

2011

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	4
2.4 Dokumentation/Datenlieferung/Datenqualität	5
2.5 Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation	6
2.6 Basisdaten	7
2.6.1 Entwicklung der Anzahl von COPD-Patienten am DMP-Vertrag	7
2.6.2 Altersverteilung der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten	7
2.6.3 Rauchen	8
3. Ergebnisse zum DMP COPD	9
3.1 Vermeidung und Senkung stationärer notfallmäßiger Behandlungen	9
3.2 Vermeidung von Exazerbationen	11
3.3 Überprüfung der Inhalationstechnik	12
3.4 Therapie mit systemischen Glukokortikosteroiden	13
3.5 Überweisung zum FA bei Dauertherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden	14
3.6 Patientenschulungen	16
4. Fazit	17

1. Einleitung

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 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 2011 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 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 COPD im Land Brandenburg wurde zum 01.04.2006 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 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. Ergänzend steht für die rehabilitative Versorgung der COPD-Patienten die Rehabilitationseinrichtung Sana-Kliniken Sommerfeld zur Verfügung.

Für die ärztliche Qualitätssicherung im DMP ist die Gemeinsame Einrichtung, die von KV und Krankenkassen gebildet wurde, zuständig.

Im vorliegenden Bericht wurde der Auswertungszeitraum vom 01.01.2011 – 31.12.2011 berücksichtigt. Die Gemeinsame Einrichtung legt hiermit den vierten Qualitätsbericht für das DMP COPD für den Zeitraum 01.01.2011 bis 31.12.2011 vor.

2.2 Ziele des DMP COPD

Das DMP COPD verfolgt die Ziele:

Vermeidung und Reduktion von

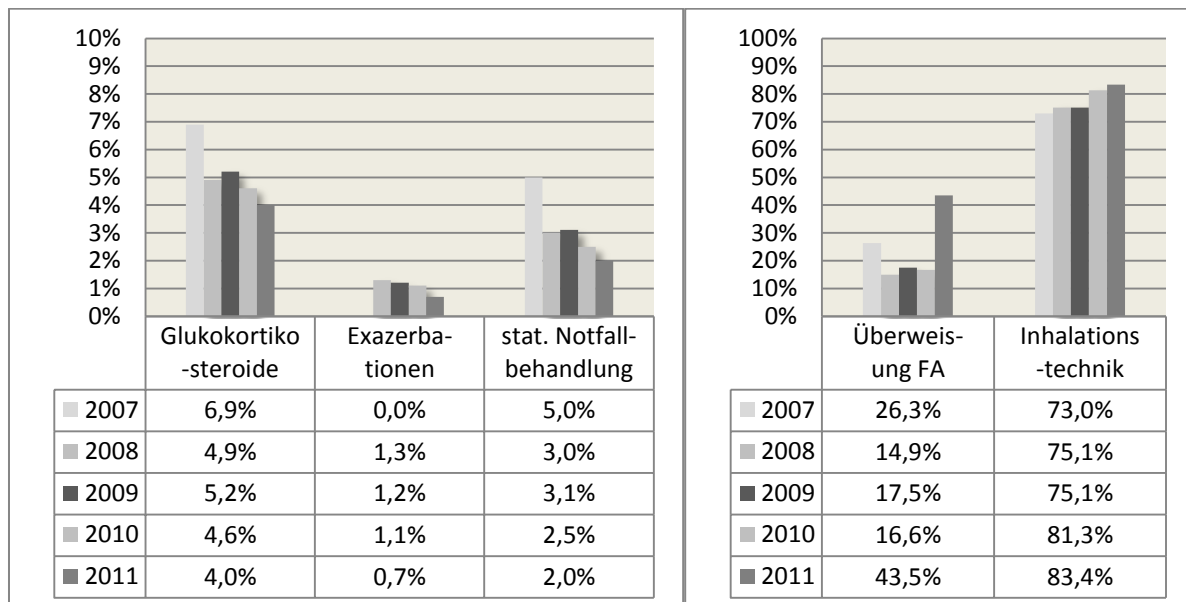
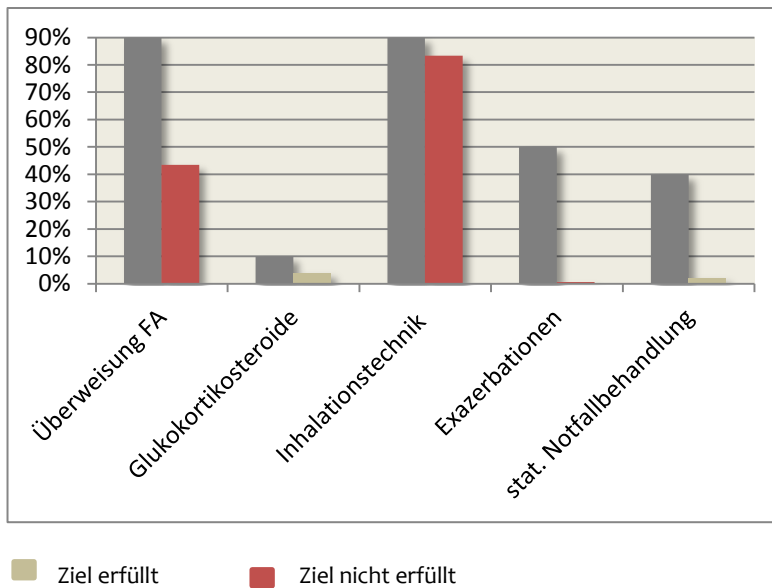
- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen)
- einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag
- und einer raschen Progredienz sowie
- Reduktion der COPD-bedingten Letalität.

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.



Bei allen Zielvorgaben kann ein positiver Trend beobachtet werden, so sinkt der Einsatz von systemischen Glukokortikosteroiden und kann die Anzahl von Exazerbationen sowie stationären Notfallbehandlungen im Jahresvergleich immer weiter reduziert werden. Hingegen steigt die Zahl der Überweisungen zum Facharzt bei Beginn einer Verordnung systemischer Glukokortikosteroide und die Anzahl an Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde.

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 12 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV).

Zum 31.12.2011 nahmen 30.133 Patienten am DMP COPD teil.

Im Gegensatz zu den anderen internistischen DMP besteht beim DMP COPD und DMP Asthma eine Besonderheit hinsichtlich der Einschreibung von Patienten durch die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte. Ca. 70% aller am DMP 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 COPD-Patienten betreut wird und insbesondere COPD-Patienten mit schwerem Krankheitsverlauf durch Pneumologen betreut werden.

Ebenfalls mit Stand 31.12.2011 nahmen 747 Vertragsärzte koordinierend und 41 Vertragsärzte an der pneumologisch qualifizierten Versorgung im Rahmen des DMP COPD teil. Dies entspricht einem Anteil von rund 47% der ambulant tätigen Hausärzte. Der Anteil der teilnehmenden hausärztlich tätigen Vertragsärzte hat sich im Vergleich zum ersten Qualitätsbericht 2007 nur in einem sehr 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 28.074 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation und Folgedokumentation bzw. mindestens zwei Folgedokumentation vorlagen.

2.5 Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation

Im Kalenderjahr 2011 waren von allen verarbeiteten Dokumentationen bereits 99,9% der in der Datenstelle eingegangenen Dokumentationen plausibel. Lediglich 0,1% der übermittelten Dokumentationen waren bei Ersteingang unplausibel, wurden jedoch im Korrekturverfahren durch die Arztpraxen berichtigt. 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. Damit wurde das Qualitätsziel erreicht.

Berücksichtigt man alle an die Datenstelle übermittelten Dokumentationsdaten, wurden aus den Arztpraxen 2,2% der Dokumentationen entweder zu früh oder als bereits verfristet versandt bzw. es lagen andere Gründe (z. B. fehlende Kassenzugehörigkeit) vor, weshalb eine Verarbeitung der Dokumentationen nicht möglich war.

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 Quartal eine Übersicht der erwarteten und noch ausstehenden Verlaufsdocumentationen für seine Patienten übersandt. Darüber hinaus kann diese Übersicht auch jederzeit individuell durch die Arztpraxis bei der DMP-

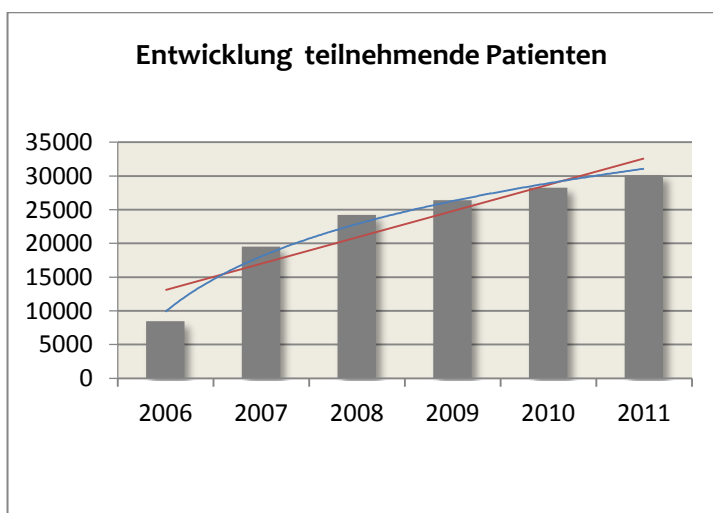
Datenstelle angefordert werden. Ebenfalls erhalten die teilnehmenden Ärzte in regelmäßigen Abständen einen Hinweis zu den noch fehlenden Bestätigungsschreiben.

Diese Maßnahmen führten in den vergangenen Jahren zu einer Minimierung der Fehlerquote um die Hälfte.

2.6 Basisdaten

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

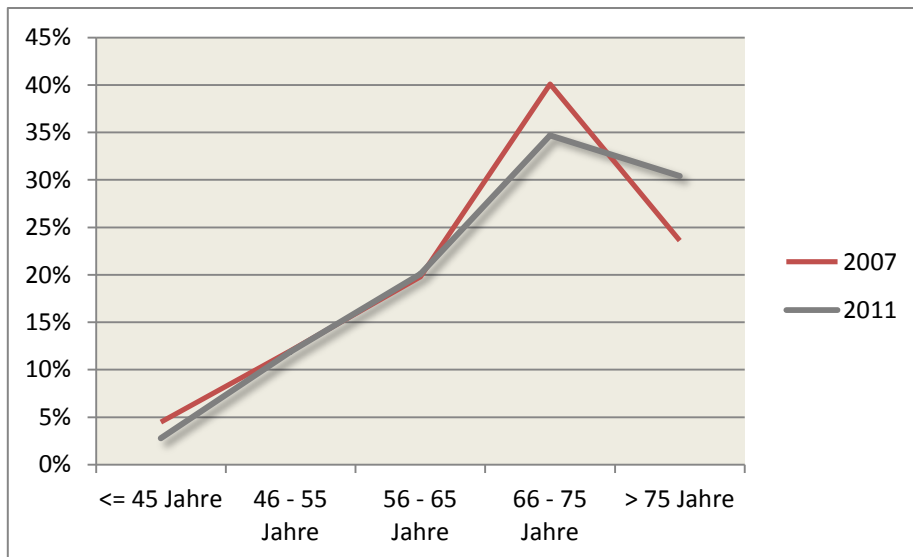
Insbesondere zu Beginn der aktiven Umsetzung des DMP COPD im Jahr 2006/2007 als auch nochmals im Jahr 2008 wurden verstärkt Patienten in das DMP eingeschrieben. Es bleibt abzuwarten, ob die Einschreibung weiterer Patienten weiterhin so stark ansteigt, wie in den vergangenen Jahren. Tendenziell ist eher damit zu rechnen, dass sich in den kommenden Jahren der Anstieg der Anzahl aller eingeschriebenen Patienten verlangsamt und eher gleichbleibend ausfällt.



	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Anzahl Patienten	8.481	19.531	24.245	26.406	28.284	30.133

2.6.2 Altersverteilung der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten

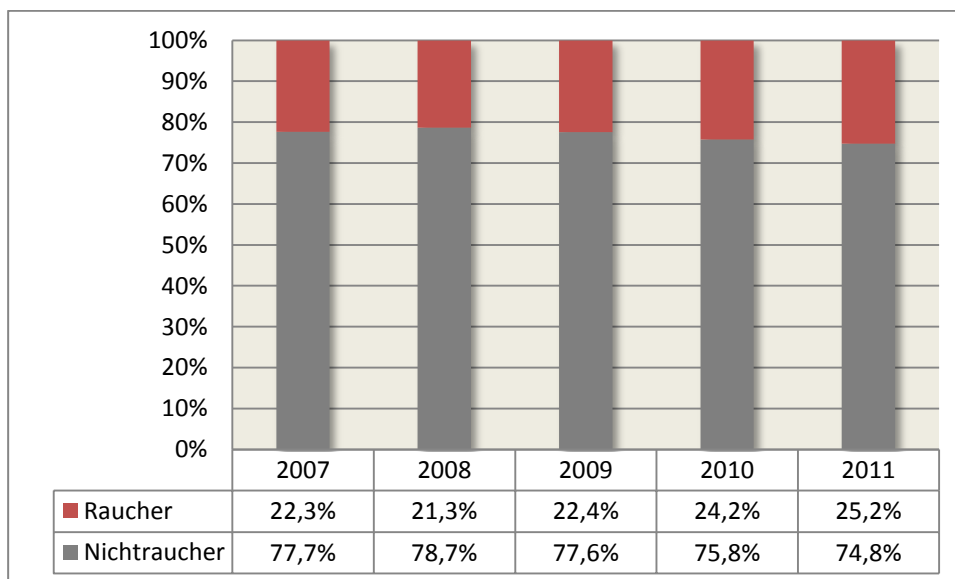
Die Angaben zur Altersverteilung der Patienten tragen dazu bei, Unterschiede in der Behandlung und dem Verlauf beurteilen zu können. Die unten stehende Tabelle stellt die Altersverteilung der eingeschriebenen Patienten dar. Der Altersdurchschnitt der eingeschriebenen Patienten liegt bei 68,6 Jahren. Der Hauptanteil der eingeschriebenen Patienten ist zwischen 66 – 75 Jahre alt und beträgt im Gesamtvergleich 34,7%. Die zweitgrößte Altersgruppe stellen bereits die Patienten über 75 Jahre dar.



2.6.3 Rauchen

Gemäß der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin 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.



	2007	2008	2009	2010	2011
Raucher	4.101	4.610	5.523	6.351	7.062
Nichtraucher	14.287	17.079	19.152	19.889	21.012

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

Unter der Annahme, dass die überwiegende Zahl der eingeschriebenen Versicherten vormals Raucher waren (geschätzt weit über 90%) und der Erkenntnis, dass für die effektivsten Raucherentwöhnungsbehandlungen für 25-40% der Patienten auch langfristige Erfolgsaussichten belegt sind, ist hier schon von einem beginnenden wenn auch schwankenden „Achtungserfolg“ auszugehen.

3. Ergebnisse zum DMP COPD

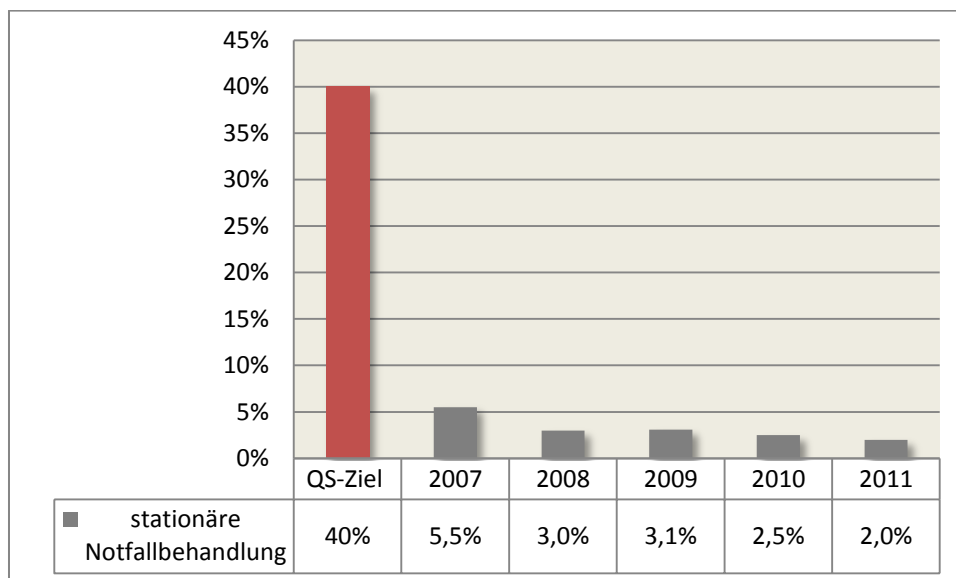
3.1 Vermeidung und Senkung stationärer notfallmäßiger Behandlungen

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

- im 1. Jahr weniger als 60%,
- im 2. Jahr weniger als 50%
- und ab dem 3. Jahr weniger als 40%

der Patienten eine notfallmäßige stationäre Behandlung in den letzten sechs Monaten aufweisen sollen.

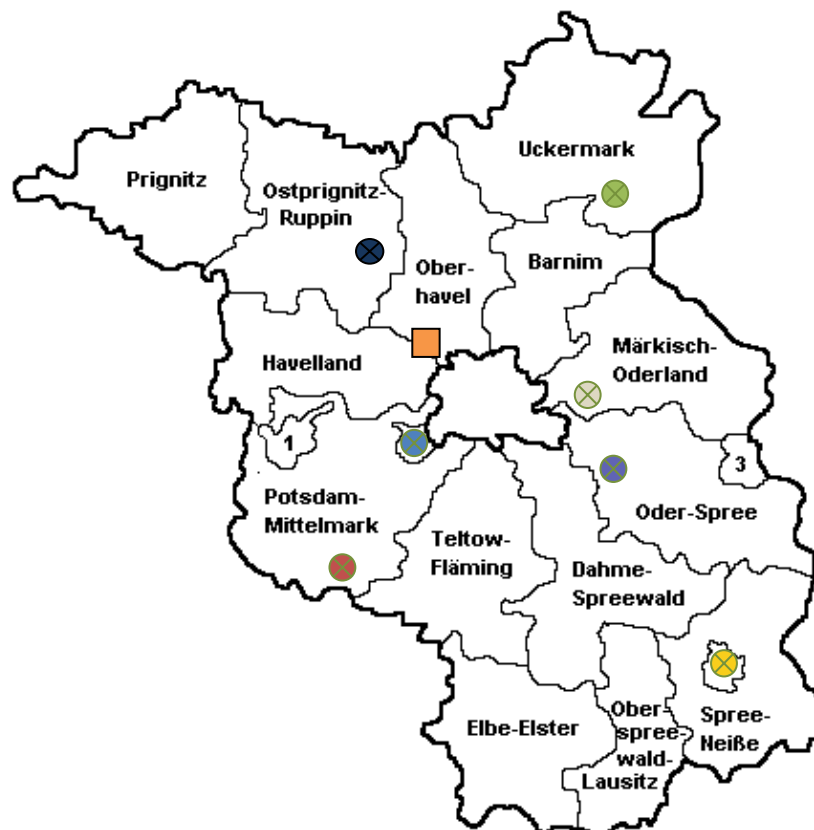


	2007	2008	2009	2010	2011
Anzahl Patienten	1.089	433	651	547	472

Im Berichtszeitraum 2011 benötigten 98% der eingeschriebenen Patienten **keine** stationäre Notfallbehandlung. Das Qualitätsziel wurde erreicht und im Jahresvergleich zeigt sich die stabile Zahl der geringen stationären Notfallbehandlungen.

Hier wurde die Zielhöhe zu vorsichtig formuliert, da bereits seit Beginn des DMP COPD der Anteil der Patienten mit stationärer Notfallbehandlung weit unter 10% lag.

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



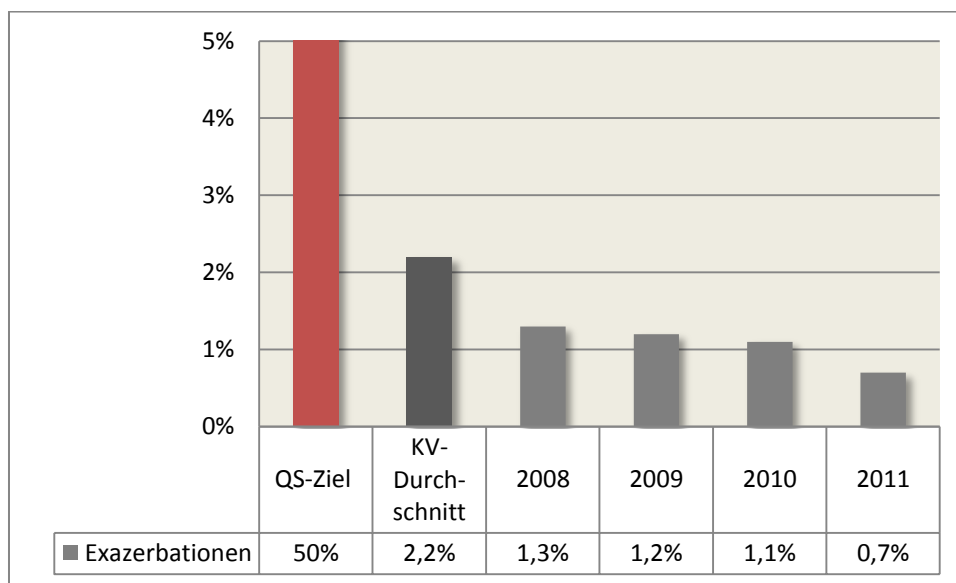
- Ruppiner Kliniken Neuruppin
- Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
- Johanniter Krankenhaus Treuenbrietzen
- Med. und Soz. Zentrum Angermünde
- Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam
- Krankenhaus Märkisch Oderland Strausberg
- Helios Klinikum Bad Saarow
- Sana-Kliniken Sommerfeld

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 50% der Patienten mit COPD innerhalb von sechs Monaten zwei oder mehr Exazerbationen aufweisen sollen.



	2008	2009	2010	2011
Anzahl Patienten	190	245	234	178

Die Betrachtung des Anteils von Exazerbationen wurde mit Wirkung ab 01.07.2008 als Ziel in die Qualitätssicherung zum DMP COPD aufgenommen. Ein Jahresvergleich erfolgt somit lediglich ab dem Jahr 2008.

Seit Erhebung dieser Zielauswertung zeigt sich deutlich, dass die Vorgabe von 50% der Patienten mit zwei oder mehr Exazerbationen in den letzten sechs Monaten zu hoch gewählt wurde. Lediglich rund 1% aller COPD-Patienten weist 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.

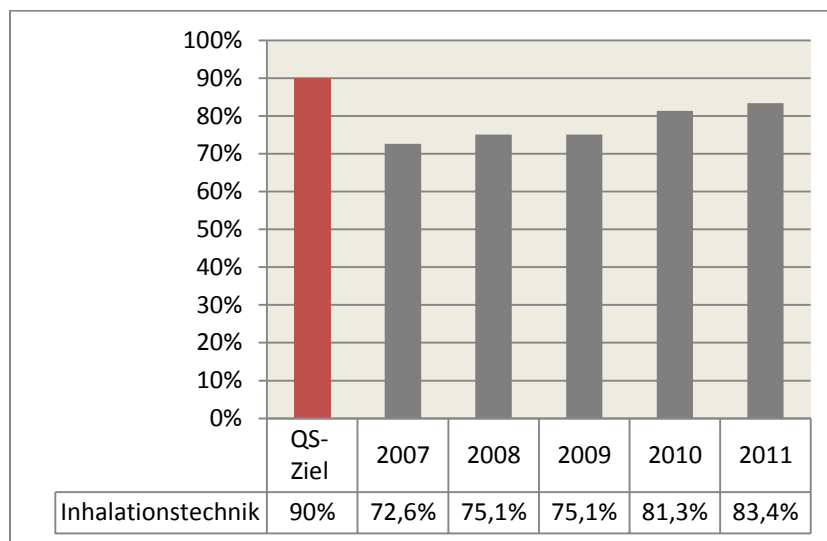
3.3 Überprüfung der Inhalationstechnik

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

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

der Patienten die Inhalationstechnik überprüft wurde.



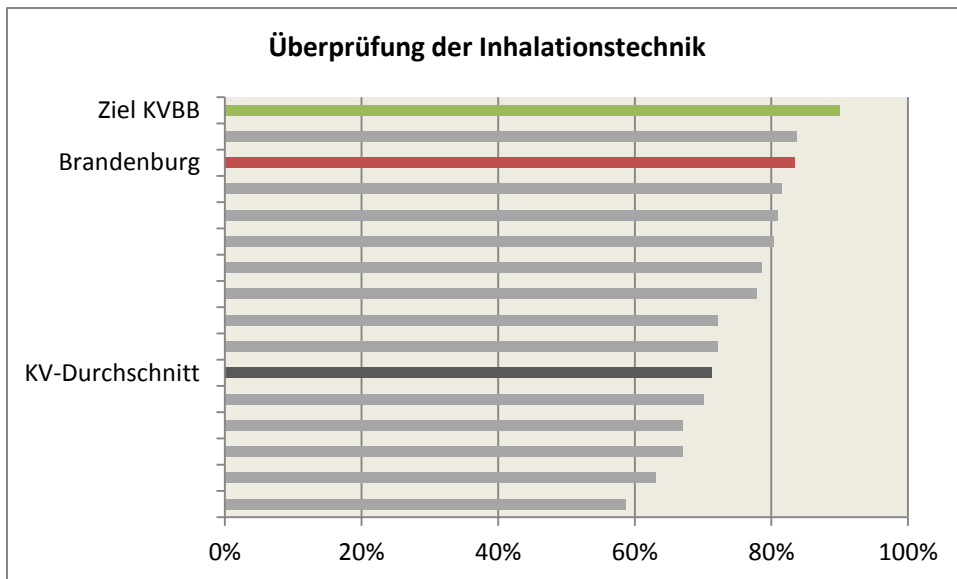
	2007	2008	2009	2010	2011
Anzahl Patienten	13.342	16.284	18.531	21.345	23.409

Von insgesamt 28.074 Patienten im Betrachtungszeitraum 2011 wurde bei über 83% aller Patienten die Inhalationstechnik überprüft.

Das Ziel von mindestens 90% der Patienten mit überprüfter Inhalationstechnik wurde nicht erfüllt. 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-Forbildungen 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.



Ein Vergleich mit 13 weiteren KVen 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 die zweithöchste Quote bei der Überprüfung der Inhalationstechnik erzielt werden konnte.

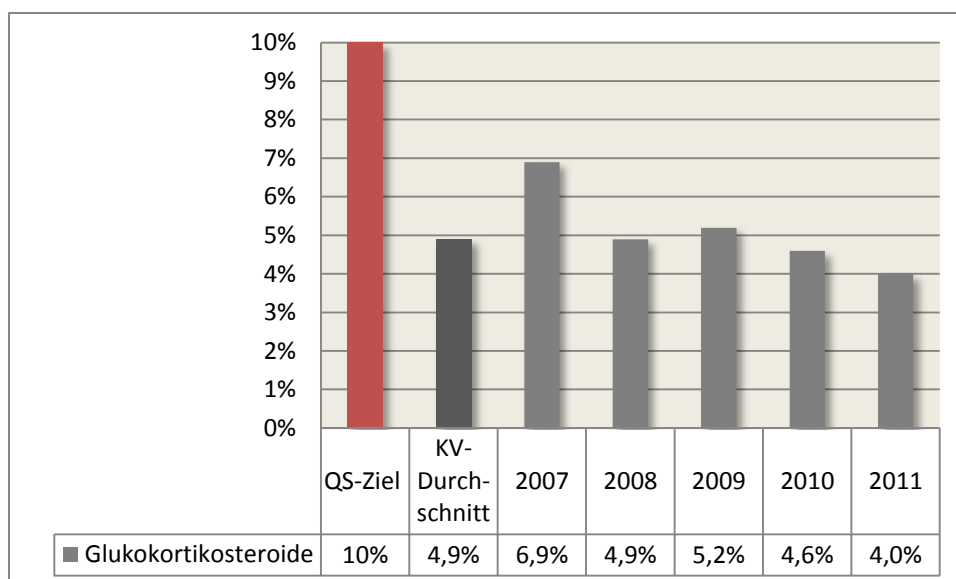
Für den im nachstehenden Diagramm gebildeten KV-Durchschnitt wurden die Ergebnisse aus dreizehn KV-Bereichen zugrunde gelegt. Die für einen Regionenvergleich zum KV-Durchschnitt ermittelten Daten der einzelnen KV-Bereiche können hinsichtlich der Anzahl der teilnehmenden KV-Bereiche schwanken. Gründe hierfür bestehen u.a. in der unterschiedlichen Darstellung von Zielergebnissen und somit fehlenden Vergleichsmöglichkeit oder dem Fehlen einzelner Datenergebnisse aus den KV-Bereichen.

3.4 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,

- im 1. Jahr weniger als 30%,
- im 2. Jahr weniger als 20%
- und ab dem 3. Jahr weniger als 10% betragen soll.



	2007	2008	2009	2010	2011
Anzahl Patienten	1.264	1.068	1.283	1.204	1.130

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.

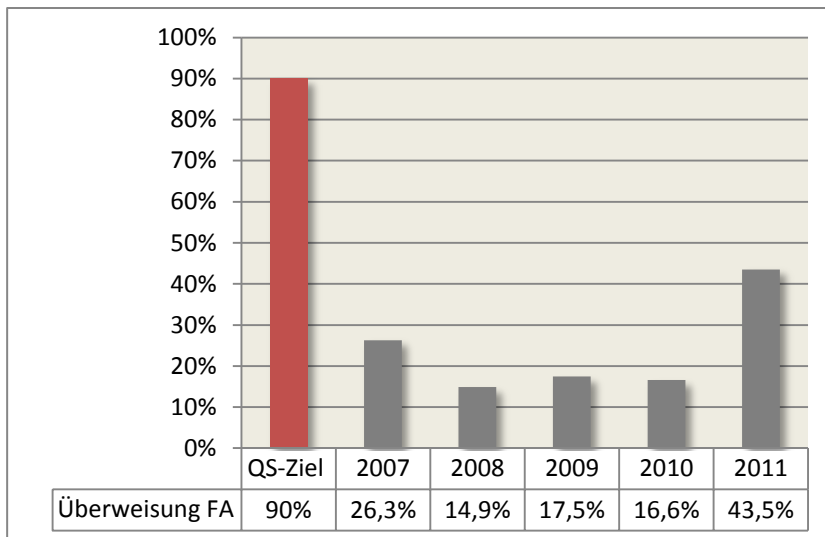
3.5 Überweisung zum FA bei Dauertherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden

Sofern eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird, ist der Patient an einen qualifizierten Facharzt zu überweisen. (Anl. 11 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 systemischen Glukokortikosteroiden an einen Facharzt überwiesen werden.

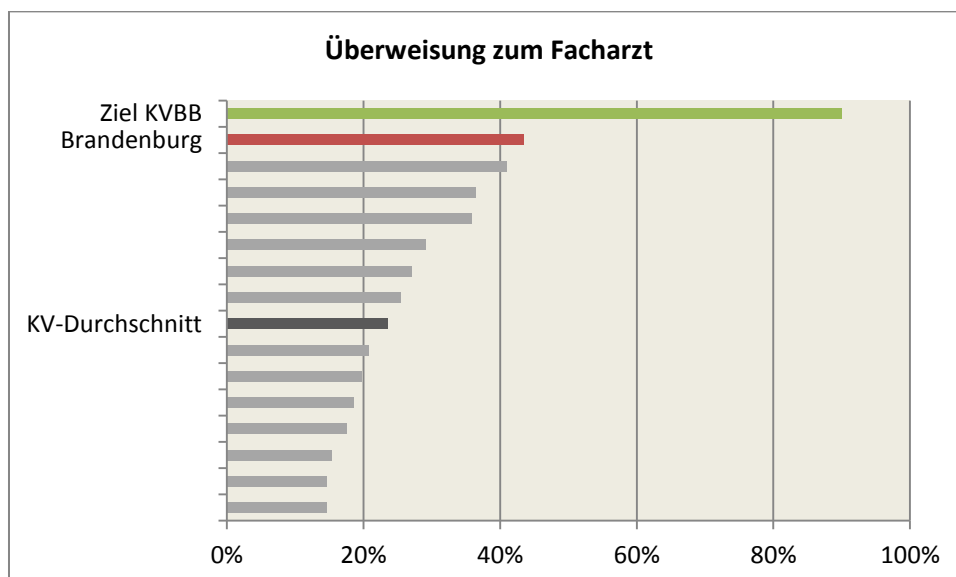


	2007	2008	2009	2010	2011
Anzahl Patienten	103	57	47	33	30

Im Jahr 2011 konnten für diese Auswertung 69 Patienten berücksichtigt werden, bei denen eine Dauermedikation mit oralen Steroiden notwendig wurde.

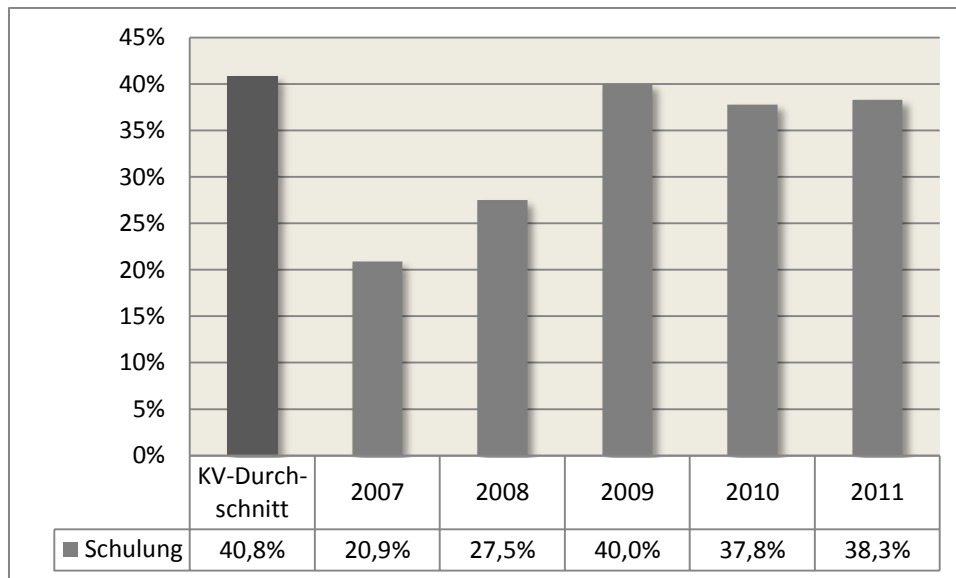
Der sich im Auswertungszeitraum 2011 darstellende Anstieg des Anteils an zu einem pneumologisch qualifizierten Arzt überwiesenen Patienten ergibt sich aus den für diese Auswertung zugrunde gelegten Hausärzten. In der Vergangenheit wurden alle Ärzte, einschließlich der pneumologisch qualifizierten Ärzte berücksichtigt. Für eine im Sinne des Qualitätszieles korrekte Ermittlung der Ergebnisse, ist eine alleinige Betrachtung der hausärztlichen Praxen erforderlich. Im Kalenderjahr 2007 wurden ca. 70% aller DMP-COPD-Patienten durch Pneumologen eingeschrieben und koordinierend betreut. Im jetzt berücksichtigten Zeitraum erfolgt die Betrachtung ausschließlich von Patienten, die von einem Hausarzt koordinierend betreut und mit systemischen Glukokortikosteroiden behandelt werden. Insgesamt wurden davon 43,5% an einen Pneumologen überwiesen. Im KV-Vergleich hat sich die KVBB mit diesem Ergebnis an die Spitze gesetzt.

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.



	2007	2008	2009	2010	2011
Patienten mit Schulung	466	1.517	2.972	2.201	2.521

Im Berichtszeitraum 2011 lag die Quote der Empfehlung einer COPD-Schulung bei rund 23% aller eingeschriebenen Patienten (6.575 Patienten von 28.074 eingeschriebenen Patienten).

Im Kalenderjahr 2009 lag die Empfehlung noch bei 30%. Es ist davon auszugehen, dass eine mögliche Ursache 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.

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

Im Land Brandenburg besitzen 161 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 zur verstärkten Inanspruchnahme führt.

4. Fazit

Die Ergebnisse des DMP COPD im Land Brandenburg zeigen, dass die vereinbarten Qualitätsziele auch im vierten 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.

Anzumerken ist hier, dass für diese beiden Parameter die Zielhöhe primär offensichtlich zu hoch formuliert wurde. Es wird vorgeschlagen die Zielhöhen zu diskutieren und ggfs. anzupassen.

Das Ziel zur Überprüfung der Inhalationstechnik hingegen konnte mit einem Anteil von 83,4% noch nicht erreicht werden.

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% 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 zu verbessern und das Überweisungsverhalten damit realistischer abzubilden.

Das QS-Ziel „Sicherstellung der Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation“ wurde erreicht.

Zur aktiven Teilnahme der Patienten „Wahrnehmung empfohlener Schulungen“ liegt die Quote der tatsächlich geschulten Patienten im Verhältnis zur Schulungsempfehlung mit 38,3% nicht im befriedigenden Bereich. Hier 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 zwar gleichbleibend, überwiegend aber mit positivem Trend darstellt. Dennoch sollten zwischen den Vertragspartnern auch zukünftig Anstrengungen unternommen werden, um die Ergebnisse weiter zu verbessern.