

# ENTWURF

## kommentierte Variante für hausärztliche Praxen

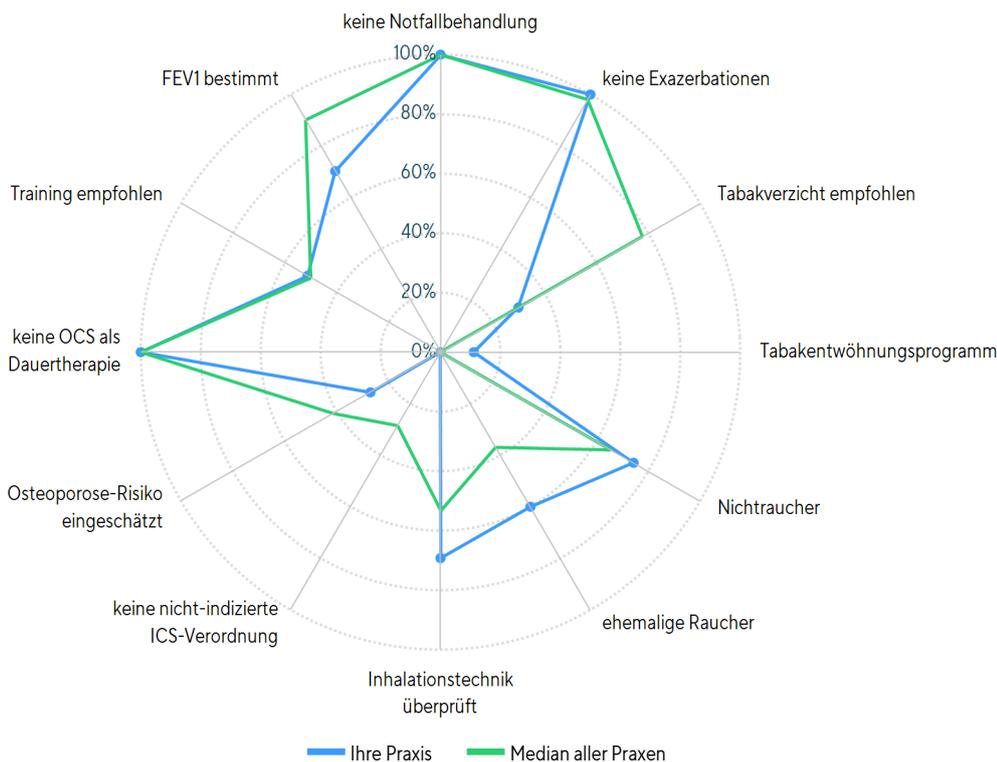
CO 123456789 [StdKom]



# DMP COPD

Praxis Dr. Mustermann  
Butzweilerhofalle 7  
50829 Köln

Feedback-Bericht für das 2. Halbjahr 2023



### Qualitätszielerreichung in Ihrer Praxis (nur Ziele mit definiertem Zielwert)

keine Notfallbehandlung	✓	Inhalationstechnik überprüft	✗
keine Exazerbationen	✓	keine OCS als Dauertherapie	✓

✓ Ziel erreicht ✗ Ziel verfehlt ● keine entsprechenden Patienten

## Inhaltsübersicht

- 
- 1 Erreichen der vertraglichen Qualitätsziele

---

  - 2 Betreute Patientinnen und Patienten

---

  - 3 Befunde und relevante Ereignisse

---

  - 4 Medikation

---

  - 5 Schulungen

---

  - 6 Behandlungsplanung

---

Anhang: Auflistung auffälliger Patienten

---

Glossar & Legende

---

Falls Sie als Ergänzung zu den regionalen Ergebnissen in diesem Bericht nachschauen möchten, wie die DMP-Befunde in Ihrem Kreis oder Ihrer kreisfreien Stadt ausgefallen sind, dann werfen Sie bitte einen Blick in den DMP-Atlas NRW:

[www.zi-dmp.de/dmp-atlas\\_nrw/](http://www.zi-dmp.de/dmp-atlas_nrw/)

## Impressum

Feedback-Bericht für hausärztliche Praxen, DMP COPD, Zeitraum 2. Halbjahr 2023

### Herausgeber:

Gemeinsame Einrichtung DMP Nordrhein, 40182 Düsseldorf, Vorsitz / Geschäftsführung: Dr. med. Carsten König, Torsten Klüsener

### Berichtserstellung:

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Fachbereich Evaluation und Qualitätssicherung, 40182 Düsseldorf, Fachbereichsleitung: Dr. phil. Bernd Hagen

### Redaktionsgruppe:

Ulrich Blaudzun (IKK classic), Dr. med. Walter Dresch (Arzt für Allgemeinmedizin, Köln), Dr. med. Frank Friedrichs (Arzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder-Pneumologie, Aachen), Christiane Gipp (IKK classic), Dr. med. Claus Hader (Arzt für Innere Medizin und Pneumologie, Wuppertal), Norbert Mülleneisen (Arzt für Innere Medizin, Pneumologie und Allergologie, Leverkusen)

Anfragen zum Bericht richten Sie bitte an das

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland  
Fachbereich Evaluation und Qualitätssicherung

Telefon: 0221 2585 4100

Mail: [evaluation-qs@zi.de](mailto:evaluation-qs@zi.de)

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir in dieser Publikation zumeist die Sprachform des generischen Maskulinums. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Verwendung der männlichen Form geschlechterunabhängig verstanden werden soll.*

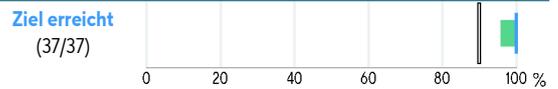
# 1 Erreichen der vertraglichen Qualitätsziele

In der folgenden Darstellung vergleichen wir die von Ihnen erreichten Quoten bei den Qualitätszielen mit den jeweils vertraglich geforderten Quoten. Zusätzlich können Sie Ihr Ergebnis, auch wenn keine bestimmte Quote anzustreben ist, mit den Ergebnissen vergleichen, die zwischen 25 und 75 Prozent aller Praxen erreicht haben, die im DMP mindestens zehn Patientinnen und Patienten betreuen.

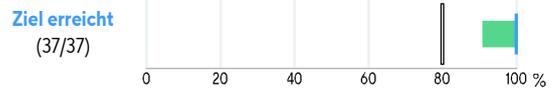
Angaben zur Wahrnehmung empfohlener Schulungen sowie zur Überweisung von Patienten, die in den vergangenen zwölf Monaten eine stationäre COPD-Behandlung dokumentiert und im gleichen Zeitraum eine Einsekundenkapazität (FEV<sub>1</sub>) von weniger als 50 % des Sollwertes haben, werden in diesem Feedback gemäß einer Vereinbarung mit der Gemeinsamen Einrichtung DMP Nordrhein als zusätzliche Qualitätsziele ausgewiesen.

## Erreichen der vertraglichen Qualitätsziele

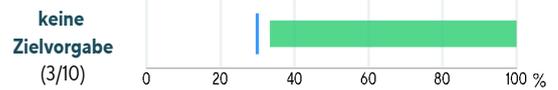
**keine Notfallbehandlung:** Bei mindestens 90 % der Patienten erfolgte innerhalb der vergangenen 12 Monate keine stationäre Behandlung der COPD.



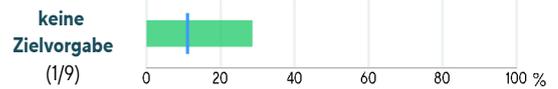
**keine Exazerbationen:** Bei mindestens 80 % der Patienten trat innerhalb der vergangener 6 Monate keine Exazerbation auf.



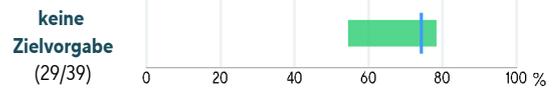
**Tabakverzicht empfohlen:** Einem hohen Anteil der rauchenden Patienten wird eine Empfehlung zum Tabakverzicht ausgesprochen.



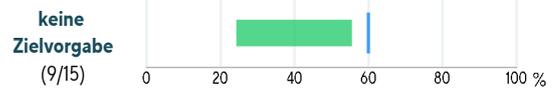
**Tabakentwöhnungsprogramm:** Ein hoher Anteil der rauchenden Patienten nimmt nach einer Empfehlung an einem Tabakentwöhnungsprogramm teil.



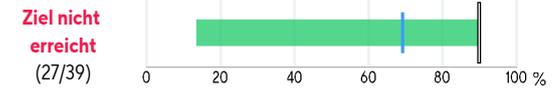
**Nichtraucher:** Ein hoher Anteil der Patienten zählt zur Gruppe der Nichtraucher.



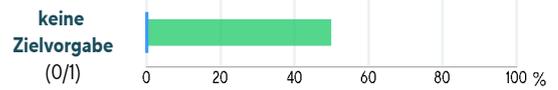
**ehemalige Raucher:** Ein hoher Anteil der Patienten, die bei Einschreibung geraucht haben, zählt zur Gruppe der Nichtraucher.



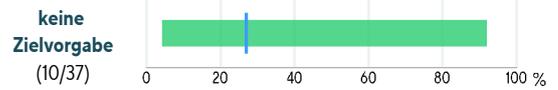
**Inhalationstechnik überprüft:** Bei mindestens 90 % der Patienten wurde die Inhalationstechnik überprüft.



**keine nicht-indizierte ICS-Verordnung:** Bei einem hohen Anteil der Patienten ohne die Begleiterkrankung Asthma, die ICS erhalten, liegt die FEV<sub>1</sub> unter 50 % des Sollwerts.



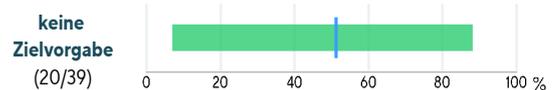
**Osteoporose-Risiko eingeschätzt:** Bei einem hohen Anteil der Patienten erfolgte innerhalb der vergangenen 12 Monate eine Einschätzung des Osteoporose-Risikos.



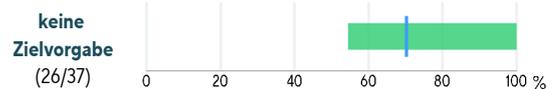
**keine OCS als Dauertherapie:** Mindestens 90 % der Patienten erhalten keine systemischen Glukokortikosteroide als Dauertherapie.



**Training empfohlen:** Einem hohen Anteil der Patienten wird eine Empfehlung zu wöchentlichem körperlichen Training ausgesprochen.



**FEV<sub>1</sub> bestimmt:** Bei einem hohen Anteil der Patienten wurde innerhalb der vergangenen 12 Monate der FEV<sub>1</sub>-Wert ermittelt.

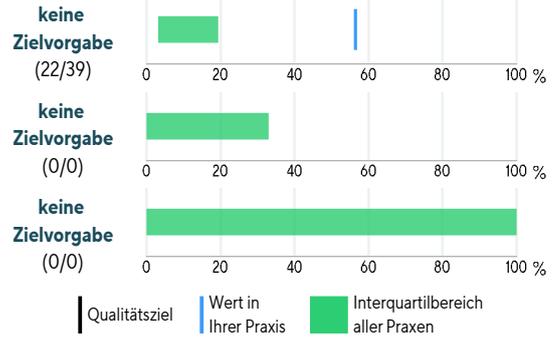


## Zusätzliche Ziele in der Region Nordrhein

**Schulung (Gesamtquote):** Ein hoher Anteil der Patienten hat im Rahmen des DMP an einer Schulung teilgenommen.

**Schulung (Compliance):** Ein hoher Anteil der Patienten, denen in den letzten 18 Monaten eine Schulung empfohlen wurde, ist dieser Empfehlung gefolgt.

**Überweisung zum Facharzt:** Ein hoher Anteil Patienten mit stationärer COPD-Behandlung und FEV<sub>1</sub> unter 50 % des Sollwertes in den vergangenen 12 Monaten wird zum Facharzt überwiesen.



Erfüllen weniger als zehn Ihrer Patienten eines der genannten Kriterien, erfolgt keine Bewertung (-); (n / m): absolutes Verhältnis der zutreffenden Fälle (Zähler) zu den insgesamt vorhandenen Fällen (Nenner);

k.A.: Patienten, welche die geforderten Bedingungen erfüllen, sind bei Ihnen nicht dokumentiert

## 2 Betreute Patientinnen und Patienten

Wir beziehen uns bei den Auswertungen der Daten Ihrer Patienten in diesem Bericht ausschließlich auf diejenigen, von denen uns im Rahmen des DMP COPD Nordrhein eine gültige Folgedokumentation aus dem 2. Halbjahr 2023 vorliegt.

In 798 (28,7%) Praxen sind bis zu zehn COPD-Patienten in Behandlung.

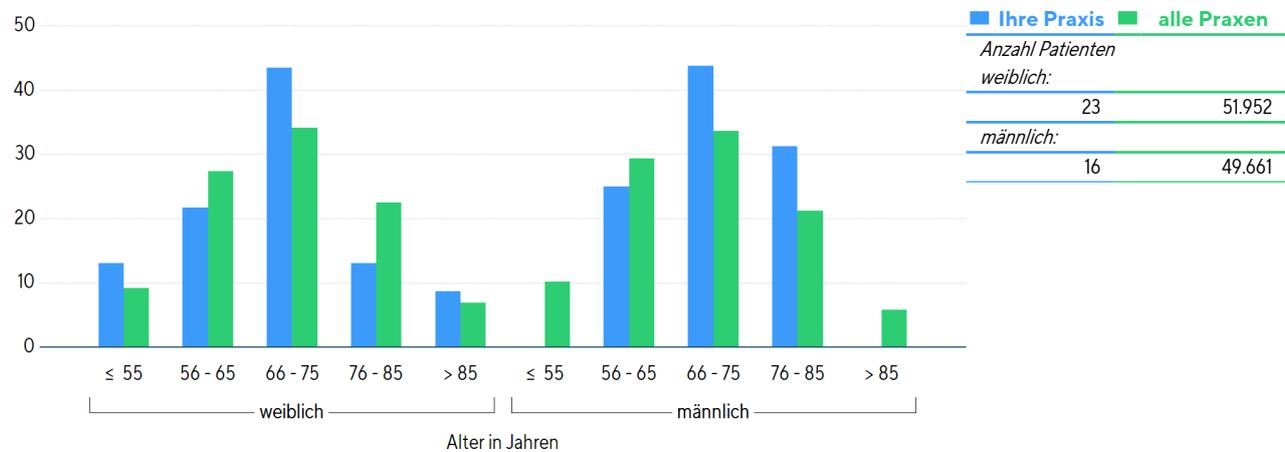
	Ihre Praxis		Alle Praxen		
	n	%	Mw	n	%
Anzahl Praxen				2.779	100
insgesamt betreute Patienten	42	100	38	108.586	100
davon mit aktueller Folgedokumentation	39	92,9	36	101.836	93,8
davon weiblich	23	59,0	18	51.952	51,0
davon mindestens fünf Jahre im DMP	35	89,7	23	64.540	63,4
mittlere Betreuungszeit (Jahre)	11,1		7,5		
mittleres Alter (Jahre)	69,4		69,1		

Mw: Mittelwert

Nachfolgend sehen Sie, wie sich Ihre Patientengruppe vom Alter her zusammensetzt (Abbildung 1).

Abb. 1 **Alter der Patienten nach Geschlecht**

Anteil in Prozent



**i** Im Vergleich zu allen Praxen betreuen Sie in Ihrer Praxis einen ähnlich großen Anteil älterer COPD-Patienten (76 Jahre oder älter; Männer und Frauen zusammengefasst).

### 3 Befunde und relevante Ereignisse

#### Begleiterkrankungen

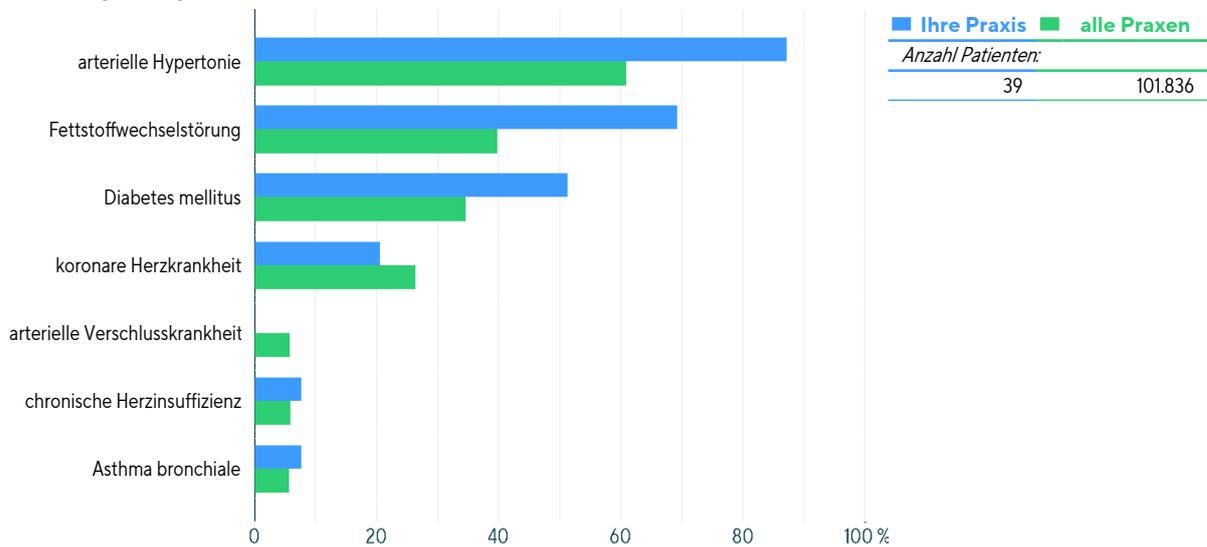
In Abbildung 2 werden ausgewählte Begleiterkrankungen Ihrer Patienten sowie aller im Rahmen des DMP COPD betreuten Patienten dargestellt, welche dauerhaft (d.h. mindestens in den letzten zwei Dokumentationen) vorliegen.

Bitte überprüfen Sie bei ausgeprägt geringen Häufigkeiten an Begleiterkrankungen im Berichtszeitraum, ob alle vorliegenden Diagnosen aktuell vollständig erfasst werden! Sie haben übrigens die Möglichkeit die fachgruppenspezifische Morbiditätsstatistik über die Homepage der KV Nordrhein einzusehen:

<https://www.kvno.de/praxis/service/regressvermeidung/morbiditaetsstatistik>

Abb. 2 Dauerhaft dokumentierte Begleiterkrankungen der Patienten mit COPD

Mehrfachnennungen möglich



**Bei den von Ihnen betreuten COPD-Patienten sind klinisch mit COPD assoziierte Begleiterkrankungen in ähnlichem Ausmaß wie in allen Praxen dokumentiert.**

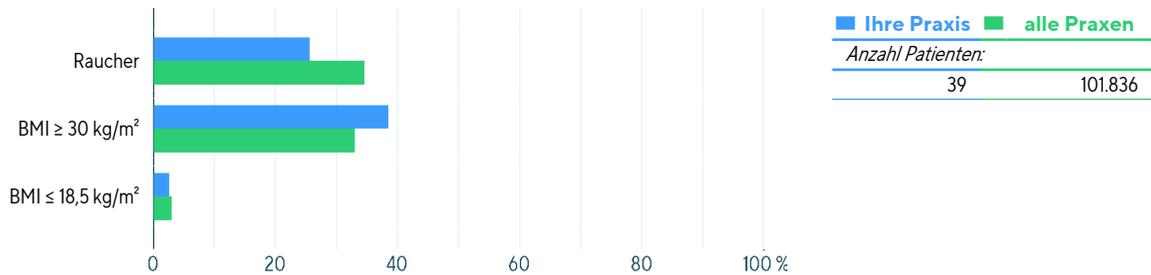
Die COPD-Dokumentation gestattet im Rahmen des DMP bereits seit dessen Beginn keine Unterscheidung zwischen den unterschiedlichen COPD-Schweregraden. Hierzu müssten, wie z. B. in der Nationalen Versorgungsleitlinie ausgeführt, der Sollwert der Sekundenkapazität FEV<sub>1</sub> sowie ggf. vorhandene chronische Symptome wie Husten, Auswurf oder Dyspnoe bzw. Symptome einer Rechtsherzinsuffizienz erfasst werden.

#### Raucherstatus und Gewicht

Rauchen ist der wichtigste Risikofaktor einer chronisch obstruktiven Bronchitis und eines Lungenemphysems. Regionale Angebote über Rauchentwöhnungskurse in der näheren Umgebung Ihrer Praxis finden Sie auf den Internetseiten des Deutschen Krebsforschungszentrum unter [www.anbieter-raucherberatung.de](http://www.anbieter-raucherberatung.de).

Abbildung 3 zeigt an, in welchem Ausmaß im Berichtshalbjahr die Patienten als Raucher dokumentiert werden. Daneben ist auch dargestellt, wie groß der Anteil an Patienten ist, die als deutlich übergewichtig (Body-Mass-Index BMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) bzw. untergewichtig (BMI  $\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ ) einzustufen sind.

Abb. 3 **Raucherstatus, Über- und Untergewicht**

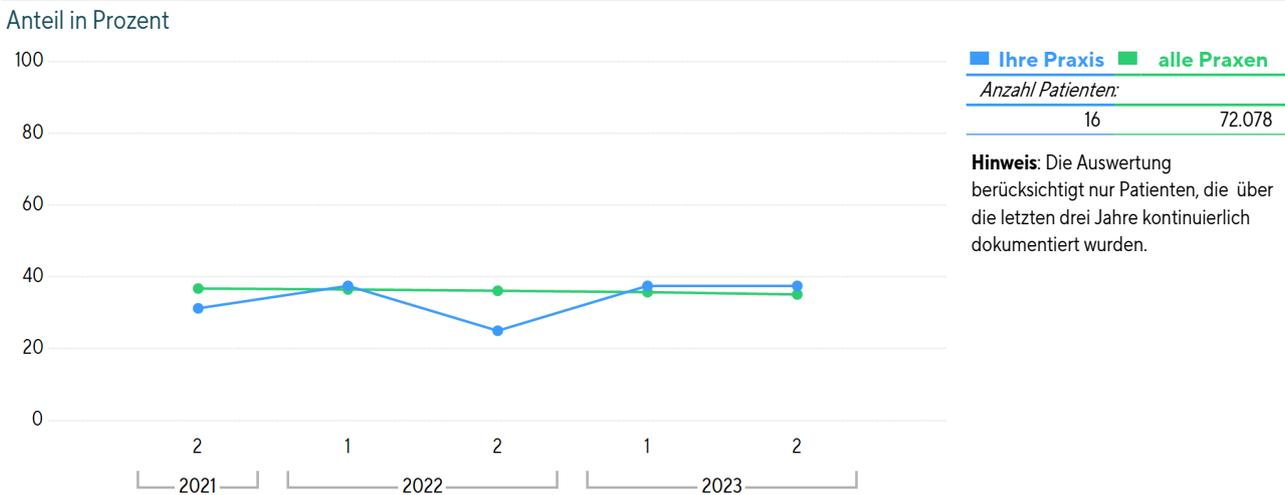


**i** Im Vergleich zu allen Praxen sind ähnlich viele Ihrer COPD-Patienten als Raucher dokumentiert. Ein vergleichsweise ähnlich großer Anteil Ihrer Patienten ist übergewichtig und ein vergleichsweise ähnlich großer Anteil ist untergewichtig.

**u** Die Raucher unter Ihren Patienten, bei denen zusätzlich von einer stark reduzierten Lungenfunktion (siehe unten) auszugehen ist, werden im Anhang in **Liste 4** aufgeführt. Patienten mit einem auffälligen Gewichtsverlust innerhalb der vergangenen 12 Monate finden Sie im Anhang in **Liste 7**.

Für das Patientenkollektiv mit einer durchgängigen Dokumentation vom zweiten Halbjahr 2021 bis Ende des zweiten Halbjahres 2023 weisen wir zusätzlich den Verlauf des Raucheranteils unter ihren DMP-Patienten aus (Abbildung 4).

Abb. 4 **Raucheranteil im Zeitverlauf**

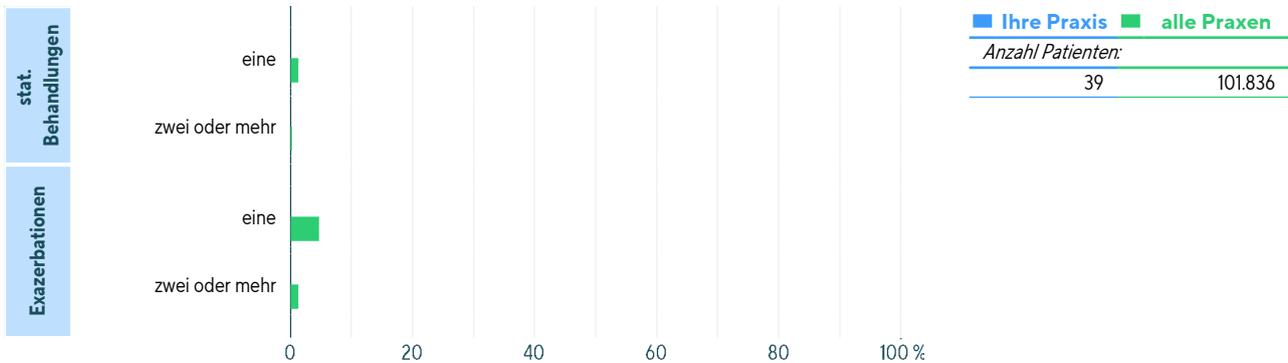


**Hinweis:** Die Auswertung berücksichtigt nur Patienten, die über die letzten drei Jahre kontinuierlich dokumentiert wurden.

## Stationäre Notfälle und Exazerbationen

Zwei wichtige DMP-Qualitätsziele sind, stationäre notfallmäßige Behandlungen der COPD zu vermeiden und das Auftreten von Exazerbationen zu verhindern (Abbildung 5).

Abb. 5 Stationäre COPD-Behandlungen und Exazerbationen in den vergangenen sechs Monaten



## Lungenfunktion

Die erreichte Sekundenkapazität in Verhältnis zum Sollwert des Patienten erlaubt eine Aussage über den COPD-bedingten Beeinträchtigungsgrad der Lungenfunktion.

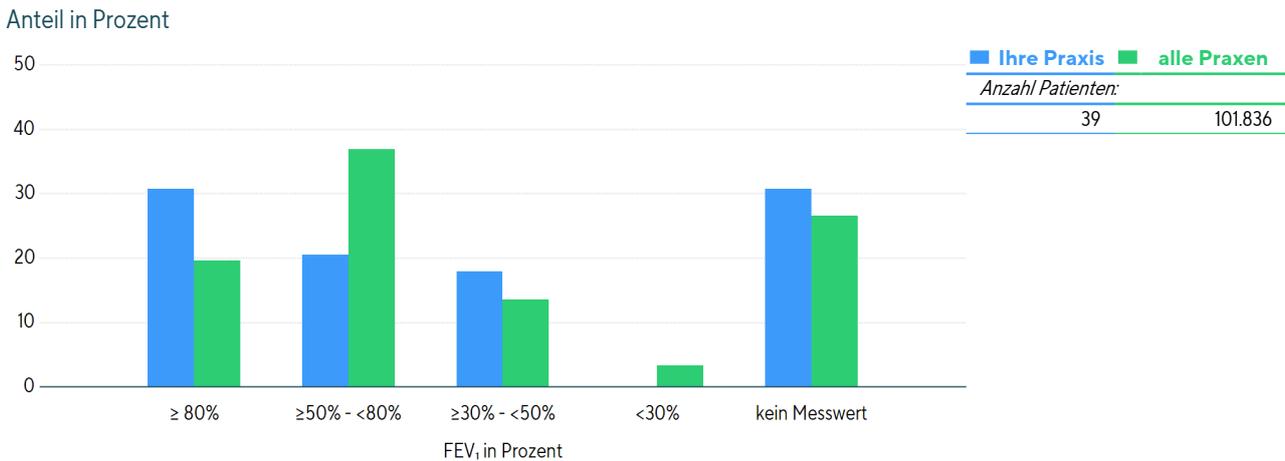
### Schweregrade der stabilen COPD

Schweregrad Symptome		Spirometrie
0 (Risikogruppe)	chronische Symptome (Husten, Auswurf)	Normale Spirometrie
I (leichtgradig)	mit oder ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf, Dyspnoe evt. bei starker körperlicher Belastung)	FEV <sub>1</sub> ≥ 80 % Soll FEV <sub>1</sub> /VK < 70 %
II (mittelgradig)	mit oder ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf, Dyspnoe)	50 % ≤ FEV <sub>1</sub> < 80 % Soll FEV <sub>1</sub> /VK < 70 %
III (schwer)	mit oder ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf, Dyspnoe)	30 % ≤ FEV <sub>1</sub> < 50 % Soll FEV <sub>1</sub> /VK < 70 %
IV (sehr schwer)	Zeichen der chronischen respiratorischen Insuffizienz	FEV <sub>1</sub> < 30 % Soll oder FEV <sub>1</sub> < 50 % Soll mit respiratorischer Insuffizienz; FEV <sub>1</sub> /VK < 70 %

adaptiert nach NVL, 2007; GOLD, 2004

Nachfolgend sehen Sie, wie sich Ihre Patiengruppe nach Schweregrad zusammensetzt (Abbildung 6).

Abb. 6 **Aktuellster FEV<sub>1</sub>/Sollwert, der in den letzten 12 Monaten dokumentiert wurde**



**i** **Patienten in Ihrer Praxis weisen nie einen FEV<sub>1</sub>-Wert unter 30% des Sollwerts auf. Deutlich häufiger als in allen Praxen sind Patienten mit einem FEV<sub>1</sub>-Wert von 80% oder mehr dokumentiert.**

**o** *Eine FEV<sub>1</sub>-Bestimmung soll im Rahmen des DMP COPD alle sechs bis zwölf Monate dokumentiert werden. Patienten, bei denen länger als 12 Monate keine FEV<sub>1</sub>-Messung dokumentiert wurde, finden Sie im Anhang in **Liste 3** aufgeführt.*

Exazerbationen und stationäre Behandlungen sind deutlich mit dem Schweregrad assoziiert: je stärker die Einschränkung der Lungenfunktion, desto häufiger sind Exazerbationen und stationäre Notfälle dokumentiert.

#### Exazerbationen und stationäre Notfallereignisse unter den einzelnen Schweregradstufen

Schweregrad	Anteil Patienten mit mindestens einer stationären Behandlung		Anteil Patienten mit mindestens einer Exazerbation		Anzahl Patienten mit FEV <sub>1</sub> -Messung in den letzten 12 Monaten:	
	Ihre Praxis	alle Praxen	Ihre Praxis	alle Praxen	Ihre Praxis	alle Praxen
	I	0,0 %	0,5 %	0,0 %	3,6 %	12
II	0,0 %	1,2 %	0,0 %	6,0 %	8	37.565
III	0,0 %	2,9 %	0,0 %	10,6 %	7	13.822
IV		7,8 %		18,0 %	0	3.392

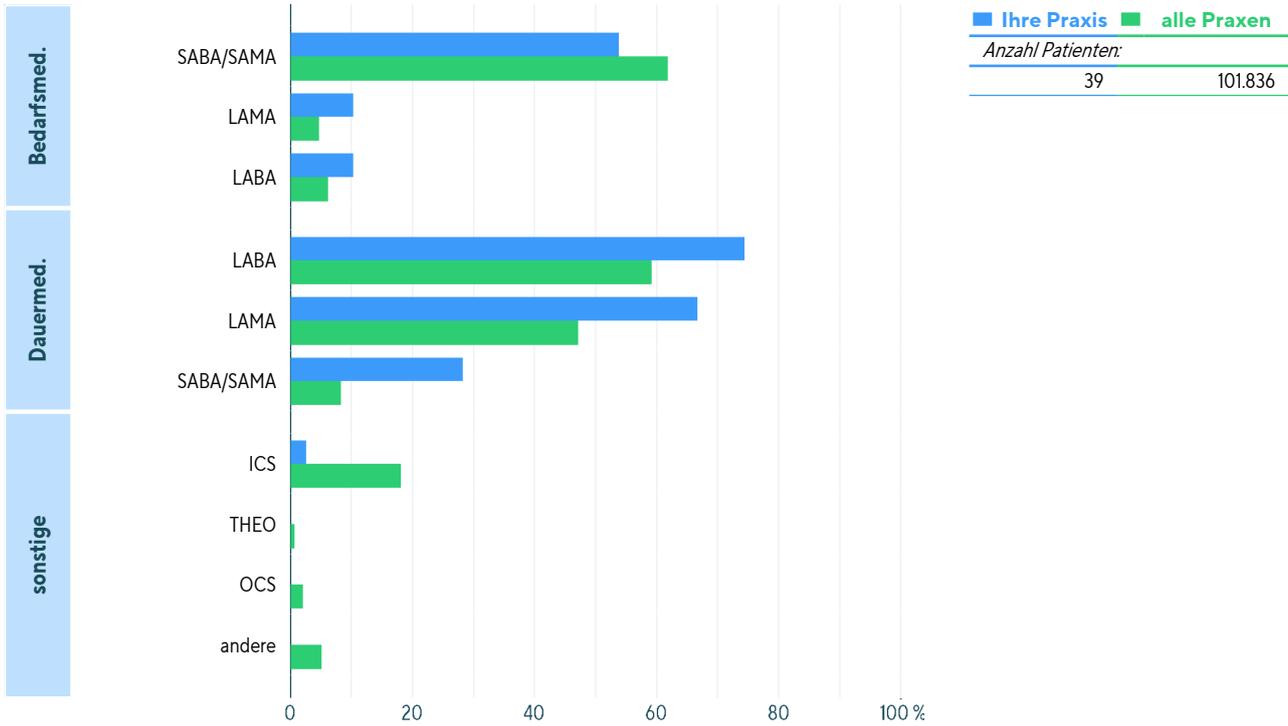
## 4 Medikation

Neben einer allgemeinen Auswertung, wie häufig die einzelnen Präparategruppen verordnet werden (Abbildung 7), finden Sie im Folgenden die Spannweite der Verordnungen im Berichtshalbjahr für Praxen, die mindestens zehn Patienten betreuen (Abbildung 8) sowie einen Vergleich zwischen der Situation vor zwei Jahren und im Berichtshalbjahr (Abbildung 9). In einem weiteren Schritt werden die Verordnungen getrennt nach Schweregrad dargestellt (Abbildung 10).

Die Abbildung 7 zeigt, wie häufig die einzelnen Präparatgruppen verordnet werden.

Abb.7 **Medikation im Berichtshalbjahr**

Mehrfachnennungen möglich

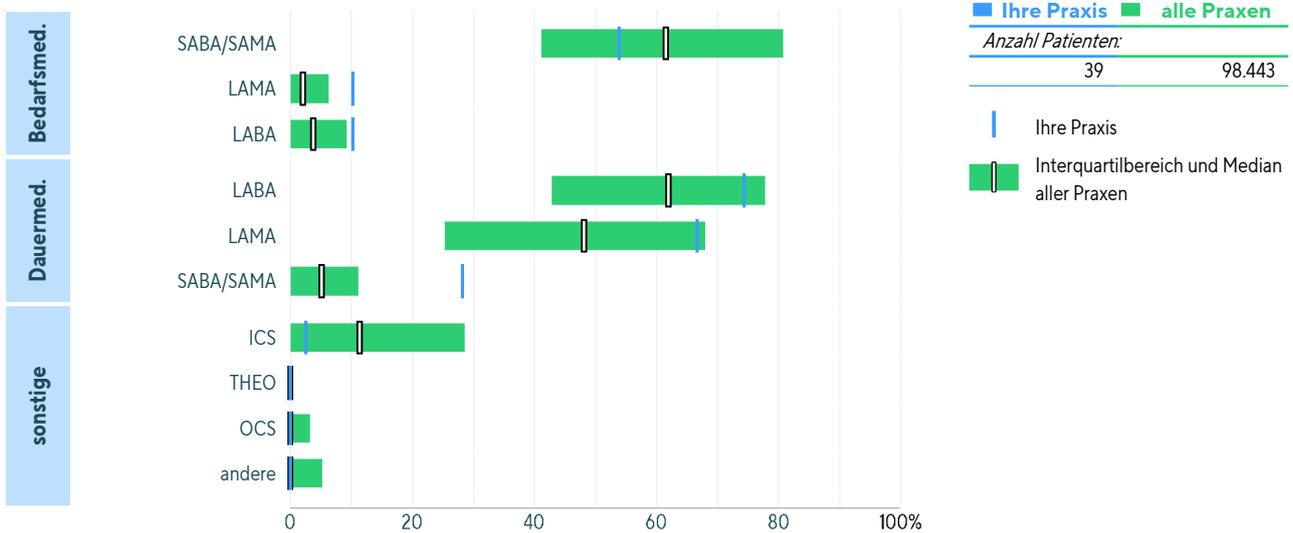


Die Ergebnisse in allen Praxen (Abbildung 7) zeigen, dass kurz wirksame Beta-Agonisten bzw. Anticholinergika als häufigste Bedarfs- und lang wirksame Beta-Agonisten und Anticholinergika als häufigste Dauermedikation verordnet werden. Daneben ist aber auch weiterhin in nennenswertem Umfang die Verordnung inhalativer Kortikoide dokumentiert. Ebenso wie bei den (deutlich seltener verordneten) oralen Kortikoiden ist jedoch unklar, ob diese als Bedarfs- oder Dauermedikation gegeben werden.

Abbildung 8 zeigt die Streubreiten der Verordnungshäufigkeiten im aktuellen Berichtshalbjahr in der mittleren Hälfte aller Praxen, die mindestens zehn COPD-Patienten betreuen. Die entsprechenden Werte aus Ihrer Praxis sind in die Darstellung zum direkten Vergleich eingefügt – wenn Sie mindestens zehn Patienten betreuen. Anhand dieser Abbildung können Sie erkennen, ob Ihre Verordnungshäufigkeiten denen in den anderen Praxen weitgehend entsprechen oder ob Sie eher darunter oder darüber liegen.

Abb. 8 **Praxenbezogene Streubreiten der Medikation im Berichtshalbjahr**

Mehrfachnennungen möglich

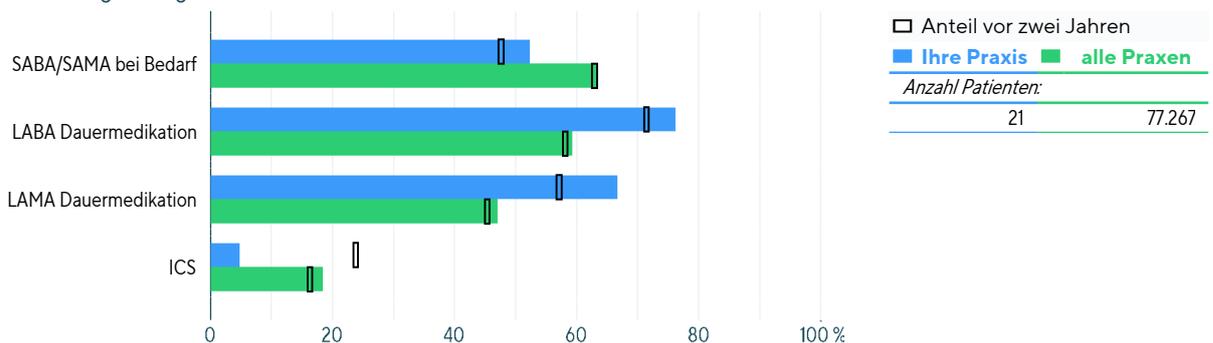


**i Da die Medikation abhängig vom Schweregrad ist, wird nur eine deutlich höhere Verordnung von oralen Kortikoiden (OCS) und Theophyllin (THEO) kommentiert. Dies ist in ihrer Praxis nicht der Fall.**

Abbildung 9 beschreibt die Verordnung der vier häufigsten Präparategruppen vor zwei Jahren und im aktuellen Berichtshalbjahr. Hierbei werden die Patienten berücksichtigt, von denen zu beiden Zeitpunkten Dokumentationen vorliegen.

Abb. 9 **Medikation vor zwei Jahren und im Berichtshalbjahr**

Mehrfachnennungen möglich

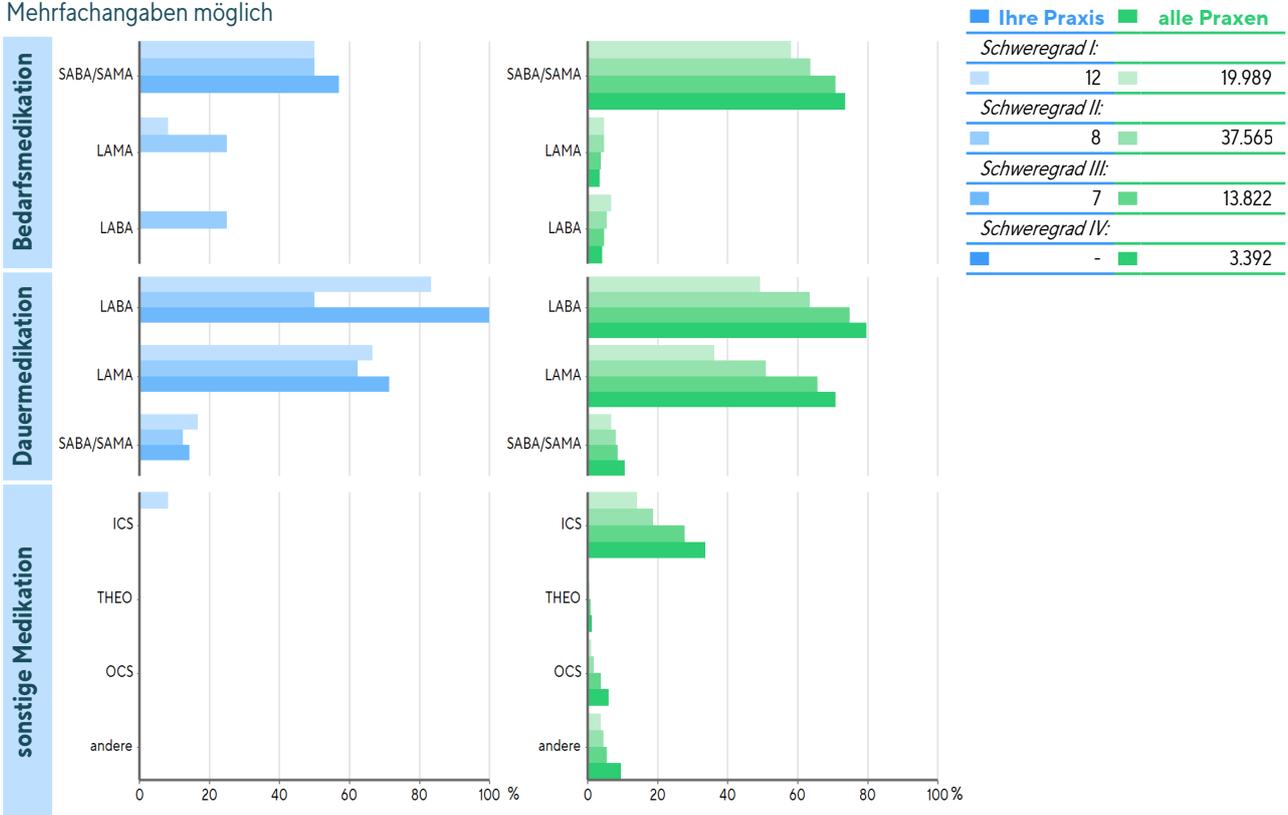


## Medikation in Abhängigkeit vom Schweregrad

Die Abbildung 10 zeigt an, wie häufig die einzelnen Präparategruppen in Abhängigkeit von FEV<sub>1</sub>/Sollwert verordnet werden. Beachten Sie bei deutlichen Abweichungen zwischen Ihrer und allen Praxen auch die zugrunde liegende Fallzahlen.

Abb. 10: **Medikation im Berichtshalbjahr nach Schweregrad**

Mehrfachangaben möglich



In Abbildung 10 fällt in der Gesamtsicht aller Praxen auf, dass ein erheblicher Anteil an Patienten mit einem Schweregrad I (FEV<sub>1</sub>/Soll  $\geq$  80 %) inhalative Glukokortikosteroide erhält. Von diesen Patienten weisen 13,9 % zusätzlich ein Asthma bronchiale auf.

Den in Schweregrad IV (FEV<sub>1</sub>/Soll < 30 %) eingeordneten Patienten hingegen werden lang wirksame Anticholinergika und lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika weniger häufig verordnet, als aufgrund der NVL-Empfehlungen zu erwarten wäre. 11,6 % der Patienten mit Schweregrad IV erhalten weder eine LAMA- noch eine LABA-Verordnung.

Patienten mit ICS und wenig beeinträchtigter Lungenfunktion finden Sie im Anhang in Liste 5.

## 5 Schulungen

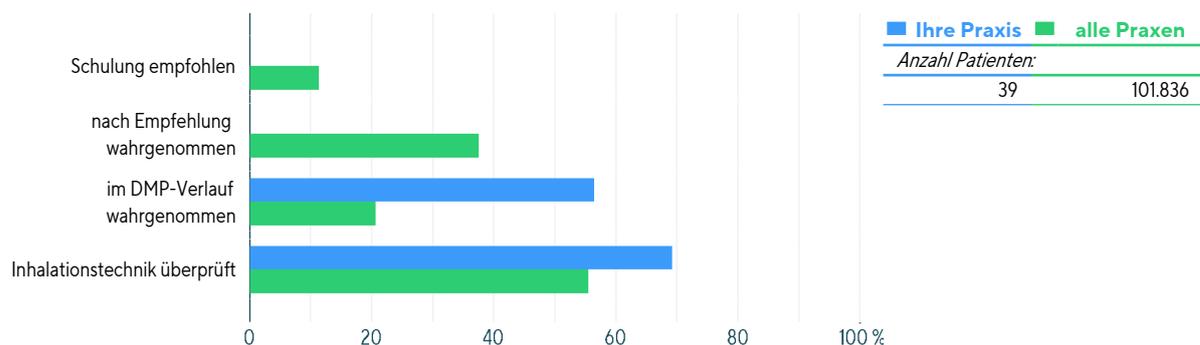
Im Rahmen der Therapieplanung sollen alle eingeschriebenen COPD-Patienten Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Behandlungs- und Schulungsprogramm erhalten. Zu Schulungszwecken können Patienten auch per Zielauftrag (z.B. an Pneumologen) überwiesen werden. An dieser Stelle möchten wir Ihnen berichten, in welchem Ausmaß Ihren Patienten 12 Monate vor dem aktuellen Berichtszeitraum eine Schulung empfohlen wurde und wie viele davon dieser Empfehlung nachgekommen sind (Abbildung 11). Zusätzlich zeigt die Abbildung auch den Anteil von Patienten, bei denen nach ihrer Einschreibung in das DMP die Wahrnehmung einer Schulung dokumentiert wurde, unabhängig von einer eventuell vorausgegangenen Empfehlung.

**🔔 Kommen Patienten zweimal innerhalb von 12 Monaten einer Schulungsempfehlung grundlos nicht nach, wird die Teilnahme am DMP durch die Krankenkasse beendet. Möchte der jeweilige Patient weiterhin am DMP teilnehmen, ist eine neue Erstdokumentation mit entsprechender Einverständniserklärung zu erstellen.**

*Wir weisen im Anhang in **Liste 8** jene Patienten aus, die eine Schulungsempfehlung in den letzten 12 Monaten bekommen haben und dieser bislang nicht nachgekommen sind.*

Ergänzend wird in Abbildung 11 gezeigt, wie oft die Inhalationstechnik im aktuellen Berichtshalbjahr überprüft wurde. Die sichere Beherrschung der korrekten Inhalationstechnik sollte regelmäßig kontrolliert werden, um dauerhaft eine effektive Inhalation der Wirkstoffe zu gewährleisten. Verschiedene Applikationssysteme können sich trotz gleichen Wirkstoffes in ihrer Handhabung und ihrer wirksamen Dosis unterscheiden.

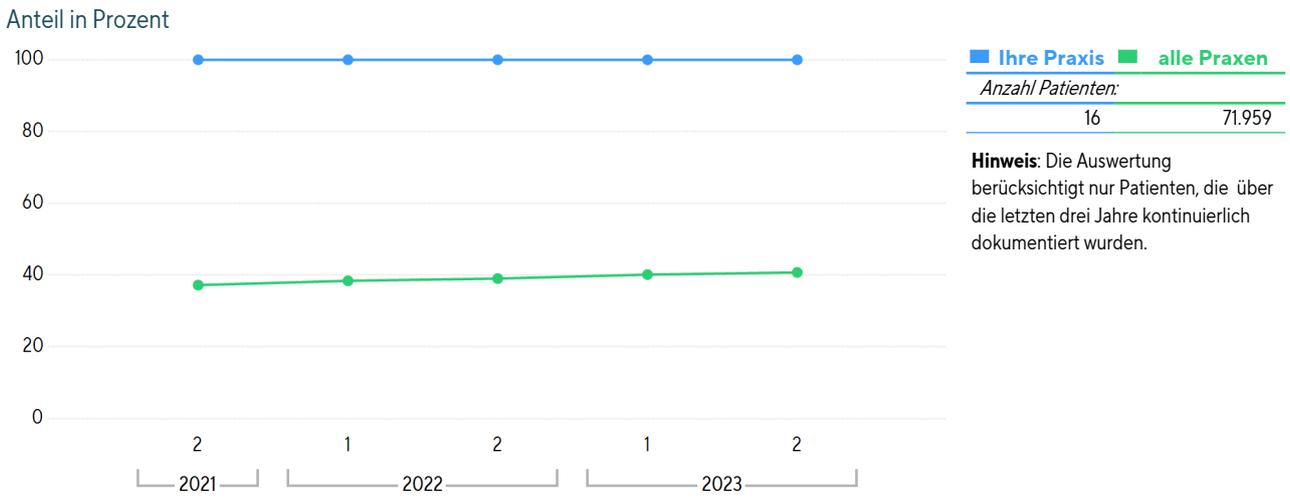
Abb. 11 **Schulung und Überprüfung der Inhalationstechnik**



**📌 Sie haben in Ihrer Praxis in den 12 Monaten vor dem Berichtszeitraum keinem Ihrer Patienten eine COPD-Schulung empfohlen. Die Inhalationstechnik überprüfen Sie im Vergleich zu allen Praxen etwa gleich oft.**

Für die Teilgruppe der Patienten mit einer durchgängigen Dokumentation vom zweiten Halbjahr 2021 bis zum zweiten Halbjahr 2023 weisen wir zusätzlich den Verlauf des Anteils an Patienten aus, die bis zu diesem Zeitpunkt eine Schulungsempfehlung erhalten haben (Abbildung 12).

Abb. 12 **Kumulativer Anteil von Patienten mit einer Schulungsempfehlung im Zeitverlauf**



## 6 Behandlungsplanung

### Patienteninformation

Hinweise an den Patienten:

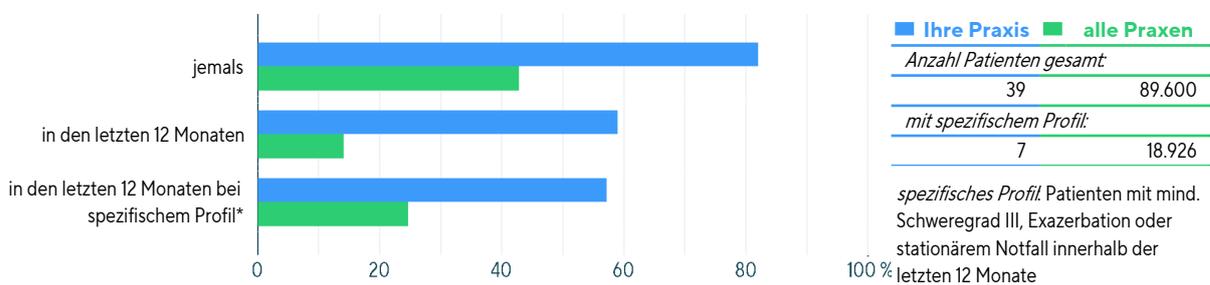
- COPD-Noxen bzw. -Verursacher (Aktiv- und Passivrauchen, ausgeprägte, auch berufsbedingte Staubbelastung) und deren Vermeidung,
- Infektionsprophylaxe,
- Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung der COPD führen können,
- eine adäquate Ernährung (hyperkalorisch) bei Untergewicht.

weitere Maßnahmen:

- Tabakentwöhnung,
- körperliches Training zur Erhöhung der Belastbarkeit und Linderung der Dyspnoe-Beschwerden,
- allgemeine Krankengymnastik mit dem Schwerpunkt Atemtherapie,
- Langzeit-Sauerstoff-Therapie,
- häusliche Beatmung,
- Rehabilitation,
- operative Verfahren,
- psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung.
- Erwägung von Schutzimpfungen gegen Influenza und Pneumokokken (gemäß den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO))

Nachfolgend stellen wir dar, wie häufig eine COPD-spezifische Über- oder Einweisung jemals beziehungsweise in den letzten 12 Monaten erfolgte. Die Häufigkeit wird zusätzlich ausgewiesen für die Teilgruppe an Patienten, bei denen in den letzten 12 Monaten Exazerbationen oder stationäre Notfallereignisse dokumentiert wurden oder die in die Schweregrade III oder IV eingeordnet werden.

Abb. 13 **Über- oder Einweisung**



## Anhang: Auflistung auffälliger Patienten

### 1 Patienten mit stationärer COPD-Behandlung in den letzten 12 Monaten oder Exazerbationen in den letzten 6 Monaten

Bei den nachfolgend aufgeführten Patienten wurde bei der aktuellen Dokumentation oder innerhalb von zwölf bzw. sechs Monaten davor eine stationäre Behandlung oder eine Exazerbation dokumentiert.

*Patienten, die diese Bedingung erfüllen, sind derzeit nicht in Ihrer Praxis dokumentiert.*

### 2 Patienten, die orale Kortikoide erhalten

*Patienten, die diese Bedingung erfüllen, sind derzeit nicht in Ihrer Praxis dokumentiert.*

### 3 Patienten ohne dokumentierte FEV<sub>1</sub>-Messung in den vergangenen 12 Monaten

Bei den nachfolgend aufgeführten Patienten liegt keine dokumentierte FEV<sub>1</sub>-Messung in den vergangenen 12 Monaten vor. Berücksichtigt sind nur Patienten, die länger als 12 Monate eingeschrieben sind.

DMP-Fallnr.	Geschl.	Geb.	stat.	Exaz.	Medikation							Raucher	
					SABA*	LAMA	LABA	ICS	OCS	THEO	andere		
030967M	m	30.10.1967	-	-	D	D	D						ja
127367W	w	24.08.1967	-	-	D	D	D						nein
128360m	m	27.12.1960	-	-	B	D	D						nein
107158	w	28.01.1958	-	-	B		B						nein
024856W	w	02.12.1956	-	-	B	B	B						nein
127256M	m	10.08.1956	-	-	D	D	D						ja
016950W	w	21.03.1950	-	-	D	D	D						nein
092349M	m	03.11.1949	-	-	D	D	D						nein
120144M	m	01.04.1944	-	-	D	D	D						nein
132441M	m	12.06.1941	-	-	D	D	D						nein
0013034	w	25.10.1934	-	-	B								nein

**m:** männlich, **w:** weiblich; **stat./ Exaz.:** stationäre Aufenthalte / Exazerbationen in den vergangenen 12 bzw. 6 Monaten

**Medikation:** **SABA\*:** SABA/SAMA, **D:** Dauermedikation, **B:** Bedarfsmedikation, **-:** Verordnung ohne Unterscheidung von Bedarfs-/Dauermedikation

### 4 Patienten mit stark reduzierter Lungenfunktion und spezifischen Profilen

Patienten mit einer FEV<sub>1</sub> unter 50 % des Sollwerts und gleichzeitig mit mindestens einem der folgenden Profile:

- Patienten ohne LAMA-/LABA-Dauermedikation (oDM)
- Patienten die aktuell als Raucher dokumentiert sind (Rau)
- Patienten mit einer stationären notfallmäßigen Behandlung in den letzten 12 Monaten, bei denen im selben Zeitraum keine Überweisung zum Facharzt dokumentiert ist (oÜW)

DMP-Fallnr.	Geschl.	Geb.	stat.	Exaz.	%Sw	Medikation							oDM	Rau	oÜW
						SABA*	LAMA	LABA	ICS	OCS	THEO	andere			
126990M	m	28.08.1938	-	-	41			D							.
125737W	w	14.11.1937	-	-	30	B	D	D							.

**m:** männlich, **w:** weiblich; **stat./ Exaz.:** stationäre Aufenthalte / Exazerbationen in den vergangenen 12 bzw. 6 Monaten; **%Sw:** der aktuellste FEV<sub>1</sub>/Sollwert, der in den letzten 12 Monaten dokumentiert wurde in %

**Medikation:** **SABA\*:** SABA/SAMA, **D:** Dauermedikation, **B:** Bedarfsmedikation, **-:** Verordnung ohne Unterscheidung von Bedarfs-/Dauermedikation

## 5 Patienten mit wenig beeinträchtiger Lungenfunktion und ICS-Medikation

Patienten mit einer FEV<sub>1</sub> über 50 % des Sollwerts, die inhalative Kortikosteroide erhalten, ohne Dokumentation von Asthma bronchiale als Begleiterkrankung.

DMP-Fallnummer	Geschlecht	Geb.	%Sw	Medikation						
				SABA*	LAMA	LABA	ICS	OCS	THEO	andere
101476W	w	21.06.1976	82	B	D	D	.			

**m:** männlich, **w:** weiblich; **%Sw:** der aktuellste FEV<sub>1</sub>/Sollwert, der in den letzten 12 Monaten dokumentiert wurde in %

**Medikation:** **SABA\*:** SABA/SAMA, **D:** Dauermedikation, **B:** Bedarfsmedikation, **.**: Verordnung ohne Unterscheidung von Bedarfs-/Dauermedikation

## 6 Patienten, bei denen die Inhalationstechnik nicht überprüft wurde

DMP-Fallnr.	Geschl.	Geb.	%Sw	Medikation						
				SABA*	LAMA	LABA	ICS	OCS	THEO	andere
101476W	w	21.06.1976	82	B	D	D	.			
130364W	w	22.04.1964	78		D					
124662M	m	20.05.1962	36	B	D	D				
118557W	w	10.07.1957	97	B						
02785eW	w	07.11.1953	101		D	D				
131553W	w	14.09.1953	83		D	D				
024651W	w	06.01.1951	99	B	D	D				
082849M	m	04.04.1949	54							
082438W	w	12.03.1938	115	B		D				
126990M	m	28.08.1938	41			D				
125737W	w	14.11.1937	30	B	D	D				
0013034	w	25.10.1934	-	B						

**m:** männlich, **w:** weiblich; **%Sw:** der aktuellste FEV<sub>1</sub>/Sollwert, der in den letzten 12 Monaten dokumentiert wurde in %

**Medikation:** **SABA\*:** SABA/SAMA, **D:** Dauermedikation, **B:** Bedarfsmedikation, **.**: Verordnung ohne Unterscheidung von Bedarfs-/Dauermedikation

## 7 Patienten mit auffälligem Gewichtsverlust im letzten Jahr

Patienten, bei denen sich das Gewicht zwischen dem 2. Halbjahr 2022 und dem 2. Halbjahr 2023 um mehr als zehn Prozent verringert hat.

Gewicht auf Basis gemittelter Quartalswerte. Besonders bei sehr hoher Abnahme des Gewichts sollten Sie die Angaben auf Fehler überprüfen.

DMP-Fallnr.	Geschl.	Geb.	Größe	Gewicht		Gewichtsverlust	Raucher
				2022	2023		
092349M	m	03.11.1949	1,83	82	72	-12 %	nein
006340M	m	01.08.1940	1,78	110	97	-12 %	nein

**m:** männlich, **w:** weiblich; **Gewicht:** in kg

## 8 Patienten, die eine empfohlene Schulung nicht wahrgenommen haben

Schulung innerhalb der vergangenen 12 Monate vor und einschließlich der letzten Dokumentation empfohlen und seither keine Schulungsteilnahme dokumentiert

DMP-Fallnr.	Geschl.	Geb.	letzte Schulungs- empfehlung		Exaz.	%Sw	Raucher
			stat.	stat.			
124662M	m	20.05.1962	Dez 2023	-	-	36	nein

**m:** männlich, **w:** weiblich; **stat./Exaz.:** stationäre Aufenthalte / Exazerbationen in den vergangenen 12 bzw. 6 Monaten;

**%Sw:** der aktuellste FEV<sub>1</sub>/Sollwert, der in den letzten 12 Monaten dokumentiert wurde in %

## 9 Patienten, die in mindestens zwei Patientenlisten genannt werden

DMP-Fallnummer	Geschlecht	Geb.	Liste 1	Liste 2	Liste 3	Liste 4	Liste 5	Liste 6	Liste 7	Liste 8
101476W	w	21.06.1976					.	.		
124662M	m	20.05.1962						.		.
092349M	m	03.11.1949			.				.	
126990M	m	28.08.1938				.		.		
125737W	w	14.11.1937				.		.		
0013034	w	25.10.1934			.			.		

**m:** männlich, **w:** weiblich;

**Liste 1:** notfallmäßige COPD-Behandlung

**Liste 2:** orale Kortikoide

**Liste 3:** keine dokumentierte FEV<sub>1</sub>-Messung in den letzten 12 Monaten

**Liste 4:** stark reduzierte Lungenfunktion (FEV<sub>1</sub> < 50%/Soll) und spezifisches Profil

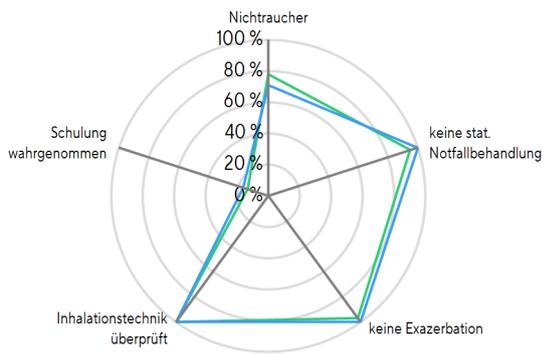
**Liste 5:** inhalative Kortikoide trotz wenig beeinträchtigter Lungenfunktion

**Liste 6:** Inhalationstechnik nicht überprüft

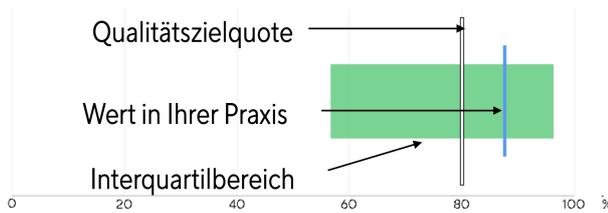
**Liste 7:** hoher Gewichtsverlust innerhalb eines Jahres

**Liste 8:** Patienten, die eine empfohlene Schulung nicht wahrgenommen haben

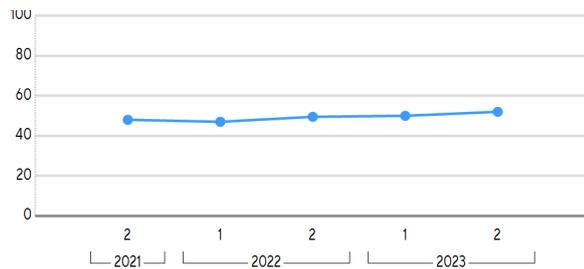
## Glossar & Legende



Das **Spinnennetzdiagramm** (Titelseite) veranschaulicht die in den Qualitätszielen 2023 (jeweils 2. Halbjahr) von Ihnen erreichten Raten im Vergleich mit dem Medianwert aller Praxen auf einen Blick. Die Achsen entsprechen den Zielen, die Positionen auf den Achsen den Prozentwerten aus den jeweiligen Jahren. Unterbrechungen der Linien entstehen immer dann, wenn ein Jahreswert fehlt.



Für jedes Qualitätsziel (Seite 4-5) sowie für die Medikationen können Sie in den **Interquartildiagrammen** ablesen, ob Ihr Wert unter bzw. oberhalb des vertraglich vereinbarten Zielwertes sowie inner- oder außerhalb der Streubreite (Interquartilbereich, grüner Balken) liegt. In diesem Beispiel liegt die vorgegebene Qualitätszielquote bei 80 %. Dieses Ziel würde in Ihrer Praxis übertroffen werden (blauer Balken). Sie erkennen zudem, dass Sie damit innerhalb des Interquartilbereichs aller Praxen liegen würden, die mindestens 10 Patienten betreuen.



In den **Längsschnittdiagrammen** werden Ihre Patienten über einen definierten Zeitraum (aktuell vom zweiten Halbjahr 2021 bis zum zweiten Halbjahr 2023) beobachtet.

Diese Darstellungsform zielt darauf ab, zeitliche Entwicklungen bei Patienten mit kontinuierlicher DMP-Teilnahme zu verdeutlichen.

**Mittelwert (Mw) und Median:** Der Mittelwert ist der Quotient aus der Summe aller gemessenen Werte, dividiert durch deren Anzahl. Der Median beschreibt den Wert, der die Rangfolge der Messwerte in der Mitte teilt.

**Quartile:** Als Quartile bezeichnet man Grenzen in einer Rangfolge von Messwerten, die diese Rangfolge in 25 %-Abschnitte aufteilen. So gilt für das 25 %-Quartil, dass ein Viertel der Messwerte kleiner ist als der an dieser Grenze abgelesene Wert. Entsprechend gibt der beim 75 %-Quartil abgelesene Wert an, dass ein Viertel der Messwerte größer ist als dieser Wert.

**Streubreite bzw. Interquartilbereich (IQR):** die mittleren 50 % einer aufsteigend geordneten Rangfolge von Messwerten. Zu seiner Bestimmung werden die beiden Grenzwerte abgelesen, die in der Rangfolge die unteren 25 % und die oberen 75 % der Messwerte ( ▶ Quartile) abschneiden. Damit gibt dieses Verteilungsmaß eine Information über die Variabilität der Ausprägungen dieses Merkmals in einem Kollektiv, und zwar unabhängig vom evtl. Auftreten von Extremwerten. Anhand des IQR lässt sich die eigene Praxis hinsichtlich der Ausprägung dieses Merkmals einordnen: liegt der entsprechende Patientenanteil in der eigenen Praxis inner- oder außerhalb des Bereiches?

### Abkürzungen

BMI: Body-Mass-Index (Verhältnis Körpergewicht zu Körpergröße, in  $\text{kg pro m}^2$ )

FEV<sub>1</sub>: Forced Expiratory Volume per Second (Sekundenkapazität, in Liter pro Sekunde)

ICS: Inhaled Corticosteroids (inhalative Kortikoide)

OCS: Oral Corticosteroids (orale Kortikoide)

LAMA: Long Acting Muscarinic Antagonists (lang wirksame Anticholinergika)

LABA: Long Acting Beta Agonists (lang wirksame Beta-Agonisten)

SABA: Short Acting Beta Agonists (kurz wirksame Beta-Agonisten)

SAMA: Short Acting Muscarinic Antagonists (kurz wirksame Anticholinergika)

THEO: Theophyllin

Literatur siehe [www.zi-dmp.de](http://www.zi-dmp.de)