

1. Qualitätsbericht

DMP COPD

der

Gemeinsamen Einrichtung Land Brandenburg

Berichtszeitraum 01.01.2007 bis 31.12.2007

I. Einleitung	3
COPD – Definition und Prävalenz	3
II. DMP COPD	3
1. Strukturierte Behandlung bei COPD	3
2. Ziele des DMP COPD	4
3. Qualitätssicherung	5
4. Dokumentation/Datenlieferung/Datenqualität	5
5. Basisdaten	7
III. Ergebnisse des DMP COPD	9
1. Stationäre notfallmäßige Behandlung	9
2. Nichtstationäre notfallmäßige Behandlung	10
3. Überprüfung Inhalationstechnik	11
4. Therapie mit systemischen Glukokortikosteroiden	12
5. Überweisungen zum Facharzt	13
6. Schulungen	14
7. Rauchverzicht	15
IV. Fazit	16

I. 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 COPD gehört mit zu den häufigsten Volkskrankheiten.

II. DMP COPD

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 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 einer COPD können durch Selbstmanagement und eine Verhaltensänderung bei lebensstilassozierten 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 COPD im Land Brandenburg wurde zum 01.04.2006 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. Sechs 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.

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 COPD für den Zeitraum 01.01.2007 bis 31.12.2007 vor.

2. Ziele des DMP COPD

Das DMP COPD verfolgt die Ziele:

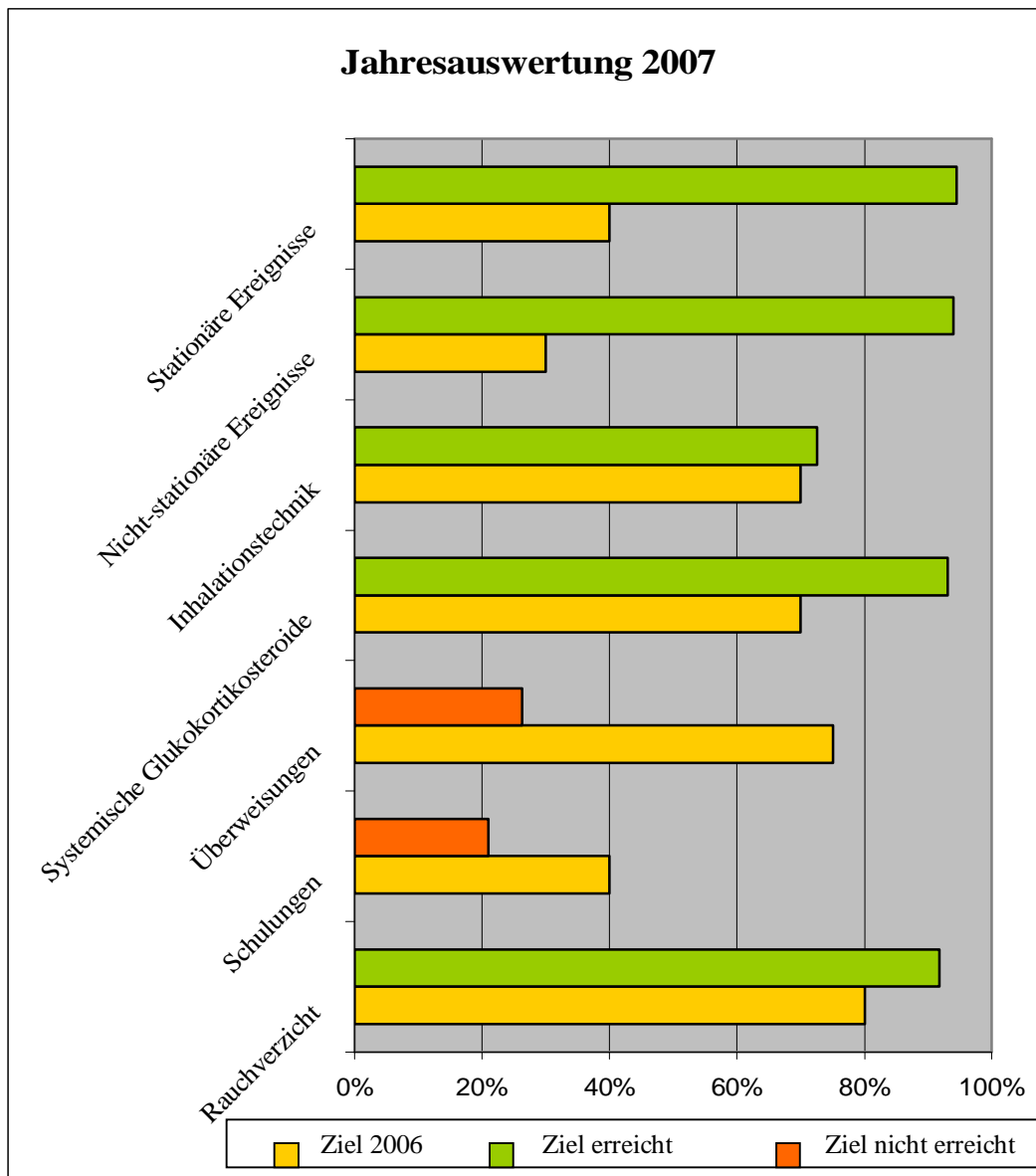
1. Vermeidung und Reduktion von
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen)
 - einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag und
 - einer raschen Progredienz
2. Reduktion der COPD-bedingten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

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

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
Stationäre Ereignisse	40,0%	94,5%
Nicht-stationäre Ereignisse	30,0%	94,0%
Überprüfung Inhalationstechnik	70,0%	72,6%
Systemische Glukokortikosteroide	70,0%	93,1%
Überweisungen	75,0%	26,3%
Schulungen	40,0%	20,9%
Rauchverzicht	80,0%	91,7%

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 12 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV), auf deren Basis das DMP COPD entwickelt wurde, sowie die vertraglich vereinbarten Ziele zu den einzelnen Qualitätsindikatoren.

Zum 31.12.2007 nahmen 19.259 Patienten am DMP COPD teil. Im Gegensatz zu den anderen internistischen DMP Besteht beim DMP COPD und DMP Asthma 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 COPD-Patienten betreut wird und insbesondere COPD-Patienten mit schwererem Krankheitsverlauf durch Pneumologen betreut werden.

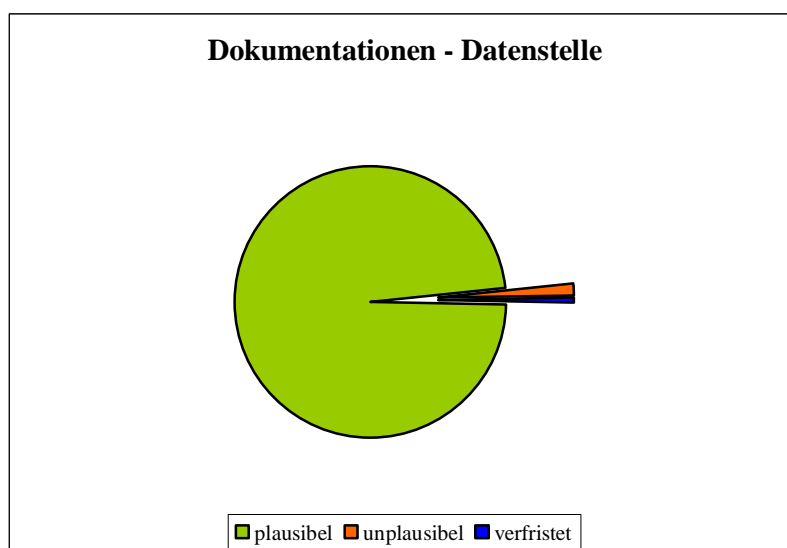
Ebenfalls mit Stand 31.12.2007 nahmen 598 Vertragsärzte koordinierend und 33 Vertragsärzte an der pneumologisch qualifizierten Versorgung im Rahmen des DMP COPD teil. Dies entspricht einem Anteil von rund 40 % der ambulant tätigen Hausärzte.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse und Verläufe von 18.388 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 49.524 Erst- und Folgedokumentationen zum DMP COPD ein. Hiervon waren bereits bei Eingang in der Datenstelle 48.552 Dokumentationen plausibel. Somit sind 98 % aller Dokumentationen korrekt erstellt worden und konnten entsprechend verarbeitet werden.

251 Dokumentationen waren bei Eingang in der Datenstelle bereits zeitlich verfristet und konnten nicht weiter verarbeitet werden, 721 Dokumentationen waren unplausibel bzw. fehlerhaft.



Datenqualität	2007	
	Anzahl	%
plausibel	48.552	98,0
unplausibel	721	1,5
verfristet	251	0,5
gesamt	49.524	100,0

5. Basisdaten

Altersverteilung

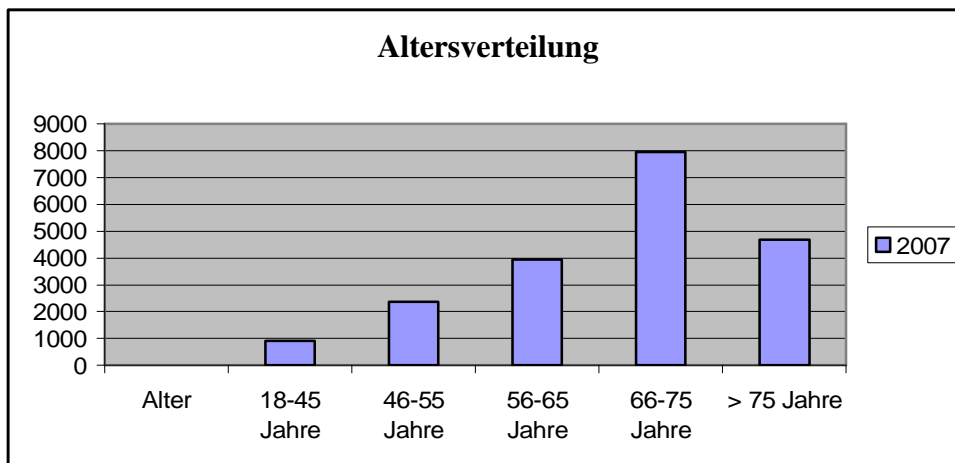
Die Angaben zur Altersverteilung der Patienten tragen dazu bei, Unterschiede in der Behandlung und dem Verlauf beurteilen zu können.

Die unten stehende Tabelle stellt die Altersverteilung der eingeschriebenen Patienten dar.

Der Altersdurchschnitt der eingeschriebenen Patienten liegt bei 67 Jahren. Der Hauptanteil der eingeschriebenen Patienten ist zwischen 66 – 75 Jahre alt und beträgt im Gesamtvergleich 40 %.

Die zweitgrößte Altergruppe stellen Patienten über 75 Jahre dar.

Altersverteilung der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten



Alter	2007	
	Anzahl	%
18 - 45 Jahre	904	4,5
46 - 55 Jahre	2.378	12,0
56 - 65 Jahre	3.940	19,8
66 - 75 Jahre	7.956	40,1
> 75 Jahre	4.682	23,6
Gesamt	19.860	100,0

Erkrankungsdauer

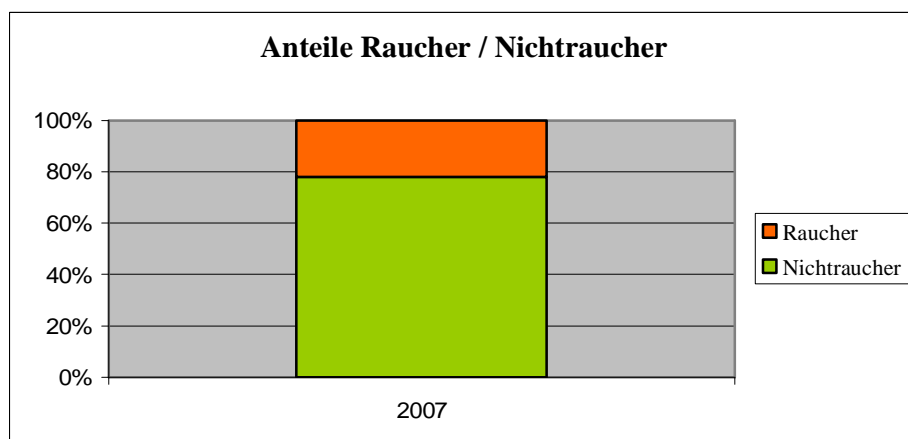
Die durchschnittliche Erkrankungsdauer, der in diesem Bericht berücksichtigten Patienten beträgt 7 Jahre. Mit 34,4 % liegt der Hauptanteil der eingeschriebenen Patienten bei einer Erkrankungsdauer von bis zu 2 Jahren.



	2007	
Erkrankungsdauer	Anzahl	%
1 - 2 Jahre	6.831	34,4
3 - 5 Jahre	3.814	19,2
6 - 10 Jahre	4.749	23,9
> 10 Jahre	4.466	22,5
Gesamt	19.860	100,0

Rauchen

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	
Raucher	Anzahl	%
Raucher	4.101	22,3%
Nichtraucher	14.287	77,7%
gesamt	18.388	100,0%

Die Auswertung der Anteile von Rauchern / Nichtrauchern zeigt im vorliegenden Berichtszeitraum, dass trotz der negativen Beeinflussung der COPD durch den Risikofaktor Rauchen fast ein viertel aller Patienten (22 %) auch weiterhin raucht.

III. Ergebnisse des DMP COPD

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.

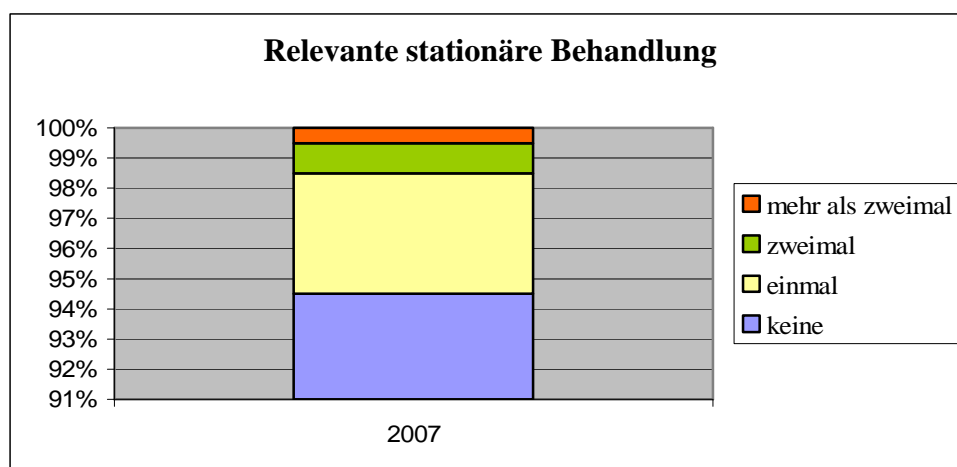
Wichtige Qualitätsindikatoren beziehen sich demnach auf die Häufigkeit der notfallmäßigen stationären Behandlungen.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

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

der Patienten keine notfallmäßige stationäre Behandlung aufweisen sollen.

Anteile und Anzahl der Patienten mit notfallmäßiger stationärer Behandlung



	2007	
> zweimalige stationäre Behandlung	98	0,5%
zweimalige stationäre Behandlung	202	1,0%
einmalige stationäre Behandlung	789	4,0%
keine stationäre Behandlung	18.771	94,5%

Im Berichtszeitraum 2007 benötigten rd. 95 % der eingeschriebenen Patienten keine stationäre Notfallbehandlung. Somit wurde bereits im ersten Auswertungszeitraum für das DMP COPD die Zielwerte deutlich übererfüllt.

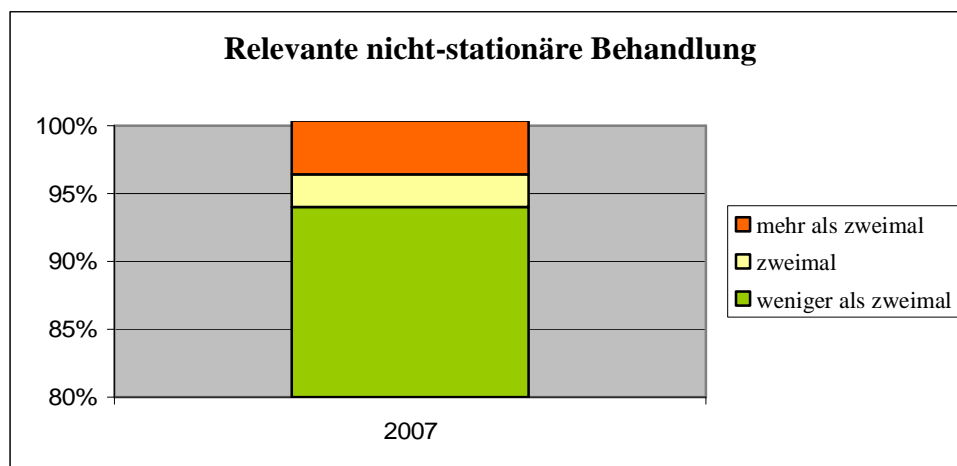
2. Vermeidung und Senkung notfallmäßiger nicht-stationärer Behandlungen

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

- im 1. Jahr mehr als 30%,
- im 2. Jahr mehr als 40%,
- im 3. Jahr mehr als 50%

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	711	3,6%
zweimalige nicht-stationäre Behandlung	471	2,4%
weniger als zweimalige Behandlung	18.678	94,0%

Im Berichtszeitraum 2007 benötigten 94 % der eingeschriebenen Patienten keine nicht-stationäre Notfallbehandlung. Somit wurde bereits im ersten Auswertungszeitraum für das DMP COPD die Zielwerte deutlich übererfüllt.

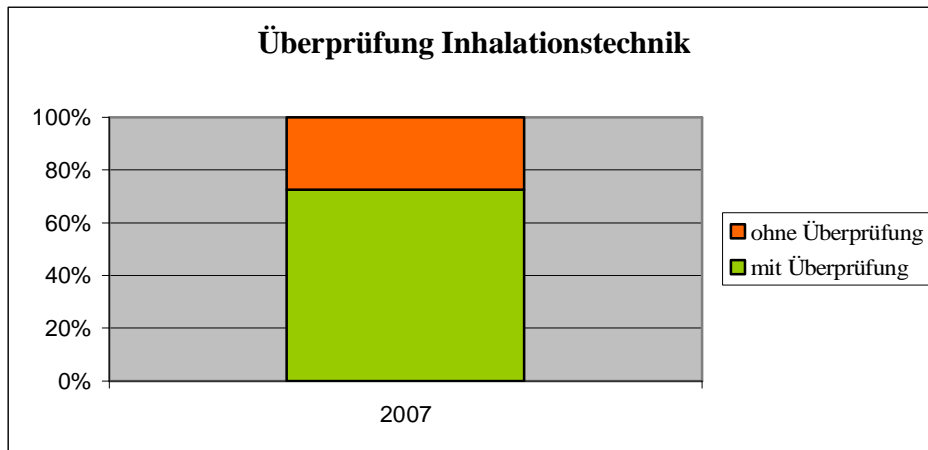
3. Überprüfung der Inhalationstechnik

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 die Inhalationstechnik überprüft wurde.

Anteile und Anzahl der COPD-Patienten mit überprüfter Inhalationstechnik



	2007	
ohne Überprüfung	5.046	27,4%
mit Überprüfung	13.342	72,6%

Von insgesamt 18.388 eingeschriebenen Patienten wurde bei zwei Drittel die Inhalationstechnik überprüft.

Das Ziel von mindestens 70 % der Patienten mit überprüfter Inhalationstechnik wurde damit erfüllt.

4. Medikamentöse Therapie

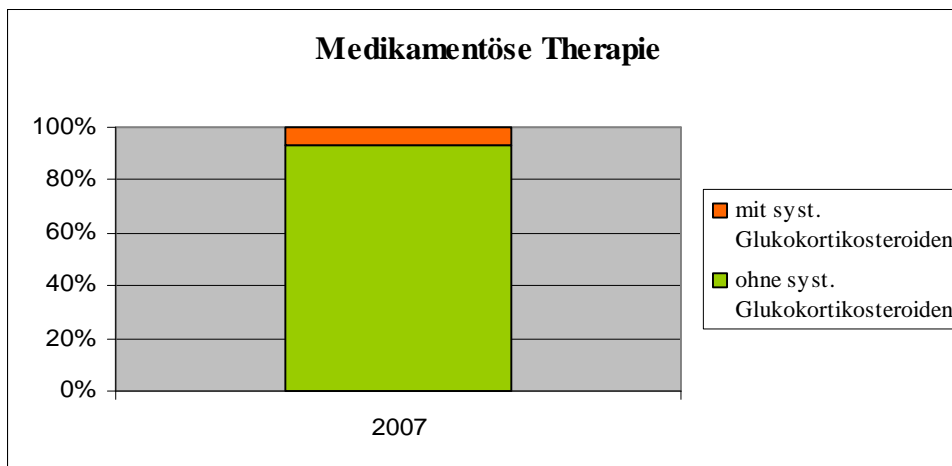
Ziel der medikamentösen Behandlung der COPD ist es insbesondere, die Symptomatik zu verbessern und Exazerbationen früh zu behandeln und deren Rate zu reduzieren. Wegen der erheblichen Nebenwirkungen sollen zur Dauertherapie systemische Glukokortikosteroide nur in begründeten Einzelfällen zur Anwendung kommen. Daher ist die Reduzierung der Anzahl der Patienten mit Dauertherapie ein Qualitätsziel.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

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

aller Patienten keine systemischen Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten.

Anteile und Anzahl der Patienten ohne systemische Glukokortikoide als Dauertherapie



	2007	
mit syst. Glukokortikosteroiden	1.264	6,9%
ohne syst. Glukokortikosteroiden	17.124	93,1%

Für diese Auswertung wurden alle im Berichtszeitraum erfassten Patienten zugrunde gelegt. Der Anteil der Patienten, die keine systemische Dauertherapie erhalten, lag bereits im ersten Auswertungsjahr bei 93,1 %. Das Qualitätsziel eines Anteils von mindestens 70 % der Patienten die keine systemische Dauertherapie erhalten, wurde somit erreicht und auch hier deutlich übererfüllt.

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

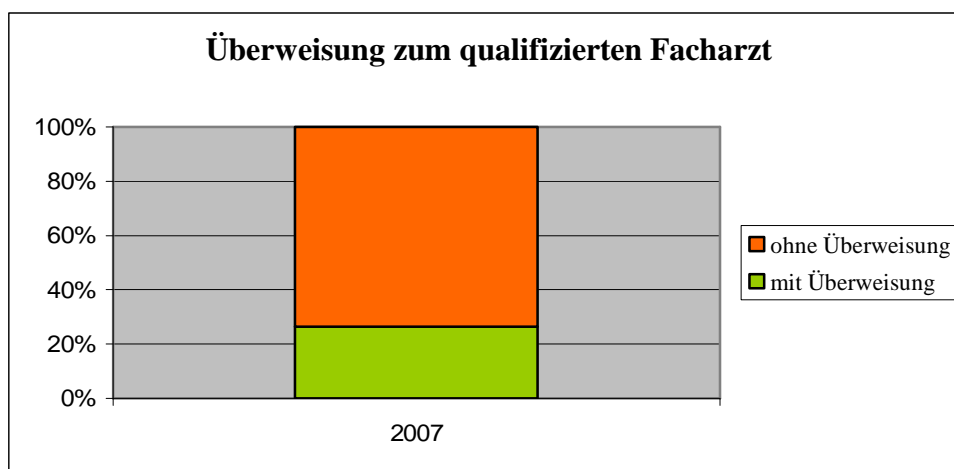
Sofern eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird, ist der Patient an einen qualifizierten Facharzt zu überweisen. (Anl. 12 RSAV)

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	288	73,7%
mit Überweisung	103	26,3%
Gesamt	391	100,0%

Für diese Auswertung konnten 391 Patienten berücksichtigt werden, bei denen eine Dauermedikation mit oralen Steroiden notwendig wurde.

Insgesamt wurden davon 26,3 % an einen qualifizierten Facharzt überwiesen.

Damit konnte der Zielwert von 75 % bei Weitem nicht erreicht werden. Ursache hierfür liegt allerdings in der Betreuung der COPD-Patienten durch den Facharzt. Sowohl beim DMP COPD als auch Asthma wurden die Patienten überproportional durch die an diesem Vertrag teilnehmenden Fachärzte, welche auch koordinierend arbeiten, in das DMP eingeschrieben. Damit entfällt für diese Praxen auch die Angabe und Dokumentation zur Überweisung.

6. Patientenschulungen

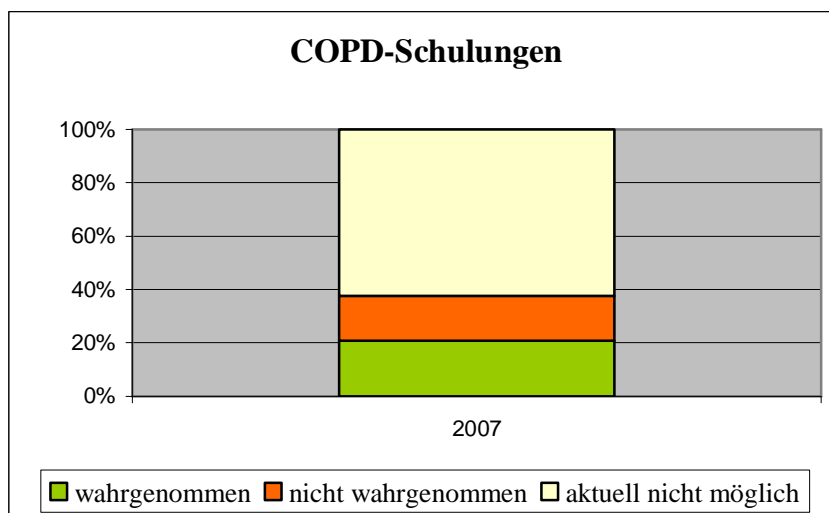
Neben der medikamentösen Therapie spielen auch die nichtmedikamentösen Maßnahmen wie z.B. Schulungen eine große Rolle. Diese Maßnahmen verlangen die aktive Teilnahme der eingeschriebenen COPD-Patienten.

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	1.394	62,5%
nicht wahrgenommen	369	16,6%
wahrgenommen	466	20,9%

Im Berichtszeitraum 2007 lag die Empfehlungsrate zur Durchführung einer COPD-Schulung bei 12,1 % (2.229 Patienten von 18.388 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 67 Vertragsärzte eine Genehmigung zur Durchführung von Schulungen nach dem AFBE - Patientenschulungsprogramm. 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.

7. Rauchverzicht

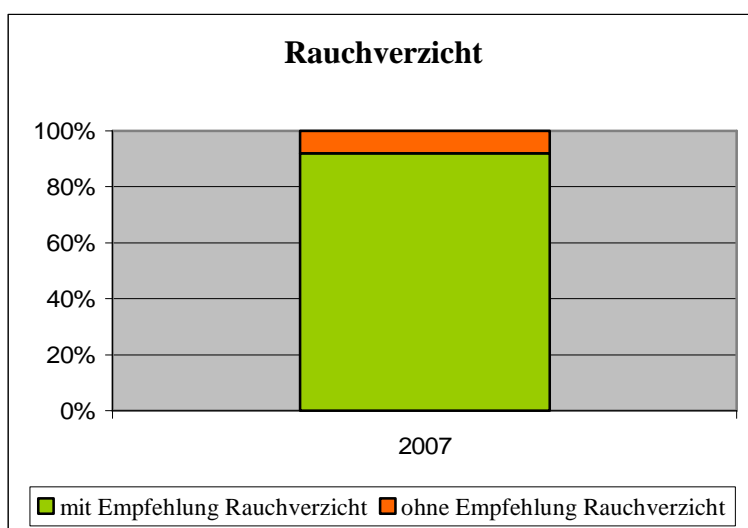
Neben der medikamentösen Therapie stellen nichtmedikamentöse Maßnahmen wie z. B. die Raucherentwöhnung, einen wichtigen Baustein in der Behandlung der Patienten. Hier ist insbesondere die aktive Teilnahme der Patienten an diesen Maßnahmen Voraussetzung. Vor diesem Hintergrund soll der Patient zur Raucherentwöhnung motiviert werden.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

- im 1. Jahr mehr als 80%,
- im 2. Jahr mehr als 90%,
- im 3. Jahr mehr als 95%

aller rauchenden Patienten eine Empfehlung zum Rauchverzicht erhalten haben.

Anteile und Anzahl der Patienten mit Empfehlung zum Rauchverzicht



	2007	
ohne Empfehlung	341	8,3%
mit Empfehlung	3.760	91,7%

Im Kalenderjahr 2007 gaben von allen 4.101 eingeschriebenen Patienten an zu rauchen. Durch die teilnehmenden Vertragsärzte wurden 3.760 Patienten motiviert das Rauchen aufzugeben, um somit den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Lediglich 8 % der Raucher wurde keine Aufgabe des Rauchens empfohlen. Das Qualitätsziel wurde erreicht.

IV. Fazit

Die Ergebnisse des DMP COPD 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 Notfallbehandlung
 - Überprüfung der Inhalationstechnik und
 - Empfehlung zum Rauchverzichtwurden bereits im ersten Jahr nach Einführung des DMP COPD erfüllt, wobei einige Ziele auch deutlich überschritten werden konnten.
2. Das Ziel zu den „Anforderungen an eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gem. § 12 SGB V“
 - Reduktion des Einsatzes von systemischen Glukokortikosteroiden als Dauertherapie wurde ebenfalls erreicht.
3. Das QS-Ziel „Erhöhung des Anteils der Patienten, die bei Beginn einer notwendigen Dauertherapie mit systemischen Steroiden zum Facharzt überwiesen werden“ wurde nicht erreicht.

Eine mögliche Ursache liegt darin, dass ein recht großer Teil der Patienten von Ärzten des fachärztlichen Versorgungssektors eingeschrieben und koordiniert werden. Diese betreuen die Patienten bereits dauerhaft und möglicherweise ohne dies als Überweisung zu dokumentieren.
4. Auch das QS-Ziel zur aktiven Teilnahme der Patienten „Wahrnehmung empfohlener Schulungen“ konnte nicht erreicht werden.

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-COPD-Vertrages führt.

Allerdings zeigen wie auch beim DMP Asthma erste Erfahrungswerte aus den Arztpraxen, dass gerade einmal 50 % der Patienten an einer Schulung interessiert sind. Auch muss kritisch hinterfragt werden, welche Definition für die Dokumentationsangabe „Schulung empfohlen“ genutzt wird. Eine Schulungsempfehlung auf der Grundlage einer nicht ausreichend abgesicherten Notwendigkeit in Verbindung mit der Abklärung inwieweit auch diese nachgehalten werden kann, führt gegebenenfalls zu einer vermehrten Schulungsempfehlung.

Hier sind die Vertragspartner gefordert eine Konkretisierung der Definitionen vorzunehmen sowie Konzepte für eine ausreichende Inanspruchnahme von Patientenschulungen zu entwickeln und die teilnehmenden Ärzte bei der Motivation ihrer Patienten zu unterstützen.

Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass der Start des DMP COPD bereits nach dem ersten Jahr erfolgreich war und wir hoffen, mit diesen ersten Auswertungen einige Ansätze für eine weiterführende innerärztliche Diskussion geben zu können.