

Qualitätssicherungsbericht
der Techniker Krankenkasse zum
Disease Management Programm (DMP) TK-Plus
Asthma in Hessen

Ausgewerteter Zeitraum: 01.01.2019 - 31.12.2019

Teilnehmende Versicherte zum Stichtag 31.12.2019: 6.855

Das TK Behandlungsprogramm Asthma läuft im Bundesland Hessen läuft seit dem 01.04.2007. Die Krankenkassen sollen die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen regelmäßig öffentlich darlegen. Transparenz ist eine wichtige Voraussetzung für Qualität.

Der Bericht erfolgt gemäß § 137f Abs. 4 Satz 2 SGB V auf Grundlage der DMP-A-RL (§ 2a Abs. 1 a).

Gemäß § 2a Abs. 1 f) DMP-A-RL waren vom 01.01. bis 31.12. des Berichtsjahres **6.855** Versicherte in das DMP Asthma eingeschrieben.

Gemäß § 2a Abs. 1 i) und j) DMP-A-RL haben vom 01.01. bis 31.12. des Berichtsjahres **410** Versicherte das DMP Asthma beendet. Die folgenden Gründe führten zur Beendigung der Teilnahme:

- Ende der Versicherung:	51
- freiwilliger Austritt aus DMP-Programm:	11
- Umzug in andere KV:	7
- Ausschluss wegen fehlender ED:	1
- Ausschluss wegen fehlender 2. FD:	291
- Ausschluss wegen 2. Schulung abgelehnt:	5
- Tod:	30
- Arztaustritt:	0
- Diagnosewechsel:	14

Qualitätssichernde Maßnahmen gemäß der Anlage „Qualitätssicherung“ des DMP-Vertrages in Hessen

1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien

I. Ziel: Quartal I/2019: Reduktion notfallmäßiger stationärer Behandlungen
ab Quartal II-IV/2019: Reduktion ungeplanter Behandlungen

Auslösealgorithmus:

Wenn die Angabe in Feld 3 (ISD) "notfallmäßige stationäre Behandlung wegen Asthma bronchiale" bzw. ab Q II/19 „ungeplante, auch notfallmäßige (ambulante und stationäre) ärztliche Behandlung wegen Asthma bronchiale“ seit der letzten Dokumentation größer als "Null" ist.

Art der anlassbezogenen Versicherteninformation:

Basis-Information über Asthma und Möglichkeiten der Einflussnahme durch den Versicherten, maximal einmal pro Jahr.

TK-Ergebnis:

In der Zeit vom 01.01.2019 bis 31.03.2019 wurde bei **25** von **6.855** Teilnehmern eine "notfallmäßige stationäre Behandlung" gemäß vorgenanntem Kriterium dokumentiert. Die betroffenen Versicherten erhielten daraufhin einen themenbezogenen Reminder.

In der Zeit vom 01.04.2019 bis 31.12.2019 wurde bei **115** von **6.855** Teilnehmern eine "notfallmäßige stationäre oder ambulante Behandlung" gemäß vorgenanntem Kriterium dokumentiert. Die betroffenen Versicherten erhielten daraufhin einen themenbezogenen Reminder.

2. Aktive Teilnahme der Versicherten

II. Ziel: Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten

Auslösealgorithmus:

Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt.

Art der anlassbezogenen Versicherteninformation:

Reminder an Versicherten, Informationen über DMP, Bedeutung der aktiven Teilnahme und der regelmäßigen Arztbesuche.

Auswertungs-Algorithmus:

Anteil der im Quartal eingegangenen FD : alle im Quartal erwarteten FD

TK-Ergebnis: Im Zeitraum vom 01.01.2019 bis 31.12.2019 gingen **19.649** Folgedokumentationen von insgesamt **21.431** erwarteten Folgedokumentationen ein. Das entspricht einer Quote von **91,68** Prozent. Teilnehmer, bei denen Folgedokumentationen fehlen, wurden entsprechend informiert.

III. Ziel: Wahrnehmung empfohlener Schulungen

Auslösealgorithmus:

Wenn im Feld 10 (ISD) "empfohlene Schulung wahrgenommen" mit "nein" oder zweimal mit "war aktuell nicht möglich" angegeben ist.

Art der anlassbezogenen Versicherteninformation:

Aufklärung bzw. Informationen über die Wichtigkeit von Schulungen; maximal einmal pro Jahr.

TK-Ergebnis:

Im Zeitraum vom 01.01.2019 bis 31.12.2019 lag bei **428** von **6.855** Teilnehmern eine entsprechende Dokumentation vor. Die betroffenen Teilnehmer erhielten eine themenbezogene Information.