

2012

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	6
2.6.1 Entwicklung der Anzahl von COPD-Patienten am DMP-Vertrag	6
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	15
4. Fazit	16

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 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 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. 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 01.01.2012 – 31.12.2012 berücksichtigt.

2.2 Ziele des DMP COPD

Das DMP COPD verfolgt die Ziele:

Vermeidung und Reduktion von

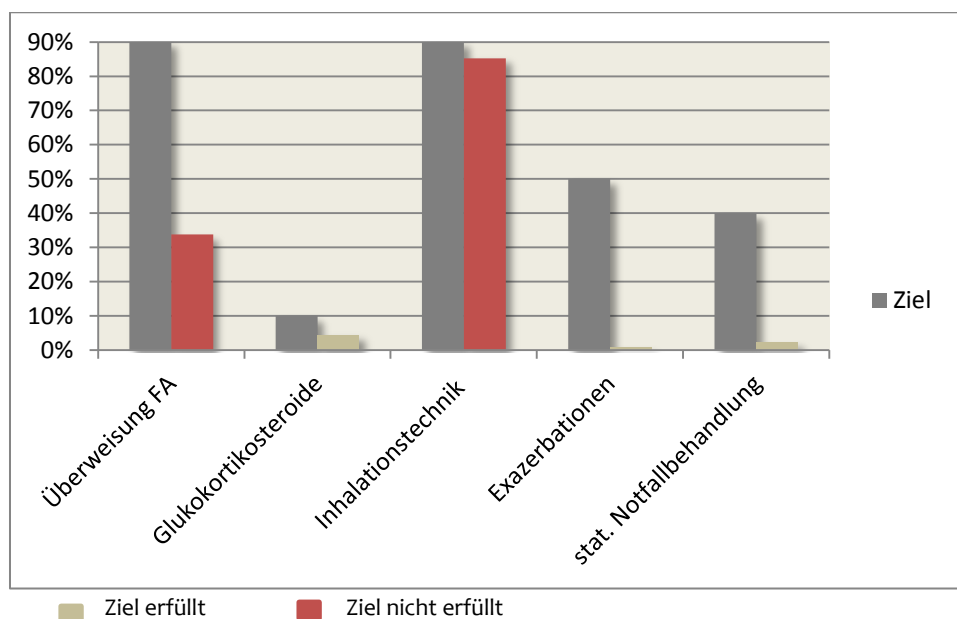
- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen)
- einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag
- und einer raschen Progredienz sowie
- Reduktion der COPD-bedingten Letalität.

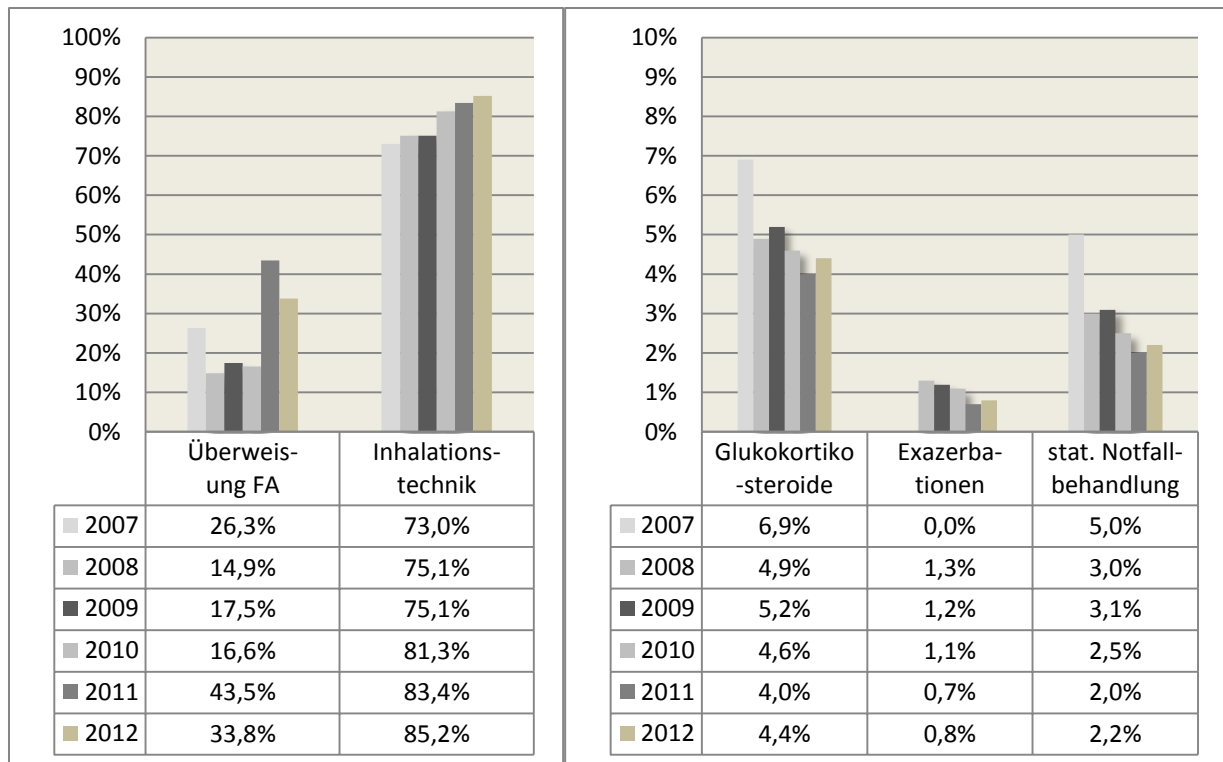
Um diese Ziele zu erreichen, wurden im Rahmen des DMP COPD Anforderungen an die Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität definiert und in Qualitätszielen festgehalten.

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.





Im Gegensatz zum Vorjahresauswertungszeitraum steigen die Ergebnisse bis auf das Ziel Überweisung zum Facharzt wieder an. Lediglich bei der 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 arzübergreifend 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 31.12.2012 waren 31.297 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 31.12.2012 nahmen 733 Hausärzte koordinierend und 42 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 28.490 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation und Folgedokumentation bzw. mindestens zwei Folgedokumentationen vorlagen.

2.5 Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation

Im Kalenderjahr 2012 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.

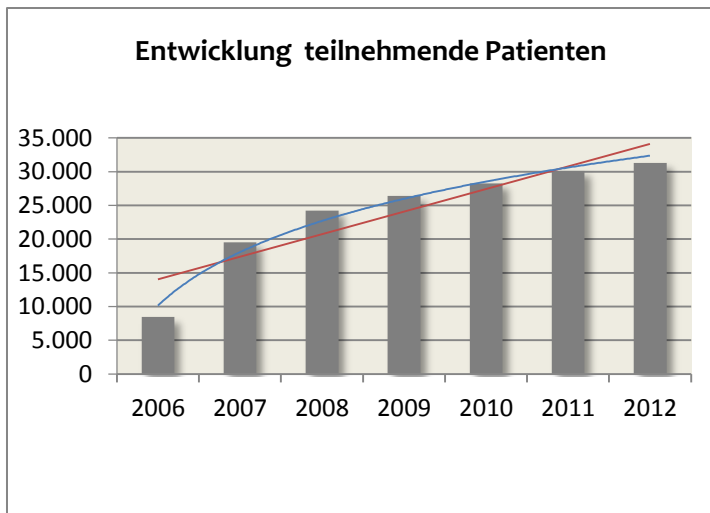
Berücksichtigt man alle an die Datenstelle übermittelten Dokumentationsdaten, wurden aus den Arztpraxen 2,6% der Dokumentationen entweder zu früh oder als bereits verfristet versandt bzw. es lagen andere Gründe (z. B. fehlende Kassenzugehörigkeit) vor, weshalb eine Verarbeitung der Dokumentationen nicht 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 Verlaufsdokumentationen für seine Patienten übersandt. Darüber hinaus kann diese Übersicht auch jederzeit individuell durch die Arztpraxis bei der DMP-Datenstelle angefordert werden.

2.6 Basisdaten

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

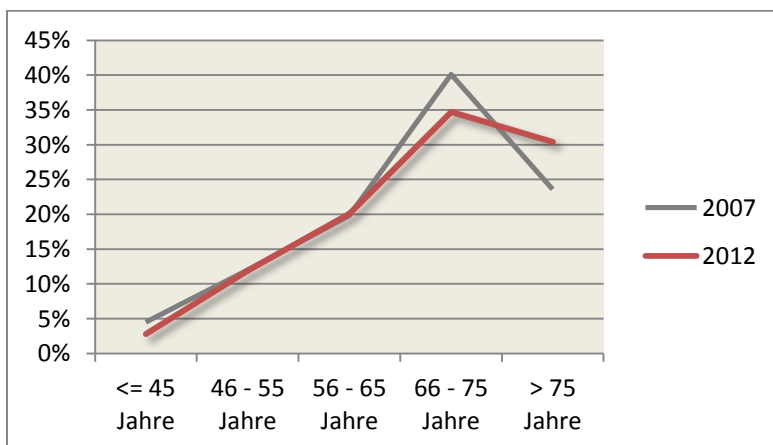
Nach der anfänglich hohen Quote an Patienten, die für das DMP COPD geworben und eingeschrieben werden konnten, weisen die letzten Jahre eine konstant sinkende Anzahl von neu in das Programm aufgenommene Patienten auf. Auch in den kommenden Jahren ist eher mit einer niedriger werden Anzahl an Neueinschreibungen zu rechnen.



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Anzahl Patienten	8.481	19.531	24.245	26.406	28.284	30.133	31.297

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 68,8 Jahren. Der Hauptanteil der eingeschriebenen Patienten ist zwischen 66 – 75 Jahre alt und beträgt im Gesamtvergleich 32,3%. Die zweitgrößte Altersgruppe stellen bereits die Patienten über 75 Jahre dar.

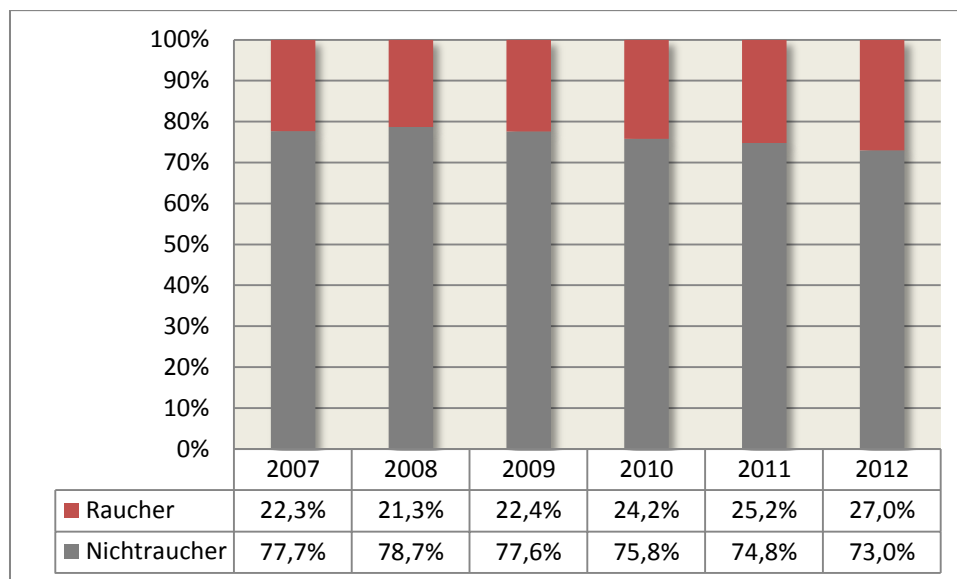


Patienten 2012	<= 45 Jahre	46 - 55 Jahre	56 - 65 Jahre	66 - 75 Jahre	> 75 Jahre
Anteil	2,5%	11,6%	22,0%	32,3%	31,7%
Anzahl	710	3.295	6.267	9.195	9.023

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	2012
Raucher	4.101	4.610	5.523	6.351	7.062	7.699
Nichtraucher	14.287	17.079	19.152	19.889	21.012	20.791

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.

Der Anstieg an Rauchern ist im Auswertungszeitraum nicht durch die neu eingeschriebenen Patienten begründet. Während der Anteil neuer DMP-Teilnehmer bei knapp 4% liegt ist der Anteil der Raucher im DMP COPD um rund 9% gestiegen. 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 15 KVen liegt der durchschnittliche Anteil von Rauchern bei 30,3%, in einer KV sogar bei 38,5%. Für den gebildeten KV-Durchschnitt wurden die Ergebnisse aus 15 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. 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.

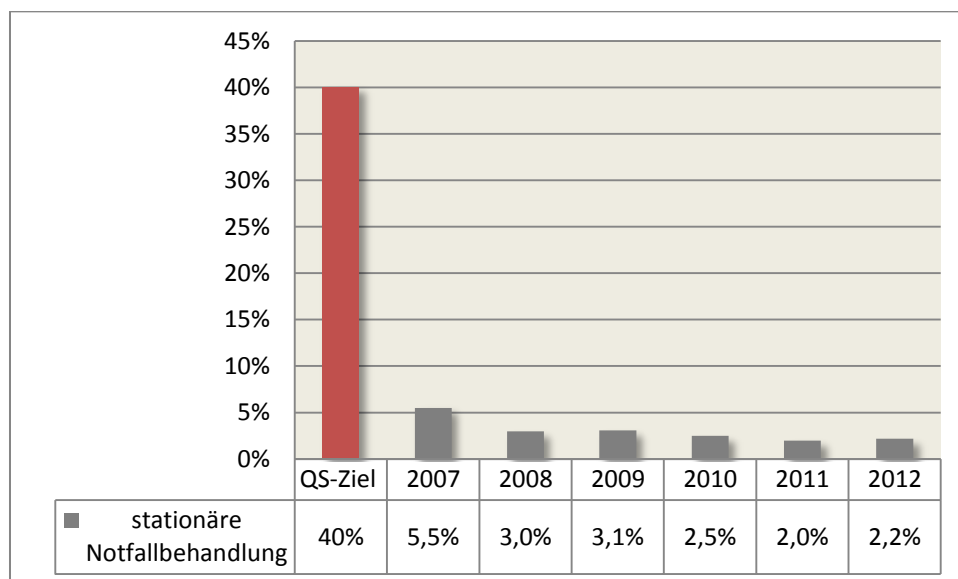
Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

- 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.

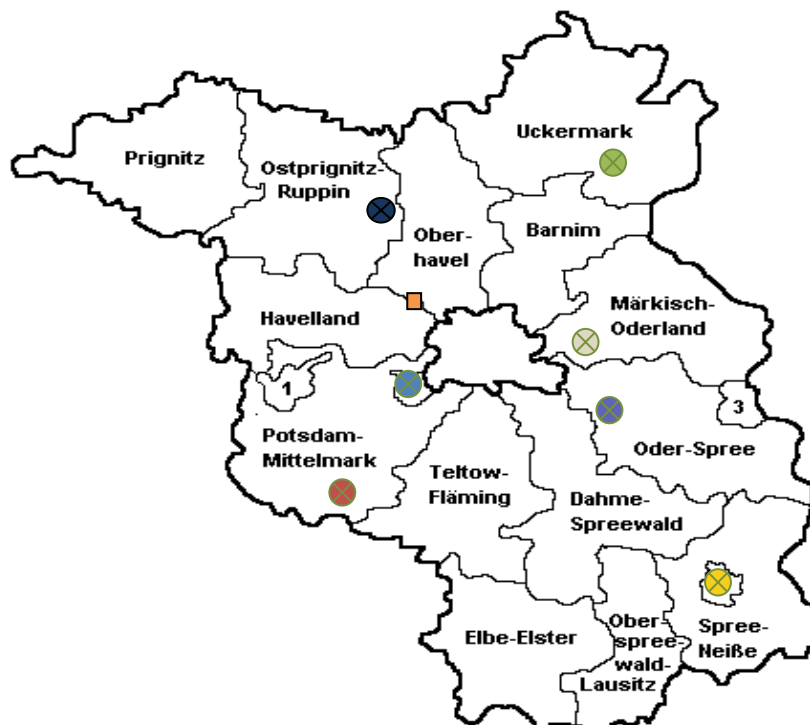
Im Berichtszeitraum benötigten rund 98% der eingeschriebenen Patienten **keine** stationäre Notfallbehandlung. Das Qualitätsziel wurde erreicht und im Jahresvergleich zeigt sich die stabile Zahl der geringen stationären Notfallbehandlungen.

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. Auch der Bundesdurchschnitt aus 15 betrachteten KVen liegt bei 2,4% Notfalleinweisungen in eine Klinik.



	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Anzahl Patienten	1.089	433	651	547	472	529

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



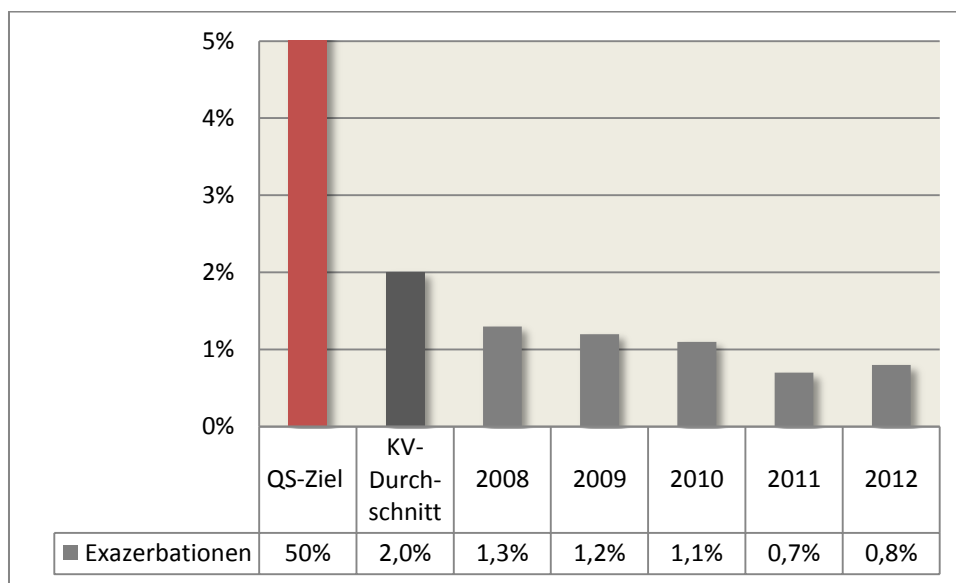
- Ruppiner Kliniken Neuruppin
- Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
- Johanniter Krankenhaus Treuenbrietzen
- Med. und Soz. Zentrum Angermünde
- Helios Klinikum Bad Saarow
- Sana-Kliniken Sommerfeld
- Krankenhaus Märkisch Oderland Strausberg

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	2012
Anzahl Patienten	190	245	234	178	202

Seit Erhebung dieser Zielauswertung 2008 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. Allerdings stellt sich die deutliche Abweichung in allen in die Auswertung einbezogenen KVen dar. Zwischen 0,7 und 3,8% der teilnehmenden Patienten haben demnach zwei oder mehr Exazerbationen innerhalb eines sechs-Monatszeitraumes.

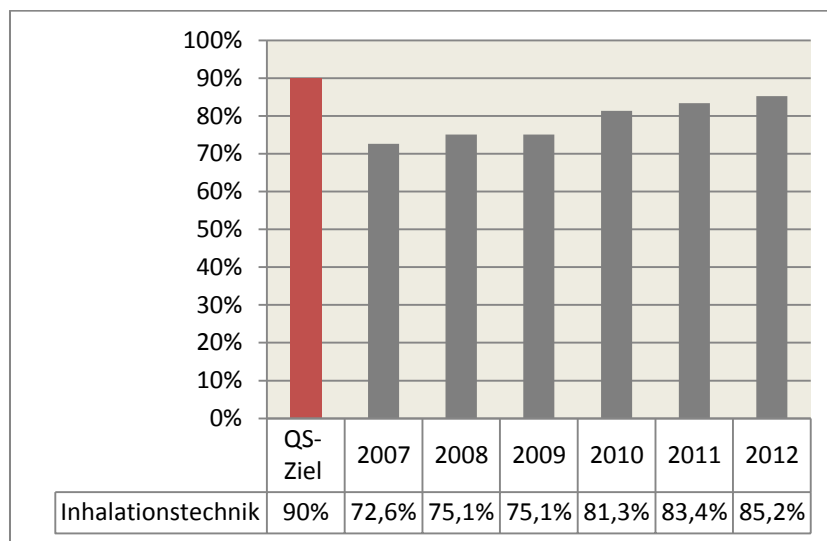
3.3 Überprüfung der Inhalationstechnik

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

- 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	2012
Anzahl Patienten	13.342	16.284	18.531	21.345	23.409	24.278

Von insgesamt 28.490 Patienten im Betrachtungszeitraum 2012 wurde bei über 85,2% aller Patienten die Inhalationstechnik überprüft. Die Ergebnisse zur Überprüfung der Inhalationstechnik unterscheiden sich im Vergleich mit den Teilnehmern beim COPD. In den hausärztlichen Praxen wurden beim DMP Asthma die Inhalationstechnik bei 88,4% der eingeschriebenen Erwachsenen überprüft, beim DMP COPD dagegen nur bei 85,2%.

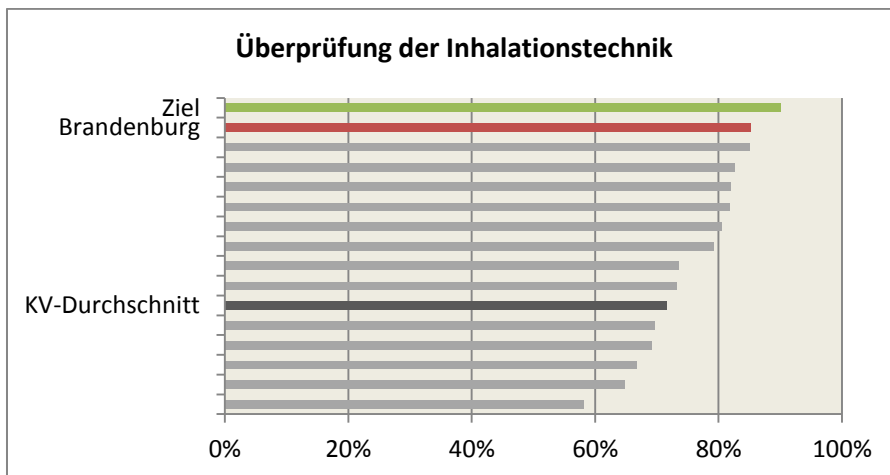
Das Ziel von mindestens 90% der Patienten mit überprüfter Inhalationstechnik wurde zwar nicht erfüllt, Brandenburg liegt jedoch an erster Stelle im Vergleich mit 13 weiteren KVen.

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-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.



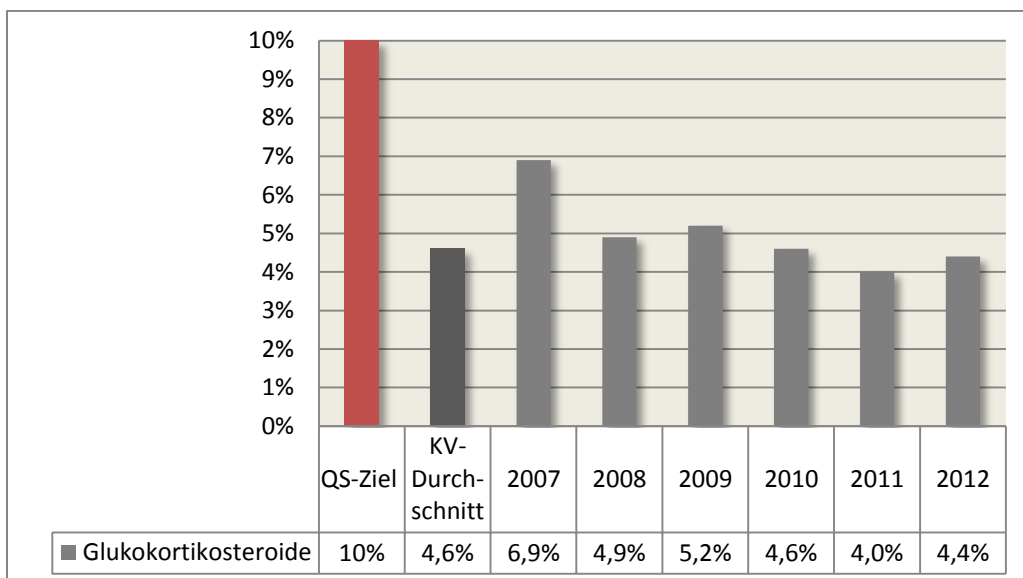
Auch in anderen KV-Bereichen konnte die hohe Zielquote von 90% nicht erreicht werden. Die Schwankungsbreite liegt bei diesem Zielergebnis zwischen 58,1% und 85,2%.

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	2012
Anzahl Patienten	1.264	1.068	1.283	1.204	1.130	1.250

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.

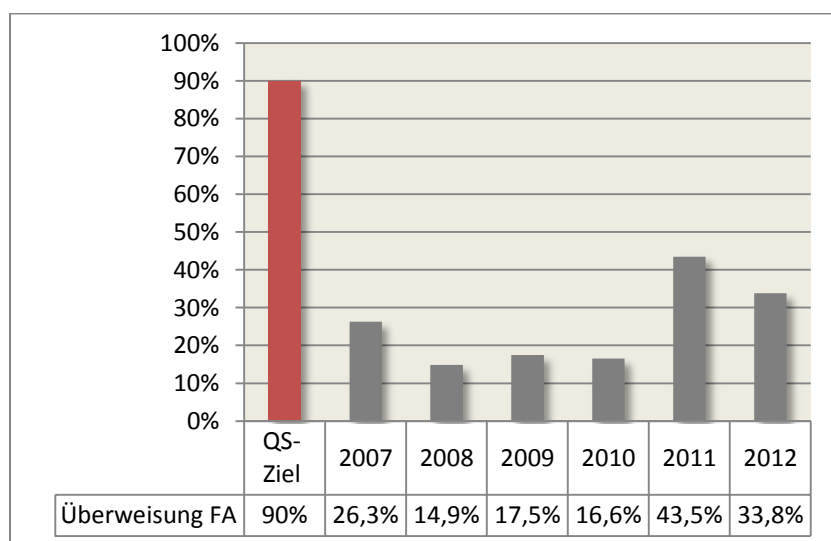
3.5 Überweisung zum Facharzt bei Dauertherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden

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



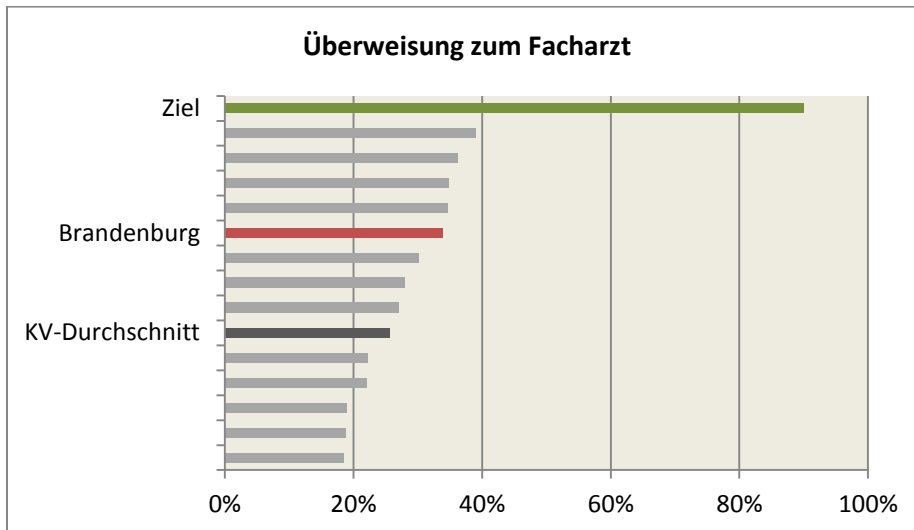
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Anzahl Patienten	103	57	47	33	30	27

Im Jahr 2012 konnten für diese Auswertung 80 Patienten berücksichtigt werden, bei denen eine Dauermedikation mit oralen Steroiden notwendig wurde.

Der sich im Auswertungszeitraum darstellende Anstieg des Anteils von an einen 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

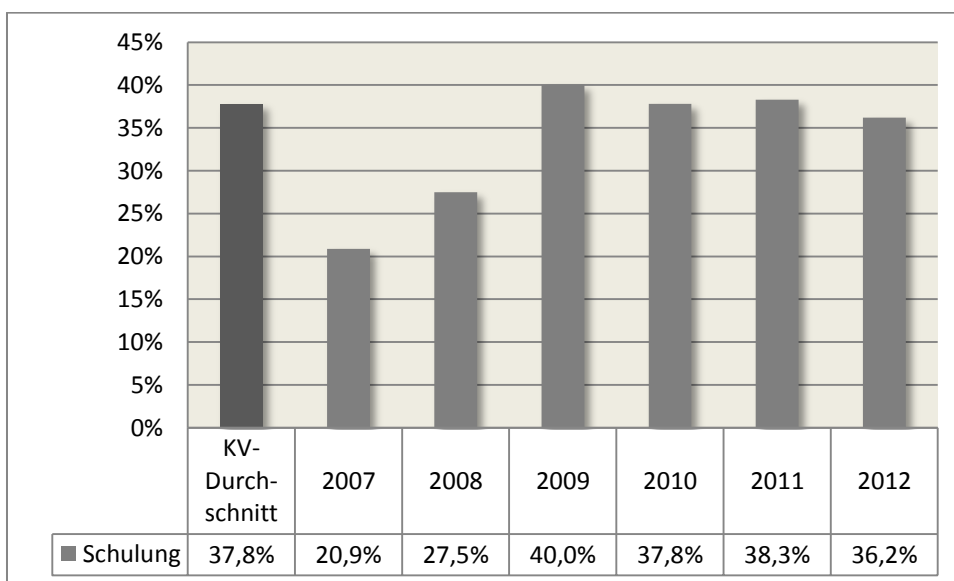
2007 wurden ca. 70% aller DMP-COPD-Patienten durch Pneumologen eingeschrieben und koordinierend betreut. Im jetzt berücksichtigten Zeitraum erfolgt die Betrachtung ausschließlich von Patienten, die von einem Hausarzt koordinierend betreut und mit systemischen Glukokortikosteroiden behandelt werden. Insgesamt wurden davon 33,8% an einen Pneumologen überwiesen. Im KV-Vergleich liegt die KVBB damit über dem Durchschnitt.

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	2012
Patienten mit Schulung	466	1.517	2.972	2.201	2.521	2.585

Im Berichtszeitraum 2012 lag die Quote der Empfehlung einer COPD-Schulung bei rund 25,1% aller eingeschriebenen Patienten (7.142 Patienten von 28.490 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 174 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 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.

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 85,2% noch nicht erreicht werden. Der Jahresvergleich zeigt aber hier, dass die Ergebnisse stetig gesteigert 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 4,4% 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 36,2% 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.