

Disease-Management-Programm

COPD

(chronisch obstruktive Lungenerkrankung)

der DAK-Gesundheit

in der Bundesrepublik Deutschland

Evaluationsbericht zum 31. März 2014

The logo for DAK Gesundheit consists of the word 'DAK' in a large, bold, orange, sans-serif font. Below it, the word 'Gesundheit' is written in a smaller, orange, sans-serif font.

Unternehmen Leben

Impressum

Ergebnisbericht zum Disease-Management-Programm
COPD zum 31. März 2014

Herausgeber

DAK-Gesundheit

Redaktion

MNC-Medical Netcare GmbH

Autoren

Dr. Christof Münscher,
Frank Potthoff,
Wolfgang Weber,
Alexandra Berendes

Anschrift

MNC-Medical Netcare GmbH
Mendelstraße 11
48149 Münster
Telefon: 0251 980 1830
Telefax: 0251 980 1839
mailto: dmpeva@m-nc.de

Geschäftsführung MNC-Medical Netcare GmbH

Frank Potthoff
Dr. Christof Münscher

Münster, 31. März 2014

Inhaltsverzeichnis

A. Einleitung	4
DMP-Evaluation	4
Definition und Epidemiologie der COPD	4
Behandlungs- und Betreuungsziele des DMP	4
Datenherkunft	5
Bildung von Kohorten und Beendigung der Teilnahme am DMP	6
B. Ergebnisse der DMP-Evaluation	6
Patienten, Teilnehmerzahl und Beobachtungszeit	6
Krankheitsverlauf	8
Lungenfunktion: Einsekundenkapazität	8
Lungenfunktion: Häufigkeit von Exazerbationen	10
Stationäre Notfallbehandlung	11
Medikation	12
Nicht-medikamentöse Maßnahmen	19
Arzt-Patienten-Kommunikation: COPD-Schulungen	19
Überprüfung der Inhalationstechnik	19
Raucherquote und Raucherentwöhnung	20
Sterberate	21
Ökonomie	21
Lebensqualitätsbefragung	22
C. Glossar	23
D. Bibliographie	24

Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf eine geschlechtergetrennte Ausformulierung verzichtet: mit Patienten sind ausdrücklich Patientinnen und Patienten gemeint.

A. Einleitung

DMP-Evaluation

Disease-Management-Programme (DMP) werden in Deutschland von den gesetzlichen Krankenkassen seit dem Jahr 2003 für Patienten mit den chronischen Erkrankungen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Brustkrebs, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) angeboten. Der § 137f des SGB V sieht eine standardisierte wissenschaftliche Auswertung der DMP vor, deren Konzeption in regelmäßig zu überarbeitenden Evaluationskriterien festgelegt und publiziert wird. Ein den Evaluationskriterien entsprechender Evaluationsbericht wurde bereits in elektronischer Form von der DAK-Gesundheit an das Bundesversicherungsamt (BVA) übermittelt.

Der hier vorliegende Bericht fasst die wesentlichen Ergebnisse der Teilnehmer an einem DMP COPD der DAK-Gesundheit in der Bundesrepublik Deutschland für den Zeitraum seit Einführung des Programms bis zum 31.12.2012 zusammen.

Definition und Epidemiologie der COPD

„Die COPD ist eine chronische Lungenkrankheit mit progredienter, nach Gabe von Bronchodilatoren und/oder Corticosteroiden nicht vollständig reversibler Atemwegsobstruktion auf dem Boden einer chronischen Bronchitis und/oder eines Lungenemphysems.“¹

COPD ist die Abkürzung für chronic obstructive pulmonary disease und ist charakterisiert durch chronischen Husten, Atemnot und Speichelauswurf.¹ Als weitere Begleiterkrankungen werden häufig Herz-Kreislaufkrankungen, Osteoporose, Depression und Lungenkrebs beobachtet.² Die COPD gilt deutschlandweit als die fünfthäufigste Todesursache.³ Bis zum Jahr 2020, so die Erwartung, wird die COPD an die 3. Stelle der weltweiten Todesursachenstatistik vorrücken.⁴

In der Erkrankung zeigen sich abnorme Entzündungsreaktionen der Lungenperipherie. Als Ursache für die Manifestation der COPD gelten Tabakkonsum, berufsbedingte Staubexposition, allgemeine Luftverschmutzung und die Lungenentwicklung beeinträchtigende Faktoren sowie eine genetische Disposition.⁶

Die relevanten Studien zur Prävalenz weisen zu große Schwankungen auf, um gesicherte Angaben zu machen. Klar erkennbar ist nur eine deutliche Zunahme mit steigendem Alter.⁷

Behandlungs- und Betreuungsziele des DMP

Im Rahmen der DMP soll ein strukturierter und koordinierter Behandlungsprozess in Gang gesetzt werden, der eine Steigerung der Lebenserwartung des Erkrankten und die Erhaltung bzw. Verbesserung der COPD-bezogenen Lebensqualität mit sich bringt. Gemäß §321 und §137f SGB V i.V.m. Anlage 11 der Risikostrukturausgleichsverordnung in ihrer bis zum 01.01.2012 geltenden Fassung sollen folgende Therapieziele durch die DMP erreicht werden:

¹ NVL (2006), 13.

² Vgl. z.B. Bungeroth (2010), 44-5.

³ S. GOLD (2014), 48.

⁴ S. Statistisches Bundesamt (2013), 4.

⁵ Vgl. NVL (2006), 13.

⁶ S. GOLD (2014), 4-6.

⁷ Vgl. Aumann I, Prenzler A (2013), 168-72.

„1. Vermeidung/Reduktion von:

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

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

2. Reduktion der COPD-bedingten Letalität."⁷

Die länderspezifischen Verträge zur Durchführung der DMP operationalisieren die Ziele für eine adäquate Qualitätssicherung wie folgt:

1. Reduktion des Anteils rauchender Patienten,
2. Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlungen,
3. Vermeidung von Exazerbationen,
4. Erhöhung des Anteils der Patienten, bei denen die Inhalationstechnik regelmäßig überprüft wird,
5. Reduktion des Anteils der Patienten, die orale Glukokortikosteroide (OCS) als Dauertherapie erhalten,
6. Erhöhung des Anteils der Patienten, die bei Beginn einer notwendigen Dauertherapie mit OCS zum Facharzt überwiesen werden,
7. Sicherstellung von Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation.

Die Qualitätsziele werden auf der Datenbasis der 2009 eingeschriebenen Patienten mit mindestens einer aktuellen Dokumentation ausgewertet. Eine Analyse der auf die dauerhafte Verordnung von OCS bezogenen Ziele 5 und 6 auf der Grundlage der vorliegenden Daten ist vorläufig nicht valide möglich. Seit dem 1. Juli 2008 kann in der Dokumentation von OCS nicht mehr zwischen Bedarfs- und Dauermedikation unterschieden werden. Die vorgeschlagenen Zielparameter sehen vor, aus der Aufeinanderfolge zweier Dokumentationen in zwei aufeinander folgenden Auswertungshalbjahren über eine OCS-Verordnung auf das Vorliegen einer Dauerverordnung zurück zu schließen. Dieser Rückschluss erscheint problematisch, da eine zweimalige Anwendung bei Bedarf genauso plausibel Ursache einer solchen Dokumentation sein kann. Daher werden diese Ziele im vorliegenden Bericht nicht ausgewertet.

Die Evaluationskriterien des BVA gehen in ihren Anforderungen über diesen Zielparametersatz hinaus. Der vorliegende Ergebnisbericht orientiert sich daher an den derzeit gültigen Evaluationskriterien, weist aber an den entsprechenden Stellen auf die in den Qualitätsberichten dargestellten Qualitätsziele hin.

Datenherkunft

Die der Evaluation zugrunde liegenden Daten entstammen unterschiedlichen Quellen und wurden bei Medical Netcare GmbH (MNC) über ein pseudonymisiertes Zuordnungsverfahren auf Patientenebene zusammengeführt. MNC erhielt zu definierten Zeitpunkten in halbjährlichem Abstand die streng pseudonymisierten Daten aus der im DMP verpflichtenden Dokumentation der klinischen Behandlungsergebnisse von den behandelnden Ärzten sowie die ebenfalls streng pseudonymisierten Daten zu den Behandlungskosten und den weiteren Patientenmerkmalen von der DAK-Gesundheit.

⁷ RSAV Anlage 11, 1.3 Therapieziele.

Bildung von Kohorten und Beendigung der Teilnahme am DMP

Für die Erstellung dieses Ergebnisberichts wurde die Methodik einer Kohortenstudie angewendet, bei der die Krankheitsentwicklung aller Versicherten untersucht werden soll, die sich seit Einführung des Programms bis zum 31.12.2012 in das DMP der DAK-Gesundheit eingeschrieben haben. Beginn des für jeden Versicherten auszuwertenden Beobachtungszeitraums ist das jeweilige Datum, zu dem der Versicherte in das DMP eingeschrieben wurde. Die Auswertung eines jeden Versicherten endet zum 31.12.2012 bzw. auch früher, sofern der Versicherte bereits vor diesem Stichtag aus dem DMP ausgeschieden ist. Bei der Einschreibung in das DMP erstellt der behandelnde Arzt für den Versicherten eine sogenannte Erstdokumentation, in welcher u.a. die schon zu diesem Zeitpunkt bestehenden Vorerkrankungen, klinische Befunde wie z.B. die Einsekundenkapazität oder die Häufigkeit von Exazerbationen sowie die derzeit bestehende medikamentöse Therapie erfasst wird. Anhand des Kalenderhalbjahres, in welches das Datum dieser ersten Befundaufnahme fällt, wird jeder Versicherte einer entsprechenden Halbjahres-Kohorte zugeordnet und ausgewertet. Um die zeitliche Entwicklung der Behandlungsergebnisse analysieren und bewerten zu können, werden die Daten der Teilnehmer einer jeden Kohorte halbjährlich ausgewertet.

Der versichertenbezogene Beobachtungszeitraum umfasst somit die Zeit zwischen dem Datum der Erstdokumentation und dem 31.12.2012 bzw. dem Halbjahr des vorzeitigen Ausscheidens aus dem DMP. Als mögliche Gründe für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem DMP konnten erfasst werden:

- eingetretener Tod,
- Ausschluss des Versicherten aus dem Programm durch die Krankenkasse,
- Beendigung durch den Versicherten selber,
- Ausscheiden des Versicherten aufgrund einer unbekannteren Ursache.

B. Ergebnisse der DMP-Evaluation

Patienten, Teilnehmerzahl und Beobachtungszeit

In die Auswertungen dieses Berichts flossen die Daten von **insgesamt 99.972 eingeschriebenen Versicherten** ein, zu denen klinisch relevante Angaben (Dokumentationen) aus **505.119 Halbjahren** vorlagen. Das **durchschnittliche Lebensalter** der Versicherten zum Zeitpunkt ihrer Einschreibung betrug **65,40 Jahre (+/- 11,37 Jahre)**. 2,37% waren zwischen 18 und 40 Jahre alt, 43,50% waren zwischen 41 und 65 Jahre alt und **54,13% wiesen ein Lebensalter von über 65 Jahren auf**. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht demografischer Merkmale und deren Verteilung aller seit Programmbeginn eingeschriebenen Versicherten.

Tabelle 1: Insgesamt eingeschriebene Versicherte*

		Anzahl	Anteil
Eingeschriebene Versicherte	Eingeschriebene Versicherte*	99.972	100,00%
	Frauen insgesamt	57.927	57,94%
	Männer insgesamt	42.045	42,06%
	Alter 18 bis 40 Jahre	2.370	2,37%
	Alter 41 bis 65 Jahre	43.492	43,50%
	Alter größer 65 Jahre	54.110	54,13%

*Eine Teilnahme ist erst ab dem 18. Lebensjahr möglich.

Die **mittlere Beobachtungszeit** der in diesem Bericht ausgewerteten Versicherten betrug **2,63 Jahre (+/- 1,77 Jahre)**. Die nachfolgende Tabelle 2 zeigt die Anzahl der Versicherten mit ihrer unterschiedlichen Beobachtungszeit *in Halbjahren*.

Tabelle 2: Teilnehmende Versicherte und Beobachtungszeit

Eingeschriebene Versicherte mit einer Beobachtungszeit von:	Beobachtungszeit in Halbjahren	
	Anzahl	Anteil
mindestens 1 Halbjahr	99972	100,00%
mindestens 2 Halbjahren	83.722	83,75%
mindestens 3 Halbjahren	69.905	69,92%
mindestens 4 Halbjahren	58.758	58,77%
mindestens 5 Halbjahren	49.414	49,43%
mindestens 6 Halbjahren	41.783	41,79%
mindestens 7 Halbjahren	34.793	34,80%
mindestens 8 Halbjahren	29.023	29,03%
mindestens 9 Halbjahren	23.014	23,02%
mindestens 10 Halbjahren	16.980	16,98%
mindestens 11 Halbjahren	10.581	10,58%
mindestens 12 Halbjahren	5.512	5,51%
mindestens 13 Halbjahren	1.974	1,97%
mindestens 14 Halbjahren	143	0,14%

Zum 31.12.2012 nahmen noch insgesamt 57.927 Versicherte an dem DMP teil (57,94% aller Teilnehmer), d.h. zum Ende der Beobachtungszeit waren insgesamt 42.045 Versicherte ausgeschieden. Dies entspricht einem Anteil von **42,06% [41,75%; 42,36%]**. Die Tabelle 3 zeigt die demografischen Merkmale und ihre Verteilung aller am 31.12.2012 noch eingeschriebenen Versicherten.

Tabelle 3: Teilnehmende Versicherte am 31.12.2012

		Anzahl	Anteil
Eingeschriebene Versicherte	Noch eingeschriebene Versicherte, davon:	57.927	100,00%
	Frauen insgesamt	34.007	58,71%
	Männer insgesamt	23.920	41,29%
	Alter 18 bis 40 Jahre	665	1,15%
	Alter 41 bis 65 Jahre	20.811	35,93%
	Alter größer 65 Jahre	36.451	62,93%

Krankheitsverlauf

Lungenfunktion: Einsekundenkapazität (FEV₁)

Die regelmäßige Überprüfung der Lungenfunktion gibt Auskunft über den Krankheitsverlauf und die Wirksamkeit der gewählten Therapie. Durch die Gabe von Medikamenten ist die COPD auf das Stadium einer chronischen Bronchitis reduzierbar, jedoch nicht reversibel. Der Krankheitsverlauf der am DMP teilnehmenden Versicherten wurde anhand der halbjährigen Bestimmung der Einsekundenkapazität der Lungen beschrieben. Die Einsekundenkapazität FEV₁ (Forced Expiratory Volume in 1 second) ist ein dynamischer, zeitabhängiger Messparameter in der Lungenfunktionsdiagnostik. Sie beschreibt dasjenige Volumen, das innerhalb einer Sekunde aus maximaler Inspirationslage forciert ausgeatmet werden kann (FEV₁ = Einsekundenkapazität) dar. Die Messung der Einsekundenkapazität ist eine einfache Methode, um eine obstruktive Lungenfunktionsstörung zu erfassen.

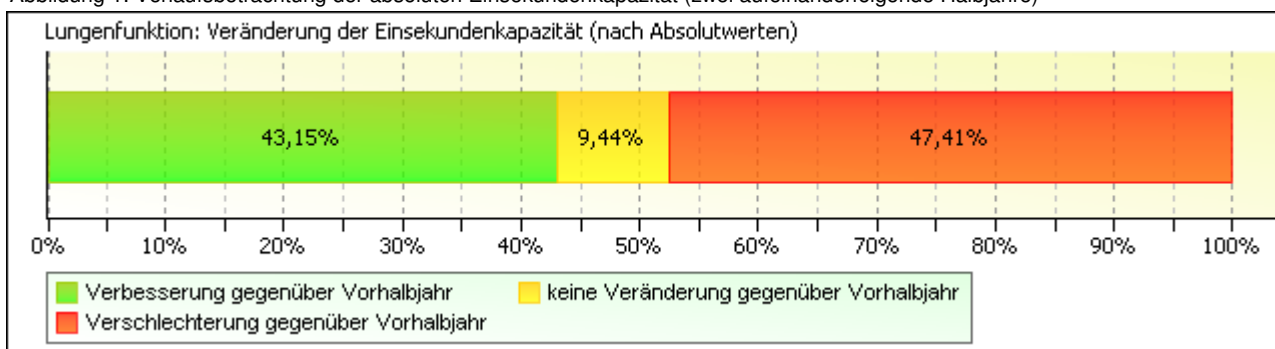
Lungenfunktionsbestimmung: Im Beitritts halbjahr wurde bei 87,42% [87,21%; 87,63%] der 99.329 für den FEV₁-Wert auswertbaren Versicherten die Einsekundenkapazität bestimmt. Der FEV₁-Mittelwert im Beitritts halbjahr betrug 1,83 Liter (+/- 0,88). Im zweiten Halbjahr 2012 (letztes Auswertungshalbjahr) wurde bei 74,45% [74,09%; 74,82%] der 54.455 für den FEV₁-Wert auswertbaren Versicherten die Einsekundenkapazität mit einem Mittelwert von 1,81 Litern (+/- 0,88) ermittelt (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Einsekundenkapazität FEV₁ (in Litern)

		Mittelwert im BJJ	Mittelwert im letzten Halbjahr
Einsekundenkapazität (in Litern)	Alle eingeschriebenen Versicherten	1,83	1,81
	Frauen insgesamt	1,66	1,64
	Männer insgesamt	2,05	2,04
	Alter 18 bis 40 Jahre	2,71	2,78
	Alter 41 bis 65 Jahre	1,96	1,98
	Alter größer 65 Jahre	1,68	1,68

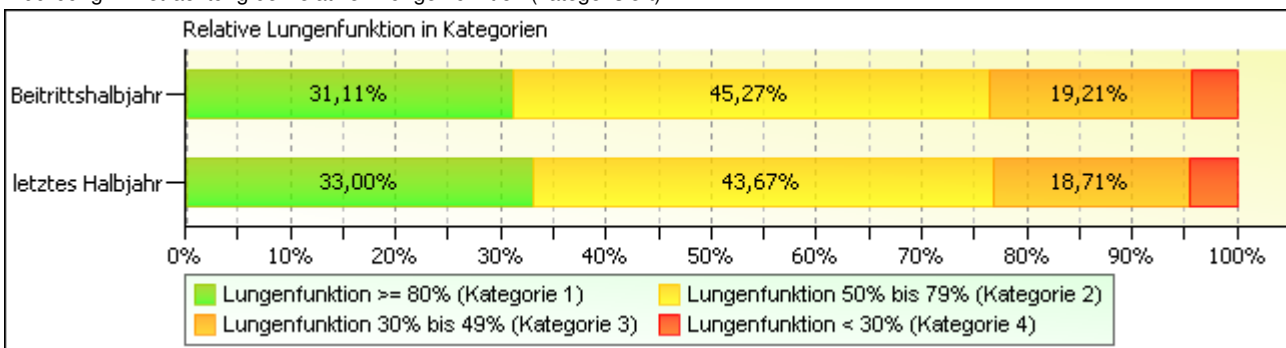
Noch aussagekräftiger ist die *Entwicklung der Einsekundenkapazität* auf Basis der patienten-individuellen Absolutwerte im Vergleich von zwei aufeinander folgenden Beobachtungshalbjahren. **In 52,59% [52,40%; 52,77%] aller dokumentierten Halbjahre wurde gegenüber dem jeweiligen Vorhalbjahr eine Verbesserung oder eine zum Vorhalbjahr gleichbleibende Lungenfunktion festgestellt.** In 47,41% [47,23%; 47,60%] aller Halbjahre zeigte sich eine Abnahme der Lungenfunktion gegenüber dem Vorhalbjahr (Fortschreiten der Erkrankung). Abbildung 1 zeigt die Veränderung der Lungenfunktion – gemessen an den Absolutwerten der Einsekundenkapazität – zwischen zwei aufeinander folgenden Halbjahren.

Abbildung 1: Verlaufsbeurteilung der absoluten Einsekundenkapazität (zwei aufeinanderfolgende Halbjahre)



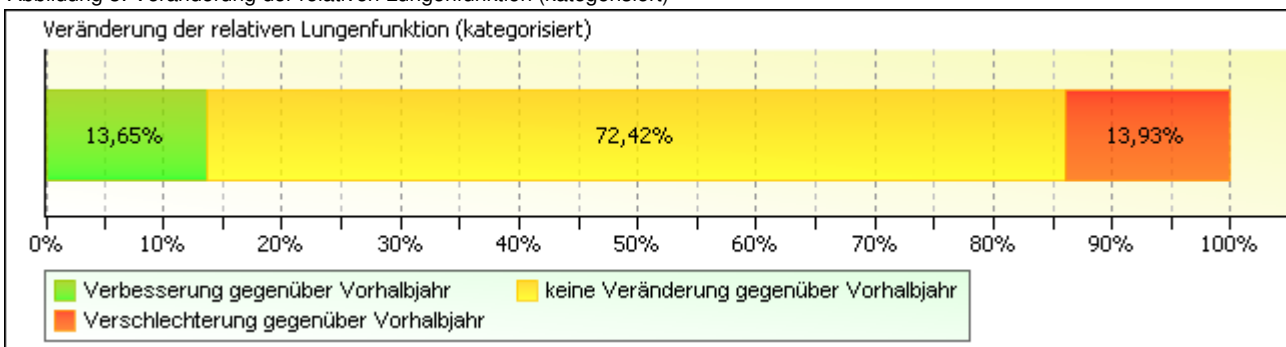
Die *individuellen Messwerte* können in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Größe und Gewicht in Beziehung zu einer Sollwert-Standard-Tabelle der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl gesetzt werden. Die individuelle, relative Einsekundenkapazität in Prozent des Sollwertes ergibt sich somit auf Patientenebene durch Division des dokumentierten FEV₁-Wertes im Auswertungshalbjahr durch den individuellen Sollwert zum jeweiligen Zeitpunkt. **Im zweiten Halbjahr 2012 betrug die mittlere relative Einsekundenkapazität 69,81% (+/- 25,42) des Sollwerts.** Auf Basis der relativen Einsekundenkapazität konnten die patientenindividuellen Werte in 4 Kategorien eingeteilt werden. **33,00% [32,54%; 33,46%] der Patienten wiesen im zweiten Halbjahr 2012 eine Einsekundenkapazität (in Prozent des Sollwerts) von mehr als 80% auf (Kategorie 1).** Der Anteil der Patienten mit einer 50 bis 80%igen Lungenfunktion (Kategorie 2) betrug 43,67% [43,18%; 44,16%] und **der Anteil Patienten mit einer kleiner als 50%igen Lungenfunktion (Kategorien 3 und 4) lag bei 23,33% [22,91%; 23,75%].** Die Abbildung 2 zeigt eine grafische Darstellung der Patientenverteilung auf die Kategorien der relativen Einsekundenkapazität im Beitritts- und im zweiten Halbjahr 2012.

Abbildung 2: Betrachtung der relativen Lungenfunktion (kategorisiert)



Betrachtet man bei den Verlaufsanalysen die patientenindividuelle Veränderung der relativen Lungenfunktion (kategorisiert) gegenüber dem jeweiligen Vorhalbjahr, so wurde **in 86,07% [85,94%; 86,21%] aller Versichertenhalbjahre keine Verschlechterung der relativen Lungenfunktion ermittelt.** In 13,93% [13,79%; 14,06%] der Versichertenhalbjahre musste allerdings eine Progression (Voranschreiten) der Lungenfunktionsstörung auch nach Berücksichtigung des patientenindividuellen Sollwertes festgestellt werden (siehe Abbildung 3).

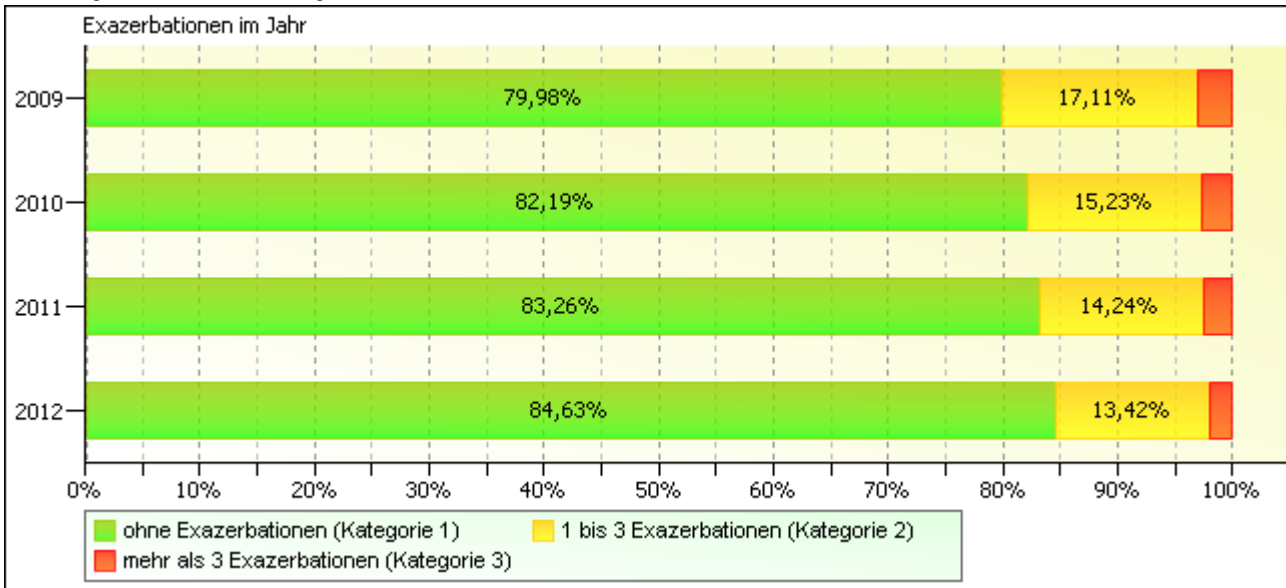
Abbildung 3: Veränderung der relativen Lungenfunktion (kategorisiert)



Lungenfunktion: Häufigkeit von Exazerbationen

Die Häufigkeit der Exazerbationen kann als aussagekräftiges Maß für die Lebensqualität des Patienten angesehen werden. Dieser Zielparameter ist auch Bestandteil aller DMP-Verträge und wird als Qualitätskriterium im Rahmen der Qualitätssicherungsberichte der gemeinsamen Einrichtungen jährlich erfasst und ausgewertet. Der Parameter ist ab dem Jahr 2009 auswertbar. Es wird der Anteil der Patienten ohne Exazerbationen im Jahr (Kategorie 1), mit einer bis drei Exazerbationen (Kategorie 2) und mit mehr als 3 Exazerbationen (Kategorie 3) im Jahr in der Abbildung 4 dargestellt.

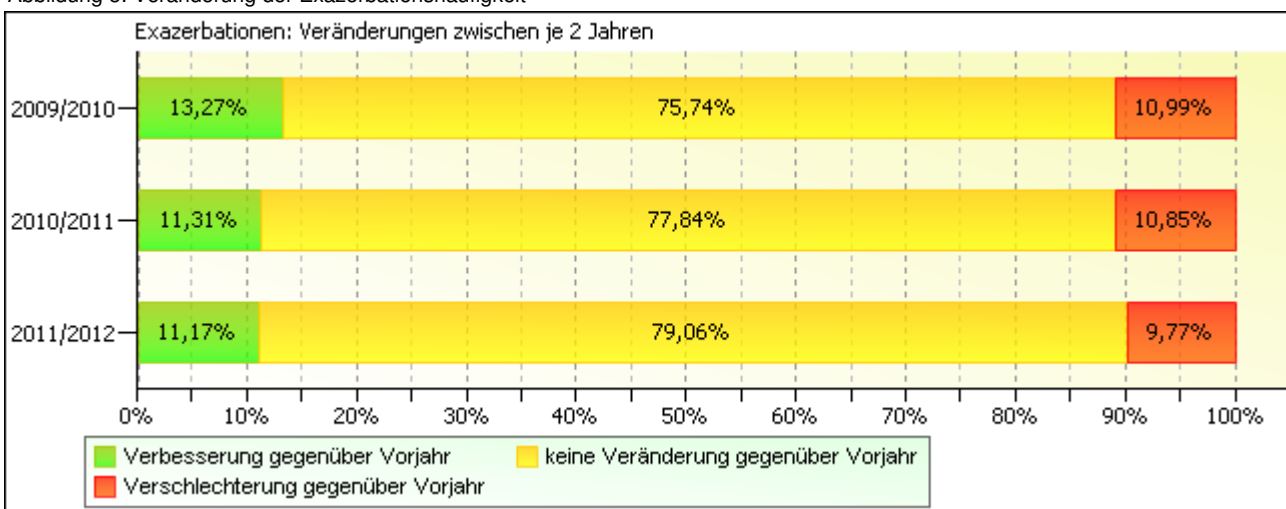
Abbildung 4: Exazerbationshäufigkeit



Entwicklung der Häufigkeit von Exazerbationen

Betrachtet man bei jedem Versicherten jeweils zwei aufeinanderfolgende Jahre hinsichtlich der Entwicklung der Häufigkeit von Exazerbationen, so lässt sich zusammenfassend feststellen, dass **in 90,23 [89,91%; 90,55%] aller auswertbaren Jahrespaare eine Stabilisierung oder Abnahme der Häufigkeit von Exazerbationen dokumentiert wurde** (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5: Veränderung der Exazerbationshäufigkeit



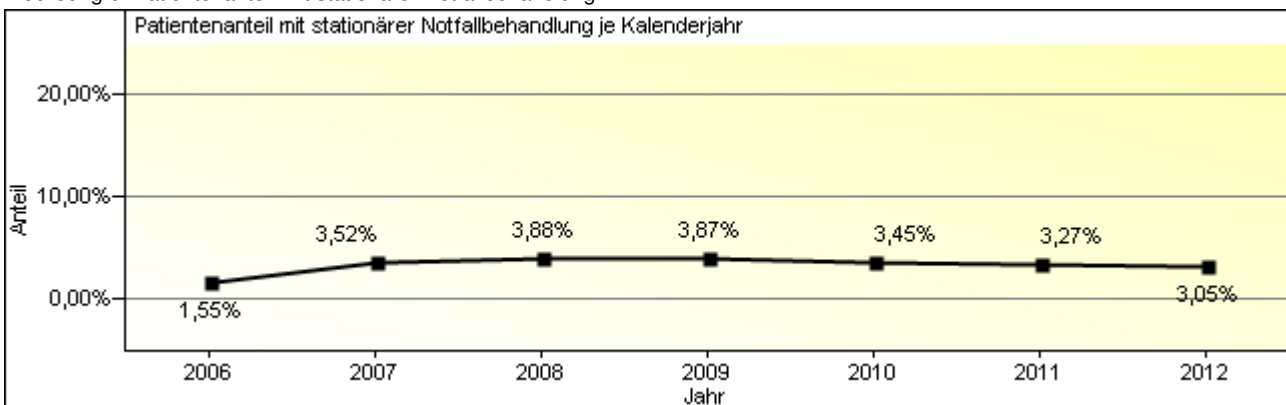
Stationäre Notfallbehandlung

Ein insbesondere für die Lebensqualität des Patienten elementares Ziel der strukturierten Behandlung im DMP COPD ist die Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlungen. Dieses Ziel ist Bestandteil aller DMP-Verträge und wird auch als Qualitätskriterium im Rahmen der Qualitätssicherungsberichte der gemeinsamen Einrichtungen *jährlich* erfasst und ausgewertet. Im Gegensatz zur Qualitätssicherung erfolgt im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation eine *halbjährliche* Betrachtung der stationären Notfallbehandlungen (beginnend mit dem auf das Beitrittsjahr folgenden Halbjahr).

In den 405.119 dokumentierten Folgehalbjahren wurde in 9.034 Fällen mindestens eine stationäre Notfallmaßnahme infolge der COPD-Erkrankung notwendig. Dies entsprach einer **Ereignisrate von 2,23% [2,18%; 2,28%] pro Versichertenhalbjahr.** In 97,77% [97,72%; 97,82%] aller teilnehmenden Versichertenhalbjahre wurde keine stationäre Notfallbehandlung notwendig.

Die Abbildung 6 zeigt darüber hinaus den Patientenanteil mit mindestens einer stationären Notfalleinweisung in den einzelnen Jahren 2006 bis 2012.

Abbildung 6: Patientenanteil mit stationärer Notfallbehandlung



Medikation

Im Rahmen der DMP sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und vor allem der individuellen Situation des Patienten vorrangig Medikamente verwendet werden, deren positive Effekte und Sicherheit in Studien nachgewiesen wurde.

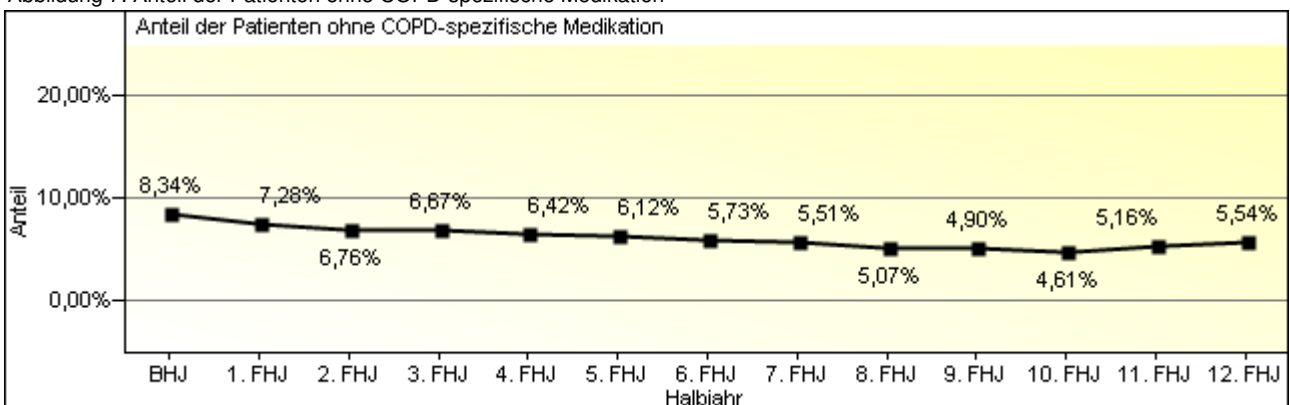
Keine COPD-spezifische Medikation

Eine COPD kann in ihrer leichten Verlaufsform auch ohne den Einsatz von Medikamenten gut eingestellt sein. Im gesamten Zeitraum der DMP-Betreuung konnten insgesamt **505.119 Versichertenhalbjahre (VHJ)**, in denen Angaben zur COPD-spezifischen Medikation vorlagen, ausgewertet werden. In **34.015 VHJ erhielten die Patienten keine COPD-spezifische Medikation** (siehe Tabelle 5). Dies entspricht einem - über den gesamten Zeitverlauf ermittelten - Anteil von **6,73% [6,66%; 6,80%]** pro VHJ. Abbildung 7 zeigt den jeweiligen Patientenanteil im Zeitverlauf nach Einschreibung der Patienten ins DMP.

Tabelle 5: Keine COPD-spezifische Medikation

	Anzahl	Anteil
auswertbare Halbjahre	505.119	
HJ insgesamt ohne Medikation	34.015	6,73%
- davon Frauen	19.337	56,85%
- davon Männer	14.678	43,15%
Patienten ohne Medikation im Beitritts-halbjahr	8.334	8,34%
Patienten ohne Medikation im 2. Folgehalbjahr	4.508	6,76%
Patienten ohne Medikation im vorletzten Folgehalbjahr	103	5,54%
Patienten ohne Medikation im letzten Folgehalbjahr	20	15,27%

Abbildung 7: Anteil der Patienten ohne COPD-spezifische Medikation



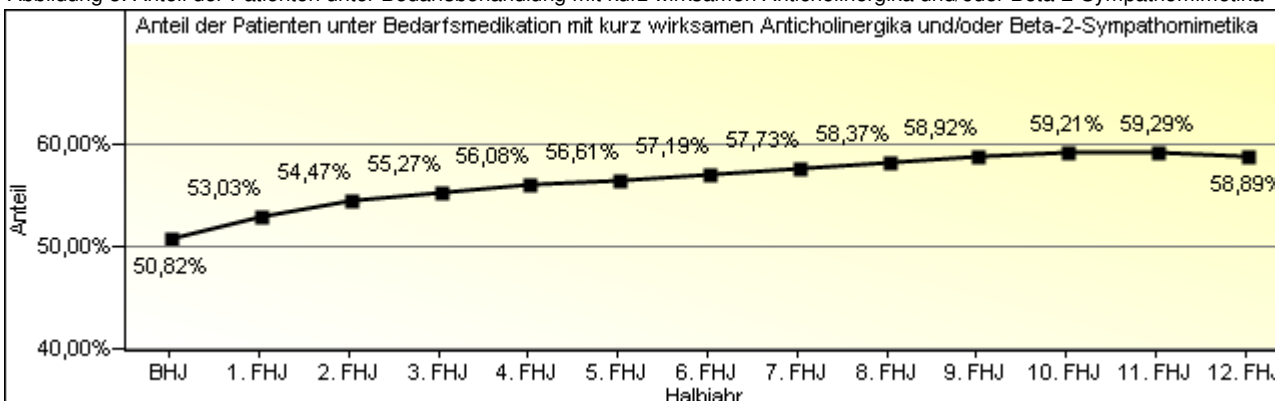
Kurz wirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika als Bedarfsmedikation

Zur Bedarfstherapie (z. B. bei Atemnot) sollen vorrangig kurz wirksame Anticholinergika oder Beta-2-Sympathomimetika oder auch eine Kombination aus beiden Wirkstoffgruppen zur Anwendung kommen.⁸ Im gesamten Zeitraum der DMP-Betreuung konnten **504.640 Versichertenhalbjahre (VHJ)**, in denen Angaben zur Medikation mit kurz wirksamen Anticholinergika und/oder mit Beta-2-Sympathomimetika vorlagen, ausgewertet werden. In **276.298 VHJ** erhielten die Patienten eine Behandlung mit kurz wirksamen Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika als Bedarfsmedikation. Dies entspricht insgesamt einem Anteil von **54,75%** [54,61%; 54,89%] pro VHJ. Abbildung 8 und Tabelle 6 zeigen den jeweiligen Patientenanteil im Zeitverlauf nach Einschreibung der Patienten ins DMP.

Tabelle 6: Bedarfsbehandlung mit kurz wirksamen Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika

	Anzahl	Anteil
auswertbare Halbjahre	504.640	
	276.298	54,75%
	161.851	58,58%
	114.447	41,42%
Kurz wirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika als Bedarfsmedikation	50.766	50,82%
	36.290	54,47%
	1.093	58,89%
	71	54,20%

Abbildung 8: Anteil der Patienten unter Bedarfsbehandlung mit kurz wirksamen Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika



⁸ Vgl. NVL (2006), 24.

Für eine Dauertherapie sollen vorrangig *lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika* oder *lang wirksame Anticholinergika* zur Anwendung kommen.⁹

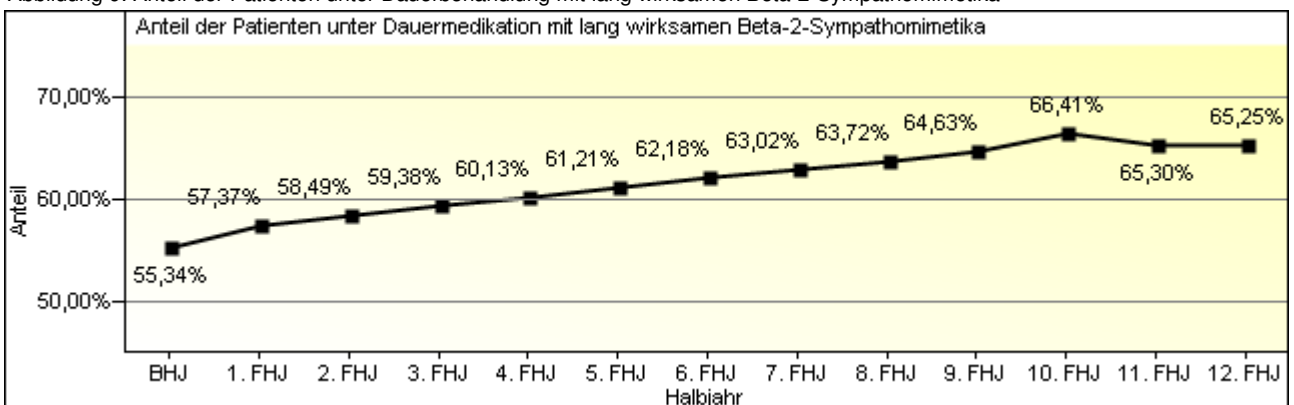
Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika als Dauermedikation

Im gesamten Zeitraum der DMP-Betreuung konnten **504.300 Versichertenhalbjahre (VHJ) mit Angaben zur Medikation mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika** ausgewertet werden. **In 299.111 VHJ wurden Patienten mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika als Dauermedikation behandelt.** Dies entspricht einem Anteil von **59,31% [59,18%; 59,45%]** pro VHJ. Abbildung 9 und Tabelle 7 zeigen den jeweiligen Patientenanteil im Zeitverlauf nach Einschreibung der Patienten ins DMP.

Tabelle 7: Dauerbehandlung mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika

	Anzahl	Anteil	
Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika als Dauermedikation	auswertbare Halbjahre	504.300	
	HJ insgesamt mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika	299.111	59,31%
	- davon Frauen	171.921	57,48%
	- davon Männer	127.190	42,52%
	Patienten mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika im BHJ	55.260	55,34%
	Patienten mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika im 2. FHJ	38.942	58,49%
	Patienten mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika im vorletzten FHJ	1.211	65,25%
	Patienten mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika im letzten FHJ	71	54,20%

Abbildung 9: Anteil der Patienten unter Dauerbehandlung mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika



⁹ Vgl. Vogelmeier C et al. (2007), e13.

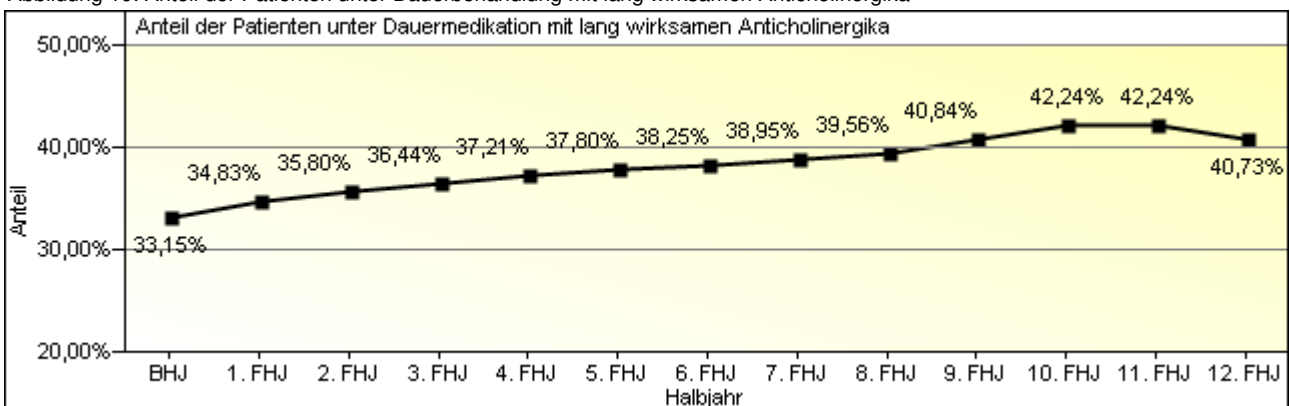
Lang wirksame Anticholinergika als Dauermedikation

Im gesamten Zeitraum der DMP-Betreuung konnten **503.807 Versichertenhalbjahre (VHJ) mit Angaben zur Medikation mit lang wirksamen Anticholinergika** ausgewertet werden. **In 183.109 VHJ wurden Patienten mit lang wirksamen Anticholinergika als Dauermedikation behandelt.** Dies entspricht einem Anteil von **36,35% [36,21%; 36,48%] pro VHJ**. Abbildung 10 und Tabelle 8 zeigen den jeweiligen Patientenanteil im Zeitverlauf nach Einschreibung der Patienten ins DMP.

Tabelle 8: Dauerbehandlung mit lang wirksamen Anticholinergika

	Anzahl	Anteil	
Lang wirksame Anticholinergika als Dauermedikation	auswertbare Halbjahre	503.807	
	HJ insgesamt mit lang wirksamen Anticholinergika	183.109	36,35%
	- davon Frauen	99.872	54,54%
	- davon Männer	83.237	45,46%
	Patienten mit lang wirksamen Anticholinergika im BHJ	33.080	33,15%
	Patienten mit lang wirksamen Anticholinergika im 2. FHJ	23.819	35,80%
	Patienten mit lang wirksamen Anticholinergika im vorletzten FHJ	754	40,73%
	Patienten mit lang wirksamen Anticholinergika im letzten FHJ	37	28,24%

Abbildung 10: Anteil der Patienten unter Dauerbehandlung mit lang wirksamen Anticholinergika



Inhalative Glukokortikosteroide

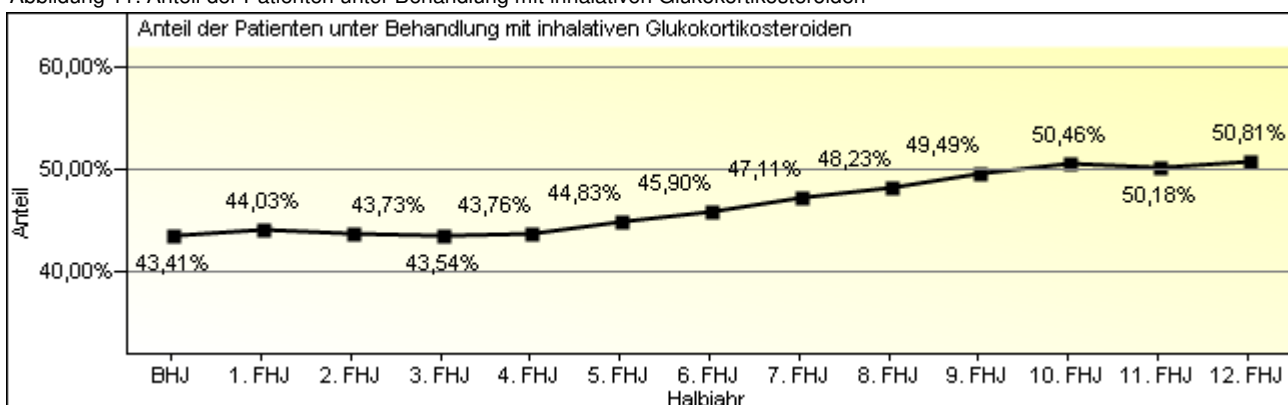
In begründeten Einzelfällen (z. B. bei schwerer und sehr schwerer COPD) können zur Therapie auch inhalative Glukokortikosteroide zur Anwendung kommen.¹⁰ Ihr Einsatz kann zu einer Reduktion der Exazerbationsrate führen.

Im gesamten Zeitraum der DMP-Betreuung konnten **504.920 Versichertenhalbjahre (VHJ) mit Angaben zur Medikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden** ausgewertet werden. **In 225.756 VHJ erhielten die Patienten eine Behandlung mit inhalativen Glukokortikosteroiden.** Dies entspricht einem Anteil von **44,71% [44,57%; 44,85%] pro VHJ.** Abbildung 11 und Tabelle 9 zeigen den jeweiligen Patientenanteil im Zeitverlauf nach Einschreibung der Patienten ins DMP.

Tabelle 9: Behandlung mit inhalativen Glukokortikosteroiden

	Anzahl	Anteil	
Medikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden	auswertbare Halbjahre	504.920	
	HJ insgesamt mit inhalativen Glukokortikosteroiden	225.756	44,71%
	- davon Frauen	134.280	59,48%
	- davon Männer	91.476	40,52%
	Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden im BHJ	43.393	43,41%
	Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden im 2. FHJ	29.159	43,73%
	Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden im vorletzten FHJ	944	50,81%
	Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden im letzten FHJ	62	47,33%

Abbildung 11: Anteil der Patienten unter Behandlung mit inhalativen Glukokortikosteroiden



¹⁰ Vgl. Vogelmeier C et al. (2007), e16.

Systemische Glukokortikosteroide

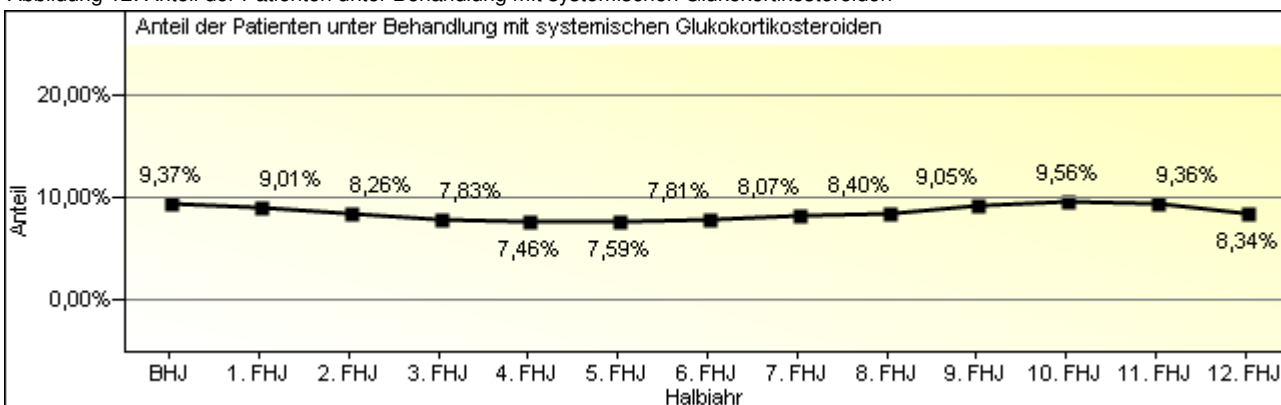
Systemische Glukokortikosteroide sind in der Regel nicht als Dauertherapie indiziert. Ihr Einsatz sollte auf Dauer nur bei Patienten mit einer Asthma-Komponente mit dokumentierten positiven Effekten¹¹ oder nur temporär im Rahmen akuter Exazerbationen erfolgen.¹²

Im gesamten Zeitraum der DMP-Betreuung konnten **504.920 Versichertenhalbjahre (VHJ) mit Angaben zur Medikation mit systemischen Glukokortikosteroiden** ausgewertet werden. **In 42.675 VHJ erhielten die Patienten eine Behandlung mit systemischen Glukokortikosteroiden.** Dies entspricht einem Anteil von **8,45% [8,38%; 8,53%] pro VHJ.** Abbildung 12 und Tabelle 10 zeigen den jeweiligen Patientenanteil im Zeitverlauf nach Einschreibung der Patienten ins DMP.

Tabelle 10: Behandlung mit systemischen Glukokortikosteroiden

	Anzahl	Anteil	
Medikation mit systemischen Glukokortikosteroiden	auswertbare Halbjahre	504.920	
	HJ insgesamt mit systemischen Glukokortikosteroiden	42.675	8,45%
	- davon Frauen	24.041	56,34%
	- davon Männer	18.634	43,66%
	Patienten mit systemischen Glukokortikosteroiden im BHJ	9.364	9,37%
	Patienten mit systemischen Glukokortikosteroiden im 2. FHJ	5.508	8,26%
	Patienten mit systemischen Glukokortikosteroiden im vorletzten FHJ	155	8,34%
	Patienten mit systemischen Glukokortikosteroiden im letzten FHJ	13	9,92%

Abbildung 12: Anteil der Patienten unter Behandlung mit systemischen Glukokortikosteroiden



¹¹ Vgl. Vogelmeier C et al. (2007), e16.

¹² S. NVL (2012), 23-4.

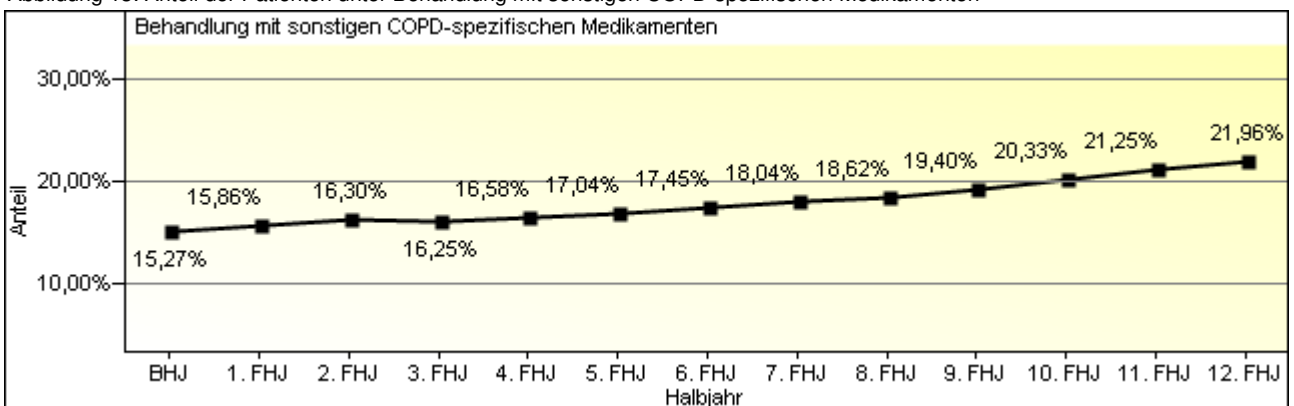
Patienten mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten

Im gesamten Zeitraum der DMP-Betreuung konnten **504.920 Versichertenhalbjahre (VHJ)** mit Angaben zur sonstigen Medikation ausgewertet werden. In **83.943 VHJ** erhielten die Patienten sonstige COPD-spezifische Medikamente. Dies entspricht einem Anteil von **16,63%** [16,52%; 16,73%] pro VHJ. Abbildung 13 und Tabelle 11 zeigen den jeweiligen Patientenanteil im Zeitverlauf nach Einschreibung der Patienten ins DMP.

Tabelle 11: Behandlung mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten

	Anzahl	Anteil	
Behandlung mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten	auswertbare Halbjahre	504.920	
	HJ insgesamt mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten	83.943	16,63%
	- davon Frauen	45.308	53,97%
	- davon Männer	38.635	46,03%
	Patienten mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten im BHJ	15.270	15,27%
	Patienten mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten im 2. FHJ	10.866	16,30%
	Patienten mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten im vorletzten FHJ	408	21,96%
	Patienten mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten im letzten FHJ	22	16,79%

Abbildung 13: Anteil der Patienten unter Behandlung mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten



Nicht-medikamentöse Maßnahmen

Arzt-Patienten-Kommunikation: COPD-Schulungen

Ein weiterer zentraler Programmbestandteil der DMP ist die strukturierte Patientenschulung. Patientenschulungen bei chronischen Erkrankungen dienen der Stärkung des Kenntnisstands der Betroffenen und sollen einen besseren Umgang mit der eigenen Erkrankung („Empowerment“) ermöglichen. **Insgesamt nahmen 17.330 aller eingeschriebenen Versicherten im Verlaufe der DMP-Teilnahme an einer COPD-Schulung teil.** Dies entspricht **17,33% [17,10%; 17,57%]** aller eingeschriebenen Versicherten (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Teilnahme an einer strukturierten COPD-Schulung

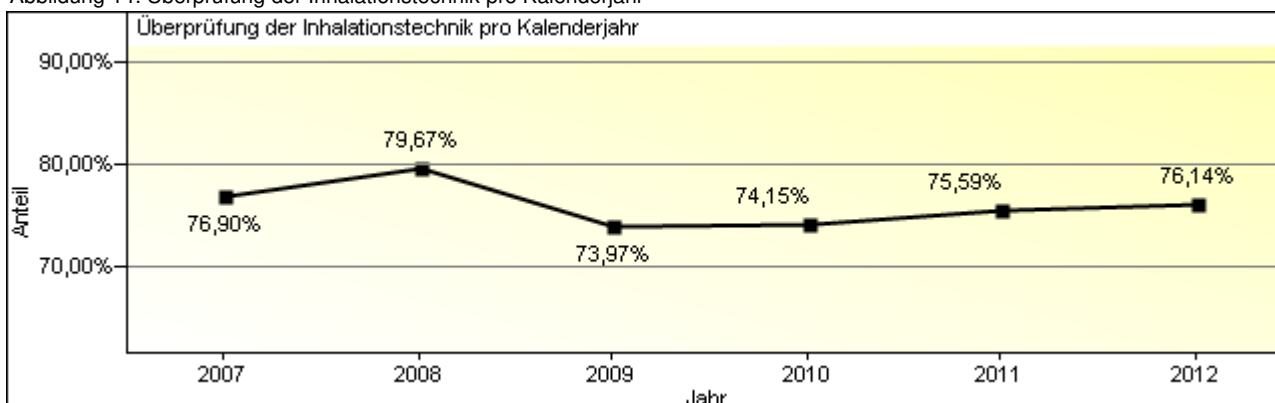
		Anzahl gesamt	Anzahl geschult	Anteil geschult
Teilnahme an einer strukturierten COPD-Schulung	Eingeschriebene Versicherte	99.972	17.330	17,33%
	Frauen insgesamt	57.927	10.045	17,34%
	Männer insgesamt	42.045	7.285	17,33%
	Alter 18 bis 40 Jahre	2.370	225	9,49%
	Alter 41 bis 65 Jahre	43.492	7.356	16,91%
	Alter größer 65 Jahre	54.110	10.416	19,25%

Überprüfung der Inhalationstechnik

Zur Verbesserung der Therapieerfolge bei verordneten Inhalationsmedikamenten ist im Rahmen der DMP-Betreuung eine jährliche Überprüfung der Inhalationstechnik durch den behandelnden Arzt vorgesehen. Dieses Ziel ist Bestandteil aller DMP-Verträge und wird als Qualitätskriterium im Rahmen der Qualitätssicherungsberichte der gemeinsamen Einrichtungen jährlich erfasst und ausgewertet. Daher wurde auch im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation überprüft, in welchem Umfang dieser Prozessindikator erfüllt wurde. **Im Jahr 2012 ließen 33.892 der 44.510 zu diesem Zeitpunkt noch eingeschriebenen und zur Inhalationstechnikprüfung auswertbaren Versicherten ihre Inhalationstechnik überprüfen.**

In der Abbildung 14 wird in einer Jahresdarstellung der Anteil der Patienten gezeigt, bei denen die Inhalationstechnik im Kalenderjahr mindestens einmal überprüft wurde.

Abbildung 14: Überprüfung der Inhalationstechnik pro Kalenderjahr



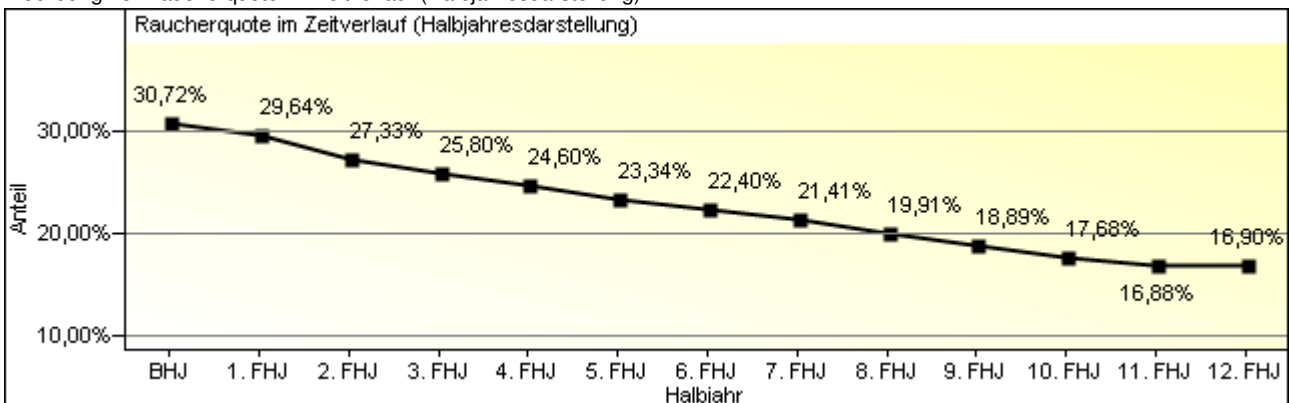
Raucherquote und Raucherentwöhnung

Das Tabakrauchen ist ein wesentlicher Grund für das Auftreten einer COPD und verschlechtert die Prognose einer COPD erheblich. Eine Tabakentwöhnung hat positive Auswirkungen auf Symptomatik, Verlauf der Lungenfunktion sowie die Sterblichkeitsziffer der COPD-Patienten.¹³ Die Raucherentwöhnung ist daher auch Bestandteil des Zielsystems aller DMP-Verträge und wird als Qualitätskriterium im Rahmen der Qualitätssicherungsberichte der gemeinsamen Einrichtungen jährlich erfasst und ausgewertet. **Insgesamt rauchten im Beitritts Halbjahr 30.716 aller auswertbaren Versicherten.** Dies entsprach im Beitritts Halbjahr einer allgemeinen Raucherquote von **30,72% [30,44%; 31,01%]**. **Am Ende der Beobachtungszeit rauchten dagegen 18,32% [11,70%; 24,94%]** aller im zweiten Halbjahr 2012 noch eingeschriebenen Versicherten mit Angaben zum Raucherstatus (siehe Tabelle 13 und Abbildung 15).

Tabelle 13: Raucherquote

		Anzahl	Anteil
Raucher	auswertbare Halbjahre	505.117	
	Raucherhalbjahre insgesamt	131.616	26,06%
	- davon Frauen	77.745	59,07%
	- davon Männer	53.871	40,93%
	Raucher im Beitritts Halbjahr	30.716	30,72%
	Raucher im 2. Folgehalbjahr	18.223	27,33%
	Raucher im vorletzten Folgehalbjahr	314	16,90%
	Raucher im letzten Folgehalbjahr	24	18,32%

Abbildung 15: Raucherquote im Zeitverlauf (Halbjahresdarstellung)



Als Ergebnis der **Raucherentwöhnung während der DMP-Teilnahme** zeigte sich, dass im zweiten Halbjahr 2012 insgesamt **16,90% [16,33%; 17,47%]** der im DMP verbliebenen Raucher bei Einschreibung die Angewohnheit aufgegeben haben.

¹³ Vgl. Andreas S (2008), 266.

Sterberate

Im Verlauf der Beobachtungszeit verstarben insgesamt 7.998 der 99.972 eingeschriebenen Versicherten. Dies entsprach einer Sterberate von **8,00%** [7,83%; 8,17%]. Bezogen auf ein Versichertenjahr wurde eine Sterberate von 3,04% [2,98%; 3,11%] ermittelt. Tabelle 14 zeigt die Ergebnisse der Sterberate in einer alters- und geschlechtsspezifischen Darstellung.

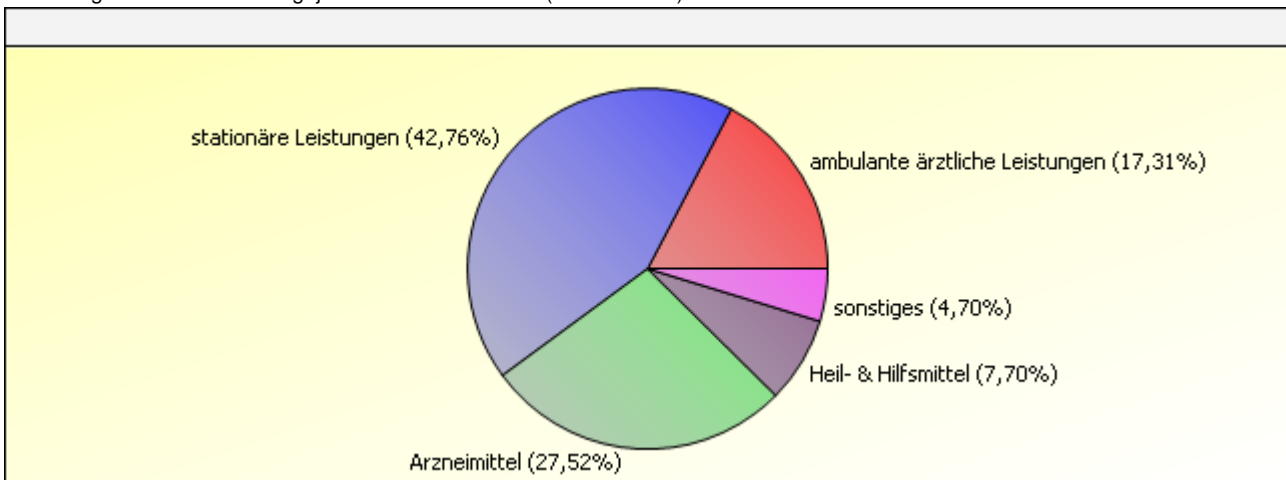
Tabelle 14: Sterberate bis zum 31.12.2012

		Anzahl gesamt	Anzahl verstorben	Anteil verstorben
Sterberate	Eingeschriebene Versicherte	99.972	7.998	8,00%
	Frauen insgesamt	57.927	3.515	6,07%
	Männer insgesamt	42.045	4.483	10,66%
	Alter 18 bis 40 Jahre	2.370	3	0,13%
	Alter 41 bis 65 Jahre	43.492	1.396	3,21%
	Alter größer 65 Jahre	54.110	6.601	12,20%

Ökonomie

Die wissenschaftliche Evaluation umfasst auch eine Analyse der jährlichen direkten Kosten der DMP-Betreuung (ohne Verwaltungskosten der Krankenkassen und ohne zahnärztlichen Bereich). Insgesamt entfielen **42,76% der jährlichen DMP-bezogenen Gesamtkosten** der DAK-Gesundheit in der Bundesrepublik Deutschland auf die stationäre Versorgung, **17,31%** auf die ambulante Versorgung, **27,52%** auf die Arzneimittel, **7,70%** auf Heil- & Hilfsmittel sowie **4,70%** auf sonstige Leistungen inklusive Krankengeld.

Abbildung 16: Kostenverteilung: jährliche direkte Kosten (Partialkosten)



Lebensqualitätsbefragung

Für eine repräsentative Zufallsstichprobe aller DMP-Versicherten (mit Einschreibung ab ersten Halbjahr 2009) wurde zum Zeitpunkt der Einschreibung eine Lebensqualitätsbefragung mittels SF-36-Instrumentarium durchgeführt. Die **Stichprobe der Erstbefragten umfasste insgesamt 13.557 Patienten, denen der Fragebogen zugesandt wurde**, wovon 6.865 (50,64% aller Befragten) den Fragebogen zurückschickten. Die patientenindividuelle Verlaufsbetrachtung erfolgt als Zweitbefragung nach einer zweijährigen Teilnahmezeit am DMP. Zum Zeitpunkt 31.12.2012 waren bereits Zweitbefragungen erfolgt. Die Skalenergebnisse können Werte zwischen 0 und 100 annehmen, wobei der Wert 100 der bestmögliche ist. Je höher der Skalenergebniswert eines Versicherten, desto höher schätzt der Versicherte seine Lebensqualität in Bezug auf diese Skala ein. Der SF-6D-Gesamtindex nimmt Werte zwischen 0 und 1 an. Der z-Wert zeigt dabei an, um wie viele Standardabweichungen ein konkretes DMP im Mittel von dem über alle Patienten einer Normpopulation (keine Chronikerpopulation) gebildeten Mittelwert abweicht. Ein positives Vorzeichen entspricht hier einem besseren Mittelwert eines DMP gegenüber dem Durchschnitt der Normpopulation.

Die Tabelle 16 zeigt bei vorhandenen Wiederholungsbefragungen (s. Tabelle 15) das Delta, d.h. die jeweils auf Patientenebene und dann über alle auswertbaren Patienten (mit vorliegenden beiden Werten, „n für Delta“) gebildete Differenz zur Erstbefragung. Dabei werden diese Differenzen zum Einen für die einzelnen Subskalen, zum Anderen für den SF-6D-Gesamtindex gebildet.

Tabelle 15: Ergebnisse der Erst- und Zweitbefragungen SF-36

	1. Befragung		2. Befragung	
	MW	z-Wert	MW	z-Wert
Körperliche Funktionsfähigkeit	47,64	-1,61	45,87	-1,69
Körperliche Rollenfunktion	36,36	-1,33	35,03	-1,37
Körperliche Schmerzen	52,19	-0,99	52,58	-0,97
Allg. Gesundheitswahrnehmung	43,28	-1,43	42,56	-1,47
Vitalität	43,07	-0,86	42,54	-0,89
Soziale Funktionsfähigkeit	64,69	-0,84	64,62	-0,85
Emotionale Rollenfunktion	54,51	-0,81	54,40	-0,81
Psychisches Wohlbefinden	60,41	-0,80	60,34	-0,81
Körperliche Summenskala	35,40	-	35,08	-
Psychische Summenskala	44,88	-	45,13	-
SF-6D	0,63	-	0,63	-

Tabelle 16: Delta der Befragungen SF-36

	2. Befragung vs. 1. Befragung	
	MW	n für Delta
Körperliche Funktionsfähigkeit	-3,93	1.596
Körperliche Rollenfunktion	-5,26	1.438
Körperliche Schmerzen	-1,88	1.591
Allg. Gesundheitswahrnehmung	-2,36	1.508
Vitalität	-2,47	1.553
Soziale Funktionsfähigkeit	-2,58	1.609
Emotionale Rollenfunktion	-3,28	1.381
Psychisches Wohlbefinden	-1,60	1.534
SF-6D	-0,02	1.381

C. Glossar

Allg.	Allgemein
BHJ	Beitrittsjahr
BVA	Bundesversicherungsamt
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
COPD	chronisch obstruktive Lungenerkrankung (chronic obstructive pulmonary disease)
d.h.	das heißt
DMP	Disease Management Programm
Epidemiologie	Verbreitung, Ursachen und Folgen von gesundheitsbezogenen Ursachen und Ereignissen in Bevölkerungen oder Populationen
Exazerbation	erhebliche Verstärkung der Symptome
FHJ	Folgejahr
HJ	Halbjahr
i.V.m.	in Verbindung mit
l/min	Liter pro Minute
MNC	Medical Netcare
Obstruktion	Verengung
Prävalenz	Maßzahl der Epidemiologie, Aussage zum Anteil einer Gruppe mit bestimmtem Merkmal
progredient	voranschreitend
SD	Standardabweichung, Bsp. (+/- 1,4)
SF-36	Short-Form 36 (Fragebogen zur subjektiven Lebensqualität mit 36 Fragen)
SF-6D	Short Form 6 Dimensions: aus ausgewählten Fragen des SF-36 aggregierter Indexwert
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
u.a.	unter anderem
VHJ	Versichertenjahr
z	Wert auf der z-Skala (MW = 0; SD = 1)
z.B.	zum Beispiel
95% CI	95%-iges Konfidenzintervall, Bsp. [0,56; 0,78]

D. Bibliographie

Andreas S (2008). Tabakentwöhnung bei COPD. Information für Patienten zur wissenschaftlichen Experten-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. In: Pneumologie 62: 255-72.

Auch online: <http://www.awmf-leitlinien.de>

Aumann I, Prenzler A (2013). Epidemiologie und Kosten der COPD in Deutschland - Eine Literaturrecherche zu Prävalenz, Inzidenz und Krankheitskosten. In: Klinikarzt 42(4), 168-72.

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2006). Nationale VersorgungsLeitlinie COPD - Langfassung. Version 1.9, zuletzt geändert: Januar 2012. [Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft]

Auch online: <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/copd>

Bungeroth U (2010, 2. Aufl.). BASICS Pneumologie. München.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (updated 2014). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.

Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme. Version 5.4 vom 4. Dezember 2012.

RSaV Anlage 11 (zu §§28b bis 28g) Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen. In: BGBl. I 228.

Statistisches Bundesamt (2013). Gesundheit. Todesursachen in Deutschland. Fachserie 12 Reihe 4. Wiesbaden.

Vogelmeier C, Buhl R, Criée C-P et al. (2007). Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). In: Pneumologie 61: e1-40.