

2011

# Qualitätsbericht

DMP Asthma



## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2. DMP Asthma</b>	<b>3</b>
2.1 Strukturierte Behandlung bei Asthma	3
2.2. Ziele des DMP Asthma	4
2.3 Qualitätssicherung	4
2.4 Dokumentation/Datenlieferung/Datenqualität	5
2.5 Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation	6
2.6 Basisdaten	7
<b>3. Ergebnisse zum DMP Asthma</b>	<b>8</b>
3.1 Vermeidung und Senkung stationärer notfallmäßiger Behandlungen	8
3.2 Überprüfung der Inhalationstechnik	10
3.3 Patienten mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan	11
3.4 Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden	12
3.5 Überweisung zum Facharzt bei Beginn einer Dauertherapie mit systemischen Steroiden	13
3.6 Patientenschulungen	15
<b>4. Fazit</b>	<b>16</b>

## 1. Einleitung

### Asthma – Definition und Prävalenz

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

Die Prävalenz 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 – eine neue überarbeitete Version ist online seit 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 lebensstilassozierten Risikofaktoren diese Krankheit auslösende Faktoren vermeiden und durch körperliches Training den Krankheitsverlauf erheblich beeinflussen. Diesem Umstand wird im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme Rechnung getragen.

Der Vertrag zum DMP Asthma im Land Brandenburg wurde zum 01.10.2006 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) und den Krankenkassen/-verbänden im Land Brandenburg geschlossen.

Die Beteiligung der Krankenhäuser erfolgt auf der Basis einer Rahmenvereinbarung zwischen den Krankenkassen/-verbänden und der Landeskrankengesellschaft Brandenburg. Acht 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.

Für die ärztliche Qualitätssicherung im DMP ist die Gemeinsame Einrichtung, die von KV und Krankenkassen gebildet wurde, zuständig. Die Gemeinsame Einrichtung legt hiermit den vierten Qualitätsbericht für das DMP Asthma für den Zeitraum 01.01.2011 bis 31.12.2011 vor.

## 2.2. Ziele des DMP Asthma

Das DMP Asthma verfolgt die Ziele:

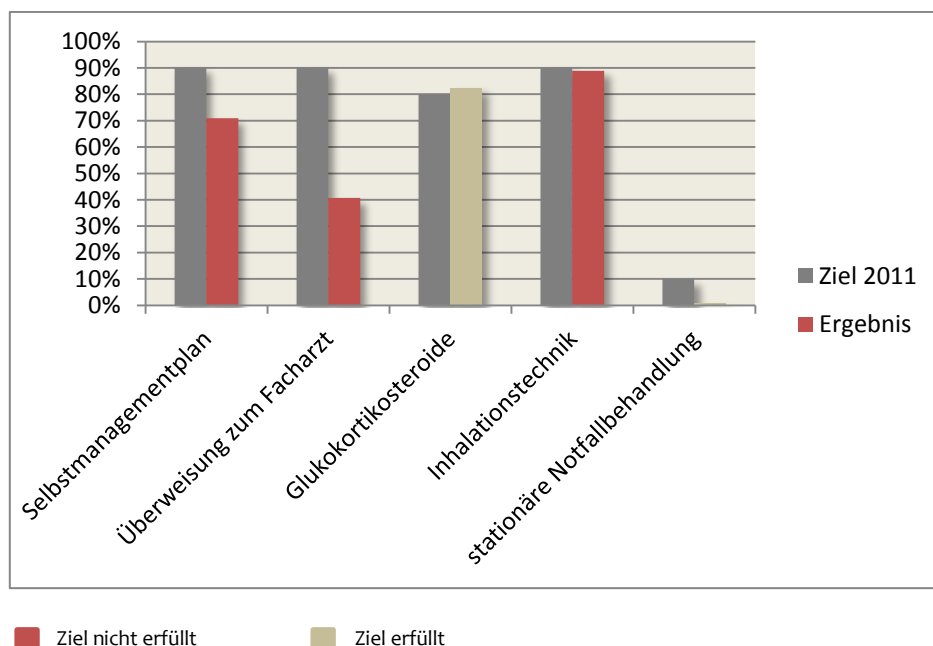
1. Vermeidung und Reduktion von
  - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Symptome, Asthmaanfälle/Exazerbationen)
  - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
  - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen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

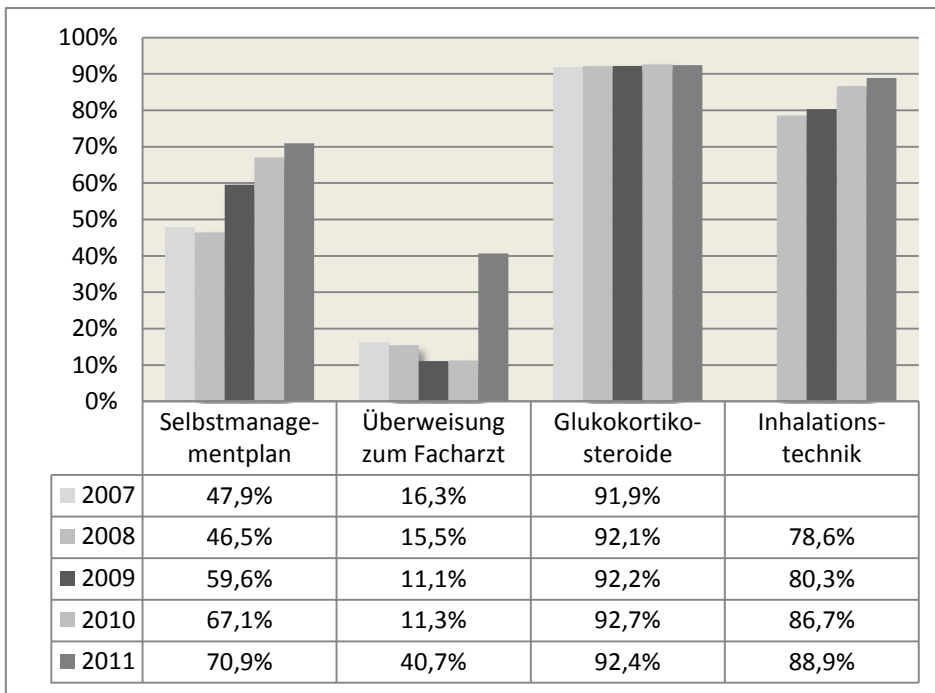
Um diese Ziele zu erreichen, wurden im Rahmen des DMP Asthma Anforderungen an die Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität definiert und in Qualitätszielen festgehalten.

## 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.





Das Ziel zur Überprüfung der Inhalationstechnik wurde erst ab 2008 im DMP Vertrag zusätzlich aufgenommen, so dass keine Angaben für das Kalenderjahr 2007 vorliegen.

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

Grundsätzlich kann eingeschätzt werden, dass sich die Ergebnisse für fast alle vereinbarten Qualitätsziele im Jahresvergleich kontinuierlich verbessern.

Besonders positiv zeigt sich die Bilanz zum Einsatz eines Selbstmanagementplans und zur Überprüfung der Inhalationstechnik. Im Laufe der DMP-Programmlaufzeit konnte im Vergleich 2007 bis 2011 eine Erhöhung beim Einsatz des Selbstmanagementplans um 23% erreicht werden. Auch die Betrachtung zur Überprüfung der Inhalationstechnik weist über den Zeitraum von drei Jahren eine deutliche Verbesserung um 10% aus.

#### 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 ist die Anlage 10 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV).

Mit Stand 31.12.2011 waren 34.826 Patienten in das DMP Asthma eingeschrieben.

An der koordinierenden Betreuung dieser Patienten nahmen 739 Hausärzte teil. Dies entspricht einem Anteil von rund 48% der ambulant tätigen Hausärzte.

Für eine pneumologisch qualifizierte Versorgung nahmen 55 Vertragsärzte darunter 14 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen des DMP Asthma teil.

Für Kinder- und Jugendliche im Alter von 5 – 17 Jahren stehen zudem 82 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin zur Verfügung.

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 geringerer 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 32.053 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation und Folgedokumentation bzw. mindestens zwei Folgedokumentation in 2011 vorlagen.

## 2.5 Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass **der Anteil** der beim ersten Eingang vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen **mindestens 95%** betragen soll.

Von allen in der DMP-Datenstelle eingegangenen Erst- und Folgedokumentationen zum DMP Asthma waren im Kalenderjahr 2011 bereits bei Eingang in der DMP-Datenstelle 99,9% aller Dokumentationen korrekt erstellt worden und konnten entsprechend verarbeitet werden. Lediglich ein geringfügiger Anteil der Dokumentationen von 0,1% war bei Eingang in der Datenstelle nicht plausibel, diese wurden auf dem Korrekturweg von den Praxen berichtigt. Damit wurde das Qualitätsziel erreicht.

Darüber hinaus wurden aus den Arztpraxen 0,9% der Dokumentationen zu früh versandt und 1,3% der Dokumentationen konnten nicht verarbeitet werden, da z. B. keine rechtswirksame Einschreibung aufgrund fehlender Kassenzugehörigkeit oder die Teilnahme des Arztes am DMP nicht bzw. noch nicht vorlag.

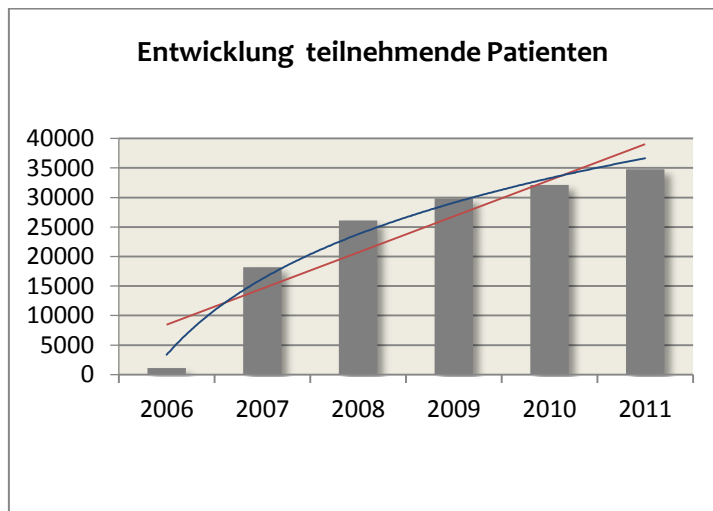
Mit der DMP-Datenstelle wurden auch vor diesem Hintergrund in der Vergangenheit bereits Maßnahmen entwickelt, um z.B. die zu frühe oder verspätete Datenübermittlung zu vermeiden. So wird dem teilnehmenden Arzt rechtzeitig innerhalb eines Quartals eine Übersicht der erwarteten und noch ausstehenden Verlaufsdokumentationen für seine Patienten übersandt. Darüber hinaus kann diese Übersicht auch jederzeit individuell durch die Arztpraxis bei der DMP-Datenstelle angefordert werden. Ebenfalls erhalten die teilnehmenden Ärzte in regelmäßigen Abständen einen Hinweis zu den noch fehlenden Bestätigungsschreiben. Ein Vergleich zu den Vorjahren zeigt, dass die Fehlerquoten sich stark rückläufig darstellen.

Es ist davon auszugehen, dass mit diesen Maßnahmen prognostisch die Anzahl der verfrühten oder verspäteten Dokumentationslieferungen weiter sinkt.

## 2.6 Basisdaten

### Entwicklung der Anzahl von Asthma-Patienten am DMP-Vertrag

Insbesondere zu Beginn der aktiven Umsetzung des DMP Asthma im Jahr 2007 als auch nochmals im Jahr 2008 wurden Patienten in das DMP eingeschrieben. Die Einschreibung weiterer Patienten stieg in den ersten Jahren stark an, die Einschreibung von neuen Asthma-Patienten nimmt jedoch in den beiden letzten Betrachtungsjahren, wie auch bei anderen internistischen DMP, etwas ab. Insgesamt betrachtet steigt jedoch die Anzahl der teilnehmenden Patienten kontinuierlich an.



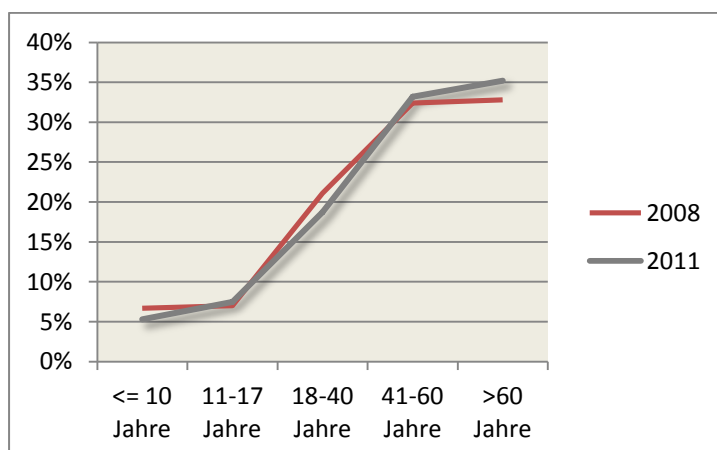
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Anzahl Patienten	1.123	18.227	26.122	29.873	32.157	34.826

### 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 bei 49,1 Jahren. Der Hauptanteil der eingeschriebenen Patienten ist älter als 60 Jahre und beträgt im Gesamtvergleich 35,2%.

Die zweitgrößte Altersgruppe stellen Patienten zwischen 41-60 Jahre (33,2%) dar.



### 3. Ergebnisse zum DMP Asthma

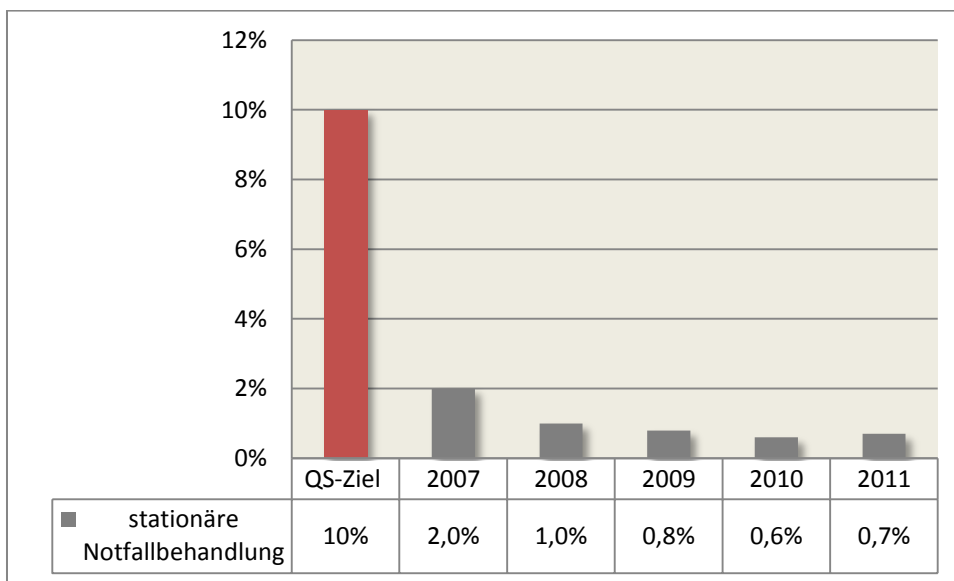
#### 3.1 Vermeidung und Senkung stationärer notfallmäßiger Behandlungen

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

- im 1. Jahr weniger als 25%,
- im 2. Jahr weniger als 15%,
- im 3. Jahr und Folgejahre weniger als 10%

der Patienten eine notfallmäßige stationäre Behandlung wegen Asthma aufweisen sollen.



stat. Notfallbehandlung	2007	2008	2009	2010	2011
Patienten	368	140	179	154	180
Anteil an allen Patienten	2,0%	1,0%	0,8%	0,6%	0,7%

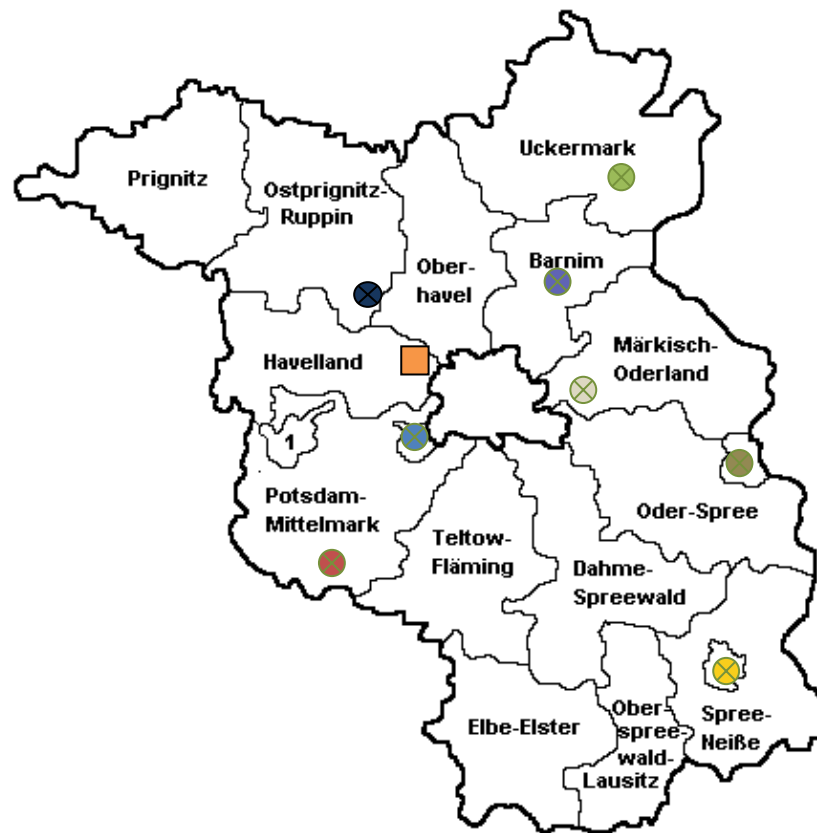
Im Berichtszeitraum 2011 benötigten mehr als 99 % der länger als sechs Monate eingeschriebenen Patienten **keine** stationäre Notfallbehandlung. Im Vergleich zum Jahr 2007 konnte damit der Anteil an Patienten, bei denen aufgrund eines Akutereignisses eine stationäre Notfallbehandlung erforderlich war, kontinuierlich gesenkt werden. Bei Betrachtung der Entwicklung der absoluten Anzahl der Patienten, bei denen eine stationäre notfallmäßige Behandlung erforderlich wurde, zeigt sich eine deutliche Halbierung der Fallzahlen im Jahr 2011 im Vergleich zum Jahr 2007. Dies ist auch Ausdruck für den engagierten Einsatz der am Vertrag beteiligten Ärzte.

In Brandenburg wurde das Qualitätsziel erfüllt, im Vergleich mit 14 weiteren KV-Bereichen sogar mit der niedrigsten Quote. In allen übrigen in den Vergleich einbezogenen KV-Bereichen liegt der Anteil stationärer Notfallbehandlungen zwischen 0,8% und 1,1%.

Das Qualitätsziel wurde erfüllt.



Folgende Krankenhäuser bzw. Kliniken sowie eine Rehabilitationsklinik nehmen am DMP Asthma teil:



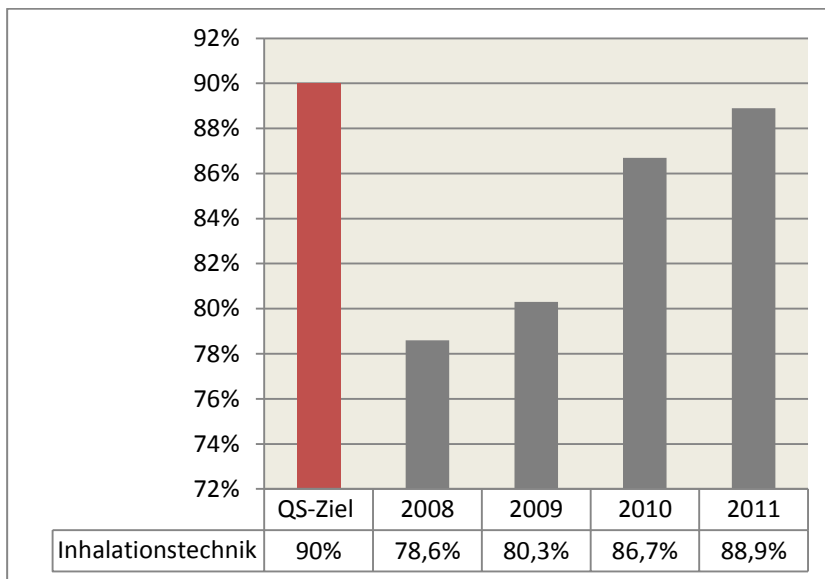
- Ruppiner Kliniken Neuruppin
- ⊗ Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
- Johanniter Krankenhaus Treuenbrietzen
- ⊗ Med. und Soz. Zentrum Angermünde
- ⊗ Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam
- ⊗ Krankenhaus Märkisch Oderland Strausberg
- Klinikum Frankfurt (Oder)
- Klinikum Barnim Eberswalde
- Rehabilitationsklinik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

### 3.2 Überprüfung der Inhalationstechnik

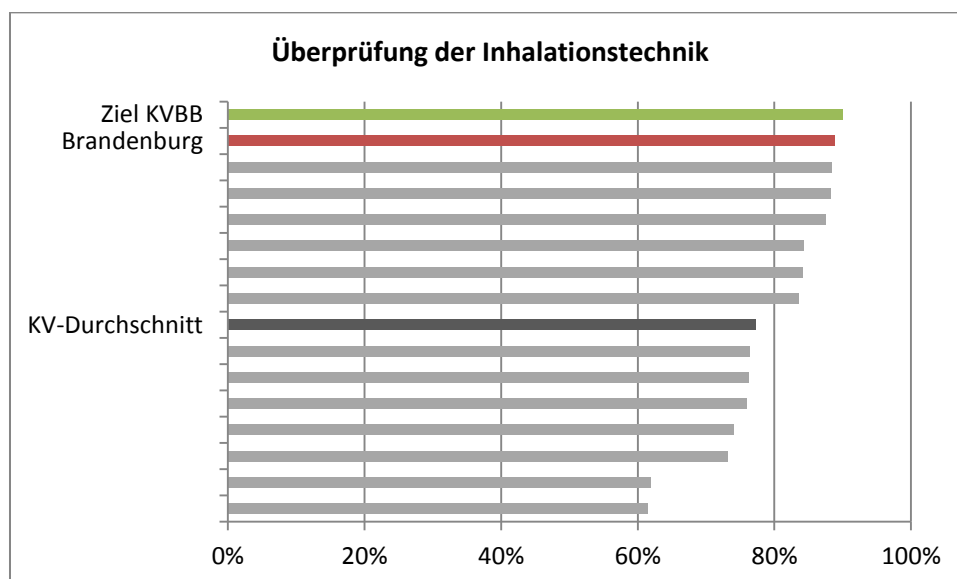
Nach einer initialen Einweisung eines Patienten in die Inhalationstechnik sollte diese innerhalb des Dokumentationszeitraumes mindestens einmal (halbjährlich) überprüft werden. Damit sollen beginnende oder bereits vorhandene falsche Handhabungen durch den Patienten vermieden werden.

Hierzu wurde als Qualitätsziel vereinbart,

- im 1. Jahr bei mindestens 70%,
- im 2. Jahr bei mindestens 80%,
- im 3. Jahr und Folgejahre bei mindestens 90% aller Patienten die Inhalationstechnik zu überprüfen.



Überprüfung der Inhalationstechnik	2008	2009	2010	2011
Anzahl Patienten	17.273	22.081	25.328	28.510
Anteil	78,6%	80,3%	86,7%	88,9%



Die Überprüfung der Inhalationstechnik wurde als Ziel neu in den DMP-Asthma-Vertrag ab 2008 aufgenommen, so dass eine vergleichende Darstellung mit dem Kalenderjahr 2007 fehlt.

Auch wenn das Ziel nicht ganz erreicht werden konnte, ist im Jahresverlauf eine positive Erhöhung der Ergebniswerte zu verzeichnen.

Allerdings ist zur Zielerreichungsquote von 90% kritisch anzumerken, dass die Inhalationstechnik nicht bei allen Patienten kontinuierlich halbjährlich sondern auch jährlich geprüft wird. Der ärztliche Feedbackbericht, und somit auch der Gesamtbericht für Brandenburg bildet zwei Zeiträume innerhalb eines Jahres ab, so dass eine fehlende Berücksichtigung zumindest einiger Patienten mit Überprüfung der Inhalationstechnik im ersten Halbjahr nicht ausgeschlossen werden kann.

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.

Dieses Thema sollte in den Qualitätszirkeln der Pneumologen aufgegriffen werden und wird nach wie vor ebenfalls bei den zentralen DMP-Forbildungen für die Hausärzte diskutiert.

Ein Vergleich mit dreizehn weiteren KV-Bereichen zeigt auf, dass dieses Ziel auch in den anderen KV-Bereichen nicht erreicht wird. Positiv ist dennoch das Ergebnis in Brandenburg zu bewerten, da hier wiederholt die höchste Quote bei der Überprüfung der Inhalationstechnik erzielt werden konnte.

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

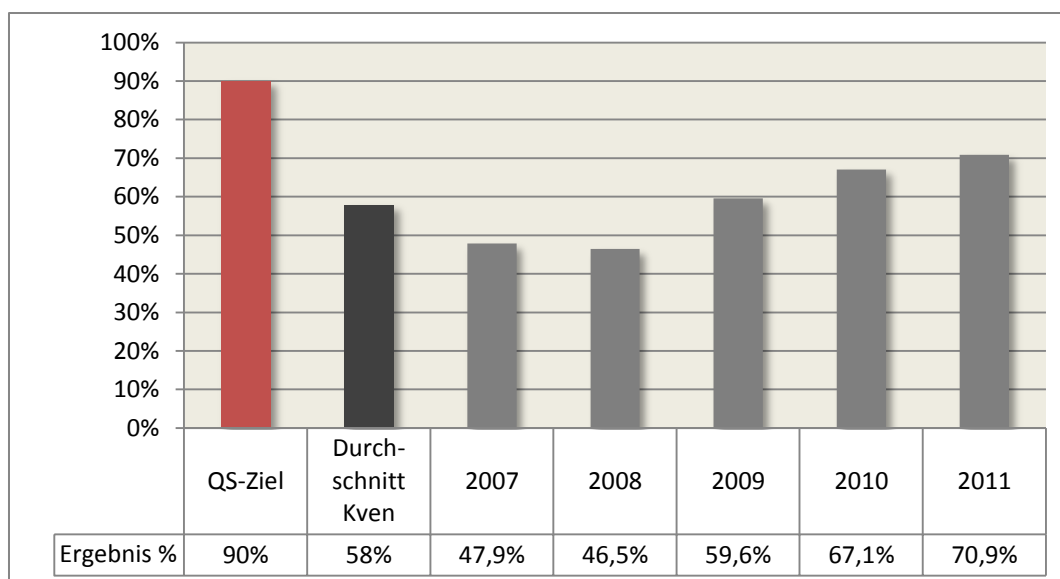
### **3.3 Patienten mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan**

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

- im 1. Jahr mehr als 70%,
- im 2. Jahr mehr als 80%,
- im 3. Jahr und Folgejahre mehr als 90%

der Patienten einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan einsetzen.



Selbstmanagementplan	2007	2008	2009	2010	2011
Anzahl Patienten	8.314	10.211	16.373	19.611	22.714
Anteil	47,9%	46,5%	59,6%	67,1%	70,9%

Im Auswertungszeitraum wurde bei knapp 71% aller am DMP Asthma teilnehmenden Patienten ein Selbstmanagement-Plan eingesetzt.

Auch in diesem Berichtszeitraum konnte das Qualitätsziel nicht erreicht werden, wobei im Vergleich mit den vorausgegangenen Kalenderjahren seit dem Jahr 2007 eine deutliche Steigerung von 23% erkennbar ist.

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 vierzehn ausgewerteten KV-Bereichen. Das erreichte Ergebnis schwankt hier zwischen 36,6% und dem bestem Ergebnis von 73,4%.

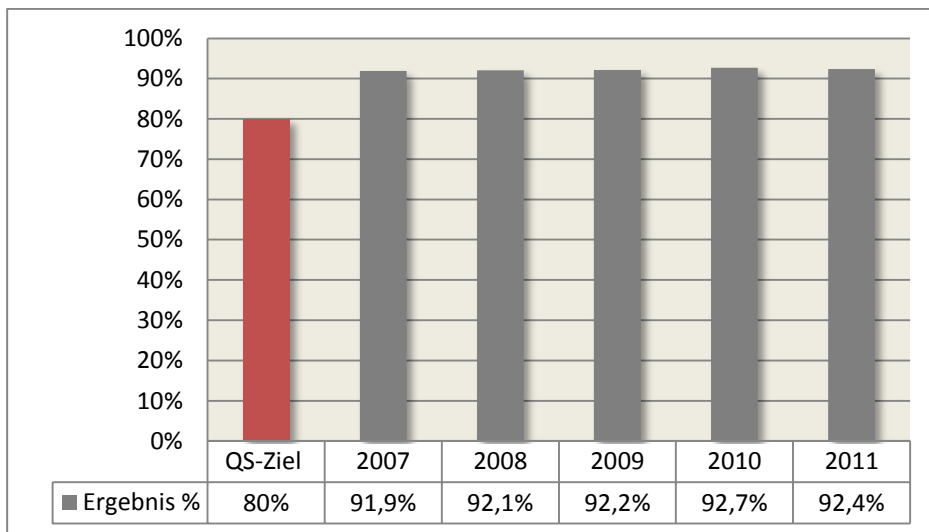
### 3.4 Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden

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

- im 1. Jahr mehr als 60%,
- im 2. Jahr mehr als 70%,
- im 3. Jahr und Folgejahre mehr als 80%

aller Patienten inhalative Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten.



	2007	2008	2009	2010	2011
Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden	14.184	16.641	20.883	22.202	24.257
Anteil Patienten mit Dauermedikation	91,9%	92,1%	92,2%	92,7%	92,4%

Bei 26.247 Asthmapatienten wurde im Auswertungszeitraum die Verordnung einer Dauermedikation mit Glukokortikosteroiden dokumentiert. Hiervon erhielten 24.257 Patienten vorrangig inhalative Glukokortikosteroide als Dauermedikation, so dass das Qualitätsziel mit einem Ergebnis von 92,4% erreicht wurde.

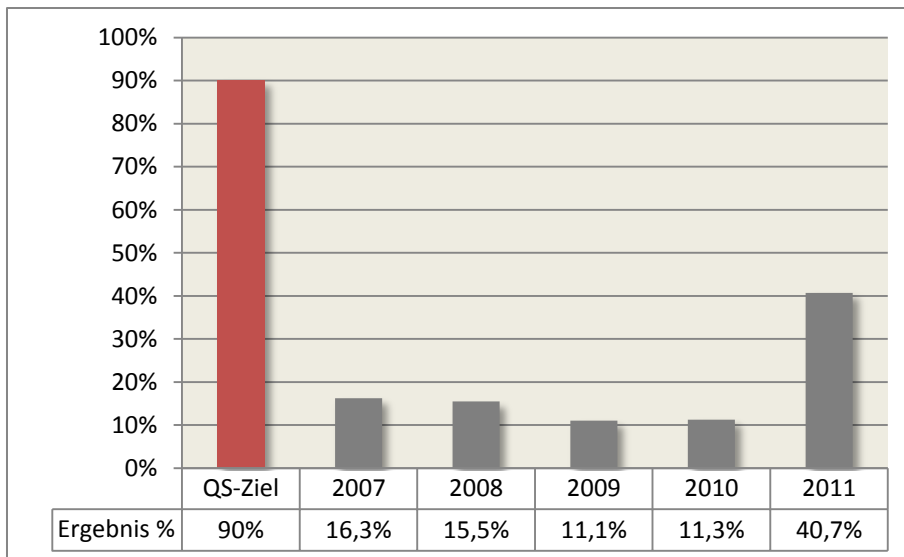
### 3.5 Überweisung zum Facharzt bei Beginn einer Dauertherapie mit systemischen Steroiden

Sofern eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird, ist der Patient an einen qualifizierten Facharzt zu überweisen. (Anl. 9 RSAV, Ziffer 1.6.2)

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

- im 1. Jahr mehr als 75%,
- im 2. Jahr mehr als 85%,
- im 3. Jahr und Folgejahre mehr als 90%

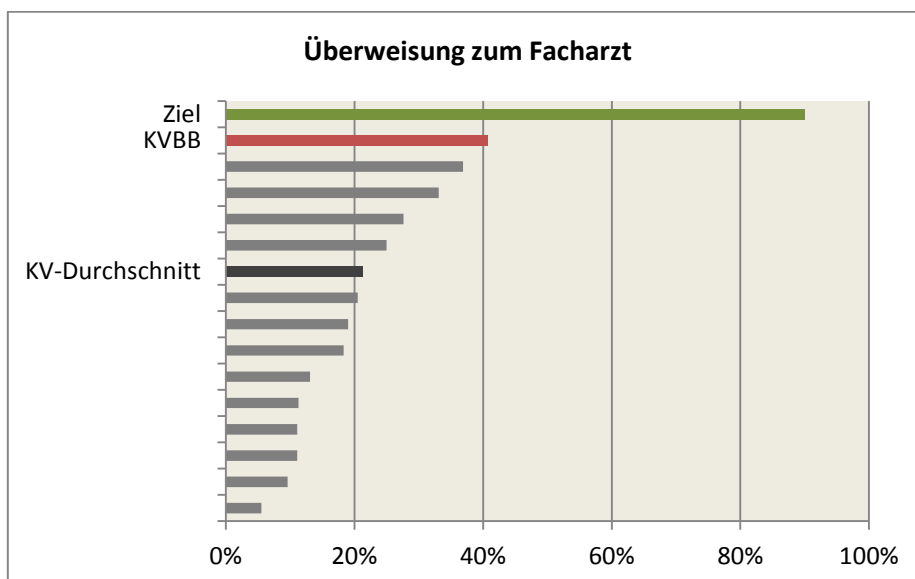
aller Patienten zu Beginn einer Dauertherapie mit oralen Steroiden an einen Facharzt überwiesen werden.



Überweisung zum FA	2007	2008	2009	2010	2011
Anzahl Patienten	42	43	33	19	24
Anteil	16,3%	15,5%	11,1%	11,3%	40,7%

Im Auswertungszeitraum wurden 59 Patienten mit Beginn einer Dauertherapie mit systemischer Glukokortikosteroiden berücksichtigt. Davon wurden 40,7% an einen pneumologisch qualifizierten Facharzt überwiesen. Der Zielwert von 90% konnte damit nicht annähernd erreicht werden.

Bis zum Auswertungszeitraum 2010 wurden alle Patienten ohne Berücksichtigung der Einschreibung beim Haus- oder Facharzt ausgewertet. Im jetzt dargelegten Auswertungszeitraum wurden lediglich die koordinierenden Hausärzte betrachtet, da nur in diesem Bereich Patienten bei Beginn einer systemischen Dauertherapie auch zu einem pneumologisch qualifizierten Facharzt überwiesen werden sollen. Ohne die bisherige Berücksichtigung auch von Pneumologen, stellt sich das Ergebnis der überwiesenen Patienten weitaus realistischer, wenn auch noch nicht zufriedenstellend dar. Dennoch zeigt der Vergleich mit weiteren dreizehn KVen, dass Brandenburg das beste Ergebnis hinsichtlich der Überweisungsquote aufweist.

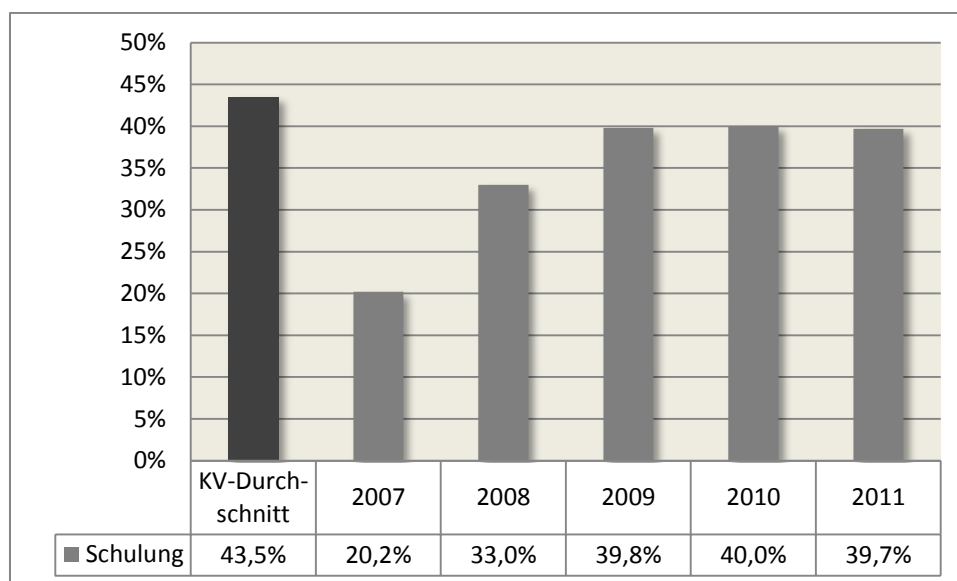


### 3.6 Patientenschulungen

Neben der medikamentösen Therapie spielen 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 der Änderung zur Auswahl von Qualitätszielen im Rahmen der 17. RSA-ÄndV zum 01.07.2008 ist die Durchführung von Asthmaschulungen nicht mehr Bestandteil der ärztlichen Qualitätssicherung.

Dennoch möchten wir im Folgenden die Wahrnehmung der empfohlenen Schulungen darstellen. Grundlage der Auswertung bilden alle Patienten, denen eine Asthmaschulung durch ihren koordinierenden Arzt empfohlen wurde. Betrachtet wird der Anteil der Patienten, die innerhalb von vier Quartalen die empfohlene Schulung wahrgenommen haben.



	2007	2008	2009	2010	2011
Patienten mit Schulung	491	1.929	3.448	2.942	3.334
Anteil an allen Patienten mit Schulungsempfehlung	20,2%	33,0%	39,8%	40,0%	39,7%

Im Berichtszeitraum 2011 lag die Empfehlungsrate zur Durchführung einer Asthma-Schulung bei rund 26% (8.407 Patienten von allen 32.053 eingeschriebenen Patienten).

Diese niedrige Quote einer Schulungsempfehlung kann möglicherweise ihre Ursache in der bereits hohen Anzahl beschulter Patienten haben. 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.

Dennoch ist der Anteil der Patienten, die trotz einer Schulungsempfehlung diese nicht wahrgenommen haben oder wahrnehmen konnten, hoch.

Im Land Brandenburg besitzen 152 Vertragsärzte eine Genehmigung zur Durchführung von Schulungen nach dem AFAS - Patientenschulungsprogramm. Zusätzlich können 15 Vertragsärzte die Schulung für Kinder und Jugendliche im Rahmen des DMP anbieten. Auch wenn hier noch keine flächendeckende Schulungsstruktur implementiert werden konnte, zeigt ein Vergleich mit anderen internistischen DMP, dass die Erhöhung der Schulungsangebote nicht auch zur verstärkten Inanspruchnahme führt.

#### **4. Fazit**

Die Ergebnisse des DMP Asthma im Land Brandenburg zeigen, dass ein wesentlicher Teil der vereinbarten Qualitätsziele auch im vierten Auswertungszeitraum erreicht wurde.

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 92,4% erreicht.

Zur aktiven Teilnahme durch die Patienten am DMP Asthma wurde das Ziel „Erhöhung des Anteils von Patienten mit Einsatz eines schriftlichen Selbstmanagement-Planes“ vereinbart, welches mit einem Anteil von 70,9% nicht erreicht wurde. In der Entwicklung zeigt sich jedoch eine steigende Tendenz zum Einsatz eines Selbstmanagement-Planes. Ebenfalls bleibt 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.

Ebenfalls konnte das Qualitätsziel zur Überprüfung der Inhalationstechnik mit 88,9% wiederholt nicht erreicht werden, jedoch zeigt sich hier eine steigende Tendenz seit Einführung des DMP Asthma.

Auch das vereinbarte Ziel zur Einhaltung der Kooperationsregeln zwischen den Versorgungsebenen konnte nicht erreicht werden. Lediglich 40,7% der Patienten wurden bei Beginn einer systemischen Dauertherapie an einen pneumologisch qualifizierten Arzt überwiesen.

Dagegen konnte die „Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentationen“ sichergestellt werden. Mit 99,9% der eingereichten Dokumentationen sind nahezu alle Dokumentationen bereits bei Eingang in der Datenstelle plausibel/fristgerecht und konnten somit verarbeitet werden.

Mit den vorliegenden Ergebnissen zum DMP Asthma im Land Brandenburg kann eingeschätzt werden, dass die Erwartungen an die Betreuung der Patienten und dem Erreichen der vereinbarten Zielinhalte erfüllt und in einigen Zielvorgaben sogar deutlich übererfüllt werden konnten.



Möglicherweise waren einige Ziele in der Vorgabe (z.B. Vermeidung notfallmäßiger stationärer Therapie) zu vorsichtig formuliert, andererseits muss über die Konkretisierung von Zieldefinitionen zum Ausschluss von Interpretationsspielräumen nachgedacht werden.

Auch könnten 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.

Ebenfalls müssen die genauen Ursachen der noch nicht ausreichenden Wahrnehmung von Schulungsangeboten durch Patienten näher beleuchtet werden. Derzeit besteht zwar eine ausreichende Anzahl schulungsberechtigter Vertragsärzte jedoch muss eingeschätzt werden, dass damit dennoch nicht von einer flächendeckenden und leistungsfähigen Versorgung ausgegangen werden kann.

Zudem machen erste Erfahrungen deutlich, dass rund 60% der Patienten mit einer Schulungsempfehlung, diese nicht wahrnehmen, wobei die Gründe hierfür sicherlich vielschichtig sind.

Es wird Aufgabe der Vertragspartner sein, Konzepte für eine ausreichende Inanspruchnahme dieser wichtigen Patientenschulungen durch die DMP-Patienten zu entwickeln und die teilnehmenden Ärzte bei der Motivation ihrer Patienten zu unterstützen.

Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass die Zielerfüllung sich zwar gleichbleibend, überwiegend aber mit positivem Trend, darstellt. Dennoch sollten zwischen den Vertragspartnern auch zukünftig Anstrengungen unternommen werden, um die Ergebnisse weiter zu verbessern.