

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

**Ausgewerteter Zeitraum: 01.01.2019 - 31.12.2019**

**Teilnehmende Versicherte zum Stichtag 31.12.2019: 1.693**

Das TK Behandlungsprogramm Asthma läuft im Bundesland Sachsen-Anhalt seit dem 30.11.2006. 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 **1.693** 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 **104** Versicherte das DMP Asthma beendet. Die folgenden Gründe führten zur Beendigung der Teilnahme:

- Ende der Versicherung:	<b>30</b>
- freiwilliger Austritt aus DMP-Programm:	<b>1</b>
- Umzug in andere KV:	<b>1</b>
- Ausschluss wegen fehlender ED:	<b>0</b>
- Ausschluss wegen fehlender 2. FD:	<b>59</b>
- Ausschluss wegen 2. Schulung abgelehnt:	<b>2</b>
- Tod:	<b>11</b>
- Arztaustritt:	<b>0</b>
- Diagnosewechsel:	<b>0</b>

# Qualitätssichernde Maßnahmen gemäß der Anlage „Qualitätssicherung“ des DMP-Vertrages in Sachsen-Anhalt

## 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 **5** von **1.693** 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 **60** von **1.693** 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 **4.744** Folgedokumentationen von insgesamt **5.130** erwarteten Folgedokumentationen ein. Das entspricht einer Quote von **92,48** 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 **98** von **1.693** Teilnehmern eine entsprechende Dokumentation vor. Die betroffenen Teilnehmer erhielten eine themenbezogene Information.