

2013

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	6
2.5 Basisdaten	6
3. Ergebnisse zum DMP Asthma	8
3.1 Vermeidung und Senkung stationärer notfallmäßiger Behandlungen	8
3.2 Überprüfung der Inhalationstechnik	9
3.3 Patienten mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan	11
3.4 Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden	13
3.5 Symptomkontrolle	14
3.6 Asthmaschulungen	14
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 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 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 Landeskrankenhausgesellschaft 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 01.01.2013 bis 31.12.2013 vor.

2.2. Ziele des DMP Asthma

Das DMP Asthma verfolgt die Ziele:

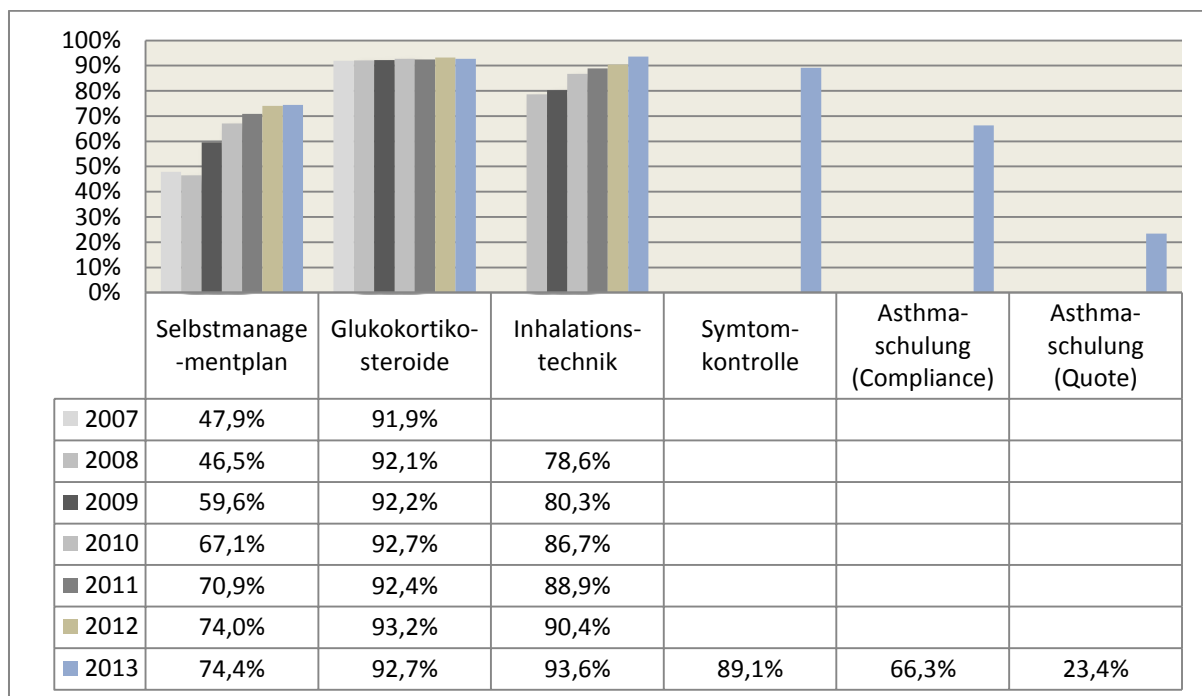
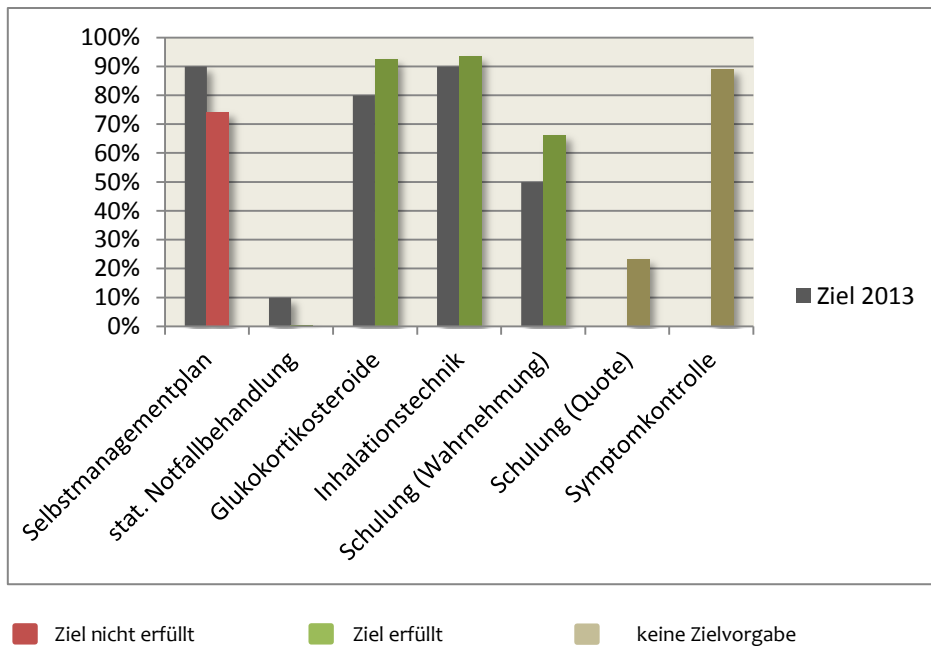
1. Vermeidung und Reduktion von
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Symptome, Asthmaanfälle/Exazerbationen)
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen 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, die Ziele Symptomkontrolle, Wahrnehmung empfohlener Asthmaschulung und Anteil Asthmaschulung erst zum 01.07.2013 im DMP Vertrag zusätzlich aufgenommen, so dass keine Angaben für die Vorjahre 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 „inhalative Glukokortikosteroide“ 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 9 KVen mit einem Anteil von 93,6% wiederholt den Spitzenplatz einnehmen. Im Laufe der DMP-Programmlaufzeit konnte im Vergleich 2007 bis 2013 eine Erhöhung beim Einsatz des Selbstmanagementplans um 26,5% 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 31.12.2013 waren 39.314 Patienten in das DMP Asthma eingeschrieben.

An der koordinierenden Betreuung dieser Patienten nahmen 753 Hausärzte teil. Dies entspricht einem Anteil von rund 50% der ambulant tätigen Hausärzte.

Für eine pneumologisch qualifizierte Versorgung nahmen 45 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.

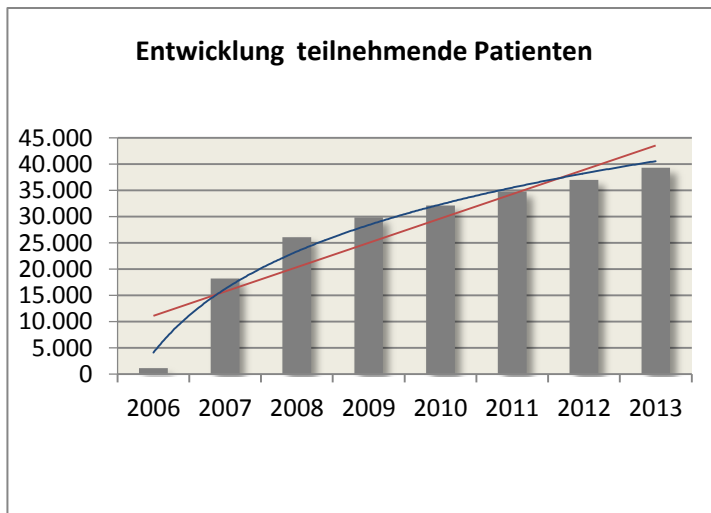
Im Gegensatz zu den anderen internistischen DMP besteht beim DMP Asthma eine Besonderheit hinsichtlich der Einschreibung von Patienten durch die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte. Ca. 70% aller am DMP Asthma teilnehmenden Patienten wurden durch die an der pneumologisch qualifizierten 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 35.789 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation und Folgedokumentation bzw. mindestens zwei Folgedokumentation vorlagen.

2.5 Basisdaten

Entwicklung der Anzahl von Asthma-Patienten am DMP-Vertrag

Inbesondere 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	2013
Anzahl Patienten	1.123	18.227	26.122	29.873	32.157	34.826	37.014	39.314

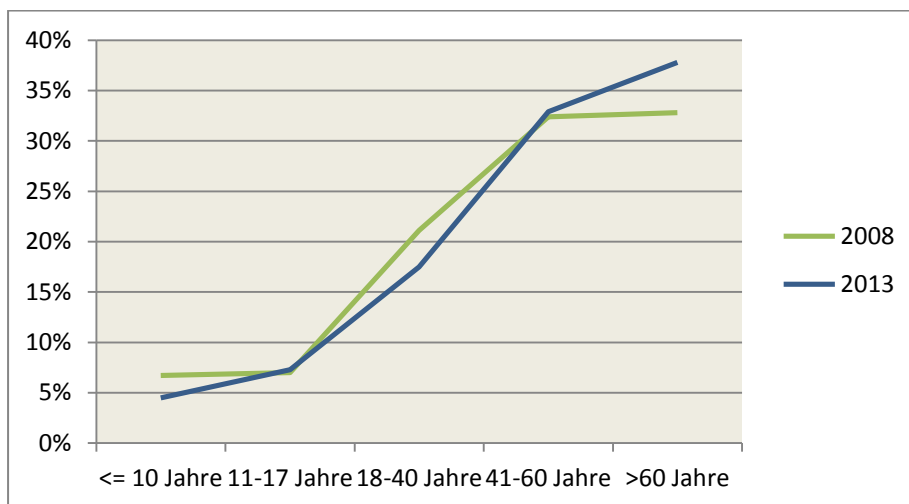
Altersverteilung

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 50 Jahren. Der Hauptanteil der eingeschriebenen Patienten ist älter als 60 Jahre und beträgt im Gesamtvergleich 37,8%.

Die zweitgrößte Altersgruppe stellen Patienten zwischen 41-60 Jahre (32,9%) dar.

Der Anteil der am DMP teilnehmenden Kindern und Jugendlichen bis zum 17. Lebensjahr beträgt im Vergleich zu allen DMP-Asthma Patienten 11,8%.



Patienten 2013	<=10 Jahre	11-17 Jahre	18-40 Jahre	41-60 Jahre	>60 Jahre
Anteil	4,5%	7,3%	17,5%	32,9%	37,8%
Anzahl	1.610	2.611	6.277	11.769	13.522

3. Ergebnisse zum DMP Asthma

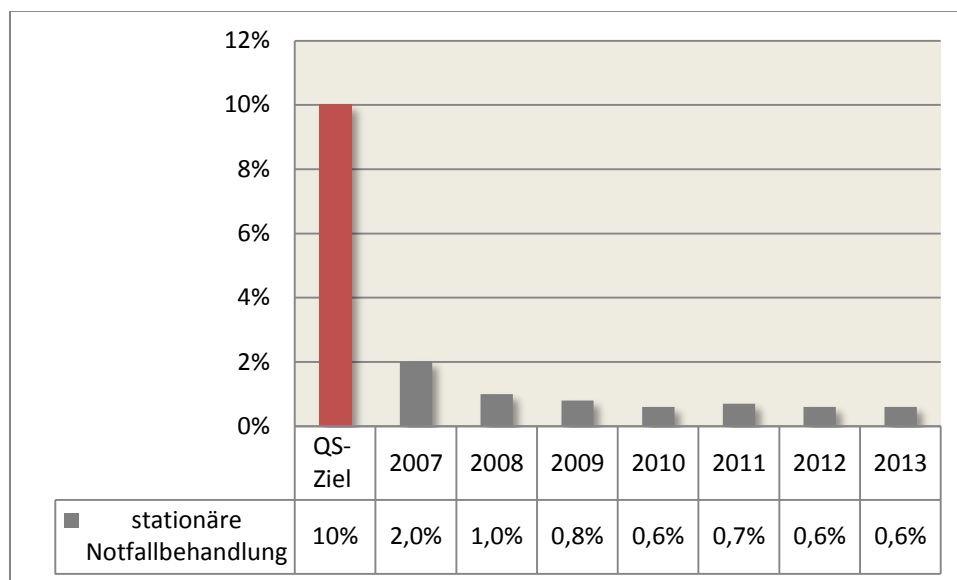
3.1 Vermeidung und Senkung stationärer notfallmäßiger Behandlungen

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.



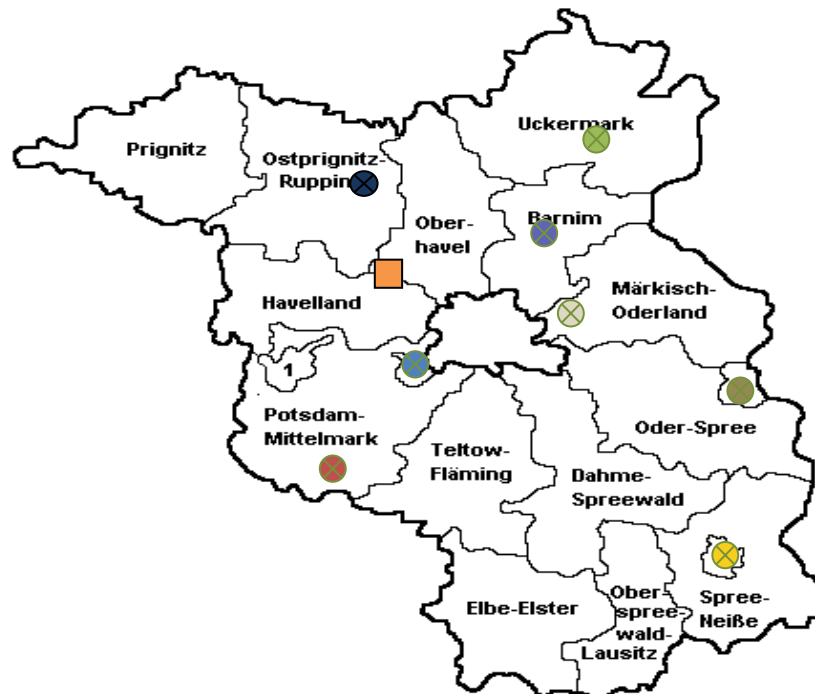
stat. Notfallbehandlung	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Patienten	368	140	179	154	180	171	183

Im Berichtszeitraum 2013 benötigten wiederholt 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 2013 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 zweitniedrigsten Quote. In allen übrigen in den Vergleich einbezogenen KV-Bereichen liegt der Anteil stationärer Notfallbehandlungen zwischen 0,5% und 1,0%.

Das Qualitätsziel wurde erfüllt.

Die Verteilung der am DMP-Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser weist eine gute Erreichbarkeit für die betroffenen Patienten auf. Folgende Krankenhäuser bzw. Kliniken sowie eine Rehabilitationsklinik nehmen am DMP Asthma teil:



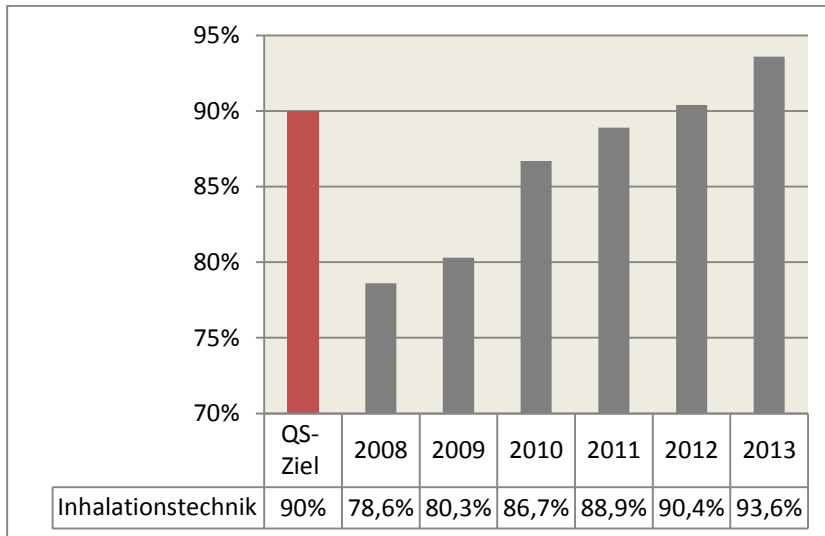
- Ruppiner Kliniken Neuruppin
- ⊗ Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
- Johanniter Krankenhaus Treuenbrietzen
- ⊗ Med. und Soz. Zentrum Angermünde
- Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam
- ⊗ Krankenhaus Märkisch Oderland Strausberg
- Klinikum Frankfurt (Oder)
- Klinikum Barnim Eberswalde
- Rehabilitationsklinik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

3.2 Überprüfung der Inhalationstechnik

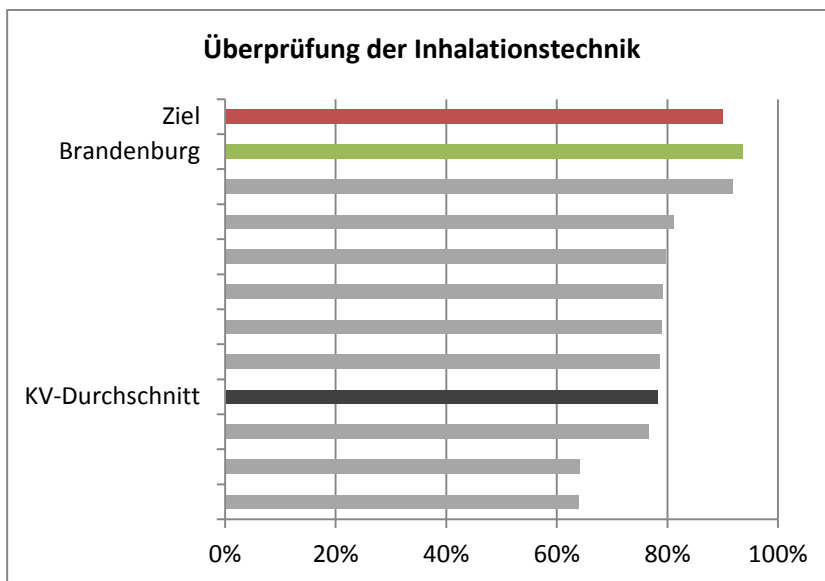
Nach einer initialen Einweisung eines Patienten in die Inhalationstechnik sollte diese innerhalb des Dokumentationszeitraumes mindestens einmal (halbjährlich) überprüft werden. Damit sollen beginnende oder bereits vorhandene falsche Handhabungen durch den Patienten vermieden werden.

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	2013
mit Überprüfung Inhalationstechnik	17.273	22.081	25.328	28.510	30.097	32.745
ohne Überprüfung Inhalationstechnik	4.701	5.407	3.902	3.543	3.210	2.241



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 im Kalenderjahr 2013 konnte das Ziel der Überprüfung der Inhalationstechnik bei mindestens 90% der teilnehmenden DMP-Patienten erreicht und nochmals stark gesteigert werden. Berücksichtigt man zudem eine Neueinschreibung von 2.300 Patienten in das DMP Asthma im Kalenderjahr 2013, stellt sich eine deutliche Erhöhung von Überprüfungen dar.

Bei getrennter Betrachtung konnten die Kinderärzte bei 94,9% ihrer Patienten halbjährlich die Inhalationstechnik prüfen, bei den Hausärzten konnte eine Überprüfung bei 93,5% der Patienten 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 neun weiteren KV-Bereichen zeigt auf, dass dieses Ziel lediglich in zwei KV-Bereichen erreicht werden konnte.

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

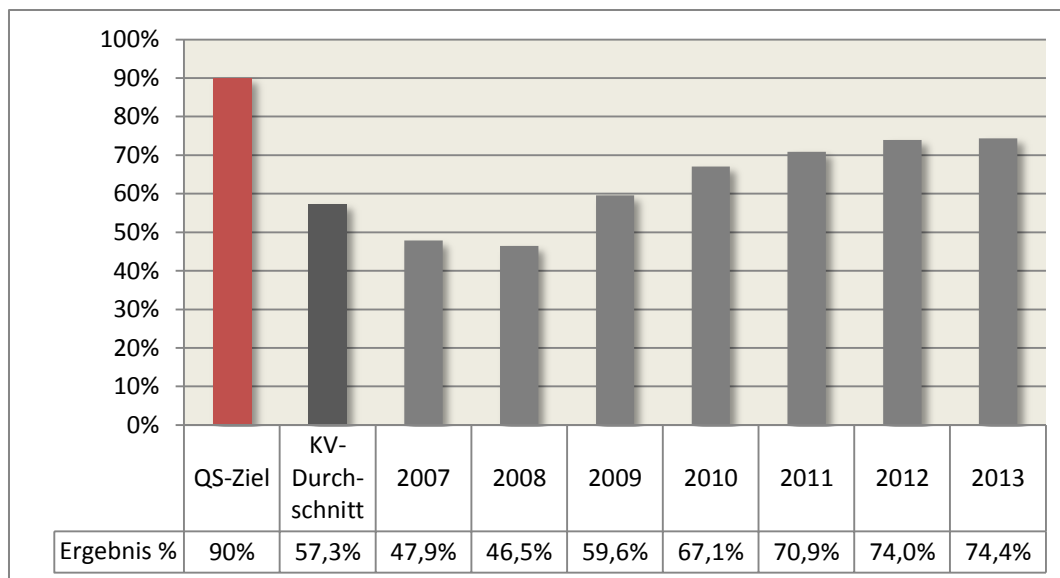
3.3 Patienten mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan

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	2013
Patienten mit Selbstmanagementplan	8.314	10.211	16.373	19.611	22.714	24.638	24.217
Patienten ohne Selbstmanagementplan	9.054	11.763	11.115	9.619	9.339	8.669	8.329

Im Auswertungszeitraum wurde bei 74,4% 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 26,5% 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 86,1% überwiegend der Selbstmanagement-Plan eingesetzt. Betrachtet man Hausarztpraxen für Erwachsene und Kinder bis zum 18. Lebensjahr getrennt, wird in diesen bei 73,2% 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 dreizehn ausgewerteten KV-Bereichen. Das erreichte Ergebnis schwankt hier zwischen 34% und dem bestem Ergebnis von 80,4%.

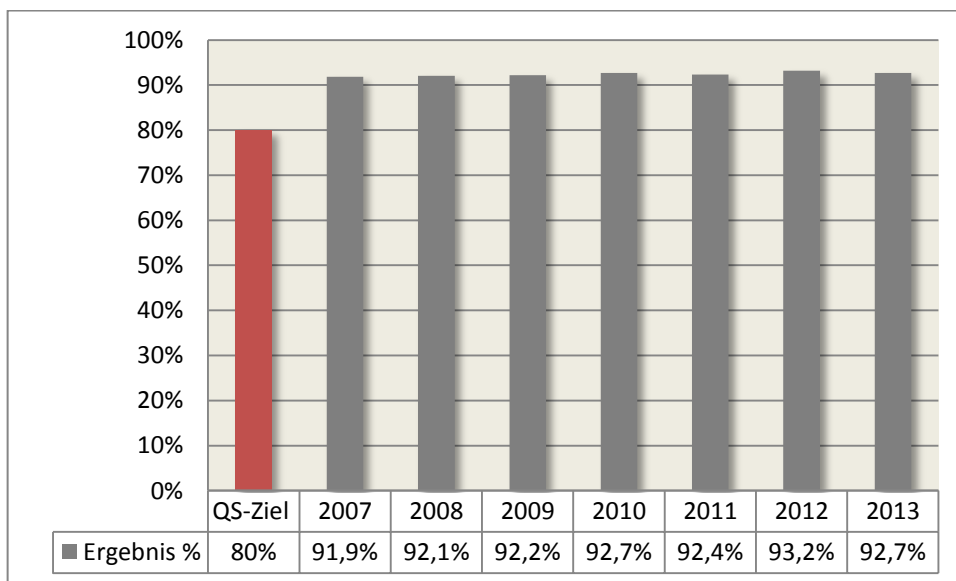
3.4 Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden

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.



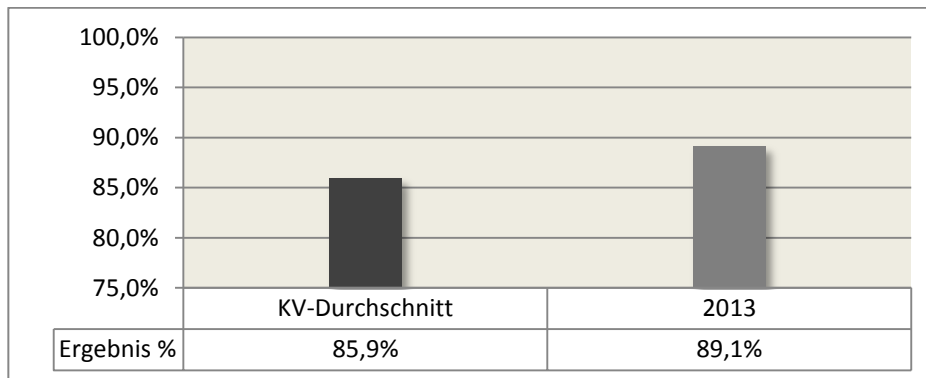
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Patienten mit inhal. Gl.-steroiden	14.184	16.641	20.883	22.202	24.257	25.201	27.239
Patienten ohne inhal. Gl.-steroiden	1.246	1.418	1.757	1.739	1.990	1.852	2.141

Bei 29.380 Asthmapatienten wurde im Auswertungszeitraum die Verordnung einer Dauermedikation mit Glukokortikosteroiden (ohne Kontraindikation) dokumentiert. Hiervon erhielten 27.239 Patienten inhalative Glukokortikosteroide als Dauermedikation, so dass das Qualitätsziel mit einem Ergebnis von 92,7% erreicht wurde. Die Durchschnittsbetrachtung von 15 KVen weist einen Einsatz von 89,2% an inhalativen Glukokortikosteroiden auf.

3.5 Symptomkontrolle

Für eine Verbesserung der Lebensqualität ist eine Vermeidung von asthmaspezifischen Symptomen anzustreben. Eine gute Symptomkontrolle besteht dann, wenn bei einem Patient im Dokumentationszeitraum keine stationäre Notfallbehandlung erforderlich war und maximal zwei Mal wöchentlich Asthma-Symptome aufgetreten sind.

Die Steigerung des Anteils der Patienten mit guter Symptomkontrolle wurde hier als Qualitätsziel vereinbart. Ein konkreter Zielwert wurde hierzu nicht festgelegt.



Im Auswertungszeitraum wurden 35.789 Patienten betrachtet.

Bei insgesamt 31.892 Patienten wurden keine stationären Notfallbehandlungen und maximal zwei Asthmasymptome innerhalb einer Woche dokumentiert. Das entspricht einem Anteil von 89,1%.

Die Schwankungsbreite im Vergleich zwischen 14 KVen liegt von 77,1% bis 92,3%, wobei die KVBB den zweithöchsten Anteil erreicht.

Mit deutlichen Unterschieden stellt sich das Ergebnis in der Betrachtung von Hausärzten und Kinderärzten dar. So konnten Hausärzte bei 91,5% ihrer Patienten eine gute Symptomkontrolle erreichen, bei den Kinderärzten lag der Anteil der Kinder lediglich bei 65,8%.

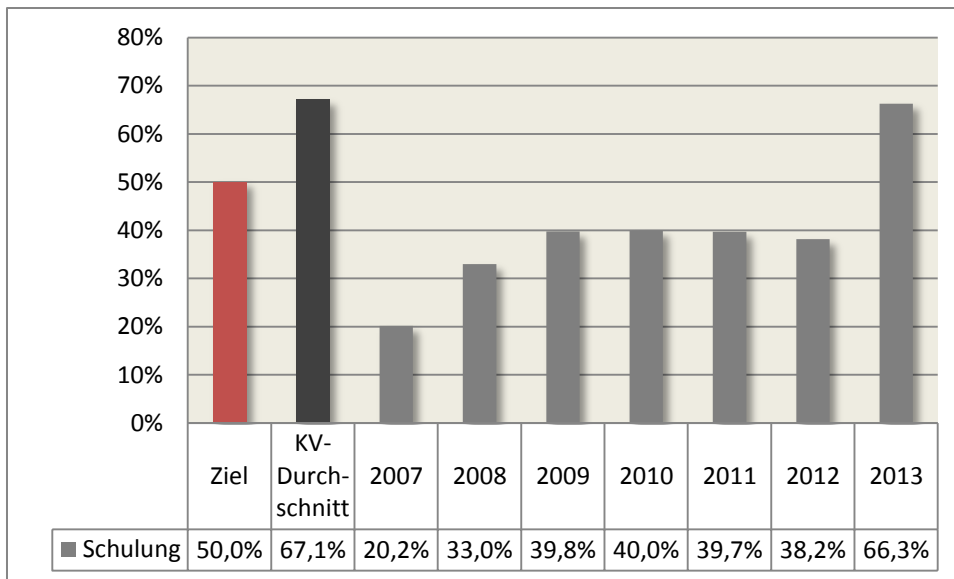
3.6 Asthaschulungen

3.6.1 Wahrnehmung von Schulungen

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 Änderung des DMP Vertrages Asthma zum 01.07.2013 wurde als Qualitätsziel vereinbart, dass **mindestens 50% aller Patienten** mit einer Empfehlung zur Schulung diese wahrnehmen.

Grundlage der Auswertung bilden alle Patienten, denen eine Asthaschulung durch ihren koordinierenden Arzt innerhalb der letzten vier Quartale empfohlen wurde. Betrachtet wird der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Schulung wahrgenommen haben.



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Patienten mit Schulung	491	1.929	3.448	2.942	3.334	3.475	3.800
alle Patienten mit Schulungsempfehlung	2.425	5.850	8.670	7.364	8.407	9.092	5.732

Im Berichtszeitraum 2013 ist die Anzahl an Patienten mit einer Empfehlung zur Durchführung einer Asthma-Schulung fast halbiert worden. Gründe können hier zum einen in der gezielteren Eruiierung von Patienten mit einem Schulungsbedarf, als auch die ersten Wirkungen einer gewissen Durchschulung der Patienten sein.

Die Empfehlungsrate lag lediglich noch bei 16% (5.732 Patienten von allen 35.789 eingeschriebenen Patienten). Im Vergleich der Jahre 2008 bis 2012 lag die Quote der Schulungsempfehlungen unter Berücksichtigung aller eingeschriebenen Patienten stabil zwischen 25% und 31%.

Somit konnte erstmals seit Auswertung dieses Zieles die vorgegebene Quote von 50% durchgeführter Asthma-Schulungen im KV-Bereich Brandenburg erreicht werden.

Die von Kinderärzten empfohlenen Asthaschulungen wurden mit einem Anteil von 72,6% deutlich höher wahrgenommen. Erwachsene Asthmatiker haben im Gegensatz hierzu lediglich mit einem Anteil von 65,4% die ihnen empfohlenen Schulungen auch durchgeführt.

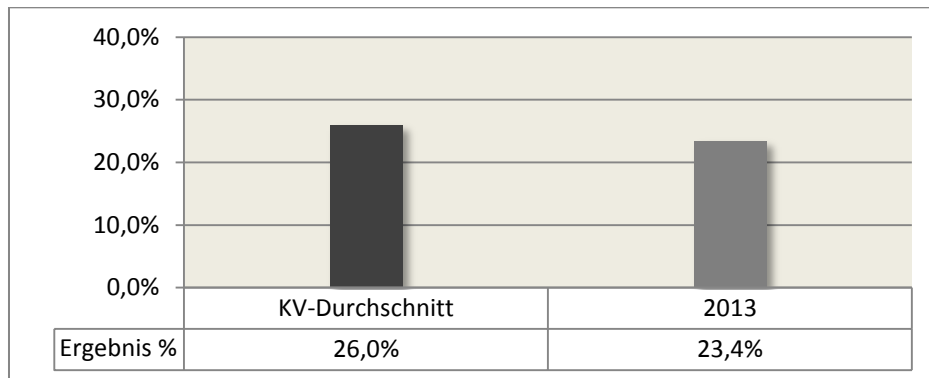
Im Auswertungszeitraum 2013 besitzen 172 Vertragsärzte eine Genehmigung zur Durchführung von Schulungen nach dem AFAS - Patientenschulungsprogramm. Zusätzlich können 15 Vertragsärzte die Schulung für Kinder und Jugendliche im Rahmen des DMP anbieten.

3.6.2 Asthaschulung (Quote)

Ergänzend zur Betrachtung von Patienten, die eine ihnen empfohlene Asthaschulung auch durchführen, wird bei dieser Auswertung der Anteil geschulter Patienten im Vergleich zu allen teilnehmenden Patienten ausgewertet.

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.



Für den Auswertungszeitraum 2013 konnten Daten für 35.789 Patienten ermittelt werden. Unter Berücksichtigung dieser Grundmenge wurden bereits 8.378 Patienten geschult. Keine Relevanz hat hier die Dauer der Teilnahme der zugrunde gelegten Patienten.

4. Fazit

Die Ergebnisse des DMP Asthma im Land Brandenburg zeigen, dass fast alle der vereinbarten Qualitätsziele im Jahr 2013 erreicht wurden.

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 92,7% 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 74,4% 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.

Das Qualitätsziel zur **Überprüfung der Inhalationstechnik** wurde erstmals seit Einführung des DMP Asthma mit 93,6% erreicht und konnte auch zum Vorjahr erhöht werden konnte.

Das mit Wirkung ab 01.07.2013 neu aufgenommene Ziel zur Wahrnehmung empfohlener Asthma-Schulungen konnte mit 66,3% erreicht werden. Die Zielvorgabe liegt hier bei mindestens 50%.

Auch für den Auswertungszeitraum 01.01.–31.12.2013 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.

Es wird Aufgabe der Vertragspartner sein, Konzepte für eine Verbesserung einer guten Symptomkontrolle bei Kindern und Einsatz von Selbstmanagement-Plänen zu entwickeln und die teilnehmenden Ärzte hierbei 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.