

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

Ausgewerteter Zeitraum: 01.01.2019 - 31.12.2019

Teilnehmende Versicherte zum Stichtag 31.12.2019: 3.290

Das TK Behandlungsprogramm Asthma läuft im Bundesland Rheinland-Pfalz läuft seit dem 26.06.2007. 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 **3.290** 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 **241** Versicherte das DMP Asthma beendet. Die folgenden Gründe führten zur Beendigung der Teilnahme:

- Ende der Versicherung:	25
- freiwilliger Austritt aus DMP-Programm:	9
- Umzug in andere KV:	7
- Ausschluss wegen fehlender ED:	0
- Ausschluss wegen fehlender 2. FD:	181
- Ausschluss wegen 2. Schulung abgelehnt:	1
- Tod:	14
- Arztaustritt:	0
- Diagnosewechsel:	4

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

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 **9** von **3.290** 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 **57** von **83.290** 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 **9.161** Folgedokumentationen von insgesamt **10.048** erwarteten Folgedokumentationen ein. Das entspricht einer Quote von **91,17** 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 **119** von **3.290** Teilnehmern eine entsprechende Dokumentation vor. Die betroffenen Teilnehmer erhielten eine themenbezogene Information.