

2. Qualitätsbericht

DMP Asthma

der

Gemeinsamen Einrichtung Land Brandenburg

Berichtszeitraum 01.07.2008 bis 31.12.2009

1.	Einleitung	
	Asthma – Definition und Prävalenz	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 Basisdaten	6
3.	Ergebnisse des DMP Asthma	
	3.1 Vermeidung und Senkung stationärer notfallmäßiger Behandlung	7
	3.2 Überprüfung der Inhalationstechnik	8
	3.3 Patienten mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan	9
	3.4 Therapie mit systemischen Glukokortikosteroiden	10
	3.5 Überweisungen zum Facharzt	11
	3.6 Patientenschulungen	12
4.	Fazit	13

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.

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

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

Für die ärztliche Qualitätssicherung im DMP ist die Gemeinsame Einrichtung, die von KV und Krankenkassen gebildet wurde, zuständig. Für den vorliegenden Bericht wurde der Auswertungszeitraum vom 01.07.2008 – 31.12.2009 gewählt, da mit Beginn des Berichtszeitraumes die Inhalte der Dokumentationen vereinfacht und damit auch die zu erreichenden Ziele angepasst wurden. Die Gemeinsame Einrichtung legt hiermit den zweiten Qualitätsbericht für das DMP Asthma für den Zeitraum 01.07.2008 bis 31.12.2009 vor.

2.2. Ziele des DMP Asthma

Das DMP Asthma verfolgt die Ziele:

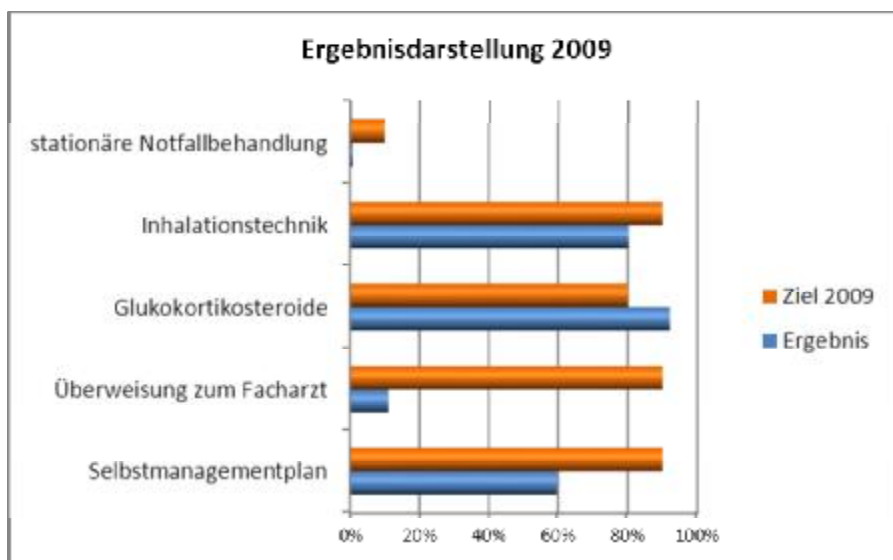
1. Vermeidung und Reduktion von
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Symptome, Asthmaanfälle/Exazerbationen)
 - einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigung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

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

2.3 Qualitätssicherung

Die Ziele, Indikatoren und Maßnahmen der Qualitätssicherung auf der Grundlage der in den Erst- und Folgedokumentationen erhobenen Daten sind insbesondere in der Anlage zur Qualitätssicherung des DMP-Vertrages detailliert beschrieben.

Im Folgenden möchten wir Ihnen die vereinbarten Qualitätssicherungsziele sowie die erreichten Ergebnisse zusammenfassend darstellen.



	Ziel 2009	Ergebnis 2009
stationäre Notfallbehandlung	≤ 10%	0,8%
Überprüfung Inhalationstechnik	≥ 90%	80,3%
Dauermedikation inhalative Glukokortikosteroide	≥ 80%	92,2%
Überweisungen zum Facharzt	≥ 90%	11,1%
Einsatz Selbstmanagement-Plan	≥ 90%	59,6%

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), auf deren Basis das DMP Asthma entwickelt wurde, sowie die vertraglich vereinbarten Ziele zu den einzelnen Qualitätsindikatoren.

Mit Stand 31.12.2009 nehmen 32.818 Patienten am DMP Asthma teil.

An der koordinierenden Betreuung dieser Patienten nehmen 671 Hausärzte teil. Dies entspricht einem Anteil von rund 44 % der ambulant tätigen Hausärzte.

Für eine pneumologisch qualifizierte Versorgung nahmen 52 Vertragsärzte darunter 13 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen des DMP Asthma teil. Im Gegensatz zu den anderen internistischen DMP besteht beim DMP Asthma und COPD 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 Asthmatikern betreut wird und insbesondere Asthmatiker mit schwererem Krankheitsverlauf -koordinierend- durch Pneumologen behandelt werden.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse und Verläufe von 27.488 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation und Folgedokumentation bzw. mindestens zwei Folgedokumentation in 2009 vorlagen.

Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation

In der DMP-Datenstelle gingen seit DMP-Beginn für 35.445 Patienten Erst- und Folgedokumentationen zum DMP Asthma ein.

Hiervon waren im Kalenderjahr 2009 bereits bei Eingang in der DMP-Datenstelle 99,8 % aller Dokumentationen korrekt erstellt worden und konnten entsprechend verarbeitet werden. Lediglich ein geringfügiger Anteil der Dokumentationen von 0,2 % war bei Eingang in der Datenstelle nicht plausibel, diese wurden auf dem Korrekturweg von den Praxen berichtet. 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.

Darüber hinaus wurden aus den Arztpraxen knapp 7 % der Dokumentationen entweder zu früh oder als bereits verfristet versandt bzw. es lagen andere Gründe vor, weshalb eine Verarbeitung der Dokumentationen nicht möglich war.

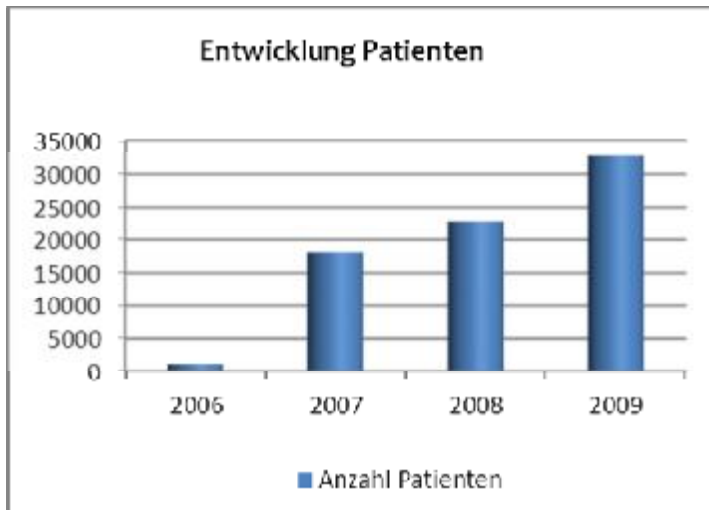
Mit der DMP-Datenstelle wurden auch vor diesem Hintergrund in der Vergangenheit bereits Maßnahmen entwickelt, um z.B. die zu frühe oder verspätete Datenübermittlung zu vermeiden. So wird dem teilnehmenden Arzt rechtzeitig innerhalb eines Quartal eine Übersicht der erwarteten und noch ausstehenden Verlaufsdocumentationen 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.

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

2.5 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 2009 wurden 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.



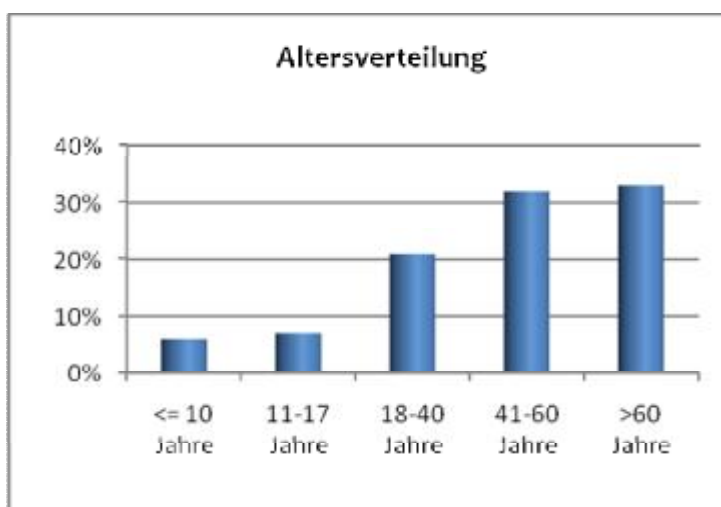
	2006	2007	2008	2009
Anzahl Patienten	1.120	18.138	22.849	32.818

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 47 Jahren. Der Hauptanteil der eingeschriebenen Patienten ist über 60 Jahre alt und beträgt im Gesamtvergleich 33,1%.

Die zweitgrößte Altersgruppe stellen Patienten zwischen 41-60 Jahre (32,8%) dar.



Alter	<= 10 Jahre	11-17 Jahre	18-40 Jahre	41-60 Jahre	>60 Jahre
Anzahl	1.721	1.996	5.668	9.010	9.093

Seit Beginn des DMP Asthma ist die Altersstruktur der eingeschriebenen Patienten gleichbleibend. Bis zum 30.06.2008 wurde in den ärztlichen Feedbackberichten noch eine detailliertere Darstellung der Altersstruktur vorgenommen. Daher wird an dieser Stelle auf einen Vergleich der Jahresentwicklungen verzichtet.

3. Ergebnisse zum DMP Asthma

3.1 Vermeidung und Senkung stationärer notfallmäßiger Behandlungen

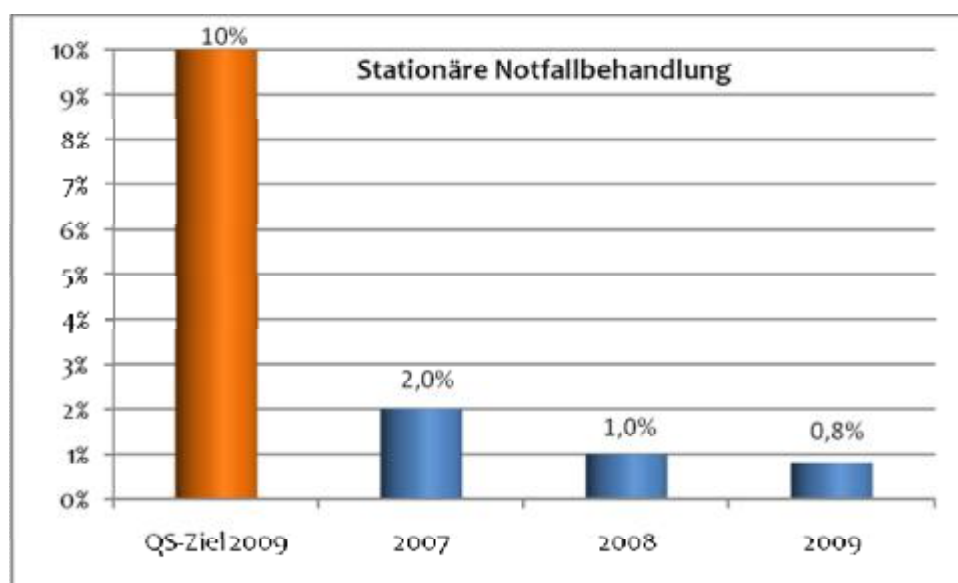
Ein wichtiges Therapieziel ist die Reduktion notfallmäßiger stationärer Behandlungen, wobei die derzeitige Studienlage nur eine grobe Abschätzung darüber erlaubt, in welchem Ausmaß eine leitliniengerechte Therapie tatsächlich die Anzahl notfallmäßiger Behandlungen reduzieren kann.

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.

Anteile und Anzahl der Patienten mit notfallmäßiger stationärer Behandlung



	2007	2008	2009
Patienten mit stat. Notfallbehandlung	368	140	179
Anteil an allen Patienten	2,0%	1,0%	0,8%

Im Berichtszeitraum 2009 benötigten rd. 99 % der länger als sechs Monate eingeschriebenen Patienten keine stationäre Notfallbehandlung. Im Vergleich mit dem Jahr 2007 konnte damit der Anteil an Patienten, bei denen aufgrund eines Akutereignisses eine stationäre Notfallbehandlung erforderlich war deutlich gesenkt werden.

Das Qualitätsziel wurde erfüllt.

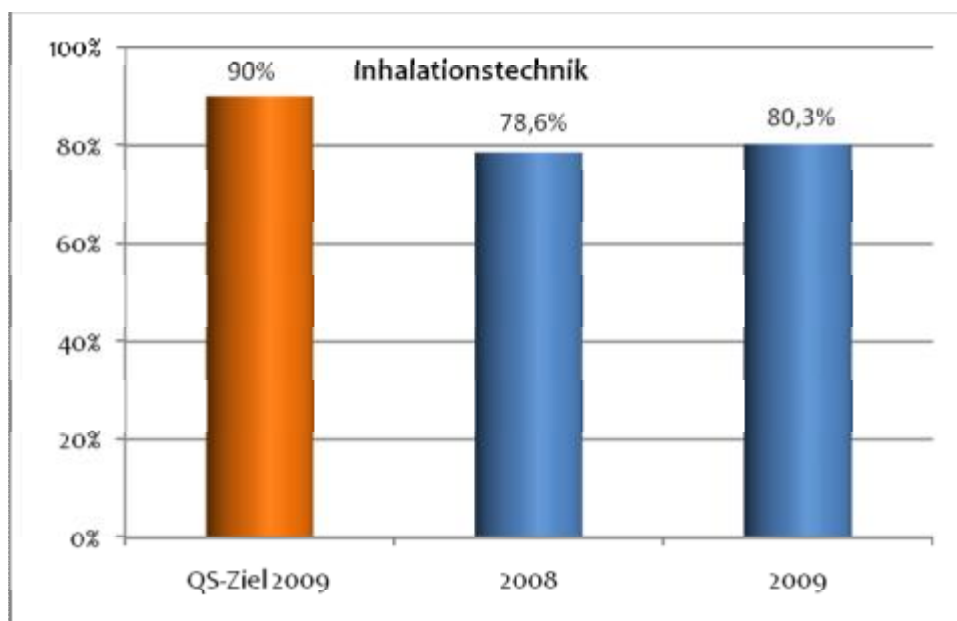
3.2 Überprüfung der Inhalationstechnik

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

Hierzu wurde als Qualitätsziel vereinbart,

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

aller Patienten die Inhalationstechnik zu überprüfen.



Überprüfung der Inhalationstechnik	2008	2009
Anzahl Patienten	17.273	22.081
Anteil in %	78,6	80,3

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

Auch wenn das Ziel nicht ganz erreicht werden konnte, ist im Verlauf eine erste positive Erhöhung der Ergebnisswerte für 2009 zu verzeichnen.

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

An dieser Stelle ist auch zu beachten, dass zwar formal die Dokumentation plausibel ist, inhaltlich aber der Begriff „Überprüfung der Inhalationstechnik“ unterschiedlich interpretierbar ist.

Folgende Möglichkeiten zur Kontrolle der Inhalationstechnik werden vorgeschlagen:

1. Gezielte und regelmäßige Kurzschulung durch die qualifizierte Arzthelferin (Dauer 5-10 Minuten)
2. Kurze Übung mit dem eigenen Inhalator/Leergefäß des Patienten im Rahmen der Lungenfunktionsprüfung
3. Routinemäßige Unterweisung ggf. mit Überprüfung im Rahmen des ärztlichen Gesprächs.

Dieses Thema sollte in den nächsten Qualitätszirkeln der Pneumologen aufgegriffen werden und wird ebenfalls bei den nächsten zentralen DMP-Forbildungen für die Hausärzte beraten.

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

der Patienten einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan einsetzen.

Anteile und Anzahl der Asthma-Patienten mit Selbstmanagement-Plan



	2007	2008	2009
Patienten mit Selbstmanagement-Plan	8.314	10.211	16.373
Anteil an allen Patienten	47,9%	46,5%	59,6%

Im Auswertungszeitraum wurde bei fast 60% aller am DMP Asthma teilnehmenden Patienten ein Selbstmanagement-Plan eingesetzt.

Auch in diesem Berichtszeitraum konnte das Qualitätsziel nicht erreicht werden, wenn auch im Vergleich mit den vorausgegangenen Kalenderjahren für das Jahr 2009 eine deutliche Steigerung von knapp 15% erkennbar ist.

Gründe für das Nichterreichen des Qualitätszieles liegen möglicherweise darin, dass im DMP-Vertrag keine konkreten Anforderungen an einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan definiert wurden. Ebenso wird der Einsatz insbesondere bei älteren Patienten durch die Praxen als kritisch bewertet.

Als Selbstmanagement-Plan kann im Asthma-Tagebuch des Patienten das Ampelphasensystem oder auch der Asthma-Pass mit Verhaltensregeln bei Asthmaanfällen genutzt werden.

Die Ausstellung eines „Notfallplanes“ im Rahmen des Selbstmanagement im Asthma-Tagebuch bzw. Asthmapass sollte entsprechend in der DMP-Dokumentation angegeben werden.

3.4 Therapie mit systemischen Glukokortikosteroiden

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der 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 bei mehr als 60%,
- im 2. Jahr bei mehr als 70%,
- im 3. Jahr und Folgejahre bei mehr als 80%

aller Patienten inhalative Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten.

Anteile und Anzahl der Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Dauertherapie



	2007	2008	2009
Patienten mit inhalativen Steroiden	14.184	16.641	20.883
Anteil an allen Patienten mit Dauermedikation	91,9%	92,1%	92,2%

Bei 22.640 Asthmapatienten wurde im Auswertungszeitraum die Notwendigkeit einer Dauermedikation dokumentiert.

Hiervon erhielten 20.883 Patienten vorrangig inhalative Glukokortikosteroide als Dauermedikation, so dass das Qualitätsziel erreicht wurde.

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

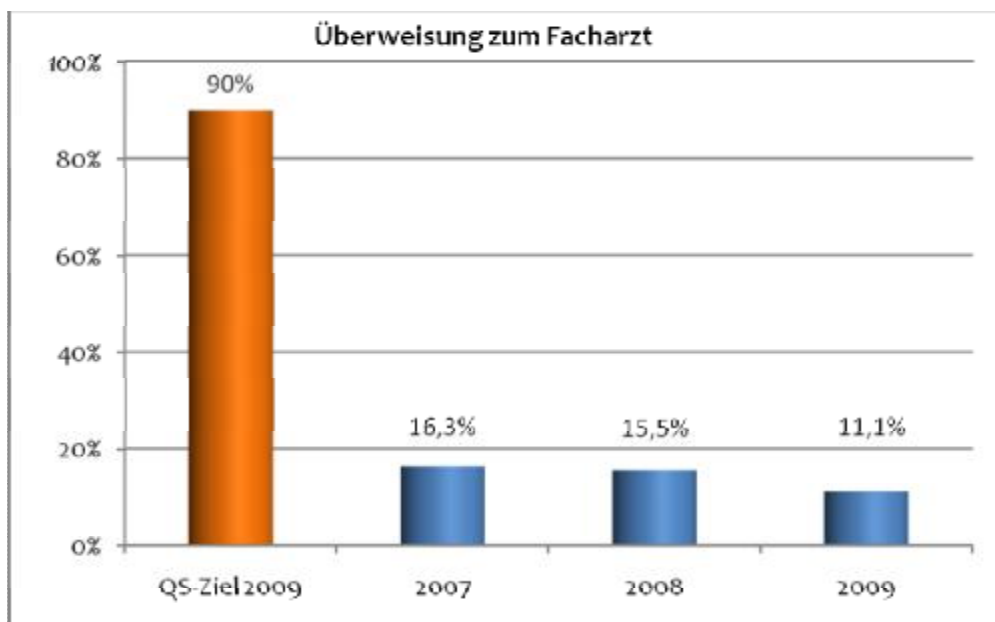
Sofern eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird, ist der Patient an einen qualifizierten Facharzt zu überweisen. (Anl. 9 RSAV, Ziffer 1.6.2)

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.

Anteile und Anzahl der Patienten mit Überweisung bei Beginn der Dauertherapie



	2007	2008	2009
Patienten mit Überweisung zum FA	42	43	33
Anteil an allen Patienten mit Beginn Dauermedikation	16,3%	15,5%	11,1%

Im Auswertungszeitraum konnten 296 Patienten mit Beginn einer Dauertherapie mit systemischer Glukokortikosteroiden berücksichtigt werden. Davon wurden 11,1 % an einen pneumologisch qualifizierten Facharzt überwiesen.

Der Zielwert von 90 % konnte damit nicht annähernd erreicht werden.

Die Ursache hierfür liegt in der auch koordinierenden Betreuung der Asthma-Patienten durch die an diesem Vertrag teilnehmenden pneumologisch qualifizierten Fachärzte. Sowohl beim DMP Asthma als auch COPD wurden die Patienten im Gegensatz zu anderen DMP überproportional durch die an diesem Vertrag teilnehmenden Fachärzte in das DMP eingeschrieben. Die Überweisung des Patienten an einen Facharzt wird somit nicht in der Dokumentation angegeben.

Für eine im Sinne des Qualitätszieles korrekte Ermittlung der Ergebnisse, wäre eine alleinige Betrachtung der hausärztlichen Praxen erforderlich. Im Kalenderjahr 2007 wurden ca. 70 % aller DMP-Asthma-Patienten durch Fachärzte eingeschrieben und koordinierend betreut.

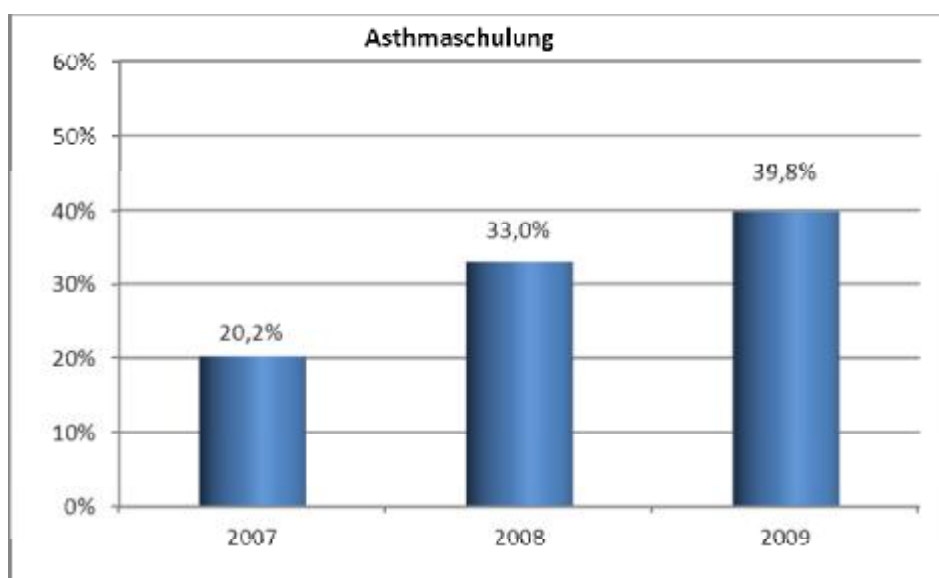
3.6 Patientenschulungen

Neben der medikamentösen Therapie spielen auch die nichtmedikamentösen Maßnahmen wie z.B. Patientenschulungen eine große Rolle. Mit diesen Maßnahmen soll der Patient aktiven Einfluss auf die Progredienz seiner Erkrankung nehmen.

Mit der Änderung zur Auswahl von Qualitätszielen im Rahmen der 17. RSA-ÄndV zum 01.07.2008 ist die Durchführung von Asthmaschulungen nicht mehr Bestandteil der ärztlichen Qualitätssicherung. Die Wahrnehmung der empfohlenen Schulungen stellen wir im Folgenden dar.

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.

Anteile und Anzahl der Patienten mit Wahrnehmung einer empfohlenen Schulung



	2007	2008	2009
Patienten mit Schulung	491	1.929	3.448
Anteil an allen Patienten mit Schulungsempfehlung	20,2%	33,0%	39,8%

Im Berichtszeitraum 2009 lag die Empfehlungsrate zur Durchführung einer Asthma-Schulung bei 31 % (8.670 Patienten an allen 27.488 eingeschriebenen Patienten).

Diese niedrige Quote einer Schulungsempfehlung kann möglicherweise ihre Ursache in der bereits hohen Anzahl beschulter Patienten liegen. 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 137 Vertragsärzte eine Genehmigung zur Durchführung von Schulungen nach dem AFAS - Patientenschulungsprogramm. Zusätzlich können 14 Vertragsärzte die Schulung für Kinder und Jugendliche im Rahmen des DMP anbieten. Auch wenn hier noch keine flächendeckende Schulungsstruktur implementiert werden konnte, zeigt ein Vergleich mit anderen internistischen DMP, dass die Erhöhung der Schulungsangebote nicht auch zur verstärkten Inanspruchnahme führt.

4. Fazit

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

Das QS-Ziel „Stationäre Notfallbehandlung“ zu den Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien wurde wie auch bereits im ersten Berichtszeitraum erfüllt und deutlich unterschritten. Dagegen wurde das QS-Ziel „Erhöhung des Anteils von Patienten mit Überprüfung der Inhalationstechnik“ nicht erreicht.

Das QS-Ziel „Erhöhung des Einsatzes von inhalativen Glukokortikosteroiden als Dauertherapie“ zu den Anforderungen an eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gem. § 12 SGB V wurde erreicht.

Das QS-Ziel zur aktiven Teilnahme durch die Patienten „Erhöhung des Anteils von Patienten mit Einsatz eines schriftlichen Selbstmanagement- Planes“ wurde nicht erreicht.

Auch das vereinbarte Ziel zur Einhaltung der Kooperationsregeln zwischen den Versorgungsebenen konnte nicht erreicht werden.

Hier liegt die Ursache sicher darin, dass ein großer Teil der Patienten von Ärzten des fachärztlichen Versorgungssektors koordiniert und auch eingeschrieben wurden. Diese betreuen die Patienten bereits dauerhaft, so dass keine Überweisung zu einem pneumologisch qualifizierten Arzt erfolgt.

Dagegen konnte die „Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentationen“ sichergestellt werden. Mit 99,8% der eingereichten Dokumentationen sind nahezu alle Dokumentationen bereits bei Eingang in der Datenstelle plausibel/fristgerecht und können somit verarbeitet werden.

Insbesondere zu Beginn der Einführung des DMP Asthma wurden durch Pneumologen im Rahmen mehrerer Motivations- und Informationsveranstaltungen für Fachkollegen und Hausärzte ein großer Anteil an Motivationsarbeit zur Akzeptanz des DMP Asthma unter den Ärzten geleistet. Mittlerweile ist das DMP Asthma im Land Brandenburg ein fester Bestandteil bei der Betreuung chronisch Erkrankter.

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

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

Auch könnten verbesserte Hinweise zur Ausfüllanleitung der Dokumentationen bzw. eine Konkretisierung der Definitionen helfen, Missverständnisse zu vermeiden um in der Folge eine Verbesserung der inhaltlichen Dokumentationsqualität zu erreichen.

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

Zudem machen erste Erfahrungen deutlich, dass ca. 50 % der Patienten mit einer Schulungsempfehlung, diese nicht wahrnehmen wollen, wobei die Gründe hierfür sicherlich vielschichtig sind.

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

Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass das DMP Asthma erfolgreich ist und wir hoffen, mit dieser Auswertung einige Ansätze für eine weiterführende innerärztliche Diskussion geben zu können.