

3. Qualitätsbericht

DMP Asthma

der

Gemeinsamen Einrichtung Land Brandenburg

Berichtszeitraum 01.01.2010 bis 31.12.2010

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	10
3.4 Therapie mit systemischen Glukokortikosteroiden	11
3.5 Überweisungen zum Facharzt	12
3.6 Patientenschulungen	13
4. Fazit	14

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 Folgeerkrankungen 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. Ergänzend besteht für die rehabilitative Versorgung der Asthma Patienten die Sana-Rehaklinik in 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 dritten Qualitätsbericht für das DMP Asthma für den Zeitraum 01.01.2010 bis 31.12.2010 vor.

2.2. Ziele des DMP Asthma

Das DMP Asthma verfolgt die Ziele:

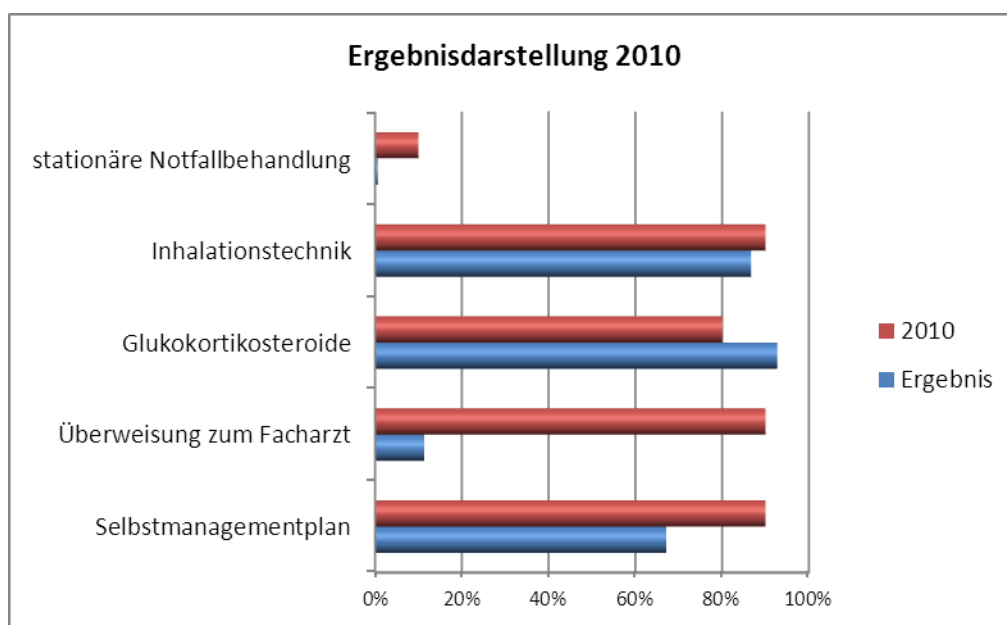
1. Vermeidung und Reduktion von
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Symptome, Asthmaanfälle/Exazerbationen)
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag
 - einer Progredienz der Krankheit
 - unerwünschten Wirkungen der 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 sind die vereinbarten Qualitätssicherungsziele sowie die erreichten Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.



	Ziel 2010	Ergebnis 2010	Zielerreichung
stationäre Notfallbehandlung	≤ 10%	0,6%	✓
Überprüfung Inhalationstechnik	≥ 90%	86,7%	!
Dauermedikation inhalative Glukokortikosteroide	≥ 80%	92,7%	✓
Überweisungen zum Facharzt	≥ 90%	11,3%	!
Einsatz Selbstmanagement-Plan	≥ 90%	67,1%	!

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 31.12.2010 waren 32.157 Patienten in das DMP Asthma eingeschrieben.

An der koordinierenden Betreuung dieser Patienten nahmen 719 Hausärzte teil. Dies entspricht einem Anteil von rund 46% der ambulant tätigen Hausärzte.

Für eine pneumologisch qualifizierte Versorgung nahmen 53 Vertragsärzte darunter 14 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 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 29.230 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation und Folgedokumentation bzw. mindestens zwei Folgedokumentation in 2010 vorlagen.

Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation

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.

Von allen in der DMP-Datenstelle eingegangenen Erst- und Folgedokumentationen zum DMP Asthma waren im Kalenderjahr 2010 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 berichtigt. Damit wurde das Qualitätsziel erreicht.

Darüber hinaus wurden aus den Arztpraxen 1,9% der Dokumentationen zu früh versandt und 1,5% der Dokumentationen konnten nicht verarbeitet werden, da z. B. keine rechtswirksame Einschreibung aufgrund fehlender Kassenzugehörigkeit oder die Teilnahme des Arztes am DMP nicht bzw. noch nicht vorlag.

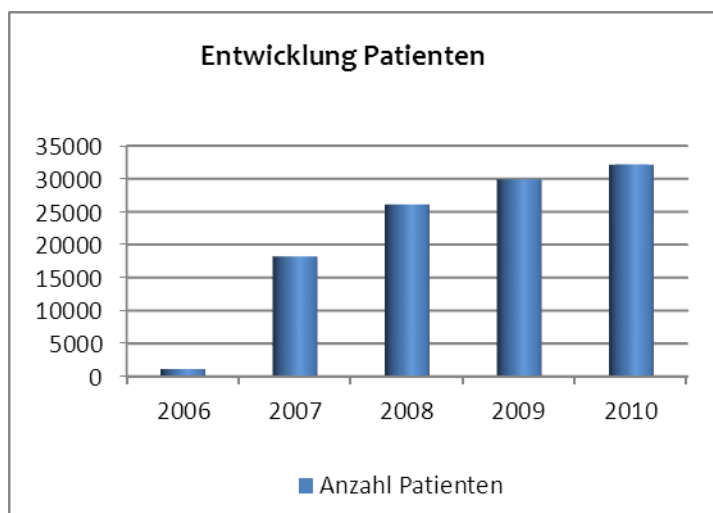
Mit der DMP-Datenstelle wurden auch vor diesem Hintergrund in der Vergangenheit bereits Maßnahmen entwickelt, um z.B. die zu frühe oder verspätete Datenübermittlung zu vermeiden. So wird dem teilnehmenden Arzt rechtzeitig innerhalb eines Quartals eine Übersicht der erwarteten und noch ausstehenden Verlaufsdokumentationen für seine Patienten übersandt. Darüber hinaus kann diese Übersicht auch jederzeit individuell durch die Arztpraxis bei der DMP-Datenstelle angefordert werden. Ebenfalls erhalten die teilnehmenden Ärzte in regelmäßigen Abständen einen Hinweis zu den noch fehlenden Bestätigungsschreiben. Ein Vergleich zu den Vorjahren zeigt, dass die Fehlerquoten sich stark rückläufig darstellen.

Es ist davon auszugehen, dass mit diesen Maßnahmen prognostisch die Anzahl der verfrühten 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 2008 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.



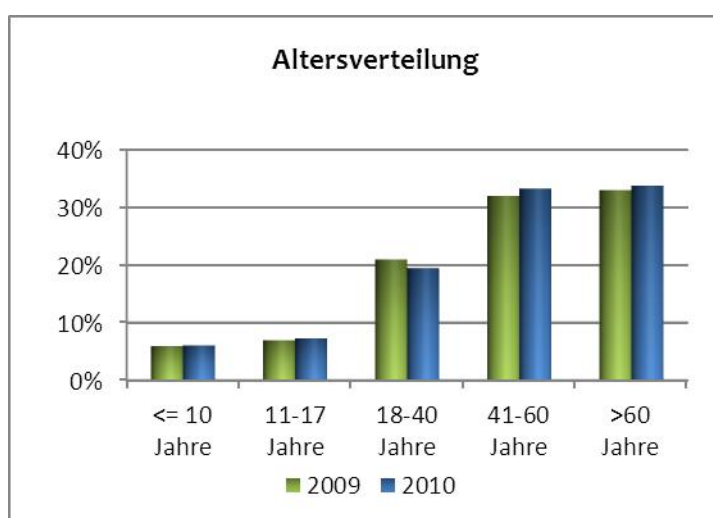
	2006	2007	2008	2009	2010
Anzahl Patienten	1.123	18.227	26.122	29.873	32.157

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 48 Jahren. Der Hauptanteil der eingeschriebenen Patienten ist älter als 60 Jahre und beträgt im Gesamtvergleich 33,8%.

Die zweitgrößte Altersgruppe stellen Patienten zwischen 41-60 Jahre (33,3%) dar.



Alter	<= 10 Jahre	11-17 Jahre	18-40 Jahre	41-60 Jahre	>60 Jahre
Anzahl 2010	1.786	2.142	5.695	9.739	9.868

Seit Beginn des DMP Asthma ist die Altersstruktur der eingeschriebenen Patienten nahezu gleichbleibend. Der Jahresvergleich wird aufgrund einer seit 2009 geänderten Struktur der Alterstdarstellung erst ab 2009 durchgeführt.

3. Ergebnisse zum DMP Asthma

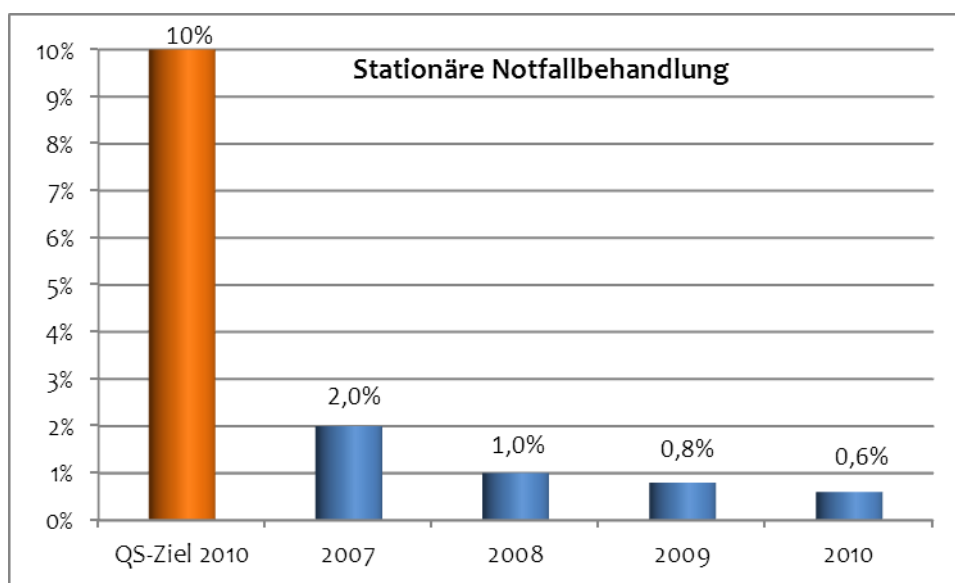
3.1 Vermeidung und Senkung stationärer notfallmäßiger Behandlungen

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.



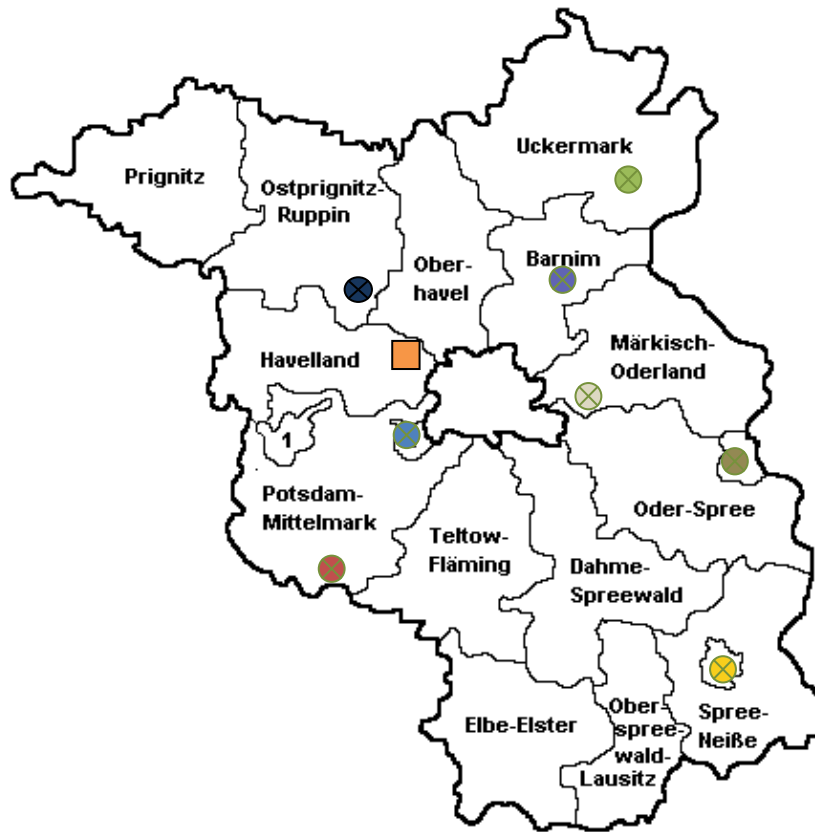
	2007	2008	2009	2010
Patienten mit stat. Notfallbehandlung	368	140	179	154
Anteil an allen Patienten	2,0%	1,0%	0,8%	0,6%

Im Berichtszeitraum 2010 benötigten 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 2010 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 zwölf weiteren KV-Bereichen sogar mit der niedrigsten Quote. In allen übrigen in den Vergleich einbezogenen KV-Bereichen liegt der Anteil stationärer Notfallbehandlungen zwischen 0,8% und 3,1%.

Das Qualitätsziel wurde erfüllt.

Folgende Krankenhäuser bzw. Kliniken sowie eine Rehabilitationsklinik nehmen am DMP Asthma teil:



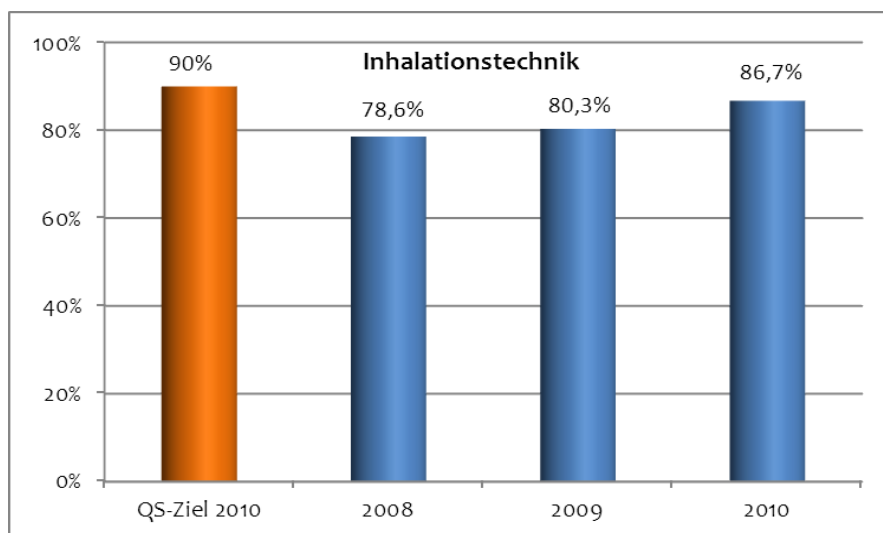
- Ruppiner Kliniken Neuruppin
- Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
- Johanniter Krankenhaus Treuenbrietzen
- Med. und Soz. Zentrum Angermünde
- Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam
- Krankenhaus Märkisch Oderland Strausberg
- Klinikum Frankfurt (Oder)
- Klinikum Barnim Eberswalde
- Sana-Rehabilitationsklinik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



Überprüfung der Inhalationstechnik	2008	2009	2010
Anzahl Patienten	17.273	22.081	25.328
Anteil	78,6%	80,3%	86,7%

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 Jahresverlauf eine positive Erhöhung der Ergebniswerte zu verzeichnen.

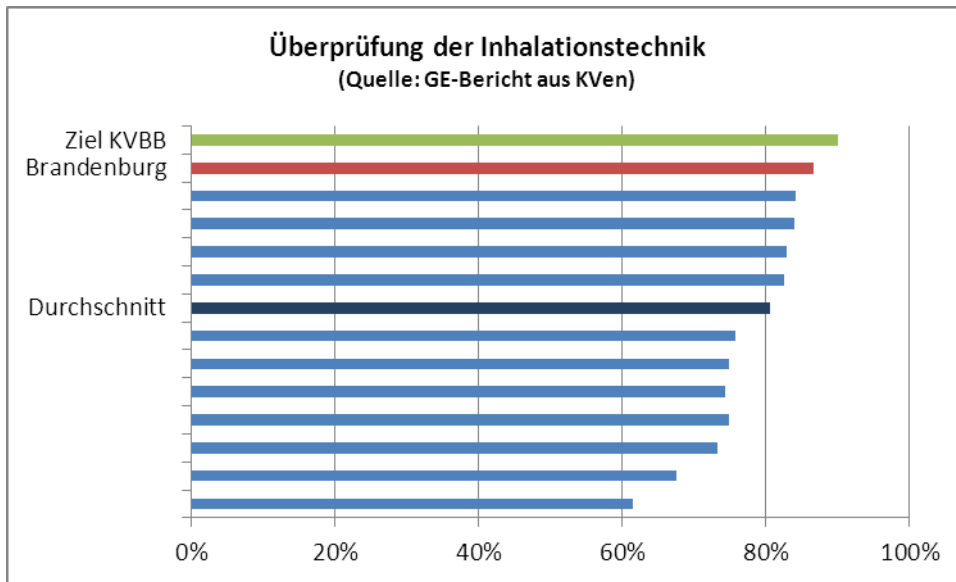
Allerdings ist zur Zielerreichungsquote von 90% kritisch anzumerken, dass die Inhalationstechnik nicht bei allen Patienten kontinuierlich halbjährlich sondern auch jährlich geprüft wird. Der ärztliche Feedbackbericht, und somit auch der Gesamtbericht für Brandenburg bildet zwei Zeiträume innerhalb eines 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/Leergerät des Patienten im Rahmen der Lungenfunktionsprüfung
3. Routinemäßige Unterweisung ggf. mit Überprüfung im Rahmen des ärztlichen Gespräches.

Dieses Thema sollte in den Qualitätszirkeln der Pneumologen aufgegriffen werden und wird nach wie vor ebenfalls bei den zentralen DMP-Forbildungen für die Hausärzte diskutiert.



Ein Vergleich mit elf weiteren KV-Bereichen zeigt auf, dass dieses Ziel auch in den anderen KV-Bereichen nicht erreicht wird. Positiv ist dennoch das Ergebnis in Brandenburg zu bewerten, da hier die höchste Quote bei der Überprüfung der Inhalationstechnik erzielt werden konnte. Die für einen Regionenvergleich zum KV-Durchschnitt zugrundeliegenden Daten der einzelnen KV-Bereiche können hinsichtlich der Anzahl der teilnehmenden KV-Bereiche schwanken. Gründe hierfür bestehen u.a. in der unterschiedlichen Darstellung von Zielergebnissen und somit fehlenden Vergleichsmöglichkeit oder dem Fehlen einzelner Datenergebnisse aus den KV-Bereichen.

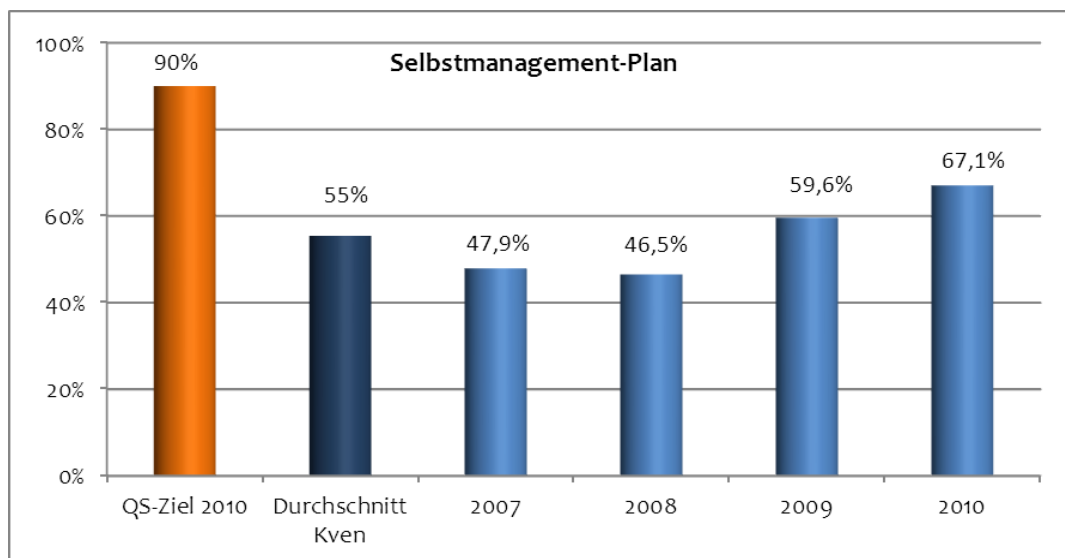
3.3 Patienten mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan

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.



	2007	2008	2009	2010
Patienten mit Selbstmanagement-Plan	8.314	10.211	16.373	19.611
Anteil an allen Patienten	47,9%	46,5%	59,6%	67,1%

Im Auswertungszeitraum wurde bei 67% 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 seit dem Jahr 2007 eine deutliche Steigerung von fast 20% 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.

Auch bei diesem Zielergebnis liegt Brandenburg deutlich über dem Durchschnitt von insgesamt dreizehn ausgewerteten KV-Bereichen. Das erreichte Ergebnis schwankt hier zwischen 37,8% und dem bestem Ergebnis von 71,6%.

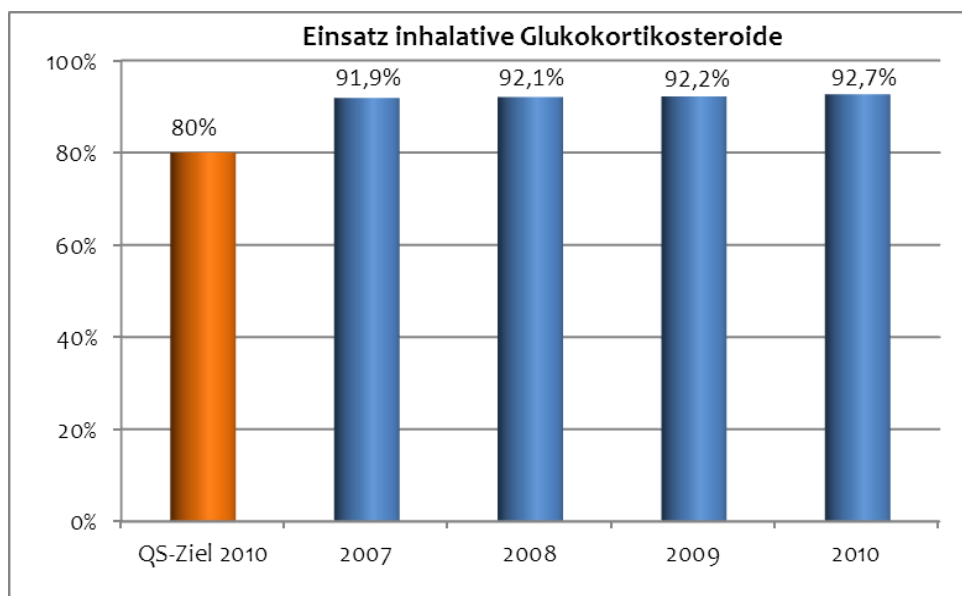
3.4 Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden

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
Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden	14.184	16.641	20.883	22.202
Anteil an allen Patienten mit Dauermedikation	91,9%	92,1%	92,2%	92,7%

Bei 23.941 Asthmapatienten wurde im Auswertungszeitraum die Verordnung einer Dauermedikation mit Glukokortikosteroiden dokumentiert.

Hiervon erhielten 22.202 Patienten vorrangig inhalative Glukokortikosteroide als Dauermedikation, so dass das Qualitätsziel erreicht wurde.

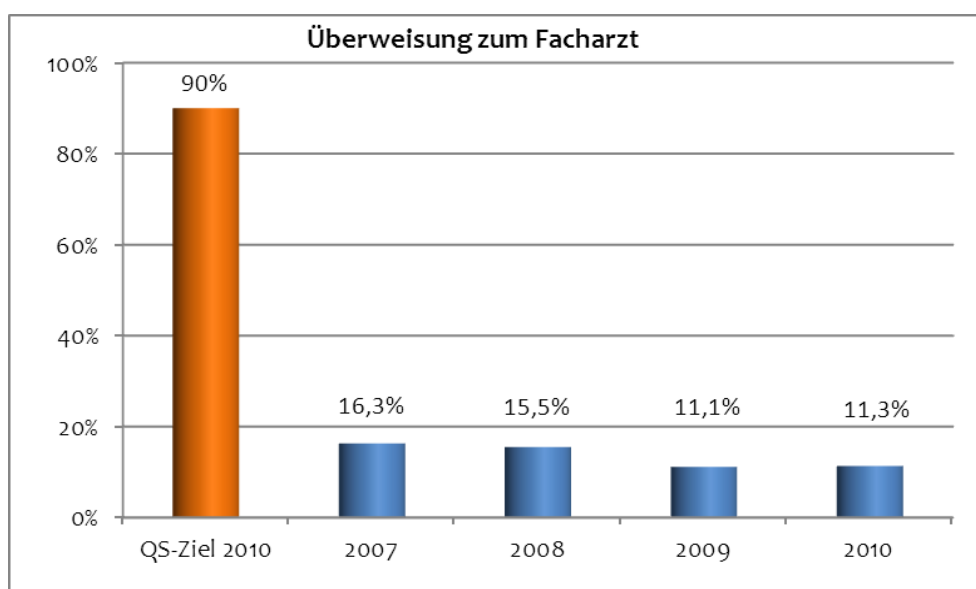
3.5 Überweisung zum Facharzt bei Beginn einer notwendigen Dauertherapie mit systemischen Steroiden

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.



	2007	2008	2009	2010
Patienten mit Überweisung zum FA	42	43	33	19
Anteil an allen Patienten mit Beginn Dauermedikation	16,3%	15,5%	11,1%	11,3%

Im Auswertungszeitraum wurden 168 Patienten mit Beginn einer Dauertherapie mit systemischer Glukokortikosteroiden berücksichtigt. Davon wurden 11,3 % 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. Nicht nur in

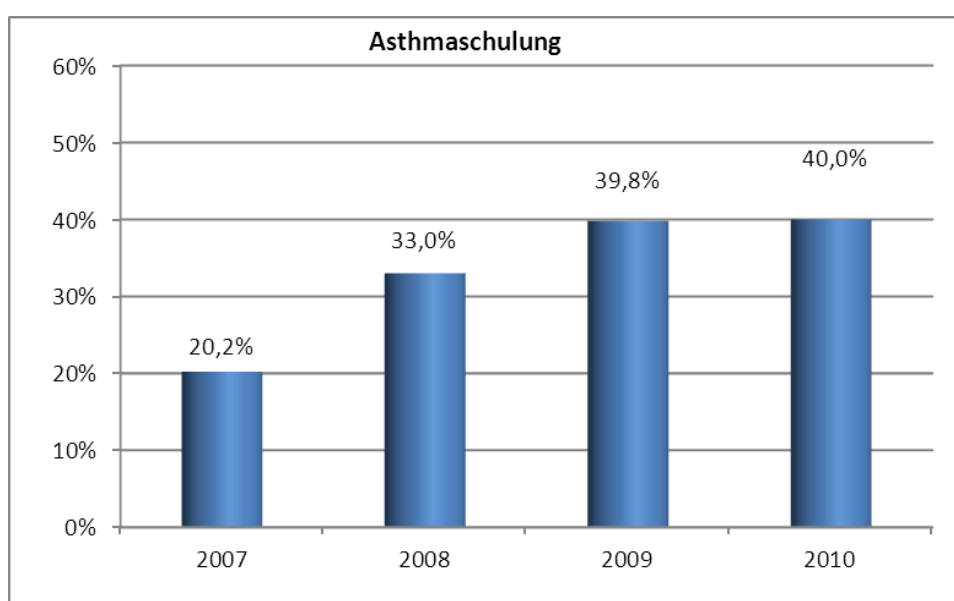
Brandenburg, auch in den übrigen Bundesländern stellt sich eine koordinierende Versorgung überwiegend durch den fachärztlichen Versorgungssektor dar.

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 Asthaschulungen nicht mehr Bestandteil der ärztlichen Qualitätssicherung. Die Wahrnehmung der empfohlenen Schulungen stellen wir im Folgenden dar.

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



	2007	2008	2009	2010
Patienten mit Schulung	491	1.929	3.448	2.942
Anteil an allen Patienten mit Schulungsempfehlung	20,2%	33,0%	39,8%	40,0%

Im Berichtszeitraum 2010 lag die Empfehlungsrate zur Durchführung einer Asthma-Schulung bei 25% (7.364 Patienten von allen 29.230 eingeschriebenen Patienten).

Diese niedrige Quote einer Schulungsempfehlung kann möglicherweise ihre Ursache in der bereits hohen Anzahl beschulter Patienten haben. 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 140 Vertragsärzte eine Genehmigung zur Durchführung von Schulungen nach dem AFAS - Patientenschulungsprogramm. Zusätzlich können 16 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 dritten Auswertungszeitraum erreicht wurde.

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“ 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 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 durch die Patienten sondern überwiegend durch die Eltern bzw. Sorgeberechtigten umgesetzt wurde.

Ebenfalls konnte das Qualitätsziel zur Überprüfung der Inhalationstechnik wiederholt nicht erreicht werden, jedoch zeigt sich hier eine steigende Tendenz seit Einführung des DMP Asthma.

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

Hier liegt die Ursache 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 konnten somit verarbeitet werden.

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 60 % der Patienten mit einer Schulungsempfehlung, diese nicht wahrnehmen, 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 die Zielerfüllung sich zwar gleichbleibend, überwiegend aber mit positivem Trend, darstellt. Dennoch sollten zwischen den Vertragspartnern auch zukünftig Anstrengungen unternommen werden, um die Ergebnisse weiter zu verbessern.