

2012

Qualitätsbericht

DMP Asthma



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. DMP Asthma	3
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
3. Ergebnisse zum DMP Asthma	8
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	14
3.6 Patientenschulungen	15
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 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 Folgeerkrankungen 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 diese Krankheit auslösende 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 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 Qualitätsbericht für das DMP Asthma für den Zeitraum 01.01.2012 bis 31.12.2012 vor.

2.2. Ziele des DMP Asthma

Das DMP Asthma verfolgt die Ziele:

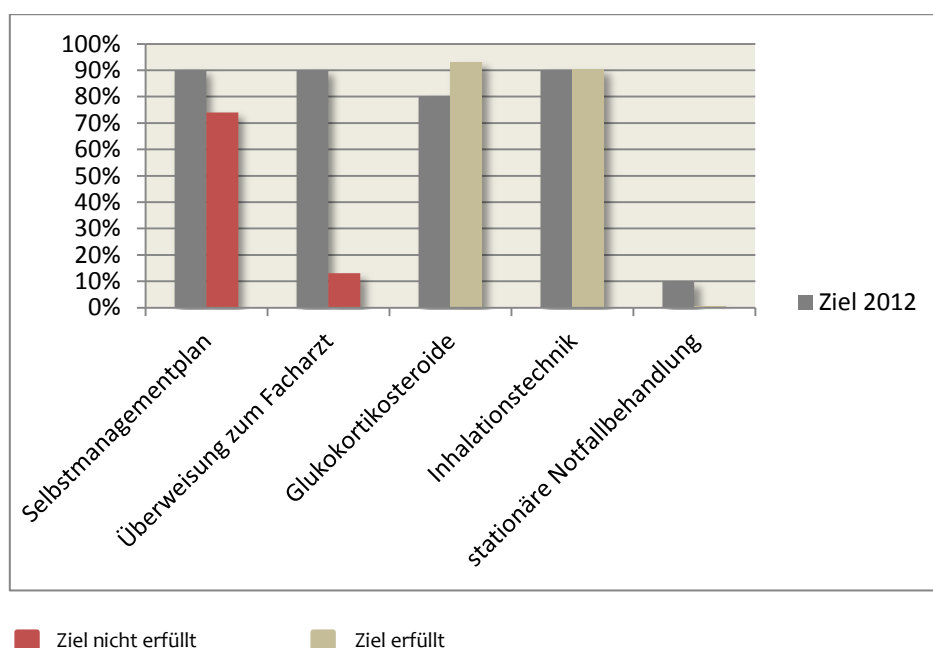
1. Vermeidung und Reduktion von
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Symptome, Asthmaanfälle/Exazerbationen)
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen 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.

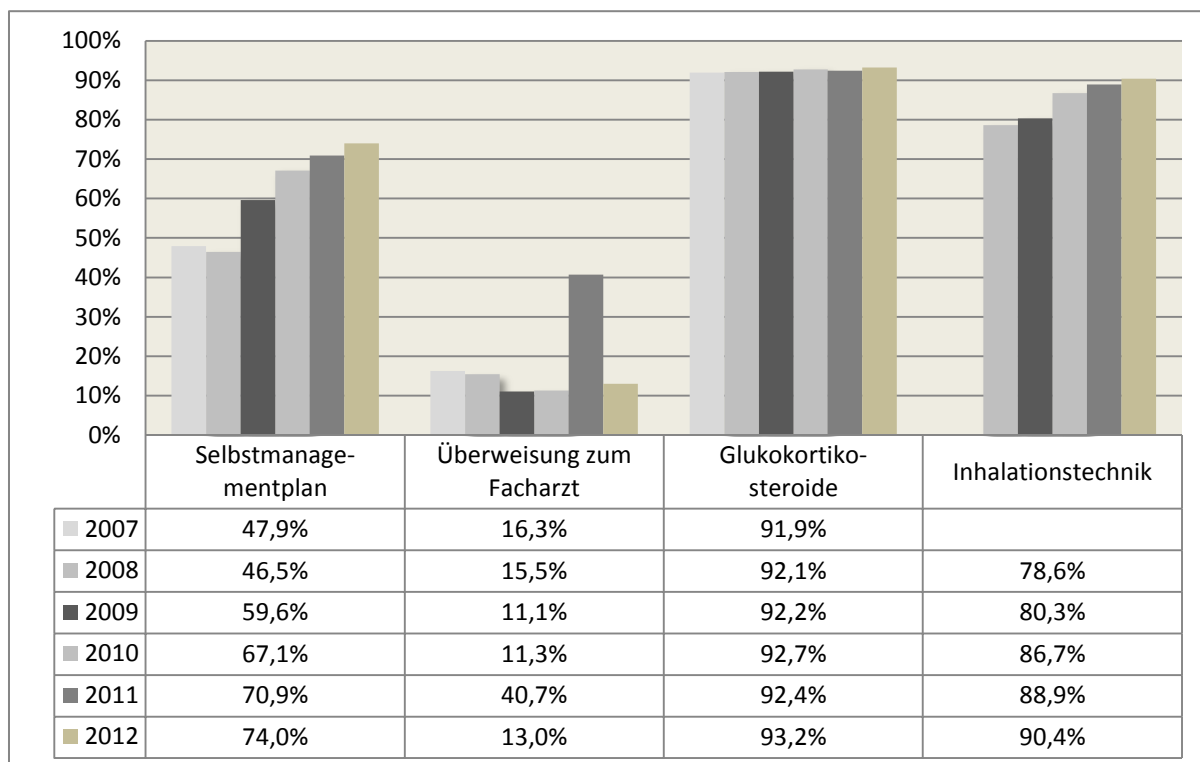
Um diese Ziele zu erreichen, wurden im Rahmen des DMP Asthma Anforderungen an die Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität definiert und in Qualitätszielen festgehalten.

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.





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.

Seit Beginn der Ergebnisauswertung der vereinbarten DMP-Ziele werden mit Ausnahme der „Überweisung zum Facharzt“ 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 12 KVen mit einem Anteil von 90,4% den Spitzenplatz einnehmen. Im Laufe der DMP-Programmlaufzeit konnte im Vergleich 2007 bis 2012 eine Erhöhung beim Einsatz des Selbstmanagementplans um 26,1% erreicht 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 ist die Anlage 10 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV).

Mit Stand 31.12.2012 waren 37.014 Patienten in das DMP Asthma eingeschrieben.

An der koordinierenden Betreuung dieser Patienten nahmen 716 Hausärzte teil. Dies entspricht einem Anteil von rund 47% der ambulant tätigen Hausärzte.

Für eine pneumologisch qualifizierte Versorgung nahmen 56 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 33.307 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation und Folgedokumentation bzw. mindestens zwei Folgedokumentationen 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 2012 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 1,9% der Dokumentationen zu früh versandt und 1,2% 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.

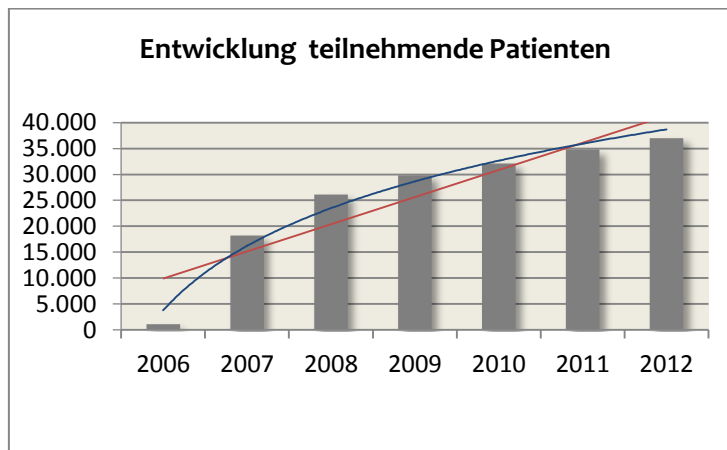
Mit der DMP-Datenstelle wurden auch vor diesem Hintergrund in der Vergangenheit bereits Maßnahmen entwickelt, um z.B. die zu frühe oder verspätete Datenübermittlung zu vermeiden. So wird dem teilnehmenden Arzt rechtzeitig innerhalb eines Quartals eine Übersicht der erwarteten und noch ausstehenden Verlaufsdokumentationen 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	2012
Anzahl Patienten	1.123	18.227	26.122	29.873	32.157	34.826	37.014

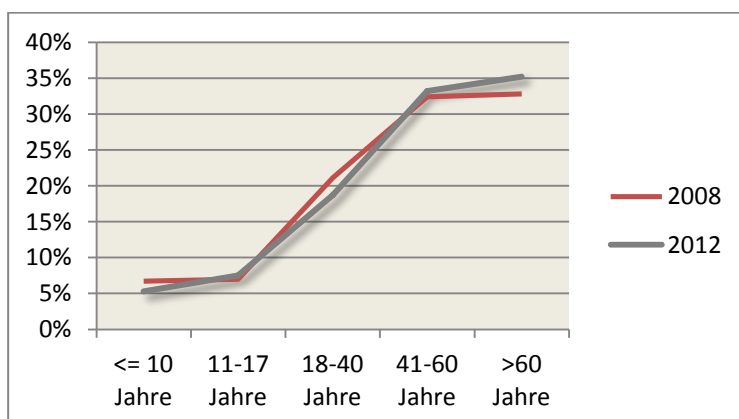
Altersverteilung

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 49,9 Jahren. Der Hauptanteil der eingeschriebenen Patienten ist älter als 60 Jahre und beträgt im Gesamtvergleich 36,5%.

Die zweitgrößte Altersgruppe stellen Patienten zwischen 41-60 Jahre (33,1%) dar.

Der Anteil der am DMP teilnehmenden Kindern und Jugendlichen bis zum 17. Lebensjahr beträgt im Vergleich zu allen DMP-Asthma Patienten 12,7%.



Patienten 2012	<=10 Jahre	11-17 Jahre	18-40 Jahre	41-60 Jahre	>60 Jahre
Anteil	4,9%	7,8%	17,7%	33,1%	36,5%
Anzahl	1.617	2.586	5.905	11.030	12.169

3. Ergebnisse zum DMP Asthma

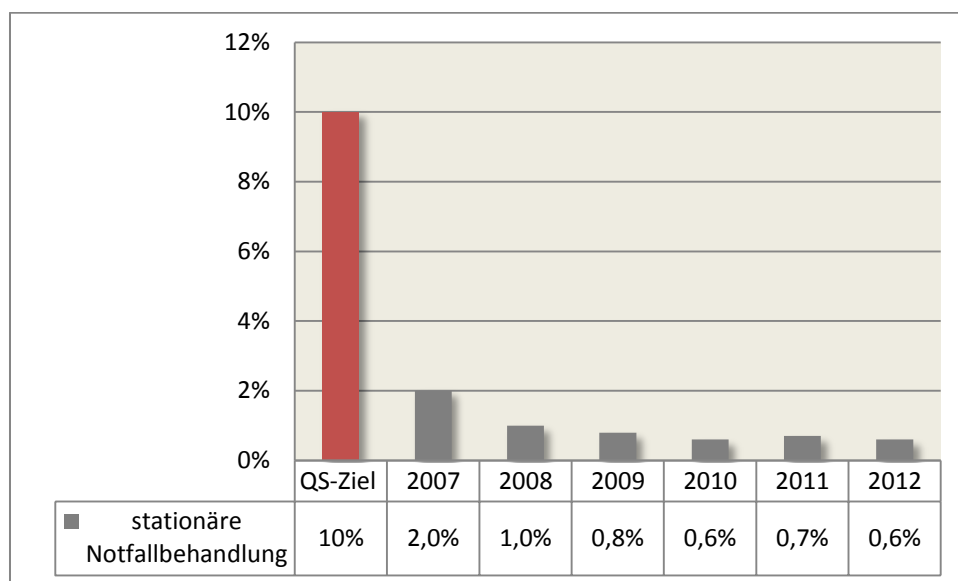
3.1 Vermeidung und Senkung stationärer notfallmäßiger Behandlungen

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.



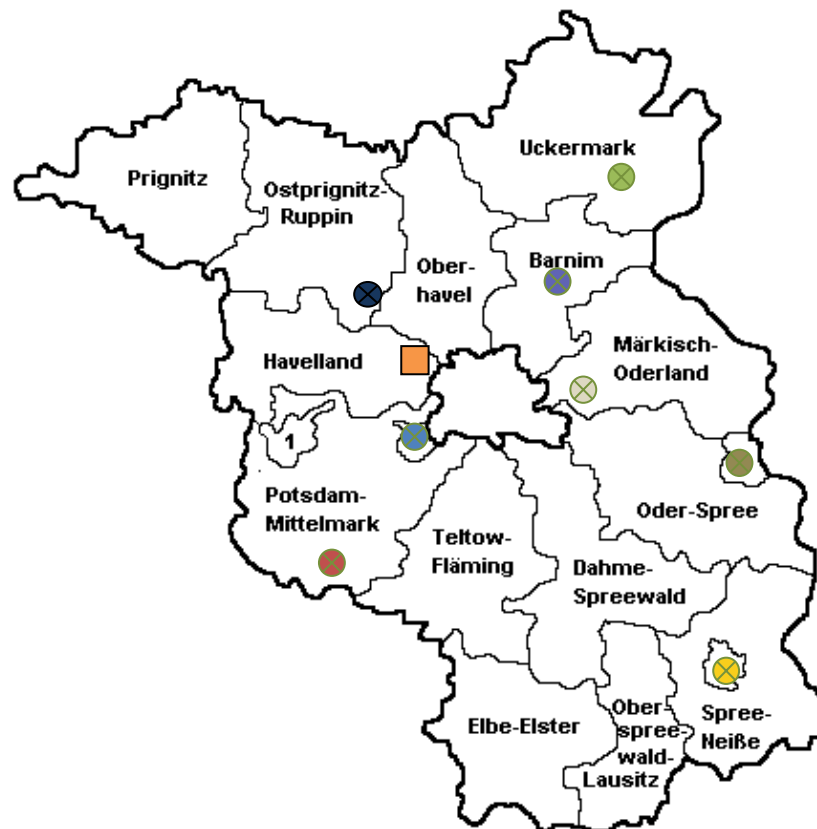
stat. Notfallbehandlung	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Patienten	368	140	179	154	180	171

Im Berichtszeitraum 2012 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 2012 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 15 KV-Bereichen sogar mit der niedrigsten Quote. In allen übrigen in den Vergleich einbezogenen KV-Bereichen liegt der Anteil stationärer Notfallbehandlungen zwischen 0,7% und 1,0%.

Das Qualitätsziel wurde erfüllt.

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



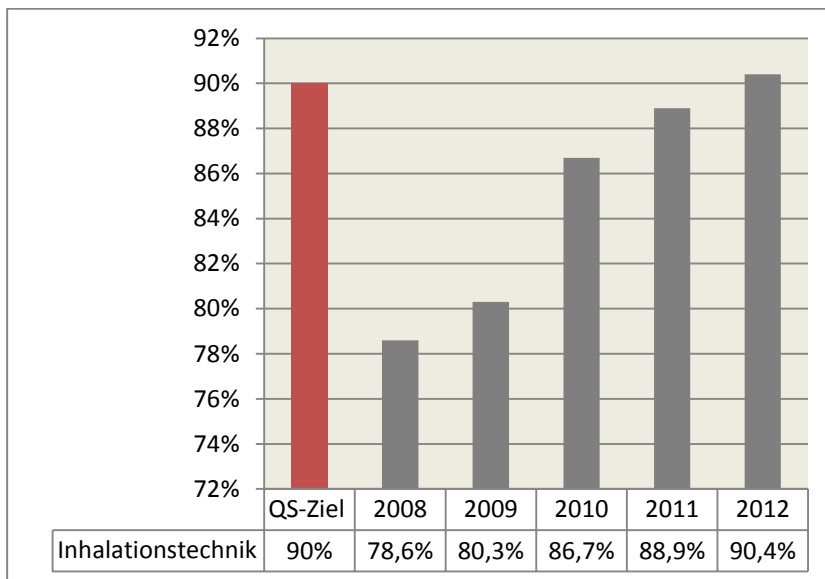
- ⊗ Ruppiner Kliniken Neuruppin
- ⊗ Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
- Johanniter Krankenhaus Treuenbrietzen
- ⊗ Med. und Soz. Zentrum Angermünde
- Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam
- ⊗ Krankenhaus Märkisch Oderland Strausberg
- Klinikum Frankfurt (Oder)
- Klinikum Barnim Eberswalde
- Rehabilitationsklinik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

3.2 Überprüfung der Inhalationstechnik

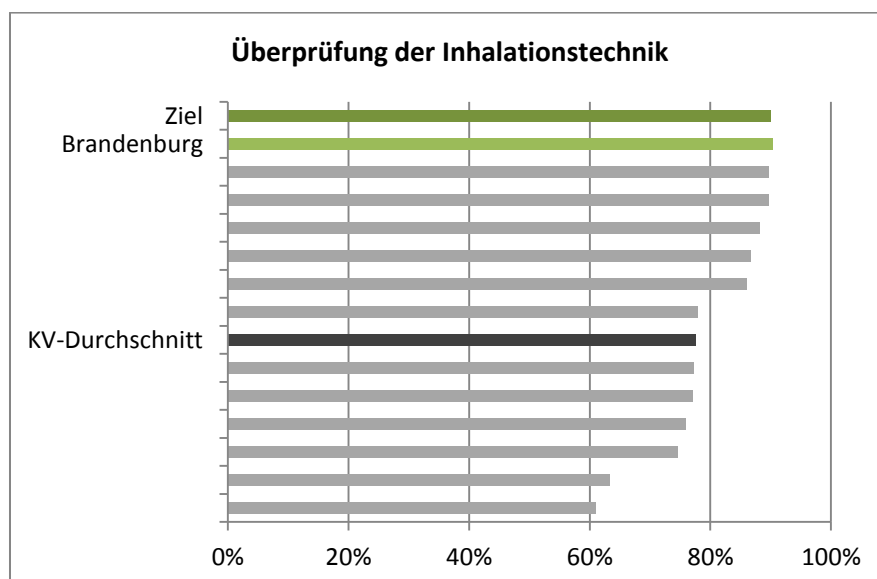
Nach einer initialen Einweisung eines Patienten in die Inhalationstechnik sollte diese innerhalb des Dokumentationszeitraumes mindestens einmal (halbjährlich) überprüft werden. Damit sollen beginnende oder bereits vorhandene falsche Handhabungen durch den Patienten vermieden werden.

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.



Patienten	2008	2009	2010	2011	2012
mit Überprüfung Inhalationstechnik	17.273	22.081	25.328	28.510	30.097
ohne Überprüfung Inhalationstechnik	4.701	5.407	3.902	3.543	3.210



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.

Erstmals konnte das Ziel der Überprüfung der Inhalationstechnik bei mindestens 90% der teilnehmenden DMP-Patienten der Zielwert erreicht werden. Bei getrennter Betrachtung konnten die Kinderärzte bei fast 93% ihrer Patienten halbjährlich die Inhalationstechnik prüfen, bei den Hausärzten konnte die Überprüfung bei 88,4% 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 zwölf weiteren KV-Bereichen zeigt auf, dass dieses Ziel lediglich im KV-Bereich Brandenburg erreicht wurde. 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.

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.

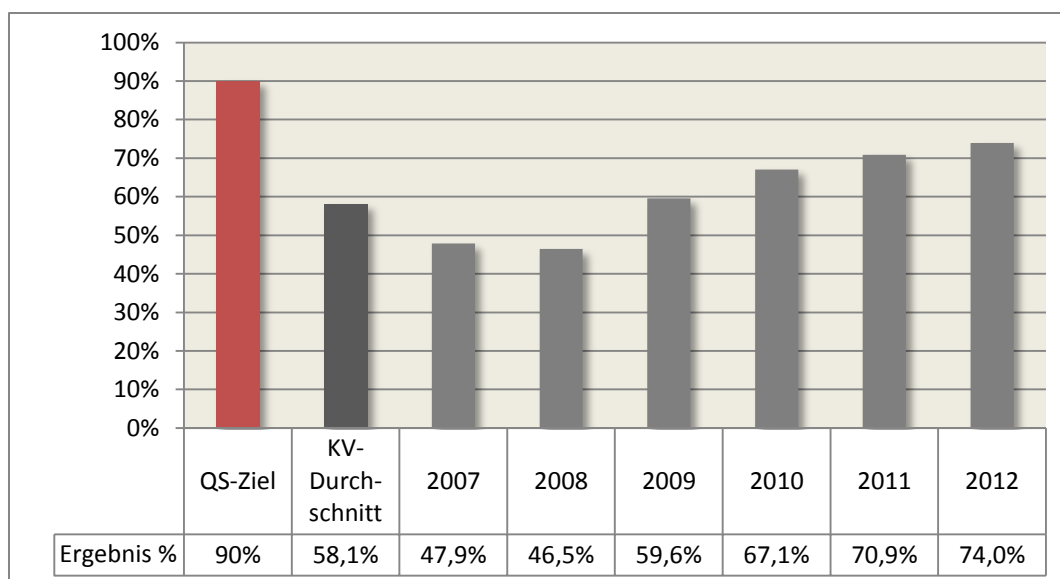
3.3 Patienten mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan

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

- 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	2012
Patienten mit Selbstmanagementplan	8.314	10.211	16.373	19.611	22.714	24.638
Patienten ohne Selbstmanagementplan	9.054	11.763	11.115	9.619	9.339	8.669

Im Auswertungszeitraum wurde bei 74% 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 26,1% erreicht werden konnte.

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. Dagegen wird in den beteiligten Kinderarztpraxen mit einem Anteil von 85% überwiegend der Selbstmanagement-Plan eingesetzt. Betrachtet man Hausarztpraxen für Erwachsene und Kinder bis zum 18. Lebensjahr getrennt, wird in ersteren bei 72,8% aller erwachsenen Patienten ein Selbstmanagement-Plan genutzt.

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 35% und dem bestem Ergebnis von 79,3%.

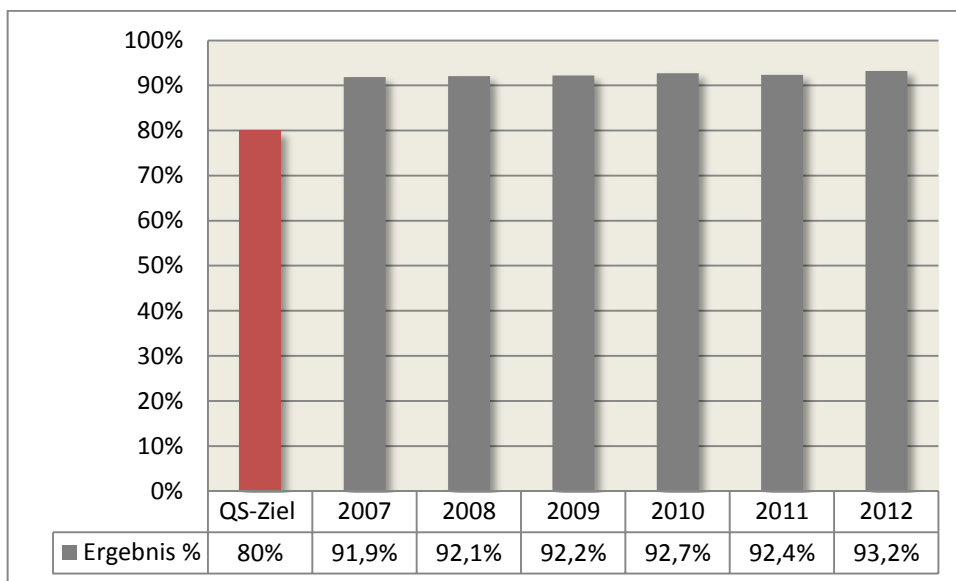
3.4 Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden

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

- 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	2012
Patienten mit inhal. Gl.-steroiden	14.184	16.641	20.883	22.202	24.257	25.201
Patienten ohne inhal. Gl.-steroiden	1.246	1.418	1.757	1.739	1.990	1.852

Bei 27.053 Asthmapatienten wurde im Auswertungszeitraum die Verordnung einer Dauermedikation mit Glukokortikosteroiden dokumentiert. Hiervon erhielten 25.201 Patienten vorrangig inhalative Glukokortikosteroide als Dauermedikation, so dass das Qualitätsziel mit einem Ergebnis von 93,2% erreicht wurde. Die Durchschnittsbetrachtung von 15 KVen weist einen Einsatz von 88,9% an inhalativen Glukokortikosteroiden auf.

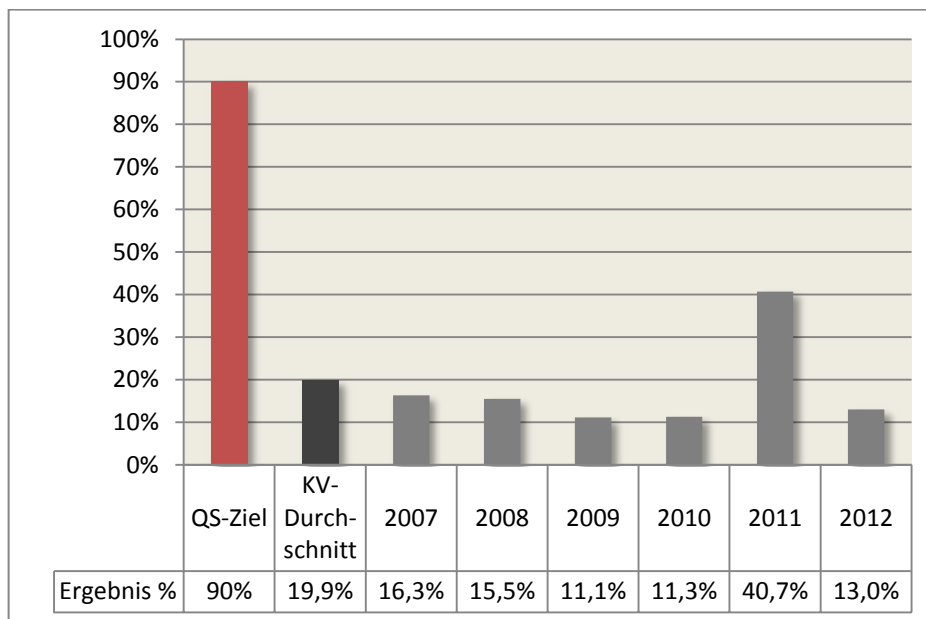
3.5 Überweisung zum Facharzt bei Beginn einer Dauertherapie mit systemischen Steroiden

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	2012
Patienten mit Überweisung	42	43	33	19	24	12
Patienten ohne Überweisung	215	234	263	149	35	80

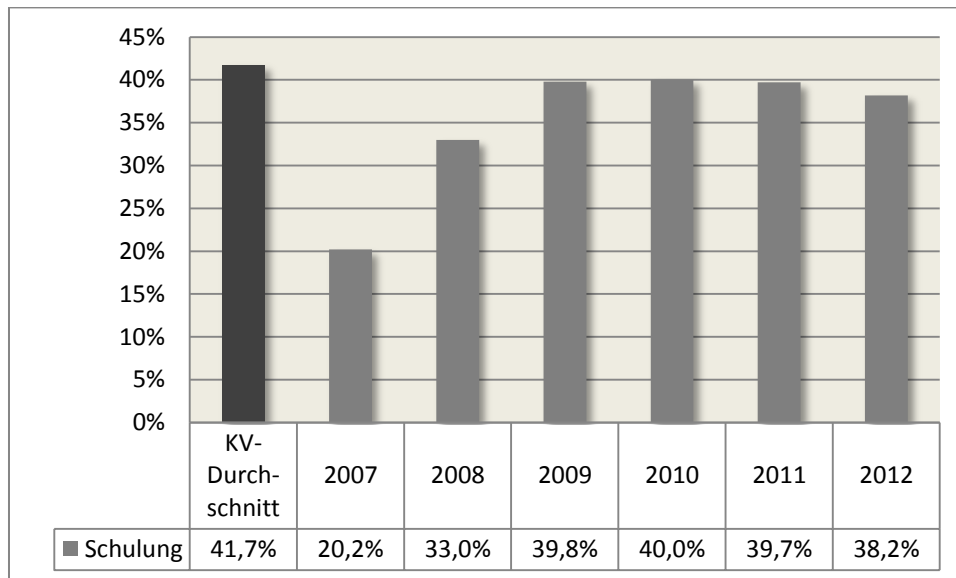
Im Auswertungszeitraum wurden 92 Patienten mit Beginn einer Dauertherapie mit systemischer Glukokortikosteroiden berücksichtigt. Davon wurden 13% an einen pneumologisch qualifizierten Facharzt überwiesen. Der Zielwert von 90% konnte damit nicht annähernd erreicht werden.

Bis zum Auswertungszeitraum 2010 wurden alle Patienten ohne Berücksichtigung der Einschreibung beim Haus- oder Facharzt ausgewertet. Seit dem 1. Halbjahr 2011 werden für die Auswertung dieses Zieles 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. Trotz ausschließlicher Betrachtung der Hausärzte auch im Auswertungszeitraum 2012 kann das Vorjahresergebnis von 40,7% nicht mehr erreicht werden. Ursächlich fallen im Dokumentationszeitraum bei lediglich zwei Hausärzten insgesamt 44 Patienten auf, welche nicht an einen Facharzt überwiesen wurden und somit den Anteil der nicht überwiesenen Patienten stark beeinflussen.

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.

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	2012
Patienten mit Schulung	491	1.929	3.448	2.942	3.334	3.475
alle Patienten mit Schulungsempfehlung	2.425	5.850	8.670	7.364	8.407	9.092

Im Berichtszeitraum 2012 lag die Empfehlungsrate zur Durchführung einer Asthma-Schulung bei rund 27% (9.092 Patienten von allen 33.307 eingeschriebenen Patienten).

Im Vergleich der Jahre 2008 bis 2012 liegt die Quote der Schulungsempfehlungen unter Berücksichtigung aller eingeschriebenen Patienten stabil zwischen 25% und 31%.

Im Auswertungszeitraum 2012 besitzen 163 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.

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.

4. Fazit

Die Ergebnisse des DMP Asthma im Land Brandenburg zeigen, dass ein wesentlicher Teil der vereinbarten Qualitätsziele auch im Jahr 2012 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 93,2% 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 74% 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.

Auch das vereinbarte Ziel **Überweisung zum Facharzt bei Beginn einer systemischen Dauertherapie** zur Einhaltung der Kooperationsregeln zwischen den Versorgungsebenen konnte nicht erreicht werden. Lediglich 13% der Patienten wurden bei Beginn einer systemischen Dauertherapie an einen pneumologisch qualifizierten Arzt überwiesen.

Das Qualitätsziel zur **Überprüfung der Inhalationstechnik** wurde erstmals seit Einführung des DMP Asthma mit 90,4% erreicht.

Die **Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentationen** konnte 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.

Auch für den Auswertungszeitraum 01.01.2012 – 31.12.2012 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.

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

Es besteht zwar eine ausreichende Anzahl schulungsberechtigter Vertragsärzte jedoch muss eingeschätzt werden, dass damit dennoch nicht von einer flächendeckenden und leistungsfähigen Versorgung ausgegangen werden kann.

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.

Mit den erreichten Ergebnissen zu den vertraglich vorgesehenen Qualitätszielen konnte mit dem vorliegenden Auswertungszeitraum 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.