

2016

Qualitätsbericht

DMP COPD



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. DMP COPD	3
2.1 Strukturierte Behandlung bei COPD	3
2.2 Ziele des DMP COPD	4
2.3 Qualitätssicherung	5
2.4 Dokumentation/Datenlieferung/Datenqualität	6
2.5 Basisdaten	7
3. Ergebnisse zum DMP COPD	10
3.1 Vermeidung und Senkung stationärer notfallmäßiger Behandlungen	10
3.2 Vermeidung von Exazerbationen	11
3.3 Überprüfung der Inhalationstechnik	12
3.4 Therapie mit systemischen Glukokortikosteroiden	13
3.5 Überweisung zum Facharzt bei Dauertherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden	14
3.6 Patientenschulungen	15
4. Fazit	16

1. Einleitung

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) – Definition und Prävalenz

Die COPD ist eine chronische, in der Regel progrediente Atemwegs- und Lungenerkrankung, die durch eine nach Gabe von Bronchodilatoren und/oder Glukokortikosteroiden nicht vollständig reversible Atemwegsobstruktion auf dem Boden einer chronischen Bronchitis mit und ohne Lungenemphysem gekennzeichnet ist.

Die Prävalenz (Häufigkeit) der COPD in Deutschland ist nicht genau bekannt. Die Prävalenz der chronischen nichtobstruktiven Bronchitis wird bei der erwachsenen Bevölkerung auf 10% bis 15% geschätzt. Die COPD ist weltweit die vierthäufigste Todesursache und lag 2014 in Deutschland an 5. Stelle der Todesursachen (Statistisches Bundesamt). Es wird erwartet, dass die Mortalität der COPD bis zum Jahr 2020 an die 3. Stelle der weltweiten Statistik für Todesursachen vorrücken wird (NVL COPD, 2/2010).

Die COPD gehört damit zu den häufigsten Volkskrankheiten.

2. DMP COPD

2.1 Strukturierte Behandlung bei COPD

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose der COPD 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 kann 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.

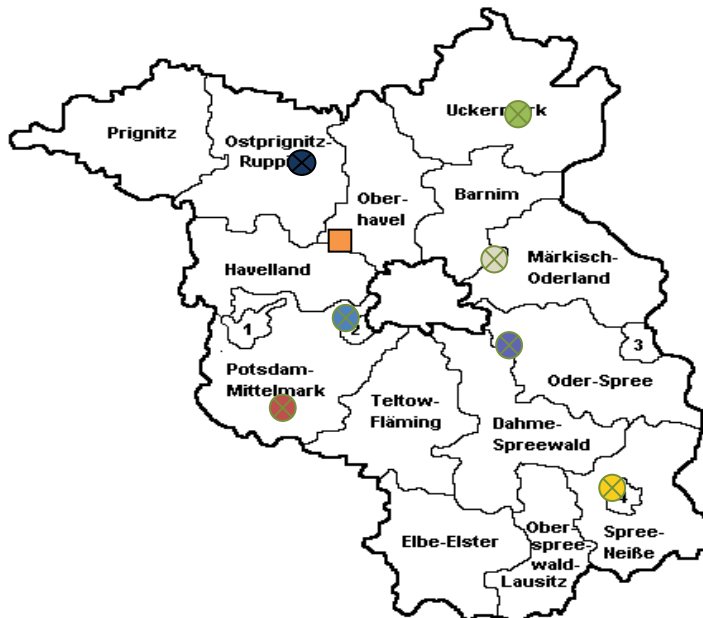
Die chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen stellen wegen der in vielen Fällen im Rahmen eines längeren Behandlungsablaufes notwendig werdenden stationären Behandlungsepisoden und/oder Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere in ihrer chronischen Verlaufsform eine Erkrankung dar, bei der ein sektorübergreifender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

Patienten mit einer COPD können durch Selbstmanagement und eine Verhaltensänderung bei lebensstilassoziierten Risikofaktoren diese Krankheit auslösende Faktoren vermeiden und durch körperliches Training den Krankheitsverlauf erheblich beeinflussen. Diesem Umstand wird im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogrammes Rechnung getragen.

Eine Beteiligung der Krankenhäuser im Rahmen der Umsetzung des DMP COPD erfolgt auf der Basis einer Rahmenvereinbarung zwischen den Krankenkassen/-verbänden und der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg. Sieben Kliniken nehmen danach am DMP-COPD teil, so dass strukturell eine auf die leitliniengerechte Versorgung ausgerichtete medizinische Betreuung flächendeckend im Land Brandenburg sichergestellt werden kann. Darüber hinaus steht für die

rehabilitative Versorgung der COPD-Patienten die Rehabilitationseinrichtung Sana-Kliniken Sommerfeld zur Verfügung.

Für die Betreuung von COPD-Patienten stehen als stationäre Einrichtungen Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken zur Verfügung. Folgende Einrichtungen nehmen am DMP COPD teil:



- Helios Klinikum Bad Saarow
- 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
- Rehabilitationsklinik Sana-Kliniken Sommerfeld

Für die ärztliche Qualitätssicherung im DMP ist die Gemeinsame Einrichtung, die von Kassenärztlicher Vereinigung (KV) und Krankenkassen/-verbänden gebildet wurde, zuständig. Im vorliegenden Bericht wurden die Daten des Dokumentationszeitraums vom 01.01.2016 – 31.12.2016 berücksichtigt.

2.2 Ziele des DMP COPD

Das DMP COPD verfolgt die Ziele:

Vermeidung und Reduktion von

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen)

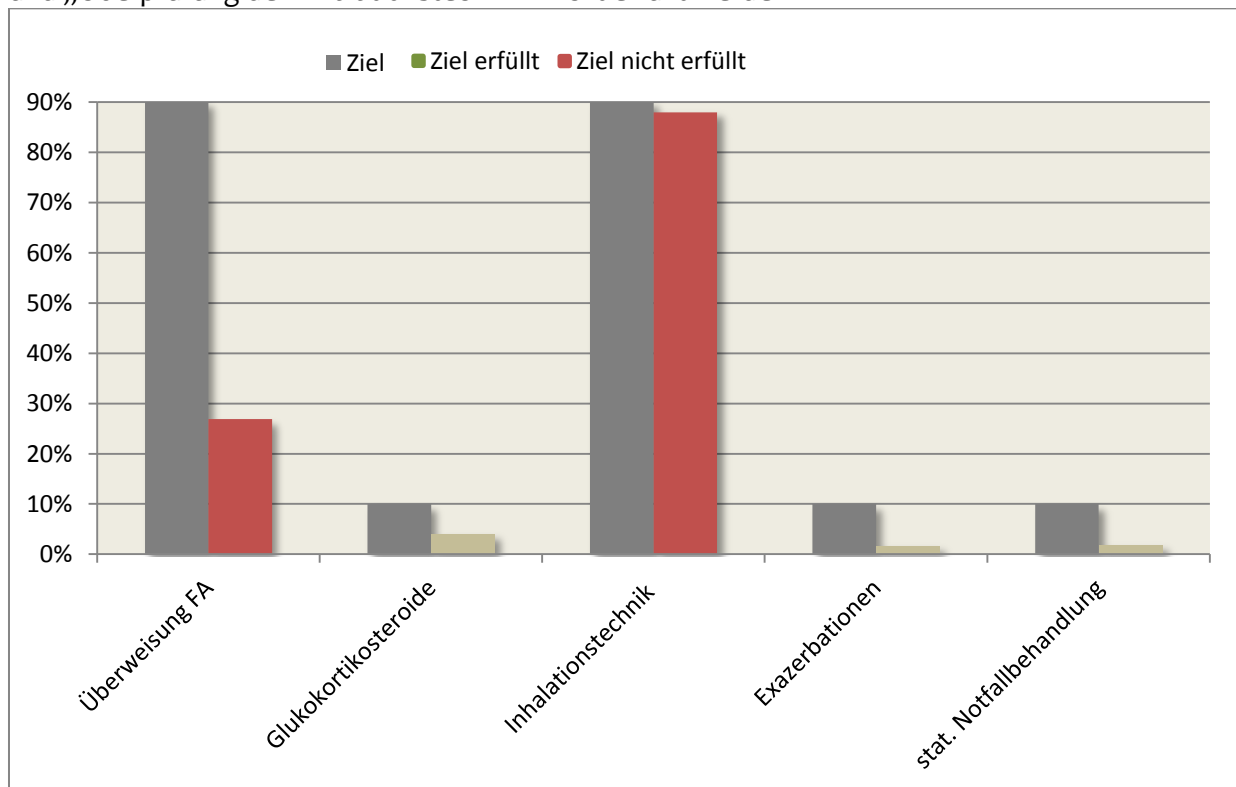
- einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag
- und einer raschen Progredienz sowie
- Reduktion der COPD-bedingten Letalität.

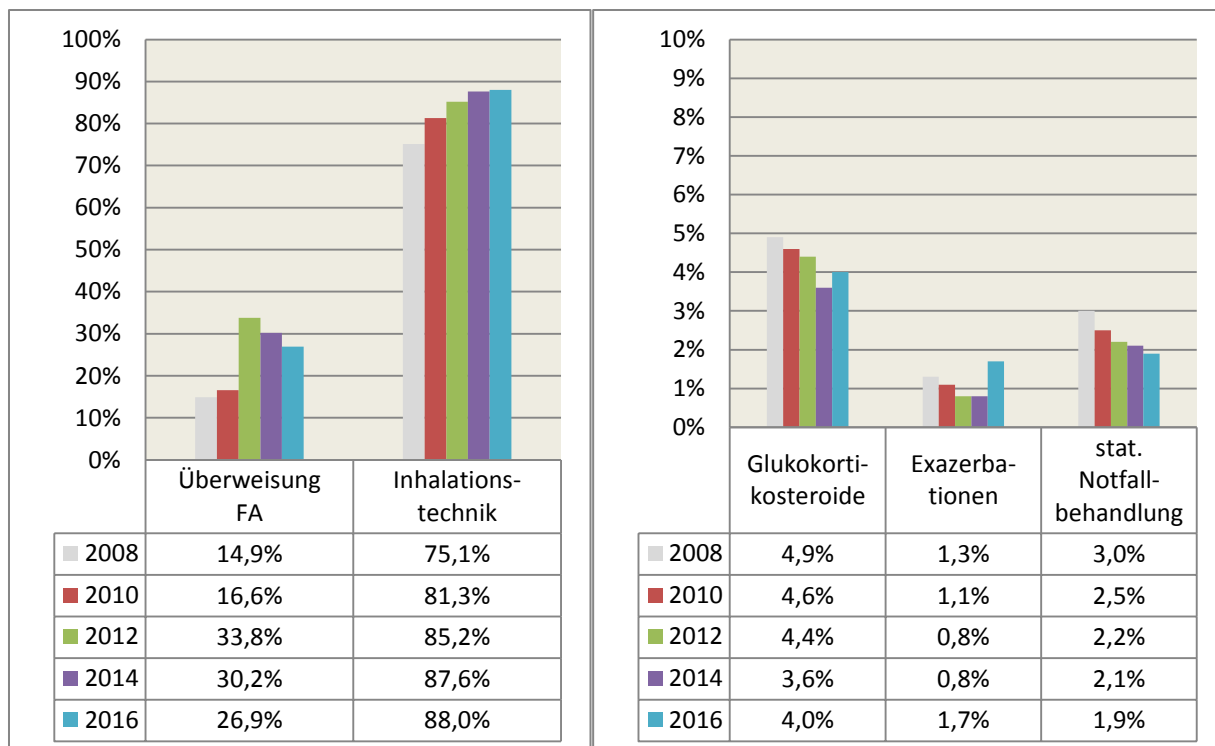
Um diese Ziele zu erreichen, wurden im Rahmen des DMP COPD Anforderungen an die Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität definiert und in Qualitätszielen festgehalten.

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 werden die vereinbarten Qualitätssicherungsziele sowie die erreichten Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

Die Vorgaben für die Ziele „Systemische Glukokortikosteroide“, „Exazerbationen“ und „stationäre Notfallbehandlung“ wurden erreicht, dagegen konnten die Ziele zur „Überweisung zum Facharzt“ und „Überprüfung der Inhalationstechnik“ nicht erfüllt werden.





Wie bereits in den Vorjahren verbessern sich die Ergebnisse bzw. bleiben stabil bis auf die Ziele Überweisung zum Facharzt und Vermeidung von Exazerbation. Beim Ziel zur Überprüfung der Inhalationstechnik kann nach wie vor ein kontinuierlicher Anstieg beobachtet werden.

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.

Zum 31.12.2016 waren 36.724 Patienten in das DMP COPD eingeschrieben.

Der Hauptteil der Patienten wird in Brandenburg durch die pneumologischen Schwerpunktpraxen in das DMP COPD eingeschrieben. Dies ist unter anderem auch der Tatsache geschuldet, dass in den hausärztlichen Arztpraxen ein eher geringerer Anteil an COPD-Patienten betreut wird und insbesondere COPD-Patienten mit schwerem Krankheitsverlauf durch Pneumologen betreut werden.

Ebenfalls mit Stand 31.12.2016 nahmen 837 Hausärzte koordinierend und 49 Vertragsärzte an der pneumologisch qualifizierten Versorgung im Rahmen des DMP COPD teil. Dies entspricht einem Anteil von rund 51% der ambulant tätigen Hausärzte.

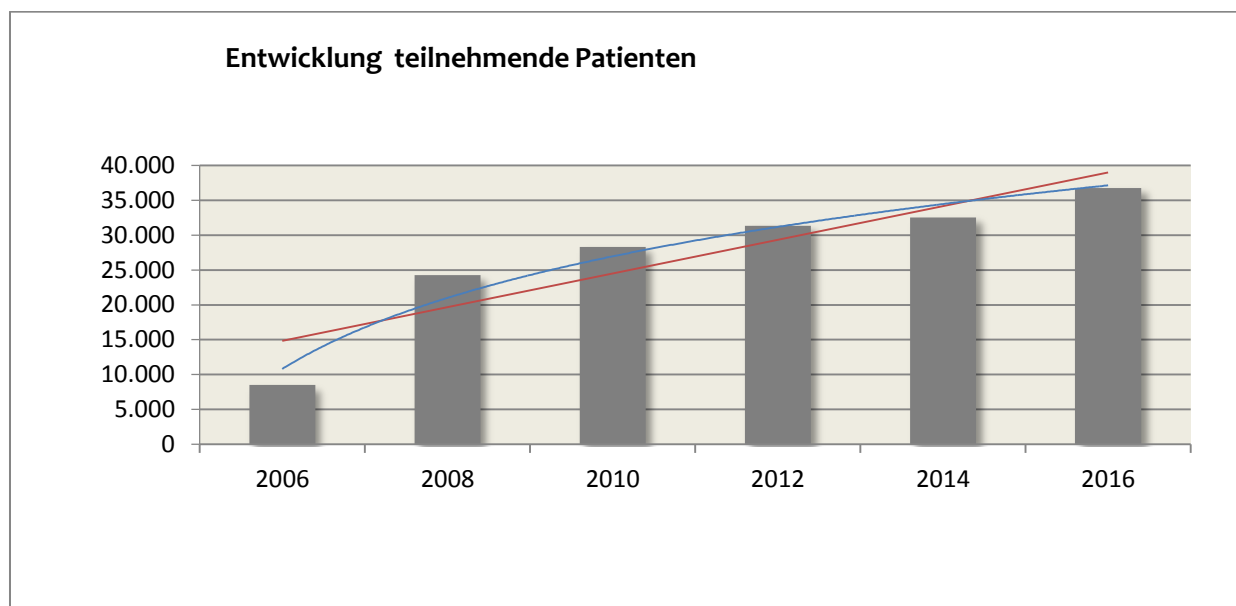
Der Anteil der teilnehmenden hausärztlich tätigen Vertragsärzte hat sich im Vergleich zum ersten Qualitätsbericht 2007 nur in einem geringen Umfang erhöht. Dies zeugt von der in Brandenburg etablierten und funktionalen Struktur hinsichtlich der auch koordinierenden Betreuung durch die fachärztlich spezialisierte Versorgungsebene.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse und Verläufe von 34.566 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation und Folgedokumentation bzw. mindestens zwei Folgedokumentation vorlagen.

2.5 Basisdaten

2.5.1 Entwicklung der Anzahl von COPD-Patienten am DMP-Vertrag

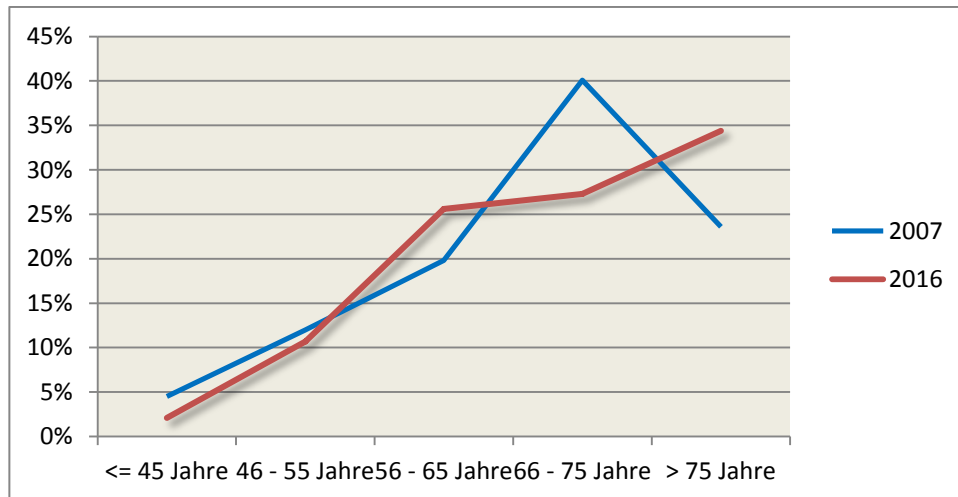
Nach der anfänglich hohen Quote an Patienten, die für das DMP COPD geworben und eingeschrieben werden konnten, weisen die letzten Jahre eine konstant sinkende Anzahl von neu in das Programm aufgenommenen Patienten auf.



Jahr	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Anzahl Patienten	8.481	24.245	28.284	31.297	32.502	36.724

2.5.2 Altersverteilung der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten

Die Angaben zur Altersverteilung der Patienten tragen dazu bei, Unterschiede in der Behandlung und dem Verlauf beurteilen zu können. Die folgende Tabelle stellt die Altersverteilung der eingeschriebenen Patienten dar. Der Altersdurchschnitt der eingeschriebenen Patienten liegt bei 69 Jahren. Der Hauptanteil der eingeschriebenen Patienten ist älter als 75 Jahre und beträgt im Gesamtvergleich 35,8%. Die zweitgrößte Altersgruppe stellen die Patienten mit einem Lebensalter zwischen 66-75 Jahren mit 26,4% dar, wobei die Altersgruppe der 56-65 jährigen Patienten mit 26% ähnlich groß ist.

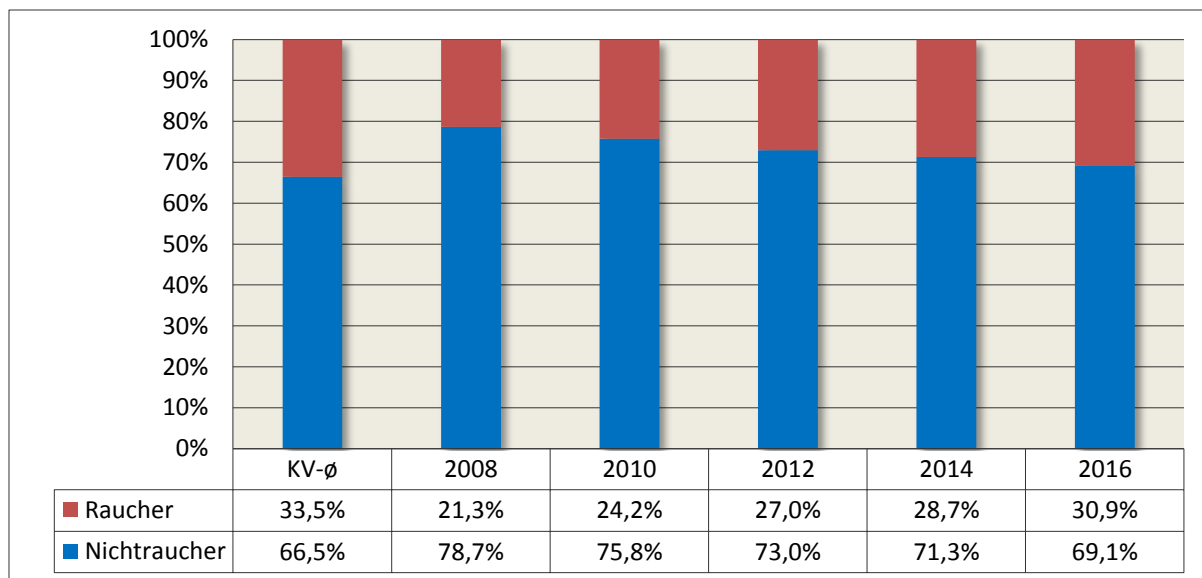


Patienten 2016	<= 45 Jahre	46 - 55 Jahre	56 - 65 Jahre	66 - 75 Jahre	> 75 Jahre
Anteil	1,8%	10%	26%	26,4%	35,8%
Anzahl	673	3.668	9.562	9.689	13.132

2.5.3 Rauchen

Gemäß der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. erhöht Tabakrauchen das Risiko an einer COPD zu erkranken – *mindestens* - um das 13-fache. Rauchen führt zu einer kontinuierlichen Verschlechterung der Lungenfunktion und behindert zudem die Sauerstoffaufnahme und den Sauerstofftransport, oft verstärkt sich auch eine bronchiale Überempfindlichkeit.

Entsprechend der Anlage „Versorgungsinhalte“ des DMP COPD-Vertrages sollen die Patienten im Hinblick auf eine verbesserte Prognose auf den Verzicht des Rauchens hingewiesen werden. Der Anteil der am DMP-Vertrag teilnehmenden Raucher wird in der folgenden Abbildung dargestellt.



Jahr	2008	2010	2012	2014	2016
Raucher	4.610	6.351	7.699	9.336	11.364
Nichtraucher	17.079	19.889	20.791	23.166	25.360

Die Auswertung der Anteile von Rauchern/Nichtrauchern zeigt im vorliegenden Berichtszeitraum, dass trotz der negativen Beeinflussung der COPD durch den Risikofaktor Rauchen mehr als ein Viertel aller Patienten auch weiterhin raucht.

Der Anstieg an Rauchern ist im Auswertungszeitraum nicht durch die neu eingeschriebenen Patienten begründet. Während der Anteil neuer DMP-Teilnehmer eher rückläufig ist, stieg der Anteil der Raucher im DMP COPD um rd. 9%. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass auch DMP-Teilnehmer nicht kontinuierlich einem Rauchverzicht unterliegen, so dass zur Erreichung langfristiger Erfolgsaussichten Raucherentwöhnungsprogramme verstärkt angeboten bzw. über die Effizienz solcher bereits bestehenden Programme kritisch nachgedacht werden sollten.

Im Vergleich von 14 KVen liegt der durchschnittliche Anteil von Rauchern bei 33,5%, in einer KV-Region sogar bei knapp 40%. Die für einen Regionenvergleich zum KV-Durchschnitt ermittelten Daten der einzelnen KV-Bereiche können hinsichtlich der Anzahl der teilnehmenden KV-Bereiche schwanken. Mit einem Anteil an Rauchern in Höhe von 30,9% befindet sich Brandenburg im KV-Vergleich an 3. Stelle. Gründe hierfür bestehen u.a. in der unterschiedlichen Darstellung von Zielergebnissen und somit fehlenden Vergleichsmöglichkeit oder dem Fehlen einzelner Datenergebnisse aus den KV-Bereichen.

3. Ergebnisse zum DMP COPD

3.1 Vermeidung und Senkung stationärer notfallmäßiger Behandlungen

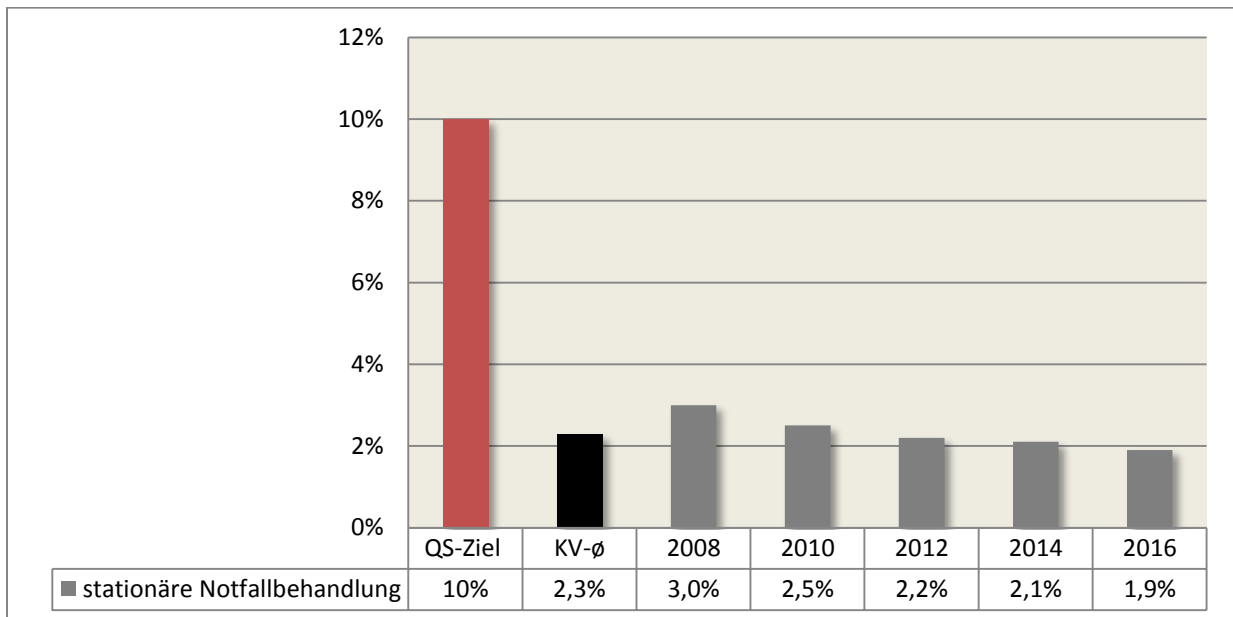
Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung haben gegenüber Patienten mit normaler Lungenfunktion eine geringere Lebenserwartung, wobei der Verlauf der Lungenfunktion maßgeblich die Prognose bestimmt. Der Verlust der Lungenfunktion ist insbesondere auf fortgesetztes Inhalationsrauchen und häufige Exazerbationen zurückzuführen.

Wichtige Qualitätsindikatoren beziehen sich demnach auf die Häufigkeit der notfallmäßigen stationären Behandlungen.

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

Im Berichtszeitraum benötigten 98,1% der eingeschriebenen Patienten **keine** stationäre Notfallbehandlung. Das Qualitätsziel wurde erreicht und im Jahresvergleich zeigt sich die stabile Zahl der geringen stationären Notfallbehandlungen.

Die Zielhöhe war in den Vorjahren zu vorsichtig formuliert worden, da bereits seit Beginn des DMP COPD der Anteil der Patienten mit stationärer Notfallbehandlung weit unter 10% lag. Vor diesem Hintergrund wurde die Zielhöhe im Jahr 2013 angepasst und auf maximal 10% begrenzt. Auch der Bundesdurchschnitt aus 15 betrachteten KVen liegt bei 2,3% Notfalleinweisungen in eine Klinik.

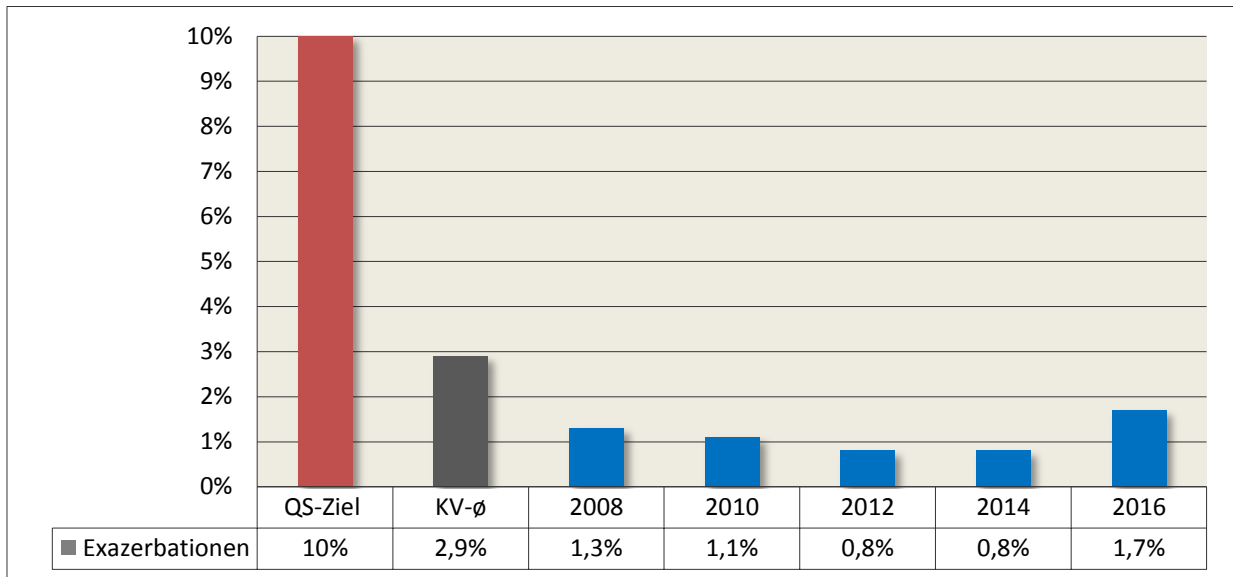


Jahr	2008	2010	2012	2014	2016
Anzahl Patienten	433	547	529	606	584

3.2 Vermeidung von Exazerbationen

Exazerbationen sind als gesundheitliche Verschlechterung einer vorher stabilen Situation bei chronischen Erkrankungen definiert. Bei einer COPD kann eine Exazerbation zu einem drastischen Verlust der Lungenfunktion führen. Die für den Patienten deutlich spürbare Gesundheitsverschlechterung führt meistens dazu, dass die Patienten sich selbst in stationäre Behandlung begeben.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass weniger als 10% der Patienten mit COPD innerhalb von sechs Monaten zwei oder mehr Exazerbationen aufweisen sollen.



Jahr	2008	2010	2012	2014	2016
Anzahl Patienten	190	234	202	241	509

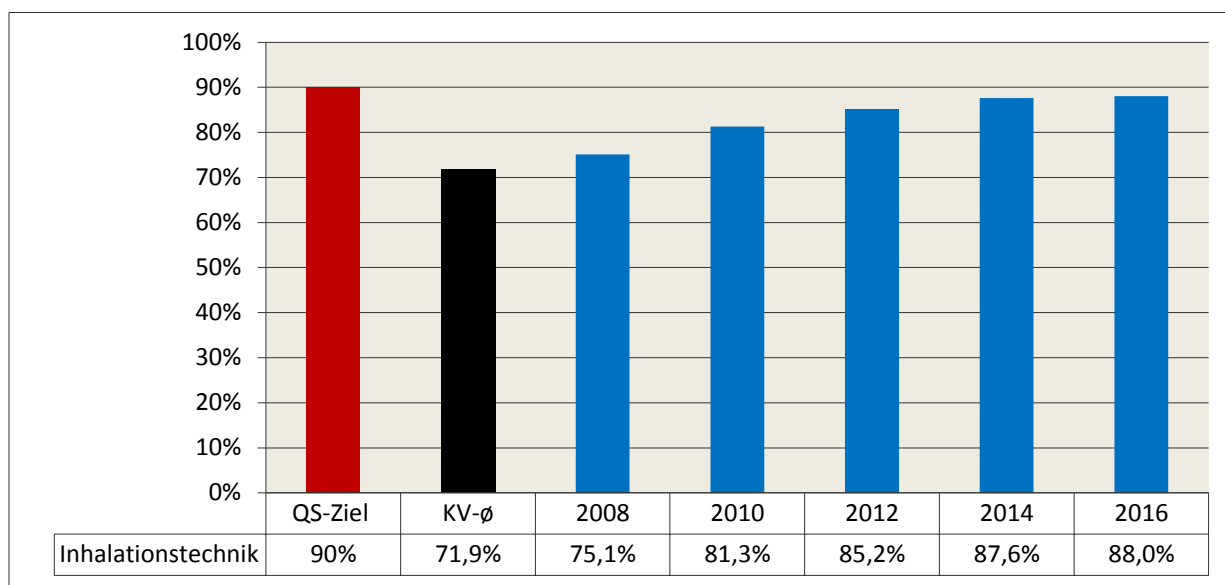
Da sich seit Erhebung dieser Zielauswertung 2008 gezeigt hat, dass die Vorgabe von 50% der Patienten mit zwei oder mehr Exazerbationen in den letzten sechs Monaten zu hoch gewählt war, wurde das Qualitätsziel angepasst. Im Jahr 2013 wurde vor diesem Hintergrund im DMP-COPD-Vertrag die Reduzierung der Zielhöhe auf 10% der Patienten mit zwei oder mehr Exazerbationen vereinbart. Lediglich 1,7% aller COPD-Patienten weisen im gewählten Zeitraum eine Häufigkeit von mindestens zwei Exazerbationen auf.

Kritisch ist hier anzumerken, dass die Exazerbationen möglicherweise nicht ausreichend definiert und daher wahrscheinlich nicht korrekt dokumentiert sind. In großen pharmakologischen Studien liegen die Exazerbationsraten zumindest bei Patienten im Stadium 3 und 4 um ein 10-faches höher. Allerdings stellt sich die deutliche Abweichung in allen in die Auswertung einbezogenen 15 KVen dar. Zwischen 1,7% und 4,4% der teilnehmenden Patienten haben demnach zwei oder mehr Exazerbationen innerhalb eines sechs-Monatszeitraumes.

3.3 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, dass bei mehr als 90% der Patienten die Inhalationstechnik überprüft werden soll.



Jahr	2008	2010	2012	2014	2016
Anzahl Patienten	16.284	21.345	24.278	28.456	32.330

Von insgesamt 36.724 Patienten im Betrachtungszeitraum 2016 wurde bei 88% aller Patienten die Inhalationstechnik überprüft. Die Ergebnisse zur Überprüfung der Inhalationstechnik unterscheiden sich im Vergleich mit den Teilnehmern beim Asthma. In den Praxen wurde beim DMP Asthma die Inhalationstechnik bei 94,1% der eingeschriebenen Patienten überprüft, beim DMP COPD dagegen nur bei 88%.

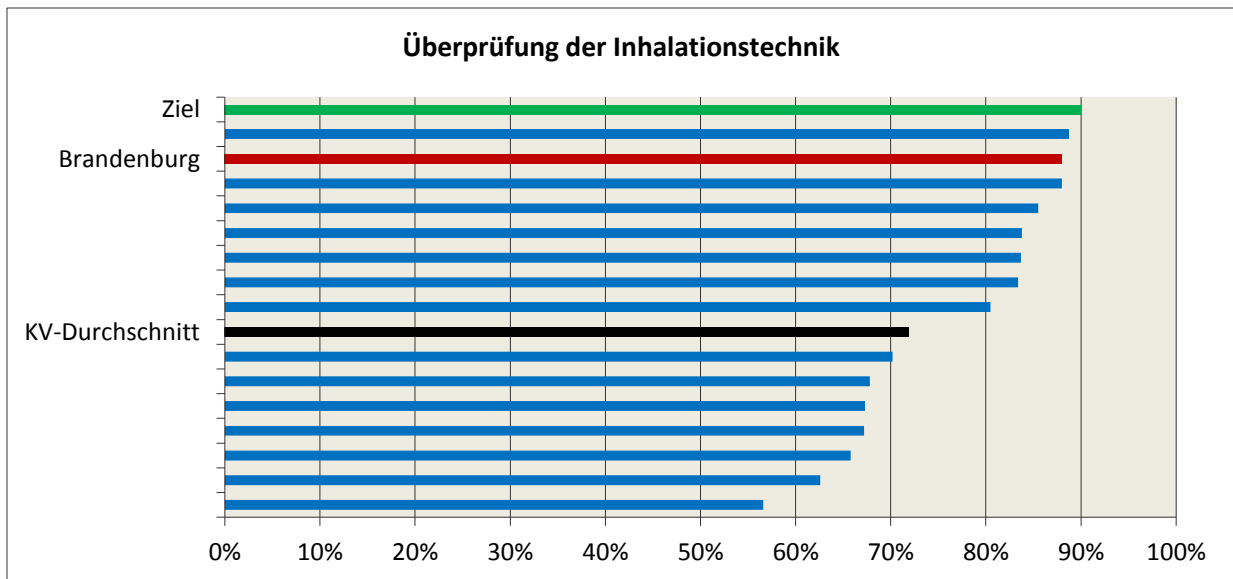
Das Ziel von mindestens 90% der Patienten mit überprüfter Inhalationstechnik wurde zwar nicht erfüllt, Brandenburg liegt jedoch an zweiter Stelle im Vergleich mit 15 weiteren KVen.

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

Dieses Thema sollte in den Qualitätszirkeln der Pneumologen aufgegriffen werden und wird ebenfalls bei den nächsten zentralen DMP-Fortbildungen für Hausärzte beraten.

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/ Leegerät des Patienten im Rahmen der Lungenfunktionsprüfung
3. Routinemäßige Unterweisung ggf. mit Überprüfung im Rahmen des ärztlichen Gespräches.

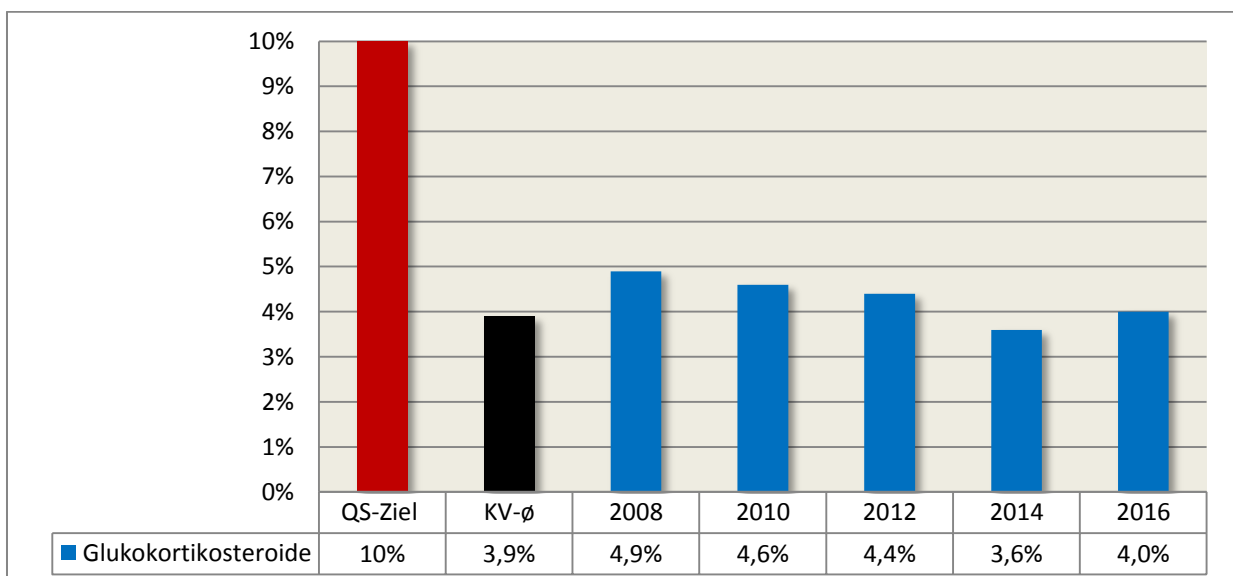


Auch in anderen KV-Bereichen konnte die hohe Zielquote von 90% nicht erreicht werden. Die Schwankungsbreite liegt bei diesem Zielergebnis zwischen 56,6% und 88,7%.

3.4 Therapie mit systemischen Glukokortikosteroiden

Ziel der medikamentösen Behandlung der COPD ist es insbesondere, die Symptomatik zu verbessern und Exazerbationen früh zu behandeln und deren Rate zu reduzieren. Wegen der erheblichen Nebenwirkungen sollen zur Dauertherapie systemische Glukokortikosteroide nur in begründeten Einzelfällen zur Anwendung kommen. Daher ist die Reduzierung der Anzahl der Patienten mit Dauertherapie ein Qualitätsziel.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass der Anteil der Patienten, die in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten, weniger als 10% betragen soll.



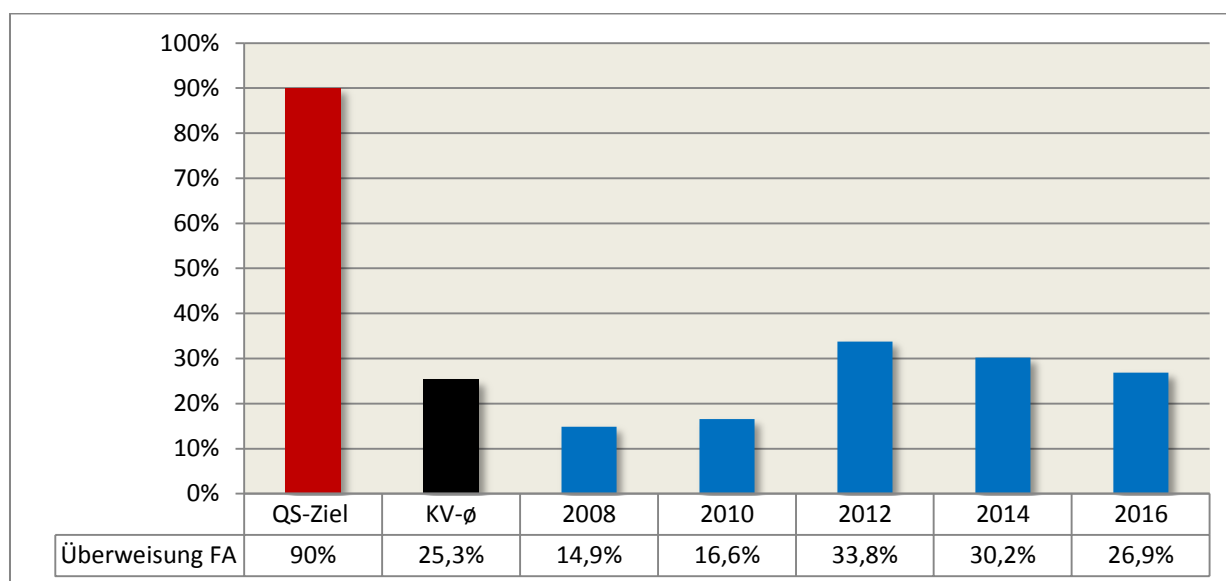
Jahr	2008	2010	2012	2014	2016
Anzahl Patienten	1.068	1.204	1.250	1.168	1.483

Für diese Auswertung wurden alle im Berichtszeitraum erfassten Patienten zugrunde gelegt. Der Anteil der Patienten, die in mindestens zwei bzw. mehr als zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide erhalten, wurde seit Beginn der DMP-Dokumentation unterschritten. Auch im Jahresvergleich zeigt sich, dass in Brandenburg deutlich weniger als 10% aller DMP-COPD-Patienten länger als sechs Monate systemische Glukokortikosteroide erhalten und sich die Quote tendenziell rückläufig gestaltet. Das Qualitätsziel wurde erreicht.

3.5 Überweisung zum Facharzt bei Dauertherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden

Sofern eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird, ist der Patient an einen qualifizierten Facharzt zu überweisen.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mehr als 90% aller Patienten zu Beginn einer Dauertherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden an einen Facharzt überwiesen werden.



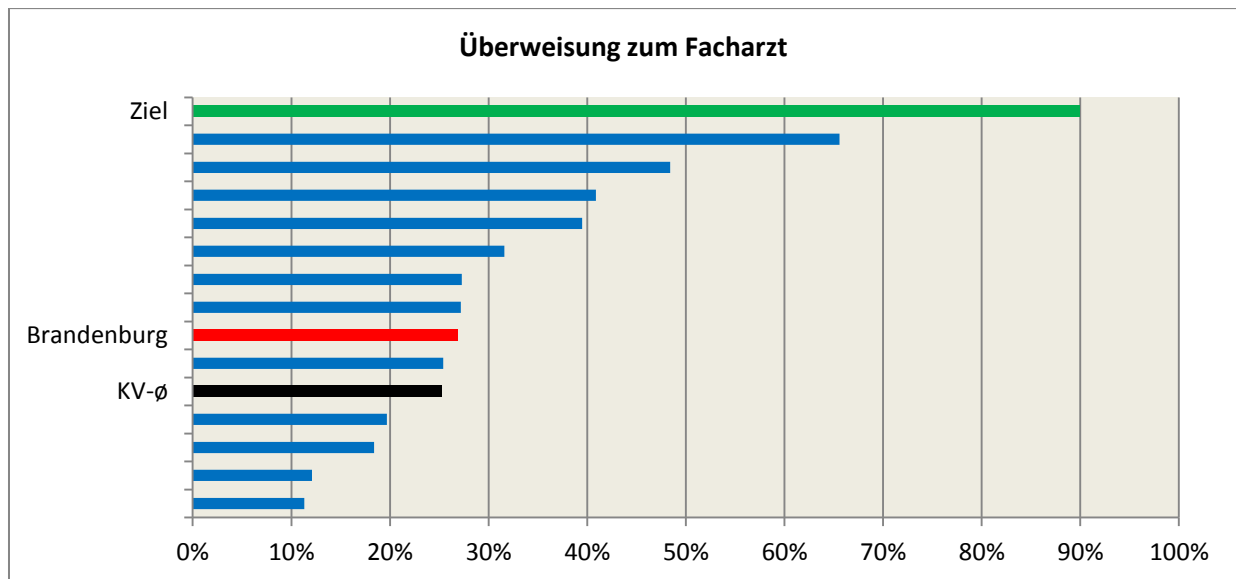
Jahr	2008	2010	2012	2014	2016
Anzahl Patienten	57	33	27	19	21

Im Jahr 2016 flossen für diese Auswertung Daten von 78 Patienten ein, bei denen eine Dauermedikation mit oralen Steroiden notwendig wurde.

Der sich im Auswertungszeitraum 2011 darstellende Anstieg des Anteils von an einen pneumologisch qualifizierten Arzt überwiesenen Patienten ergibt sich aus den für diese Auswertung zugrunde gelegten Ärzten. In der Vergangenheit wurden alle Ärzte, einschließlich der pneumologisch qualifizierten Ärzte berücksichtigt. Für eine im Sinne des Qualitätszieles korrekte Ermittlung der Ergebnisse, ist eine alleinige Betrachtung der hausärztlichen Praxen erforderlich. In den Auswertungszeiträumen ab 2011 erfolgt die Betrachtung ausschließlich von Patienten, die von einem Hausarzt koordinierend betreut und mit systemischen Glukokortikosteroiden behandelt werden. Insgesamt wurden 26,9% der Patienten an einen Pneumologen überwiesen.

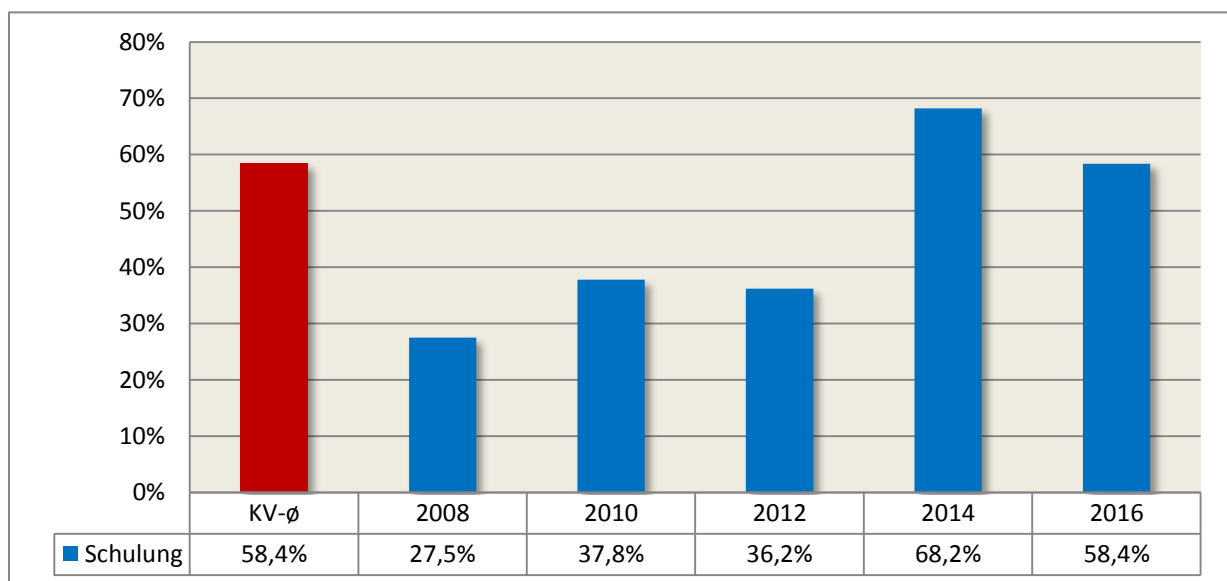
Im KV-Vergleich liegt die KVBB damit über dem Durchschnitt von 25,3%. Die Werte von insgesamt 13 KV-en befinden sich zwischen 11,3% und 65,6%.

Nach Erhebungen der Pneumologen in Brandenburg sind 90% der schwer kranken Patienten (Therapiestadium 5) grundsätzlich beim koordinierenden Pneumologen in Behandlung.



3.6 Patientenschulungen

Neben der medikamentösen Therapie spielen auch die nichtmedikamentösen Maßnahmen wie z.B. Schulungen eine große Rolle. Diese Maßnahmen verlangen die aktive Teilnahme der eingeschriebenen COPD-Patienten. Betrachtet wurde die Durchführung einer empfohlenen COPD-Schulung durch Patienten innerhalb von vier Quartalen nachdem durch einen Arzt eine Schulungsempfehlung dokumentiert wurde.



Jahr	2008	2010	2012	2014	2016
Patienten mit Schulung	1.517	2.201	2.585	3.336	2.176

Im Berichtszeitraum 2016 lag die Quote der Empfehlung einer COPD-Schulung bei rund 10,8% aller eingeschriebenen Patienten (3.727 Patienten von 34.566 eingeschriebenen Patienten).

Im Kalenderjahr 2012 lag die Empfehlung noch bei 25%. Es ist davon auszugehen, dass eine mögliche Ursache des Rückgangs in der bereits hohen Anzahl geschulter Patienten lag. Schulungen werden häufig auch während der stationären Aufenthalte in Kliniken oder in Rehabilitationseinrichtungen wahrgenommen.

Auch bereits länger zurückliegende Schulungen von Patienten, die erst zu einem späteren Zeitpunkt in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, bedürfen nicht zwangsläufig einer Nachschulung.

Bei dem Vergleich der Ergebnisse der einzelnen Auswertungszeiträume, zeigt sich eine deutliche Steigerung der Inanspruchnahme empfohlener Schulungen durch die Patienten.

Im Land Brandenburg besitzen 210 Vertragsärzte eine Genehmigung zur Durchführung von Schulungen nach dem AFBE - Patientenschulungsprogramm. Ein Vergleich mit anderen internistischen DMP zeigt, dass die Erhöhung der Schulungsangebote nicht auch zwangsläufig zu einer verstärkten Inanspruchnahme führt.

4. Fazit

Die Ergebnisse des DMP COPD im Land Brandenburg zeigen, dass die vereinbarten Qualitätsziele auch im hier dargelegten Auswertungszeitraum überwiegend erreicht wurden.

Die QS-Ziele zu den Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien **Stationäre Notfallbehandlung** sowie **Exazerbationen** wurden im Berichtszeitraum erfüllt, wobei diese Ziele auch deutlich unterschritten werden konnten.

Das Ziel zur **Überprüfung der Inhalationstechnik** hingegen konnte mit einem Anteil von 88% noch nicht ganz erreicht werden. Der Jahresvergleich zeigt aber hier, dass die Ergebnisse stetig gesteigert werden bzw. konstant bleiben.

Das Ziel zur Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie **Reduktion des Einsatzes von systemischen Glukokortikosteroiden als Dauertherapie** wurde mit einem Anteil von gerade einmal 4,0% der Patienten deutlich erreicht.

Das QS-Ziel **Erhöhung des Anteils der Patienten, die bei Beginn einer notwendigen Dauertherapie mit systemischen Steroiden zum Facharzt überwiesen werden** wurde nicht erfüllt. Durch die systematische Umstellung der Auswertungsgrundlagen ist es jedoch gelungen, das Ergebnis deutlich differenzierter darzustellen und das Überweisungsverhalten damit realistischer abzubilden.

Zur aktiven Teilnahme der Patienten „Wahrnehmung empfohlener Schulungen“ konnte die Quote der tatsächlich geschulten Patienten im Verhältnis zur Schulungsempfehlung mit 58,4% auf hohem Niveau zu den Vorjahren beibehalten werden. Dennoch sollte auch seitens der Krankenkassen über weitergehende Maßnahmen nachgedacht werden, um die Motivation der Patienten weiter zu steigern.

Ebenfalls sollte es Ziel sein, die Patienten nicht nur auf die Gefährlichkeit des fortgesetzten Nikotinkonsums hinzuweisen, sondern auch Maßnahmen und Behandlungen zur Verfügung zu stellen, um den Anteil der Raucher unter den betreuten Versicherten deutlich abzusenken. Die von einigen Krankenkassen angebotenen Raucherentwöhnungsprogramme sollten verstärkt empfohlen und von den betroffenen Patienten in Anspruch genommen werden.

Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass die Zielerfüllung sich kontinuierlich verbessert und einer positiven Trendentwicklung unterliegt. Dennoch sollten zwischen den Vertragspartnern auch zukünftig Anstrengungen unternommen werden, um die Ergebnisse weiter zu verbessern.