

1. Qualitätsbericht

DMP Asthma

der

Gemeinsamen Einrichtung Land Brandenburg

Berichtszeitraum 01.01.2007 bis 31.12.2007

I. Einleitung	3
Asthma – Definition und Prävalenz	3
II. DMP Asthma	3
1. Strukturierte Behandlung bei Asthma	3
2. Ziele des DMP Asthma	4
3. Qualitätssicherung	4
4. Dokumentation/Datenlieferung/Datenqualität	5
5. Basisdaten	7
III. Ergebnisse des DMP Asthma	8
1. Stationäre notfallmäßige Behandlung	8
2. Nichtstationäre notfallmäßige Behandlung	9
3. Einsatz schriftlicher Selbstmanagement-Plan	10
4. Therapie mit systemischen Glukokortikosteroiden	11
5. Überweisungen zum Facharzt	12
6. Schulungen	13
IV. Fazit	14

I. 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, 4/2008).

II. DMP Asthma

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 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.

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

Die Gemeinsame Einrichtung legt hiermit den ersten Qualitätsbericht für das DMP Asthma für den Zeitraum 01.01.2007 bis 31.12.2007 vor.

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

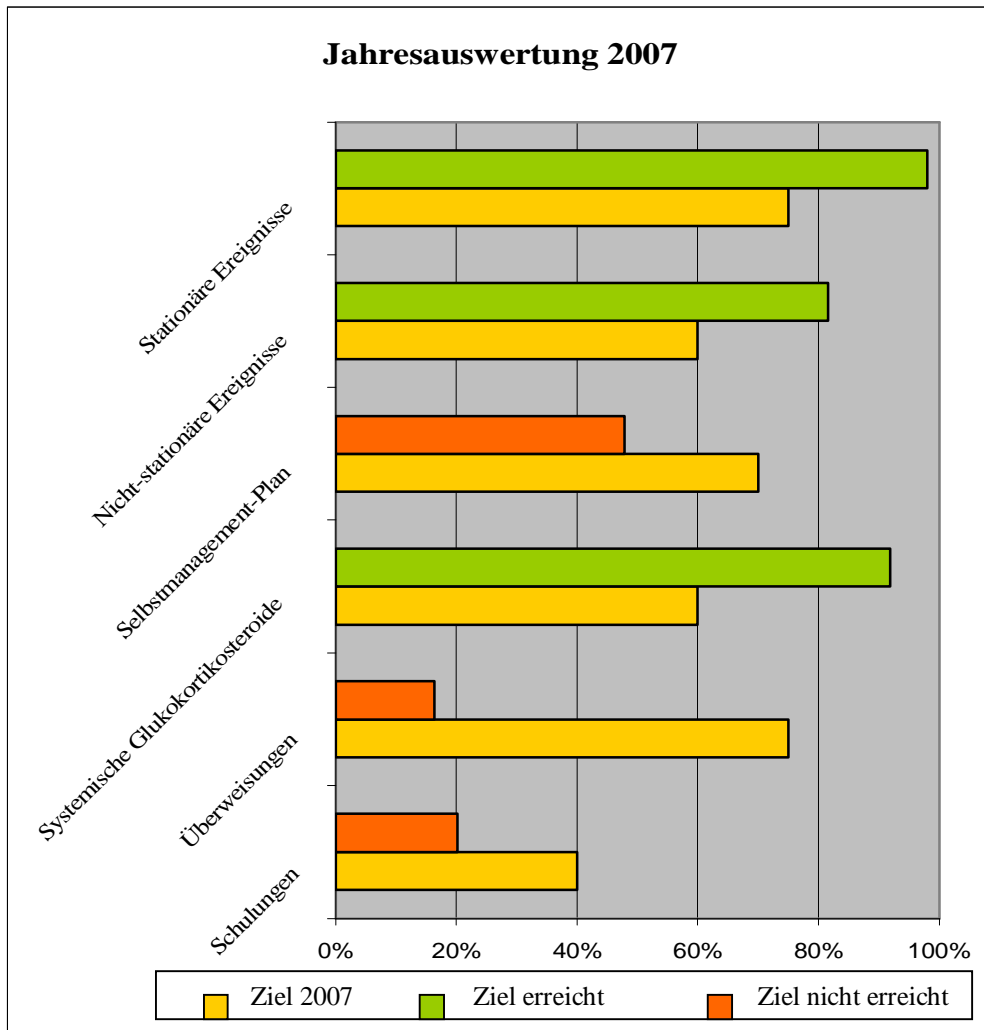
2. Reduktion der asthmabedingten Letalität

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

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.



Qualitätssicherungsziele	Ziel	Ergebnis
Reduktion stationäre Ereignisse	75,0%	98,0%
Reduktion nicht-stationäre Ereignisse	60,0%	81,6%
Selbstmanagement-Plan	70,0%	47,9%
Systemische Glukokortikosteroide	60,0%	91,9%
Überweisungen	75,0%	16,3%
Schulungen	40,0%	20,2%

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.

Zum 31.12.2007 nahmen 18.138 Patienten am DMP Asthma teil.

Ebenfalls mit Stand 31.12.2007 nahmen 543 Vertragsärzte koordinierend und 42 Vertragsärzte an der pneumologisch qualifizierten Versorgung, davon 10 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen des DMP Asthma teil. Dies entspricht einem Anteil von rund 36 % der ambulant tätigen Hausärzte.

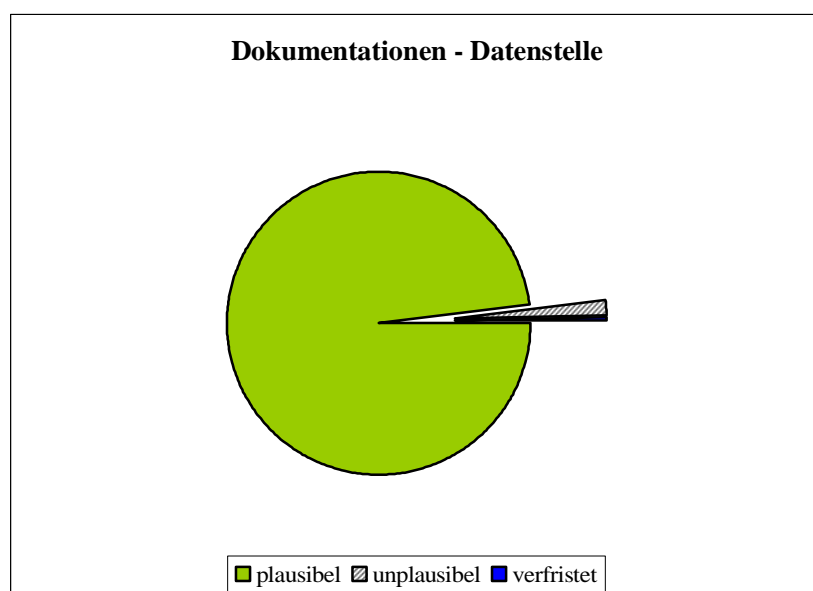
Im Gegensatz zu den anderen internistischen DMP besteht beim DMP Asthma und COPD eine Besonderheit hinsichtlich der Einschreibung von Patienten durch die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte. Ca. 70 % aller am DMP teilnehmenden Patienten wurden durch die an der pneumologisch qualifizierten 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 durch Pneumologen behandelt werden.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse und Verläufe von 17.368 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation und Folgedokumentation bzw. mindestens zwei Folgedokumentation in einem Halbjahr 2007 vorlagen.

Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation

In der DMP-Datenstelle gingen im Kalenderjahr 2007 insgesamt 38.299 Erst- und Folgedokumentationen zum DMP Asthma ein. Hiervon waren bereits bei Eingang in der Datenstelle 37.929 Dokumentationen plausibel. Somit sind 99 % aller Dokumentationen korrekt erstellt worden und konnten entsprechend verarbeitet werden.

101 Dokumentationen waren bei Eingang in der Datenstelle bereits zeitlich verfristet und konnten nicht weiter verarbeitet werden, 269 Dokumentationen waren unplausibel bzw. fehlerhaft.



Datenqualität	2007	
	Anzahl	%
plausibel	37.929	99,0
unplausibel	269	0,7
verfristet	101	0,3
gesamt	38.299	100,0

5. Basisdaten

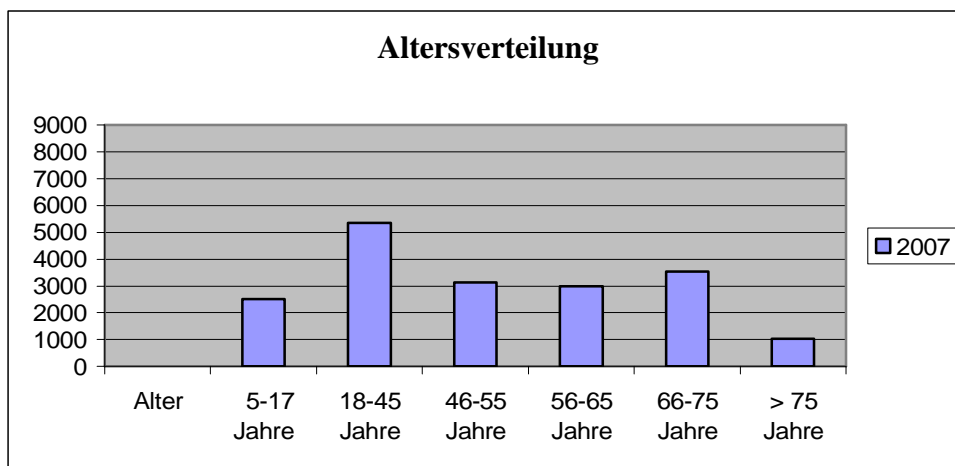
Altersverteilung

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 47 Jahren. Der Hauptanteil der eingeschriebenen Patienten ist zwischen 18 – 45 Jahre alt und beträgt im Gesamtvergleich 29 %. Die zweitgrößte Altergruppe stellen Patienten zwischen 66-75 Jahre (19%) dar.

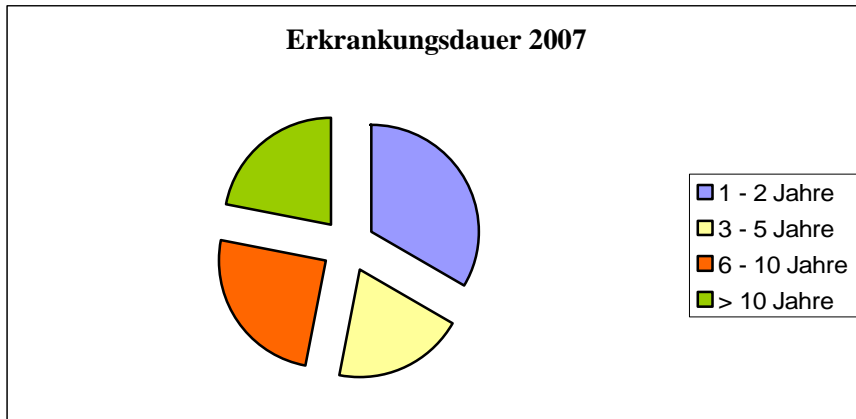
Altersverteilung der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten



Alter	2007	
	Anzahl	%
5-17 Jahre	2.517	13,6
18-45 Jahre	5.343	28,8
46-55 Jahre	3.131	16,9
56-65 Jahre	2.983	16,1
66-75 Jahre	3.547	19,1
> 75 Jahre	1.031	5,5
Gesamt	18.552	100,0

Erkrankungsdauer

Die durchschnittliche Erkrankungsdauer, der in diesem Bericht berücksichtigten Patienten beträgt 7,2 Jahre. Mit 34,3 % liegt der Hauptanteil der eingeschriebenen Patienten bei einer Erkrankungsdauer von bis zu 2 Jahren.



Erkrankungsdauer	2007	
	Anzahl	%
1 - 2 Jahre	6.358	34,3
3 - 5 Jahre	3.769	20,3
6 - 10 Jahre	4.248	22,9
> 10 Jahre	4.178	22,5
Gesamt	18.553	100,0

III. Ergebnisse des DMP Asthma

1. Vermeidung und Senkung stationärer notfallmäßiger Behandlungen

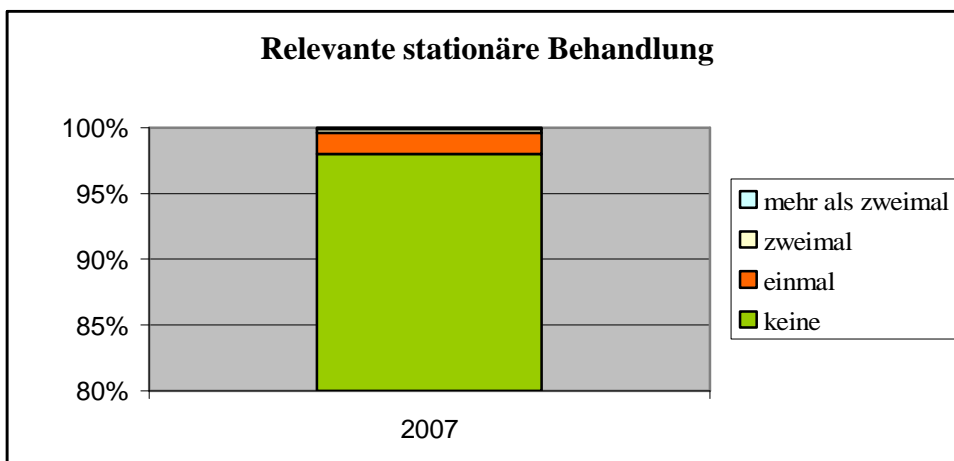
Ein wichtiges Therapieziel ist die Reduktion notfallmäßiger stationärer Behandlungen, wobei die derzeitige Studienlage nur eine grobe Abschätzung darüber erlaubt, in welchem Ausmaß eine leitliniengerechte Therapie tatsächlich die Anzahl notfallmäßiger Behandlungen reduzieren kann.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

- im 1. Jahr mehr als 75%,
- im 2. Jahr mehr als 85%,
- im 3. Jahr mehr als 90%

der Patienten keine notfallmäßige stationäre Behandlung aufweisen sollen.

Anteile und Anzahl der Patienten mit notfallmäßiger stationärer Behandlung



	2007	
> zweimalige stationäre Behandlung	20	0,1%
zweimalige stationäre Behandlung	55	0,3%
einmalige stationäre Behandlung	293	1,6%
keine stationäre Behandlung	18.185	98,0%

Im Berichtszeitraum 2007 benötigten rd. 98 % der eingeschriebenen Patienten keine stationäre Notfallbehandlung. Somit wurde bereits im ersten Auswertungszeitraum für das DMP Asthma die Zielwerte deutlich übererfüllt.

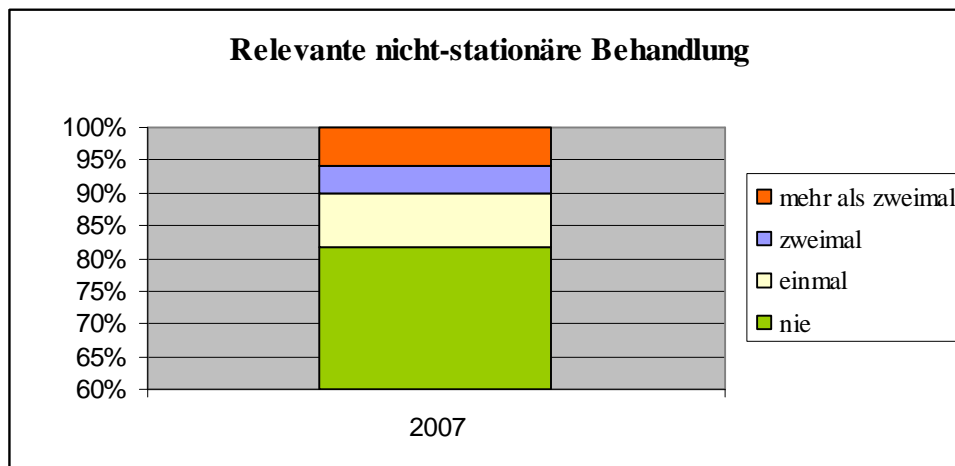
2. Vermeidung und Senkung notfallmäßiger nicht-stationärer Behandlungen

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

- im 1. Jahr mehr als 60%,
- im 2. Jahr mehr als 70%,
- im 3. Jahr mehr als 75%

der Patienten weniger als zwei notfallmäßige nicht-stationäre Behandlung aufweisen sollen.

Anteile und Anzahl der Patienten mit notfallmäßiger nicht-stationärer Behandlung



	2007	
> zweimalige nicht-stationäre Behandlung	1.078	5,8%
zweimal	777	4,2%
einmal	1.561	8,4%
nie	15.137	81,6%

Im Berichtszeitraum 2007 benötigten rd. 82 % der eingeschriebenen Patienten keine nicht-stationäre Notfallbehandlung. Somit wurde bereits im ersten Auswertungszeitraum für das DMP Asthma die Zielwerte deutlich übererfüllt.

3. Patienten mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan

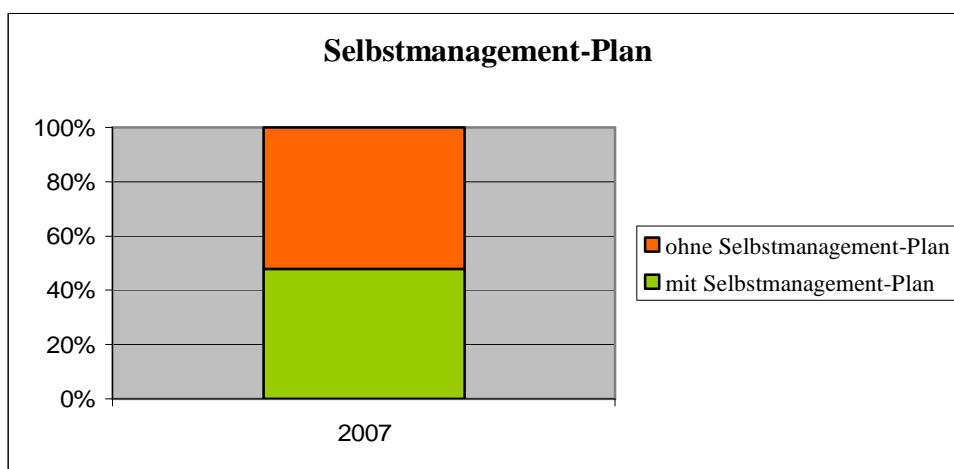
Neben der medikamentösen Therapie spielen insbesondere nichtmedikamentöse Maßnahmen, wie z.B. die Erstellung eines Selbstmanagementplanes eine wichtige Rolle und verlangen eine aktive Mitwirkung des Patienten.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

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

der Patienten einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan einsetzen.

Anteile und Anzahl der Asthma-Patienten mit Selbstmanagement-Plan



	2007	
ohne Selbstmanagement-Plan	9.054	52,1%
mit Selbstmanagement-Plan	8.314	47,9%

Von allen in diesem Auswertungszeitraum berücksichtigten Patienten wurde bei knapp der Hälfte ein Selbstmanagement-Plan eingesetzt.

Das Ziel von mindestens 70 % der Patienten mit einem schriftlichen Selbstmanagement-Plan wurde damit nicht erfüllt.

Dass das Ziel nicht erreicht werden konnte, muss hier kritisch hinterfragt werden. Da es im DMP-Vertrag keine definierten Anforderungen an einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan gibt, kann unter Umständen die unterschiedliche Auslegung der Definition zu einer Nichtdokumentation führen. Ebenfalls denkbar ist eine nicht immer flächendeckende Versorgung der Patienten mit einem teilweise durch die Krankenkassen zur Verfügung gestellten Pass „Asthmanotfallplan“.

4. Medikamentöse Therapie

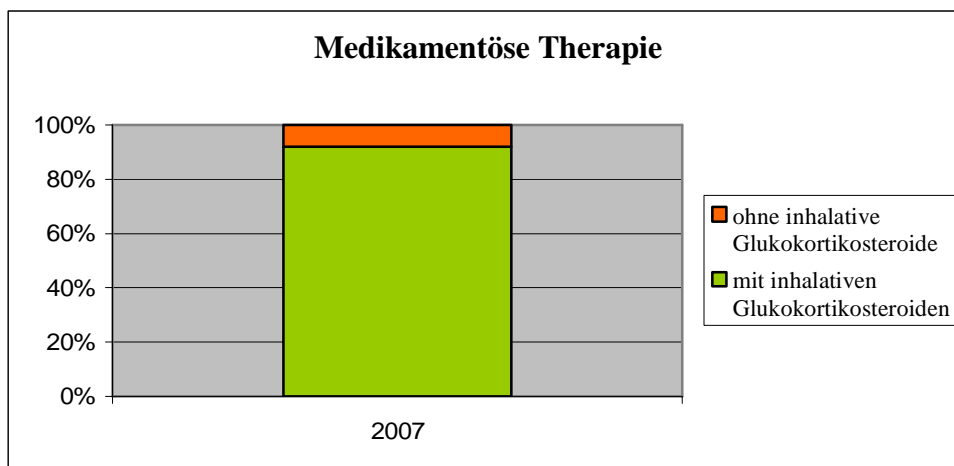
Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikation Medikamente verwendet werden, deren positiver Effekt und Sicherheit in prospektiven randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen wurden. Vorrangig sollen zur Dauertherapie die inhalativen Glukokortikosteroide verwendet werden.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

- im 1. Jahr bei mehr als 60%,
- im 2. Jahr bei mehr als 70%,
- im 3. Jahr bei mehr als 80%

aller Patienten inhalative Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten.

Anteile und Anzahl der Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Dauertherapie



	2007	
ohne inhalative Glukokortikosteroide	1.246	8,1%
mit inhalativen Glukokortikosteroiden	14.184	91,9%

Bei 15.430 Asthmapatienten wurde im Auswertungszeitraum die Notwendigkeit einer Dauermedikation dokumentiert.

Hiervon erhielten 14.184 Patienten vorrangig inhalative Glukokortikosteroide als Dauermedikation, so dass das Qualitätsziel erreicht wurde.

5. Überweisung zum Facharzt bei Beginn einer notwendigen Dauertherapie mit systemischen Steroiden

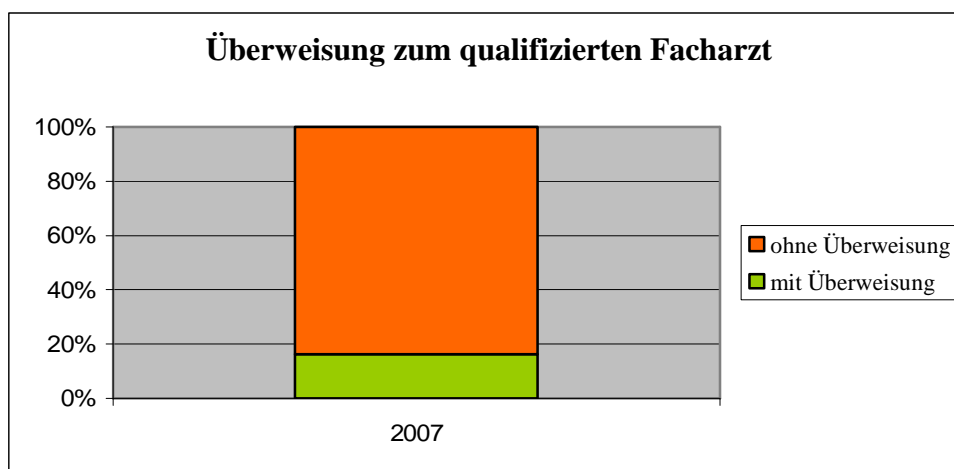
Sofern eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird, ist der Patient an einen qualifizierten Facharzt zu überweisen. (Anl. 10 RSAV)

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

- im 1. Jahr mehr als 75%,
- im 2. Jahr mehr als 85%,
- im 3. Jahr 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	
ohne Überweisung	215	83,7%
mit Überweisung	42	16,3%
Gesamt	257	100,0%

Für diese Auswertung konnten 257 Patienten berücksichtigt werden, bei denen eine Dauermedikation mit oralen Steroiden notwendig wurde.

Insgesamt wurden davon 16,3 % an einen qualifizierten Facharzt überwiesen.

Damit konnte der Zielwert von 75 % bei Weitem nicht erreicht werden.

Die Ursache hierfür liegt möglicherweise in der Betreuung der Asthma-Patienten durch den Facharzt. Sowohl beim DMP Asthma als auch COPD wurden die Patienten überproportional durch die an diesem Vertrag teilnehmenden Fachärzte, welche auch koordinierend arbeiten, in das DMP eingeschrieben. Damit entfällt auch die Angabe in der Dokumentation zur Überweisung.

Im Kalenderjahr 2007 wurden ca. 70 % aller DMP-Asthma-Patienten durch Fachärzte eingeschrieben und koordinierend betreut.

6. Patientenschulungen

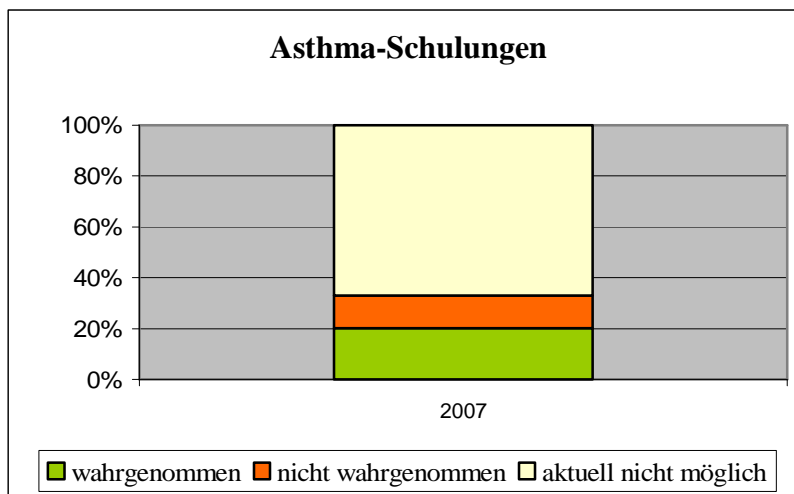
Neben der medikamentösen Therapie spielen auch die nichtmedikamentösen Maßnahmen wie z.B. Patientenschulungen eine große Rolle. Mit diesen Maßnahmen soll der Patient aktiven Einfluss auf die Progredienz seiner Erkrankung nehmen.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

- im 1. Jahr mehr als 40%,
- im 2. Jahr mehr als 50%,
- im 3. Jahr mehr als 60%

aller Patienten mit Empfehlung zur Patientenschulung diese wahrgenommen haben.

Anteile und Anzahl der Patienten mit Wahrnehmung einer empfohlenen Schulung



	2007	
aktuell nicht möglich	1.622	66,9%
nicht wahrgenommen	312	12,9%
wahrgenommen	491	20,2%

Im Berichtszeitraum 2007 lag die Empfehlungsrate zur Durchführung einer Asthma-Schulung bei 13 % (2.425 Patienten von 17.368 eingeschriebenen Patienten erhielten eine Schulungsempfehlung). 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 92 Vertragsärzte eine Genehmigung zur Durchführung von Schulungen nach dem AFBE - Patientenschulungsprogramm. Zusätzlich können 11 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.

IV. Fazit

Die Ergebnisse des DMP Asthma im Land Brandenburg zeigen, dass die vereinbarten Qualitätsziele bereits im ersten Auswertungszeitraum überwiegend erreicht wurden.

1. Die QS-Ziele zu den „Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien“
 - Stationäre Notfallbehandlung
 - Nicht-stationäre Notfallbehandlungwurden bereits im ersten Jahr nach Einführung des DMP Asthma erfüllt, wobei diese Ziele auch deutlich überschritten werden konnten.
2. Das Ziel zu den „Anforderungen an eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gem. § 12 SGB V“
 - Erhöhung des Einsatzes von inhalativen Glukokortikosteroiden als Dauertherapiewurde ebenfalls erreicht.
3. Die QS-Ziele zur „Aktiven Teilnahme durch die Patienten“
 - Erhöhung des Anteils der Wahrnehmung empfohlener Patientenschulungen
 - Erhöhung des Anteils von Patienten mit Einsatz eines schriftlichen Selbstmanagement-Planeswurden nicht erreicht.

Da die Kapazitäten der schulungsberechtigten Arztpraxen derzeit nicht ausreichen um eine flächendeckende Schulung sicherzustellen, wurde im Land Brandenburg eine Ergänzungsvereinbarung zu den strukturierten Behandlungsprogrammen abgeschlossen, nach der entsprechend an den DMP-Verträgen teilnehmende Krankenhäuser mit nachgewiesener Schulungskompetenz diese Schulungen durchführen können. Es bleibt abzuwarten, inwieweit diese Erweiterung des Schulungsangebotes genutzt wird und zu positiven Ergebnissen im Rahmen der Einhaltung der Versorgungsinhalte des DMP-Asthma-Vertrages führt.
4. Auch das vereinbarte Ziel zur Einhaltung der Kooperationsregeln zwischen den Versorgungsebenen konnte nicht erreicht werden.

Hier könnte eine mögliche Ursache darin liegen, dass ein recht 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.

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.

Mit den vorliegenden ersten 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 Kostenträger 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 der Start des DMP Asthma bereits nach dem ersten Jahr erfolgreich war und wir hoffen, mit diesen ersten Auswertungen einige Ansätze für eine weiterführende innerärztliche Diskussion geben zu können.