilmenge der in den fünf DMP für Diabetes mellitus Typ 2 und Typ 1, Koronare Herzkrankheit sowie Asthma bronchiale und COPD betreuten Patientinnen und Patienten. Diese verfügen über mindestens eine aktuelle Folgedokumentation aus dem Jahr 2023 sowie eine mindestens zweijährige Betreuungsdauer. Die zuletzt genannte Einschränkung erfolgte deshalb, damit dem für die Teilnahmekontinuität gebildeten Indikator nicht ein zu kurzer Beobachtungszeitraum zugrunde liegt. Für das DMP Brustkrebs wurden die Teilnahmekontinuität und ihre Auswirkungen nicht untersucht. Der Grund hierfür ist neben den besonderen Bedingungen, unter denen es hier zu regelmäßigeren Untersuchungen kommt, auch die früher in diesem DMP geltende explizite Beschränkung der Teilnahmedauer auf höchstens fünffeinhalb Jahre. In den beiden DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Asthma bronchiale beziehen sich außerdem sämtliche Analysen zur Teilnahmekontinuität ausschließlich auf die Gruppe der erwachsenen Patientinnen und Patienten.

Für die Berechnung der Teilnahmekontinuität wurde für jeden einzelnen DMP-Fall ermittelt, wie viele Dokumentationen über den gesamten Zeitverlauf der jeweiligen DMP-Teilnahme vorliegen (Zähler). Dieses Ergebnis wurde in Beziehung gesetzt zu der theoretisch in diesem Zeitverlauf zu erwartenden Anzahl an Dokumentationen (Nenner). Bei der Berechnung des Nenners wurde außerdem berücksichtigt, welches Dokumentationsintervall (viertel- oder halbjährlich) bei jeder Dokumentation zugrunde gelegt werden muss. Eventuelle Anpassungen des Dokumentationsintervalls im Zeitverlauf wurden für jedes Quartal ebenfalls jeweils quartalsweise berücksichtigt. Einer einmaligen oder auch mehrmaligen Wiedereinschreibung eines DMP-Falles wurde ebenso über den gesamten DMP-Zeitverlauf durch eine Wiedereinreihung in den bisherigen Dokumentationsverlauf Rechnung getragen.

Der berechnete und in einen Prozentwert überführte Quotient aus der Anzahl der beobachteten zur der Zahl der erwarteten Dokumentationen kann theoretisch

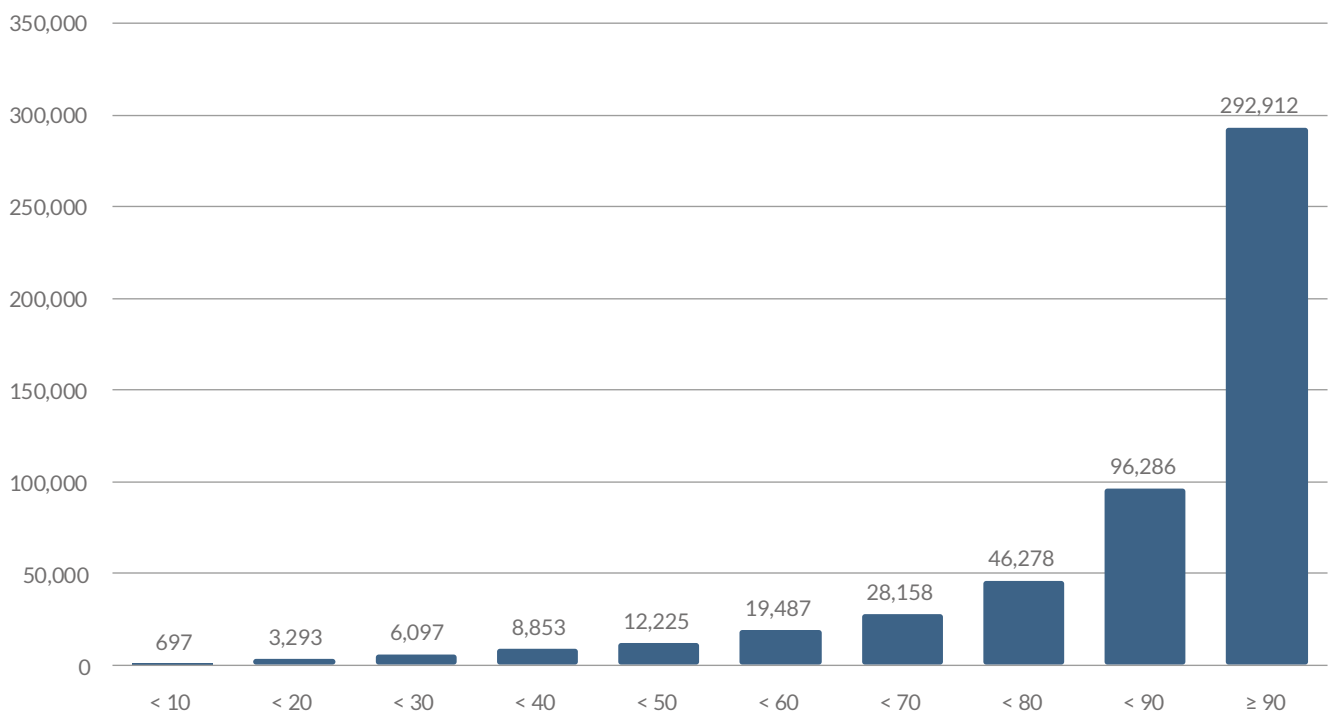
in einem Bereich zwischen kleiner 1 und gleich 100 liegen. Ein Wert von 0 ist nicht möglich, da dies hieße, es lägen überhaupt keine DMP-Dokumentationen vor, zum Beispiel weil ein entsprechender DMP-Fall zwar eingeschrieben, jedoch nie dokumentiert beziehungsweise untersucht wurde. Eine solche Fallkonstellation ist in dem vorliegenden, aus ausschließlich erfolgreich übermittelten DMP-Dokumentationen zusammengesetzten Datenkorpus natürlich nicht analysierbar.

Auf der anderen Seite ist jedoch auch die Anzahl an DMP-Fällen, zu denen 100 Prozent der erwarteten Dokumentationen vorliegen, selbstverständlich limitiert. Dafür, dass einzelne DMP-Untersuchungen und deren Dokumentation nicht vorliegen, können eine Reihe von Ursachen verantwortlich sein. An erster Stelle ist hier-

bei an solche Unterbrechungen zu denken wie etwa vorübergehende stationäre Aufenthalte, längere Urlaubsphasen oder auch die zeitweilige Ausschreibung. Diese kann zum Beispiel aufgrund einer nicht wahrgenommenen Schulung erfolgen, wenn dafür kein nachvollziehbarer Grund angegeben wurde.

Am Beispiel des größten DMP für Diabetes mellitus Typ 2 soll hier nachfolgend die zu beobachtende Häufigkeit unterschiedlicher Prozentwerte der Teilnahmecontinuität veranschaulicht werden (Abb. 2-1). Grundlage der Auswertung sind die Daten der in diesem DMP betreuten Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation im Jahr 2023 und mindestens zweijähriger DMP-Betreuungsdauer.

ABB. 2-1 Häufigkeit der Teilnahmecontinuität im DMP Typ-2-Diabetes



x-Achse: Prozentualer Anteil der vorliegenden von den erwarteten Dokumentationen; abgekürzte Benennung des Bereichs, zum Beispiel „< 20“ bedeutet ≥ 10 Prozent bis < 20 Prozent; y-Achse: Fallzahl der Patientinnen und Patienten

Die Darstellung verdeutlicht, dass für die Mehrheit der DMP-Patientinnen und Patienten eine sehr hohe Teilnahmecontinuität festzustellen ist. So weisen 292.912 von insgesamt 514.286 Fällen (57 Prozent) 90 Prozent oder mehr aller erwarteten Dokumentationen auf. Der maximale Wert von 100 Prozent wird dabei in 96.607 Fällen (18,8 Prozent) beobachtet. Mit anderen

Worten: Fast ein Fünftel aller Patientinnen und Patienten im DMP Typ-2-Diabetes verfügt über eine komplett lückenlose Dokumentation. Der in diesem DMP festzustellende niedrigste Wert für den Anteil vorliegender Dokumentationen von 2,6 Prozent findet sich dagegen nur in einem einzigen Fall und in lediglich 77 Fällen liegt die Teilnahmecontinuität unter fünf Prozent.

2. FOKUSTHEMA TEILNAHMEKONTINUITÄT

Für die Berechnung von Regressionsmodellen zur Teilnahmecontinuität ist einerseits eine ausreichende Zahl von Fällen in allen untersuchten Kategorien erforderlich, andererseits aber genauso auch qualitativ gut voneinander zu unterscheidende Kategorien. Vor dem Hintergrund dieser Anforderungen und der oben dar-

gestellten Befunde wurde entschieden, die Teilnahmecontinuität in die drei Kategorien „unter 50 Prozent“, „50 Prozent bis unter 70 Prozent“ und „70 Prozent und mehr“ zu unterteilen. Damit die Ergebnisse in den fünf DMP miteinander verglichen werden können, wird diese Unterteilung einheitlich benutzt (Tab. 2-1).

TAB. 2-1	Fallzahlen zur Teilnahmecontinuität 2023						
	Teilnahmecontinuität im DMP						
	< 50 %		≥ 50 % bis < 70 %		≥ 70 %		n insg.
n	%	n	%	n	%		
Diabetes mellitus Typ 2	31.165	6,1	47.645	9,3	435.476	84,7	514.286
Diabetes mellitus Typ 1	2.068	7,0	3.438	11,6	24.058	81,4	29.564
Koronare Herzkrankheit	8.518	3,9	15.685	7,2	193.990	88,9	218.193
Asthma bronchiale	8.626	8,9	12.130	12,4	76.706	78,7	97.462
COPD	6.179	6,4	9.437	9,7	81.511	83,9	97.127

Teilnahmecontinuität: Anteil der vorliegenden von den erwarteten Dokumentationen über die gesamte Zeit im DMP, jeweiliges Dokumentationsintervall berücksichtigt; **n insg.:** alle Fälle mit mindestens zweijähriger Betreuungsdauer im DMP und aktueller Folgedokumentation im Jahr 2023, in den DMP Typ-1-Diabetes und Asthma bronchiale nur für Erwachsene

In den beiden größten DMP Typ-2-Diabetes und Koronare Herzkrankheit erreichen 84,7 Prozent beziehungsweise 88,9 Prozent der Fälle eine Teilnahmecontinuität von 70 Prozent oder höher. Mit 6,1 Prozent beziehungsweise 3,9 Prozent ist in diesen beiden DMP der Anteil derjenigen, von denen weniger als die Hälfte aller erwarteten Dokumentationen vorliegen, sehr klein. In ähnlicher Größenordnung finden sich solche Anteile

auch unter den Patientinnen und Patienten im DMP COPD. Im DMP Typ-1-Diabetes und insbesondere im DMP Asthma bronchiale sind dagegen jeweils bei Erwachsenen die Anteile derjenigen mit einer sehr geringen Teilnahmecontinuität etwas größer und entsprechend die Anteile von Fällen mit hoher Teilnahmecontinuität kleiner.

2.3 MERKMALE DER UNTERSCHIEDLICH KONTINUIERLICH TEILNEHMENDEN PATIENTENGRUPPEN

Eine Analyse der Teilnahmecontinuität in Abhängigkeit von den unterschiedlichen Altersgruppen, dem Geschlecht und der Teilnahmedauer an den DMP zeigt, dass insbesondere die ältesten DMP-Patientinnen und Patienten eine überdurchschnittlich hohe Teilnahmecontinuität aufweisen. Je nach DMP liegt hier der Anteil derjenigen mit einer hohen Teilnahmecontinuität

von 70 Prozent oder höher bei den Älteren zwischen 86 und 92 Prozent. Unter den Jüngeren liegt der entsprechende Anteil dagegen zwischen 64 und 86 Prozent, und wenn man das DMP Koronare Herzkrankheit mit den dort vergleichsweise sehr alten Betreuten hierbei auslässt, sogar nur zwischen 64 und 78 Prozent (Tab. 2-2).

Nicht ganz so stark, jedoch in allen fünf DMP gleichermaßen ausgeprägt, sind die Unterschiede bei der Teilnahmekontinuität zwischen Frauen und Männern. Dabei ist festzustellen, dass in allen Programmen weibliche Betreute einen etwas größeren Anteil in der Gruppe derjenigen mit einer hohen Teilnahmekontinuität ausmachen. Einschränkend muss aber gesagt werden, dass der Unterschied zu den männlichen Betreuten allerdings nur in einer Größenordnung von 0,5 bis drei Prozentpunkten liegt. Eine lange Betreuungsdauer hängt

lediglich in zwei der fünf DMP mit einem nennenswert höheren Ausmaß an hoher Teilnahmekontinuität zusammen. Dies betrifft die beiden DMP Typ-2-Diabetes und Koronare Herzkrankheit, dort sind die Anteile bei langer Betreuungsdauer um drei beziehungsweise fünf Prozentpunkte größer. In den drei DMP Typ-1-Diabetes, Asthma bronchiale und COPD ist dagegen in der Gruppe mit der längsten Betreuungsdauer der Anteil mit hoher Teilnahmekontinuität nur um 0,5 bis 0,8 Prozentpunkte größer.

TAB. 2-2			Teilnahmekontinuität nach Alter, Geschlecht und DMP-Betreuungsdauer					
			< 50 %		≥ 50 % bis < 70 %		≥ 70 %	
			n	%	n	%	n	%
Diabetes mellitus Typ 2	Alter (J)	≤ 65	17.941	9,3	25.208	13,0	150.555	77,7
		66 – 75	7.433	5,0	12.259	8,3	128.484	86,7
		≥ 76	5.789	3,4	10.173	5,9	156.421	90,7
	Geschlecht	weiblich	13.333	5,4	21.265	8,6	211.324	85,9
		männlich	17.829	6,6	26.374	9,8	224.129	83,5
	DMP (J)	2 – 5	7.225	6,3	12.848	11,3	93.763	82,4
		> 5 – < 12	13.508	7,0	19.067	9,8	161.308	83,2
		≥ 12	10.432	5,1	15.730	7,6	180.405	87,3
Diabetes mellitus Typ 1	Alter (J)	18 – 40	875	9,3	1.494	15,8	7.064	74,9
		41 – 60	869	7,4	1.316	11,3	9.484	81,3
		≥ 61	324	3,8	628	7,4	7.510	88,7
	Geschlecht	weiblich	861	6,5	1.460	11,0	10.900	82,4
		männlich	1.207	7,4	1.978	12,1	13.158	80,5
	DMP (J)	2 – 5	334	6,3	630	11,8	4.380	82,0
		> 5 – < 12	793	7,7	1.309	12,8	8.163	79,5
		≥ 12	941	6,7	1.499	10,7	11.515	82,5

Fortsetzung auf der nächsten Seite

2. FOKUSTHEMA TEILNAHMEKONTINUITÄT

TAB. 2-2 Fortsetzung			Teilnahmecontinuität nach Alter, Geschlecht und DMP-Betreuungsdauer					
			< 50 %		≥ 50 % bis < 70 %		≥ 70 %	
			n	%	n	%	n	%
Koronare Herzkrankheit	Alter (J)	≤ 69	4.171	5,4	7.079	9,1	66.234	85,5
		70 – 79	2.330	3,6	4.497	7,0	57.215	89,3
		≥ 80	2.017	2,6	4.109	5,4	70.541	92,0
	Geschlecht	weiblich	2.592	3,4	5.138	6,8	67.915	89,8
		männlich	5.925	4,2	10.546	7,4	126.072	88,4
	DMP (J)	2 – 5	2.289	4,0	4.934	8,7	49.699	87,3
		> 5 – ≤ 12	3.519	4,0	6.443	7,3	78.408	88,7
	> 12	2.710	3,7	4.308	5,9	65.883	90,4	
Asthma bronchiale	Alter (J)	18 – 40	2.663	17,7	2.756	18,4	9.586	63,9
		41 – 60	3.674	9,9	5.261	14,1	28.258	76,0
		≥ 61	2.289	5,1	4.113	9,1	38.862	85,9
	Geschlecht	weiblich	5.286	8,2	7.759	12,1	51.200	79,7
		männlich	3.338	10,1	4.370	13,2	25.503	76,8
	DMP (J)	2 – 4	1.339	7,7	2.366	13,6	13.647	78,6
		> 4 – ≤ 10	3.428	8,8	5.113	13,2	30.309	78,0
	> 10	3.859	9,4	4.651	11,3	32.750	79,4	
COPD	Alter (J)	≤ 65	3.185	9,2	4.352	12,6	26.925	78,1
		66 – 75	1.886	5,7	3.025	9,1	28.170	85,2
		≥ 76	1.108	3,7	2.060	7,0	26.416	89,3
	Geschlecht	weiblich	3.100	6,2	4.802	9,6	41.975	84,2
		männlich	3.079	6,5	4.635	9,8	39.535	83,7
	DMP (J)	2 – 4	912	5,6	1.718	10,5	13.658	83,9
		> 4 – ≤ 10	2.820	6,3	4.527	10,1	37.355	83,6
	> 10	2.447	6,8	3.192	8,8	30.498	84,4	

Alter und DMP-Betreuungsdauer in Jahren, Betreuungsdauer 2023 ≥ 2 Jahre, in den DMP Typ-1-Diabetes und Asthma bronchiale nur für Erwachsene

2.4 PRÄDIKTOREN EINER GERINGEN TEILNAHMEKONTINUITÄT

Neben den drei genannten Faktoren Alter, Geschlecht und Betreuungsdauer werden in allen DMP weitere Merkmale der Patientinnen und Patienten festgehalten, die einen Einfluss auf die Teilnahmekontinuität haben können. Dabei ist außerdem davon auszugehen, dass verschiedene Merkmale auch miteinander zusammenhängen. So steigt beispielsweise mit zunehmenden Alter der Patientinnen und Patienten auch deren Komorbidität. Um genauer beschreiben zu können, welche Merkmale oder Faktoren sich in welchem Ausmaß auf die Teilnahmekontinuität auswirken und um hierbei auch die Einflüsse der Faktoren aufeinander zu kontrollieren, wurde für jedes DMP ein logistisches Regressionsmodell berechnet. Die abhängige Variable war diesmal eine geringe Teilnahmekontinuität, also eine Anzahl von weniger als 50 Prozent der erwarteten Dokumentationen. Merkmale, die mit einer solch geringen Teilnahmekontinuität korrelieren, können demnach als Risikofaktoren einer geringen Teilnahmekontinuität bezeichnet werden.

Die Regressionsmodelle bestätigen zunächst für die Merkmale Alter und Geschlecht die oben beschriebenen Ergebnisse aus den Teilgruppenanalysen. So zeigt sich, dass in den DMP Typ-2-Diabetes, Koronare Herz-

krankheit und Asthma bronchiale männliche Betreute ein um 11 bis 17 Prozent höheres Risiko für eine geringe Teilnahmekontinuität aufweisen (Tab. 2-3). In den beiden DMP Typ-1-Diabetes und COPD ist dagegen das Geschlecht kein signifikanter Prädiktor einer geringen Teilnahmekontinuität, da hier das Vertrauensintervall um die Odds Ratio den Wert 1,00 miteinschließt.

In allen fünf DMP erweist sich jedoch ein hohes Alter als hochsignifikanter Prädiktor der Teilnahmekontinuität. So ist bei sehr alten Betreuten das Risiko einer geringen Teilnahmekontinuität teilweise weniger als halb so hoch. Am stärksten ausgeprägt ist dieser positive Effekt eines hohen Alters auf ein geringes Ausmaß an Teilnahmediskontinuität im DMP Asthma bronchiale.

Unter Kontrolle aller in den Modellen berücksichtigten Faktoren ist die Betreuungsdauer in den beiden größten DMP Typ-2-Diabetes und Koronare Herzkrankheit sowie im DMP Typ-1-Diabetes dagegen nur von geringer Bedeutung für die Teilnahmekontinuität. In den beiden DMP Asthma bronchiale und COPD haben demgegenüber längere Zeit Betreute ein höheres Risiko für eine geringe Teilnahmekontinuität.

TAB. 2-3	Prädiktoren einer geringen Teilnahmekontinuität				
	Diabetes mellitus Typ 2	Diabetes mellitus Typ 1	Koronare Herzkrankheit	Asthma bronchiale	COPD
Geschlecht männl.	1,11 (1,08–1,14)	1,07 (0,97–1,17)	1,17 (1,11–1,22)	1,15 (1,09–1,20)	1,05 (1,00–1,11)
Alter (J)	0,43 (0,42–0,44)	0,49 (0,43–0,56)	0,61 (0,58–0,64)	0,27 (0,25–0,29)	0,42 (0,39–0,46)
DMP-Betreuung (J)	1,08 (1,04–1,11)	1,18 (1,07–1,29)	1,02 (0,97–1,07)	1,83 (1,71–1,96)	1,66 (1,53–1,80)
DMP fachärztlich	2,01 (1,94–2,07)	1,00 (0,84–1,20)	–	1,45 (1,37–1,53)	1,42 (1,32–1,53)
Komorbidität	0,71 (0,68–0,74)	0,87 (0,79–0,96)	1,03 (0,97–1,08)	0,75 (0,71–0,80)	0,75 (0,70–0,80)
Medikation	1,19 (1,15–1,24)	–	0,72 (0,68–0,76)	0,77 (0,73–0,81)	0,80 (0,75–0,85)
HbA _{1c} > 8,5 %	1,89 (1,83–1,95)	2,30 (2,08–2,53)	–	–	–
Blutdruck ≥ 140/90	1,14 (1,11–1,17)	1,18 (1,07–1,30)	1,19 (1,14–1,25)	–	–
BMI ≥ 30 kg/m ²	1,00 (0,98–1,03)	0,93 (0,84–1,04)	1,12 (1,07–1,17)	1,09 (1,03–1,14)	1,00 (0,94–1,06)
Rauchen	1,33 (1,29–1,37)	1,51 (1,37–1,68)	1,48 (1,40–1,56)	1,31 (1,23–1,39)	1,36 (1,29–1,44)

Teilnahmekontinuität < 50%; Odds Ratios und 95-Prozent-Konfidenzintervalle, logistische Regressionsmodelle; Alter (Jahre) D2 ≥ 76, KH ≥ 80, D1 und AB ≥ 61, CO ≥ 76; DMP-Betreuung (Jahre) D2 und D1 ≥ 12, KH > 12, AB und CO > 10; Komorbidität, D2 und D1: kardiovaskuläre Begleiterkrankungen und diabetische Folgekomplikationen, KH, AB und CO: kardiovaskuläre Begleiterkrankungen und Diabetes mellitus; Medikation D2: Insulin, KH: Statine, AB: SABA, CO: SABA/SAAC; Blutdruck in mmHg

2. FOKUSTHEMA TEILNAHMEKONTINUITÄT

Patientinnen und Patienten, die in den DMP Typ-2-Diabetes, Asthma bronchiale oder COPD dauerhaft fachärztlich betreut werden müssen, zeichnen sich ebenfalls durch ein höheres Risiko für eine geringe Teilnahmekontinuität aus. Beispielsweise ist im DMP Typ-2-Diabetes das Risiko einer geringen Teilnahmekontinuität bei dauerhaft fachärztlich Betreuten doppelt so hoch wie bei den dauerhaft hausärztlich Betreuten. Dies ist mutmaßlich darauf zurückzuführen, dass vor allem bei einer schlechten Stoffwechseleinstellung eine fachärztliche Betreuung erforderlich ist. Im DMP Typ-1-Diabetes, in dem der überwiegende Teil aller Patientinnen und Patienten fachärztlich betreut wird, sowie im DMP Koronare Herzkrankheit, in dem nur ein sehr kleiner Teil dauerhaft fachärztlich betreut wird, spielt dagegen dieser Prädiktor keine Rolle.

Analog zu der höheren Teilnahmekontinuität im höheren Alter besteht auch ein klarer Zusammenhang zwischen der Teilnahmekontinuität und der Komorbidität sowie der jeweils diagnosespezifischen Medikation. Falls eine ausgeprägte Komorbidität besteht oder eine

Medikation verordnet wird, verringert sich das Risiko einer geringen Teilnahmekontinuität deutlich. Zwei Ausnahmen zeigen sich in den DMP Typ-2-Diabetes und Koronare Herzkrankheit. Im DMP Typ-2-Diabetes erhöht sich das Risiko für eine geringe Teilnahmekontinuität beim Verordnen von Insulin, vermutlich weil dies insbesondere bei einer schlechten Stoffwechseleinstellung erfolgt. Im DMP Koronare Herzkrankheit ist aufgrund der insgesamt hohen Komorbidität der Patientinnen und Patienten kein Zusammenhang zur Teilnahmekontinuität nachzuweisen.

Über weite Strecken eindeutig sind außerdem die Zusammenhänge zwischen spezifischen Befunden oder Risikofaktoren und der Teilnahmekontinuität. Sowohl hohe HbA_{1c}- und Blutdruck-Werte als auch ein weiterhin dokumentiertes Rauchverhalten korrelieren positiv mit einer geringen Teilnahmekontinuität. Ein deutliches Übergewicht beeinflusst dagegen nur jeweils leicht in den DMP Koronare Herzkrankheit und Asthma bronchiale eine geringe Teilnahmekontinuität.

2.5 HOHE TEILNAHMEKONTINUITÄT UND ERREICHEN DER QUALITÄTSZIELE

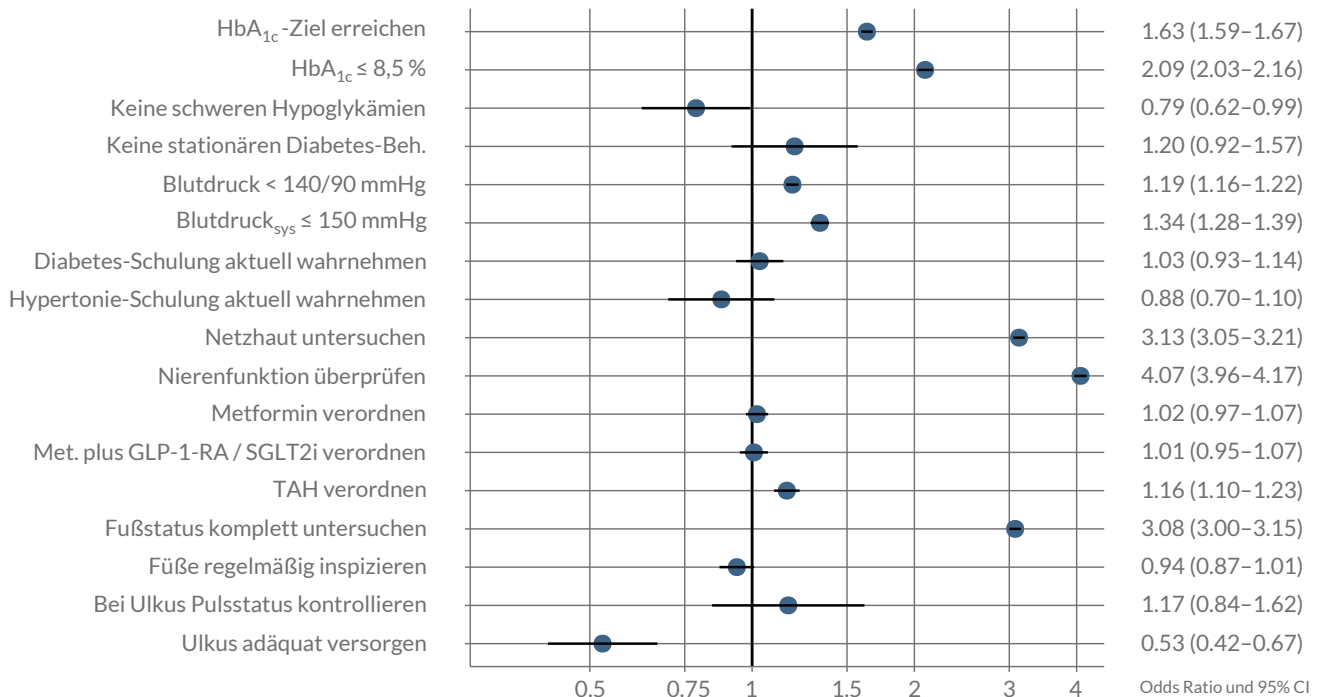
Abschließend wurde untersucht, in welchem Ausmaß eine hohe Teilnahmekontinuität das Erreichen sämtlicher Qualitätsziele in den fünf DMP beeinflusst. Hierzu wurden für alle Qualitätsziele separate logistische Regressionsmodelle berechnet. In diesen wurde überprüft, wie stark die Zielerreichung durch eine hohe Teilnahmekontinuität (mindestens 70 Prozent aller erwarteten Dokumentationen liegen vor) beeinflusst wird – unter Kontrolle des Alters, Geschlechts, der DMP-Teilnahmedauer, einer eventuellen fachärztlichen Betreuung, der Komorbidität und einer erkrankungsspezifischen Medikation. Die Ergebnisse werden nachfolgend für jedes der fünf DMP kurz beschrieben.

Für das DMP Typ-2-Diabetes ist festzustellen, dass eine hohe Teilnahmekontinuität vor allem mit der Kontrolle der Augen, der Füße und der Nierenfunktion stark positiv zusammenhängt. So ist beispielsweise die Chance, dass die Nierenfunktion kontrolliert wird, bei hoher Teilnahmekontinuität viermal so hoch wie bei einer un-

regelmäßigeren DMP-Teilnahme (Abb. 2-2). Deutlich positiv assoziiert mit einer hohen Teilnahmekontinuität sind außerdem die Qualitätsziele zum Vermeiden eines hohen beziehungsweise zum Erreichen des individuell vereinbarten HbA_{1c}-Werts, zum Vermeiden eines hohen Blutdruck-Werts und zur indikationsspezifischen TAH-Verordnung. Der negative Zusammenhang zwischen einer hohen Teilnahmekontinuität und dem Vermeiden schwerer Hypoglykämien sowie einer adäquaten Versorgung eines eventuell aufgetretenen Fußulkus ist vermutlich vorrangig darauf zurückzuführen, dass diese beiden sehr seltenen Ereignisse im DMP hauptsächlich nur bei sehr kontinuierlich teilnehmenden Patientinnen und Patienten festgehalten werden können. Kein Einfluss ist dagegen zu erkennen zwischen einer hohen Teilnahmekontinuität und den Zielen hinsichtlich einer aktuellen Schulungswahrnehmung oder einer antidiabetischen Medikation.

ABB. 2-2

Teilnahmekontinuität und Qualitätszielerreichung im DMP Typ-2-Diabetes



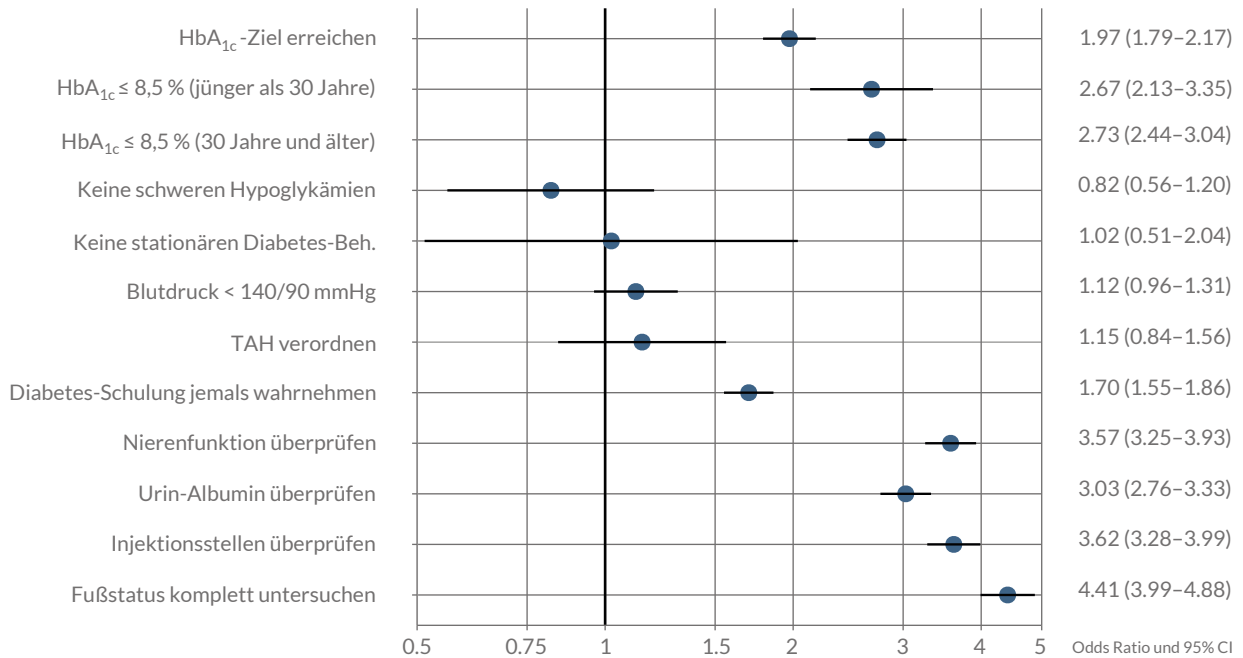
Legende zu den Abbildungen 2-2 bis 2-6: Teilnahmekontinuität ≥ 70 %, separates logistisches Regressionsmodell für jedes Qualitätsziel, kontrolliert für Alter, Geschlecht, DMP-Betreuungsdauer, Betreuung HA/FA, Komorbidität, erkrankungsspezifische Therapie; Modelle in den DMP Typ-1-Diabetes und Asthma bronchiale nur für erwachsene Patientinnen und Patienten

Ganz ähnliche Befunde sind für das DMP Typ-1-Diabetes nachzuweisen. Auch hier korreliert eine hohe Teilnahmekontinuität stark positiv mit dem Erreichen der Qualitätsziele einer guten Stoffwechseleinstellung und den regelmäßig erfolgenden Kontrolluntersuchungen

(Abb. 2-3). Besonders profitiert in diesem DMP das Ziel zur Fußstatusbestimmung von der Teilnahmekontinuität. Aber auch für den (älteren) Indikator, der eine jemals erfolgte Schulungsteilnahme abbildet, besteht ein positiver Zusammenhang mit der Teilnahmekontinuität.

ABB. 2-3

Teilnahmekontinuität und Qualitätszielerreichung im DMP Typ-1-Diabetes



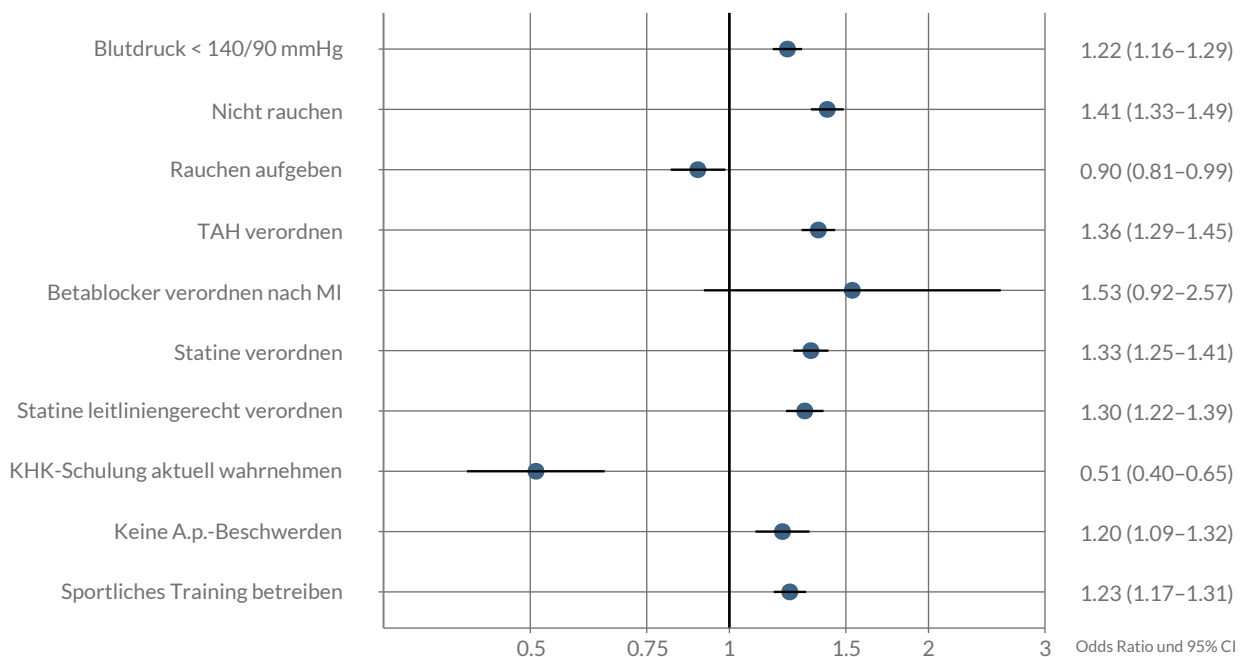
Legende siehe Abb. 2-2

Im DMP Koronare Herzkrankheit beeinflusst eine hohe Teilnahmekontinuität fast alle Indikatoren der Versorgungsqualität positiv (Abb. 2-4). Lediglich für die beiden Ziele zum Aufgeben des Rauchens und zum aktuellen

Wahrnehmen einer KHK-spezifischen Schulung lassen sich negative Zusammenhänge mit der Teilnahmekontinuität beobachten.

ABB. 2-4

Teilnahmekontinuität und Qualitätszielerreichung im DMP Koronare Herzkrankheit

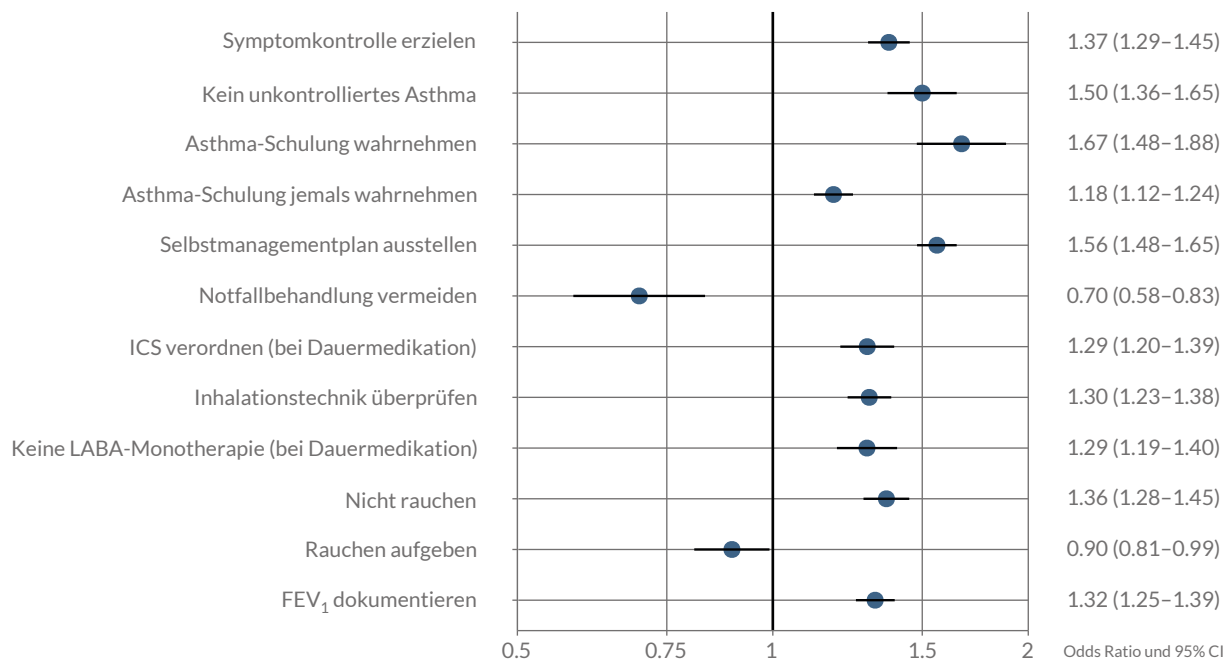


Legende siehe Abb. 2-2

Allerdings ist mit Blick auf das Ergebnis des zuletzt genannten Indikators nicht auszuschließen, dass hier seine erst zwei Jahre zurückliegende Einführung eine Rolle gespielt haben könnte. Auch ist davon auszugehen, dass insbesondere sehr kontinuierlich an dem DMP Koronare Herzkrankheit teilnehmende Patientinnen und Patienten bereits in der Vergangenheit (oder im Kontext des DMP Typ-2-Diabetes) erfolgreich an einer Diabetes- oder Hypertonie-Schulung teilgenommen haben. Auch im DMP Asthma bronchiale lässt sich bei fast allen Qualitätszielen beobachten, dass eine hohe

Teilnahmekontinuität die Indikatoren positiv beeinflusst (Abb. 2-5). Bei sehr kontinuierlicher Teilnahme an diesem DMP erhöhen sich am stärksten die Chancen, eines der beiden Schulungsziele sowie das Ziel zum Ausstellen eines Selbstmanagementplans zu erreichen. Die negative Assoziation zwischen hoher Teilnahmekontinuität und der Dokumentation einer Notfallbehandlung wird – ähnlich wie in den DMP Typ-2- und Typ-1-Diabetes – vermutlich vor allem dadurch verursacht, dass ein derart seltenes Ereignis nur bei kontinuierlicher Teilnahme dokumentiert werden kann.

ABB. 2-5 Teilnahmekontinuität und Qualitätszielerreichung im DMP Asthma bronchiale



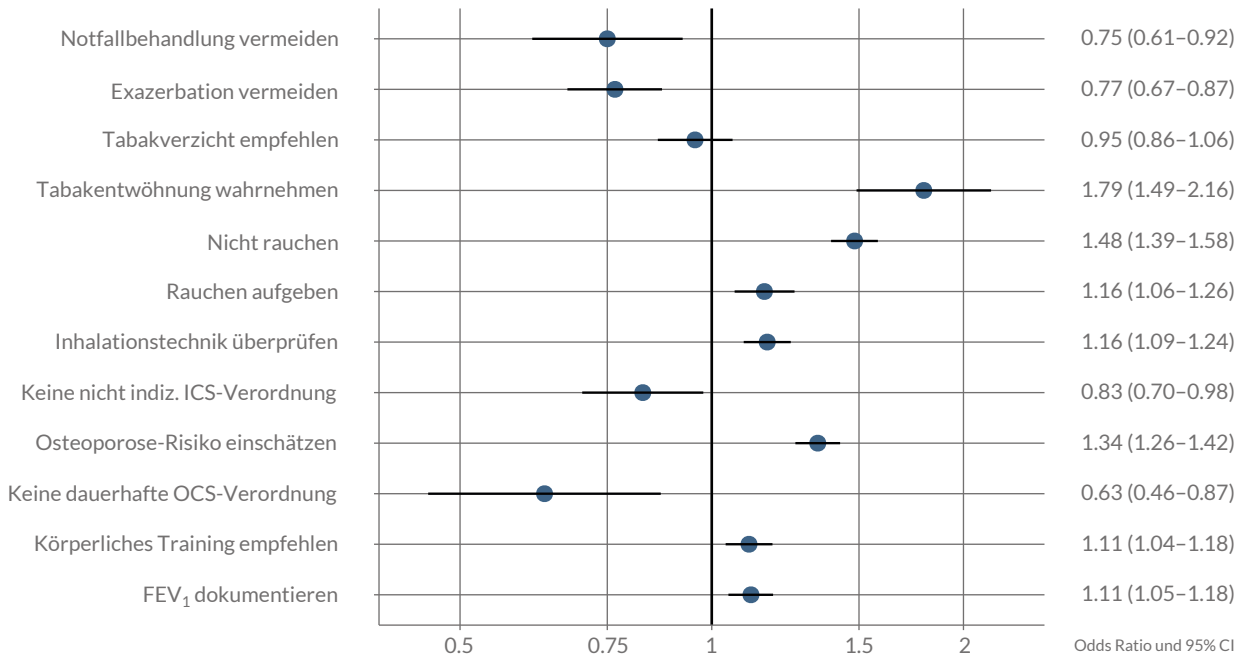
Legende siehe Abb. 2-2

Im DMP COPD besteht bei den meisten Qualitätszielen ebenfalls ein positiver Zusammenhang zwischen dem Erreichen der Qualitätsziele und einer hohen Teilnahmekontinuität (Abb. 2-6). Hier erhöhen sich bei einer sehr kontinuierlichen Teilnahme am DMP vor allem die Chancen, an einer Tabakentwöhnung teilzunehmen, nicht zu rauchen oder das Rauchen aufzugeben. Aber auch für die Qualitätsziele zum Einschätzen des Osteoporose-Risikos, dem Empfehlen eines körperlichen Trainings oder der Dokumentation der Lungenfunktion steigen die Chancen bei kontinuierlicher DMP-Teilnahme. Die negativen Assoziationen zwischen einer hohen Teilnahmekontinuität und dem Vermeiden der auch hier sehr seltenen Notfallbehandlungen oder dem Vermeiden von

Exazerbationen folgen mutmaßlich ein und derselben Logik, wie sie bereits bei den beiden DMP für Diabetes und dem DMP Asthma bronchiale beschrieben wurde. Die negativen Zusammenhänge zwischen einer hohen Teilnahmekontinuität und dem Erreichen der beiden medikationsspezifischen Ziele (keine nicht indizierte ICS- und keine dauerhafte OCS-Verordnung) lassen sich möglicherweise über das Verordnen einer entsprechenden Medikation insbesondere bei älteren und stärker erkrankten COPD-Patientinnen und Patienten erklären. Möglicherweise ist eine entsprechende Medikation in dieser Teilgruppe öfter unumgänglich, deshalb lassen sich hier auch die Qualitätsziele nur schwer erreichen.

ABB. 2-6

Teilnahmekontinuität und Qualitätszielerreichung im DMP COPD



Legende siehe Abb. 2-2

2.6 RESÜMEE

Die in den vorausgegangenen Abschnitten dargestellten Ergebnisse der Untersuchungen zum Ausmaß der Teilnahmekontinuität in den DMP und dem Einfluss einer hohen Teilnahmekontinuität lassen sich in den folgenden Aussagen bündeln:

- In den DMP, die in Nordrhein im Jahr 2023 laufen, ist insgesamt ein sehr hohes Ausmaß an Teilnahmekontinuität zu beobachten – operationalisiert über den Anteil der vorliegenden in Relation zu den jeweils erwarteten Dokumentationen. So liegen im DMP Typ-2-Diabetes von 85 Prozent aller Betreuten über den gesamten individuellen Zeitraum der DMP-Teilnahme mindestens 70 Prozent der jeweils erwarteten Dokumentationen vor. Von 57 Prozent liegen mindestens 90 Prozent der erwarteten Dokumentationen vor und 19 Prozent verfügen über eine vollständig lückenlose Dokumentation. Dieses Ergebnis zeigt, dass ein sehr großer Teil der betreuten Patientinnen und Patienten tatsächlich regelmäßig an den DMP-Untersuchungen teilnimmt, genauso wie es auch innerhalb der DMP vorgesehen und bei der Einwilligung einer freiwilligen Teilnahme an den DMP zu erwarten ist.
- Von den fünf hier untersuchten DMP zeigt sich die größte Teilnahmekontinuität in dem DMP Koronare Herzkrankheit und die vergleichsweise geringste bei den Erwachsenen im DMP Asthma bronchiale.
- Das Alter der Patientinnen und Patienten ist zudem ein entscheidender Faktor für die Teilnahmekontinuität: Die älteren Patientinnen und Patienten nehmen sehr viel häufiger kontinuierlich an den DMP teil als die jüngeren. Frauen nehmen etwas häufiger als Männer kontinuierlich teil, und auch bei einer längeren Betreuungsdauer in den DMP steigt die Teilnahmekontinuität.

- Konsequenterweise erweisen sich dementsprechend auch vor allem ein jüngeres Alter, eine parallel hierzu gering ausgeprägte Komorbidität ebenso wie negative Befunde (hohe Stoffwechsel- und Blutdruckwerte, Rauchen), die möglicherweise auch eine dauerhafte fachärztliche Betreuung der Betroffenen erfordern, als zentrale Faktoren einer geringen Teilnahmekontinuität.
- In allen fünf DMP besteht meist ein positiver Zusammenhang zwischen dem Erreichen der Qualitätsziele und einer hohen Teilnahmekontinuität. Dies betrifft vor allem die Ziele zum Durchführen regelmäßiger Kontrolluntersuchungen und die langfristigen Schulungsindikatoren. Genauso profitieren aber auch viele Ziele zu den indikationsspezifischen Befunden (gute Stoffwechseleinstellung, niedrige Blutdruckwerte, gute Symptomkontrolle, regelmäßige Dokumentation der Lungenfunktion, Rauchverzicht, Tabakentwöhnung) von einer hohen Teilnahmekontinuität.
- Andererseits besteht ein negativer Zusammenhang zwischen einer hohen Teilnahmekontinuität und jenen Qualitätszielen, die sich auf die Dokumentation seltener Ereignisse wie der von Notfallbehandlungen, schweren Hypoglykämien, Exazerbationen oder die Ulzeraversorgung beziehen. Hier ist zu mutmaßen, dass solche negativen Ereignisse meist nur bei einer kontinuierlichen Teilnahme dokumentiert werden können und so den betreffenden Indikator negativ beeinflussen. Sollten jedoch Patientinnen und Patienten infolge eines entsprechenden Ereignisses aus den DMP ausscheiden oder zeitweilig ausgeschrieben werden, fehlt vermutlich eine Dokumentation des Ereignisses innerhalb der DMP.

Festzuhalten bleibt somit, dass die auch in der DMP-Anforderungen-Richtlinie gewünschte Regelmäßigkeit der DMP-Teilnahme in der Realität der DMP Typ-2- und Typ-1-Diabetes, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und COPD tatsächlich von der überwiegenden Mehrheit der Betreuten erreicht wird. Die hier beschriebenen Ergebnisse bestätigen auch ältere Befunde aus der Forschungsliteratur. Hierzu zählen beispielsweise die höhere Betreuungskontinuität bei älteren und stärker durch Komorbidität belasteten Patientinnen und Patienten [7, 22, 28, 29]. Genauso kann mit den DMP-Daten der Zusammenhang zwischen der Betreuungskontinuität und einer guten Stoffwechseleinstellung bei Diabetes mellitus [9, 26] bestätigt werden. Und auch die im Einleitungsabschnitt wiedergegebene Schlussfolgerung, dass ein überwiegend positiver Zusammenhang zwischen einer möglichst hohen Betreuungskontinuität und einer guten Versorgungsqualität besteht [31], lässt sich mit den hier vorgestellten Ergebnissen aus den DMP belegen.

Die Autorinnen und Autoren des vorliegenden Berichts gehen davon aus, dass damit eine der wahrscheinlich größten Wissenslücken zur Frage der Wirksamkeit der DMP geschlossen werden konnte. Es bleibt für die zukünftige Weiterentwicklung der bestehenden DMP und auch die Einführung neuer DMP zu hoffen, dass weiterhin möglichst alle Teilnehmenden auf Patienten- wie auch auf Arztseite ihren Beitrag dazu leisten, die hohe Teilnahmekontinuität in den DMP aufrechtzuerhalten oder sogar noch weiter zu erhöhen.

Zitierte Literatur siehe Kapitel 9, Literaturverzeichnis

INTERVIEW

HINTERGRUND

Dr. Dr. Kirsten Otten



Dr. Ulrike Brockmann

Dr. Dr. Kirsten Otten ist Fachärztin für Innere Medizin, Diabetologin und Gesundheitswissenschaftlerin. Sie führt eine hausärztliche Praxis in Oberhausen und nimmt an den DMP seit ihrer Praxisübernahme im Jahr 2016 teil. In ihrer Praxis beschäftigt sie fünf nicht-ärztliche Mitarbeitende. Die Zahl der Patientenkontakte liegt in der Praxis bei ungefähr 1.150 pro Quartal.

Dr. Ulrike Brockmann nimmt an den DMP seit dem Jahr 2008 teil. Sie leitet eine hausärztliche Praxis mit diabetologischem Schwerpunkt in Bedburg-Kaster. Ihr Praxis-Team besteht aus vier ärztlichen und neun nichtärztlichen Mitarbeitenden. Dr. Brockmann betreut gemeinsam mit ihren Kolleginnen etwa 3.000 Patientinnen und Patienten pro Quartal.

2.7 INTERVIEW MIT DR. DR. KIRSTEN OTTEN AUS OBERHAUSEN UND DR. ULRIKE BROCKMANN AUS BEDBURG-KASTER

Wie erleben Sie Ihre tägliche ärztliche Arbeit im Rahmen der DMP?

KO: Wir nehmen als Hausarztpraxis an allen uns zur Verfügung stehenden DMP teil, auch an dem neuen DMP Osteoporose. Im DMP Typ-1-Diabetes betreuen wir allerdings nur wenige Patientinnen und Patienten, da diese meist in den Schwerpunktpraxen versorgt werden. Die DMP erleichtern uns die strukturierte Arbeit in der Praxis.

UB: Trotz guter Prozesse aufgrund der DMP wird es nicht langweilig, weil wir sehr unterschiedliche Patientinnen und Patienten innerhalb der Programme haben. Insbesondere im DMP Diabetes mit den unterschiedlichen Formen, Typ 1 oder Typ 2, ist die Arbeit sehr abwechslungsreich. Vom Typ-2-Diabetiker, der mit Metformin gut eingestellt ist über aufwändige Insulintherapien bis hin zu sensorgestützten Pumpentherapien ist alles dabei. Es gehört ebenso dazu, dass ich mich mit Technik auseinandersetze, wenn Patientinnen und Patienten eine Insulinpumpe haben, auch wenn das nicht im DMP-Fragebogen erfasst wird.

Ich gucke bei mir in der Praxis auch, dass wir uns bei der Expertise zu den jeweiligen DMP aufteilen. Auf das neue Osteoporose-DMP habe ich beispielsweise die jüngste angestellte Hausärztin meiner Praxis angesetzt, die sich diesbezüglich fortgebildet hat und nun unsere Spezialistin auf dem Gebiet ist. Das ist das Schöne an Kolleginnen und Kollegen.

Es gibt aber auch Nachbesserungsbedarf bei den DMP. Beim DMP COPD beispielsweise haben wir es oft mit schwer Erkrankten zu tun. Da ist die Betreuung sehr aufwändig und kostenmäßig nicht wirklich im Programm abgedeckt. Da wünsche ich mir, dass der Aufwand auch im Verhältnis zum Umsatz steht.

Passen die Programme in Ihre Praxisorganisation beziehungsweise haben Sie die Organisation an die DMP angepasst?

KO: Wir bemühen uns ständig, unsere Arbeitsprozesse zu optimieren und konnten die DMP dabei gut mit den

Praxisabläufen und -anforderungen verzahnen. So ist es uns durch die regelmäßigen Quartalsbesuche auch gut möglich, die Patientinnen und Patienten auf Präventionsangebote hinzuweisen. Das wird auch sehr gern angenommen.

UB: Bei uns in der Praxis hat beides von Beginn an gut zusammengepasst. Die DMP sind definitiv ein guter Leitfaden, was die Frequenzen von Untersuchungen, Laborwerten und Co. angeht. Der strukturierte Ablauf ist so sinnvoll, dass wir sogar die Privatpatientinnen und -patienten analog zu den DMP-Leitlinien behandeln. Diese vierteljährliche Kontrolle passt einfach wunderbar zum HbA_{1c}, der ein Durchschnitt über die letzten drei Monate ist. Und Patientinnen und Patienten, die gut zurechtkommen, kann man halbjährlich sehen, wie es auch im DMP vorgesehen ist.

Gelingt es Ihnen, Ihre Patientinnen und Patienten zur regelmäßigen Teilnahme an den DMP-Untersuchungen zu bewegen?

UB: Ich würde sagen, bei 90 Prozent gelingt das. Man hat immer Chaoten, die hat jede Praxis. Das sind dann die 20-Jährigen, die mit einem Typ-1-Diabetes und HbA_{1c}-Werten von zehn durch die Gegend laufen und sich überhaupt nicht bewusst machen oder machen wollen, was das für negative Folgen auf ihre spätere Gesundheit im Alter von 50 Jahren plus bedeuten kann. Aber die Mehrheit weiß die regelmäßigen Termine zu schätzen, weil sie die Vorteile erkennen. Es ist wie einmal im Jahr zum Zahnarzt oder zu anderen Vorsorgeuntersuchungen zu gehen. Hier muss man sagen, da ist das DMP wirklich eine gute Sache.

KO: Als Hausarztpraxis zeichnen wir uns an unserem Standort dadurch aus, dass wir überdurchschnittlich viele ältere und damit einen hohen Anteil chronisch kranker Menschen in der Praxis haben. Nach der Diagnosestellung werden die Patientinnen und Patienten von uns direkt über die Vorteile der jeweiligen DMP und den praktischen Ablauf aufgeklärt. Fast alle empfinden dies als fürsorglich, so dass Einschreibungen von den Wenigsten abgelehnt werden und viele auch in mehreren DMP eingeschrieben sind.

Spielen für Sie die Ergebnisse der halbjährlichen Feedback-Berichte eine Rolle?

KO: Ich lese die Feedback-Berichte mit Interesse, nutze sie zur Reflexion und um darüber nachzudenken, ob wir im Rahmen des Plan-Do-Check-Act-Zyklus Verbesserungen anstreben können. Willkommen sind sie mir als Lehrpraxis insbesondere aber auch für die studentische Ausbildung. Ich nutze sie im Rahmen meiner Seminare, wenn ich an der Hochschule lehre, aber auch, wenn wir Studenten von der Uni Düsseldorf in der Praxis haben. Anhand der Feedback-Berichte kann ich ihnen die DMP sehr gut nahebringen: die Vor- und Nachteile, aber auch worauf zu achten ist.

UB: Wir haben natürlich eine ziemliche Verzerrung in unseren Feedback-Berichten, weil wir eine diabetologische Schwerpunktpraxis sind. Die hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen schicken uns nicht die Patientinnen und Patienten, die mit Metformin allein und einem 6er-HbA_{1c} gut eingestellt sind. Deshalb sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu genießen, weil man einfach mehr zu den einzelnen Fällen wissen muss, als das, was im Feedback-Bericht steht. Mittlerweile schaue ich mir diese nicht mehr persönlich an, sondern gebe die Feedback-Berichte derjenigen MFA, die sich um die jeweiligen Patientinnen und Patienten kümmert und sie gut kennt.

Im Übrigen finde ich es schade, dass die DMP-Dokumentation nicht viel mehr genutzt wird. Eigentlich ist das ein unglaublicher Datenschatz, den wir damit generieren. Damit könnten wir auf jeden Fall in Sachen Diabetes der Politik die Pistole auf die Brust setzen, um eine Zuckersteuer zu fordern. Aber es ließen sich auch wertvolle Erkenntnisse für die Prävention gewinnen. Wie entwickelt sich der Diabetes in Deutschland? Wo liegt das Körpergewicht bei den 15- bis 25-Jährigen? Denn der Diabetes betrifft ja bald zehn Prozent unserer Bevölkerung und das ist wirklich eine Hausnummer

In welchem Ausmaß ist Multimorbidität in Ihrer Patientenklientel relevant?

UB: Teils, teils. Es gibt 20-Jährige oder jüngere Typ-1-Patientinnen und Patienten, die nicht multimorbide sind. Wir haben aber auch 80-Jährige, die zu drei DMP kommen: COPD, KHK und Diabetes und demnächst auch noch Osteoporose. Damit beschäftigen wir uns

schon eine Zeit lang. Aber mithilfe der DMP haben wir bei multimorbiden Patientinnen und Patienten eben auch die Chance, alles aufzuarbeiten.

KO: Multimorbidität ist für uns ein allgegenwärtiges Thema und bindet viel Zeit bei allen Mitarbeitenden in der Praxis. Die Systematik der DMP ist für uns dabei sehr hilfreich.

Adipositas, Rheumatoide Arthritis, Rückenschmerzen und Depression: Welche der beschlossenen neuen DMP sind aus Ihrer Sicht besonders sinnvoll?

KO: Aufgrund der zunehmenden Krankheitslast erwarte ich vor allem mit Spannung das DMP Depression. Wir haben viele junge Patientinnen und Patienten, die in dem Bereich Probleme haben.

UB: Grundsätzlich sind die neuen DMP sicherlich alle sinnvoll. Insbesondere wenn es darum geht, die hausärztliche Expertise in diesen Bereichen weiter zu fördern. Denn es ist sehr schwierig für die Patientinnen und Patienten, Facharzttermine zu bekommen. Da würde es helfen, wenn Hausärztinnen und Hausärzte sich in diesen Bereichen fortbilden und so selbst mehr unterstützen könnten.

Wie hat es denn in Ihrer Praxis mit der Umsetzung und dem Einschreiben der Patientinnen in das neue DMP Osteoporose geklappt?

UB: Wir haben betroffene Patientinnen und Patienten gezielt angesprochen, ob sie teilnehmen möchten. Der Zuspruch war wirklich groß, was ich gut finde. Wir sind in den Startlöchern. Dafür haben sich eine MFA und die neue hausärztliche Kollegin fortgebildet. Die haben auch gute Ideen, was sie in der Schulung machen wollen. Ich glaube, das läuft ganz gut.

KO: Nach dem das Einschreiben möglich war, haben wir direkt die entsprechende Schulung besucht und den infrage kommenden Patientinnen und Patienten die Teilnahme angeboten. Wir waren aber erstaunt, dass gerade die Jüngeren eher zurückhaltend waren. Mittlerweile haben wir die ersten Schulungen gestartet, deren Inhalte wirklich gut ankamen. Die erste Gruppe, ich nenne sie mal „Spaziergehgruppe“, aus gleichaltrigen, in der Nachbarschaft wohnenden Frauen hat sich bereits gebildet. Gerade solche Initiativen, die Aktivität

und soziale Kontakte miteinander verbinden, sind auch eines unserer Behandlungsziele in der Praxis.

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

KO: Die Schulungen müssten differenzierter bewertet werden. Wir haben Patientinnen und Patienten, die aus den unterschiedlichsten Gründen Schulungen grundsätzlich ablehnen, aber trotzdem von anderen Aspekten der DMP stark profitieren. Auch unter Berücksichtigung des Solidaritätsprinzips kann ich niemanden zu einer Schulung zwingen. Das sollte bereits in der Dokumentation genauer festgehalten werden. Andererseits besteht für Interessierte die Möglichkeit der Nachschulung in bestimmten Abständen. Dies sollte auch in die Dokumentation aufgenommen werden.

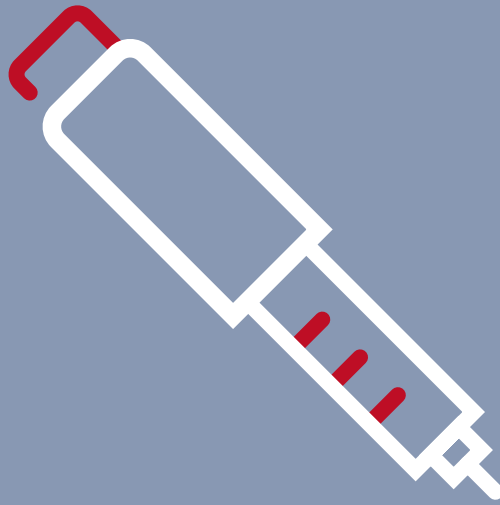
UB: Ich finde die länger laufenden DMP eigentlich ganz gut. Es ist nur schade und eine Verschlechterung, dass der Micral-Test aus dem Diabetes-Typ-2-Programm herausgeflogen ist. Denn der ist eigentlich ein gutes Screening auf eine beginnende Niereninsuffizienz, wenn er ordentlich gemacht wird. Wir machen das natürlich trotzdem weiter. Ich befürchte aber, dass die eine oder andere rein hausärztliche Praxis das aber nicht macht, was wiederum dazu führen könnte, dass eine Niereninsuffizienz verspätet erkannt und behandelt wird.

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

UB: Da gibt es tatsächlich nicht viel, nur Kleinigkeiten: Die Schulungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit einem Typ-1-Diabetes, die eine Pumpe benötigen, könnten noch optimiert werden oder die LDL-Werte könnten auch im DMP Typ-2-Diabetes dokumentiert werden.

KO: Ich würde mir aufgrund der zunehmenden Komplexität der Betreuung eine adäquate Honorierung wünschen. Wenn Patientinnen und Patienten in mehreren DMP eingeschrieben sind, sollte keine finanzielle Reduzierung ab dem zweiten DMP erfolgen. Die gemeinsame Finanzierung von DMP und einer gleichzeitigen Durchführung von Präventionsangeboten wie beispielsweise der Check-Up-35-Untersuchung wäre auch wünschenswert. Nur so kann aus meiner Sicht eine adäquate, ganzheitliche medizinische Betreuung gewährleistet werden.

Das Interview führte Dr. Bernd Hagen vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.



DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Wichtige Kennzahlen für das Jahr 2023

Anzahl insgesamt dokumentierter Patientinnen und Patienten im DMP:	622.215
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation 2023:	603.402
Anteil der DMP-Patientinnen und -Patienten von den Erkrankten ^a :	88 bis 96 Prozent
Anteil hausärztlich Betreuer:	90,7 Prozent
Anteil Frauen:	47,7 Prozent
Mittleres Alter ^b :	68,2 ± 12,9 Jahre
Mittlere Betreuungsdauer im DMP ^b :	9,1 ± 6,2 Jahre
Anzahl dokumentierender Ärztinnen und Ärzte:	5.326
Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen ^c :	54

a: Anhand epidemiologischer Angaben zur Erkrankungsprävalenz geschätzter Anteil GK-Versicherter, die in dem DMP in Nordrhein im Jahr 2023 dokumentiert wurden [5, 16–18, 33, 39]; b: Mittelwert ± eine Standardabweichung; c: Stand 11.04.2024 [21]

EINFÜHRUNG

Im Jahr 2023 werden insgesamt über 622.000 Patientinnen und Patienten in Nordrhein in dem DMP Diabetes mellitus Typ 2 betreut und damit knapp zwei Drittel (63,5 Prozent) aller insgesamt in den nordrheinischen DMP betreuten Menschen. Vermutlich erreicht dieses DMP zwischen 88 und 96 Prozent der von der Erkrankung betroffenen Krankenversicherten in der Region. Die anhand von 17 Qualitätszielen zu beschreibende Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten ist als gut bis sehr gut zu charakterisieren. Besonders hohe Quoten sind festzustellen beim Vermeiden schwerer Hypoglykämien und notfallmäßiger stationärer Diabetes-Behandlungen, dem Durchführen einzelner regelmäßiger Kontrolluntersuchungen sowie dem Wahrnehmen aktuell empfohlener Schulungen.

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. Damit ist das DMP zum Typ-2-Diabetes neben dem DMP Brustkrebs das älteste und am längsten laufende strukturierte Versorgungsprogramm. Wie alle anderen DMP enthält auch das für Typ-2-Diabetes eine Reihe allgemeiner, übergeordneter Ziele, die innerhalb des Programms anzustreben sind. Daneben existieren spezifische, vertraglich in den Anlagen zur Qualitätssicherung festgelegte Indikatoren der Versorgungsqualität. Letztere sind auch ein zentraler Inhalt der regelmäßig für die teilnehmenden Praxen erstellten Feedback-Berichte.

Die übergeordneten Therapieziele des DMP Typ-2-Diabetes beziehen sich meist auf patientenrelevante Ereignisse. Diese sind in der Regel schwerwiegende

Folgen einer oft jahrelangen Erkrankung an Diabetes mellitus, deren Auftreten nach Möglichkeit verhindert werden soll. Im vorliegenden Programm zählen hierzu insbesondere schwere Stoffwechsellentgleisungen, Herzinfarkte und Schlaganfälle. Verzögert oder, wenn möglich, verhindert werden sollen jedoch auch gravierende Folgekomplikationen wie eine Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Dialyse, eine sich weiterentwickelnde diabetische Retinopathie mit dem Risiko einer möglichen Erblindung sowie das Auftreten eines diabetischen Fußsyndroms mit schlecht heilenden Läsionen und der möglichen Konsequenz von Amputationen. Neben der Darstellung der aktuellen DMP-Qualitätszielerreichung wird im weiteren Verlauf dieses Kapitels deshalb auch die Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz einer Auswahl schwerwiegender Erkrankungsfolgen genauer analysiert.

3.2 BETREUTE IM DMP

Im Jahr 2023 werden in Nordrhein insgesamt 622.215 Patientinnen und Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 2 betreut. Dies sind 22.786 oder 3,8 Prozent mehr als im Jahr davor. Von denen, die 2023 im DMP betreut werden, verfügen 97 Prozent über mindestens eine aktuelle Folgedokumentation aus diesem Jahr. Alle nachfolgenden Analysen beziehen sich ausschließlich auf diese Teilgruppe von 603.402 Patientinnen und Patienten. Aufgrund epidemiologischer Angaben zur Diabetes-Prävalenz ist davon auszugehen, dass

vermutlich zwischen 88 und 96 Prozent der von dieser Erkrankung in Nordrhein betroffenen gesetzlich Krankenversicherten im DMP versorgt werden. Diese Betreuung erfolgt zu einem überwiegenden Anteil (90,7 Prozent) in hausärztlichen Praxen.

47,7 Prozent der Betreuten sind Frauen. Exakt derselbe Anteil aller Patientinnen und Patienten im DMP ist 70 Jahre alt oder älter. 22 Prozent sind 80 Jahre alt oder älter (Tab. 3-1).

3. DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

TAB. 3-1 Altersgruppen und Gruppen unterschiedlicher Betreuungsdauer nach Geschlecht						
	weiblich		männlich		insgesamt	
Alter (Jahre)	n	%	n	%	n	%
18 – 29	1.117	0,4	924	0,3	2.041	0,3
30 – 39	5.270	1,8	5.497	1,7	10.767	1,8
40 – 49	15.200	5,3	19.687	6,2	34.887	5,8
50 – 59	42.745	14,9	60.197	19,1	102.942	17,1
60 – 69	71.409	24,8	93.443	29,6	164.852	27,3
70 – 79	76.614	26,6	78.299	24,8	154.913	25,7
≥ 80	75.422	26,2	57.489	18,2	132.911	22,0
alle	287.777	100,0	315.536	100,0	603.313	100,0
DMP (Jahre)						
≤ 2	45.825	15,9	51.869	16,4	97.694	16,2
> 2 – ≤ 5	47.739	16,6	57.328	18,2	105.067	17,4
> 5 – ≤ 8	40.227	14,0	48.052	15,2	88.279	14,6
> 8 – ≤ 12	50.535	17,6	55.284	17,5	105.819	17,5
> 12 – ≤ 15	35.484	12,3	37.537	11,9	73.021	12,1
> 15 – ≤ 18	31.746	11,0	31.334	9,9	63.080	10,5
> 18	36.221	12,6	34.132	10,8	70.353	11,7
alle	287.777	100,0	315.536	100,0	603.313	100,0
	n	Mittelwert	n	Mittelwert	n	Mittelwert
Alter	287.777	69,5 ± 13,2	315.536	67,0 ± 12,5	603.313	68,2 ± 12,9
DMP	287.777	9,3 ± 6,3	315.536	8,9 ± 6,2	603.313	9,1 ± 6,2

DMP: betreut im DMP seit ... Jahren; Mittelwert ± eine Standardabweichung in Jahren; Alter unbekannt n = 22, Alter < 18 n = 34, Geschlecht unbestimmt oder divers n = 33

Dieser Anteil ist jedoch bei den Frauen deutlich höher als bei den Männern. Bei über einem Drittel aller Betreuten ist eine Behandlungsdauer von mehr als zwölf Jahren, bei fast zwölf Prozent sogar eine von über 18 Jahren nachgewiesen. Auch hierbei ist der Anteil unter den Frauen etwas höher.

3.3 VERSORGUNGSQUALITÄT

Zum 4. Quartal 2023 wurden sowohl die Dokumentation wie auch einige Qualitätsziele im DMP Typ-2-Diabetes angepasst. Seit dem 1. Oktober 2023 ist es in Bezug auf eine nicht antidiabetische Medikation nur noch möglich, das Verordnen von Thrombozyten-Aggregationshemmern (TAH) oder oralen Antikoagulanzen zu dokumentieren. Die Dokumentation einer antihypertensiven oder lipidsenkenden Medikation ist in diesem DMP dagegen seither nicht mehr möglich, da hierzu keine entsprechenden Qualitätsziele festgelegt sind. Dafür lässt sich das Verordnen von GLP-1-Rezeptoragonisten (GLP-1-RA) sowie von SGLT-2-Inhibitoren (SGLT2i) seit dem 1. Oktober 2023 erfassen. Für das entsprechende neue Qualitätsziel wird hier ermittelt, wer eine kombinierte Verordnung von Metformin und einem GLP-1-RA oder SGLT2i erhält, falls zusätzlich zum Diabetes mellitus in der Dokumentation eine koronare Herzkrankung, eine Herzinsuffizienz, ein Herzinfarkt, ein Schlaganfall oder eine glomeruläre Filtrationsrate unter 60 ml/min/1,73 m² Körperfläche nachgewiesen sind. Ebenfalls neu gefasst wurden die Schulungsziele. Analog zu den entsprechenden Indikatoren in den DMP Typ-1-Diabetes und Koronare Herzkrankheit wird seit dem 1. Oktober 2023 jetzt auch im DMP Typ-2-Diabetes ermittelt, wie viele der Patientinnen und Patienten, denen erst vor kurzem eine Diabetes- oder Hypertonie-Schulung empfohlen wurde, diese anschließend auch wahrgenommen haben. Somit existieren im DMP Typ-2-Diabetes jetzt insgesamt 17 Qualitätsziele (Abb. 3-1).

Mit Ausnahme der beiden Schulungsziele weisen alle Ziele eine anzustrebende Zielquote auf. 2023 wird bei neun der 15 Qualitätsziele die festgelegte Ziel-

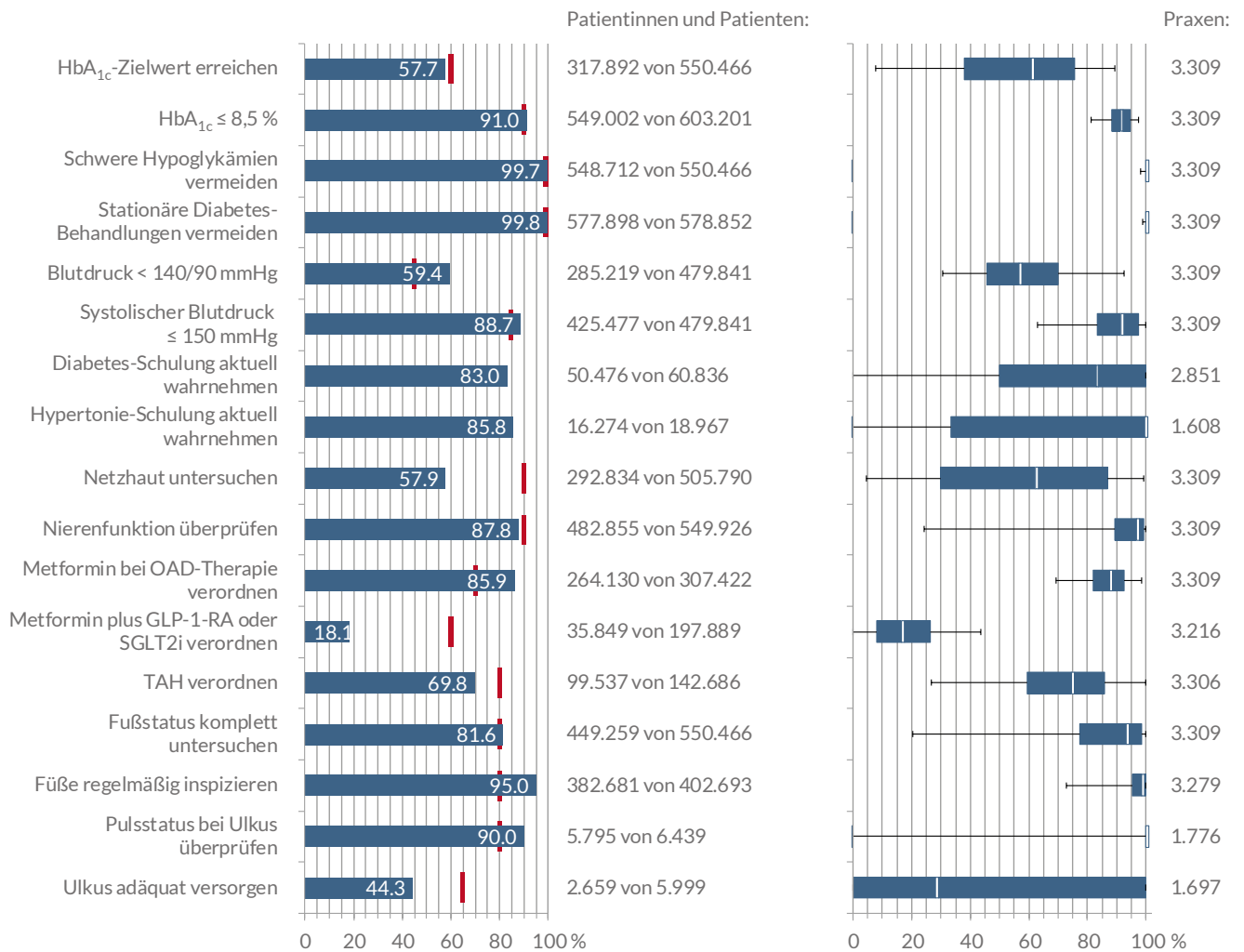
Gegenüber 2022 haben sich 2023 insbesondere die Anteile derjenigen erhöht, die erst seit höchstens zwei Jahren (14,7 versus 16,2 Prozent) beziehungsweise seit über 18 Jahren (9,9 versus 11,7 Prozent) im DMP Typ-2-Diabetes betreut werden.

quote erreicht oder sogar deutlich überschritten, bei zwei Zielen (HbA_{1c}-Zielwert erreichen, Nierenfunktion überprüfen) nur knapp verfehlt.

Bei vier Zielen (Metformin plus GLP-1-RA oder SGLT2i verordnen, Netzhaut untersuchen, TAH verordnen, Ulkus adäquat versorgen) besteht ein großer Unterschied zwischen erreichter und anzustrebender Quote. In Bezug auf das neue Ziel zum Verordnen einer Kombination aus Metformin und GLP-1-Rezeptoragonisten oder SGLT-2-Inhibitoren bei spezifischen Begleiterkrankungen ist allerdings anzumerken, dass GLP-1-RA und SGLT2i in der Gesamtgruppe insgesamt auch deutlich seltener verordnet werden als Metformin (vgl. Abschnitt „Antidiabetische Therapie“).

Andererseits werden 2023 teilweise einige der festgelegten Quoten auch deutlich überschritten, zum Beispiel bei den Zielen zum Erreichen eines Blutdrucks unter 140/90 mmHg, der Metformin-Verordnung oder der regelmäßigen Fußinspektion. Zudem werden in den beiden neu gefassten Schulungszielen sehr hohe Quoten erreicht. Im Vergleich zum Vorjahr lässt sich darüber hinaus feststellen, dass sich bei vielen Indikatoren die erreichten Quoten erhöht haben (HbA_{1c}-Zielwert erreichen, HbA_{1c} maximal 8,5 Prozent, Blutdruck unter 140/90 mmHg, systolischer Blutdruck maximal 150 mmHg, Netzhaut untersuchen, Nierenfunktion überprüfen, Fußstatus komplett untersuchen, Pulsstatus bei Ulkus überprüfen). Besonders stark verbessert haben sich die Quoten beim Erreichen des Blutdruckziels (+1,7 Prozentpunkte) und bei der Fußstatusuntersuchung (+1,9 Prozentpunkte).

ABB. 3-1 Erreichen der Qualitätsziele



Punktwerte: rote Linie = festgelegte Qualitätszielquote; Interquartilbereiche für Praxen mit ≥ 10 DMP-Patientinnen und Patienten: weiße Linie = Median, Balken = erreichte Quoten in 25 – 75 Prozent der Praxen, Antennen = erreichte Quoten in 5 – 95 Prozent der Praxen; Darstellung für die Qualitätsziele mit Gültigkeit ab dem 01.10.2023; zu den Zielen, die nur bis zum 30.09.2023 galten, siehe Tabelle 3-2

Die demgegenüber festzustellenden Rückgänge bei den beiden verordnungsbezogenen Zielen (Metformin verordnen –3,6 Prozentpunkte, TAH verordnen –4,5 Prozentpunkte) sind vermutlich in erster Linie eine Folge der geänderten Dokumentation der Medikation.

Eine Analyse der Schwankungsbreite anhand des Interquartilbereichs der Zielerreichung pro Praxis offenbart

je nach Ziel zum Teil beträchtliche Differenzen in Bezug auf die Patientenanteile, die in den Praxen vorliegen. So ähneln sich die erreichten Quoten zum Beispiel für die Ziele zum Vermeiden eines hohen HbA_{1c}- oder systolischen Blutdruckwerts, dem Überprüfen der Nierenfunktion, dem Verordnen von Metformin oder der regelmäßigen Fußinspektion. Deutliche Differenzen zwischen den Praxen bestehen jedoch beispielsweise

hinsichtlich des Patientenanteils mit HbA_{1c}-Zielwerterreichung, einer aktuellen Schulungswahrnehmung oder einer augenärztlichen Netzhautuntersuchung.

Nachfolgend werden auch noch kurz die Ergebnisse zu den vier Qualitätszielen dargestellt, die nur bis zum 30. September 2023 gegolten haben (Tab. 3-2).

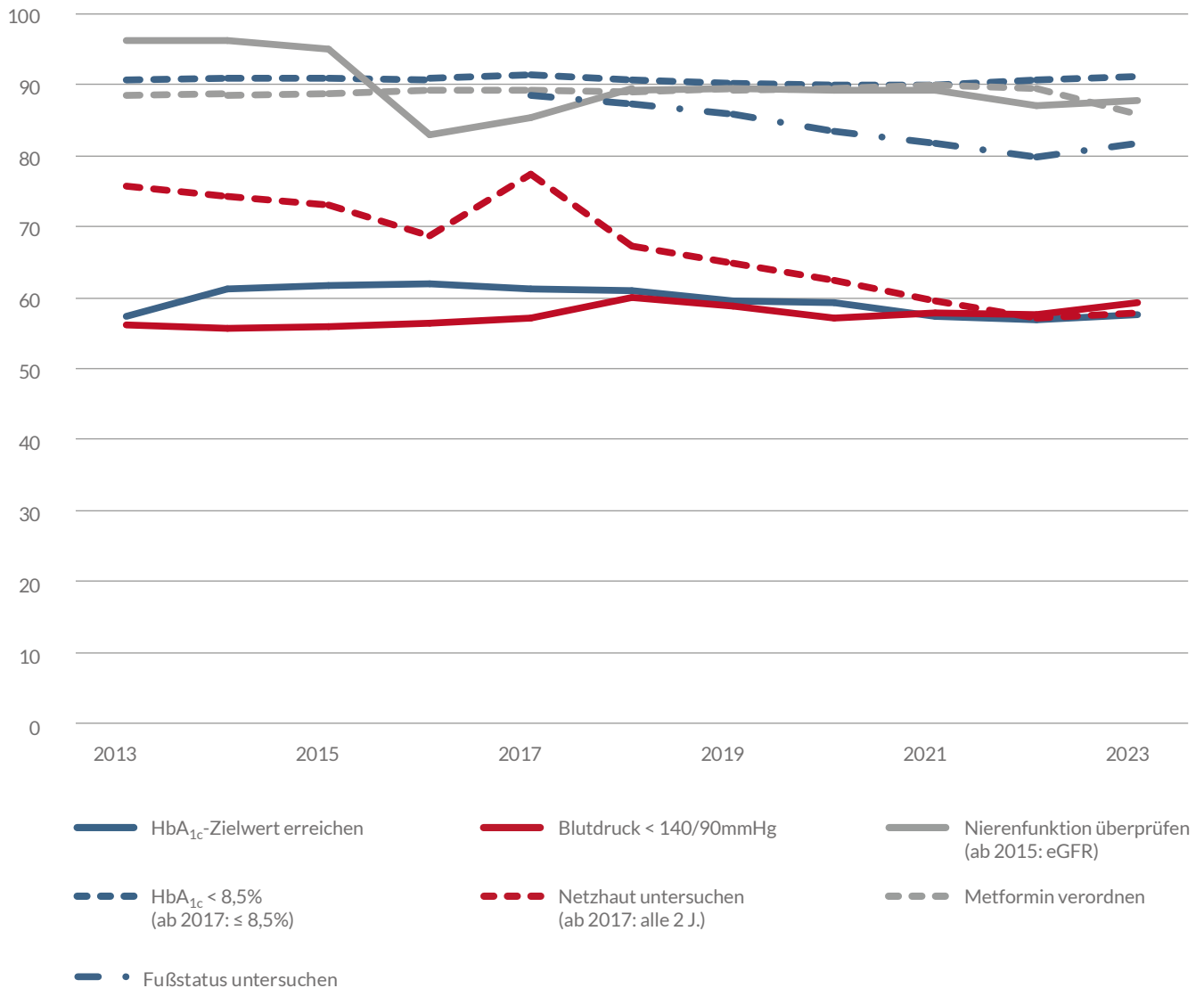
TAB. 3-2	Erreichen der Qualitätsziele, die nur bis zum 30.09.2023 galten				
Indikator	Zähler	Nenner	Quote	Interquartilbereich	Praxen
Diabetes-Schulung wahrnehmen	191.738	550.466	34,8 %	20,0 – 43,7 %	3.309
Diabetes-Schulung erstmals wahrnehmen	26.139	173.576	15,1 %	2,2 – 21,4 %	3.304
Hypertonie-Schulung wahrnehmen	51.726	447.656	11,6 %	2,7 – 11,1 %	3.309
Hypertonie-Schulung erstmals wahrnehmen	5.952	131.704	4,5 %	0,0 – 2,1 %	3.299

Interquartilbereich: erreichte Quoten in 25 – 75 Prozent der Praxen mit ≥ 10 DMP-Patientinnen und -Patienten

In Bezug auf die langfristigen zeitlichen Veränderungen der erreichten Zielquoten existieren unterschiedliche Trends (Abb. 3-2). Über den beobachteten Zeitraum zeigt sich zum Beispiel eine Konvergenz der Quoten auf dem sehr hohen Niveau nahe 90 Prozent für die Ziele eines HbA_{1c}-Werts von höchstens 8,5 Prozent, einer jährlichen Nierenfunktionsprüfung oder einer Metformin-Verordnung. Die Quoten für

das Erreichen des HbA_{1c}-Zielwerts, des Blutdruckziels oder der regelmäßigen Netzhautuntersuchung liegen im Zeitverlauf in einer Größe von etwa 60 Prozent. Mit Ausnahme der Metformin-Verordnung sind 2023 überall leichte Zuwächse zu beobachten. Dies betrifft auch die Kontrolluntersuchungen der Augen und der Füße, für die in den vergangenen Jahren kontinuierliche Rückgänge der Quoten zu verzeichnen waren.

ABB. 3-2 Erreichte Quoten ausgewählter Qualitätsziele im Zeitverlauf



Querschnittsdaten, alle Angaben in Prozent

Eine vollständige Darstellung zu allen Zielen für den Zeitraum 2014 bis 2023 findet sich im DMP-Atlas NRW (zi-dmp.de/dmp-atlas_nrw/). Dort können neben den

jeweils erreichten Quoten auch die absoluten Zähler- und Nennerhäufigkeiten im Zeitverlauf verglichen werden.

3.4 STOFFWECHSELEINSTELLUNG UND BLUTDRUCK

Über ein Drittel aller Patientinnen und Patienten weist einen HbA_{1c} unter 6,5 Prozent auf, ab 70 Jahren sind dies sogar fast vier von zehn. Ungefähr jeder Zehnte hat einen HbA_{1c}-Wert über 8,5 Prozent, dies betrifft unter 70-Jährige häufiger (Tab. 3-3). Im Vergleich zu dem Vorjahr haben im Jahr 2023 mehr Patientinnen und Patienten einen HbA_{1c} unter 6,5 Prozent (+1,1 Prozentpunkte) und weniger einen HbA_{1c} über 8,5 Prozent (-0,5 Prozentpunkte). Schwere Hypoglykämien sind im Berichtsjahr bei 1.548 (0,3 Prozent) aller DMP-Patientinnen

und -Patienten beziehungsweise bei 1.063 (0,9 Prozent) derjenigen dokumentiert, die Insulin erhalten. In der Gruppe der Älteren ist ein solches Ereignis etwas häufiger festgehalten. Insgesamt ist die Anzahl schwerer Hypoglykämien im DMP-Verlauf stark zurückgegangen. Beispielsweise wurde 2010 ein solches Ereignis noch bei 4.189 (1 Prozent) aller im DMP betreuten Patientinnen und -Patienten festgehalten, bei denjenigen mit einer Insulinbehandlung waren es 2.829 (2,8 Prozent).

TAB. 3-3	Stoffwechseleinstellung, schwere Hypoglykämien und Blutdruck		
	< 70 Jahre	≥ 70 Jahre	alle
HbA _{1c} < 6,5 %	35,7	37,0	36,3
HbA _{1c} ≥ 6,5 und ≤ 7,5 %	38,7	41,3	39,9
HbA _{1c} > 7,5 und ≤ 8,5 %	14,8	14,8	14,8
HbA _{1c} > 8,5 %	10,9	6,9	9,0
Schwere Hypoglykämie	0,221	0,295	0,256
Schwere Hypoglykämie unter Insulintherapie	0,809	0,987	0,903
Blutdruck < 130/85 mmHg	32,3	30,8	31,5
Blutdruck ≥ 130/85 und < 140/90 mmHg	29,6	29,9	29,7
Blutdruck ≥ 140/90 und < 160/100 mmHg	29,3	29,9	29,6
Blutdruck ≥ 160/100 mmHg	8,8	9,4	9,1

Alle Angaben in Prozent

Etwa drei von zehn Patientinnen und Patienten haben einen Blutdruck unter 130/85 mmHg, in der Gruppe der Älteren ist dies etwas seltener der Fall. Bei etwa sechs von zehn Betreuten liegt der Blutdruck zwischen 130/85 und unter 160/100 mmHg. Je nach Altersgruppe ist bei 8,8 bis 9,4 Prozent ein Blutdruck ab 160/100 mmHg

dokumentiert. Auch beim Blutdruck ist der Anteil derjenigen mit einem Wert unter 130/85 mmHg im Jahr 2023 gestiegen (+1,7 Prozentpunkte) und derjenigen mit einem Blutdruck ab 160/100 mmHg zurückgegangen (-0,8 Prozentpunkte).

3.5 ANTIDIABETISCHE THERAPIE

71,9 Prozent aller Patientinnen und Patienten im DMP werden medikamentös antidiabetisch behandelt. Am häufigsten wird Metformin verordnet. Von den Patientinnen und Patienten unter 70 Jahren erhalten 61,5 Prozent dieses Medikament. Bei den Älteren wird es deutlich seltener eingesetzt. Eine Verordnung von GLP-1-Rezeptoragonisten ist bei knapp einem Zehntel der im DMP Betreuten dokumentiert. Hier ist der Anteil mit 12,4 Prozent unter den Jüngeren mehr als doppelt so groß wie unter den

Älteren. Ungefähr ein Fünftel aller Patientinnen und Patienten erhält einen SGLT-2-Inhibitor. Auch hier ist der Anteil bei den Jüngeren mit 21,9 Prozent größer als bei den Älteren. Sonstige orale Antidiabetika erhalten etwas mehr als ein Viertel der DMP-Patientinnen und Patienten, der Altersunterschied ist hier nicht sehr ausgeprägt. Eine Insulinverordnung ist bei knapp einem Fünftel der Patientinnen und Patienten dokumentiert. Dies ist in der Gruppe der Älteren etwas häufiger der Fall (Tab. 3-4).

TAB. 3-4	Antidiabetische Therapie			
	< 70 Jahre	≥ 70 Jahre	alle	IQR
Metformin	61,5	51,2	56,7	49,7 – 69,5
GLP-1-Rezeptoragonisten	12,4	6,1	9,4	2,6 – 12,5
SGLT-2-Inhibitoren	21,9	18,1	20,1	10,0 – 28,1
Sonstige orale Antidiabetika	27,9	26,3	27,1	18,0 – 36,5
Insulin oder Insulinanaloga	17,4	21,0	19,1	12,7 – 23,3
Nicht medikamentöse Therapie	25,7	30,8	28,1	15,2 – 34,4

Alle Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich, Kontraindikationen berücksichtigt, **IQR**: Interquartilbereich, Quoten in 25 – 75 Prozent der Praxen mit ≥ 10 DMP-Patientinnen und Patienten; Analyse aufgrund der seit dem 1.10.2023 geänderten Dokumentation nur für Fälle mit einer aktuellen Folgedokumentation aus dem 4. Quartal 2023

Die Verordnung sonstiger oraler Antidiabetika übertrifft seit einigen Jahren diejenige von Insulin und nimmt kontinuierlich zu, während die von Insulin zurückgeht. Die Verordnungsquote sonstiger oraler Antidiabetika ist seit 2016 von 21,6 Prozent um 5,5 Prozentpunkte auf 27,1 Prozent gestiegen. Parallel dazu erhöhte sich auch die Verordnung von Metformin um vier Prozentpunkte. Demgegenüber ging die Quote einer Insulinverordnung in diesem Zeitraum von 22,7 auf 19,1 Prozent zurück.

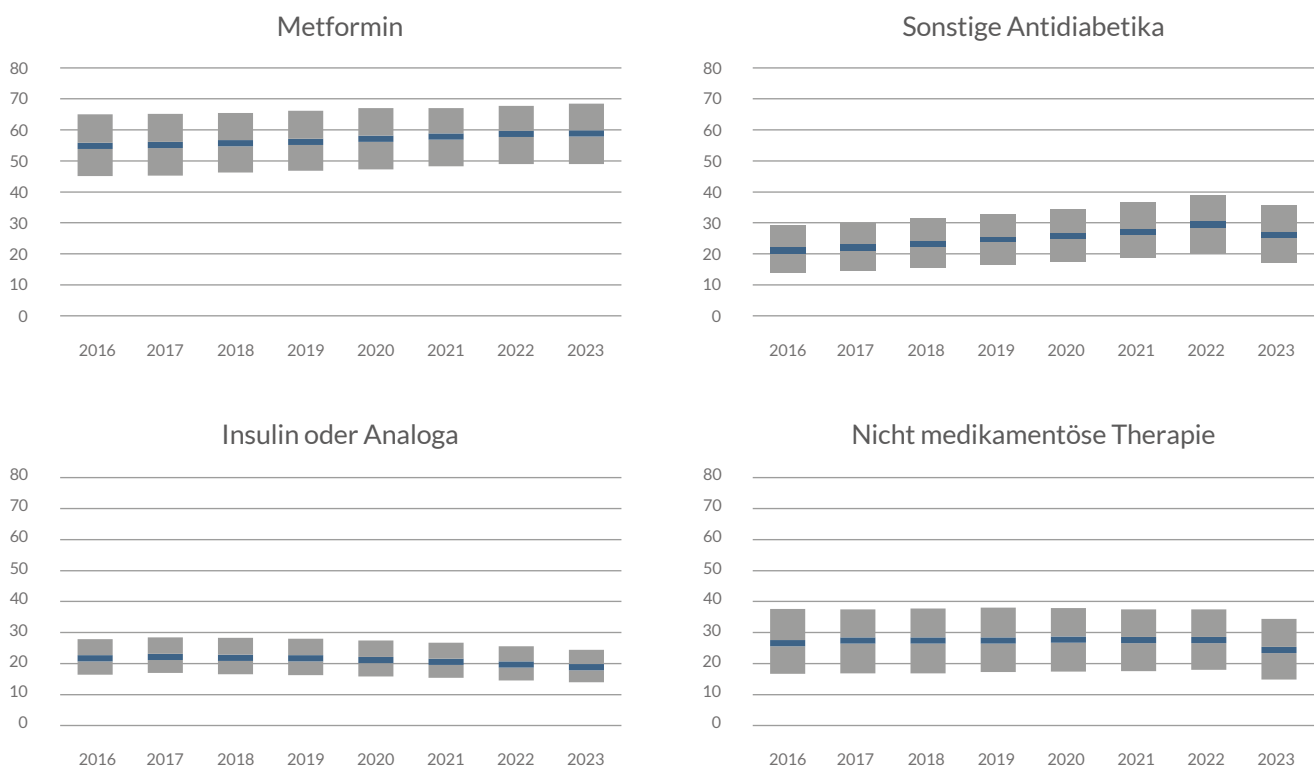
Die Verordnung von Glibenclamid wird seit dem 1. Oktober 2023 im DMP nicht mehr dokumentiert.

Auf Ebene der einzelnen Praxen bestehen große Unterschiede zwischen den zu beobachtenden Quoten, vor allem in Bezug auf Metformin, sonstige orale Antidiabetika und eine nicht medikamentöse Therapie. Auch auf Praxisebene haben sich die Spannweiten der Verordnungsquoten in den letzten acht Jahren verändert. So erhöhte sich auch der Interquartil-

bereich der Verordnungsquoten für Metformin und sonstige Antidiabetika zwischen 2016 und 2023 (Abb. 3-3). Der im Jahr 2023 zu beobachtende leichte Rückgang bei den sonstigen Antidiabetika wurde vermutlich durch die seit dem 4. Quartal mögliche separat durchgeführte Dokumentation von GLP-1-RA und SGLT2i ausgelöst. Für die Insulinverordnung

ist seit etwa 2021 ein Rückgang des Interquartilbereichs zu erkennen. Ein ähnlicher Effekt ist 2023 auch für den Interquartilbereich der nicht medikamentösen antidiabetischen Therapie festzustellen, der vermutlich auch auf die geänderte Dokumentation zurückzuführen ist.

ABB. 3-3 Antidiabetische Therapie 2016 bis 2023



Querschnittsdaten, alle Angaben in Prozent, Interquartil und Median der Verordnungshäufigkeiten aller Praxen mit ≥ 10 DMP-Patientinnen und Patienten; Analyse für 2023 aufgrund der seit dem 1.10.2023 geänderten Dokumentation nur für Fälle mit einer aktuellen Folgedokumentation aus dem 4. Quartal 2023, sonstige Antidiabetika seither ohne GLP-1-RA oder SGLT2i

3.6 SCHULUNGEN

Im Rahmen des DMP sollen Schulungen Patientinnen und Patienten dazu befähigen, ihren Krankheitsverlauf selbst besser zu bewältigen und informierte Patientenentscheidungen zu treffen. Nur diejenigen, die schulungsfähig und willig sind, sollen in das DMP eingeschrieben werden. All jene, die innerhalb von zwölf Monaten einer Schulungsempfehlung ohne einen nachvollziehbaren Grund nicht nachkommen, werden aus dem DMP ausgeschrieben.

Im Laufe ihrer DMP-Teilnahme ist bei 43,7 Prozent aller Patientinnen und Patienten die Empfehlung einer Diabetes-Schulung dokumentiert, und bei 61,2 Prozent derjenigen mit einer entsprechenden Empfehlung auch das Wahrnehmen einer Schulung (Tab. 3-5).

TAB. 3-5	Schulungen					
	Diabetes-Schulung			Hypertonie-Schulung		
	< 70 Jahre	≥ 70 Jahre	alle	< 70 Jahre	≥ 70 Jahre	alle
Schulung empfohlen ^a	43,6	43,7	43,7	11,4	14,7	13,1
Empfohl. Schulung wahrgenommen ^b	56,7	66,0	61,2	48,1	49,7	49,1
Schulung vor Einschreibung ins DMP ^c	8,3	7,1	7,9	1,6	1,7	1,7
Schulung aktuell wahrgenommen ^d	82,4	83,8	83,0	85,9	85,7	85,8

Alle Angaben in Prozent, a: im gesamten DMP-Verlauf empfohlen, b: innerhalb von zwölf Monaten nach einer Empfehlung, c: bei Patienten, die seit 2017 eingeschrieben wurden, d: QS-Ziel, innerhalb der letzten 24 Monate empfohlen und wahrgenommen

Ältere Patientinnen und Patienten folgen dabei einer Empfehlung grundsätzlich häufiger als die jüngeren. Eine Diabetes-Schulung vor der DMP-Einschreibung lässt sich nur für etwa acht Prozent nachweisen. Wenn man die Analyse auf die Patientinnen und Patienten einschränkt, denen erst innerhalb der letzten 24 Monate eine Diabetes-Schulung empfohlen wurde, dann lässt

sich in dieser Gruppe eine Wahrnehmungsquote von 83 Prozent feststellen. Eine Hypertonie-Schulung wurde im DMP-Verlauf seltener empfohlen und (auch vor dem DMP) seltener wahrgenommen. Eine aktuell empfohlene Hypertonie-Schulung nahmen 85,8 Prozent der betreffenden Patientinnen und Patienten wahr.

3.7 ADIPOSITAS, RAUCHEN, AUFFÄLLIGER FUSSSTATUS

Fast die Hälfte der Betreuten im DMP Typ-2-Diabetes ist adipös, wobei dies etwas häufiger auf weibliche oder jüngere Betreute zutrifft (Tab. 3-6). Mehr als ein Achtel aller Patientinnen und Patienten raucht, wobei dies öfter

bei männlichen und jüngeren dokumentiert ist. Bei knapp einem Viertel aller Betreuten ist im Berichtsjahr ein auffälliger Fußstatus nachgewiesen, dieser Befund liegt etwas öfter bei männlichen und älteren Patienten vor.

TAB. 3-6	Häufigkeit einer Adipositas, des Rauchens und eines auffälligen Fußstatus				
	< 70 Jahre		≥ 70 Jahre		alle
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	
Übergewicht (BMI ≥ 30 kg/m ²)	60,9	52,9	40,0	33,9	47,2
Rauchen	20,1	24,9	6,7	9,6	15,8
Auffälliger Fußstatus	16,8	18,7	29,3	32,3	24,0

Alle Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich; BMI: Body-Mass-Index, auffälliger Fußstatus: auffälliger Pulsstatus, auffällige Sensibilitätsprüfung, Ulkus, weiteres Risiko für Ulkus oder Wundinfektion im Berichtsjahr dokumentiert

3.8 KOMORBIDITÄT

Neben Diabetes mellitus als Leitindikation für eine Betreuung im DMP Typ-2-Diabetes ist in dieser Patientengruppe eine Vielzahl weiterer Begleit- und Folgeerkrankungen zu beobachten. So liegt bei acht von zehn der Betreuten eine arterielle Hypertonie und bei fast zwei Drittel eine Fettstoffwechselstörung vor, mit noch deutlich größeren Anteilen im höheren Alter. Ebenfalls große Teilgruppen der im DMP Typ-2-Diabetes Betreuten sind außerdem an einer koronaren Herzkrankheit

oder COPD erkrankt. Dies trifft auch zu für Folgekomplikationen wie eine diabetische Neuropathie oder Nephropathie. Drei oder mehr Begleiterkrankungen sind im DMP bei über der Hälfte der Frauen und bei fast zwei Drittel der Männer ab 70 Jahren dokumentiert. Mit Ausnahme eines Asthma bronchiale finden sich zudem in der Regel deutlich höhere Anteile für die einzelnen Begleit- und Folgeerkrankungen in der Gruppe der männlichen Patienten (Tab. 3-7).

TAB. 3-7	Häufigkeit dokumentierter Begleit- und Folgeerkrankungen				
	< 70 Jahre		≥ 70 Jahre		alle
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	
Arterielle Hypertonie	69,4	72,1	90,0	89,2	79,9
Koronare Herzkrankheit	10,9	22,2	27,5	44,1	25,9
Chronische Herzinsuffizienz	2,8	4,5	11,1	12,5	7,6
Herzinfarkt	2,0	5,3	4,1	9,5	5,2
Schlaganfall	2,3	3,0	5,6	7,4	4,5
Periphere arterielle Verschlusskrankheit	3,0	4,8	8,1	13,4	7,1
Fettstoffwechselstörung	54,4	59,8	72,3	73,5	64,8
Asthma bronchiale	11,7	6,7	8,6	5,3	8,0
COPD	10,1	10,2	12,9	15,1	12,0
Diabetische Neuropathie	15,3	17,3	32,2	35,7	24,8
Diabetische Nephropathie	8,1	8,9	18,4	20,2	13,7
Diabetische Retinopathie	3,7	3,9	8,3	9,0	6,1
Diabetisches Fußsyndrom*	7,1	7,7	11,1	11,2	9,2
Amputation	0,3	0,7	0,4	1,2	0,6
Dialysepflicht	0,4	0,5	0,7	0,9	0,6
Erblindung	0,3	0,3	0,5	0,5	0,4
Drei oder mehr Begleiterkrankungen	28,9	36,1	56,3	64,8	46,0
Mindestens eine Begleiterkrankung	85,2	87,7	96,8	97,1	91,5

Alle Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich, niemals dokumentiert, *: diabetisches Fußsyndrom = Ulkus, weiteres Risiko für Ulkus oder Wundinfektion im Berichtsjahr dokumentiert

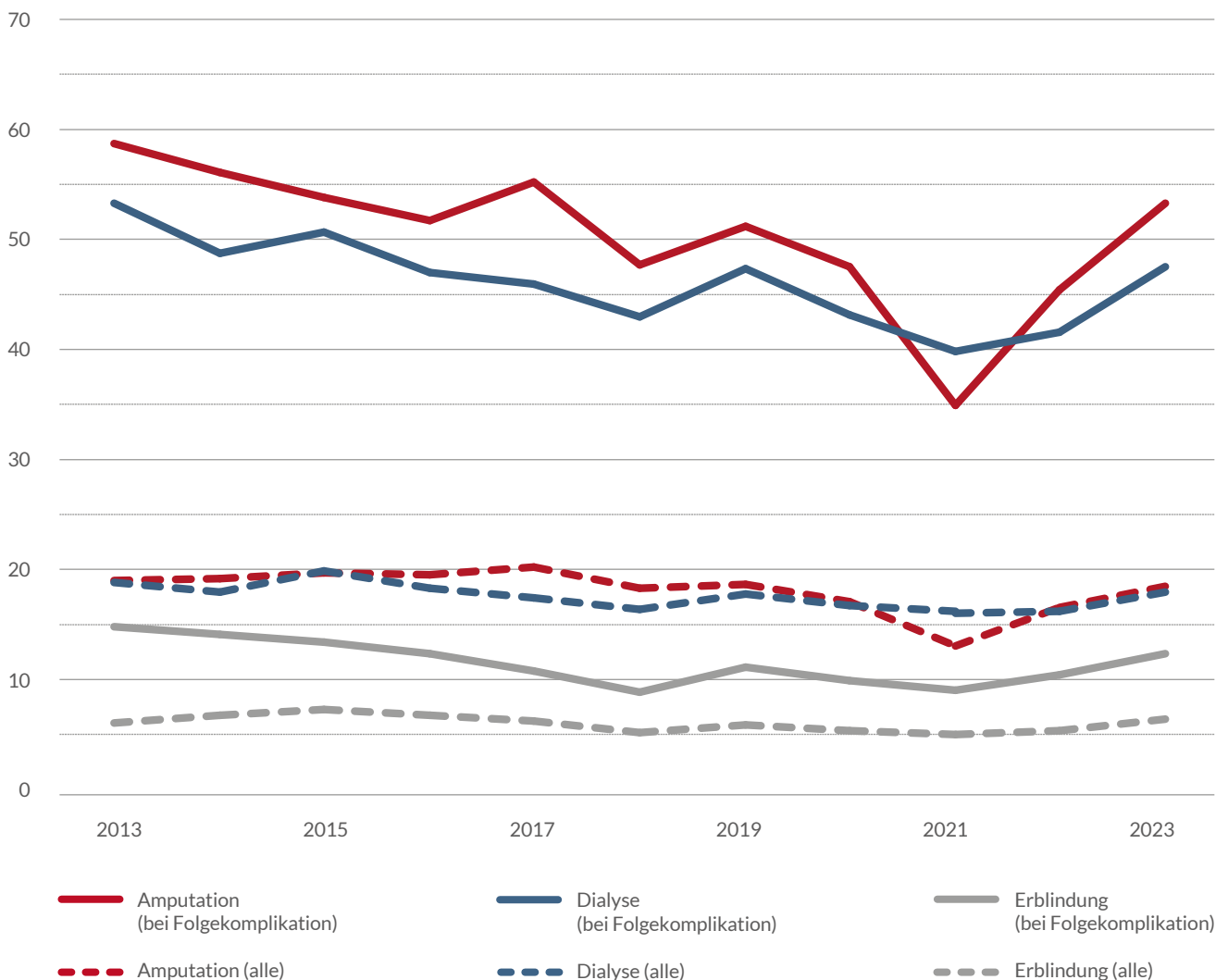
3.9 JÄHRLICHE HÄUFIGKEIT UND NEUAUFTRETEN RELEVANTER EREIGNISSE

Die Häufigkeit, mit der schwerwiegende diabetische Folgeschädigungen wie eine Amputation, Dialysepflicht oder Erblindung im DMP pro Jahr dokumentiert werden, war zwischen 2013 und 2019 relativ konstant. Vermutlich infolge der Corona-Pandemie kam es vor allem 2021 zu einem temporären Rückgang der jährlichen Prävalenzen. 2023 werden wieder Häufigkeiten beobachtet, die ungefähr denen des Jahres 2019 entsprechen. Für den Vergleich der Jahre 2019 und 2023 sind dies 18,9 und 18,8 für Amputationen, jeweils 18,1 für eine Dialysepflicht und 6,2 beziehungsweise

6,6 Fälle für eine Erblindung unter jeweils 10.000 Betreuten (Abb. 3-4). In der Risikoteilgruppe derjenigen, die an einer diabetischen Neuro-, Nephro- oder Retinopathie leiden, kam es zwischen 2013 und 2019 zu einem Rückgang der jährlichen Prävalenzen. Ab 2019 ist derselbe Trend wie in der Gesamtgruppe festzustellen. So liegen in der Teilgruppe die Fallzahlen 2019 und 2023 jeweils wieder pro 10.000 Betreute bei 51,4 und 53,5 für eine Amputation, bei 47,6 und 47,7 für eine Dialysepflicht sowie bei 11,4 beziehungsweise 12,6 für eine Erblindung.

ABB. 3-4

Jährliche Dokumentation einer Amputation, Dialysepflicht oder Erblindung



Querschnittdaten, Folgekomplikation = diabetische Neuro-, Nephro- oder Retinopathie

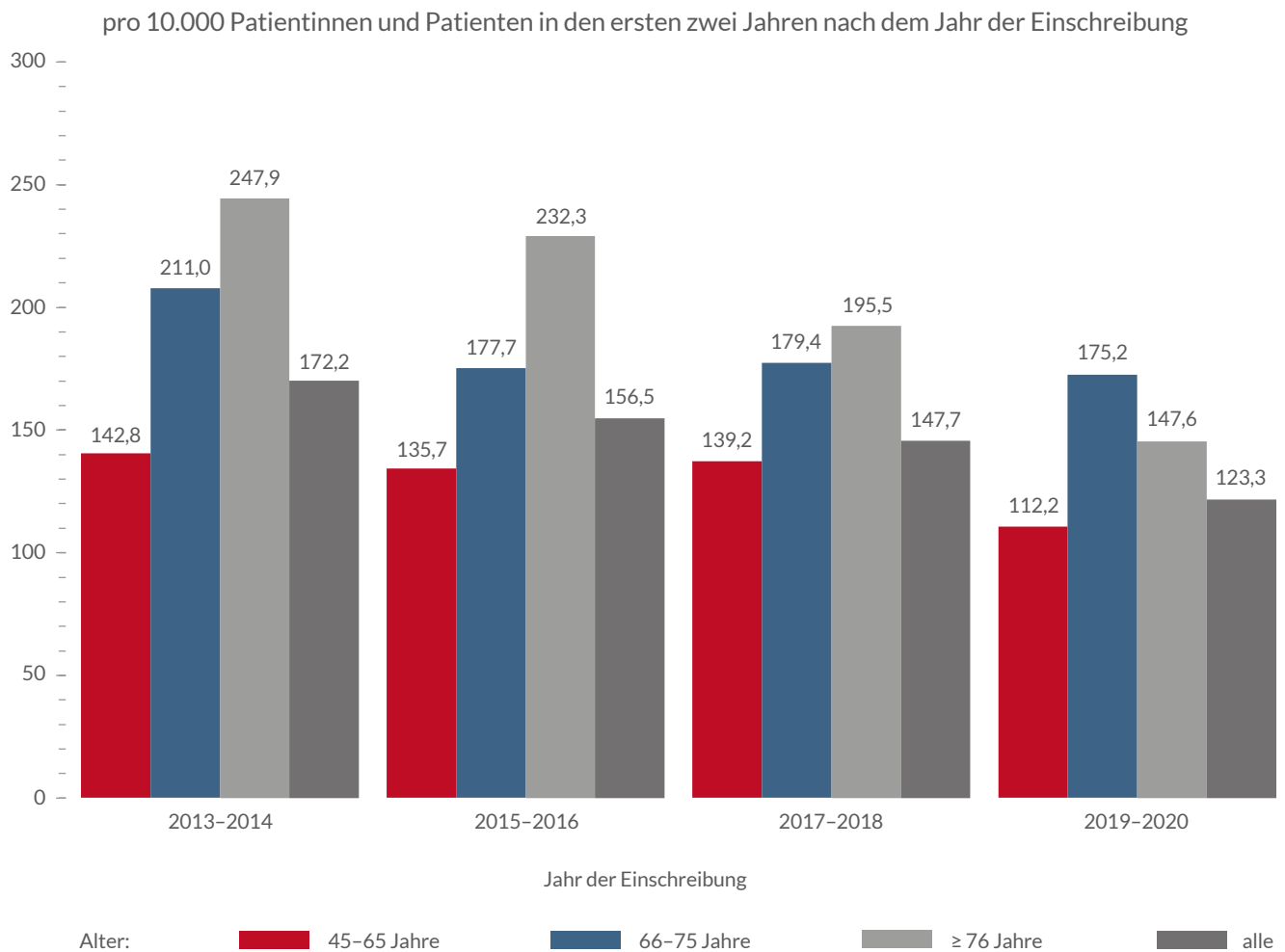
3. DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Die Häufigkeit des Neuauftretens der drei genannten Folgeschädigungen einschließlich der beiden relevanten Ereignisse eines nicht tödlichen Herzinfarkts oder Schlaganfalls ist in den aktuelleren Einschreibekohorten geringer. Während in der Kohorte 2013/14 von einem dieser fünf Ereignisse im zweiten oder dritten

Jahr nach Einschreibung 172 von 10.000 Patientinnen und Patienten neu betroffen waren, sinkt diese Zahl auf 123 von 10.000 in der Kohorte 2019/20. Dieser Effekt ist bei den älteren Betreuten besonders ausgeprägt, er ist aber auch bei den jüngeren festzustellen (Abb. 3-5).

ABB. 3-5

Neuaufreten relevanter Ereignisse in verschiedenen Einschreibekohorten

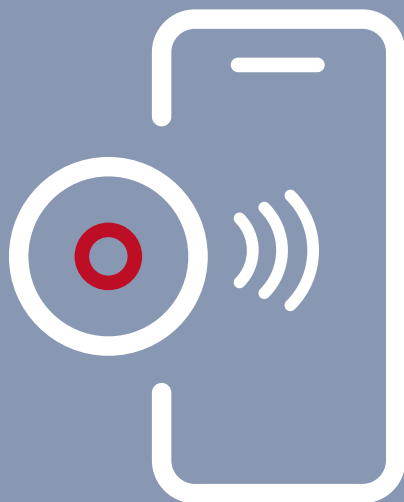


Querschnitt-Kohortendaten, relevantes Ereignis = Amputation, Dialysepflcht, Erblindung, nicht tödlicher Herzinfarkt oder Schlaganfall – keines davon im Jahr der Einschreibung dokumentiert

3.10 RESÜMEE: WAS LÄUFT IM DMP DIABETES MELLITUS TYP 2 GUT, WAS KANN NOCH BESSER WERDEN?

- Im Jahr 2023 hat sich die Zahl der im DMP Diabetes mellitus Typ 2 in der Region Nordrhein insgesamt betreuten Patientinnen und Patienten auf über 622.000 erhöht. Damit erreicht das größte DMP schätzungsweise 88 bis 96 Prozent der an Diabetes mellitus erkrankten, gesetzlich Krankenversicherten in dieser Region.
- Gegenüber dem Vorjahr haben sich vor allem die Anteile derjenigen deutlich erhöht, die höchstens seit zwei Jahren (16 Prozent) oder seit über 18 Jahren (12 Prozent) im DMP betreut werden.
- Von den 15 Qualitätszielen mit vorgegebener Quote werden neun erreicht und zwei nur knapp verfehlt. Hohe Quoten werden unter anderem bei den beiden, zum 4. Quartal 2023 neu gefassten Schulungszielen erreicht. Hier werden 83 Prozent für eine aktuelle Diabetes-Schulung und 86 Prozent für eine aktuelle Hypertonie-Schulung beobachtet. Im Vergleich zu 2022 haben sich 2023 vor allem die erreichten Quoten bei den beiden Zielen zum Blutdruck und zur Fußstatuskontrolle deutlich erhöht. Erstmals seit vielen Jahren hat sich außerdem die Quote für eine regelmäßige Netzhautuntersuchung etwas erhöht.
- Verbesserungspotenzial besteht aber weiterhin sowohl bei der Netzhautuntersuchung wie auch bei den Anteilen derjenigen, die ihren individuell vereinbarten HbA_{1c}-Zielwert erreichen oder deren Fußläsion adäquat versorgt wird.
- Sowohl die Stoffwechseleinstellung wie auch der Blutdruck der DMP-Patientinnen und Patienten haben sich 2023 weiter verbessert. So erhöhten sich gegenüber dem Vorjahr die Anteile derjenigen, die einen HbA_{1c} unter 6,5 Prozent oder einen Blutdruck unter 130/85 mmHg erreichen. Gleichzeitig verringerten sich die Anteile derjenigen, die einen HbA_{1c} über 8,5 Prozent oder einen Blutdruck ab 160/100 mmHg aufweisen.
- Trotz der insgesamt sehr geringen Häufigkeiten für eine Amputation, eine Dialysepflicht oder eine Erblindung, die insgesamt im DMP festgehalten wurden, sind alle drei relevanten Ereignisse 2023 häufiger dokumentiert worden als 2021 oder 2022. Ob sich dieser Trend in den nächsten Jahren fortsetzt, muss sorgfältig überprüft werden.
- Im Gegensatz zu der jüngst wieder etwas angestiegenen jährlichen Prävalenz schwerwiegender Folgekomplikationen des Diabetes mellitus schreibt sich 2023 der Trend mit rückläufigen Neuerkrankungszahlen aus den Vorjahren fort. Während in der Kohorte 2013/14 von einer Amputation, einer Dialysepflicht, einer Erblindung oder einem nicht tödlichen Herzinfarkt oder Schlaganfall im zweiten oder dritten Jahr nach Einschreibung 172 von 10.000 Patientinnen und Patienten neu betroffen waren, sinkt diese Zahl in der Kohorte 2019/2020 auf 123 von 10.000.

Zitierte Literatur siehe Kapitel 9, Literaturverzeichnis



DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

Wichtige Kennzahlen für das Jahr 2023

Anzahl insgesamt dokumentierter Patientinnen und Patienten im DMP:	35.618
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation 2023:	34.715
Kinder und Jugendliche mit mindestens einer Folgedokumentation 2023:	1.783
Anteil der DMP-Patientinnen und -Patienten von den Erkrankten ^a :	88 bis 100 Prozent
Anteil fachärztlich (DSP ^b) Betreuer:	88,7 Prozent
Anteil weiblich:	44,6 Prozent
Mittleres Alter ^c :	49,4 ± 16,9 Jahre
Mittlere Betreuungsdauer im DMP ^c :	10,0 ± 5,8 Jahre
Anzahl dokumentierender Ärztinnen und Ärzte:	682
Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen ^d :	17

a: Anhand epidemiologischer Angaben zur Erkrankungsprävalenz geschätzter Anteil GK-Versicherter, die in dem DMP in Nordrhein im Jahr 2023 dokumentiert wurden [5, 8, 14]; b: Diabetologische Schwerpunkt-Praxis; c: Mittelwert ± eine Standardabweichung, nur für Erwachsene; d: Stand 11.04.2024 [21]

EINFÜHRUNG

Bis zum Jahr 2023 hat sich die Zahl der insgesamt in Nordrhein in dem DMP Diabetes mellitus Typ 1 betreuten Patientinnen und Patienten auf knapp unter 36.000 erhöht. Vermutlich erreicht dieses DMP zwischen 88 und 100 Prozent der von der Erkrankung betroffenen Krankenversicherten in der Region. Die anhand von 14 Qualitätszielen zu beschreibende Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten ist als gut zu charakterisieren. Wie im DMP für Typ-2-Diabetes sind auch im DMP Diabetes mellitus Typ 1 hohe Quoten zu beobachten beim Vermeiden schwerer Hypoglykämien und notfallmäßiger stationärer Diabetes-Behandlungen, dem Durchführen regelmäßiger Kontrolluntersuchungen sowie dem Wahrnehmen aktuell empfohlener Schulungen.

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. Vorrangige Ziele sind die Vermeidung beziehungsweise Reduktion mikrovaskulärer Folgekom-

plikationen sowie des diabetischen Fußsyndroms, von kardialen, zerebrovaskulären und sonstigen makroangiopathischen Begleiterkrankungen wie auch von Stoffwechsellentgleisungen. Für Kinder und Jugendliche steht zusätzlich eine altersentsprechende körperliche, geistige und psychosoziale Entwicklung im Fokus.

4.2 BETREUTE IM DMP

In der Region Nordrhein werden im Jahr 2023 insgesamt 35.618 Patientinnen und Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 1 betreut, für 34.715 der Betroffenen liegt eine aktuelle Folgedokumentation aus diesem Jahr vor. Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen umfasst insgesamt 1.783 Patientinnen und Patienten mit einer aktuellen Folgedokumentation.

Mit 88,7 Prozent wird die überwiegende Mehrheit der Betreuten durch diabetologische Schwerpunkt-

praxen (DSP) versorgt. Entsprechend der etwas höheren Auftretenswahrscheinlichkeit des Typ-1-Diabetes bei Männern liegt auch ihr Anteil im DMP über demjenigen der Frauen (55,4 versus 44,6 Prozent). Kinder und Jugendliche machen mit 5,1 Prozent lediglich einen geringen Anteil aus, dagegen ist jeder Vierte über 60 Jahre alt. Drei von zehn der Betroffenen werden bereits seit mehr als 15 Jahren im DMP betreut (Tab. 4-1).

4. DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

TAB. 4-1 Altersgruppen und Gruppen unterschiedlicher Betreuungsdauer nach Geschlecht						
	weiblich		männlich		insgesamt	
Alter (Jahre)	n	%	n	%	n	%
≤ 17	800	5,2	983	5,1	1.783	5,1
18 – 29	2.170	14,0	2.800	14,6	4.970	14,3
30 – 39	2.435	15,7	2.998	15,6	5.433	15,7
40 – 49	2.296	14,8	3.040	15,8	5.336	15,4
50 – 59	3.027	19,5	4.168	21,7	7.195	20,7
60 – 69	2.738	17,7	3.327	17,3	6.065	17,5
70 – 79	1.328	8,6	1.358	7,1	2.686	7,7
≥ 80	705	4,5	542	2,8	1.247	3,6
alle	15.499	100,0	19.216	100,0	34.715	100,0
DMP (Jahre)						
≤ 2	1.927	12,4	2.419	12,6	4.346	12,5
> 2 – ≤ 5	2.437	15,7	3.195	16,6	5.632	16,2
> 5 – ≤ 8	2.242	14,5	2.973	15,5	5.215	15,0
> 8 – ≤ 12	2.489	16,1	3.046	15,9	5.535	15,9
> 12 – ≤ 15	1.662	10,7	2.086	10,9	3.748	10,8
> 15	4.742	30,6	5.497	28,6	10.239	29,5
alle	15.499	100,0	19.216	100,0	34.715	100,0
	n	Mittelwert	n	Mittelwert	n	Mittelwert
Alter^{Erw}	14.699	50,1 ± 17,3	18.233	48,9 ± 16,5	32.932	49,4 ± 16,9
Alter^{K&J}	800	12,0 ± 4,0	983	12,1 ± 4,0	1.783	12,0 ± 4,0
DMP^{Erw}	14.699	10,1 ± 5,9	18.233	9,9 ± 5,8	32.932	10,0 ± 5,8
DMP^{K&J}	800	3,8 ± 2,9	983	3,9 ± 2,9	1.783	3,9 ± 2,9

DMP: betreut im DMP seit ... Jahren; Erw: Erwachsene, K&J: Kinder und Jugendliche; Mittelwert ± eine Standardabweichung in Jahren

4.3 VERSORGUNGSQUALITÄT

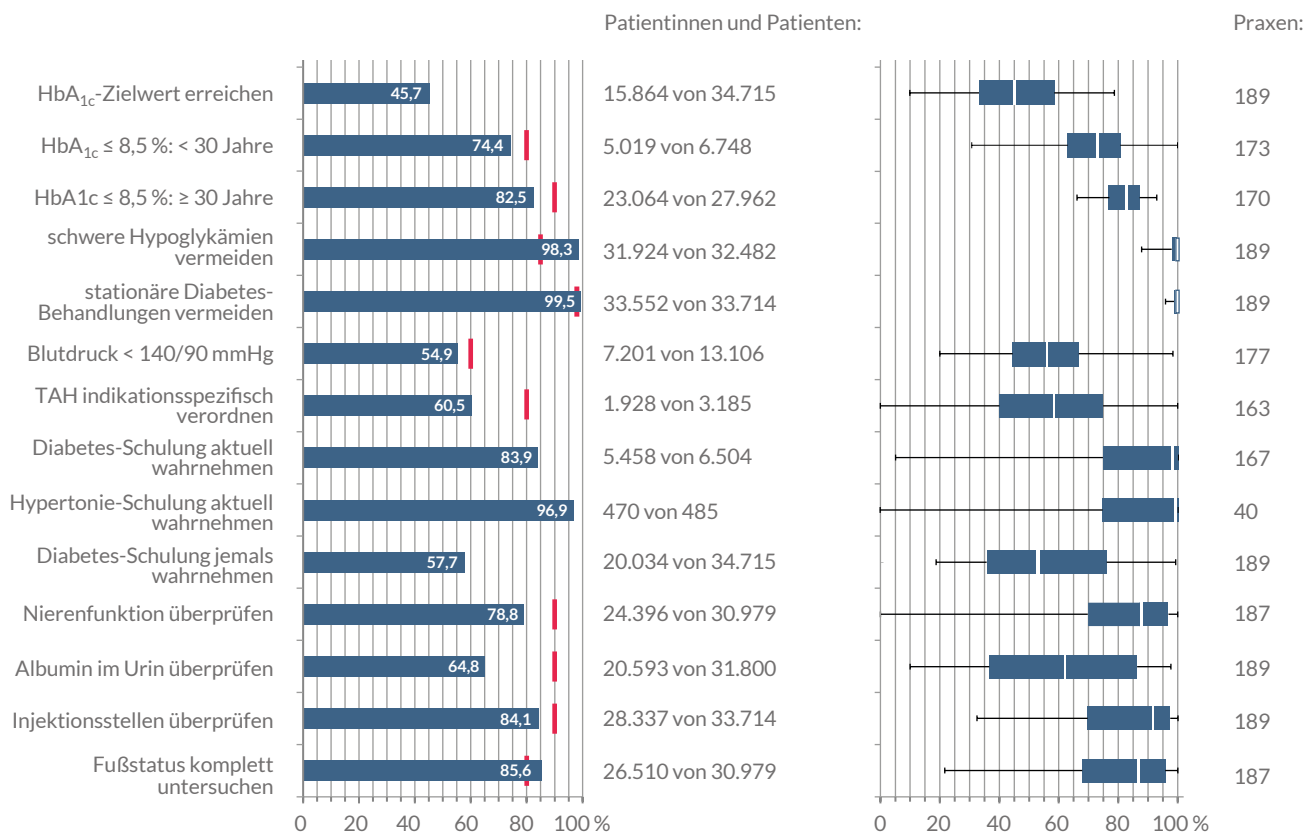
Die Versorgungsqualität wird im DMP Diabetes mellitus Typ 1 durch insgesamt 14 patientenbezogene Qualitätsziele abgebildet. Gemäß einer neuen Definition wird seit Mitte 2021 im Rahmen der Schulungsziele zum einen der Anteil an Patientinnen und Patienten erhoben, die bei Eintritt ins DMP noch nicht geschult waren, dann aber im aktuellen Berichtsjahr oder im Vorjahr einer empfohlenen Schulung gefolgt sind – also erstmalig im DMP-Verlauf eine Schulung wahrgenommen haben. Die Information, ob Patientinnen und Patienten vor ihrer Einschreibung ins DMP bereits geschult wurden, wird seit Mitte 2017 erhoben. All diejenigen, die vor diesem Zeitpunkt eingeschrieben wurden, gelten bei DMP-Eintritt als nicht geschult. Zum anderen wird erhoben, wie groß der Anteil derjenigen Patien-

tinnen und Patienten ist, die überhaupt – also vor oder nach ihrem DMP-Beginn – geschult wurden, unabhängig von einer Empfehlung.

Für vier Qualitätsziele (individuellen HbA_{1c}-Zielwert erreichen sowie die drei Schulungsziele) werden keine quantitativ definierten Vorgaben gemacht. Von den übrigen zehn Qualitätszielen werden im Jahr 2023 drei erreicht und sieben unterschritten. Die Ziele zur Vermeidung schwerer Hypoglykämien sowie zur kompletten Untersuchung des Fußstatus werden deutlich überschritten. Ebenso wird die vorgegebene Quote bei der Vermeidung stationärer diabetesbedingter Behandlungen erreicht (Abb. 4-1).

ABB. 4-1

Erreichen der Qualitätsziele



Punktwerte: rote Linie = festgelegte Qualitätszielquote; Interquartilbereiche für Praxen mit ≥ 10 DMP-Patientinnen und Patienten: weiße Linie = Median, Balken = erreichte Quoten in 25 – 75 Prozent der Praxen, Antennen = erreichte Quoten in 5 – 95 Prozent der Praxen

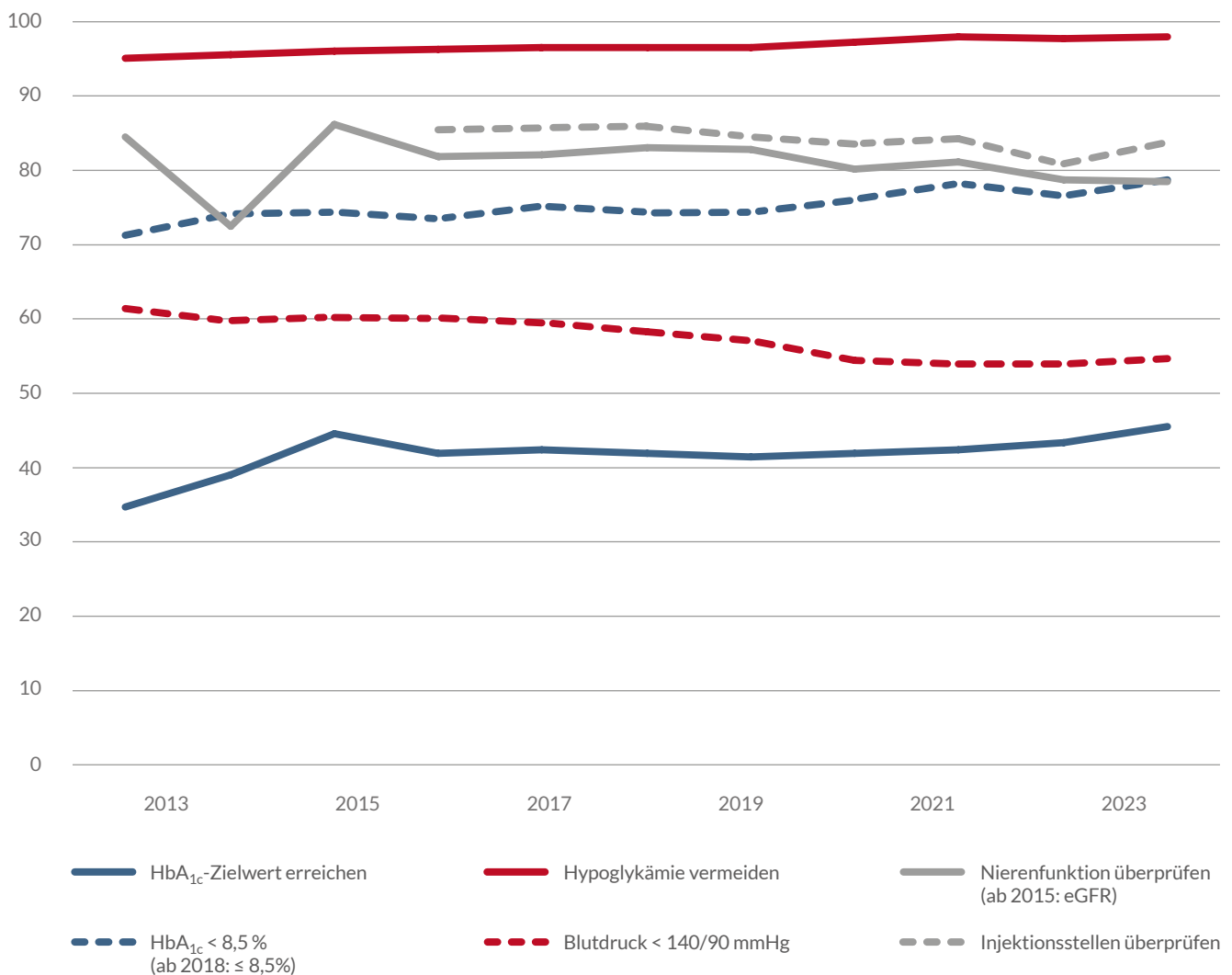
4. DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

Blickt man auf die Erreichungsgrade der Qualitätsziele, fällt ins Auge, dass zwischen den Praxen eine große Streubreite herrscht und die Ziele in unterschiedlichem Ausmaß erfüllt werden. In Bezug auf die langfristigen zeitlichen Veränderungen der erreichten Zielquoten

existieren – analog zu den Veränderungen im DMP Typ-2-Diabetes – unterschiedliche Trends. Über den hier beobachteten Zeitraum von elf Jahren lassen sich deutliche Erhöhungen der Quoten für die Ziele erkennen, die sich auf die Stoffwechseleinstellung beziehen (Abb. 4-2).

ABB. 4-2

Erreichte Quoten ausgewählter Qualitätsziele im Zeitverlauf



Querschnittsdaten, alle Angaben in Prozent; HbA_{1c} ≤ 8,5 % = Quote für alle Patientinnen und Patienten

So haben sich die Anteile von Patientinnen und Patienten vergrößert, bei denen keine schweren Hypoglykämien oder ein HbA_{1c}-Wert von maximal 8,5 Prozent dokumentiert sind. Ebenso erreicht 2023 ein größerer Teil den vereinbarten HbA_{1c}-Zielwert, wobei diese Quote jedoch seit einigen Jahren auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau bleibt. Leicht zurückgegangen sind dagegen die Anteile der Patientinnen und Patienten, bei denen die Nierenfunktion überprüft wurde oder die einen normotonen Blutdruckwert erreichen.

Eine vollständige Darstellung zu allen Zielen für den Zeitraum 2014 bis 2023 ist dem DMP-Atlas NRW zu entnehmen (zi-dmp.de/dmp-atlas_nrw). Dort können neben den jeweils erreichten Quoten auch die absoluten Zähler- und Nennerhäufigkeiten im Zeitverlauf verglichen werden.

4.4 AUSGEWÄHLTE BEFUNDE

Hinsichtlich der Stoffwechseleinstellung besteht ein Altersunterschied: Der mittlere HbA_{1c}-Wert der Kinder und Jugendlichen liegt etwas über demjenigen der älteren Erwachsenen, entsprechend ist der Anteil mit einem HbA_{1c} unter 7,5 Prozent bei ihnen ebenfalls geringer (Tab. 4-2). Bei den Erwachsenen ab 60 Jahren fällt der deutlich geringere Anteil mit einem HbA_{1c}-Wert über

8,5 Prozent ins Auge. Hingegen leiden sie etwas häufiger unter schweren Hypoglykämien als die jüngeren Erwachsenen. Mit einem Anteil von lediglich 1,7 Prozent der hiervon Betroffenen wird allerdings 2023 ein sehr viel geringerer Wert erreicht als 2013. Hier lag der Anteil noch bei 4,6 Prozent.

TAB. 4-2	Stoffwechseleinstellung und Häufigkeit schwerer Hypoglykämien			
	Kinder und Jugendliche	Erwachsene < 60 Jahre	Erwachsene ≥ 60 Jahre	alle
HbA _{1c} < 6,5 %	10,2	15,3	14,1	14,7
HbA _{1c} ≥ 6,5 und < 7,5 %	37,5	34,7	38,7	36,0
HbA _{1c} ≥ 7,5 und ≤ 8,5 %	35,4	28,7	32,9	30,2
HbA _{1c} > 8,5 und ≤ 10 %	12,5	14,7	11,8	13,7
HbA _{1c} > 10 %	4,4	6,7	2,5	5,4
Mittlerer HbA _{1c} in %	7,67 ± 1,20	7,72 ± 1,43	7,51 ± 1,08	7,65 ± 1,33
Schwere Hypoglykämie	1,80	1,61	1,95	1,72

Alle Angaben in Prozent (außer Mittelwert, Standardabweichung), für schwere Hypoglykämien aufgrund der Seltenheit mit zwei Nachkommastellen; Patientinnen und Patienten mit schweren Hypoglykämien 2023: Kinder und Jugendliche = 27; Erwachsene < 60 Jahre = 346; Erwachsene ≥ 60 Jahre = 185, alle = 558

4. DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

Hingegen lässt sich mit höherem Erwachsenenalter ein deutlich höherer Blutdruck beobachten. Während bei acht von zehn Kindern und Jugendlichen der Blutdruck noch unter 130/85 mmHg liegt, weisen einen solchen Wert lediglich 45,1 Prozent der unter 60-jährigen Er-

wachsenen und nur 31,1 Prozent der älteren Erwachsenen auf (Tab. 4-3). Andererseits haben 43,3 Prozent der Erwachsenen ab 60 Jahren einen Blutdruck von 140/90 mmHg oder höher.

TAB. 4-3	Blutdruck			
	Kinder und Jugendliche	Erwachsene < 60 Jahre	Erwachsene ≥ 60 Jahre	alle
Blutdruck < 130/85 mmHg	84,6	45,1	31,1	43,1
Blutdruck ≥ 130/85 und < 140/90 mmHg	9,4	24,1	25,6	23,8
Blutdruck ≥ 140/90 und < 160/100 mmHg	5,7	24,0	31,2	25,1
Blutdruck ≥ 160/100 mmHg	0,3	6,9	12,1	8,1

Alle Angaben in Prozent

Diabetische Folgekomplikationen treten bei Kindern und Jugendlichen mit 7,2 Prozent noch recht selten auf, demgegenüber sind 33,9 Prozent der unter 60-jährigen Erwachsenen und 65,9 Prozent der 60-Jährigen und älteren von einer solchen Folgekomplikation oder -schädigung betroffen. Am häufigsten ist bei den erwachsenen Patientinnen und Patienten eine diabetische Neuropathie dokumentiert, gefolgt von einer

Retinopathie sowie einer Nephropathie. Besonders gravierende diabetische Folgeschädigungen wie eine Amputation, eine Erblindung oder eine Dialysepflicht sind eher selten (Tab. 4-4). Alle Folgekomplikationen nehmen mit dem Alter deutlich zu. Den stärksten relativen Anstieg zeigen hier die Auftretenshäufigkeiten von Neuropathien sowie von Amputationen.

TAB. 4-4	Folgekomplikationen bei Erwachsenen				
	Frauen < 60 Jahre	Frauen ≥ 60 Jahre	Männer < 60 Jahre	Männer ≥ 60 Jahre	alle
Diabetische Neuropathie	18,7	50,7	18,8	54,6	29,1
Diabetische Retinopathie	19,8	31,3	16,5	31,9	22,1
Diabetische Nephropathie	14,2	26,0	13,6	28,1	17,9
Amputation	0,53	0,80	0,78	2,07	0,91
Dialysepflicht	1,10	1,15	1,24	1,49	1,22
Erblindung	0,66	0,96	0,55	0,94	0,70

Alle Angaben in Prozent; für Amputation, Dialysepflicht und Erblindung aufgrund der Seltenheit mit zwei Nachkommastellen

Männliche Patienten leiden im höheren Alter häufiger sowohl unter Neuropathien als auch unter Nephropathien als Frauen. Zudem fallen die höheren Amputationsquoten – vor allem bei den 60-jährigen und älteren Männern – ins Auge. Auch sind sie insgesamt etwas häufiger dialysepflichtig. Die jüngeren Frauen sind hingegen häufiger von Retinopathien, die älteren entsprechend häufiger von Erblindungen betroffen als Männer.

Ein Viertel der erwachsenen Patientinnen und Patienten ist stark übergewichtig; ein Fünftel raucht, wobei dieser Anteil unter den männlichen Patienten deutlich

höher ist (Tab. 4-5). Ebenso sind die älteren Männer etwas häufiger von einer pathologischen Urin-Albuminausscheidung, von auffälligen Injektionsstellen sowie einem diabetischen Fußsyndrom beziehungsweise den diesem zugrundeliegenden separaten Befunden (Vorliegen eines Ulkus, weiterer Risiken für Ulzera oder einer Wundinfektion) betroffen.

All diese Risikofaktoren und Diagnosen nehmen in ihrer Häufigkeit mit dem Alter zu. Insgesamt leidet etwa ein Fünftel der mindestens 60 Jahre alten Patientinnen und Patienten unter einem diabetischen Fußsyndrom.

TAB. 4-5	Risikofaktoren und Befunde bei Erwachsenen				
	Frauen < 60 Jahre	Frauen ≥ 60 Jahre	Männer < 60 Jahre	Männer ≥ 60 Jahre	alle
Übergewicht (BMI ≥ 30 kg/m ²)	27,7	25,0	25,2	24,7	25,9
Rauchen	17,9	14,3	25,0	17,9	20,2
Path. Albuminausscheidung	20,7	20,7	18,2	22,5	19,9
Injektionsstellen auffällig	7,8	9,0	9,9	11,5	9,4
Ulzera ^a	1,2	2,5	1,9	3,9	2,1
Weiteres Risiko für Ulkus ^a	7,1	17,1	8,2	17,8	10,7
Wundinfektion ^a	0,55	1,05	0,94	1,51	0,93
Diabetisches Fußsyndrom ^{a,b}	7,8	17,9	8,9	18,9	11,5

Alle Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich; **BMI**: Body-Mass-Index, **a**: im Berichtsjahr dokumentiert; **b**: diabetisches Fußsyndrom = Ulkus, weiteres Risiko für Ulkus oder Wundinfektion

4.5 SCHULUNGEN UND REGELMÄSSIGE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN

Einen besonderen Stellenwert innerhalb der DMP hat die Schulungsteilnahme. Schulungen sollen die Patientinnen und Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung unterstützen, um die Lebensqualität zu erhalten und die Prognose des Diabetes zu verbessern. Etwa ein Drittel derjenigen Patientinnen und Patienten, die seit 2017 eingeschrieben wurden, kam bereits geschult ins DMP

(Tab. 4-6). Blickt man auf den gesamten DMP-Verlauf, wurde über der Hälfte der Patientinnen und Patienten eine Diabetesschulung empfohlen, zwei Drittel namen sie im Anschluss wahr. Anders sieht es bei den Hypertonieschulungen aus, wo sich insgesamt deutlich geringere Quoten zeigen.

TAB. 4-6	Schulungen	
	Diabetes	Hypertonie
Schulung vor Einschreibung ins DMP ^a	36,6	4,5
Schulung empfohlen ^b	51,6	5,6
Empfohlene Schulung wahrgenommen ^c	64,9	30,3

Alle Angaben in Prozent, a: bei Patientinnen und Patienten, die seit 2017 eingeschrieben wurden; b: im gesamten DMP-Verlauf empfohlen; c: innerhalb von zwölf Monaten nach einer Empfehlung

In der DMP-Anforderungen-Richtlinie ist zudem für das DMP Typ-1-Diabetes eine Reihe regelmäßiger Kontrolluntersuchungen festgelegt. Die meisten davon lassen sich für einen jeweils großen oder sogar sehr großen Teil der erwachsenen Patientinnen und Patienten nachweisen (Tab. 4-7). Fehlende Blutdruck- oder HbA_{1c}-Messungen sind nicht nachweisbar und bei mindestens acht von zehn Betreuten werden die Nieren-

funktion, der Fußstatus und die Injektionsstellen regelmäßig überprüft. Noch höhere Quoten werden bei den Älteren erreicht. Eine regelmäßige ophthalmologische Untersuchung der Netzhaut, die im DMP Typ-1-Diabetes – anders als im DMP Typ-2-Diabetes – kein Qualitätsziel darstellt, erfolgt nur bei etwa sechs bis sieben von zehn Patientinnen und Patienten.

TAB. 4-7	Regelmäßige Kontrolluntersuchungen bei Erwachsenen				
	Frauen < 60 Jahre	Frauen ≥ 60 Jahre	Männer < 60 Jahre	Männer ≥ 60 Jahre	alle
eGFR bestimmt ^a	77,1	80,9	77,6	82,8	78,8
Netzhautuntersuchung ^a	60,1	68,0	53,8	66,4	59,8
Netzhautuntersuchung ^b	70,0	78,2	64,3	75,4	69,8
Fußinspektion ^a	84,0	89,6	83,9	89,0	85,6
Injektionsstellen überprüft ^c	83,2	84,8	82,0	85,3	83,3

Erwachsene Patientinnen und Patienten, die mindestens ein beziehungsweise zwei Jahre im DMP betreut werden; alle Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen möglich; a: jährlich, b: zweijährlich, c: halbjährlich; bei allen Erwachsenen liegt ein aktueller Blutdruck- und HbA_{1c}-Wert vor

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

- In Nordrhein nimmt die Zahl der im DMP Diabetes mellitus Typ 1 betreuten Patientinnen und Patienten weiterhin zu und liegt bei über 35.000 Personen. Vermutlich werden etwa 88 bis 100 Prozent aller erkrankten, gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten durch das DMP erreicht. Dabei werden sie weitestgehend in diabetologischen Schwerpunktpraxen betreut.
- Betrachtet man die Qualitätszielerreichung, scheint zum einen die Stoffwechseleinstellung gut zu gelingen: Zwar werden die gesetzten Qualitätszielquoten nicht erreicht, jedoch ist für drei Viertel der Patientinnen und Patienten eine HbA_{1c}-Einstellung mit einem Wert von maximal 8,5 % dokumentiert. Auch kann das Auftreten schwerer Stoffwechselentgleisungen und diabetesbedingter stationärer Notfallbehandlungen auf einem sehr niedrigen Niveau gehalten werden.
- Zum anderen sind die Anteile der Patientinnen und Patienten, die zunächst ungeschult in das DMP kamen, dann aber innerhalb der letzten beiden Jahre eine Schulung wahrgenommen haben, erfreulich hoch. Dies trifft sowohl auf die Diabetes- als auch auf die Hypertonie-Schulungen zu.
- Auffällig ist die doppelt so hohe Quote der Amputationen unter den männlichen Patienten. Derselbe Unterschied zwischen Männern und Frauen findet sich auch bei der Auftretenswahrscheinlichkeit von Ulzera. Entsprechend positiv ist die hohe Quote an regelmäßig durchgeführten Untersuchungen des Fußstatus zu bewerten, die bei Männern etwas häufiger durchgeführt werden als bei Frauen.
- Wünschenswert wäre die künftige Aufnahme der regelmäßig durchgeführten Augenuntersuchung in den Katalog der vertraglich festgelegten Qualitätsziele auch im DMP Typ-1-Diabetes, um die Bedeutung dieses wichtigen Präventionsaspekts deutlicher hervorzuheben.

Zitierte Literatur siehe Kapitel 9, Literaturverzeichnis



DMP KORONARE HERZKRANKHEIT (KHK)

Wichtige Kennzahlen für das Jahr 2023

Anzahl insgesamt dokumentierter Patientinnen und Patienten im DMP:	267.718
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation 2023:	258.950
Anteil der DMP-Patientinnen und -Patienten von den Erkrankten ^a :	53 bis 73 Prozent
Anteil hausärztlich Betreuer:	99,2 Prozent
Anteil Frauen:	34,9 Prozent
Mittleres Alter ^b :	72,9 ± 11,2 Jahre
Mittlere Betreuungsdauer im DMP ^b :	8,1 ± 5,7 Jahre
Anzahl dokumentierender Ärztinnen und Ärzte:	5.138
Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen ^c :	60

a: Anhand epidemiologischer Angaben zur Erkrankungsprävalenz geschätzter Anteil GK-Versicherter, die in dem DMP in Nordrhein im Jahr 2023 dokumentiert wurden [5, 6, 39]; b: Mittelwert ± eine Standardabweichung; c: Stand 11.04.2024 [21]

EINFÜHRUNG

Im Jahr 2023 werden insgesamt fast 268.000 Patientinnen und Patienten in Nordrhein in dem DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) betreut und damit über ein Viertel (27,3 Prozent) aller insgesamt in den nordrheinischen DMP betreuten Menschen. Vermutlich erreicht dieses DMP zwischen 53 und 73 Prozent der von der Erkrankung betroffenen Krankenversicherten in der Region. Die anhand von elf Qualitätszielen zu beschreibende Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten ist als sehr gut zu charakterisieren. Besonders hohe Quoten sind festzustellen beim Vermeiden von Angina pectoris-Beschwerden, der sekundärpräventiven medikamentösen Therapie der KHK sowie der Nikotinkarenz.

5.1 HINTERGRUND UND ALLGEMEINE ZIELE DES DMP

Seit dem 1. Mai 2003 können in Deutschland Verträge zum DMP KHK abgeschlossen werden. Der entsprechende Vertrag besteht in Nordrhein seit 2004. Damit ist das DMP für Menschen mit koronarer Herzkrankheit das drittälteste strukturierte Versorgungsprogramm.

Die übergeordneten Ziele des DMP KHK beziehen sich auf die Langzeitversorgung der Betreuten, die möglichst kontinuierlich und strukturiert erfolgen soll. Hierdurch sollen insbesondere Symptomatik und Lebensqualität der Betroffenen günstig beeinflusst werden. Mittels einer entsprechenden Betreuung, Information und Schulung wird angestrebt, die Sterblichkeit zu reduzieren und die kardiovaskuläre Morbidität

zu verringern, indem zum Beispiel versucht wird, das Neuauftreten von Herzinfarkten oder einer Herzinsuffizienz zu verhindern.

Von entscheidender Bedeutung für den Erhalt der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten im DMP KHK sind zudem das Vermeiden von Angina pectoris-Beschwerden und das Bewahren der Belastungsfähigkeit. Vor diesem Hintergrund ist es eine Aufgabe der nachfolgenden Abschnitte dieses Kapitels, neben den primären Ergebnissen zur Versorgungsqualität der KHK-Patientinnen und Patienten, die anhand von Qualitätszielen definiert ist, auch Befunde zur Morbidität darzustellen.

5.2 BETREUTE IM DMP

Im Jahr 2023 werden insgesamt 267.718 Patientinnen und Patienten im DMP KHK betreut, von denen 258.950 (96,7 Prozent) über eine aktuelle Folgedokumentation aus diesem Jahr verfügen. Alle nachfolgenden Darstellungen beziehen sich ausschließlich auf diese Teilgruppe. Bei sieben Personen ist das Geschlecht als unbestimmt beziehungsweise divers dokumentiert.

Die Betreuung der Betroffenen erfolgt nahezu ausschließlich (99,2 Prozent) in hausärztlichen Praxen.

Der Frauenanteil liegt bei etwa einem Drittel. Das mittlere Alter der Patientinnen und Patienten entspricht 73 Jahren – wobei die im DMP betreuten Frauen durchschnittlich vier Jahre älter als die Männer sind (Tab. 5-1). Ein Drittel der Betreuten ist mindestens 80 Jahre alt. Im DMP KHK werden somit im Vergleich zu den übrigen DMP die mit Abstand ältesten chronisch Kranken behandelt. Die durchschnittliche Betreuungsdauer beträgt acht Jahre, über ein Viertel der Betroffenen ist jedoch seit über zwölf Jahren im DMP KHK.

5.3 VERSORGUNGSQUALITÄT

Die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten im DMP KHK soll anhand elf verschiedener vertraglich festgelegter Qualitätsziele beurteilt werden.

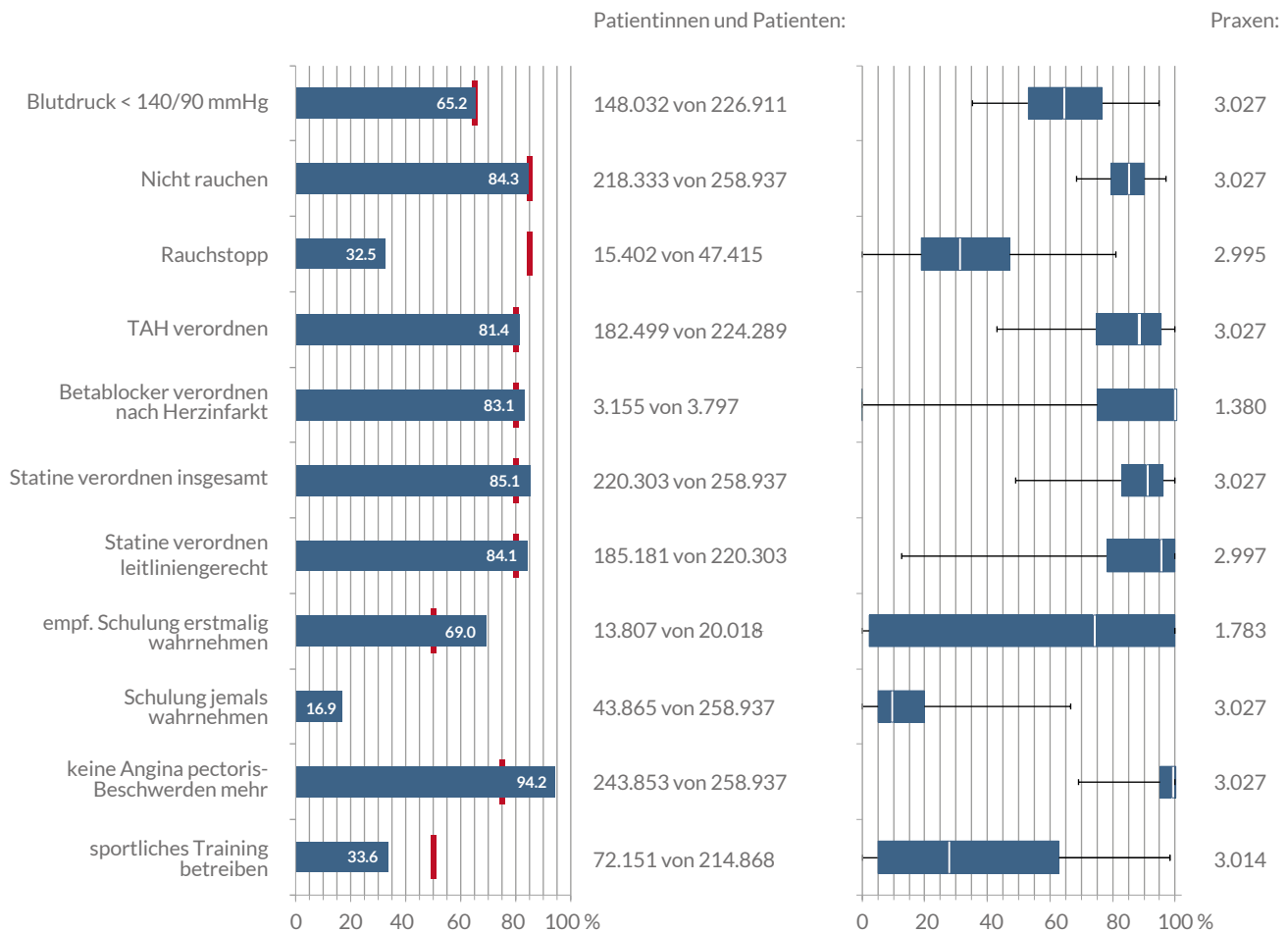
Von den insgesamt zehn Qualitätszielen mit quantitativer Vorgabe werden jeweils alle vier Ziele erreicht, die sich auf das Verordnen einer Medikation beziehen (Abb. 5-1). Die Quoten der Patientinnen und Patienten,

die trotz arterieller Hypertonie einen normotonen Blutdruck aufweisen beziehungsweise frei von Angina pectoris-Beschwerden sind, liegen jeweils deutlich über der Zielvorgabe. Ebenso wird das Ziel zum Wahrnehmen einer empfohlenen Schulung innerhalb der letzten beiden Jahre erreicht. Nur knapp verfehlt wird das Ziel zum Anteil an Nichtraucherenden.

TAB. 5-1 Altersgruppen und Gruppen unterschiedlicher Betreuungsdauer nach Geschlecht						
	weiblich		männlich		insgesamt	
Alter (Jahre)	n	%	n	%	n	%
18 – 29	15	0,02	21	0,01	36	0,01
30 – 39	140	0,2	457	0,3	597	0,2
40 – 49	1.128	1,2	3.789	2,2	4.917	1,9
50 – 59	6.600	7,3	21.197	12,6	27.797	10,7
60 – 69	18.186	20,1	47.571	28,2	65.757	25,4
70 – 79	26.843	29,7	47.923	28,4	74.766	28,9
80 – 89	31.787	35,2	42.501	25,2	74.288	28,7
≥ 90	5.620	6,2	5.152	3,1	10.772	4,2
alle	90.319	100,0	168.611	100,0	258.930	100,0
DMP (Jahre)						
≤ 2	16.044	17,8	28.510	16,9	44.554	17,2
> 2 – ≤ 5	18.986	21,0	34.124	20,2	53.110	20,5
> 5 – ≤ 8	16.129	17,9	28.949	17,2	45.078	17,4
> 8 – ≤ 12	14.933	16,5	28.357	16,8	43.290	16,7
> 12 – ≤ 15	9.516	10,5	17.604	10,4	27.120	10,5
> 15 – ≤ 18	9.792	10,8	19.737	11,7	29.529	11,4
> 18	4.919	5,4	11.330	6,7	16.249	6,3
alle	90.319	100,0	168.611	100,0	258.930	100,0
	n	Mittelwert	n	Mittelwert	n	Mittelwert
Alter	90.319	75,4 ± 10,8	168.611	71,5 ± 11,2	258.930	72,9 ± 11,2
DMP	90.319	7,9 ± 5,6	168.611	8,2 ± 5,8	258.930	8,1 ± 5,7

DMP: betreut im DMP seit ... Jahren; Mittelwert ± eine Standardabweichung in Jahren; Alter unbekannt n = 11, Alter < 18 n = 2, Geschlecht unbestimmt oder divers n = 7

ABB. 5-1 Erreichen der Qualitätsziele



Punktwerte: rote Linie = festgelegte Qualitätszielquote; Interquartilbereiche für Praxen mit ≥ 10 DMP-Patientinnen und Patienten: weiße Linie = Median, Balken = erreichte Quoten in 25 - 75 Prozent der Praxen, Antennen = erreichte Quoten in 5 - 95 Prozent der Praxen

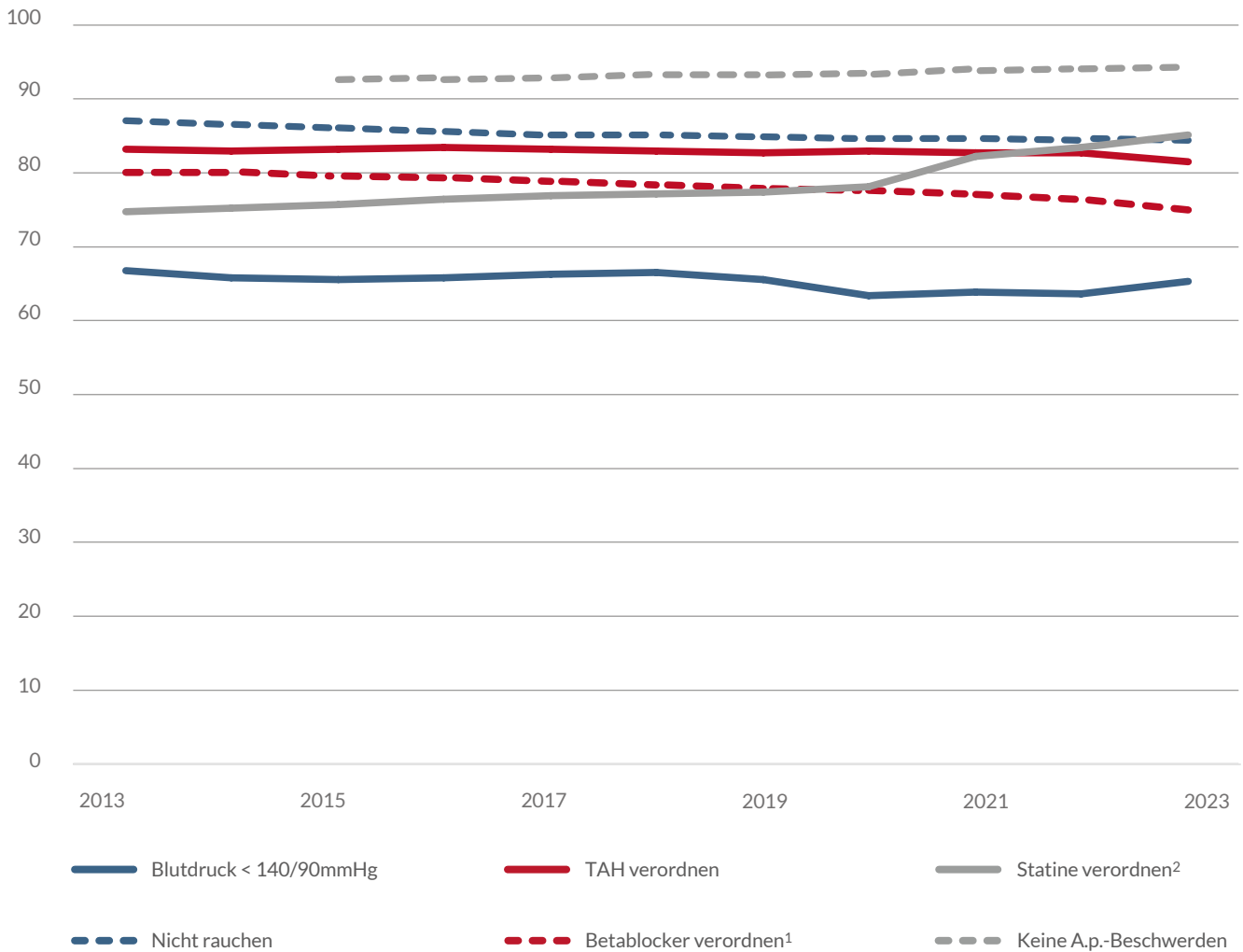
Lediglich die Anteile derjenigen, die seit Einschreibung in das DMP das Rauchen aufgegeben haben oder sich sportlich betätigen, liegen noch deutlich unter den geforderten Quoten. Trotz des im Durchschnitt recht hohen Alters der Betreuten absolviert immerhin fast jeder Dritte ein regelmäßiges körperliches Training.

Der Interquartilbereich der Zielerreichung pro Praxis ist mit Ausnahme der Ziele zur Schulungswahrnehmung sowie zum sportlichen Training recht eng. Das bedeutet:

Die Praxen ähneln sich vergleichsweise stark hinsichtlich der Zielerreichung im DMP. Ins Auge fällt dagegen die Streubreite des Ziels einer erstmaligen Schulungswahrnehmung.

Eine Analyse der langfristigen zeitlichen Veränderungen der erreichten Zielquoten zeigt, dass für die meisten Quoten vergleichsweise stabile Trends vorliegen (Abb. 5-2).

ABB. 5-2 Erreichte Quoten ausgewählter Qualitätsziele im Zeitverlauf



Querschnittdaten, alle Angaben in Prozent; 1: alte Zieldefinition verwendet – Patientinnen und Patienten mit Betablocker-Verordnung, ohne Zählereinschränkung auf Fälle mit einem Herzinfarkt; 2: veränderte Dokumentation seit 2021

So erreichen recht kontinuierlich etwa zwei Drittel der Betreuten mit einer arteriellen Hypertonie einen Blutdruck unter 140/90 mmHg und etwas mehr als acht von zehn werden Thrombozyten-Aggregationshemmer (TAH) verordnet. Leicht ansteigende Verläufe lassen sich hingegen nachweisen für den Anteil von Patientinnen und Patienten, denen Statine verordnet werden und für den Anteil jener ohne Angina pectoris-Beschwerden. Für den deutlichen Zuwachs bei der Statin-Verordnung ab 2021 ist allerdings vermutlich vorrangig die seit dem 2. Quartal 2021 geltende neue und ausführlichere Dokumentation verantwortlich. Leichte Rückgänge sind

dagegen festzustellen für den Anteil Nichtrauchender sowie das Verordnen von Betablockern, das hier noch entsprechend der alten Zieldefinition mit Bezug auf die gesamte Gruppe der Patientinnen und Patienten abgebildet wird.

Eine vollständige Darstellung zu allen Zielen für den Zeitraum 2014 bis 2023 ist dem DMP-Atlas NRW zu entnehmen (zi-dmp.de/dmp-atlas_nrw). Dort können neben den jeweils erreichten Quoten auch die absoluten Zähler- und Nennerhäufigkeiten im Zeitverlauf verglichen werden.

5.4 BLUTDRUCK, LOW-DENSITY-LIPOPROTEIN-CHOLESTERIN UND ANGINA PECTORIS-SYMPТОМАТИК

Einen Blutdruck unter 140/90 mmHg erreichen insgesamt zwei Drittel der Patientinnen und Patienten. Gegenüber der Situation im Jahr 2013 (67,7 Prozent) fällt der Wert unwesentlich kleiner aus. Sehr wenige der Patientinnen und Patienten weisen einen Blutdruck von mindestens 160/100 mmHg auf, dies ist bei den Äl-

teren etwas häufiger der Fall. Allerdings hat gegenüber 2013 (6,0 Prozent) dieser Anteil etwas zugenommen. Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Betroffenen sind hier nur schwach ausgeprägt. Auffällig ist jedoch der höhere Anteil älterer Patientinnen mit Blutdruckwerten von 160/100 mmHg und mehr (Tab. 5-2).

TAB. 5-2	Blutdruck und LDL-Cholesterin				
	< 80 Jahre weibl.	< 80 Jahre männl.	≥ 80 Jahre weibl.	≥ 80 Jahre männl.	alle
Blutdruck < 130/85 mmHg	36,8	36,0	34,1	37,1	36,1
Blutdruck ≥ 130/85 und < 140/90 mmHg	29,5	30,4	29,4	30,0	30,0
Blutdruck ≥ 140/90 und < 160/100 mmHg	26,3	27,0	27,5	26,1	26,8
Blutdruck ≥ 160/100 mmHg	7,4	6,7	9,0	6,8	7,2
LDL-Cholesterin < 70 mg/dl	21,6	31,4	18,1	30,9	27,4
LDL-Cholesterin ≥ 70 und < 100 mg/dl	37,3	39,6	37,3	41,4	39,1
LDL-Cholesterin ≥ 100 und ≤ 135 mg/dl	25,2	19,8	27,4	20,0	22,0
LDL-Cholesterin > 135 mg/dl	15,8	9,2	17,2	7,7	11,4

Alle Angaben in Prozent; Blutdruck = Wert bei letzter Folgedokumentation 2023; LDL-Cholesterin = letzter dokumentierter Wert 2022 bis 2023

Bei einem Viertel der Patientinnen und Patienten findet sich ein LDL-Cholesterinwert (LDL-C) unter 70 mg/dl, unter den männlichen Patienten erreichen sogar drei von zehn einen solchen Wert. Für mehr als ein Neuntel der Betreuten sind Werte über 135 mg/dl dokumentiert, dies ist deutlich häufiger in der Gruppe der Patientinnen der Fall. Zwischen 2008 und 2015 wurden die LDL-C-Werte im DMP KHK nicht dokumentiert. Gegenüber

2008 (< 70 mg/dl: 7,8 Prozent; > 135 mg/dl: 23,9 Prozent) hat sich der Anteil mit einem LDL-C unter 70 mg/dl mehr als verdreifacht und derjenige mit einem LDL-C über 135 mg/dl halbiert.

Bei fast einem Drittel der Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris-Beschwerden treten diese nur bei schwerer körperlicher Belastung auf (Tab. 5-3).

TAB. 5-3	Ausprägung der Angina pectoris-Symptomatik				
	< 80 Jahre weibl.	< 80 Jahre männl.	≥ 80 Jahre weibl.	≥ 80 Jahre männl.	alle
CCS-Grad I	62,5	62,7	58,3	59,8	61,3
CCS-Grad II	29,6	29,4	31,9	30,2	30,0
CCS-Grad III	5,2	5,5	7,8	7,7	6,2
CCS-Grad IV	2,7	2,5	2,1	2,3	2,4

Alle Angaben in Prozent; Wert bei letzter Folgedokumentation 2023; CCS: Einteilung nach der Canadian Cardiovascular Society, vgl. DMP-Anforderungen-Richtlinie [11]; Angabe zur Angina pectoris-Symptomatik für n = 15.084 Fälle

Hingegen sind acht von hundert Betreuten bereits bei leichter körperlicher Belastung beziehungsweise in Ruhe von Beschwerden betroffen. Für die älteren Patientinnen und Patienten lassen sich höhere Schweregra-

de feststellen. Eine Ausnahme stellt hier jedoch der CCS Grad IV dar, der etwas häufiger bei den unter 80-Jährigen dokumentiert wird. Dies lässt sich vermutlich durch einen Selektionseffekt erklären.

5.5 MEDIKAMENTÖSE THERAPIE DER KHK

Im DMP KHK lassen sich sehr hohe Quoten für 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 (Tab. 5-4).

TAB. 5-4	Medikamentöse Therapie der KHK					
	< 80 Jahre weibl.	< 80 Jahre männl.	≥ 80 Jahre weibl.	≥ 80 Jahre männl.	alle	IQR
Thrombozyten-Aggregationshemmer	77,4	83,4	78,3	83,0	81,4	74,7 – 95,5
Antikoagulanzen	9,4	10,5	17,7	19,5	13,0	3,1 – 20,4
Betablocker	72,3	74,7	77,5	76,1	74,9	69,2 – 82,8
ACE-Hemmer	53,9	61,4	55,3	60,7	58,9	48,0 – 69,8
Sartane	13,8	11,6	15,3	12,3	12,7	0,0 – 21,5
Statine	82,7	88,1	78,0	85,5	85,1	82,8 – 96,2

Alle Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich, Kontraindikationen berücksichtigt; IQR: Interquartilbereich, Quoten in 25 – 75 Prozent der Praxen mit ≥ 10 DMP-Patientinnen und Patienten; Betablocker-Verordnung bei allen Patientinnen und Patienten

5. DMP KORONARE HERZKRANKHEIT (KHK)

Bei den Verordnungshäufigkeiten bestehen deutliche Unterschiede zwischen jüngeren und älteren sowie zwischen weiblichen und männlichen Betreuten. So sind bei den älteren Patientinnen mit Ausnahme einer Statin-Verordnung höhere Quoten zu erkennen. Bei den älteren Patienten gilt dies nur für Antikoagulanzen, Betablocker und Sartane. TAH oder ACE-Hemmer werden älteren männlichen Patienten etwa gleich häufig und Statine auch etwas seltener verordnet. Zudem sind bei fast allen Wirkstoffgruppen höhere Verordnungsquoten bei männlichen Patienten festzustellen. Ausnahmen hiervon bestehen allerdings bei der Verordnung von Betablockern, die älteren Frauen etwas häufiger verschrieben werden, sowie derjenigen von Sartanen, die Frauen insgesamt etwas häufiger als Männer erhalten.

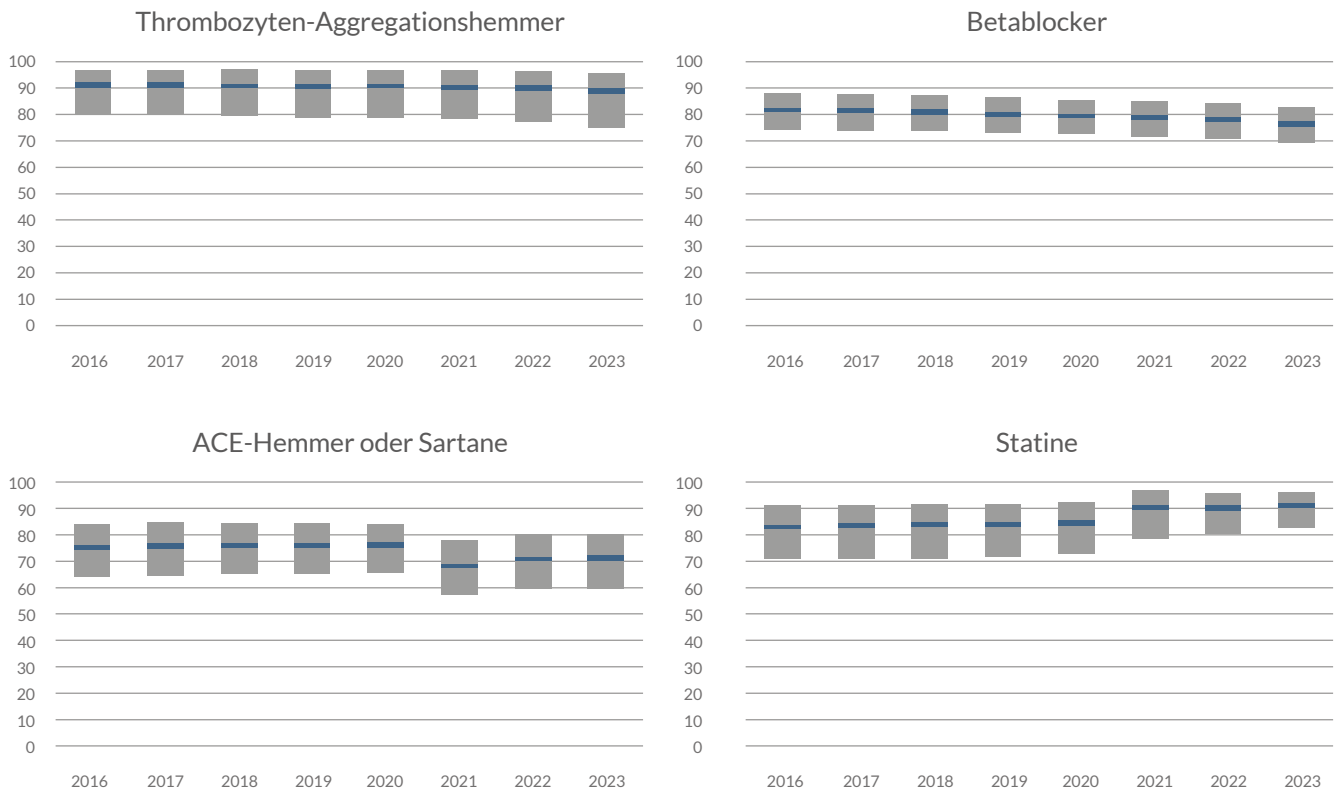
Auf Ebene der einzelnen Praxen unterscheiden sich auch im DMP KHK die Verordnungshäufigkeiten der einzelnen Wirkstoffgruppen – mit der geringsten Spannweite beim Verordnen von Statinen.

Die Verordnungsquoten hängen nicht nur von Geschlecht und Alter ab, sondern vor allem auch davon, welche Begleiterkrankungen zusätzlich zu einer KHK vorliegen. Zum Beispiel erhöht sich bei Patientinnen und Patienten mit einem anamnestisch dokumentierten, nicht tödlichen Herzinfarkt oder Schlaganfall die Verordnungshäufigkeit von TAH auf 89,2 beziehungsweise 85,8 Prozent, diejenige von Betablockern auf

82,6 beziehungsweise 77,9 Prozent und die von Statinen auf 90,1 beziehungsweise 86,6 Prozent. Bei Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz sind ebenfalls höhere Verordnungsquoten mit 82,3 Prozent für Betablocker sowie 60,2 Prozent für ACE-Hemmer zu verzeichnen.

Im Hinblick auf die Zeitverläufe existieren – wie bereits im Abschnitt zur Versorgungsqualität gezeigt – unterschiedliche Trends. Nachfolgend werden die Interquartilbereiche inklusive Mediane zu den Verordnungshäufigkeiten von TAH, Betablockern, ACE-Hemmern/Sartanen und Statinen jeweils für die Praxen dargestellt, die in den Jahren seit 2016 mindestens zehn KHK-Patientinnen und -Patienten betreut haben. Während für die Verordnung von TAH dabei ein annähernd konstantes Ausmaß festzustellen ist, geht die von Betablockern über den betrachteten Zeitraum leicht zurück (Abb. 5-3). Im Hinblick auf die Verordnungsraten von ACE-Hemmern beziehungsweise Sartanen ist nach einem Absinken im Jahr 2021 wieder ein Anstieg zu verzeichnen. Der ebenfalls 2021 sichtbare, deutliche Zuwachs bei den Statinen ist, wie zuvor bereits erwähnt, mutmaßlich ein Nebeneffekt der erfolgten Dokumentationsumstellung. Zusätzlich fällt bei der Betrachtung des Zeitverlaufs ins Auge, dass sich die Praxen hinsichtlich der Verordnungsquoten von Statinen über die Zeit weniger, hinsichtlich jener von TAH jedoch stärker voneinander unterscheiden.

ABB. 5-3 KHK-spezifische medikamentöse Therapie 2016 bis 2023



Querschnittsdaten, alle Angaben in Prozent; Interquartil und Median der Verordnungshäufigkeiten aller Praxen mit ≥ 10 DMP-Patientinnen und Patienten

5.6 SCHULUNGEN

Seit April 2021 wird in der KHK-Dokumentation nicht mehr zwischen Diabetes- und Hypertonie-Schulungen unterschieden, sondern lediglich nach einer allgemeinen Schulungswahrnehmung gefragt. Dafür kann eine KHK-spezifische Schulung empfohlen werden – und dies unabhängig davon, ob als Begleiterkrankung eine arterielle Hypertonie oder ein Diabetes mellitus vorliegen.

Von den Patientinnen und Patienten, die ungeschult in das DMP gekommen sind, haben jene unter 80 Jahren häufiger innerhalb der letzten beiden Jahre an einer Schulung teilgenommen; gleiches gilt, insgesamt betrachtet, auch für die Frauen (Tab. 5-5).

TAB. 5-5	KHK-spezifische Schulung				
	< 80 Jahre weibl.	< 80 Jahre männl.	≥ 80 Jahre weibl.	≥ 80 Jahre männl.	alle
Schulung aktuell wahrgenommen	71,7	69,5	67,9	64,8	69,0

Alle Angaben in Prozent; QS-Ziel, innerhalb der letzten 24 Monate empfohlen und wahrgenommen

5.7 KOMORBIDITÄT

Für nahezu alle Patientinnen und Patienten im DMP KHK sind weitere Begleiterkrankungen nachgewiesen. Am häufigsten ist dies bei fast neun von zehn der Be-

troffenen eine arterielle Hypertonie, bei knapp acht von zehn eine Fettstoffwechselstörung und bei der Hälfte ein Diabetes mellitus (Tab. 5-6).

TAB. 5-6	Häufigkeit dokumentierter Begleiterkrankungen				
	< 80 Jahre weibl.	< 80 Jahre männl.	≥ 80 Jahre weibl.	≥ 80 Jahre männl.	alle
Arterielle Hypertonie	85,4	85,5	92,6	92,4	87,8
Chronische Herzinsuffizienz	13,1	14,1	24,4	24,2	17,2
Herzinfarkt oder akutes Koronarsyndrom	35,2	44,9	35,5	44,1	41,4
Schlaganfall	3,7	4,3	6,0	7,3	5,0
Periphere arterielle Verschlusskrankheit	8,3	10,2	10,6	14,6	10,7
Fettstoffwechselstörung	74,6	78,0	79,2	82,0	78,2
Diabetes mellitus	46,2	49,6	48,8	51,5	49,1
Asthma bronchiale	10,5	5,8	7,9	5,0	6,9
COPD	19,7	16,6	15,2	16,0	16,9
Drei oder mehr Begleiterkrankungen	62,4	66,7	69,0	73,5	67,4
Mindestens eine Begleiterkrankung	97,6	97,9	98,7	98,9	98,1

Alle Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen möglich; jemals dokumentiert

Große Teilgruppen der KHK-Patientinnen und Patienten leiden zudem auch an chronischer Herzinsuffizienz oder COPD und in vier von zehn Fällen ist in der Vorgeschichte das Auftreten eines Herzinfarkts oder eines akuten Koronarsyndroms dokumentiert. Eine nach Alter und Geschlecht differenzierte Betrachtung offenbart, dass zudem meistens Ältere und männliche Patienten in höherem Ausmaß von Begleiterkrankun-

gen betroffen sind. Insgesamt leiden zwei Drittel aller Patientinnen und Patienten an drei oder sogar mehreren Begleiterkrankungen zusätzlich zu ihrer koronaren Herzkrankheit. Multimorbidität spielt somit im zweitgrößten DMP eine noch wesentlich bedeutendere Rolle als im DMP Typ-2-Diabetes.

5.8 RESÜMEE: WAS LÄUFT IM DMP KORONARE HERZKRANKHEIT GUT, WAS KANN NOCH BESSER WERDEN?

- Nach einem leichten Rückgang während der COVID-19-Pandemie nimmt die Zahl der im DMP KHK in Nordrhein insgesamt Betreuten weiterhin zu. Mit knapp 268.000 Patientinnen und Patienten ist sie gegenüber dem Vorjahr um etwa 5.000 Personengestiegen. Vermutlich werden zwischen 53 und 73 Prozent der erkrankten, gesetzlich Krankenversicherten erreicht. Ein Drittel der Patientinnen und Patienten ist 80 Jahre alt oder älter. Somit werden in diesem DMP die ältesten Patientinnen und Patienten aller laufenden Programme betreut. Zudem sind diese nahezu ausschließlich in hausärztlicher Behandlung.
- Die Versorgungsqualität kann weiterhin als sehr gut beschrieben werden: Acht von zehn Qualitätszielen mit quantitativer Zielvorgabe werden erreicht beziehungsweise nur leicht unterschritten. Zum einen fällt die medikamentöse Sekundärprävention der KHK ins Auge. So erhalten acht von zehn Betreuten eine leitliniengerechte Statin-Verordnung, was vermutlich zu den im Vergleich zur Vergangenheit deutlich verbesserten LDL-Werten mit beigetragen hat. Die hohen Ordnungsquoten lassen sich auch im Zeitverlauf bestätigen.
- Zum anderen sind nach wie vor die Anteile an Patientinnen und Patienten erfreulich hoch, die nicht rauchen oder trotz vorliegender arterieller Hypertonie einen normotonen Blutdruck erreichen.
- Zudem leidet nur ein sehr kleiner Teil der KHK-Patientinnen und -Patienten unter Angina pectoris-Beschwerden und bei der Mehrheit der davon Betroffenen treten die Beschwerden wiederum nur bei schwerer körperlicher Belastung auf.
- Ein großer Teil der Patientinnen und Patienten, die bei ihrem DMP-Eintritt als ungeschult galten, konnten innerhalb der letzten beiden Jahre eine KHK-spezifische Schulung wahrnehmen. Aufgrund der neuen Definition der Schulungsziele ist die Quote der jemals Geschulten derzeit noch sehr gering und bildet sicherlich nicht die tatsächliche Versorgungssituation ab. Hier ist in den kommenden Jahren ein stetiger Zuwachs zu erwarten.
- Wünschenswert wäre es außerdem, wenn zukünftig mehr Patientinnen und Patienten ein sportliches Training absolvieren würden oder das Rauchen aufgeben.
- Das hohe Alter und die große Krankheitslast der Patientinnen und Patienten im DMP KHK stellen die betreuenden Ärztinnen und Ärzte vor besondere Herausforderungen. Umso positiver ist die in vielen Fällen doch recht lange Betreuungsdauer zu bewerten, die letztlich eine gute und engmaschige Versorgung der chronisch Kranken gewährleistet.

Zitierte Literatur siehe Kapitel 9, Literaturverzeichnis



DMP ASTHMA BRONCHIALE

Wichtige Kennzahlen für das Jahr 2023

Anzahl insgesamt dokumentierter Patientinnen und Patienten im DMP:	133.463
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation 2023:	125.010
Kinder und Jugendliche mit mindestens einer Folgedokumentation 2023:	7.597 (6.720)
Anteil der DMP-Patientinnen und -Patienten von den Erkrankten ^a :	circa 27 Prozent
Anteil hausärztlich betreuter Erwachsener:	82,4 Prozent
Anteil pädiatrisch betreuter Kinder und Jugendlicher:	89,6 Prozent
Anteil weiblich:	64,0 Prozent
Mittleres Alter ^b :	56,8 ± 16,7 Jahre
Mittlere Betreuungsdauer im DMP ^b :	7,7 ± 5,3 Jahre
Anzahl dokumentierender Ärztinnen und Ärzte:	4.660
Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen ^c :	30

a: Anhand epidemiologischer Angaben zur Erkrankungsprävalenz geschätzter Anteil GK-Versicherter, die in dem DMP in Nordrhein im Jahr 2023 dokumentiert wurden [5, 23, 36]; b: Mittelwert ± eine Standardabweichung, nur für Erwachsene; c: Stand 11.04.2024 [21]

EINFÜHRUNG

Im Jahr 2023 werden insgesamt knapp 133.500 Patientinnen und Patienten in Nordrhein in dem DMP Asthma bronchiale betreut, darunter etwa 7.600 Kinder und Jugendliche. Vermutlich erreicht dieses DMP ungefähr 27 Prozent der von der Erkrankung betroffenen Krankenversicherten in der Region. Die anhand von 16 Qualitätszielen zu beschreibende Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten ist als gut zu charakterisieren. Besonders hohe Quoten sind festzustellen beim Vermeiden eines unkontrollierten Asthmas und notfallmäßiger Asthma-Behandlungen sowie der asthmaspezifischen medikamentösen Therapie.

6.1 ALLGEMEINE ZIELE DES DMP

Die Therapie des Asthma bronchiale soll vor allem die asthmabezogene Lebensqualität der Patientinnen und Patienten erhalten und verbessern, außerdem sollen krankheitsbedingte Risiken reduziert werden. Mit den Patientinnen und Patienten soll auf Grundlage des vermuteten individuellen Risikos die Therapie differenziert geplant werden, wobei vorliegende Phänotypen, Mischformen und Komorbiditäten zu berücksichtigen sind. Hierzu sind in der DMP-Anforderungen-Richtlinie für das DMP Asthma bronchiale die folgenden Therapieziele festgelegt:

- Bei Normalisierung oder Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität die Vermeidung beziehungsweise Reduktion von

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen wie zum Beispiel von Symptomen, Asthma-Anfällen oder Exazerbationen
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
- einer Progredienz der Krankheit
- unerwünschten Wirkungen der Therapie
- Reduktion der Asthma-bedingten Letalität
- adäquate Behandlung der Komorbiditäten
- Erlernen von Selbstmanagement-Maßnahmen

6.2 BETREUTE IM DMP

Im Jahr 2023 werden in Nordrhein insgesamt 133.463 Patientinnen und Patienten im DMP Asthma bronchiale betreut, davon liegt für 125.010 (93,7 Prozent) mindestens eine Folgedokumentation aus dem Jahr 2023 vor. Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Zahl der im DMP Betreuten um 8.175 oder 6,5 Prozent erhöht.

Von den Patientinnen und Patienten mit einer Folgedokumentation im Jahr 2023 sind 5.895 (4,7 Prozent) Kinder und Jugendliche zwischen sechs und 17 Jahren sowie 825 (0,7 Prozent) Kleinkinder zwischen einem Jahr und fünf Jahren (Tab. 6-1).

6. DMP ASTHMA BRONCHIALE

TAB. 6-1 Altersgruppen und Gruppen unterschiedlicher Betreuungsdauer nach Geschlecht						
	weiblich		männlich		insgesamt	
Alter (Jahre)	n	Prozent	n	Prozent	n	Prozent
≤ 5	289	0,4	536	1,2	825	0,7
6 – 11	1.022	1,3	1.729	3,8	2.751	2,2
12 – 17	1.211	1,5	1.933	4,3	3.144	2,5
18 – 39	11.765	14,7	8.399	18,7	20.164	16,1
40 – 59	27.966	35,0	15.503	34,4	43.469	34,8
60 – 69	17.630	22,0	9.095	20,2	26.725	21,4
≥ 70	20.106	25,1	7.812	17,4	27.918	22,3
alle	79.989	100,0	45.007	100,0	124.996	100,0
DMP (Jahre)						
≤ 2	15.395	19,2	9.678	21,5	25.073	20,1
> 2 – ≤ 5	15.819	19,8	9.582	21,3	25.401	20,3
> 5 – ≤ 8	13.701	17,1	7.698	17,1	21.399	17,1
> 8 – ≤ 12	13.563	17,0	7.139	15,9	20.702	16,6
> 12 – ≤ 15	10.536	13,2	5.449	12,1	15.985	12,8
> 15	10.975	13,7	5.461	12,1	16.436	13,1
alle	79.989	100,0	45.007	100,0	124.996	100,0
	n	Mittelwert	n	Mittelwert	n	Mittelwert
Alter^{Erw}	77.467	58,0 ± 16,6	40.809	54,7 ± 16,8	118.276	56,8 ± 16,7
Alter^{K&J}	2.522	11,0 ± 4,1	4.198	10,7 ± 4,0	6.720	10,8 ± 4,1
DMP^{Erw}	77.467	7,8 ± 5,3	40.809	7,5 ± 5,4	118.276	7,7 ± 5,3
DMP^{K&J}	2.522	3,9 ± 3,0	4.198	4,0 ± 2,9	6.720	4,0 ± 2,9

DMP: betreut im DMP seit ... Jahren; Erw: Erwachsene, K&J: Kinder und Jugendliche; Mittelwert ± eine Standardabweichung in Jahren; Alter unbekannt n = 5, Geschlecht unbestimmt oder divers n = 9

Von den Erwachsenen sind 66.823 Patientinnen und Patienten zwischen 18 und 60 Jahren alt, 51.467 sind 61 Jahre alt oder älter. Während der Altersunterschied zwischen Mädchen und Jungen nur gering ist (11,0 versus 10,7 Jahre), beträgt er zwischen Frauen und Männern im Mittel etwas über drei Jahre (58,0 versus 54,7 Jahre). 37,5 Prozent der betreuten Kinder und Jugendlichen sind weiblich, jedoch 65,5 Prozent der Erwachsenen. Dieser ausgeprägte Unterschied nach Alter und Geschlecht bei der Erkrankung an Asthma bronchiale ist aus zahlreichen epidemiologischen Studien bekannt.

42,5 Prozent aller Betreuten sind bereits über acht Jahre in dem DMP eingeschrieben, 25,9 Prozent seit über zwölf Jahren. Im Mittel werden die erwachsenen Patientinnen und Patienten im DMP seit 7,7 Jahren und die Kinder und Jugendlichen über einen Zeitraum von vier Jahren in dem DMP betreut. Die Betreuung erfolgt bei den erwachsenen Teilnehmenden überwiegend in hausärztlichen Praxen, während Kinder und Jugendliche größtenteils in pädiatrischen Praxen betreut werden.

6.3 VERSORGUNGSQUALITÄT

Für die patientenbezogene Qualitätssicherung (QS) gelten im DMP Asthma bronchiale diese Ziele:

- hoher Anteil an Teilnehmenden mit kontrolliertem Asthma bronchiale
- niedriger Anteil an Betreuten mit unkontrolliertem Asthma bronchiale
- hoher Anteil geschulter Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale respektive deren Betreuungspersonen
- hoher Anteil an Betreuten mit Asthma bronchiale mit schriftlichem Selbstmanagementplan
- niedriger Anteil ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulanter und stationärer) ärztlicher Behandlungen
- bei Teilnehmenden mit Dauermedikation: hoher Anteil mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation
- hoher Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird
- bei Betreuten mit Dauermedikation: niedriger Anteil einer Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika

- niedriger Anteil rauchender Teilnehmender

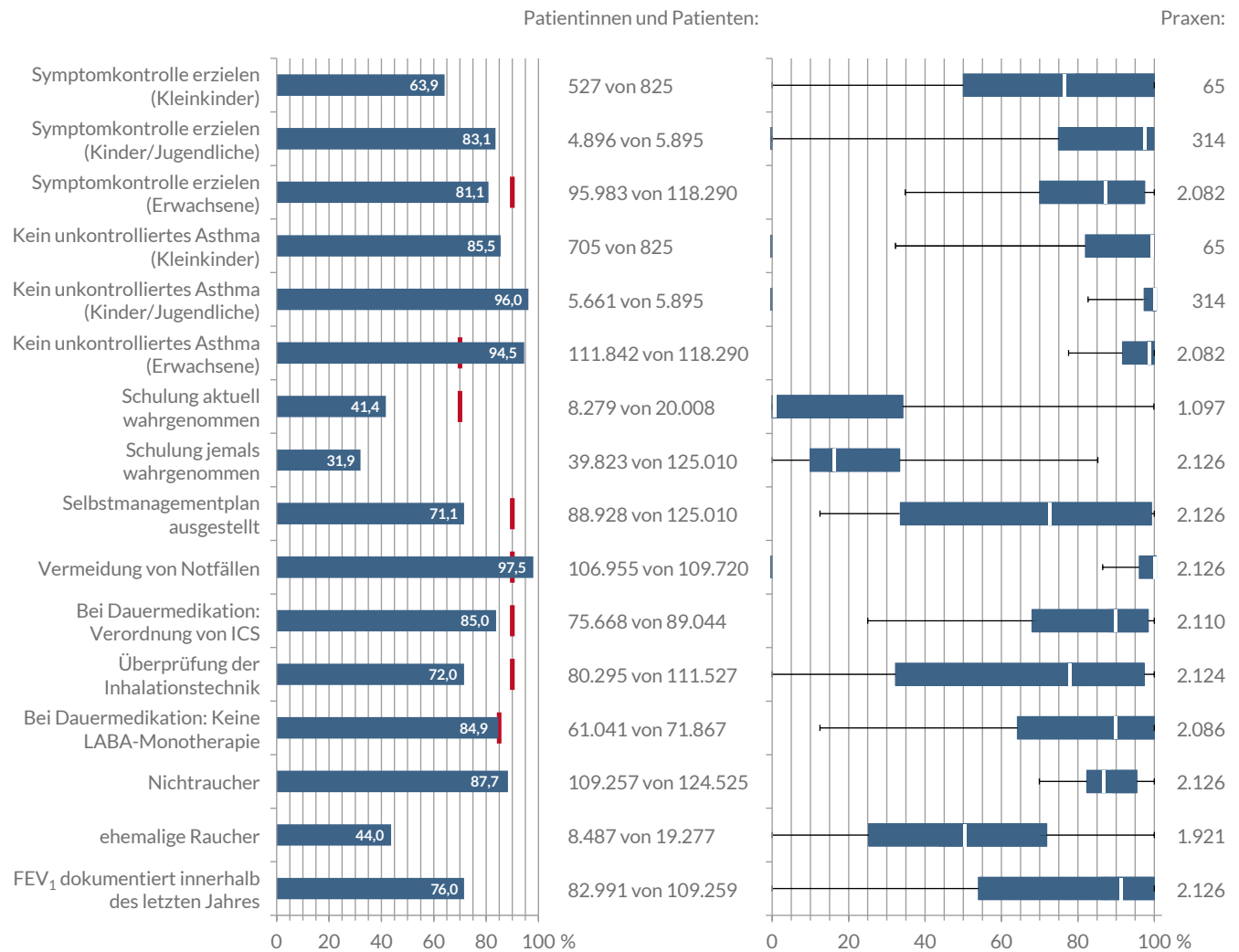
- bei Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten fünften Lebensjahr: hoher Anteil mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV₁-Werten

Von den insgesamt acht Qualitätszielen mit einer vorgegebenen Quote werden lediglich die QS-Ziele „Vermeidung von Notfallbehandlungen“ sowie „Kein unkontrolliertes Asthma bronchiale“ erreicht (Abb. 6-1).

Das Ziel zum Vermeiden einer LABA-Monotherapie wird nur äußerst knapp verfehlt, hier werden 84,9 Prozent statt der geforderten 85 Prozent erreicht. Deutlich unterschritten wird hingegen die anzustrebende Quote bezüglich des Ziels „Wahrnehmen einer Schulung“.

Bei getrennter Betrachtung der einzelnen Altersgruppen zeigt sich, dass in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen auch die Zielquoten hinsichtlich einer dauerhaften ICS-Verordnung sowie zum Vermeiden einer LABA-Monotherapie mit jeweils 92,6 beziehungsweise 88,3 Prozent erfüllt werden. Die geforderte Quote von 90 Prozent beim Ausstellen eines schriftlichen Selbstmanagementplans wird in dieser Gruppe mit 89,8 Prozent ebenfalls nur sehr knapp verfehlt.

ABB. 6-1 Erreichen der Qualitätsziele



Punktwerte: rote Linie = festgelegte Qualitätszielquote; Interquartilbereiche für Praxen mit ≥ 10 DMP-Patientinnen und Patienten: weiße Linie = Median, Balken = erreichte Quoten in 25 – 75 Prozent der Praxen, Antennen = erreichte Quoten in 5 – 95 Prozent der Praxen

Gegenüber dem Vorjahr ist die Zielerreichung nur bei drei Zielen rückläufig. Dies betrifft die Symptomkontrolle (-0,5 Prozentpunkte) und das Vermeiden eines unkontrollierten Asthmas (-0,4 Prozentpunkte) jeweils bei Kindern und Jugendlichen. Auch das Vermeiden von Notfallereignissen zeigt auf hohem Niveau eine negative Tendenz (-0,5 Prozentpunkte).

Abgesehen von der konstant gebliebenen Quote zum Vermeiden eines unkontrollierten Asthmas bei Erwachsenen haben sich die in allen anderen QS-Zielen erreichten Quoten 2023 gegenüber 2022 zumindest geringfügig erhöht. Deutlich erhöht haben sich die Anteile der Kleinkinder mit Symptomkontrolle beziehungsweise einem vermiedenen unkontrollierten

Asthma um jeweils +2,3 beziehungsweise +2,9 Prozentpunkte. Aber auch die Anteile beim Vermeiden einer LABA-Monotherapie mit (+1,5 Prozentpunkte), beim Wahrnehmen einer Schulung (+1,3 Prozentpunkte) und beim Verordnen von ICS (+1,2 Prozentpunkte) haben stärker zugenommen. Besonders hoch fällt der Zuwachs um +4,0 Prozentpunkte für das Ziel zum Dokumentieren des FEV₁-Werts aus.

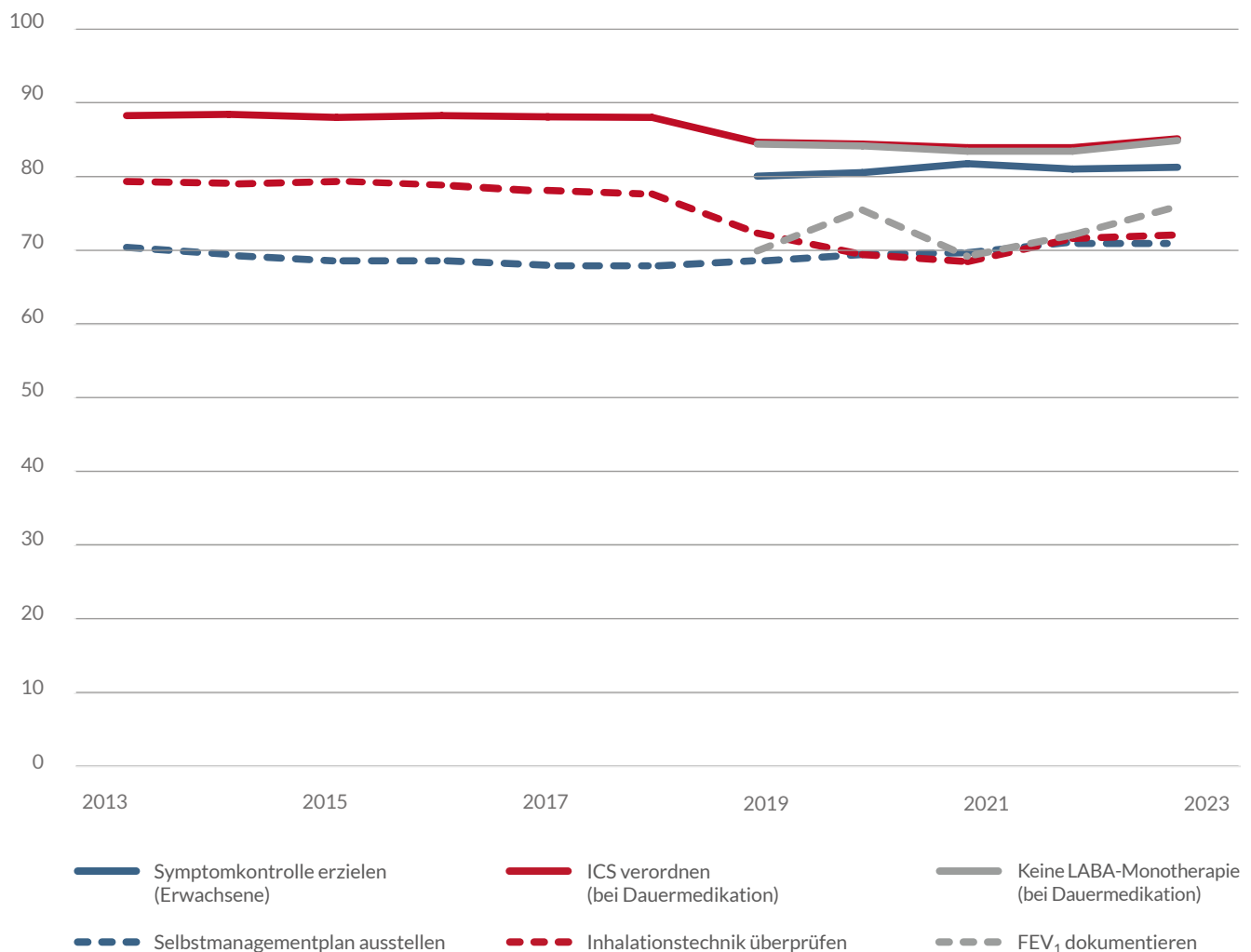
Da viele Indikatoren erst seit 2019 existieren, lassen sich langfristige zeitliche Veränderungen der erreichten Zielquoten im DMP Asthma bronchiale derzeit nur eingeschränkt beschreiben. Für drei länger gültige Indikatoren bestehen zwischen 2013 und 2018 relativ konstante Quoten von etwa 90 Prozent (ICS verordnen),

80 Prozent (Inhalationstechnik überprüfen) und 70 Prozent (Selbstmanagementplan ausstellen, Abb. 6-2). In den Jahren danach sanken die Quoten für das Verordnen von ICS und das Überprüfen der Inhalationstechnik. Ähnlich wie beim Ausstellen eines Selbstmanagementplans sind allerdings in jüngerer Zeit

wieder leichte Anstiege zu verzeichnen. Dieser Effekt ist auch bei der LABA-Monotherapie und der FEV₁-Dokumentation festzustellen, während die Quote der Symptomkontrolle bei Erwachsenen seit 2019 relativ konstant hoch geblieben ist.

ABB. 6-2

Erreichte Quoten ausgewählter Qualitätsziele im Zeitverlauf



Querschnittsdaten, alle Angaben in Prozent

Eine vollständige Darstellung zu allen Zielen für den Zeitraum 2014 bis 2023 findet sich im DMP-Atlas NRW (zi-dmp.de/dmp-atlas_nrw). Dort können neben

den jeweils erreichten Quoten auch die absoluten Zähler- und Nennerhäufigkeiten im Zeitverlauf verglichen werden.

6.4 ASTHMAKONTROLLE UND MEDIKATION

Die Einordnung des Asthmakontrollgrads in „kontrolliert“, „teilweise kontrolliert“ und „unkontrolliert“ dient als Grundlage zur Therapie(-anpassung) und beruht auf klinisch leicht zu erfassenden Parametern. Dazu zählen die Symptomatik tagsüber beziehungsweise nachts, die

Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation sowie die asthmabedingten Aktivitätseinschränkungen im Alltag. Für Kleinkinder sind die Kriterien zur Asthmakontrolle noch etwas strenger gefasst als für die übrigen Erkrankten (Tab. 6-2).

TAB. 6-2		Bestimmen der Asthmakontrolle		
Indikator		Unkontrolliert < 2 Kriterien	Teilweise kontrolliert 2-3 Kriterien	Kontrolliert alle Kriterien
Zeitraum: Letzte vier Wochen vor dem Arztbesuch	Symptome tagsüber	≤ 2 mal pro Woche (≥ 1 bis < 6 Jahre: ≤ 1 mal pro Woche)		
	Nächtliche Symptome	Keine vorhanden		
	Einschränkung der Alltagsaktivität	Keine vorhanden		
	Einsatz der Bedarfsmedikation	≤ 2 mal pro Woche (≥ 1 bis < 6 Jahre: ≤ 1 mal pro Woche)		
Anzahl Patientinnen und Patienten (Anteil)		6.802 (5,4 %)	16.802 (13,4 %)	101.406 (81,1 %)

Mehr als vier von fünf Betreuten weisen ein gut kontrolliertes Asthma auf, sie kommen also vermutlich gut mit der Erkrankung zurecht. Bei den Frauen erreichen 80,2 Prozent und bei den Männern 83 Prozent eine gute Symptomkontrolle. Aufgrund anderer Bewertungskriterien ist ein kontrolliertes Asthma nur bei 63,9 Prozent der Kleinkinder und damit deutlich seltener dokumentiert. Dies liegt daran, dass in dieser Altersgruppe die Symptome tagsüber maximal einmal wöchentlich auftreten sollen, darüber hinaus darf eine Bedarfsmedikation maximal einmal pro Woche eingesetzt werden. Für ältere Betreute gilt hier eine Grenze von jeweils maximal zweimal je Woche (vgl. Tab. 6-2).

Hinsichtlich der Asthmasymptomatik weisen über die Hälfte der Patientinnen und Patienten innerhalb der letzten vier Wochen keine Asthmasymptome tagsüber auf und benötigen auch keine Bedarfsmedikation. Nur bei acht von hundert DMP-Teilnehmenden treten nächtliche Symptome auf. Asthmabedingte Einschränkungen im Alltag sind verglichen hierzu etwas häufiger dokumentiert, bewegen sich insgesamt allerdings ebenfalls auf einem eher niedrigen Niveau (Tab. 6-3).

TAB. 6-3	Häufigkeit der Indikatoren zum Bestimmen der Asthma-Kontrolle					
	insgesamt	keine	< 1x/W*	1x/W	2x/W	> 2x/W
Symptomhäufigkeit		52,6	21,7	8,9	8,3	8,5
Verordnungshäufigkeit		54,8	21,2	9,9	5,8	8,3
Nächtliche Symptome	13,4					
Einschränkung im Alltag	8,0					

Alle Angaben in Prozent; Asthma-Symptomatik, Einsatz einer Bedarfsmedikation und Einschränkung der Alltagsaktivitäten innerhalb der letzten vier Wochen; * pro Woche

Am häufigsten wird im DMP Asthma bronchiale das Verordnen von SABA als Bedarfs- sowie ICS und LABA als Dauermedikation dokumentiert. Von den Erwachsenen erhält jeder Zehnte eine sonstige asthmaspezifische Medikation (Tab. 6-4). Besonders auffällig sind die Unterschiede in den Verordnungshäufigkeiten zwi-

schen Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen. So erhalten Kinder und Jugendliche deutlich häufiger als Erwachsene SABA oder OCS als Bedarfsmedikation und deutlich seltener ICS oder LABA, jeweils sowohl als Bedarfs- wie auch als Dauermedikation.

TAB. 6-4	Asthmaspezifische Medikation			
	Kinder und Jugendliche	Erwachsene	alle	IQR Erwachsene
SABA bei Bedarf	89,1	68,6	69,7	48,3 – 85,7
SABA dauerhaft	2,0	5,8	5,6	0,0 – 8,3
ICS bei Bedarf	6,1	13,2	12,8	4,3 – 19,1
ICS dauerhaft	48,7	61,2	60,5	37,1 – 76,9
LABA bei Bedarf	3,9	9,8	9,5	2,4 – 15,4
LABA dauerhaft	26,9	59,3	57,5	41,5 – 71,4
OCS bei Bedarf	22,0	8,5	9,2	0,0 – 10,0
OCS dauerhaft	0,5	2,5	2,4	0,0 – 4,3
Leukotrien-Rezeptorantagonisten	3,2	3,6	3,6	0,0 – 4,5
Sonstige asthmaspezifische Medikation	2,5	9,9	9,5	2,7 – 15,2

Alle Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich, Kontraindikationen berücksichtigt, **SABA**: kurzwirksame Beta-II-Sympathomimetika, **LABA**: langwirksame Beta-II-Sympathomimetika, **ICS**: inhalative Glukokortikosteroide, **OCS**: orale Glukokortikosteroide, **IQR**: Interquartilbereich, Quoten in 25 – 75 Prozent der Praxen der Praxen mit ≥ 10 erwachsenen DMP-Patientinnen und Patienten

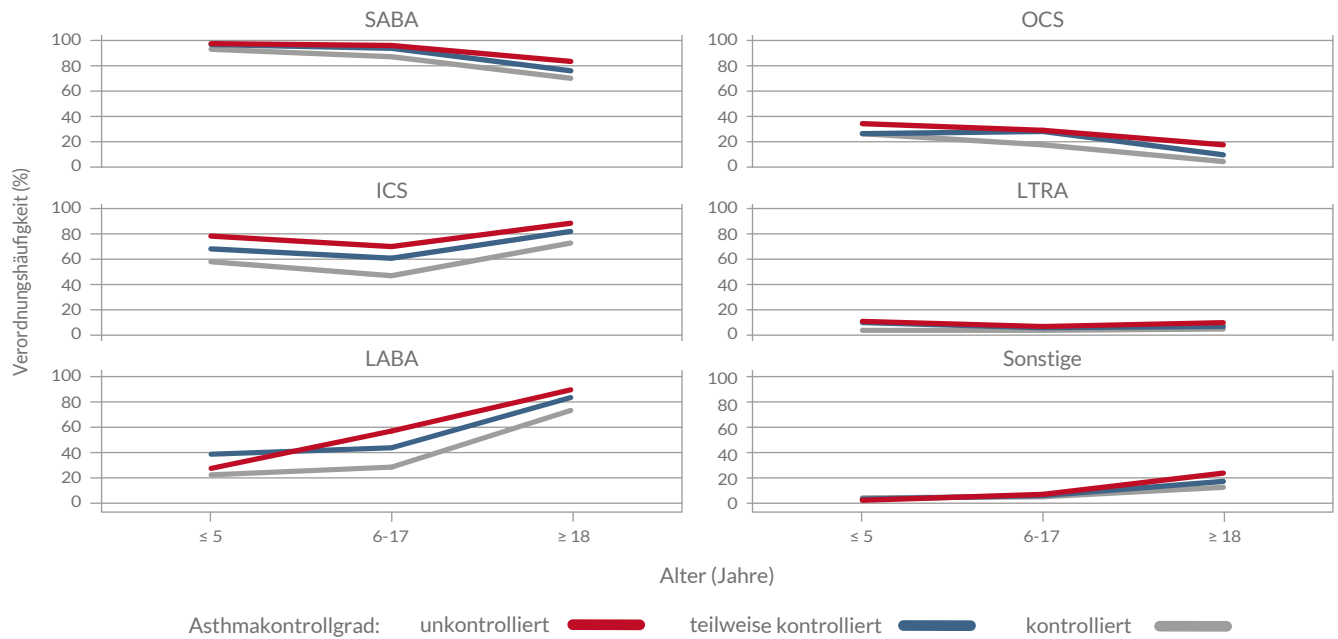
6. DMP ASTHMA BRONCHIALE

Mit einem Rückgang der Asthmakontrolle wird häufiger eine asthmaspezifische Medikation verordnet. Be-

sonders deutlich ist dies zu beobachten für die Verordnung von SABA, ICS, LABA oder OCS (Abb. 6-2).

ABB. 6-3

Medikation in Abhängigkeit vom Alter und der Asthmakontrolle



Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich, Kontraindikationen berücksichtigt, Alter in Jahren; **SABA**: kurzwirksame Beta-II-Sympathomimetika, **LABA**: langwirksame Beta-II-Sympathomimetika, **ICS**: inhalative Glukokortikosteroide, **OCS**: orale Glukokortikosteroide, **LTRA**: Leukotrien-Rezeptorantagonisten; SABA, ICS, LABA, OCS: Bedarfs- und Dauermedikation zusammengefasst

Hierbei sind, unabhängig vom Kontrollgrad, erneut große Altersunterschiede festzustellen, wie zum Beispiel eine geringere Verordnungshäufigkeit von SABA oder OCS sowie parallel hierzu eine deutlich höhere von LABA bei Erwachsenen. ICS bekommen Kleinkinder mit geringem Kontrollgrad ähnlich häufig wie Er-

wachsene. Für das Verordnen von LTRA lassen sich nur geringe Unterschiede nach Alter und Asthmakontrolle erkennen, bei der sonstigen asthmaspezifischen Medikation zeigt sich aber ebenso ein leichter Anstieg mit dem Alter und bei einem unkontrollierten Asthma.

6.5 SCHULUNGEN

Die Schulung von Asthma-Patientinnen und Patienten ist ein wichtiges Ziel, um ihnen die nötigen Fähigkeiten zu vermitteln, besser mit ihrer Erkrankung umzugehen und asthmadeingetragene Risiken möglichst zu vermeiden. Teilnehmende, die innerhalb von zwölf Monaten einer Schulungsempfehlung ohne einen nachvollziehbaren Grund nicht nachkommen, werden aus dem DMP aus-

geschrieben. Insgesamt wurde knapp der Hälfte der Patientinnen und Patienten eine Asthma-Schulung im jeweiligen DMP-Verlauf empfohlen (Tab. 6-5). Tendenziell ist dies etwas häufiger bei Kindern und Jugendlichen erfolgt. Im gesamten DMP-Verlauf wurde bei über der Hälfte aller Patientinnen und Patienten die Wahrnehmung einer empfohlenen Schulung dokumentiert.

TAB. 6-5	Schulungen			
	≤ 5 Jahre	6 – 17 Jahre	≥ 18 Jahre	alle
Schulung empfohlen ^a	42,4	53,5	45,9	46,3
Empfohlene Schulung wahrgenommen ^b	16,9	46,7	54,0	53,4
Schulung vor Einschreibung ins DMP ^c	3,2	10,3	15,4	15,0
Schulung aktuell wahrgenommen ^d	84,9	89,9	87,4	87,5

Alle Angaben in Prozent, a: im gesamten DMP-Verlauf empfohlen, b: bei einer Empfehlung, c: bei Patienten, die seit 2019 eingeschrieben wurden, d: innerhalb der letzten 24 Monate empfohlen und wahrgenommen

Eine Schulung kann auch vor der Einschreibung ins DMP stattgefunden haben, zum Beispiel im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme. Werden nur jene Patientinnen und Patienten betrachtet, für die seit dem 2. Quartal 2019 diese Information vorliegt, ist für 15 Prozent von ihnen eine Schulung vor dem DMP

festgehalten. Von denjenigen, die eine entsprechende Empfehlung erst im Vorjahr bekommen haben, sind 87,5 Prozent innerhalb der letzten beiden Jahre dieser Empfehlung nachgekommen. Auch hier ist mit 89,9 Prozent der Anteil unter den Kindern und Jugendlichen besonders hoch.

6.6 ADIPOSITAS, RAUCHEN UND GERINGE LUNGENFUNKTION BEI ERWACHSENEN

Etwas mehr als ein Drittel der erwachsenen Betreuten im DMP Asthma bronchiale ist adipös, wobei dies auch in diesem DMP etwas häufiger auf weibliche oder jüngere Betreute zutrifft (Tab. 6-6). Mehr als ein Achtel aller Patientinnen und Patienten raucht, wobei dies öfter bei männlichen und vor allem häufiger bei jüngeren

Teilnehmenden dokumentiert ist. Bei 21,3 Prozent liegt der FEV₁-Wert unter 70 Prozent des Sollwerts, dies ist etwas häufiger der Fall bei Männern. Mit zunehmenden Alter erhöht sich der Anteil Betreuter mit geringer Lungenfunktion auf mehr als ein Viertel.

TAB. 6-6	Häufigkeit einer Adipositas, des Rauchens und einer geringen Lungenfunktion				
	18 – 60 Jahre weiblich	18 – 60 Jahre männlich	≥ 61 Jahre weiblich	≥ 61 Jahre männlich	alle
Übergewicht (BMI ≥ 30 kg/m ²)	36,6	33,4	36,1	31,9	35,1
Rauchen	15,9	17,5	7,9	8,8	12,9
FEV ₁ unter 70 % des Sollwerts	17,4	20,1	24,0	27,8	21,3

Alle Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich; BMI: Body-Mass-Index, FEV₁: Lungenfunktionswert innerhalb der letzten zwölf Monate dokumentiert

6. DMP ASTHMA BRONCHIALE

Der Lungenfunktionswert wird seit der Einführung des hierauf bezogenen Qualitätsziels im Jahr 2019 mittlerweile deutlich häufiger dokumentiert. Das Qualitätsziel bezieht sich nur auf Patientinnen und Patienten, die mindestens ein Jahr im DMP betreut werden und sechs Jahre alt oder älter sind. Während 2019 für

69,9 Prozent dieser Patientinnen und Patienten eine Angabe vorlag, hat sich dieser Anteil bis 2023 auf 76 Prozent erhöht. Unter den Erwachsenen, die im DMP fachärztlich pneumologisch qualifiziert betreut werden, erhöht sich dieser Anteil auf 89,5 Prozent.

6.7 KOMORBIDITÄT BEI ERWACHSENEN

Bei den erwachsenen Patientinnen und Patienten, die im DMP Asthma bronchiale betreut werden, sind verschiedene weitere Begleiterkrankungen dokumentiert. Insgesamt liegt hier in mehr als vier von zehn Fällen eine arterielle Hypertonie, in knapp drei von zehn eine

Fettstoffwechselstörung und bei über einem Fünftel zusätzlich zum Asthma ein Diabetes mellitus vor. Bei den älteren und bei den männlichen Betreuten finden sich jeweils noch höhere Anteile (Tab. 6-7).

TAB. 6-7	Häufigkeit dokumentierter Begleiterkrankungen				
	18 – 60 Jahre weiblich	18 – 60 Jahre männlich	≥ 61 Jahre weiblich	≥ 61 Jahre männlich	alle
Arterielle Hypertonie	24,6	28,5	65,9	67,0	43,5
Koronare Herzkrankheit	2,3	4,9	15,0	26,2	9,9
Chronische Herzinsuffizienz	0,7	0,9	5,1	5,9	2,8
Periphere arterielle Verschlusskrankheit	0,4	0,5	2,5	3,7	1,5
Fettstoffwechselstörung	15,5	19,0	42,8	45,1	28,4
Diabetes mellitus	12,8	14,5	29,4	33,8	21,0
COPD	3,5	3,9	9,7	11,7	6,5
Drei oder mehr Begleiterkrankungen	5,5	8,1	26,8	34,2	16,3
Mindestens eine Begleiterkrankung	37,3	41,5	79,3	81,0	56,7

Alle Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen möglich; jemals dokumentiert

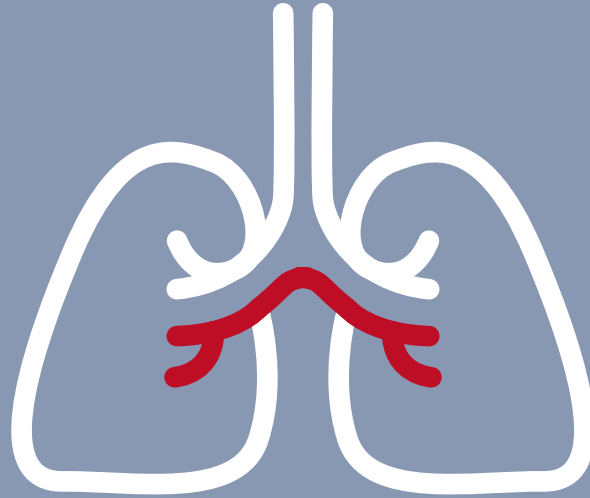
Eine, das Asthma bronchiale begleitende COPD ist bei 9,7 Prozent der älteren Frauen und 11,7 Prozent der älteren Männer festgehalten. Unter den Älteren weisen

außerdem jeweils etwa acht von zehn Frauen wie Männer mindestens eine Begleiterkrankung auf.

6.8 RESÜMEE: WAS LÄUFT IM DMP ASTHMA BRONCHIALE GUT, WAS KANN NOCH BESSER WERDEN?

- 2023 ist die Anzahl der im DMP Asthma bronchiale in der Region Nordrhein insgesamt betreuten Patientinnen und Patienten auf insgesamt 133.463 gestiegen. Dies sind 8.175 oder 6,5 Prozent mehr als 2022. Demgegenüber ist die Zahl der im DMP betreuten Kinder und Jugendlichen auf 6.720 und damit um 415 Fälle (-5,8 Prozent) zurückgegangen.
- Bei den QS-Zielen „Vermeiden eines unkontrollierten Asthmas“ sowie „Vermeiden von Notfallbehandlungen“ werden sehr hohe Quoten erreicht. Gleiches gilt auch für die QS-Ziele, die sich auf die Medikation beziehen. Demgegenüber wird nur in jeweils etwa sieben von zehn Fällen ein Selbstmanagementplan ausgestellt oder die Inhalationstechnik überprüft, und nur in drei von vier Fällen wird der FEV₁-Wert regelmäßig dokumentiert. Allerdings ist zwischen 2022 und 2023 bei fast allen Quoten ein Zuwachs festzustellen.
- Der aktuell geltende Indikator zum Wahrnehmen einer Schulung erreicht mit 41,4 Prozent nicht die geforderten 70 Prozent. Werden in dem Zusammenhang jedoch nur solche Fälle betrachtet, denen eine Schulung erst im Vorjahr empfohlen wurde, liegt diese Quote bei 87,5 Prozent. Dies zeigt, dass die im DMP Asthma bronchiale Betreuten ebenfalls in einem sehr hohen Grad einer aktuell ausgesprochenen Schulungsempfehlung folgen.
- Es ist zu erkennen, dass sich die Therapie am Kontrollgrad der Patientinnen und Patienten orientiert. Eine regelmäßige Bestimmung der Lungenfunktion erfolgt zudem vergleichsweise häufig im Rahmen einer pneumologisch qualifizierten fachärztlichen Betreuung im DMP.
- Auch wenn die erwachsenen Patientinnen und Patienten im DMP Asthma bronchiale jünger als zum Beispiel diejenigen in den DMP Diabetes mellitus Typ 2 oder Koronare Herzkrankheit sind, ist auch in diesem DMP das Ausmaß an Multimorbidität nicht zu vernachlässigen. Vor allem die älteren männlichen Teilnehmer im DMP Asthma bronchiale leiden oft zusätzlich an Begleiterkrankungen wie einer arteriellen Hypertonie, einer Fettstoffwechselstörung oder einem Diabetes mellitus.

Zitierte Literatur siehe Kapitel 9, Literaturverzeichnis



DMP CHRONISCH OBSTRUKTIVE ATEMWEGS- ERKRANKUNG (COPD)

Wichtige Kennzahlen für das Jahr 2023

Anzahl insgesamt dokumentierter Patientinnen und Patienten im DMP:	119.503
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation 2023:	114.651
Anteil der DMP-Patientinnen und -Patienten von den Erkrankten ^a :	30 bis 39 Prozent
Anteil hausärztlich Betreuer:	87,2 Prozent
Anteil Frauen:	51,1 Prozent
Mittleres Alter ^b :	69,1 ± 11,0 Jahre
Mittlere Betreuungsdauer im DMP ^b :	7,5 ± 4,9 Jahre
Anzahl dokumentierender Ärztinnen und Ärzte:	4.488
Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen ^c :	30

a: Anhand epidemiologischer Angaben zur Erkrankungsprävalenz geschätzter Anteil GK-Versicherter, die in dem DMP in Nordrhein im Jahr 2023 dokumentiert wurden [2, 5, 39]; b: Mittelwert ± eine Standardabweichung; c: Stand 11.04.2024 [21]

EINFÜHRUNG

Im Jahr 2023 werden insgesamt 119.500 Patientinnen und Patienten in Nordrhein in dem DMP Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD) betreut. Vermutlich erreicht dieses DMP zwischen 30 und 39 Prozent der von der Erkrankung betroffenen Krankenversicherten in der Region. Die anhand von zwölf Qualitätszielen zu beschreibende Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten ist teilweise als sehr gut zu charakterisieren. So lassen sich insbesondere das Auftreten von Exazerbationen, eine notfallmäßige stationäre COPD-Behandlung oder auch eine dauerhafte Therapie mit oralen Kortikosteroiden (OCS) sehr oft vermeiden. Allerdings werden vor allem jene Qualitätsziele, die sich auf eine Nikotinkarenz beziehen, zum Teil nur von wenigen Patientinnen und Patienten erreicht.

7.1 ALLGEMEINE ZIELE DES DMP

Im Rahmen des DMP COPD sollen die Lebensqualität erhalten beziehungsweise verbessert und die Lebenserwartung der Patientinnen und Patienten erhöht werden. Auf der Grundlage einer individuellen Risikoabschätzung wird die Therapie von den Behandelnden und Betreuten differenziert geplant. Genauso wie bei der Diagnostik ist hierbei zu berücksichtigen, dass die Erkrankungen Asthma bronchiale und COPD gemeinsame Eigenschaften und klinische Merkmale aufweisen können und eventuell auch eine asthmaspezifische Therapie erforderlich sein kann. Grundlage der Risikoabschätzung sind der Raucherstatus, die Lungenfunktion, die Häufigkeit und Schwere von Exazerbationen, die körperliche Aktivität, der Ernährungszustand und Komorbiditäten. In der DMP-Anforderungen-Richtli-

nie werden für das DMP COPD die folgenden Therapieziele festgelegt:

- Die Vermeidung beziehungsweise Reduktion
 - akuter und chronischer Krankheitsbeeinträchtigungen wie Symptomen, Exazerbationen oder Begleit- und Folgeerkrankungen
 - krankheitsbedingter Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Alltagsaktivitäten
 - einer raschen Erkrankungsprogredienz bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie
- Reduktion der COPD-bedingten Letalität
- adäquate Behandlung der Komorbiditäten

7.2 BETREUTE IM DMP

Im Jahr 2023 werden in Nordrhein insgesamt 119.503 Patientinnen und Patienten im DMP COPD betreut, davon liegt für 114.651 (95,9 Prozent) mindestens eine Folgedokumentation aus dem Jahr 2023 vor. Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Zahl der insgesamt im DMP Betreuten um 532 beziehungsweise 0,4 Prozent leicht erhöht. Aufgrund epidemiologischer Angaben zur COPD-Prävalenz ist davon auszugehen,

dass vermutlich 30 bis 39 Prozent der von dieser Erkrankung betroffenen gesetzlich Krankenversicherten in dem DMP betreut werden. Diese Betreuung erfolgt zu einem überwiegenden Anteil (87,2 Prozent) in hausärztlichen Praxen. 51,1 Prozent der Betreuten sind Frauen. Fast die Hälfte aller Patientinnen und Patienten im DMP sind 70 Jahre alt oder älter (Tab. 7-1).

7. DMP CHRONISCH OBSTRUKTIVE ATEMWEGSERKRANKUNG (COPD)

TAB. 7-1 Altersgruppen und Gruppen unterschiedlicher Betreuungsdauer nach Geschlecht						
	weiblich		männlich		insgesamt	
Alter (Jahre)	n	Prozent	n	Prozent	n	Prozent
18 – 29	44	0,1	54	0,1	98	0,1
30 – 39	309	0,5	344	0,6	653	0,6
40 – 49	1.654	2,8	1.837	3,3	3.491	3,0
50 – 59	8.341	14,2	8.822	15,7	17.163	15,0
60 – 69	19.221	32,8	19.113	34,1	38.334	33,4
70 – 79	17.143	29,3	15.532	27,7	32.675	28,5
≥ 80	11.878	20,3	10.358	18,5	22.236	19,4
alle	58.590	100,0	56.060	100,0	114.650	100,0
DMP (Jahre)						
≤ 2	9.489	16,2	9.632	17,2	19.121	16,7
> 2 – ≤ 5	11.551	19,7	11.516	20,5	23.067	20,1
> 5 – ≤ 8	11.934	20,4	11.776	21,0	23.710	20,7
> 8 – ≤ 12	11.662	19,9	10.966	19,6	22.628	19,7
> 12 – ≤ 15	7.805	13,3	6.877	12,3	14.682	12,8
> 15	6.149	10,5	5.293	9,4	11.442	10,0
alle	58.590	100,0	56.060	100,0	114.650	100,0
	n	Mittelwert	n	Mittelwert	n	Mittelwert
Alter	58.590	69,5 ± 11,0	56.060	68,7 ± 11,0	114.650	69,1 ± 11,0
DMP	58.590	7,6 ± 5,0	56.060	7,4 ± 4,9	114.650	7,5 ± 4,9

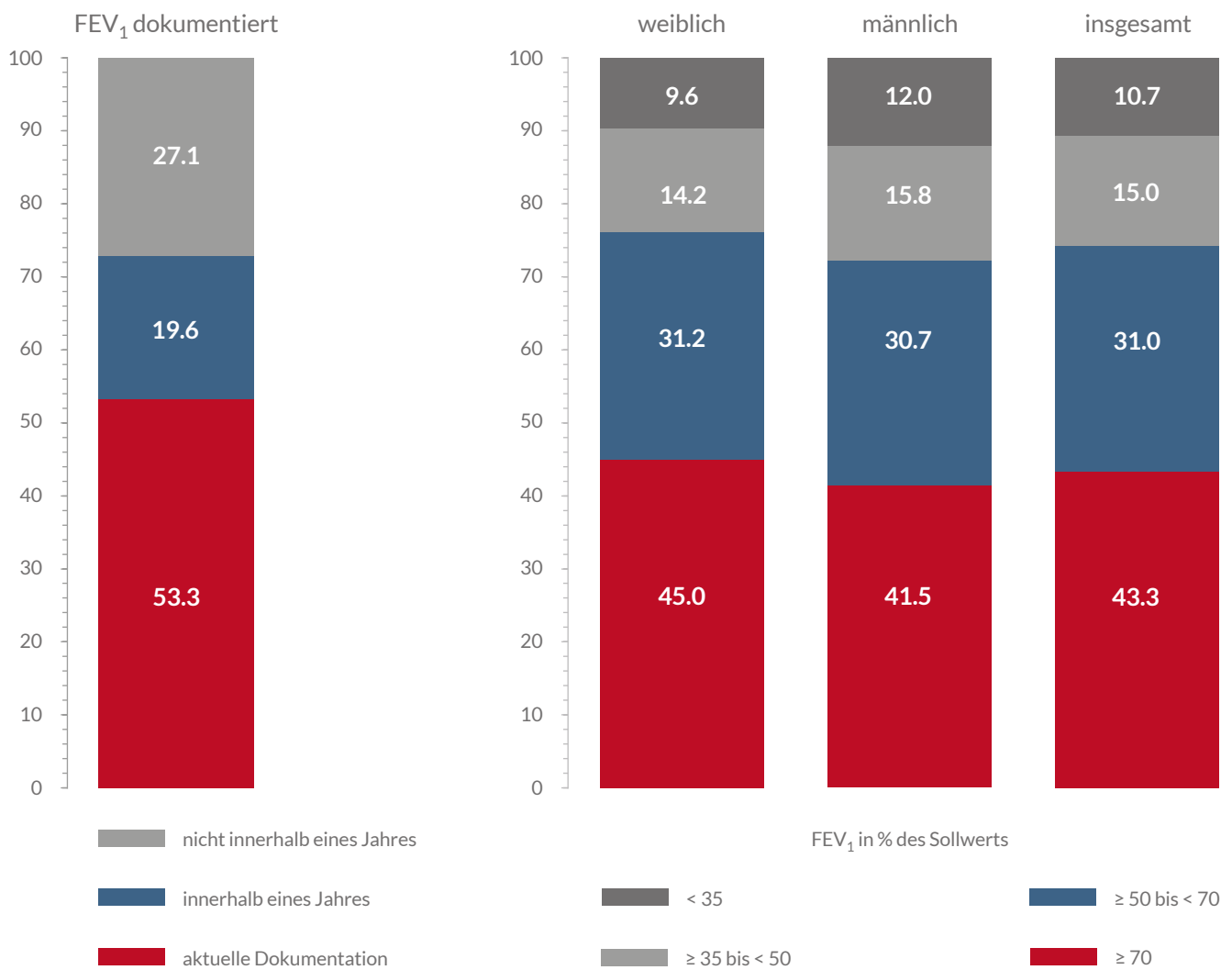
DMP: betreut im DMP seit ... Jahren; Mittelwert ± eine Standardabweichung in Jahren; Geschlecht divers n = 1

Fast ein Fünftel (19,4 Prozent) der Betreuten ist bereits 80 Jahre alt oder älter. Das mittlere Alter der Patientinnen und Patienten liegt bei 69,1 Jahren, wobei die im DMP betreuten Frauen ungefähr ein halbes Jahr älter sind als die Männer. Bis zu einem Alter von 69 Jahren ist der Anteil der im DMP betreuten Frauen etwas kleiner als derjenige der Männer. Ab einem Alter von 70 Jahren kehrt sich dieses Verhältnis um. Die durchschnittliche

Betreuungszeit im DMP COPD beträgt 7,5 Jahre. Über ein Fünftel der Patientinnen und Patienten wird länger als zwölf Jahre betreut, Frauen hierbei etwas häufiger als Männer.

Für 53,3 Prozent der Patientinnen und Patienten liegt eine valide FEV₁/Sollwertangabe aus der letzten Dokumentation des Jahres 2023 vor (Abb. 7-1).

ABB. 7-1 Grad der Atemwegobstruktion



Alle Angaben in Prozent

Weitere 19,6 Prozent verfügen über einen Messwert aus den letzten zwölf Monaten. Somit können fast drei Viertel der teilnehmenden Patientinnen und Patienten nach dem Grad ihrer Atemwegobstruktion gemäß der ICD 10-Kodierung eingruppiert werden. Gegenüber dem Vorjahr hat sich dieser Anteil um 3,9 Prozent-

punkte erhöht. Eine nach Geschlecht differenzierte Darstellung zeigt, dass Männer stärker von einer Atemwegobstruktion betroffen sind als Frauen. So beträgt der Anteil von Männern mit einer FEV₁-Angabe unter 50 Prozent des Sollwerts 27,8 Prozent, in der Gruppe der Frauen ist dies bei 23,8 Prozent der Fall.

7.3 VERSORGUNGSQUALITÄT

Qualitätssicherungsziele des DMP COPD sind, dass Patientinnen und Patienten

- wegen COPD nicht notfallmäßig stationär behandelt werden müssen,
- keine Exazerbationen erleiden,
- sofern sie rauchen, eine Empfehlung zum Tabakverzicht erhalten,
- nach einer entsprechenden 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,

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich am deutlichsten die Quote der Patientinnen und Patienten mit einer jährlichen Bestimmung des FEV₁-Werts um 5,3 Prozentpunkte erhöht. Um 2,4 Prozentpunkte häufiger wird ein körperliches Training empfohlen und der Anteil derjenigen, bei denen das Osteoporose-Risiko eingeschätzt worden ist, hat um 2,1 Prozentpunkte zugenommen. Leichte Steigerungen sind auch beim Überprüfen der Inhalationstechnik (+0,8 Prozentpunkte) und dem Wahrnehmen eines Tabakentwöhnungsprogramms festzustellen (+0,5 Prozentpunkte). Beschränkt man die Analyse zum Überprüfen der Inhalationstechnik auf Fälle, die mindestens ein Jahr im DMP betreut werden, und untersucht, bei welchen davon eine solche Über-

- 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.

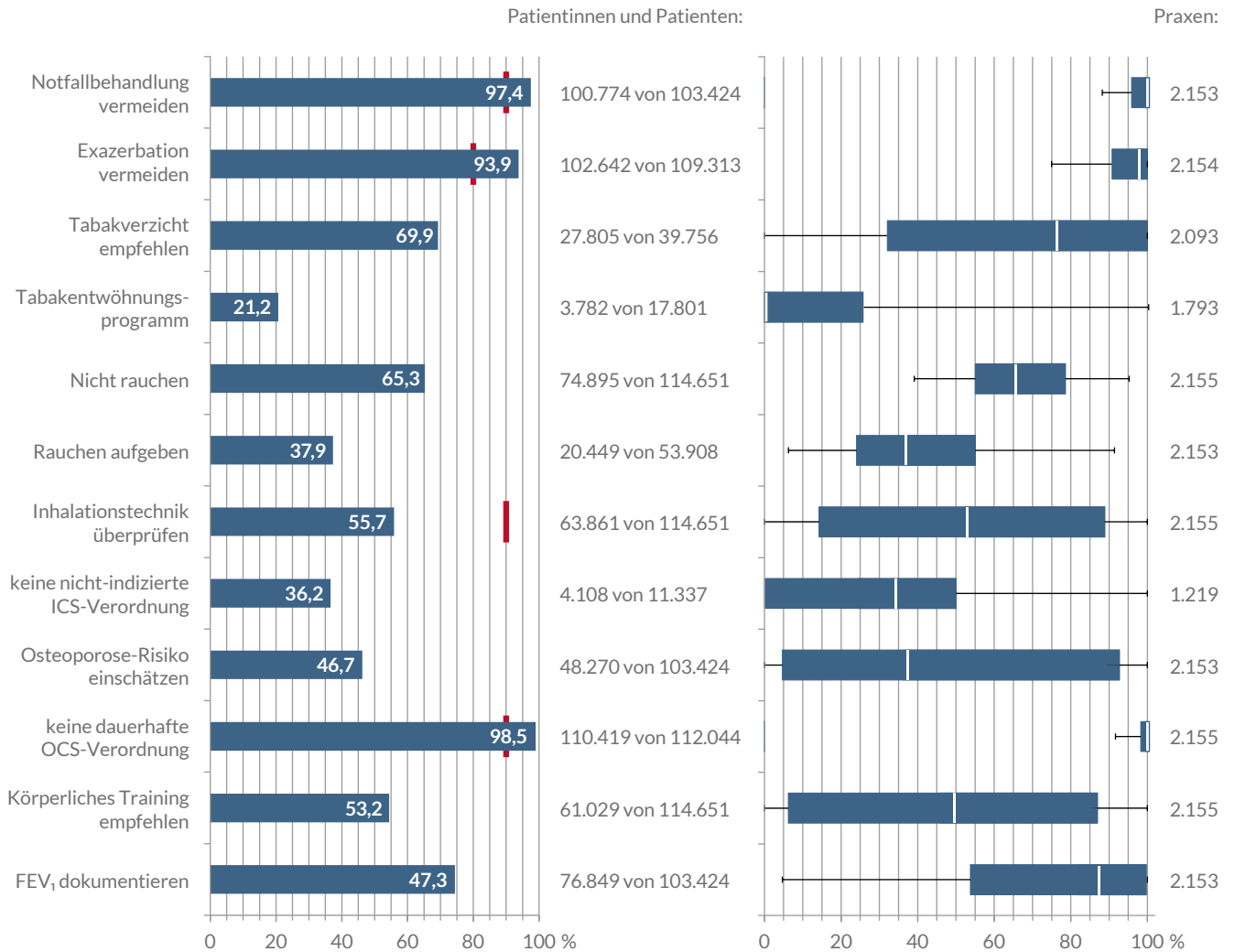
Von diesen zwölf patienten- oder behandlungsbezogenen Qualitätszielen weisen nur vier eine quantitative Vorgabe auf. Von diesen werden im Jahr 2023 die Ziele zum Vermeiden einer Notfallbehandlung, von Exazerbationen oder einer dauerhaften OCS-Verordnung übertroffen. Das Ziel zur Überprüfung der Inhalationstechnik wird hingegen nach wie vor deutlich verfehlt (Abb. 7-2).

prüfung innerhalb der letzten zwölf Monate erfolgt ist, dann wird hier ein Anteil von 63,7 Prozent erreicht. Leicht zurückgegangen um jeweils -0,6 Prozentpunkte sind hingegen die Quoten für das Vermeiden von Notfallbehandlungen und Exazerbationen sowie der Anteil nicht rauchender Patientinnen und Patienten.

Auf Praxisebene zeigen sich bei den meisten Qualitätszielen im DMP COPD ausgeprägt hohe Schwankungsbereiche der erreichten Quoten. Dies gilt insbesondere für die Ziele zum Empfehlen eines Tabakverzichts, dem Überprüfen der Inhalationstechnik, dem Einschätzen des Osteoporose-Risikos sowie dem Empfehlen eines körperlichen Trainings.

ABB. 7-2

Erreichen der Qualitätsziele



Punktwerte: rote Linie = festgelegte Qualitätszielquote; Interquartilbereiche für Praxen mit ≥ 10 DMP-Patientinnen und Patienten: weiße Linie = Median, Balken = erreichte Quoten in 25 - 75 Prozent der Praxen, Antennen = erreichte Quoten in 5 - 95 Prozent der Praxen

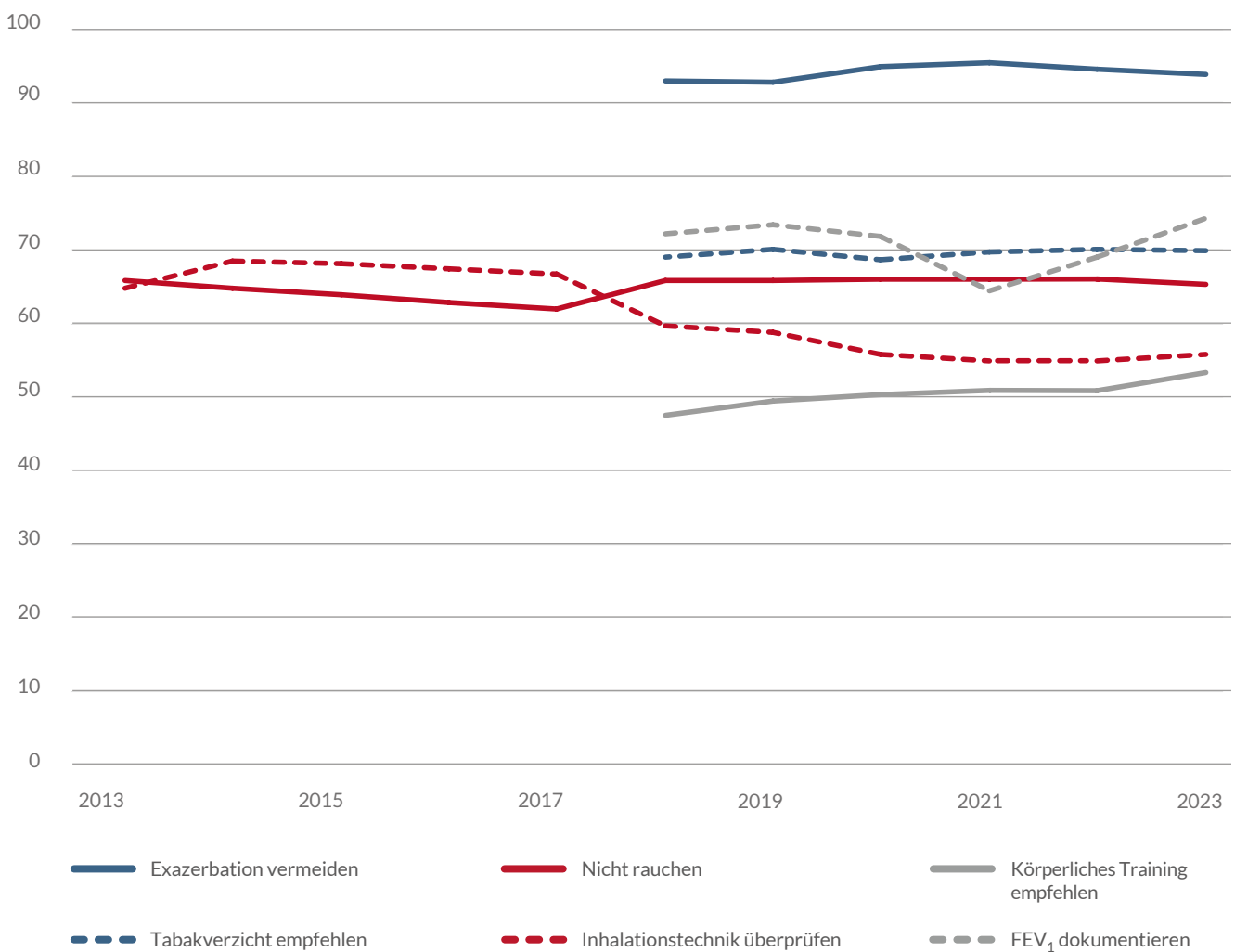
7. DMP CHRONISCH OBSTRUKTIVE ATEMWEGSERKRANKUNG (COPD)

Im DMP COPD lässt sich für einen Teil der Indikatoren die Entwicklung erst seit deren Einführung im Jahr 2018 darstellen. Für zwei der länger gültigen Indikatoren lassen sich verschiedene Trends erkennen. So liegt der Anteil nicht rauchender Patientinnen und Patienten relativ konstant bei etwa zwei Dritteln aller Betreuten im DMP. In Bezug auf das Überprüfen der Inhalationstechnik ist zwischen 2014 und 2021 ein Rückgang von etwa 70 Prozent auf ungefähr 55 Prozent festzustellen (Abb. 7-3). Auch in der Gruppe der erst seit 2018 geltenden Indikatoren zeigen sich Unterschiede in der Entwicklung. So erweisen sich auch die Quoten für

das Vermeiden von Exazerbationen in einem Bereich um 95 Prozent sowie diejenigen zum Empfehlen eines Tabakverzichts mit etwa 70 Prozent als recht stabil. Vermutlich als Nebeneffekt der COVID-19-Pandemie ist allerdings in den beiden Jahren 2020 und 2021 ein leichter Anstieg der Quote vermiedener Exazerbationen zu beobachten. Ein kontinuierlicher Zuwachs zeigt sich dagegen bei der Quote für das Empfehlen eines körperlichen Trainings. Für das regelmäßige Dokumentieren der FEV₁-Befunde hat sich zudem seit 2021 die Quote deutlich erhöht und erreicht im Jahr 2023 den größten Wert seit Einführung dieses Indikators.

ABB. 7-3

Erreichte Quoten ausgewählter Qualitätsziele im Zeitverlauf



Querschnittdaten, alle Angaben in Prozent

Eine vollständige Darstellung zu allen Zielen für den Zeitraum 2014 bis 2023 findet sich im DMP-Atlas NRW (zi-dmp.de/dmp-atlas_nrw). Dort können neben den

jeweils erreichten Quoten auch die absoluten Zähler- und Nennerhäufigkeiten im Zeitverlauf verglichen werden.

7.4 EXAZERBATIONEN UND NOTFALLBEHANDLUNGEN

Insgesamt sind im Jahr 2023 bei 9.073 (7,9 Prozent) Patientinnen und Patienten das Auftreten von Exazerbationen und bei 2.447 (2,1 Prozent) eine stationäre Notfallbehandlung dokumentiert (Tab. 7-2). Gegenüber dem Vorjahr ist sowohl für Exazerbationen (2022: 6,6 Prozent) als auch für stationäre Notfallbehandlungen (2022: 1,7 Prozent) dabei ein leichter Anstieg in der Häufigkeit zu beobachten.

Die Unterteilung des Auftretens von Exazerbationen oder stationären Notfallbehandlungen nach dem Aus-

maß der Atemwegsobstruktion offenbart einen deutlichen Trend. Je höher die FEV₁-Sollwerterreichung ausfällt, desto seltener sind Exazerbationen oder stationäre Notfälle dokumentiert. Zudem scheint in der Teilgruppe ohne Dokumentation eines FEV₁-Werts in den letzten zwölf Monaten ein eher geringer Obstruktionsgrad vorzuliegen. Innerhalb dieser Gruppe sind deutlich seltener Exazerbationen und auch etwas seltener stationäre Notfallereignisse erfasst.

TAB. 7-2	Atemwegsobstruktion und stationäre Notfälle oder Exazerbationen 2023						
	FEV ₁ in % des Sollwerts				FEV ₁ dokumentiert		alle
	≥ 70	≥ 50 - < 70	≥ 35 - < 50	< 35	ja	nein	
Exazerbation	5,4	9,1	12,9	15,6	8,8	5,4	7,9
Stationärer Notfall	0,9	2,0	3,6	6,4	2,2	1,9	2,1
Fallzahl im Nenner	37.216	26.595	12.867	9.223	85.901	28.750	114.651

Angaben in Prozent der jeweiligen Gruppe, FEV₁ dokumentiert in den letzten zwölf Monaten

7.5 MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Eine globale Betrachtung der Verordnungshäufigkeiten – also ohne Bezug auf den Grad der Atemwegsobstruktion – zeigt die höchsten Quoten für die Verordnung von SABA oder SAAC bei Bedarf und LABA oder LAAC als Dauermedikation (Tab. 7-3). Es existieren allerdings sehr hohe Spannweiten zwischen den Quoten in den Praxen. ICS werden dagegen lediglich in 18,2 Prozent der Fälle verordnet, alle anderen Verordnungshäufigkeiten finden sich in weniger als einem Zehntel aller Fälle. Das Alter der Patientinnen und Patienten ist für die Verordnungshäufigkeiten nahezu irrelevant.

Große Unterschiede bestehen in der Verordnungshäufigkeit nach Grad der Atemwegsobstruktion. So finden sich die höchsten Verordnungsquoten bei Patientinnen und Patienten mit einer stark ausgeprägten Atemwegsobstruktion. Für SABA oder SAAC werden in diesen Fällen annähernd 80 Prozent erreicht und für LAAC fast 70 Prozent (Abb. 7-4). Aber auch für die übrigen Wirkstoffe ist ein analoger Anstieg der Verordnungshäufigkeiten in Abhängigkeit des Ausmaßes der Atemwegsobstruktion deutlich zu beobachten.

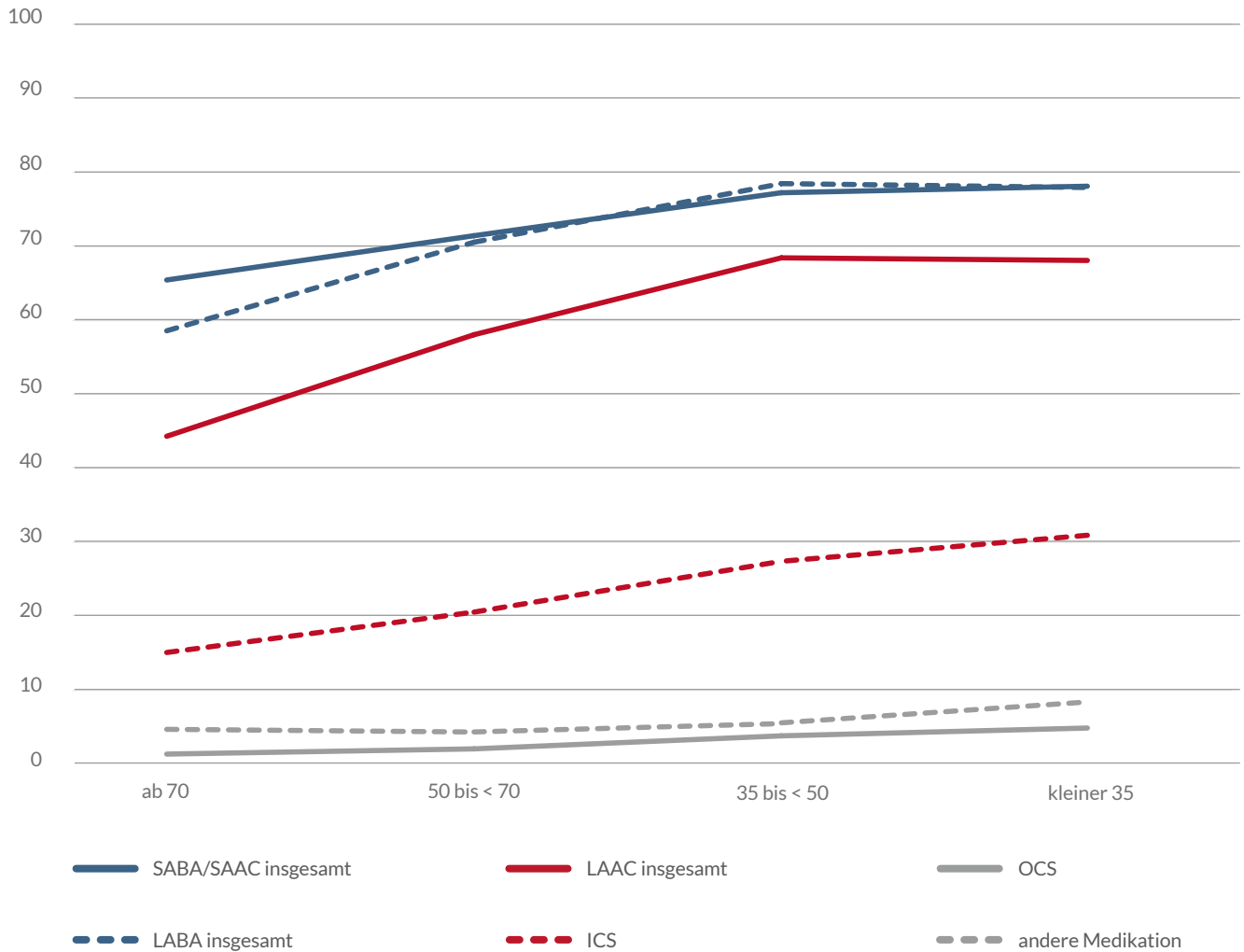
7. DMP CHRONISCH OBSTRUKTIVE ATEMWEGSERKRANKUNG (COPD)

TAB. 7-3	COPD-spezifische Medikation			
	< 70 Jahre	≥ 70 Jahre	alle	IQR
SABA/SAAC ^a bei Bedarf	62,7	61,1	61,9	41,2 – 81,3
LABA ^b bei Bedarf	6,1	6,2	6,2	0,0 – 9,1
LAAC ^c bei Bedarf	4,7	4,7	4,7	0,0 – 6,5
SABA/SAAC dauerhaft	8,5	8,3	8,4	0,0 – 11,8
LABA dauerhaft	58,8	59,8	59,3	42,9 – 77,8
LAAC dauerhaft	46,6	48,0	47,3	25,5 – 67,7
ICS ^d	18,3	18,2	18,2	0,0 – 29,0
OCS ^e	2,1	2,2	2,1	0,0 – 3,3
Theophyllin	0,6	0,8	0,7	0,0 – 0,0
sonstige COPD-spezifische Medikation	5,2	5,3	5,2	0,0 – 5,6

Alle Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen möglich, Kontraindikationen berücksichtigt, **IQR**: Interquartilbereich, Quoten in 25 – 75 Prozent der Praxen mit ≥ 10 DMP-Patientinnen und Patienten; **a**: SABA/SAAC, kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika / kurzwirksame Anticholinergika, **b**: LABA, langwirksame Beta-2-Sympathomimetika, **c**: LAAC, langwirksame Anticholinergika, **d**: ICS, inhalative Kortikosteroide, **e**: OCS, orale Kortikosteroide

ABB. 7-4

Verordnungshäufigkeiten nach Grad der Atemwegsobstruktion



Alle Angaben in Prozent, Obstruktionsgrad in FEV₁-Prozent vom Sollwert, für SABA/SAAC, LABA und LAAC zusammengefasster Wert aus Bedarfs- und Dauermedikation, Abkürzungen der Wirkstoffe siehe Tab. 7-3

7.6 SCHULUNGEN

Die Schulung von COPD-Patientinnen und -Patienten gilt als wichtiges Element innerhalb des DMP. Sie hat zum Ziel, den Betreuten die notwendigen Fähigkeiten zu vermitteln, mit ihren gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestmöglich zurecht zu kommen und Risiken zu vermeiden, die eine weitere Eskalation der Erkrankung fördern könnten. Patientinnen und Patienten, die innerhalb von zwölf Monaten einer Schulungsempfehlung

ohne einen nachvollziehbaren Grund nicht nachkommen, werden aus dem DMP ausgeschrieben. Insgesamt wurde 38,7 Prozent der Patientinnen und Patienten eine COPD-Schulung im jeweiligen gesamten DMP-Verlauf empfohlen. In der Gruppe der Teilnehmenden mit einer Schulungsempfehlung ist bei 46 Prozent eine sich anschließende Schulungswahrnehmung dokumentiert (Tab. 7-4).

TAB. 7-4	Schulungen				
	< 70 Jahre weiblich	< 70 Jahre männlich	≥ 70 Jahre weiblich	≥ 70 Jahre männlich	alle
Schulung empfohlen ^a	39,1	38,2	38,8	38,9	38,7
Empfohlene Schulung wahrgenommen ^b	44,3	44,2	47,8	47,8	46,0
Schulung vor Einschreibung ins DMP ^c	15,1	15,1	15,0	15,5	15,2
Schulung aktuell wahrgenommen ^d	82,3	82,9	81,2	80,9	81,9

Alle Angaben in Prozent, a: im gesamten DMP-Verlauf empfohlen, b: bei einer Empfehlung, c: bei Patienten, die seit 2018 eingeschrieben wurden, d: innerhalb der letzten 24 Monate empfohlen und wahrgenommen

Eine Schulung vor der Einschreibung ins DMP ist bei 15,2 Prozent der Patientinnen und Patienten dokumentiert. Werden dagegen nur Patientinnen und -Patienten betrachtet, denen eine Schulung erst innerhalb der letzten beiden Jahre empfohlen wurde, ist hier mit einem Wert von 81,9 Prozent eine deutlich höhere Wahrnehmungsquote festzustellen. Hierbei sind sowohl Alters- wie Geschlechtsunterschiede nur gering ausgeprägt.

Deutlichere Unterschiede lassen sich bei den Schulungen – ähnlich wie bei den Verordnungshäufigkeiten – auch nach dem Ausmaß der Atemwegsobstruktion bestätigen (Tab. 7-5). Patientinnen und Patienten mit stark eingeschränkter Lungenfunktion wird wesentlich häufiger eine Schulung empfohlen und von diesen auch öfter wahrgenommen. Bei einem Obstruktionsgrad unter 35 Prozent des Sollwerts nehmen neun von zehn Betreuten eine aktuell empfohlene Schulung wahr.

TAB. 7-5	Schulungen nach Grad der Atemwegsobstruktion				
	FEV ₁ in % des Sollwerts				zusammen
	≥ 70	≥ 50 – < 70	≥ 35 – < 50	< 35	
Schulung empfohlen	37,4	40,8	44,9	51,0	41,1
Empfohlene Schulung wahrgenommen	44,3	47,3	49,5	54,5	47,4
Schulung vor Einschreibung ins DMP	14,8	14,8	16,0	21,9	15,7
Schulung aktuell wahrgenommen	81,0	82,5	83,4	89,7	83,4

Alle Angaben in Prozent, nur Fälle mit einer Dokumentation der FEV₁ Werte in den letzten 12 Monaten, Schulungsindikatoren siehe Tab. 7-4

7.7 ADIPOSITAS, RAUCHEN UND GERINGE LUNGENFUNKTION

Ein Drittel der Betreuten ist adipös, wobei dies auch in diesem DMP häufiger auf jüngere Betreute zutrifft (Tab. 7-6). Über ein Drittel aller Teilnehmenden raucht. Die Verteilung unter Frauen und Männern fällt hierbei gleich aus, insbesondere bei den jüngeren Teilnehmenden ist ein solches Verhalten aber deutlich häufiger dokumentiert. Gegenüber den 21,3 Prozent mit einer

FEV₁ Angabe unter 70 Prozent des Sollwerts unter den erwachsenen Patientinnen und Patienten im DMP Asthma bronchiale weisen eine solche Lungenfunktion 56,7 Prozent der Betreuten im DMP COPD auf. Insbesondere bei älteren und männlichen COPD-Patienten ist dieser Anteil noch etwas größer.

TAB. 7-6	Häufigkeit einer Adipositas, des Rauchens und einer geringen Lungenfunktion				
	< 70 Jahre weiblich	< 70 Jahre männlich	≥ 70 Jahre weiblich	≥ 70 Jahre männlich	alle
Übergewicht (BMI ≥ 30 kg/m ²)	35,7	37,1	29,4	28,9	32,9
Rauchen	47,6	47,1	21,1	20,5	34,7
FEV ₁ unter 70 % des Sollwerts	55,1	57,4	54,8	59,9	56,7

Alle Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich; BMI: Body-Mass-Index, FEV₁: Lungenfunktionswert innerhalb der letzten zwölf Monate dokumentiert

7.8 KOMORBIDITÄT

Neben der COPD als leitender Indikation sind im DMP auch eine Vielzahl weiterer Begleiterkrankungen nachzuweisen. So leiden nahezu sieben von zehn COPD-Patientinnen und -Patienten unter einer arteriellen Hypertonie, bei fast der Hälfte besteht eine Fettstoff-

wechselstörung und fast vier von zehn sind zusätzlich an einem Diabetes mellitus erkrankt. Bei zehn Prozent der COPD-Patientinnen und -Patienten wurde auch ein Asthma bronchiale festgestellt (Tab. 7-7).

TAB. 7-7	Häufigkeit dokumentierter Begleiterkrankungen				
	< 70 Jahre weiblich	< 70 Jahre männlich	≥ 70 Jahre weiblich	≥ 70 Jahre männlich	alle
Arterielle Hypertonie	55,1	61,1	78,2	80,7	68,3
Koronare Herzkrankheit	14,6	28,6	30,2	46,7	29,5
Chronische Herzinsuffizienz	3,7	6,3	11,5	14,6	8,8
Periphere arterielle Verschlusskrankheit	4,1	6,3	8,3	13,3	7,8
Fettstoffwechselstörung	38,5	44,7	54,6	58,5	48,7
Diabetes mellitus	28,2	37,2	38,8	47,3	37,6
Asthma bronchiale	11,3	8,5	11,2	8,8	10,0
Drei oder mehr Begleiterkrankungen	24,2	35,0	43,7	55,3	39,0
Mindestens eine Begleiterkrankung	73,9	79,8	90,5	92,4	83,8

Alle Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen möglich; niemals dokumentiert

Ähnlich wie in den beiden DMP Typ-2-Diabetes und Koronare Herzkrankheit sind somit auch die Betreuten im DMP COPD in hohem Maße von Komorbidität betroffen. Für 83,8 Prozent der Betreuten wurde im Verlauf des DMP mindestens eine Begleiterkrankung diagnos-

tiziert, bei 39 Prozent sind dies sogar drei oder mehr. Ebenfalls wie in den anderen DMP ist die Komorbidität unter den älteren COPD-Patientinnen und -Patienten sowie – ausgenommen ein Asthma bronchiale – bei den männlichen Teilnehmern deutlich stärker ausgeprägt.

7.9 RESÜMEE: WAS LÄUFT IM DMP COPD GUT, WAS KANN NOCH BESSER WERDEN?

- Im Jahr 2023 hat sich die Zahl der im DMP COPD betreuten Patientinnen und Patienten gegenüber dem Vorjahr um 0,4 Prozent auf insgesamt 119.503 erhöht, was positiv zu bewerten ist. Von den mutmaßlich in der Region an COPD erkrankten, gesetzlich Krankenversicherten werden 30 bis 39 Prozent in dem DMP betreut. Somit verbleibt in diesem DMP weiterhin ein beträchtlicher Spielraum, noch mehr Betroffene einzuschreiben und strukturiert zu versorgen.
- Gemessen an den vertraglich festgelegten Indikatoren ist die Qualität der strukturiert versorgten Patientinnen und Patienten im DMP zum Teil als sehr gut einzustufen. Die vorgegebenen Zielquoten zum Vermeiden von Notfallbehandlungen und Exazerbationen sowie zum Vermeiden einer dauerhaften OCS-Verordnung werden deutlich überschritten. Auf der anderen Seite ist jedoch festzustellen, dass nach wie vor ein großer Teil der Patientinnen und Patienten raucht beziehungsweise nur etwa jede oder jeder Vierte das Rauchen im DMP-Verlauf aufgegeben hat. Sehr gering ist weiterhin die Quote beim Wahrnehmen eines Programms zur Tabakentwöhnung.
- Als Erfolg ist dagegen die im DMP-Verlauf deutlich verbesserte Quote an Fällen mit einer regelmäßigen Dokumentation des FEV₁-Werts anzusehen. Mit 74,3 Prozent ist hierfür im Jahr 2023 eine Steigerung um 5,3 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr festzustellen. Dieser Anteil erreicht somit auch den höchsten Wert seit Einführung dieses Indikators. Gleichfalls als positiv zu bewerten ist die Steigerung des Anteils derjenigen, denen ein körperliches Training empfohlen wurde, um 2,4 Prozent gegenüber dem Vorjahr auf jetzt 53,2 Prozent.
- Bezüglich der Schulungsquote im DMP COPD, die insgesamt bei allen Patientinnen und Patienten nur 46 Prozent erreicht, besteht weiterhin ein deutliches Potenzial für Verbesserungen. Betrachtet man allerdings nur die Patientinnen und Patienten mit einer Schulungsempfehlung im Vorjahr, dann sind von diesen 82 Prozent der Empfehlung nachgekommen. Dies bestätigt, dass auch im DMP COPD eine aktuelle Schulungsempfehlung von einem sehr großen Teil der Angesprochenen in kurzer Zeit danach wahrgenommen wird.
- Sehr viele der COPD-Patientinnen und -Patienten sind von Komorbidität oder Multimorbidität betroffen. Zudem lassen sich auch in vielen Bereichen, wie zum Beispiel bei den Verordnungen oder den Schulungen, deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der vorliegenden Atemwegsobstruktion erkennen. Diese Ergebnisse verdeutlichen, vor welchen Herausforderungen nach wie vor die Verbesserung der Versorgungsqualität im DMP COPD steht.

Zitierte Literatur siehe Kapitel 9, Literaturverzeichnis



DMP BRUSTKREBS

Wichtige Kennzahlen für das Jahr 2023

Anzahl insgesamt dokumentierter Patientinnen im DMP:	17.866
Anzahl Patientinnen mit mindestens einer Folgedokumentation 2023:	16.296
Anzahl Patientinnen mit einer Brustkrebs-Erstmanifestation 2023:	1.469
Anteil der DMP-Patientinnen von den Neuerkrankten ^a :	circa 20 Prozent
Mittleres Alter ^b :	64,8 ± 12,4 Jahre
Mittlere Betreuungsdauer im DMP ^b :	4,6 ± 3,4 Jahre
Anzahl dokumentierender Ärztinnen und Ärzte:	459
Anzahl teilnehmender stationärer Einrichtungen ^c :	40

a: Anhand epidemiologischer Angaben zur Erkrankungsinzidenz geschätzter Anteil GK-Versicherter, die in dem DMP in Nordrhein im Jahr 2023 dokumentiert wurden [5, 10, 12, 38]; b: Mittelwert ± eine Standardabweichung; c: Stand 11.04.2024 [21]

EINFÜHRUNG

Im Jahr 2023 werden insgesamt fast 18.000 Patientinnen in Nordrhein in dem DMP Brustkrebs betreut. Vermutlich erreicht dieses DMP inzwischen etwa 20 Prozent der neu an Brustkrebs erkrankten Versicherten in der Region. Die anhand von zehn Qualitätszielen zu beschreibende Versorgungsqualität der Patientinnen ist als sehr gut zu charakterisieren. Besonders hohe Quoten sind festzustellen für das Ausmaß, in dem Nebenwirkungen einer endokrinen Therapie oder die Kardiotoxizität einer Therapie bekannt sind. Fast allen Patientinnen in dem DMP wird ein körperliches Training empfohlen. Bei knapp vier Fünftel der Patientinnen mit den entsprechenden Voraussetzungen erfolgt eine endokrine Therapie über einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren.

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 auch dasjenige für Brustkrebs bereits 2002 beschlossen, der erste Vertrag hierzu lag in Nordrhein im Jahr 2003 vor. Seither wurde dieses 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 betroffenen Frauen durch die an der Behandlung beteiligten Vertragsärztinnen und -ärzte 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. Das DMP zielt darauf ab, Folgeerkrankungen zu vermeiden sowie psychosomatische, psychische und psychosoziale Aspekte der Langzeittherapie stärker zu berücksichtigen.

8.2 BETREUTE IM DMP

Im Jahr 2023 werden in Nordrhein insgesamt 17.866 Patientinnen in dem DMP Brustkrebs und damit 353 (+2,0 Prozent) mehr als im Vorjahr betreut. Die Teilnehmerinnen sind im Mittel fast 65 Jahre alt, über ein Drittel ist 70 Jahre alt oder älter (Tab. 8-1).

408 (2,3 Prozent) Patientinnen sind unter 40 Jahre beziehungsweise 1.816 (10,2 Prozent) unter 50 Jahre alt. Auf der anderen Seite sind 2.563 (14,3 Prozent) der in dem DMP betreuten Patientinnen 80 Jahre alt oder älter.

8. DMP BRUSTKREBS

TAB. 8-1 Altersgruppen und Gruppen unterschiedlicher Betreuungsdauer					
Alter (Jahre)	n	Prozent	DMP (Jahre)	n	Prozent
18 – 29	25	0,1	≤ 2	4.380	26,9
30 – 39	383	2,1	> 2 – ≤ 3	1.898	11,6
40 – 49	1.408	7,9	> 3 – ≤ 4	1.792	11,0
50 – 59	4.482	25,1	> 4 – ≤ 5	1.863	11,4
60 – 69	5.139	28,8	> 5 – ≤ 7	2.776	17,0
70 – 79	3.863	21,6	> 7 – ≤ 9	1.943	11,9
≥ 80	2.563	14,3	> 9	1.644	10,1
alle	17.866	100,0	alle	16.296	100,0
	n	Mittelwert	n	n	Mittelwert
Alter	17.866	64,8 ± 12,4	DMP	16.296	4,6 ± 3,4

DMP: betreut im DMP seit ... Jahren; Mittelwert ± eine Standardabweichung in Jahren; Alter < 18 n = 3

Die durchschnittliche Betreuungszeit in dem DMP beträgt 4,6 Jahre, sie hat sich gegenüber dem Vorjahr nicht weiter erhöht. Durch die 2018 erfolgte Verlängerung der Betreuungszeit im DMP auf mindestens zehn Jahre hat sich bis 2023 der Anteil von Betreuten, die mehr als fünf Jahre an dem DMP teilnehmen, auf 39 Prozent erhöht. Zum Vergleich: 2018 wurden 25,2 Prozent der Patientinnen länger als fünf Jahre im DMP Brustkrebs betreut.

4.220 (24,5 Prozent) der insgesamt 17.245 Patientinnen mit einer entsprechenden Angabe sind innerhalb der letzten beiden Jahre an Brustkrebs erkrankt. Somit ist ein beträchtlicher Anteil der Patientinnen erst seit relativ kurzer Zeit von Brustkrebs betroffen und viele von ihnen werden noch nicht alle therapeutischen Optionen abgeschlossen haben. Bei 5.569 (32,3 Prozent)

Patientinnen liegt der Erkrankungsbeginn mehr als zwei und bis zu fünf Jahre zurück. Infolge der Teilnahmerelängerung hat sich auch die Zahl der Patientinnen, die vor mehr als fünf Jahren erkrankt sind, auf 7.456 (43,2 Prozent) erhöht. Im Mittel liegt der Beginn der Erkrankung somit $5,0 \pm 4,3$ Jahre zurück. Bei insgesamt 621 (3,5 Prozent) Patientinnen fehlt in der Dokumentation die Datumsangabe der Erstmanifestation.

Bei 1.469 DMP-Teilnehmerinnen ist 2023 als Jahr der Erstmanifestation dokumentiert. Auf Grundlage der letzten Schätzung zur Brustkrebs-Inzidenz in Deutschland sind von den gesetzlich Krankenversicherten in Nordrhein, die aufgrund von Brustkrebs erstmalig behandelt wurden, etwa 20 Prozent im DMP Brustkrebs eingeschrieben.

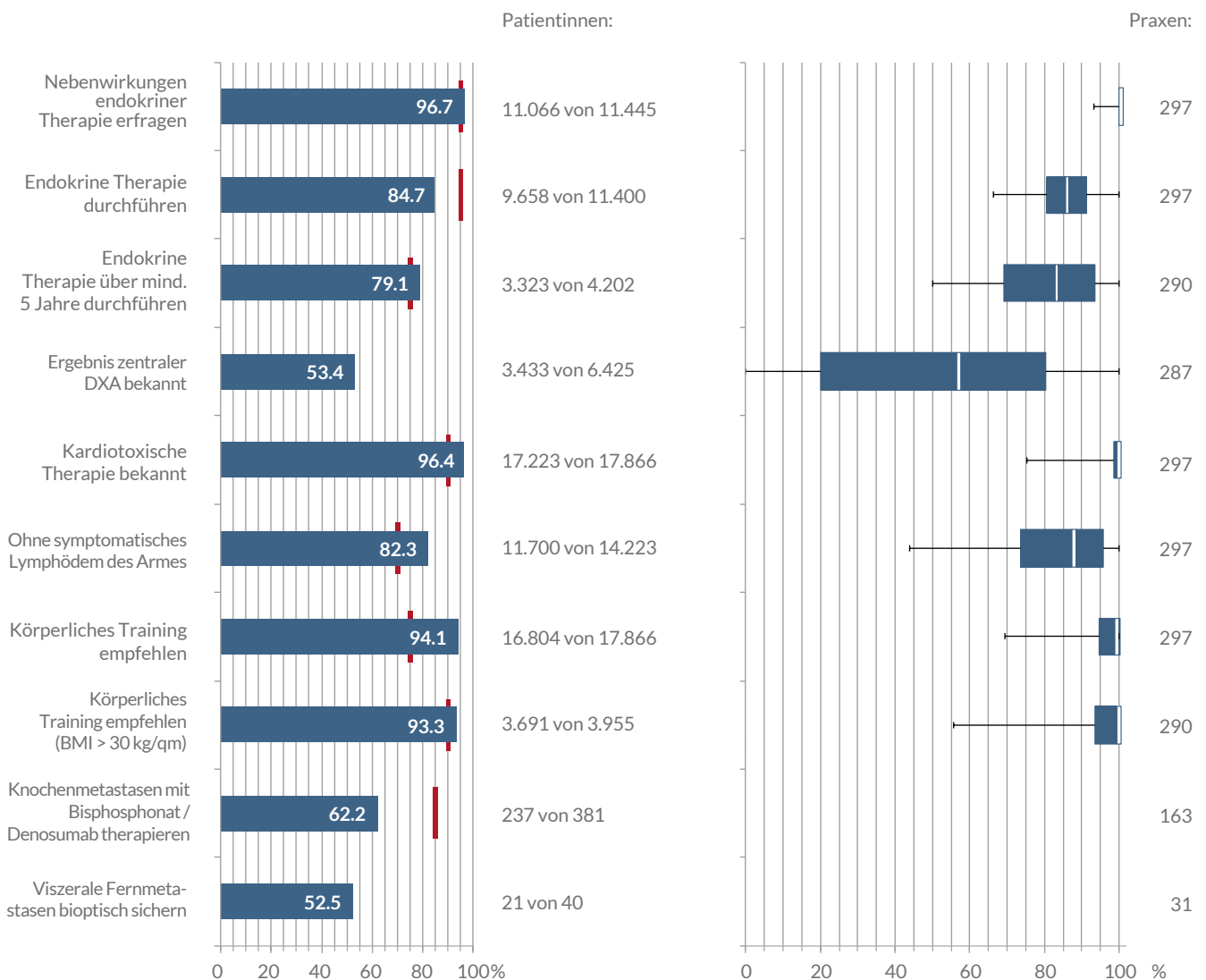
8.3 VERSORGUNGSQUALITÄT

Die Versorgungsqualität der Patientinnen im DMP Brustkrebs wird seit dem vierten Quartal 2018 anhand von zehn verschiedenen Qualitätszielen 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 Betreuten. Von diesen zehn Zielen haben acht eine quantitative Vorgabe. Sechs davon werden erreicht oder sogar deutlich überschritten (Abb. 8-1).

ABB. 8-1

Erreichen der Qualitätsziele



Punktwerte: rote Linie = festgelegte Qualitätszielquote; Interquartilbereiche für Praxen mit ≥ 10 DMP-Patientinnen: weiße Linie = Median, Balken = erreichte Quoten in 25 – 75 Prozent der Praxen, Antennen = erreichte Quoten in 5 – 95 Prozent der Praxen; für die beiden Qualitätsziele zur Therapie von Knochenmetastasen und dem Sichern von Fernmetastasen ist eine Darstellung der Interquartilbereiche aufgrund sehr geringer Fallzahlen im Nenner nicht sinnvoll

8. DMP BRUSTKREBS

Erreicht werden die Zielquoten zum Erfragen von Nebenwirkungen einer endokrinen Therapie und der fünfjährigen Fortführung einer solchen Behandlung, ebenso wie die zur Bekanntheit einer kardiotoxischen Therapie und dem Vermeiden von Lymphödemen des Armes. Auch die beiden Zielquoten werden erreicht, die sich auf die Empfehlung eines körperlichen Trainings beziehen.

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

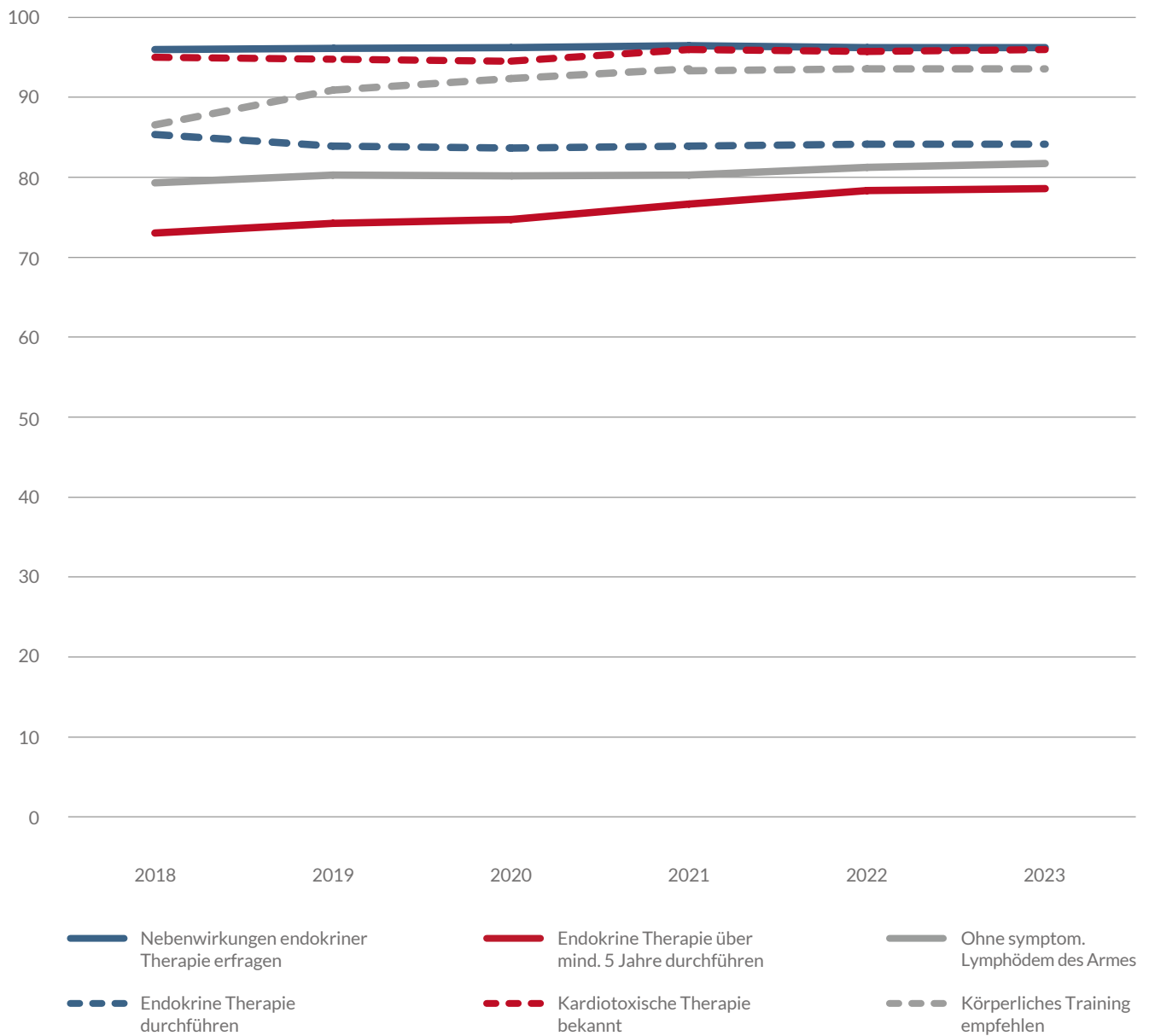
Im Jahr 2023 werden sieben der zehn Ziele von mindestens drei Viertel der Teilnehmerinnen erreicht. Im Vergleich zum Vorjahr sind die meisten Quoten etwas größer ausgefallen. So hat sich auch der Anteil der Patientinnen mit einem positiven Hormon-Rezeptorstatus und einer mindestens fünf Jahre andauernden Hormontherapie noch einmal um 0,4 Prozentpunkte auf jetzt 79,1 Prozent erhöht. Um 0,7 Prozentpunkte erhöht hat sich auch die Quote des Vermeidens von Arm-Lymphödemen. Relevante Rückgänge sind gegenüber dem Vorjahr nicht festzustellen, abgesehen von dem nur für sehr wenige Patientinnen geltenden Ziel zum Sichern von Fernmetastasen.

Erstmals werden in diesem DMP-Bericht jetzt auch die Spannweiten der Qualitätszielerreichung in den Praxen dargestellt, die insgesamt mindestens zehn Patientinnen im DMP Brustkrebs betreuen. Dabei ist zu beobachten, dass bei fast allen Indikatoren die Quoten nur eine geringe Schwankungsbreite beziehungsweise einen kleinen Interquartilbereich aufweisen. Dies bedeutet, dass die Praxen im DMP Brustkrebs weitgehend sehr ähnliche Ergebnisse erzielen. Die einzige Ausnahme findet sich bei der Bekanntheit des Ergebnisses einer zentralen DXA, wo der Interquartilbereich zwischen 20 und 80 Prozent liegt.

Die langfristigen zeitlichen Veränderungen der erreichten Zielquoten folgen unterschiedlichen Trends (Abb. 8-2). So erreichen die Quoten für das Erfragen der Nebenwirkungen einer endokrinen Therapie und die Bekanntheit einer kardiotoxischen Therapie sehr stabil das hohe Niveau von rund 95 Prozent. In ähnlicher Höhe liegen auch seit 2021 die Quoten für das Empfehlen eines körperlichen Trainings. Recht konstant bei etwa 85 Prozent liegen auch die Quoten einer aktuellen endokrinen Therapie. Deutlich angestiegen sind seit 2018 die Quoten für das Fortführen einer endokrinen Therapie über mindestens fünf Jahre. Ein leichter Anstieg ist auch beim Vermeiden von Lymphödemen zu sehen.

ABB. 8-2

Erreichte Quoten ausgewählter Qualitätsziele im Zeitverlauf



Querschnittsdaten, alle Angaben in Prozent

Eine vollständige Darstellung zu allen Zielen für den Zeitraum 2018 bis 2023 ist dem DMP-Atlas NRW zu entnehmen (zi-dmp.de/dmp-atlas_nrw). Dort können

neben den jeweils erreichten Quoten auch die absoluten Zähler- und Nennerhäufigkeiten im Zeitverlauf verglichen werden.

8.4 BEFUNDE UND CHIRURGISCHE MASSNAHMEN BEI EINSCHREIBUNG

Eine Tumorgröße T1 ist bei 54,8 Prozent und eine Größe T2 bei 27,1 Prozent der Patientinnen zum Zeitpunkt der Einschreibung dokumentiert. Der Anteil von T3- bis T4-Befunden liegt bei etwa fünf Prozent, der Anteil mit einem T_{is}-Befund erreicht ungefähr zehn Prozent (Tab. 8-2). Für sieben von zehn Patientinnen gibt es

keinen Hinweis auf einen Lymphknotenbefall. Fernmetastasen sind bei 1,4 Prozent der Patientinnen aufgetreten. In Bezug auf den Rezeptorstatus zeigt sich, dass bei ungefähr 81 Prozent der Teilnehmerinnen die Tumore als hormonrezeptorpositiv klassifiziert sind.

TAB. 8-2		Befundstatus bei Einschreibung									
Tumorgröße			Lymphknotenbefall			Fernmetastasen			Rezeptorstatus		
	n	Prozent		n	Prozent		n	Prozent		n	Prozent
T1	8.832	54,8	N0	11.801	71,2	M0	16.037	94,9	pos.	13.803	81,4
T2	4.370	27,1	N1	2.714	16,4	M1	242	1,4	neg.	2.260	13,3
T3	530	3,3	N2	546	3,3	unb.	625	3,7	unb.	892	5,3
T4	296	1,8	N3	210	1,3						
T _{is}	1.661	10,3	NX	1.310	7,9						
TX	430	2,7									

Bei Fernmetastasen kann seit 2019 nur nein oder ja dokumentiert werden; **TNM-Klassifikation** [24 Anhang 11.3], **T1**: größte Tumorausdehnung höchstens 2 cm, **T2**: größte Tumorausdehnung mehr als 2 cm, aber höchstens 5 cm, **T3**: größte Tumorausdehnung mehr als 5 cm, **T4**: Tumor jeder Größe mit direkter Ausdehnung auf die Brustwand oder Haut, **T_{is}**: Carcinoma in situ – Tumoren, die die Basalmembran noch nicht infiltriert haben, **TX**: keine Aussage über den Primärtumor möglich, **N0**: keine Anzeichen für Lymphknotenbefall, **N1**: Metastase(n) in beweglichen ipsilateralen axillären Lymphknoten der Level I und II, **N2**: Metastase(n) in ipsilateralen axillären Lymphknoten der Level I und II, **N3**: Metastase(n) in ipsilateralen infraklavikulären Lymphknoten (Level III), **NX**: keine Aussage über regionäre Lymphknoten möglich; **M0**: keine Fernmetastasen, **M1**: Fernmetastasen; **pos.**: positiv, **neg.**: negativ, **unb.**: unbekannt

In der Gruppe der Behandlungsmaßnahmen bei der Einschreibung dominiert mit zwei Dritteln aller Fälle die brusterhaltende Therapie (Tab. 8-3). Bei etwas über

einem Achtel der Patientinnen erfolgte eine Mastektomie, bei knapp sechs von zehn eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie.

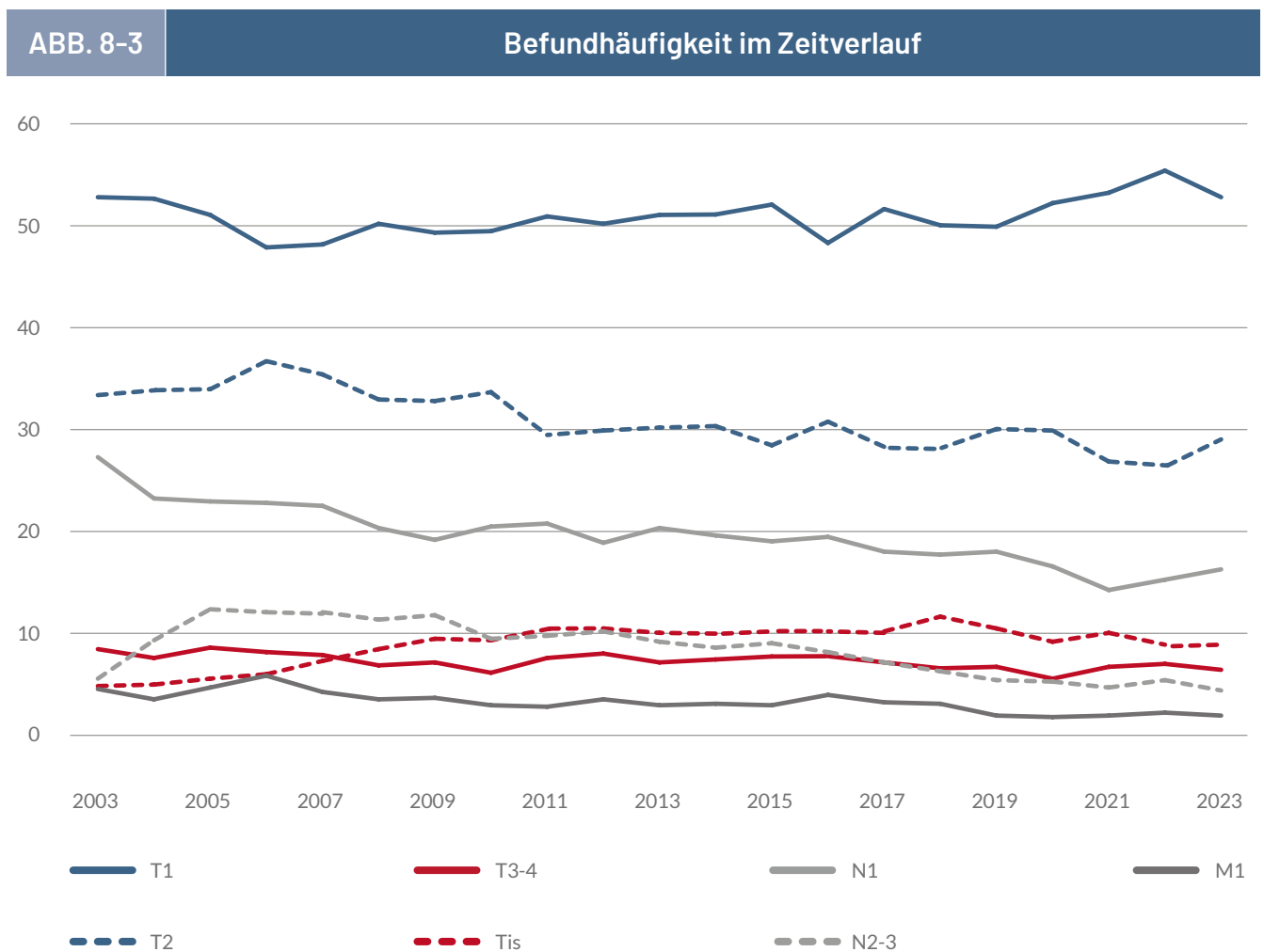
TAB. 8-3	Chirurgische Maßnahmen bei Einschreibung	
	n	Prozent
Brusterhaltende Therapie	10.927	65,4
Mastektomie	2.734	16,4
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	9.423	56,8
Axilläre Lymphonodektomie	2.161	12,9
Anderes Vorgehen	481	2,9
OP geplant (Fälle mit präoperativer Einschreibung)	899	19,7
OP nicht geplant (Fälle mit präoperativer Einschreibung)	116	2,5

Mehrfachangaben möglich

8.5 TUMORBEFUNDE UND ERKRANKUNGSSCHWERE IM ZEITVERLAUF

Sowohl die Tumorklassifikation als auch die Schweregradeinteilung können seit Beginn des DMP im Querschnitt über die Jahre miteinander verglichen werden. Zwischen 2003 und 2019 zeigt sich – mit geringfügigen

Schwankungen von Jahr zu Jahr – in Bezug auf Tumore der Größe T1 ein recht konstanter Anteil, zwischen 2020 und 2022 eine leichte Zunahme und 2023 ein leichter Rückgang (Abb. 8-3).

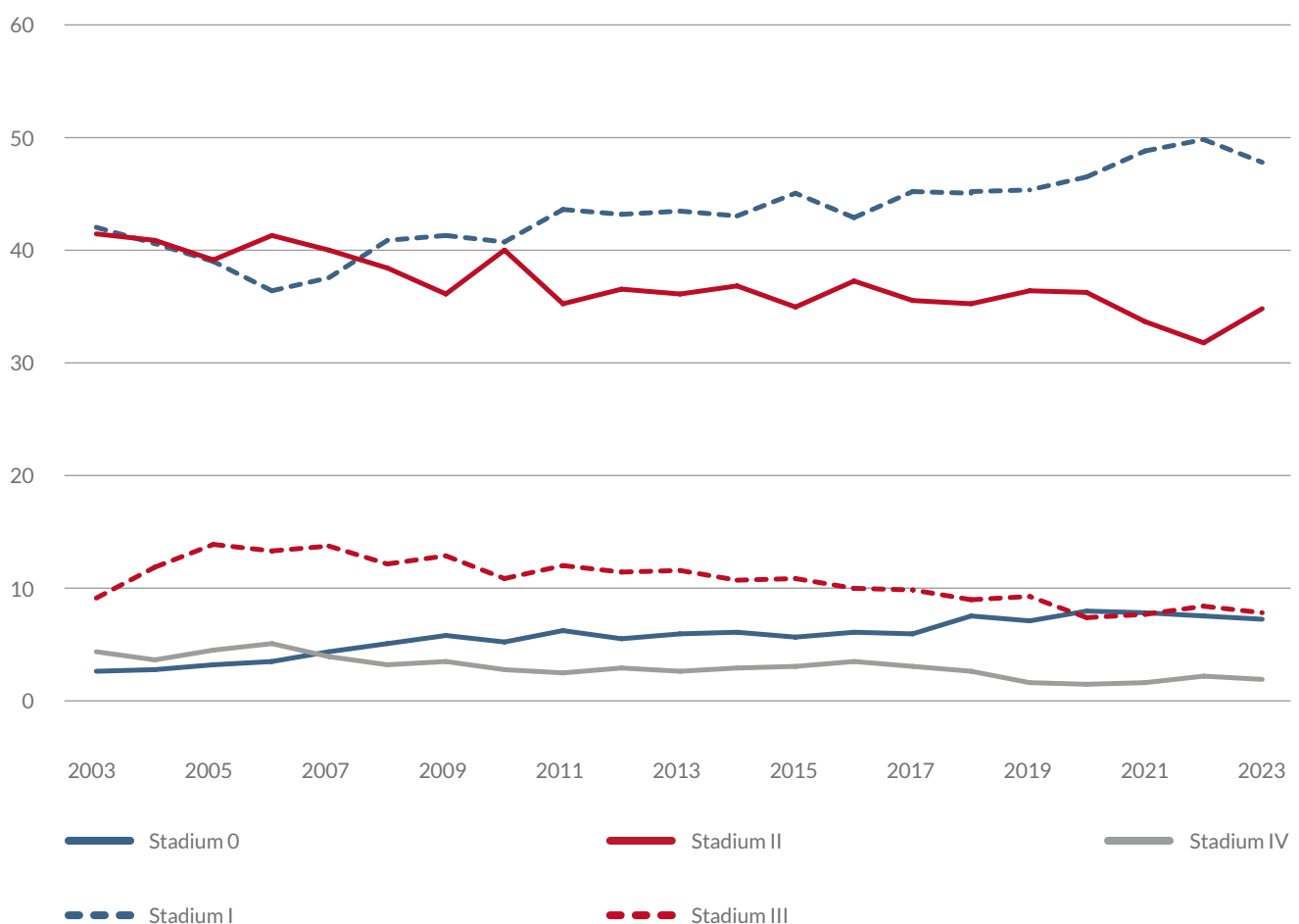


Für T2-Tumore als auch für die Tumore der Größen T3 und T4 ist langfristig ebenfalls ein Rückgang der relativen Häufigkeit unter allen im DMP betreuten Patientinnen zu erkennen. 2023 wurden jedoch geringfügig mehr T2- und N1-Befunde dokumentiert. Langfristig rückläufig ist dagegen der Trend für einen Lymphknotenbefall der Stufen N2 und N3 sowie des Auftretens von Fernmetastasen. Demgegenüber hat sich im Jahresquerschnitt der Anteil von Fällen mit einer T_{is}-Klassifikation bis 2018 recht kontinuierlich erhöht, wobei es hier in der Folge tendenziell zu einem Rückgang gekommen ist. Eine analoge Entwicklung hin zu einer Patientinnenpopulation im DMP, die von einer mildereren

Ausprägung der Erkrankung betroffen ist, lässt sich auch anhand der Erkrankungsschweregrade nachvollziehen. Hier ist im Zeitverlauf insgesamt vor allem ein deutlicher Rückgang des Anteils von Patientinnen im Stadium II (T1-3, N0 oder N1, M0) nachweisbar und gleichzeitig eine ausgeprägte Zunahme des Anteils von Betreuten im Stadium I (T1, N0, M0) (Abb. 8-4). Für die beiden schwersten Stadien III und IV (T1-4, N1-3, M0 oder M1) finden sich seit etwa 2007 leicht rückläufige Anteile und seit 2019 dann ein vergleichsweise stabiles Niveau. Die Anzahl der Fälle im Stadium 0 (T_{is}, N0, M0) hat sich seit 2003 relativ stetig erhöht.

ABB. 8-4

Erkrankungsschwere im Zeitverlauf



Querschnittsdaten, alle Angaben in Prozent; Stadienklassifikation vgl. [24], Anhang 11.3

8.6 ENDOKRINE THERAPIE

Fasst man alle drei Ausprägungen zusammen, ist bei 76 Prozent der Patientinnen mit positivem Rezeptorstatus aktuell eine endokrine Therapie dokumentiert. Hierbei werden Aromatasehemmer bei mehr als vier von zehn und Tamoxifen bei drei von zehn der Teilneh-

merinnen eingesetzt. Gegenüber dem Vorjahr hat die Therapie mit Aromatasehemmern weiter zugenommen, während diejenige mit Tamoxifen erneut zurückgegangen ist (Tab. 8-4).

TAB. 8-4	Endokrine Therapie	
	n	Prozent
Aromataseinhibitoren	5.787	43,1
Tamoxifen	4.042	30,1
Andere endokrine Therapie	527	3,9
Endokrine Therapie insgesamt dokumentiert*	10.203	76,0
Aktuell keine dokumentiert	2.962	22,1
und endokrine Therapie regulär abgeschlossen	1.202	9,0
und endokrine Therapie abgebrochen	579	4,3
Endokrine Therapie geplant	271	2,0

Mehrfachangaben möglich; bei positivem Rezeptorstatus bei Einschreibung; Fallzahl im Nenner: 13.418; *: anders als bei dem Qualitätsziel „Endokrine Therapie durchführen“ werden hier alle Patientinnen mit einem positiven Rezeptorstatus berücksichtigt

Zu beachten ist, dass dieser aktuelle Status der Therapie nicht berücksichtigt, ob eine bereits stattgefundene Hormontherapie möglicherweise regulär abgeschlossen wurde. So dauert bei etwas über sieben von zehn Patientinnen die endokrine Therapie an, dagegen

wurde sie bei über einem Achtel bereits regulär abgeschlossen. Bei 6,6 Prozent der Teilnehmerinnen musste sie vor ihrem regulären Abschluss abgebrochen werden (Tab. 8-5).

TAB. 8-5	Fortführung und Nebenwirkungen der endokrinen Therapie	
	n	Prozent
Fortführung der Therapie		
andauernd < 5 Jahre	7.922	59,1
andauernd ≥ 5 Jahre	1.582	11,8
abgeschlossen	1.749	13,0
abgebrochen	881	6,6
keine	1.281	9,5
Nebenwirkungen der Therapie		
nicht belastend	2.925	28,7
mäßig belastend	3.489	34,2
stark belastend	620	6,1
keine	2.892	28,3
nicht erfragt	277	2,7

Bei positivem Rezeptorstatus; Fallzahl im Nenner: 13.415 (Nebenwirkungen: 10.203)

Im Vorjahresvergleich bleibt der Anteil für eine andauernde Therapie fast konstant, ebenso wie der für eine abgebrochene Therapie. Der Anteil abgeschlossener Therapien ist demgegenüber leicht gestiegen. 40,3 Prozent der Patientinnen beschreiben die endokrine

Behandlung als mäßig oder stark belastend. 57 Prozent geben dagegen an, sie sei nicht belastend oder es seien keine Nebenwirkungen aufgetreten. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil von Teilnehmerinnen weiter erhöht, die eine endokrine Therapie als belastend erleben.

8.7 KARDIOTOXISCHE THERAPIE

Bei knapp sechs von zehn Patientinnen ist keine kardiotoxisch wirkende Therapie des Brustkrebses dokumentiert. Jeweils über ein Fünftel der Teilnehmerinnen wurde allerdings mit Anthrazyklinen behandelt und

beziehungsweise linksthorakal bestrahlt (Tab. 8-6). Gegenüber den beiden Vorjahren hat sich die hier dokumentierte Häufigkeit in der Population der DMP-Patientinnen nicht verändert.

TAB. 8-6	Kardiotoxische Therapie	
	n	Prozent
Anthrazykline	3.768	21,1
Trastuzumab	989	5,5
Linksthorakale Bestrahlung	3.723	20,8
Unbekannt	643	3,6
Keine	10.430	58,4

Mehrfachangaben möglich; Fallzahl im Nenner: 17.866

8.8 RESÜMEE: WAS LÄUFT IM DMP BRUSTKREBS GUT, WAS KANN NOCH BESSER WERDEN?

- Die Zahl der innerhalb des DMP Brustkrebs betreuten Patientinnen ist im Vergleich zum Vorjahr um 353 (+2 Prozent) auf insgesamt 17.866 Fälle gestiegen. Gleichzeitig hat sich der Anteil der Patientinnen, die erst in den letzten beiden Jahren an Brustkrebs erkrankt sind, von 23,6 Prozent im Jahr 2022 auf 24,5 Prozent im Jahr 2023 erhöht.
- Jede zehnte Patientin wird bereits seit über neun Jahren in dem DMP betreut. Im Zeitverlauf des DMP ist zu beobachten, dass bei der Einschreibung der Anteil leichter erkrankter Teilnehmerinnen zunimmt, also die Versorgung im DMP in vielen Fällen bereits früh beginnt. Die erreichten Qualitätszielquoten verweisen auf eine gute bis sehr gute Versorgungsqualität in dem DMP. Bei den meisten Qualitätszielen ähneln sich die in den verschiedenen Praxen erreichten Quoten stark. Nach wie vor bemerkenswert ist die kontinuierliche Zunahme des Anteils von Patientinnen, bei denen eine endokrine Therapie über mehr als fünf Jahre hinaus fortgeführt wird. Und dies gilt auch besonders vor dem Hintergrund, dass vier von zehn Patientinnen eine derartige Therapie als belastend empfinden.
- Mit der 2018 erfolgten Neuausrichtung des DMP Brustkrebs und der Fokussierung auf die Nachsorge der Teilnehmerinnen scheint eine Trendwende bei den bis dahin stetig sinkenden Zahlen der Betreuten im DMP gelungen zu sein. Eine weitere, stetige Verbesserung der Qualität der Nachsorge ist deshalb für das DMP Brustkrebs weiterhin eine wichtige Aufgabe.

Zitierte Literatur siehe Kapitel 9, Literaturverzeichnis

9. LITERATURVERZEICHNIS

- [1] Adler R, Vasiliadis A, Bickell N (2010). The relationship between continuity and patient satisfaction: A systematic review. *Family Practice*, 27 (2), 171–178
- [2] Akmatov MK, Steffen A, Holstiege J, Bätzing J (2019). Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) in der ambulanten Versorgung in Deutschland – Zeitliche Trends und kleinräumige Unterschiede. *Versorgungsatlas-Bericht Nr. 19/06*. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, doi: 10.20364/VA-19.06
- [3] Barker I, Steventon A, Deeny SR (2017). Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: Cross sectional study of routinely collected, person level data. *British Medical Journal*, 356, j84
- [4] Bazemore A, Merenstein Z, Handler L, Saultz JW (2023). The impact of interpersonal continuity of primary care on health care costs and use: A critical review. *Annals of Family Medicine*, 21 (3), 274–279
- [5] Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Mitglieder und Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, KM6-Statistik 2023, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>
- [6] Busch MA, Kuhnert R (2017). 12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2 (1), 64–69
- [7] Canadian Institute for Health Information (Ed) (2015). *Continuity of care with family medicine physicians: Why it matters*. Ottawa: CIHI
- [8] Carstensen B, Rønn PF, Jørgensen ME (2020). Prevalence, incidence and mortality of type 1 and type 2 diabetes in Denmark 1996–2016. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 8 (1), e001071
- [9] Chan KS, Wan EY, Chin WY, Cheng WH, Ho MK, Yu EY, Lam CL (2021). Effects of continuity of care on health out-comes among patients with diabetes mellitus and / or hypertension: A systematic review. *BioMed Central Family Practice*, 22:145
- [10] Destatis (Hrsg.). Bevölkerung nach Nationalität und Geschlecht, 31.12.2022, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/liste-zensus-geschlecht-staatsangehoerigkeit.html#486090>
- [11] Gemeinsamer Bundesausschuss, DMP-Anforderungen-Richtlinie, <https://www.g-ba.de/richtlinien/83/>
- [12] Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland, Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2023). *Krebs in Deutschland für 2019/2020*, 14. Ausgabe, Berlin: RKI
- [13] Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327 (7425), 1219–1221
- [14] Health and Social Care Information Centre, Government Statistical Service (Hrsg.) (2013). *National Diabetes Audit 2011–2012. Report 1: Care processes and treatment targets. Findings about the quality of care for people with diabetes in England and Wales*. Leeds: HSCIC
- [15] Health Quality Ontario (Ed) (2013). *Continuity of care to optimize chronic disease management in the community setting: An evidence-based analysis*. Ontario Health Technology Assessment Series, 13 (6), 1–41
- [16] Heidemann C, Du Y, Scheidt-Nave C, Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011). *Diabetes mellitus in Deutschland. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. GBE kompakt, 2 (3), 1–7
- [17] Heidemann C, Du Y, Schubert I, Rathmann W, Scheidt-Nave C (2013). Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56 (5/6), 668–677
- [18] Heidemann C, Kuhnert R, Born S, Scheidt-Nave C (2017). 12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2 (1), 48–56
- [19] Hill KM, Twiddy M, Hewison J, House AO (2014). Measuring patientperceived continuity of care for patients with longterm conditions in primary care. *BioMed Central Family Practice*, 15:191
- [20] Katz DA, McCoy KD, Vaughan-Sarrazin MS (2015). Does greater continuity of Veterans Administration primary care reduce emergency department visits and hospitalization in older veterans? *Journal of the American Geriatrics Society*, 63 (12), 2510–2518
- [21] Krankenhausgesellschaft NRW, DMP-Krankenhäuser, Stand 2024, <https://www.kgnw.de/service/dmp>
- [22] Kristjansson E, Hogg W, Dahrouge S, Tuna M, Mayo-Bruinsma L, Gebremichael G (2013). Predictors of relational continuity in primary care: Patient, provider and practice factors. *BioMed Central Family Practice*, 14:72
- [23] Laußmann D, Haftenberger M, Langen U, Eis D (2012). Einflussfaktoren für Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55 (3), 308–317
- [24] Leitlinienprogramm Onkologie, Hrsg. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (2021). *S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.4, 2021, AWMF Registernummer: 032-045OL*, <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/>
- [25] Maarsingh OR, Henry Y, van de Ven PM, Deeg DJ (2016). Continuity of care in primary care and association with survival in older people: A 17-year prospective cohort study. *British Journal of General Practice*, 66 (649), e531–e539
- [26] Mehta PP, Santiago-Torres JE, Wisely CE, Hartmann K, Makadia FA, Welker MJ, Habash DL (2016). Primary care continuity improves diabetic health outcomes: From free clinics to federally qualified health centers. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 29 (3), 318–324
- [27] Morgan ED, Pasquarella M, Holman JR (2004). Continuity of care and patient satisfaction in a family practice clinic. *Journal of the American Board of Family Practice*, 17 (5), 341–346
- [28] Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC (2003). Continuity of primary care: To whom does it matter and when? *Annals of Family Medicine*, 1 (3), 149–155
- [29] Overland J, Yue DK, Mira M (2001). Continuity of care in diabetes: To whom does it matter? *Diabetes Research and Clinical Practice*, 52 (1), 55–61
- [30] Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH (2018). Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, 8 (6), e021161
- [31] Pereira Gray D, Sidaway-Lee K, Johns C, Rickenbach M, Evans PH (2023). Can general practice still provide meaningful continuity of care? *British Medical Journal*, 383, e074584
- [32] Pourat N, Davis AC, Chen X, Vrungos S, Kominski GF (2015). In California, primary care continuity was associated with reduced emergency department use and fewer hospitalizations. *Health Affairs*, 34 (7), 1113–1120

9. LITERATURVERZEICHNIS

- [33] Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (Hrsg.) (2015). Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Public Use File 1. doi: 10.7797/16-200812-1-1-1
- [34] Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S (2021). Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: A registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*, doi: 10.3399/BJGP.2021.0340
- [35] Sonmez D, Weyer G, Adelman D (2023). Primary care continuity, frequency, and regularity associated with Medicare savings. *JAMA Network Open*, 6 (8), e2329991
- [36] Steppuhn H, Kuhnert R, Scheidt-Nave C (2017). 12-Monats-Prävalenz von Asthma bronchiale bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2 (3), 36–45
- [37] Warren JR, Falster MO, Tran B, Jorm L (2015). Association of continuity of primary care and statin adherence. *Public Library of Science PLoS One*, 10 (10), e0140008
- [38] Wikipedia, Bevölkerung Nordrhein-Westfalen 31.12.2022, <https://de.wikipedia.org/wiki/Nordrhein-Westfalen>
- [39] Wissenschaftliches Institut der AOK, Krankheitslage Deutschland, ohne Datum
D2: <https://www.krankheitslage-deutschland.de/diabetes/typ-2-diabetes/>
KH: <https://www.krankheitslage-deutschland.de/kardiovaskulaere-erkrankungen/koronare-herzkrankheit/>
CO: <https://www.krankheitslage-deutschland.de/chronische-atemwegserkrankungen/copd/>
- [40] Wolinsky FD, Bentler SE, Liu L, Geweke JF, Cook EA, Obrizan M, Chrischilles EA, Wright KB, Jones MP, Rosenthal GE, Ohsfeldt RL, Wallace RB (2010). Continuity of care with a primary care physician and mortality in older adults. *Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 65 (4), 421–428

Letzter Abruf sämtlicher aufgeführter Links: 14.06.2024

QUALITÄTSBERICHT 2023

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME IN NORDRHEIN

HERAUSGEBER

Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung
Disease-Management-Programme GbR
Tersteegenstraße 9 | 40474 Düsseldorf
Telefon: 0211 5970 8147 | Telefax: 0211 5970 9147

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, Dipl.-Ges.ök. Julia de Vasconcelos-
Valente

Zi: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

REDAKTION

Christiane Gipp (IKK classic), Claudia Engers (AOK
Rheinland/Hamburg), Michael Jäger, Silke Niemann
(Verband der Ersatzkassen VdeK), Melanie Funke (BKK
Landesverband NORDWEST), Mandy Stark, Claudia
Pamp (Knappschaft), Helga Frehen (SVLFG), Dr. Miri-
am Böttge-Joest (Krankenhausgesellschaft NRW), Jana
Meyer (KV Nordrhein), Thomas Petersdorff (KV Nord-
rhein)

SATZ UND LAYOUT

ahey agency GmbH

BILDQUELLEN

(S. 5, S. 26)
AOK, KVNO, Privat



Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung
Disease-Management-Programme GbR