

2016

Qualitätsbericht

DMP Asthma



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. DMP Asthma	3
2.1 Strukturierte Behandlung bei Asthma	3
2.2. Ziele des DMP Asthma	5
2.3 Qualitätssicherung	5
2.4 Dokumentation/Datenlieferung/Datenqualität	7
2.5 Basisdaten	7
3. Ergebnisse zum DMP Asthma	9
3.1 Vermeidung und Senkung stationärer notfallmäßiger Behandlungen	9
3.2 Überprüfung der Inhalationstechnik	10
3.3 Patienten mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan	11
3.4 Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden	12
3.5 Symptomkontrolle	13
3.6 Asthmaschulungen	14
4. Fazit	16

1. Einleitung

Asthma – Definition und Prävalenz

Asthma ist eine chronische entzündliche Erkrankung der Atemwege, charakterisiert durch bronchiale Hyperreagibilität und variable Atemwegsobstruktion.

Die Prävalenz (Häufigkeit) des Asthma in Deutschland wird auf ca. 5% der erwachsenen Bevölkerung geschätzt. Von einer weiteren Zunahme der Asthma-Häufigkeit wird ausgegangen. Bei Kindern ist Asthma die häufigste chronische Erkrankung. Hier wird die Prävalenz auf ca. 10% geschätzt (Nationale Versorgungsleitlinie Asthma, 11/2010).

2. DMP Asthma

2.1 Strukturierte Behandlung bei Asthma

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose bei Asthma zeigen, dass durch eine adäquate Betreuung und kompetenten Umgang der Patienten mit der Erkrankung der Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Folgekrankheiten positiv beeinflusst werden können. Durch eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination und Einbindung der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten sowie eine individualisierte Therapie können die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöht und die Behandlungskosten erheblich reduziert werden.

Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programme/ DMP) haben zum Ziel, die Versorgung chronisch kranker Menschen zu verbessern.

Patienten sollen durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung und Beratung mehr Lebensqualität erlangen und vor Spätfolgen ihrer Erkrankung bewahrt werden. Die Behandlung der Patienten soll auf der Grundlage des besten verfügbaren Wissens, kontinuierlich, strukturiert und qualitätsgesichert erfolgen.

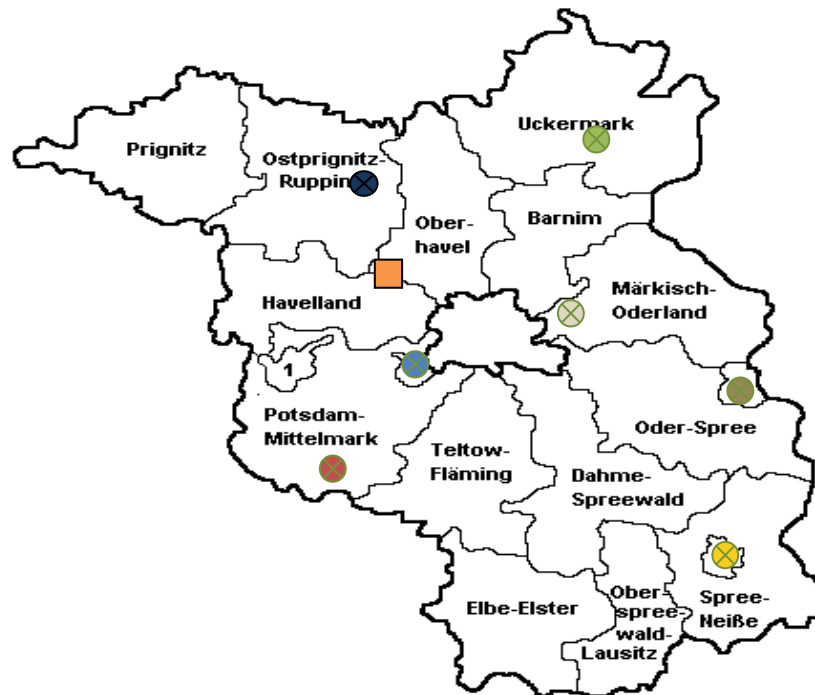
Die chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen stellen wegen der in vielen Fällen im Rahmen eines längeren Behandlungsablaufes notwendig werdenden stationären Behandlungsepisoden und/oder Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere in ihrer chronischen Verlaufsform eine Erkrankung dar, bei der ein sektorübergreifender Behandlungs- und Koordinationsbedarf besteht.

Patienten mit Asthma können durch Selbstmanagement und eine Verhaltensänderung bei lebensstilassoziierten Risikofaktoren die krankheitsauslösenden Faktoren vermeiden und durch körperliches Training den Krankheitsverlauf erheblich beeinflussen. Diesem Umstand wird im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme Rechnung getragen.

Eine Beteiligung der Krankenhäuser im Rahmen der Umsetzung des DMP Asthma erfolgt auf der Basis einer Rahmenvereinbarung zwischen den Krankenkassen/-verbänden und der Landeskrankenhausesellschaft Brandenburg. Sieben Kliniken nehmen danach am DMP-Asthma

teil, so dass strukturell eine auf die leitliniengerechte Versorgung ausgerichtete medizinische Betreuung flächendeckend im Land Brandenburg sichergestellt werden kann.
Ergänzend steht für die rehabilitative Versorgung der Asthma Patienten die Rehabilitationsklinik Sana-Kliniken Sommerfeld zur Verfügung.

Die Verteilung der am DMP-Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser weist eine gute Erreichbarkeit für die betroffenen Patienten auf. Folgende Krankenhäuser bzw. Kliniken sowie Rehabilitationskliniken nehmen am DMP Asthma teil:



- Ruppiner Kliniken Neuruppin
- ⊗ Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
- Johanniter Krankenhaus in Fläming gGmbH Treuenbrietzen
- ⊗ Med. und Soz. Zentrum Angermünde
- ⊗ Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam gGmbH
- ⊗ Krankenhaus Märkisch Oderland Strausberg
- Klinikum Frankfurt (Oder)
- Rehabilitationsklinik Sana-Kliniken Sommerfeld

Seit dem 01.07.2015 ist zusätzlich die Kinderklinik Tannenhof in Graal-Müritz eingebunden, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die in das DMP Asthma eingeschrieben sind, sicherzustellen.

Für die ärztliche Qualitätssicherung im DMP ist die Gemeinsame Einrichtung, die von Kassenärztlicher Vereinigung (KV) und Krankenkassen/-verbänden gebildet wurde, zuständig. Die

Gemeinsame Einrichtung legt hiermit den Qualitätsbericht für das DMP Asthma für den Zeitraum 01.01.2016 bis 31.12.2016 vor.

2.2. Ziele des DMP Asthma

Das DMP Asthma verfolgt die Ziele:

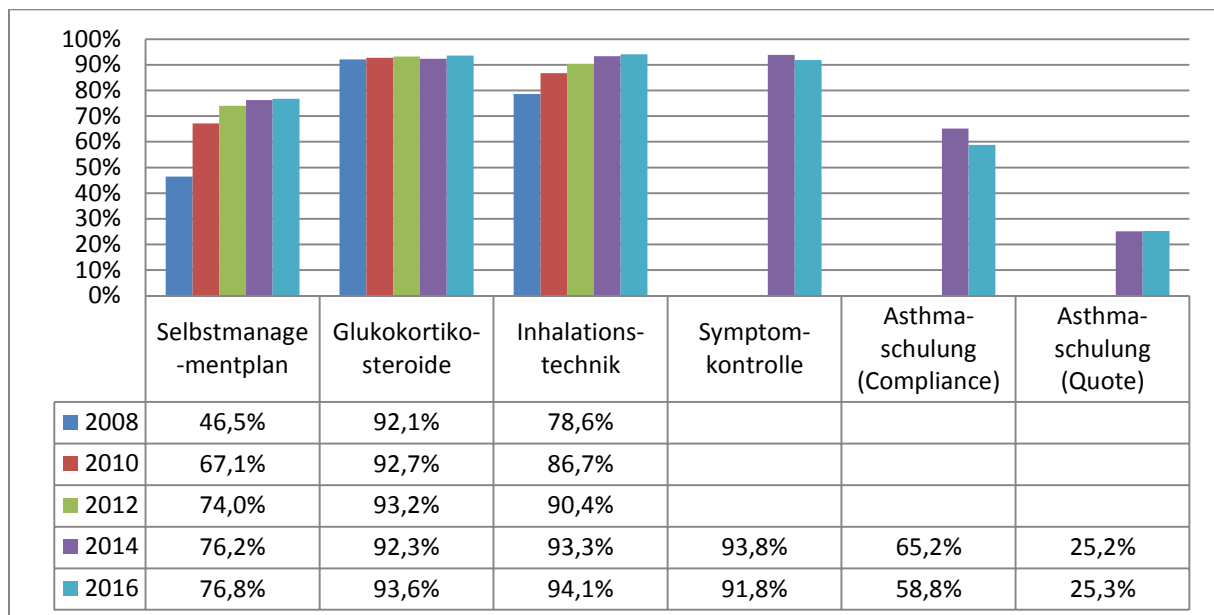
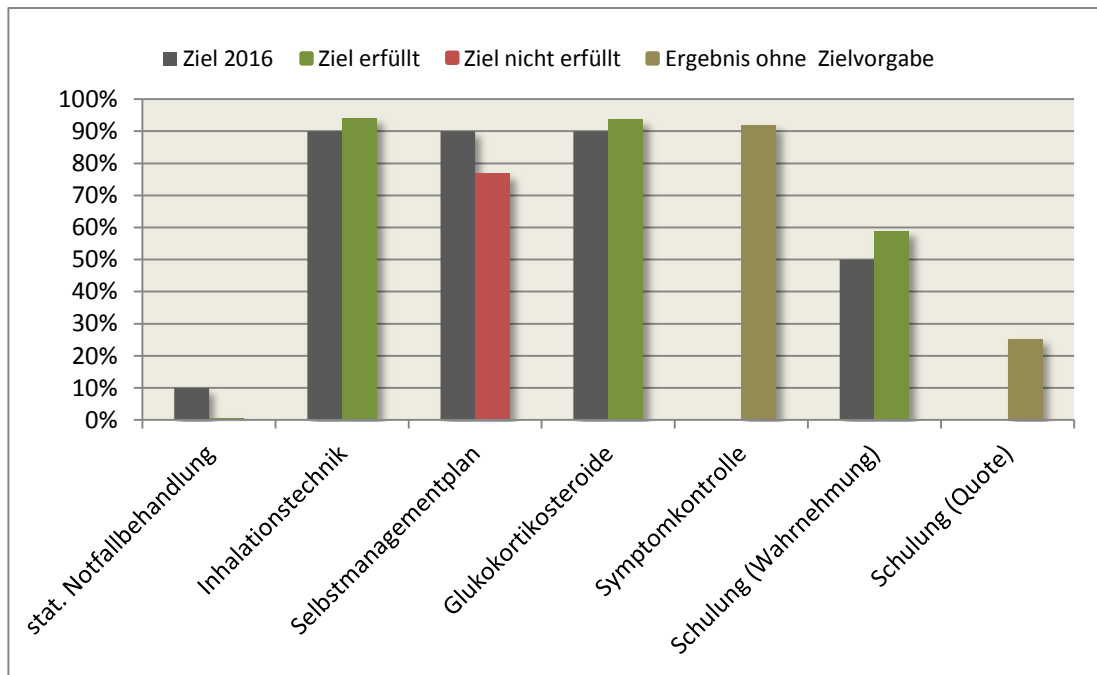
1. Vermeidung und Reduktion von
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Symptome, Asthmaanfälle/Exazerbationen)
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag
 - einer Progredienz der Krankheit
 - unerwünschten Wirkungen der Therapiebei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität.
2. Reduktion der asthmabedingten Letalität.

Um diese Ziele zu erreichen, wurden im Rahmen des DMP Asthma Anforderungen an die Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität definiert und in Qualitätszielen festgehalten.

2.3 Qualitätssicherung

Die Ziele, Indikatoren und Maßnahmen der Qualitätssicherung auf der Grundlage der in den Erst- und Folgedokumentationen erhobenen Daten sind insbesondere in der Anlage zur Qualitätssicherung des DMP-Vertrages detailliert beschrieben.

Im Folgenden sind die vereinbarten Qualitätssicherungsziele sowie die erreichten Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.



Hinsichtlich der Zielauswertung gilt es, die folgenden Besonderheiten zu beachten. Das Ziel zur Überprüfung der Inhalationstechnik wurde erst ab 2008, die Ziele Symptomkontrolle, Wahrnehmung empfohlener Asthmaschulung und Anteil Asthmaschulung erst zum 01.07.2013 im DMP Vertrag zusätzlich aufgenommen, so dass erst Angaben ab dem Jahr 2013 vorliegen.

Auf die Darstellung der Ergebnisse zum Ziel stationäre Notfallbehandlung wurde aufgrund geringer Ergebniswerte unter 1% verzichtet.

Seit Beginn der Ergebnisauswertung der vereinbarten DMP-Ziele werden mit Ausnahme der Ziele Asthma-Schulung (Compliance) und Symptomkontrolle alle vereinbarten Qualitätsziele im Jahresvergleich kontinuierlich gesteigert.

Besonders positiv zeigt sich die Bilanz zum Einsatz eines Selbstmanagementplans und zur Überprüfung der Inhalationstechnik. Beim Ziel zur Überprüfung der Inhalationstechnik konnte Brandenburg im Vergleich mit weiteren 14 KVen mit einem Anteil von 94,1% den 2. Platz einnehmen. Im Vergleich 2008 bis 2016 konnte eine Erhöhung beim Einsatz des

Selbstmanagementplans um 15,5% erreicht werden. Die Schwankungsbreite der Ergebnisse in anderen KV-Regionen liegt zwischen 62% und 97,4%.

Die für einen Regionenvergleich zum KV-Durchschnitt zugrundeliegenden Daten können hinsichtlich der Anzahl der teilnehmenden KV-Bereiche schwanken. Gründe bestehen hierfür u. a. in der unterschiedlichen Darstellung von Zielergebnissen und somit der fehlenden Vergleichsmöglichkeit oder dem Fehlen einzelner Datenergebnisse aus den KV-Bereichen.

2.4 Dokumentation/Datenlieferung/Datenqualität

Der halbjährlich zu erstellende Bericht für die Gemeinsame Einrichtung, der auf Basis des ärztlichen Feedbackberichtes arztübergreifend entwickelt wird, bildet nur Datensätze von Patienten ab, von denen mindestens zwei Dokumentationen (z.B. Erst- und Folgedokumentation mit einem zeitlichen Abstand von mindestens drei Monaten) vorlagen, da Längsschnittbetrachtungen über den Halbjahreszeitraum erfolgen. Eine weitere Voraussetzung ist, dass diese Datensätze von der Datenstelle als vollständig und plausibel bewertet und an die Gemeinsame Einrichtung übermittelt wurden.

Inhaltliche Grundlage der Auswertungen im Berichtszeitraum ist die DMP- Richtlinie.

Mit Stand 31.12.2016 waren 45.324 Patienten in das DMP Asthma eingeschrieben.

An der koordinierenden Betreuung dieser Patienten nahmen 820 Hausärzte teil. Dies entspricht einem Anteil von rund 50% der ambulant tätigen Hausärzte in Brandenburg.

Für eine pneumologisch qualifizierte Versorgung nahmen 65 Vertragsärzte darunter 16 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen des DMP Asthma teil.

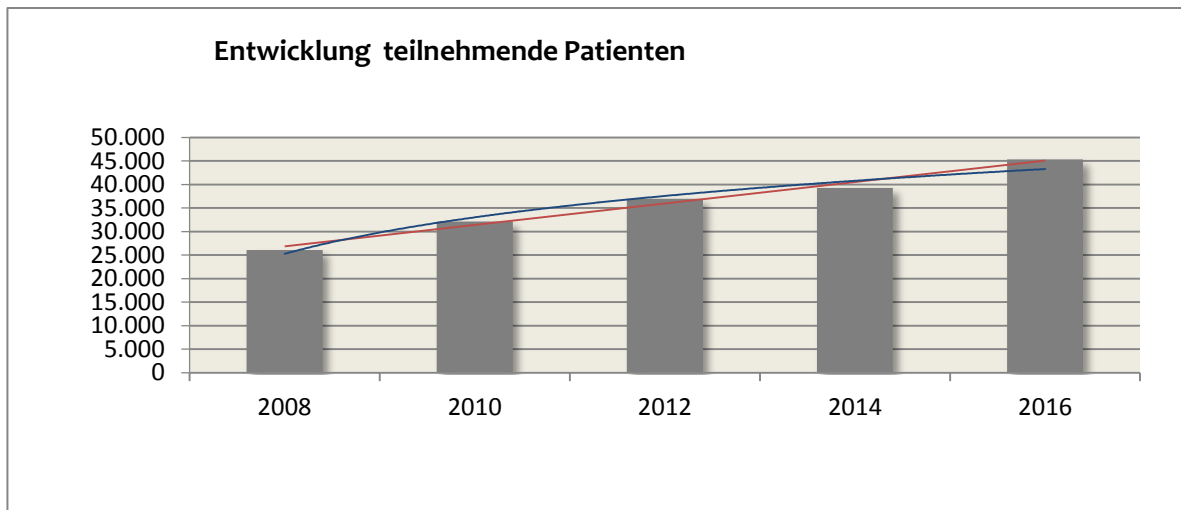
Im Gegensatz zu den anderen internistischen DMP besteht beim DMP Asthma eine Besonderheit hinsichtlich der Einschreibung von Patienten durch die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte. Ca. 70% aller am DMP Asthma teilnehmenden Patienten wurden durch die an der pneumologisch qualifizierten Versorgung teilnehmenden Ärzte in das Programm eingeschrieben und koordiniert. Dies ist auch der Tatsache geschuldet, dass in den hausärztlichen Arztpraxen ein eher geringer Anteil an Asthmatikern betreut wird und insbesondere Asthmatiker mit schwerem Krankheitsverlauf -koordinierend- durch Pneumologen behandelt werden.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse und Verläufe von 42.048 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation und Folgedokumentation bzw. mindestens zwei Folgedokumentation vorlagen.

2.5 Basisdaten

Entwicklung der Anzahl von Asthma-Patienten am DMP-Vertrag

Insbesondere zu Beginn der aktiven Umsetzung des DMP Asthma im Jahr 2007 und im Jahr 2008 wurden Patienten verstärkt in das DMP eingeschrieben. Die Einschreibung weiterer Patienten stieg in den ersten Jahren stark an, in den letzten Betrachtungsjahren jedoch sank die Einschreibequote.



	2008	2010	2012	2014	2016
Anzahl Patienten	26.122	32.157	37.014	39.288	45.324

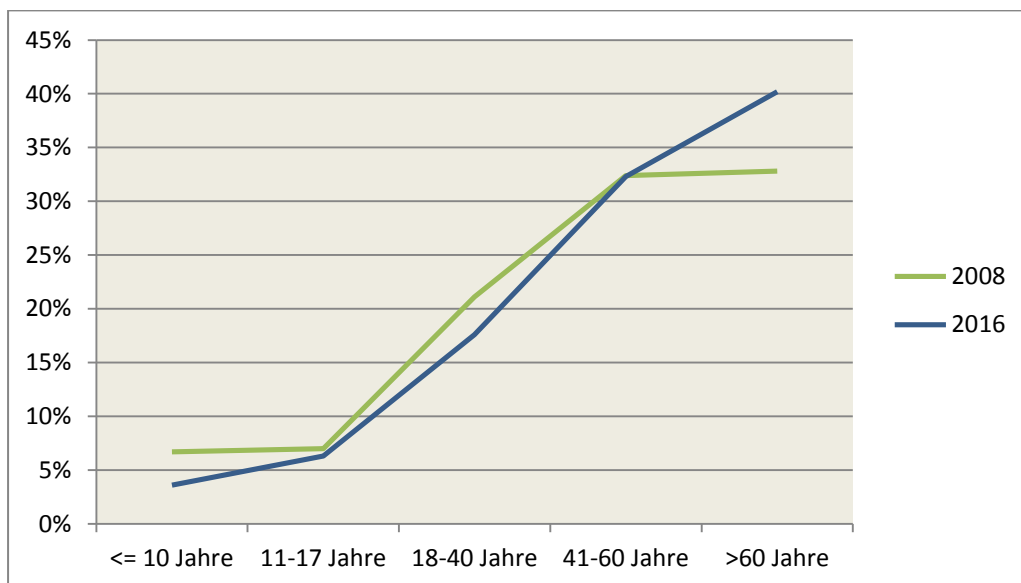
Altersverteilung

Die Angaben zur Altersverteilung der Patienten tragen dazu bei, Unterschiede in der Behandlung und dem Verlauf beurteilen zu können.

Der Altersdurchschnitt der eingeschriebenen Patienten liegt im Betrachtungszeitraum bei 53 Jahren. Der Hauptanteil der eingeschriebenen Patienten ist älter als 60 Jahre und beträgt im Gesamtvergleich 41,7%.

Die zweitgrößte Altersgruppe stellen Patienten zwischen 41-60 Jahre (32,2%) dar.

Der Anteil der am DMP teilnehmenden Kindern und Jugendlichen bis zum 17. Lebensjahr beträgt im Vergleich zu allen DMP-Asthma Patienten 8,9%.



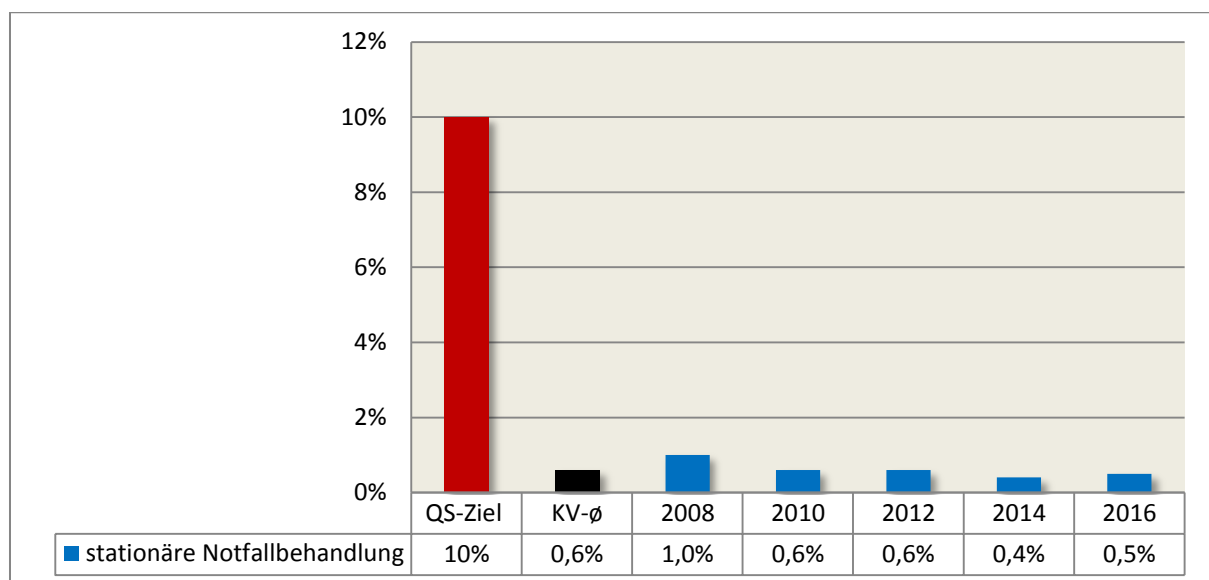
Patienten 2016	<=10 Jahre	11-17 Jahre	18-40 Jahre	41-60 Jahre	>60 Jahre
Anteil	3,2%	5,7%	17,2%	32,2%	41,7%
Anzahl	1.435	2.603	7.793	14.593	18.900

3. Ergebnisse zum DMP Asthma

3.1 Vermeidung und Senkung stationärer notfallmäßiger Behandlungen

Ein wichtiges Therapieziel ist die Reduktion notfallmäßiger stationärer Behandlungen, wobei die derzeitige Studienlage nur eine grobe Abschätzung darüber erlaubt, in welchem Ausmaß eine leitliniengerechte Therapie tatsächlich die Anzahl notfallmäßiger Behandlungen reduzieren kann.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass weniger als 10% der Patienten eine notfallmäßige stationäre Behandlung wegen Asthma in den letzten sechs Monaten aufweisen sollen.



stat. Notfallbehandlung	2008	2010	2012	2014	2016
Patienten	140	154	171	148	160

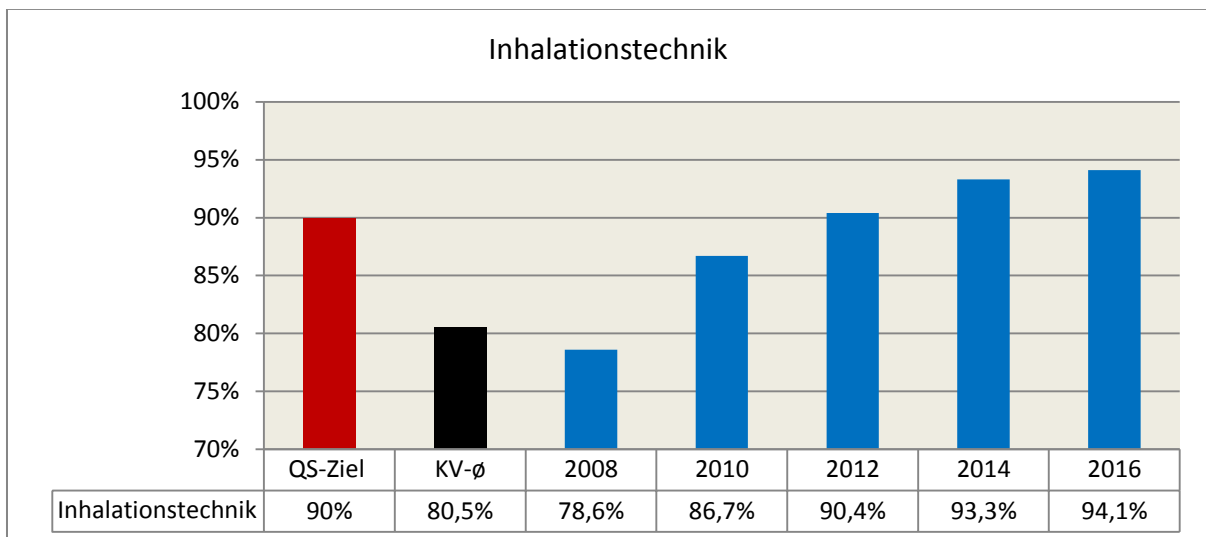
Im Berichtszeitraum 2016 benötigten wiederholt mehr als 99% der länger als sechs Monate eingeschriebenen Patienten **keine** stationäre Notfallbehandlung. Im Vergleich zum Jahr 2008 konnte damit der Anteil an Patienten, bei denen aufgrund eines Akutereignisses eine stationäre Notfallbehandlung erforderlich war, kontinuierlich gesenkt werden.

In Brandenburg wurde das Qualitätsziel erfüllt, im Vergleich mit 15 KV-Bereichen mit einer niedrigen Quote. In allen übrigen in den Vergleich einbezogenen KV-Bereichen liegt der Anteil stationärer Notfallbehandlungen zwischen 0,4% und 0,9%.

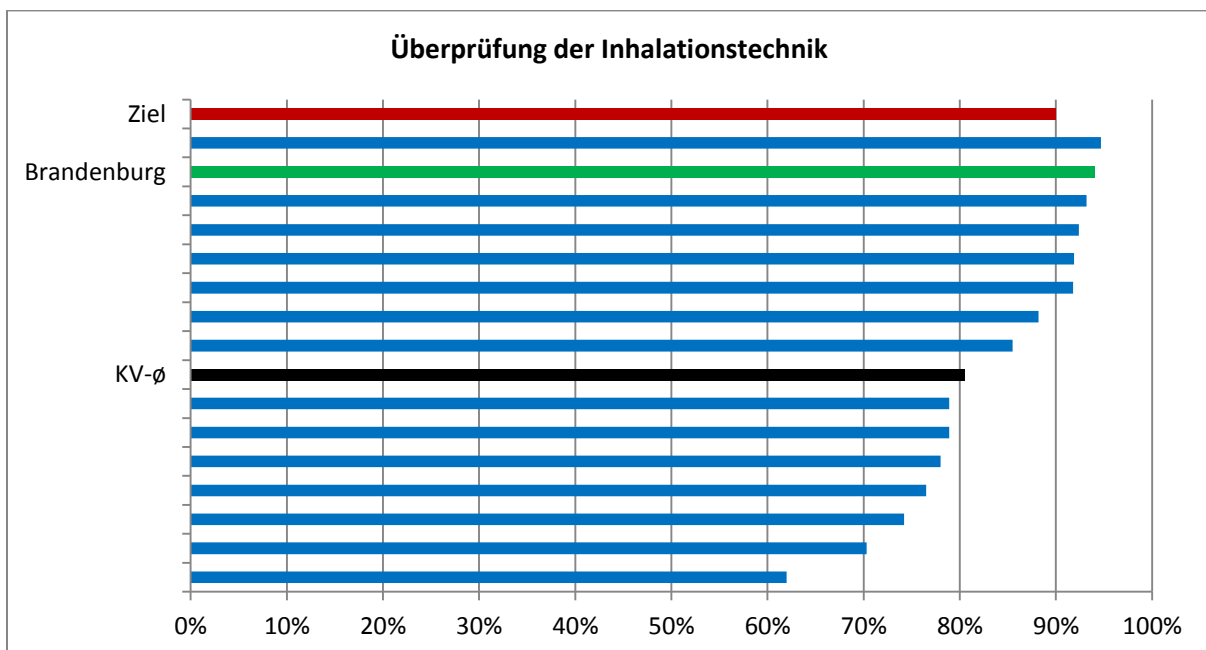
3.2 Überprüfung der Inhalationstechnik

Nach einer initialen Einweisung eines Patienten in die Inhalationstechnik sollte diese innerhalb des Dokumentationszeitraumes mindestens einmal (halbjährlich) überprüft werden. Damit sollen beginnende oder bereits vorhandene falsche Handhabungen durch den Patienten vermieden werden.

Hierzu wurde als Qualitätsziel vereinbart, bei mindestens 90% aller Patienten die Inhalationstechnik zu überprüfen.



Patienten	2008	2010	2012	2014	2016
mit Überprüfung Inhalationstechnik	17.273	25.328	30.097	35.762	41.626
ohne Überprüfung Inhalationstechnik	4.701	3.902	3.210	2.588	2.603



Die Überprüfung der Inhalationstechnik wurde als Ziel in den DMP-Asthma-Vertrag ab 2008 aufgenommen.

Auch im Kalenderjahr 2016 konnte das Ziel der Überprüfung der Inhalationstechnik bei mindestens 90% der teilnehmenden DMP-Patienten erreicht werden.

Dies ist insbesondere der intensiven Hinweise und innerärztlichen Diskussionen zur Notwendigkeit der Überprüfung in den pneumologischen und hausärztlichen Qualitätszirkeln oder auch Fortbildungsveranstaltungen zu verdanken.

Ein Vergleich mit 14 weiteren KV-Bereichen zeigt auf, dass dieses Ziel mittlerweile in 6 KV-Bereichen erreicht wurde, wobei Brandenburg mit 94,1% Zielwerterreichung den 2. Platz belegen konnte.

An dieser Stelle ist auch zu beachten, dass zwar formal die Dokumentation plausibel ist, inhaltlich aber der Begriff „Überprüfung der Inhalationstechnik“ unterschiedlich interpretierbar ist.

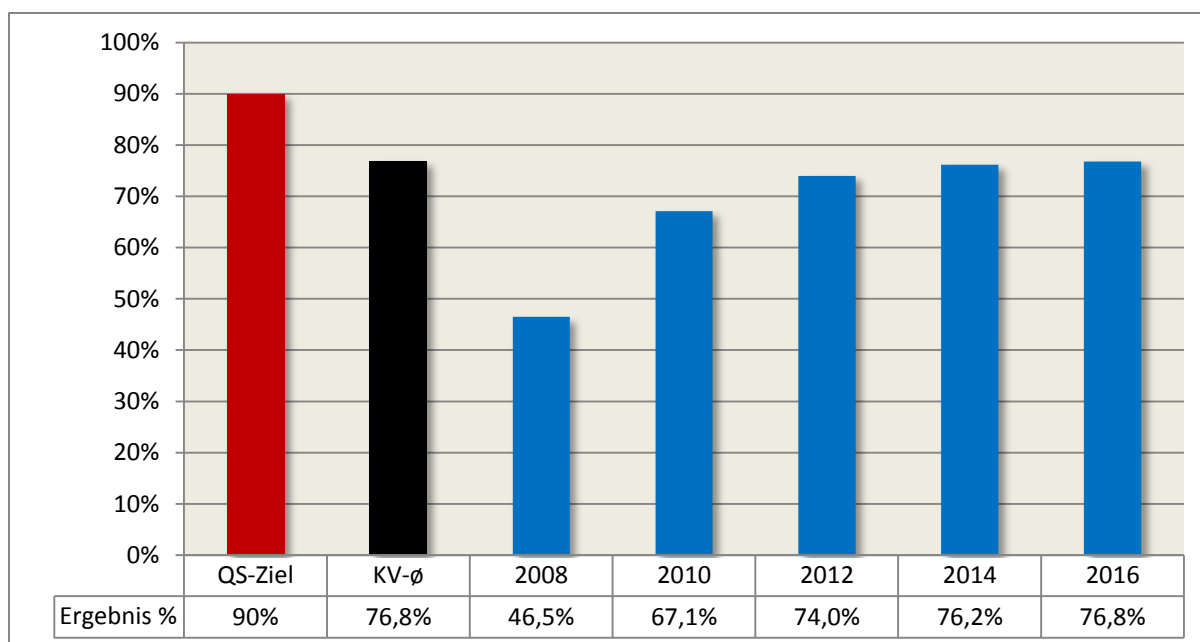
Folgende Möglichkeiten zur Kontrolle der Inhalationstechnik werden vorgeschlagen:

1. Gezielte und regelmäßige Kurzschulung durch die qualifizierte Arzthelferin (Dauer 5-10 Minuten)
2. Kurze Übung mit dem eigenen Inhalator/Leengerät des Patienten im Rahmen der Lungenfunktionsprüfung
3. Routinemäßige Unterweisung ggf. mit Überprüfung im Rahmen des ärztlichen Gespräches.

3.3 Patienten mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan

Neben der medikamentösen Therapie spielen insbesondere nichtmedikamentöse Maßnahmen, wie z.B. die Erstellung eines Selbstmanagementplanes eine wichtige Rolle und verlangen eine aktive Mitwirkung des Patienten.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mehr als 90% der Patienten einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan einsetzen.



Selbstmanagementplan	2008	2010	2012	2014	2016
Patienten mit Selbstmanagementplan	10.211	19.611	24.638	27.171	24.270
Patienten ohne Selbstmanagementplan	11.763	9.619	8.669	8.472	7.337

Im Auswertungszeitraum wurde bei 76,8% aller am DMP Asthma teilnehmenden Patienten ein Selbstmanagement-Plan eingesetzt.

In diesem Berichtszeitraum konnte das Qualitätsziel wieder nicht erreicht werden. Auch wenn im Vergleich mit den vorausgegangenen Kalenderjahren seit dem Jahr 2008 (46,5%) eine deutliche Steigerung von mehr als 30% erreicht werden konnte, bleibt das eigentliche Qualitätsziel weiterhin unerreicht.

Gründe für das Nichterreichen des Qualitätszieles liegen möglicherweise darin, dass im DMP-Vertrag keine konkreten Anforderungen an einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan definiert wurden. Ebenso wird der Einsatz insbesondere bei älteren Patienten durch die Praxen als kritisch bewertet.

Als Selbstmanagement-Plan kann im Asthma-Tagebuch des Patienten das Ampelphasensystem oder auch der Asthma-Pass mit Verhaltensregeln bei Asthmaanfällen genutzt werden.

Die Ausstellung eines „Notfallplanes“ im Rahmen des Selbstmanagement im Asthma-Tagebuch bzw. Asthmapass sollte entsprechend in der DMP-Dokumentation angegeben werden.

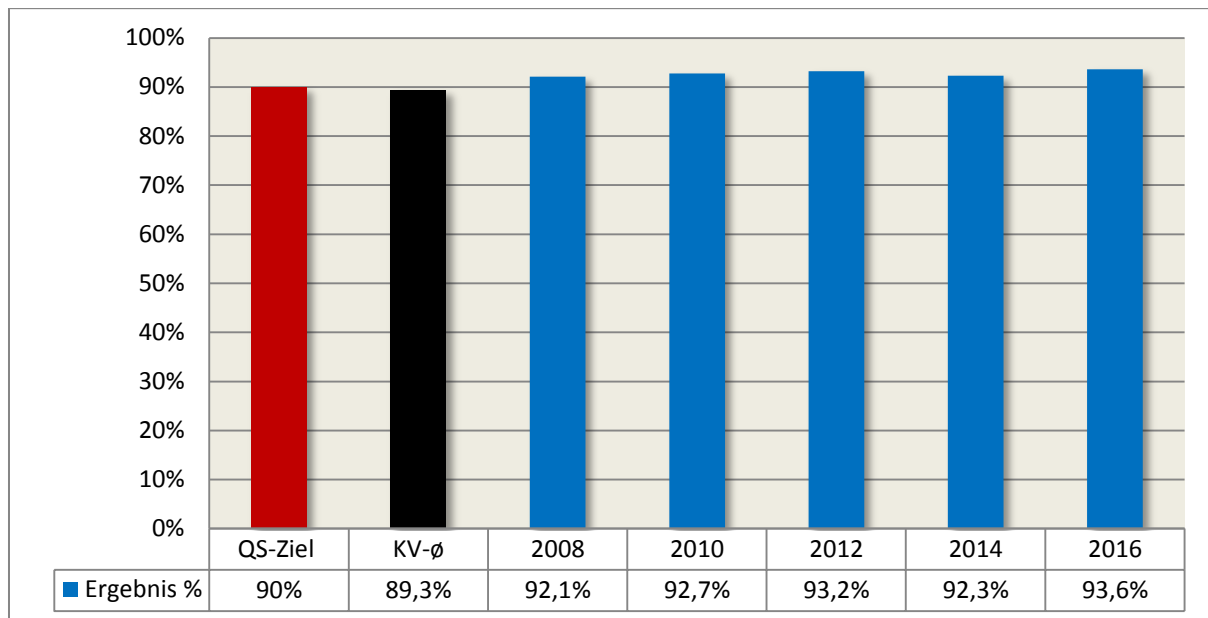
Auch bei diesem Zielergebnis liegt Brandenburg deutlich über dem Durchschnitt von insgesamt fünfzehn ausgewerteten KV-Bereichen. Die Zielerreichungsquote der ausgewerteten KV-Bereiche liegt zwischen 29,5% und 86,3%.

3.4 Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung einer möglicherweise vorliegenden Kontraindikation Medikamente verwendet werden, deren positiver Effekt und Sicherheit in prospektiven

randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen wurden. Vorrangig sollen zur Dauertherapie die inhalativen Glukokortikosteroide verwendet werden.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mehr als 90% aller Patienten inhalative Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten.



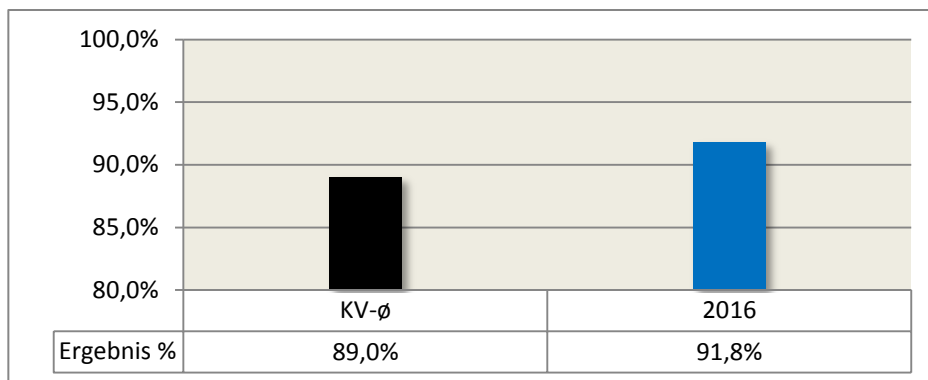
	2008	2010	2012	2014	2016
Patienten mit inhal. Gl.-steroiden	16.641	22.202	25.201	29.935	35.088
Patienten ohne inhal. Gl.-steroiden	1.418	1.739	1.852	2.505	2.414

Bei 37.502 Asthmapatienten wurde im Auswertungszeitraum die Verordnung einer Dauermedikation mit Glukokortikosteroiden (ohne Kontraindikation) dokumentiert. Hiervon erhielten 35.088 Patienten inhalative Glukokortikosteroide als Dauermedikation, so dass das Qualitätsziel mit einem Ergebnis von 93,6% erreicht wurde. Die Durchschnittsbetrachtung von 15 KVen weist einen Einsatz von 89,3% an inhalativen Glukokortikosteroiden auf, wobei die prozentualen Werte sich zwischen 81,5% und 99,2% bewegen.

3.5 Symptomkontrolle

Für eine Verbesserung der Lebensqualität ist eine Vermeidung von asthmaspezifischen Symptomen anzustreben. Eine gute Symptomkontrolle besteht dann, wenn bei einem Patient im Dokumentationszeitraum keine stationäre Notfallbehandlung erforderlich war und maximal zwei Mal wöchentlich Asthma-Symptome aufgetreten sind.

Die Steigerung des Anteils der Patienten mit guter Symptomkontrolle wurde hier als Qualitätsziel vereinbart. Ein konkreter Zielwert wurde hierzu nicht festgelegt.



Im Auswertungszeitraum wurden 31.607 Patienten betrachtet.

Bei insgesamt 29.023 Patienten wurden keine stationären Notfallbehandlungen und maximal zwei Asthmasymptome innerhalb einer Woche dokumentiert. Das entspricht einem Anteil von 91,8%.

Die Schwankungsbreite zwischen 14 KVen liegt zwischen 81,7% und 91,9%, wobei die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) den 2. Platz im Vergleich erreicht. Die Auswertung des Zieles für Erwachsene und Kinder ergibt nur geringe Unterschiede. So konnten Hausärzte bei 92,5% ihrer Patienten eine Symptomkontrolle erreichen, bei den Kinderärzten liegt der Anteil lediglich bei 81,6%.

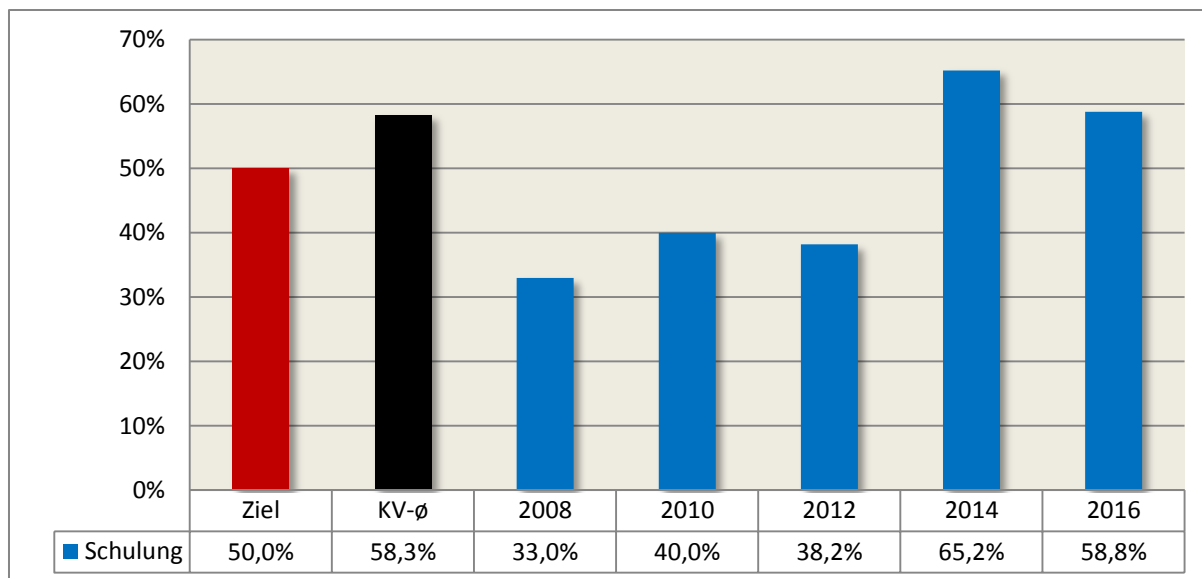
3.6 Asthaschulungen

3.6.1 Wahrnehmung von Schulungen

Weiterhin spielen neben der medikamentösen Therapie auch die nichtmedikamentösen Maßnahmen wie z.B. Patientenschulungen eine große Rolle. Mit diesen Maßnahmen soll der Patient aktiven Einfluss auf die Progredienz seiner Erkrankung nehmen.

Mit Änderung des DMP Vertrages Asthma zum 01.07.2013 wurde als Qualitätsziel vereinbart, dass mindestens 50% aller Patienten mit einer Empfehlung zur Schulung diese wahrnehmen.

Grundlage der Auswertung bilden alle Patienten, denen eine Asthaschulung durch ihren koordinierenden Arzt innerhalb der letzten vier Quartale empfohlen wurde. Betrachtet wird der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Schulung wahrgenommen haben.



	2008	2010	2012	2014	2016
Patienten mit Schulung	1.929	2.942	3.475	4.545	3.440
alle Patienten mit Schulungsempfehlung	5.850	7.364	9.092	6.966	5.847

Seit 2014 ist die Anzahl an Patienten mit einer Empfehlung zur Durchführung einer Asthma-Schulung stark gesunken. Gründe können hier zum einen in der gezielteren Eruiierung von Patienten mit einem Schulungsbedarf und zum anderen die ersten Wirkungen einer gewissen Durchschulung der Patienten sein.

Die Empfehlungsrate lag im Berichtszeitraum bei 13,9% (5.847 von insgesamt 42.048 eingeschriebenen Patienten).

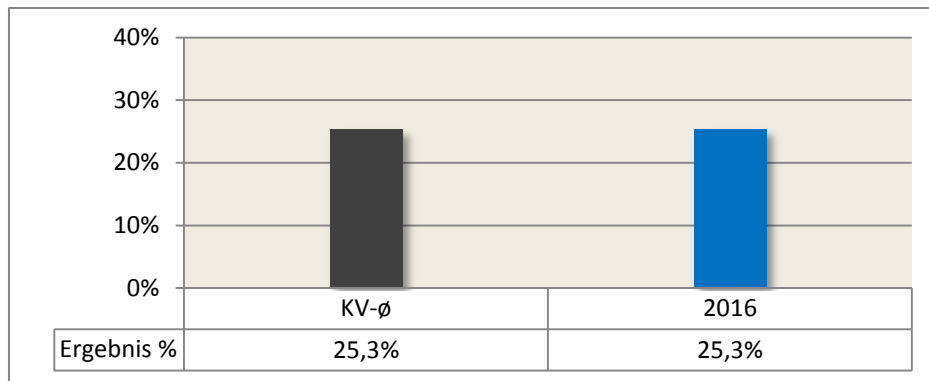
Seit 2014 konnte die vorgegebene Quote von 50% durchgeführter Asthma-Schulungen im KV-Bereich Brandenburg erreicht werden.

Im Auswertungszeitraum 2016 besitzen 199 Vertragsärzte eine Genehmigung zur Durchführung von Schulungen nach dem AFAS - Patientenschulungsprogramm. Zusätzlich können 16 Vertragsärzte die Schulung für Kinder und Jugendliche im Rahmen des DMP anbieten.

3.6.2 Asthmaschulung (Quote)

Ergänzend zur Betrachtung von Patienten, die eine ihnen empfohlene Asthmaschulung auch durchführen, wird bei dieser Auswertung der Anteil geschulter Patienten im Vergleich zu allen teilnehmenden Patienten ausgewertet.

Aufgrund des geringeren Anteils von Asthmatikern in einer Hausarztpraxis mit durchschnittlicher Behandlungsfallzahl wird in vielen Fällen auch eine Schulungszuweisung des Patienten zu einer pneumologischen Facharztpraxis durchgeführt. Dies führt teilweise auch aufgrund territorialer Gegebenheiten zu einer Nichtinanspruchnahme empfohlener Schulungen.



Für den Auswertungszeitraum 2016 konnten Daten für 45.324 Patienten ermittelt werden. Unter Berücksichtigung dieser Grundmenge wurden bereits 11.465 Patienten geschult. Keine Relevanz hat hier die Dauer der Teilnahme der zugrunde gelegten Patienten. Das Brandenburger Ergebnis entspricht dem Durchschnitt der Werte aus 12 KVen.

4. Fazit

Die Ergebnisse des DMP Asthma im Land Brandenburg zeigen, dass fast alle der vereinbarten Qualitätsziele im Jahr 2016 erreicht wurden.

Das QS-Ziel **Stationäre Notfallbehandlung** zu den Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien wurde, wie auch bereits in den vorherigen Berichtszeiträumen, erfüllt und deutlich unterschritten.

Zu den Anforderungen an eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gem. § 12 SGB V wurde das QS-Ziel **Erhöhung des Einsatzes von inhalativen Glukokortikosteroiden als Dauertherapie** mit 93,6% erreicht.

Zur aktiven Teilnahme der Patienten am DMP Asthma wurde das Ziel **Erhöhung des Anteils von Patienten mit Einsatz eines schriftlichen Selbstmanagement-Planes** vereinbart, welches mit einem Anteil von 76,8% nicht erreicht wurde. In der Entwicklung zeigt sich jedoch eine steigende Tendenz zum Einsatz eines Selbstmanagement-Planes. Ebenfalls ist bei diesem Ziel die Teilnahme von Kindern zu berücksichtigen. Durch teilnehmende Kinderärzte wurde in der Vergangenheit bei der Dokumentation der Einsatz eines Selbstmanagement-Planes nicht bzw. nur teilweise angegeben, da das Selbstmanagement nicht in Eigenverantwortung der Patienten fällt, sondern überwiegend durch die Eltern bzw. Sorgeberechtigten umgesetzt wird. Auch bei älteren Patienten stellt sich nach Einschätzung der Ärzte die Nutzung eines Selbstmanagement-Planes kritisch dar.

Das Qualitätsziel zur **Überprüfung der Inhalationstechnik** wurde mit 94,1% erreicht und das Ergebnis der Vorjahre konnte weiter erhöht werden.

Das mit Wirkung ab 01.07.2013 neu aufgenommene Ziel zur **Wahrnehmung empfohlener Asthma-Schulungen** konnte mit 58,8% erreicht werden. Die Zielvorgabe von 50% wurde damit überschritten, allerdings ist anzumerken, dass die Empfehlungsrate von Schulungen zurückgegangen ist.

Auch für den Auswertungszeitraum 01.01.2016–31.12.2016 zeigen die Ergebnisse eine deutliche Steigerung in den Zielergebnissen, sodass die Erwartungen an die Betreuung der Patienten und dem Erreichen der vereinbarten Zielinhalte erfüllt und in einigen Zielvorgaben sogar deutlich übererfüllt werden konnten.

Verbesserte Hinweise zur Ausfüllanleitung der Dokumentationen bzw. eine Konkretisierung der Definitionen helfen, Missverständnisse zu vermeiden, um in der Folge eine Verbesserung der inhaltlichen Dokumentationsqualität zu erreichen.

Es wird Aufgabe der Vertragspartner sein, Konzepte zum Einsatz von Selbstmanagement-Plänen zu entwickeln und die teilnehmenden Ärzte hierbei zu unterstützen.

Mit den erreichten Ergebnissen zu den vertraglich vereinbarten Qualitätszielen konnte mit dem vorliegenden Bericht erneut eine hochqualifizierte und tragfähige Behandlung der DMP Asthma Patienten insbesondere zur Vermeidung einer Progredienz der Erkrankung nachgewiesen werden.

Dies ist nur durch das Zusammenwirken aller Beteiligten, insbesondere der Ärzteschaft, möglich. In diesem Sinne sollte auch in den kommenden Jahren die Betreuung der DMP Patienten weiterhin so erfolgreich durchgeführt und an der einen oder anderen Stelle noch verbessert werden.