

Disease-Management-Programm

COPD

(chronisch obstruktive Lungenerkrankung)

der DAK-Gesundheit

in der Region Mecklenburg-Vorpommern

Evaluationsbericht zum 31. März 2012

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

Unternehmen Leben

Impressum

Ergebnisbericht zum Disease-Management-Programm
COPD zum 31. März 2012

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 2012

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Methode:	5
Datenherkunft	5
Bildung von Kohorten und Beendigung der Teilnahme am DMP	5
Ergebnisse der DMP-Evaluation:	6
Patienten, Teilnehmerzahl und Beobachtungszeit	6
Krankheitsverlauf:	7
Lungenfunktion: Einsekundenkapazität	7
Lungenfunktion: Häufigkeit von Exazerbationen	9
Stationäre Notfallbehandlung	10
Raucherquote und Raucherentwöhnung	11
Medikation	12
Arzt-Patienten-Kommunikation:	19
COPD-Schulungen	19
Überprüfung der Inhalationstechnik	19
Sterberate	20
Ökonomie	21
Lebensqualitätsbefragung	21
Glossar	22

Einleitung

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 Region Mecklenburg-Vorpommern für den Zeitraum seit Einführung des Programms bis zum 31.12.2010 zusammen.

COPD ist die Abkürzung für chronic obstructive pulmonary disease und ist charakterisiert durch chronischen Husten, Atemnot und Speichelauswurf. Als weitere Begleiterkrankungen werden häufig Gewichtsverlust, Muskelschwäche, Osteoporose, Depression und Herz-Kreislaufkrankungen beobachtet. Die COPD gilt weltweit als die vierthäufigste Todesursache.

Die COPD ist eine progrediente (voranschreitende), nicht vollständig reversible Obstruktion (Verengung) der Atemwege auf dem Boden einer chronischen Bronchitis bzw. eines Lungenemphysems. In der Erkrankung zeigen sich abnorme Entzündungsreaktionen der Lungenperipherie. Als Ursache für die Manifestation der COPD gelten Tabakkonsum, berufsbedingte Staubexposition, allgemeine Luftverschmutzung und häufige Atemwegsinfektionen in der Kindheit.

Die Prävalenz ist alters- und geschlechtsabhängig und liegt bei Männern im Alter von über 50 Jahren bei ca. 10%, bei Frauen im gleichen Alter bei ca. 5% der deutschen Bevölkerung.

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 9 der Risikostrukturausgleichsverordnung in ihrer bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung sollen folgende Therapieziele durch die DMP erreicht werden:

1. die Vermeidung bzw. Reduktion

- akuter und chronischer Krankheitsbeeinträchtigungen wie z. B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen,
- krankheitsbedingter Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Alltagsaktivitäten sowie
- einer Erkrankungsprogredienz

bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkung der Therapie,

2. Reduktion der COPD-bedingten Letalität.

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.

Methode:

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.

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 31.12.2010 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 31.12.2010 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 31.12.2010 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 unbekannteten Ursache.

Ergebnisse der DMP-Evaluation:

Patienten, Teilnehmerzahl und Beobachtungszeit

In die Auswertungen dieses Berichts flossen die Daten von insgesamt **2099 eingeschriebenen Versicherten** ein, zu denen klinisch relevante Angaben (Dokumentationen) aus **9473 Halbjahren** vorlagen. Das durchschnittliche Lebensalter der Versicherten zum Zeitpunkt ihrer Einschreibung betrug **63,62 Jahre (+/- 10,74)**. **2,43%** waren zwischen 18 und 40 Jahre alt, **46,16%** waren zwischen 41 und 65 Jahre alt und **51,41%** 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*	2099	100%
	Frauen insgesamt	1114	53,07%
	Männer insgesamt	985	46,93%
	Alter 18 bis 40 Jahre	51	2,43%
	Alter 41 bis 65 Jahre	969	46,16%
	Alter größer 65 Jahre	1079	51,41%

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

Die mittlere Beobachtungszeit der in diesem Bericht ausgewerteten Versicherten betrug **2,45 Jahre (+/- 1,20)**. 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	2099	100,00%
mindestens 2 Halbjahren	1827	87,04%
mindestens 3 Halbjahren	1564	74,51%
mindestens 4 Halbjahren	1342	63,94%
mindestens 5 Halbjahren	1123	53,50%
mindestens 6 Halbjahren	887	42,26%
mindestens 7 Halbjahren	576	27,44%
mindestens 8 Halbjahren	336	16,01%
mindestens 9 Halbjahren	124	5,91%

Zum 31.12.2010 nahmen noch insgesamt **1474 Versicherte** an dem DMP teil (**70,22% aller Teilnehmer**), d.h. zum Ende der Beobachtungszeit waren insgesamt **625 Versicherte** ausgeschieden. Dies entspricht einem Anteil von **29,78% [27,82%; 31,73%]**. Die Tabelle 3 zeigt die demografischen Merkmale und ihre Verteilung aller am 31.12.2010 noch eingeschriebenen Versicherten.

Tabelle 3: Teilnehmende Versicherte am 31.12.2010

		Anzahl	Anteil
Eingeschriebene Versicherte	Noch eingeschriebene Versicherte, davon:	1474	100%
	Frauen insgesamt	801	54,34%
	Männer insgesamt	673	45,66%
	Alter 18 bis 40 Jahre	17	1,15%
	Alter 41 bis 65 Jahre	563	38,20%
	Alter größer 65 Jahre	894	60,65%

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. Das in einer Sekunde ausgeatmete Volumen stellt das absolute forcierte expirierete Volumen der ersten Sekunde (FEV₁ = Einsekundenkapazität) dar, das maximal expirierete Volumen wird als forcierte Vitalkapazität (FVC) bezeichnet. Die Messung der Einsekundenkapazität ist eine einfache Methode, um eine obstruktive Lungenfunktionsstörung zu erfassen.

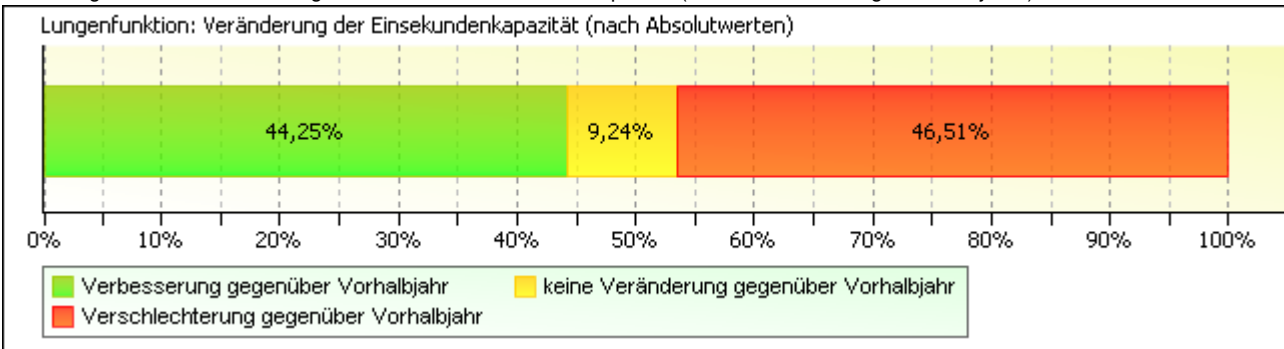
Lungenfunktionsbestimmung: Im Beitrittsjahr wurde bei **93,61% [92,56%; 94,66%] der 2082 für den FEV₁-Wert auswertbaren Versicherten** die Einsekundenkapazität bestimmt. Der FEV₁-Mittelwert im Beitrittsjahr betrug **1,86 Liter (+/- 0,82)**. Im zweiten Halbjahr 2010 (letztes Auswertungshalbjahr) wurde bei **76,52% [74,30%; 78,74%] der 1401 für den FEV₁-Wert auswertbaren Versicherten** die Einsekundenkapazität mit einem Mittelwert von **1,88 Litern (+/- 0,79)** ermittelt (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Einsekundenkapazität FEV₁ (in Litern)

		Mittelwert im BJJ	Mittelwert im letzten Halbjahr
Einsekundenkapazität (in Litern)	Alle eingeschriebenen Versicherten	1,86	1,88
	Frauen insgesamt	1,71	1,70
	Männer insgesamt	2,01	2,06
	Alter 18 bis 40 Jahre	2,59	2,91
	Alter 41 bis 65 Jahre	1,99	2,04
	Alter größer 65 Jahre	1,70	1,75

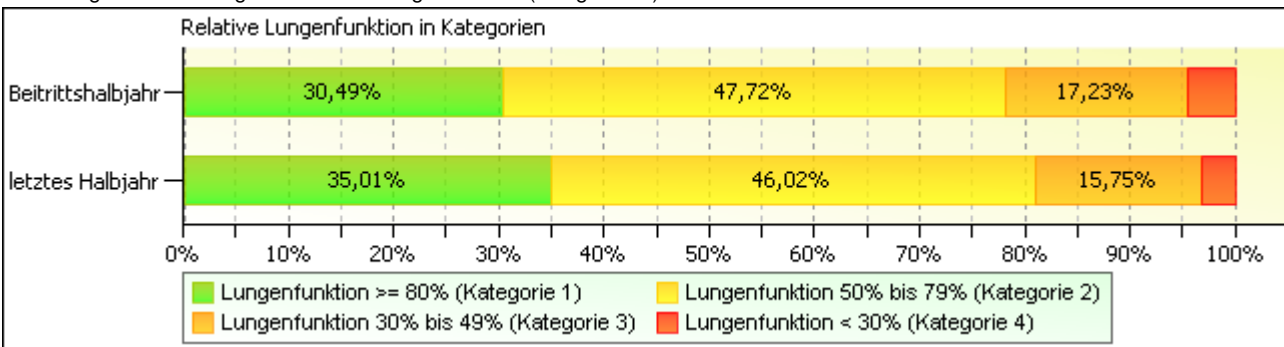
Noch aussagekräftiger ist die Entwicklung der Einsekundenkapazität auf Basis der patienten-individuellen Absolutwerte im Vergleich von zwei aufeinander folgenden Beobachtungshalbjahren. In **53,49%** [**52,16%**; **54,83%**] aller dokumentierten Halbjahre wurde gegenüber dem jeweiligen Vorhalbjahr eine Verbesserung oder eine zum Vorhalbjahr gleichbleibende Lungenfunktion festgestellt. In **46,51%** [**45,17%**; **47,84%**] 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)



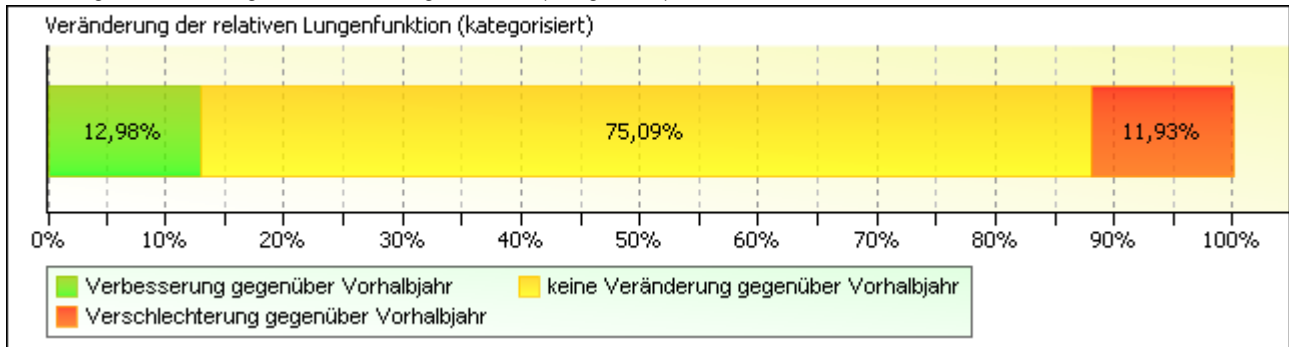
Die individuellen Messwerte können in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Größe und Gewicht in Beziehung zu einer Sollwert-Standard-Tabelle der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl gesetzt werden. Die individuelle, relative Einsekundenkapazität in Prozent des Sollwertes ergibt sich somit auf Patientenebene durch Division des dokumentierten FEV₁-Wertes im Auswertungshalbjahr durch den individuellen Sollwert zum jeweiligen Zeitpunkt. Im zweiten Halbjahr 2010 betrug die mittlere relative Einsekundenkapazität **72,04%** (+/- **25,13**) des Sollwertes. Auf Basis der relativen Einsekundenkapazität konnten die patientenindividuellen Werte in 4 Kategorien eingeteilt werden. **35,01%** [**32,13%**; **37,89%**] der Patienten wiesen im zweiten Halbjahr 2010 eine Einsekundenkapazität (in Prozent des Sollwertes) von mehr als 80% auf (Kategorie 1). Der Anteil der Patienten mit einer 50 bis 80%igen Lungenfunktion (Kategorie 2) betrug **46,02%** [**43,01%**; **49,02%**] und der Anteil Patienten mit einer kleiner als 50%igen Lungenfunktion (Kategorien 3 und 4) lag bei **18,98%** [**16,61%**; **21,34%**]. Die Abbildung 2 zeigt eine grafische Darstellung der Patientenverteilung auf die Kategorien der relativen Einsekundenkapazität im Beitritts- und im zweiten Halbjahr 2010.

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 **88,07%** [87,19%; 88,95%] aller Versichertenhalbjahre keine Verschlechterung der relativen Lungenfunktion ermittelt. In **11,93%** [11,05%; 12,81%] der Versichertenhalbjahre musste allerdings eine Progression (Voranscheiten) der Lungenfunktionsstörung auch nach Berücksichtigung des patientenindividuellen Sollwertes festgestellt werden (siehe Abbildung 3).

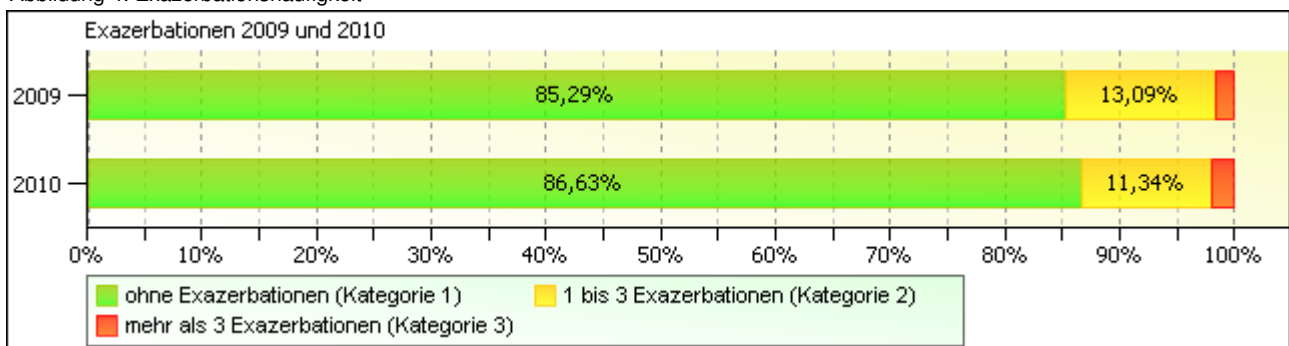
Abbildung 3: Veränderung der relativen Lungenfunktion (kategorisiert)



Lungenfunktion: Häufigkeit von Exazerbationen

Die Häufigkeit der Exazerbationen (erhebliche Verstärkung der Symptome) 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. Da der Parameter erst ab dem zweiten Halbjahr 2008 dokumentiert wurde, können in diesem Bericht lediglich die Jahre 2009 und 2010 betrachtet werden. Sowohl für das Jahr 2009 als auch das Jahr 2010 wurde 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.

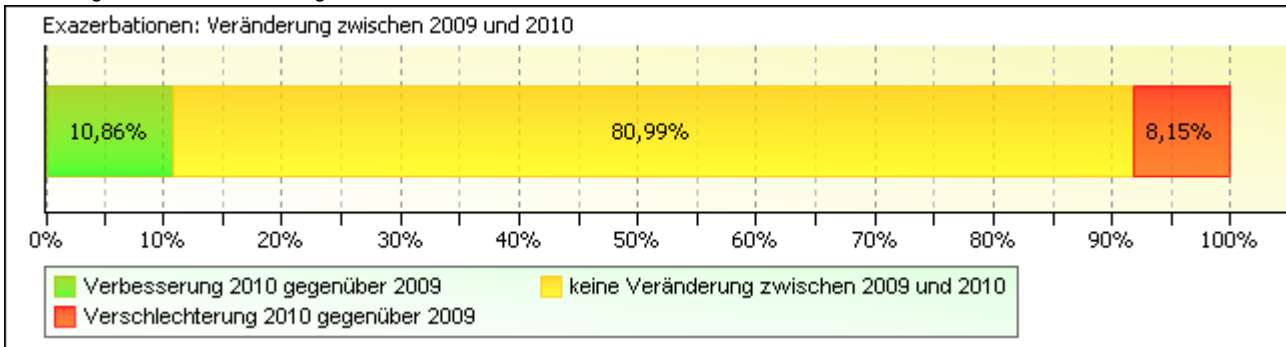
Abbildung 4: Exazerbationshäufigkeit



Entwicklung der Häufigkeit von Exazerbationen

Betrachtet man bei jedem Versicherten jeweils die beiden aufeinanderfolgenden Jahre 2009 und 2010 hinsichtlich der Entwicklung der Häufigkeit von Exazerbationen, so lässt sich zusammenfassend feststellen, dass in **91,85 [90,01%; 93,70%]** aller auswertbaren Jahrespaare eine Stabilisierung oder Verbesserung der Häufigkeit von Exazerbationen dokumentiert wurde (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5: 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 **7374 dokumentierten Folgehalbjahren wurde in 154 Fällen** mindestens eine stationäre Notfallmaßnahme infolge der COPD-Erkrankung notwendig. Dies entsprach einer Ereignisrate von **2,09% [1,76%; 2,41%]** pro Versichertenhalbjahr. In **97,91% [97,59%; 98,24%]** 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 2007 bis 2010.

Abbildung 6: Patientenanteil mit stationärer Notfallbehandlung



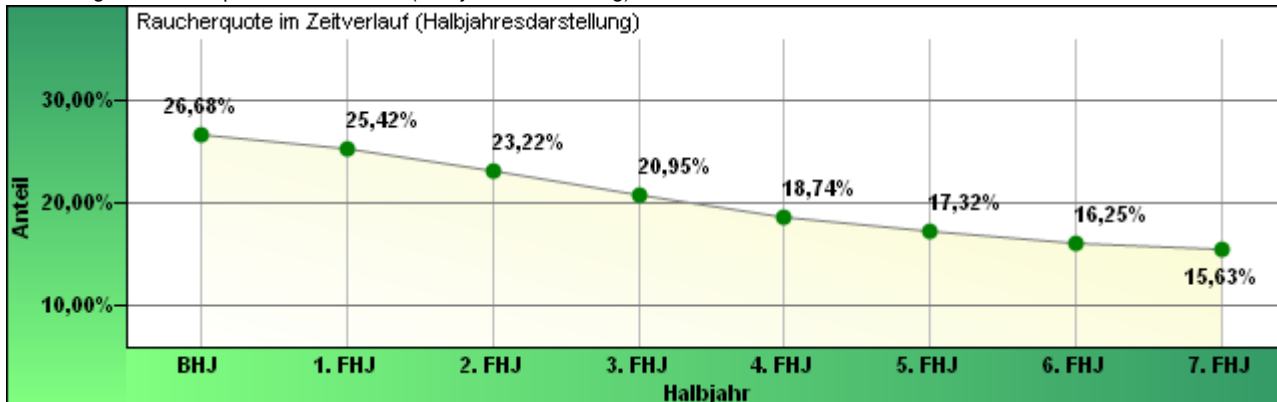
Raucherquote und Raucherentwöhnung

Das Tabakrauchen ist ein wesentlicher Grund für das Auftreten einer COPD und verschlechtert die Prognose einer COPD erheblich. 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 **560 aller auswertbaren Versicherten**. Dies entsprach im Beitritts Halbjahr einer allgemeinen Raucherquote von **26,68% [24,79%; 28,57%]**. Am Ende der Beobachtungszeit rauchten dagegen **15,52% [8,93%; 22,11%]** aller im zweiten Halbjahr 2010 noch eingeschriebenen Versicherten mit Angaben zum Raucherstatus (siehe Tabelle 5 und Abbildung 7).

Tabelle 5: Raucherquote

	Anzahl	Anteil
auswertbare Halbjahre	9473	
Raucherhalbjahre insgesamt	2113	22,31%
- davon Frauen	1091	51,63%
- davon Männer	1022	48,37%
Raucher im Beitritts Halbjahr	560	26,68%
Raucher im 2. Folge Halbjahr	345	23,22%
Raucher im vorletzten Folge Halbjahr	50	15,63%
Raucher im letzten Folge Halbjahr	18	15,52%

Abbildung 7: Raucherquote im Zeitverlauf (Halbjahresdarstellung)



Zu Beginn der DMP-Teilnahme rauchten **560** aller auswertbaren Versicherten (Raucherquote **26,68%**, mit Angaben zum Raucherstatus).

Als Ergebnis der **Raucherentwöhnung während der DMP-Teilnahme** zeigte sich, dass im zweiten Halbjahr 2010 insgesamt **16,62% [12,78%; 20,46%]** der im DMP verbliebenen Raucher bei Einschreibung die Angewohnheit aufgegeben haben.

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.

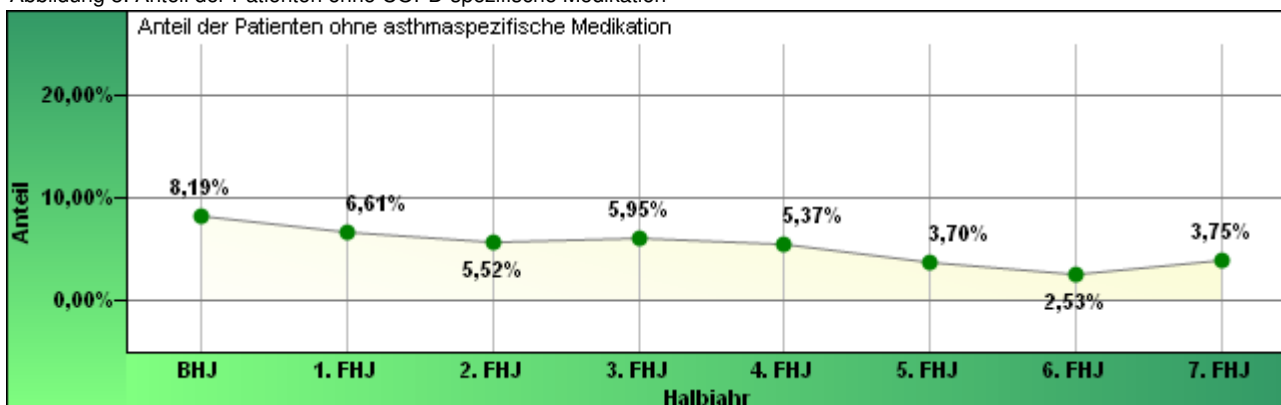
Keine COPD-spezifische Medikation

Eine COPD kann in ihrer leichten Verlaufsform auch ohne den Einsatz von Medikamenten gut eingestellt sein. Im gesamten Zeitraum der DMP-Betreuung konnten insgesamt **9473 Versichertenhalbjahre (VHJ)**, in denen Angaben zur COPD-spezifischen Medikation vorlagen, ausgewertet werden. In **559 VHJ erhielten die Patienten keine COPD-spezifische Medikation** (siehe Tabelle 6). Dies entspricht einem - über den gesamten Zeitverlauf ermittelten - Anteil von **5,90% [5,43%; 6,38%]** pro VHJ. Abbildung 8 zeigt den jeweiligen Patientenanteil im Zeitverlauf nach Einschreibung der Patienten ins DMP.

Tabelle 6: Keine COPD-spezifische Medikation

	Anzahl	Anteil
auswertbare Halbjahre	9473	
HJ insgesamt ohne Medikation	559	5,90%
- davon Frauen	279	49,91%
- davon Männer	280	50,09%
Patienten ohne Medikation im BeitrittsHalbjahr	172	8,19%
Patienten ohne Medikation im 2. Folgehalbjahr	82	5,52%
Patienten ohne Medikation im vorletzten Folgehalbjahr	12	3,75%
Patienten ohne Medikation im letzten Folgehalbjahr	1	0,86%

Abbildung 8: Anteil der Patienten ohne COPD-spezifische Medikation



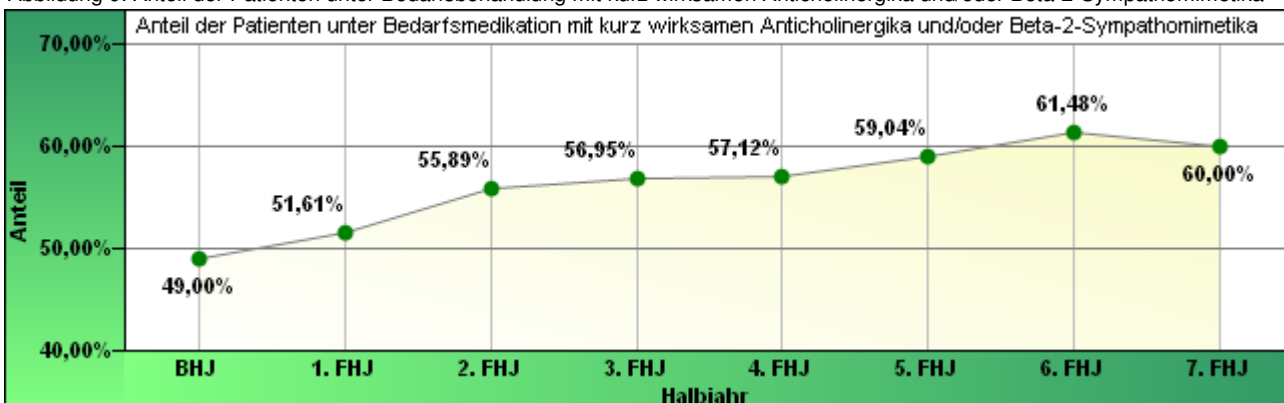
Kurz wirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika als Bedarfsmedikation

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. Im gesamten Zeitraum der DMP-Betreuung konnten **9465 Versichertenhalbjahre (VHJ)**, in denen Angaben zur Medikation mit kurz wirksamen Anticholinergika und/oder mit Beta-2-Sympathomimetika vorlagen, ausgewertet werden. In **5183 VHJ** erhielten die Patienten eine Behandlung mit kurz wirksamen Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika als Bedarfsmedikation. Dies entspricht insgesamt einem Anteil von **54,76%** [53,76%; 55,76%] pro VHJ. Abbildung 9 und Tabelle 7 zeigen den jeweiligen Patientenanteil im Zeitverlauf nach Einschreibung der Patienten ins DMP.

Tabelle 7: Bedarfsbehandlung mit kurz wirksamen Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika

	Anzahl	Anteil	
Kurz wirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika als Bedarfsmedikation	auswertbare Halbjahre	9465	
	HJ insgesamt mit Bedarfsbehandlung mit kurz wirksamen Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika	5183	54,76%
	- davon Frauen	2844	54,87%
	- davon Männer	2339	45,13%
	Patienten mit Bedarfsbehandlung mit kurz wirksamen Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika im BHJ	1028	49,00%
	Patienten mit Bedarfsbehandlung mit kurz wirksamen Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika im 2. Folgehalbjahr	830	55,89%
	Patienten mit Bedarfsbehandlung mit kurz wirksamen Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika im vorletzten Folgehalbjahr	192	60,00%
	Patienten mit Bedarfsbehandlung mit kurz wirksamen Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika im letzten Folgehalbjahr	80	68,97%

Abbildung 9: Anteil der Patienten unter Bedarfsbehandlung mit kurz wirksamen Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika



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

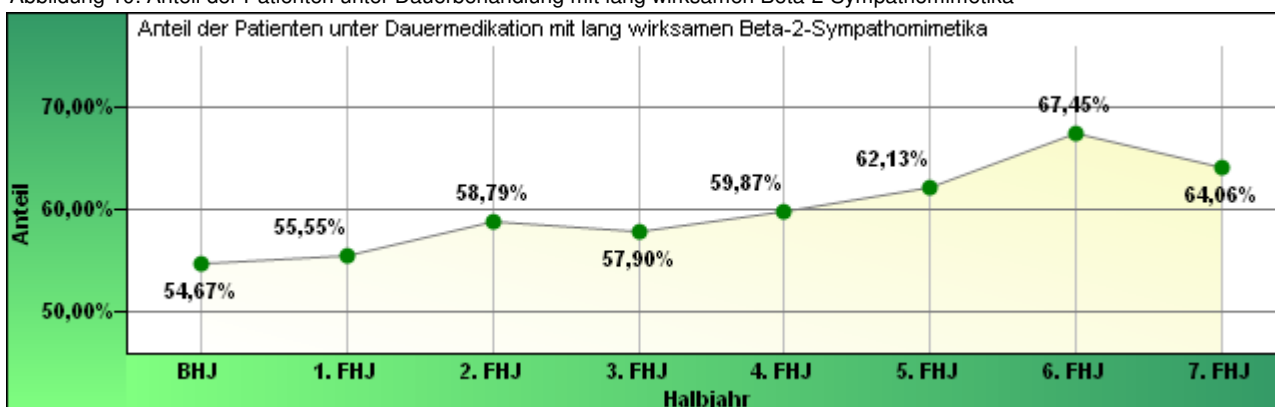
Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika als Dauermedikation

Im gesamten Zeitraum der DMP-Betreuung konnten **9466 Versichertenhalbjahre (VHJ) mit Angaben zur Medikation mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika** ausgewertet werden. In **5533 VHJ wurden Patienten mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika als Dauermedikation behandelt. Dies entspricht einem Anteil von 58,45% [57,46%; 59,44%]** 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 Beta-2-Sympathomimetika

		Anzahl	Anteil
Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika als Dauermedikation	auswertbare Halbjahre	9466	
	HJ insgesamt mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika	5533	58,45%
	- davon Frauen	3037	54,89%
	- davon Männer	2496	45,11%
	Patienten mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika im BHJ	1147	54,67%
	Patienten mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika im 2. FHJ	873	58,79%
	Patienten mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika im vorletzten FHJ	205	64,06%
	Patienten mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika im letzten FHJ	86	74,14%

Abbildung 10: Anteil der Patienten unter Dauerbehandlung mit lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika



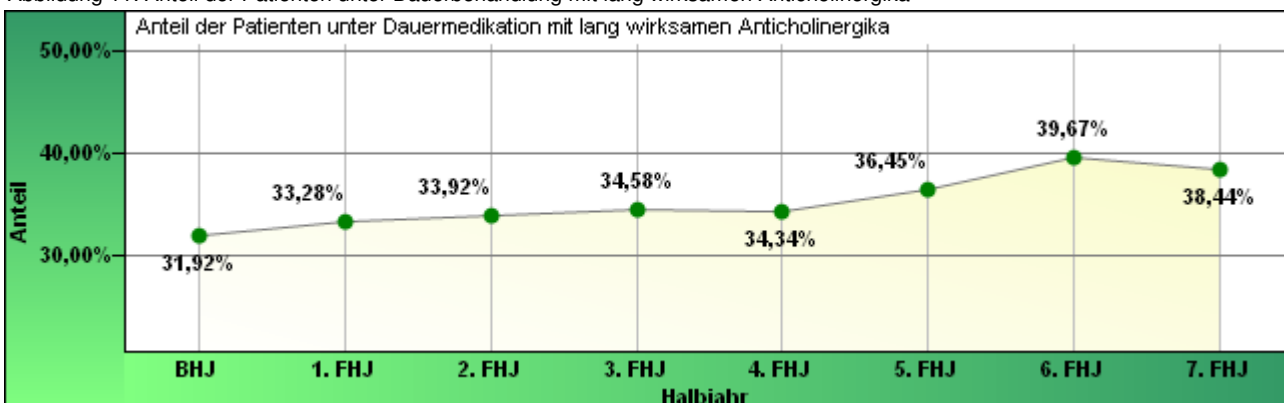
Lang wirksame Anticholinergika als Dauermedikation

Im gesamten Zeitraum der DMP-Betreuung konnten **9456 Versichertenhalbjahre (VHJ)** mit Angaben zur **Medikation mit lang wirksamen Anticholinergika** ausgewertet werden. In **3250 VHJ** wurden Patienten mit lang wirksamen Anticholinergika als Dauermedikation behandelt. Dies entspricht einem Anteil von **34,37%** [33,41%; 35,33%] pro VHJ. Abbildung 11 und Tabelle 9 zeigen den jeweiligen Patientenanteil im Zeitverlauf nach Einschreibung der Patienten ins DMP.

Tabelle 9: Dauerbehandlung mit lang wirksamen Anticholinergika

	Anzahl	Anteil	
Lang wirksame Anticholinergika als Dauermedikation	auswertbare Halbjahre	9456	
	HJ insgesamt mit lang wirksamen Anticholinergika	3250	34,37%
	- davon Frauen	1536	47,26%
	- davon Männer	1714	52,74%
	Patienten mit lang wirksamen Anticholinergika im BHJ	669	31,92%
	Patienten mit lang wirksamen Anticholinergika im 2. FHJ	503	33,92%
	Patienten mit lang wirksamen Anticholinergika im vorletzten FHJ	123	38,44%
	Patienten mit lang wirksamen Anticholinergika im letzten FHJ	55	47,41%

Abbildung 11: Anteil der Patienten unter Dauerbehandlung mit lang wirksamen Anticholinergika



Inhalative Glukokortikosteroide

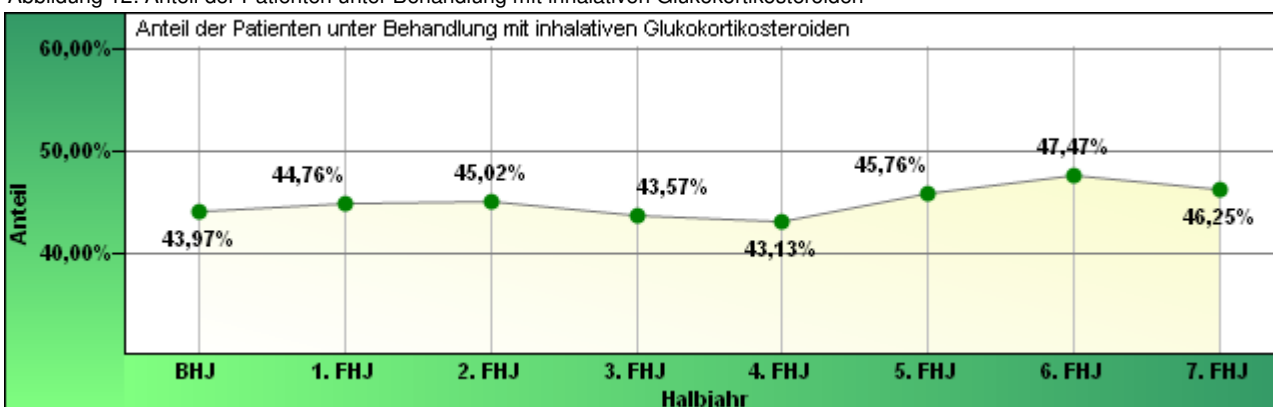
In begründeten Einzelfällen (z. B. bei schwerer und sehr schwerer COPD) können zur Therapie auch inhalative Glukokortikosteroide zur Anwendung kommen. Ihr Einsatz kann zu einer Reduktion der Exazerbationsrate führen.

Im gesamten Zeitraum der DMP-Betreuung konnten **9470 Versichertenhalbjahre (VHJ) mit Angaben zur Medikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden** ausgewertet werden. In **4227 VHJ** erhielten die Patienten eine Behandlung mit inhalativen Glukokortikosteroiden. Dies entspricht einem Anteil von **44,64%** [43,63%; 45,64%] pro VHJ. Abbildung 12 und Tabelle 10 zeigen den jeweiligen Patientenanteil im Zeitverlauf nach Einschreibung der Patienten ins DMP.

Tabelle 10: Behandlung mit inhalativen Glukokortikosteroiden

	Anzahl	Anteil	
Medikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden	auswertbare Halbjahre	9470	
	HJ insgesamt mit inhalativen Glukokortikosteroiden	4227	44,64%
	- davon Frauen	2470	58,43%
	- davon Männer	1757	41,57%
	Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden im BHJ	923	43,97%
	Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden im 2. FHJ	669	45,02%
	Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden im vorletzten FHJ	148	46,25%
	Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden im letzten FHJ	57	49,14%

Abbildung 12: Anteil der Patienten unter Behandlung mit inhalativen Glukokortikosteroiden



Systemische Glukokortikosteroide

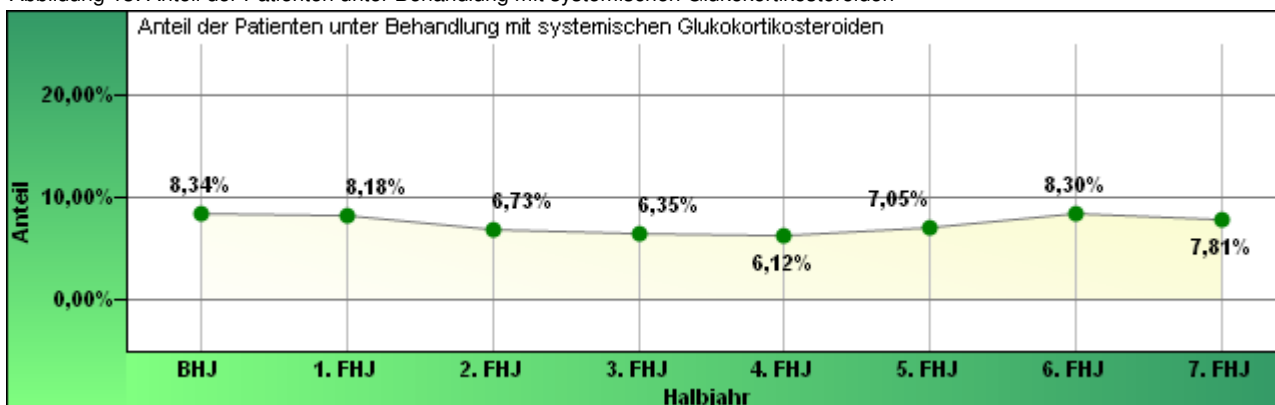
Systemische Glukokortikosteroide sind in der Regel nicht als Dauertherapie indiziert. Ihr Einsatz sollte nur temporär im Rahmen akuter Exazerbationen durchgeführt werden und ihr Anteil daher gering sein.

Im gesamten Zeitraum der DMP-Betreuung konnten **9470 Versichertenhalbjahre (VHJ) mit Angaben zur Medikation mit systemischen Glukokortikosteroiden** ausgewertet werden. In **701 VHJ erhielten die Patienten eine Behandlung mit systemischen Glukokortikosteroiden. Dies entspricht einem Anteil von 7,40% [6,88%; 7,93%]** pro VHJ. Abbildung 13 und Tabelle 11 zeigen den jeweiligen Patientenanteil im Zeitverlauf nach Einschreibung der Patienten ins DMP.

Tabelle 11: Behandlung mit systemischen Glukokortikosteroiden

	Anzahl	Anteil
auswertbare Halbjahre	9470	
HJ insgesamt mit systemischen Glukokortikosteroiden	701	7,40%
- davon Frauen	378	53,92%
- davon Männer	323	46,08%
Patienten mit systemischen Glukokortikosteroiden im BHJ	175	8,34%
Patienten mit systemischen Glukokortikosteroiden im 2. FHJ	100	6,73%
Patienten mit systemischen Glukokortikosteroiden im vorletzten FHJ	25	7,81%
Patienten mit systemischen Glukokortikosteroiden im letzten FHJ	9	7,76%

Abbildung 13: Anteil der Patienten unter Behandlung mit systemischen Glukokortikosteroiden



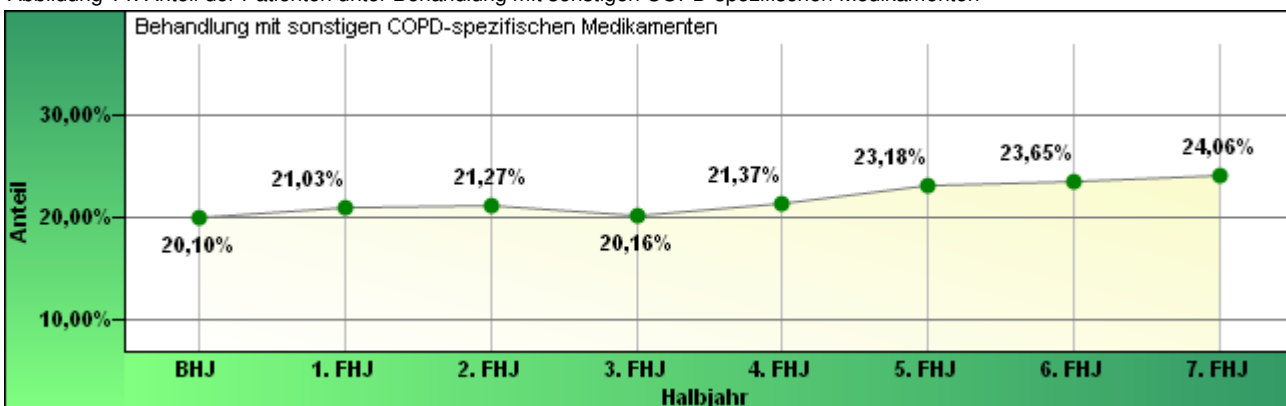
Patienten mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten

Im gesamten Zeitraum der DMP-Betreuung konnten **9470 Versichertenhalbjahre (VHJ)** mit Angaben zur **sonstigen Medikation** ausgewertet werden. In **2026 VHJ** erhielten die Patienten **sonstige COPD-spezifische Medikamente**. Dies entspricht einem Anteil von **21,39%** [20,57%; 22,22%] pro VHJ. Abbildung 14 und Tabelle 12 zeigen den jeweiligen Patientenanteil im Zeitverlauf nach Einschreibung der Patienten ins DMP.

Tabelle 12: Behandlung mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten

	Anzahl	Anteil	
Behandlung mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten	auswertbare Halbjahre	9470	
	HJ insgesamt mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten	2026	21,39%
	- davon Frauen	1064	52,52%
	- davon Männer	962	47,48%
	Patienten mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten im BHJ	422	20,10%
	Patienten mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten im 2. FHJ	316	21,27%
	Patienten mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten im vorletzten FHJ	77	24,06%
	Patienten mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten im letzten FHJ	40	34,48%

Abbildung 14: Anteil der Patienten unter Behandlung mit sonstigen COPD-spezifischen Medikamenten



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 **444 aller eingeschriebenen Versicherten** im Verlaufe der DMP-Teilnahme an einer COPD-Schulung teil. Dies entspricht **21,15% [19,41%; 22,90%]** aller eingeschriebenen Versicherten (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Teilnahme an einer strukturierten COPD-Schulung

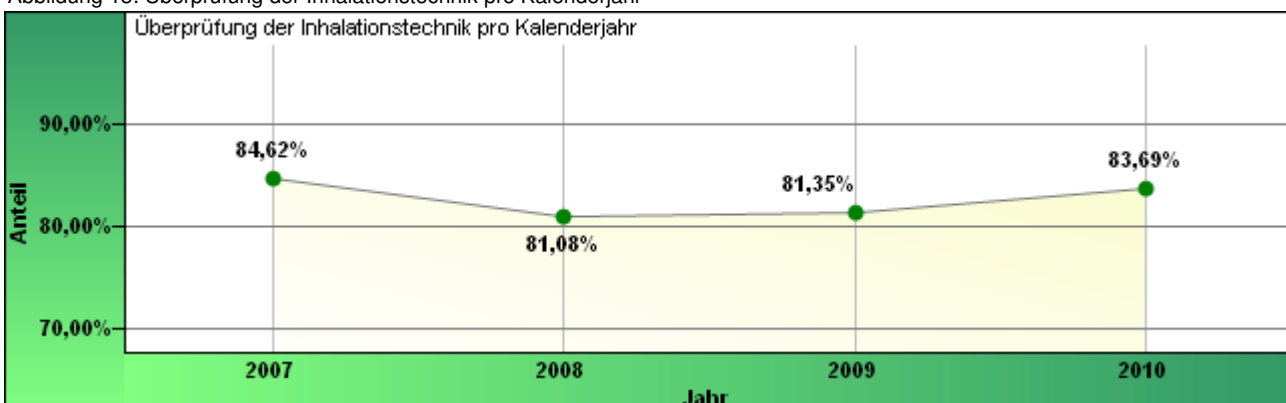
		Anzahl gesamt	Anzahl geschult	Anteil geschult
Teilnahme an einer strukturierten Asthmaschulung	Eingeschriebene Versicherte	2099	444	21,15%
	Frauen insgesamt	1114	252	22,62%
	Männer insgesamt	985	192	19,49%
	Alter 18 bis 40 Jahre	51	6	11,76%
	Alter 41 bis 65 Jahre	969	196	20,23%
	Alter größer 65 Jahre	1079	260	24,10%

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 2010 ließen **975 der 1165 zu diesem Zeitpunkt noch eingeschriebenen und zur Inhalationstechnikprüfung auswertbaren Versicherten** ihre Inhalationstechnik überprüfen.

In der Abbildung 15 wird in einer Jahresdarstellung der Anteil der Patienten gezeigt, bei denen die Inhalationstechnik im Kalenderjahr mindestens einmal überprüft wurde.

Abbildung 15: Überprüfung der Inhalationstechnik pro Kalenderjahr



Sterberate

Im Verlauf der Beobachtungszeit verstarben insgesamt **116 der 2099 eingeschriebenen Versicherten**. Dies entsprach einer Sterberate von **5,53% [4,55%; 6,50%]**. Bezogen auf ein Versichertenjahr wurde eine Sterberate von **2,35% [1,93%; 2,77%]** ermittelt. Tabelle 14 zeigt die Ergebnisse der Sterberate in einer alters- und geschlechtsspezifischen Darstellung.

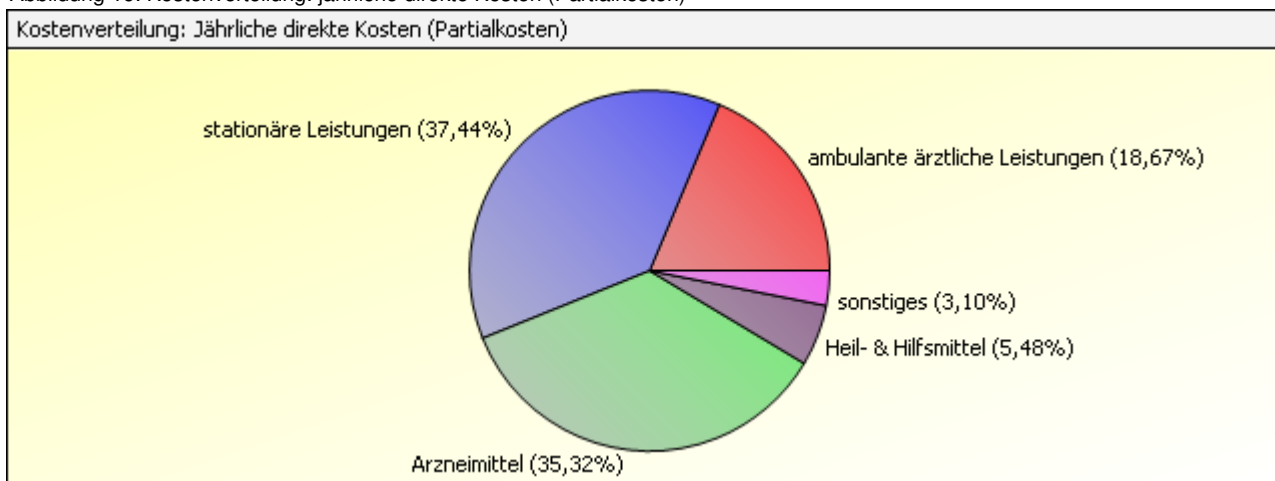
Tabelle 14: Sterberate bis zum 31.12.2010

		Anzahl gesamt	Anzahl verstorben	Anteil verstorben
Sterberate	Eingeschriebene Versicherte	2099	116	5,53%
	Frauen insgesamt	1114	28	2,51%
	Männer insgesamt	985	88	8,93%
	Alter 18 bis 40 Jahre	51	0	0,00%
	Alter 41 bis 65 Jahre	969	21	2,17%
	Alter größer 65 Jahre	1079	95	8,80%

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 **37,44% der jährlichen DMP-bezogenen Gesamtkosten** der DAK-Gesundheit in der Region Mecklenburg-Vorpommern auf die stationäre Versorgung, **18,67%** auf die ambulante Versorgung, **35,32%** auf die Arzneimittel, **5,48%** auf Heil- & Hilfsmittel sowie **3,10%** auf sonstige Leistungen inklusive Krankengeld.

Abbildung 16: Kostenverteilung: jährliche direkte Kosten (Partialkosten)



Lebensqualitätsbefragung

Für eine repräsentative Zufallsstichprobe aller DMP-Versicherten (mit Einschreibung ab dem ersten Halbjahr 2009) wurde zum Zeitpunkt der Einschreibung eine Lebensqualitätsbefragung mittels SF-36-Instrumentarium durchgeführt. Die Stichprobe umfasste insgesamt **503 COPD-Patienten, denen der Fragebogen zugesandt wurde**. Die patientenindividuelle Verlaufsbetrachtung erfolgt als Zweitbefragung nach einer zweijährigen Teilnahmezeit am DMP. Zum Zeitpunkt 31.12.2010 war noch keine Zweitbefragung erfolgt. Deshalb konnten zunächst ausschließlich die Erstbefragungen zum Beginn der Einschreibung ins DMP betrachtet werden. Die Skalenergebnisse (Tabelle 15) 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.

Tabelle 15: Ergebnisse der Erstbefragung SF-36

		zurückgesandte und für die Skala auswertbare Fragebögen	Skalenergebnis (Mittelwert)	z-Wert (Mittelwert)
Ergebnisse der SF36-Befragung	Körperliche Funktionsfähigkeit	199	51,00	-1,46
	Körperliche Rollenfunktion	189	39,42	-1,24
	Körperliche Schmerzen	196	54,35	-0,90
	Allg. Gesundheitswahrnehmung	193	45,74	-1,31
	Vitalität	197	46,38	-0,70
	Soziale Funktionsfähigkeit	197	69,54	-0,63
	Emotionale Rollenfunktion	182	55,68	-0,78
	Psychisches Wohlbefinden	196	62,92	-0,66
	Körperliche Summenskala	177	36,84	-
	Psychische Summenskala	177	46,18	-
	SF-6D	182	0,65	-

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
FHJ	Folgejahr
HJ	Halbjahr
i.V.m.	in Verbindung mit
l/min	Liter pro Minute
MNC	Medical Netcare
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]