

# Benchmarking in der Patientenversorgung

# VERORDNUNGSSPIEGEL<sup>®</sup>

im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

## Asthma

(Benchmark-Qualitätszirkel)

Basisquartal: 2004q2



**Anschrift:**

AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Weender Landstr. 11, 37073 Göttingen

Telefon: 05 51 / 789 52-0

E-Mail: [office@aqua-institut.de](mailto:office@aqua-institut.de)

Internet: <http://www.aqua-institut.de>

**Projektpartner:**

- AOK Sachsen-Anhalt
- AQUA-Institut Göttingen
- Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
- Universität Heidelberg (Abt. Innere Medizin VI – Klin. Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie, Prof. Haefeli)
- Universität Heidelberg (Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Prof. Szecsenyi)

**Förderung:**

- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS)

Der Verordnungsspiegel<sup>©</sup> einschließlich seines Inhaltes und seiner Darstellungsweisen ist ein urheberrechtlich geschütztes Produkt des AQUA - Institutes für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Weender Landstr. 11, 37073 Göttingen.

Jeder Nachdruck, jede Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung, auch nur von Teilen des Werkes oder von Abbildungen, jede Abschrift, auch auf fotomechanischem Wege oder in Magnettonverfahren, Vortrag, Funk, Fernsehsendung, Telefonübertragung sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Institutes.

**Achtung!**

Geschützte Warenzeichen werden nicht besonders kenntlich gemacht. Die Wiedergabe von Gebrauchs- und Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zur Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- oder Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten sind und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

## INHALTSVERZEICHNIS

### Teil 1

1. Einleitung .....	4
2. Definitionen .....	6
3. Praxismerkmale.....	7
4. Darstellung der Indikatoren.....	13
5. Patienten und Verordnungen Ihrer Praxis.....	25

### Teil 2

- 6. Fakten und Empfehlungen
- 7. Anhang
- 8. Anlagen

## 1. Einleitung

Dieser Verordnungsspiegel "Asthma" ist Grundlage für das zweite (und gleichzeitig letzte) Qualitätszirkeltreffen im Rahmen des Benchmark-Projektes<sup>1</sup>. Es soll untersucht werden, ob die Wirksamkeit der Qualitätszirkel-Arbeit durch das Benchmarking-Konzept weiter zu steigern ist: Während 6 der insgesamt 12 Qualitätszirkel „herkömmliche“ *Verordnungsanalysen*<sup>2</sup> (Projektgruppe "Traditionelle QZ") ohne Offenlegung der *praxisindividuellen Werte* erhalten, werden in den übrigen 6 Qualitätszirkeln, zu dem auch Ihr QZ gehört, die **Verordnungsdaten innerhalb des eigenen Qualitätszirkels teilweise offengelegt und** beinhalten einen anzustrebenden **Zielwert (Projektgruppe "Benchmark-QZ")**. Dieser Zielwert ist *nicht* theoretisch festgesetzt, sondern wird jeweils als Durchschnittswert aus den 10% „Besten“ der Benchmark-Projektgruppe gebildet.

Die Ergebnisse des Projektes werden den Teilnehmern voraussichtlich auf einem Workshop Ende 2006 präsentiert. Bei der Evaluation werden neben den Qualitätsindikatoren des Arzneimitteleinsatzes (Arzneimittel-Interaktionen, Asthma), die Bewertung durch die Patienten, die Arztzufriedenheit mit der Intervention und die Bewertung der Gruppentreffen betrachtet.

Da die **Verordnungen keinen Diagnosebezug** aufweisen, kann seitens des AQUA-Institutes nicht unterschieden werden, welche obstruktive Atemwegserkrankung therapiert werden sollte. Daher wurden im Teil 1 des Verordnungsspiegels *alle Verordnungen ausgewertet*, die therapeutisch bei *obstruktiven Atemwegserkrankungen* verwendet werden – ungeachtet der dem AQUA-Institut *unbekannten* Diagnose. Dennoch beschränken sich die Empfehlungen im Teil 2 dieses Verordnungsspiegels im Wesentlichen auf die Asthmatherapie. Unter dem Begriff **ATEMWEGSPATIENTEN (AWP)** werden alle Patienten verstanden, die mit Mitteln zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen therapiert werden. Das bedeutet, dass also sowohl **Patienten mit Asthma als auch mit COPD** unter dem Begriff ATEMWEGSPATIENTEN (AWP) erfasst werden.

---

<sup>1</sup> Die Offenlegung der eigenen Versorgungsdaten zusammen mit der Orientierung an den „Besten“ wird neu deutsch als „Benchmarking“ (Lernen vom „Besten“) bezeichnet. Die Offenlegung findet im geschützten Rahmen der Qualitätszirkel statt - außer den beteiligten Hausärzten hat nur AQUA Einblick in die Detailanalysen.

<sup>2</sup> „Herkömmliche“ Verordnungsanalysen (Projektgruppe "Traditionelle QZ") beinhaltet die vergleichende Darstellung des praxisindividuellen Wertes, die Streuung der Projektgruppe ("Traditionelle QZ") und einer Kontrollgruppe.

**Abkürzungen**

AMP	Patient mit <i>mindestens</i> 1 Wirkstoff pro Quartal (unabhängig von der Art des Wirkstoffes)
AU	Arbeitsunfähigkeit
ATC	Anatomisch-therapeutische Classifikation der Wirkstoffe seitens der WHO
AWP	Atemwegspatient = Patient, der einen Wirkstoff aus der Gruppe „Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen“ erhält ( <b>ATC-Code R03</b> )
Benchmark	Zielwert, der aus den 10%-,„Besten“ der Benchmark-Projektgruppe gebildet wird.
KGR	Kontrollgruppe (70 Praxen ohne Teilnahme an dem Projekt)
KH	Krankenhaus
PGR	Projektgruppe, bestehend aus den 6 Benchmark-QZ (45 Praxen)

## 2. Definitionen

- Die vorliegenden Daten werden ausschließlich auf **Quartalsebene** (Datengrundlage II/2004) analysiert und beziehen sich ausschließlich auf **AOK-Versicherte**.
- Als Antiasthmatika werden alle Wirkstoffe bezeichnet, die bei *obstruktiven Atemwegserkrankungen* verwendet werden und den ATC-Code R03 aufweisen.
- Die Zuordnung der Wirkstoffe zu den einzelnen Wirkstoffgruppen wird nachfolgend aufgeführt und ist Grundlage für *Abb. 1*:

### Antiasthmatika und deren Zuordnung zu den Wirkstoffgruppen

Name	Bezeichnung der Wirkstoffgruppe	Wirkstoffbeispiele, z.B.:
1. ICS Mono	<b>Inhal.</b> Glucocorticoide ( <i>Monopräparate</i> )	Budesonid, Betamethason
2. ICS Komb.	<b>Inhal.</b> Glucocorticoide ( <i>Kombipräparate</i> )	Salmeterol+Fluticason, Formoterol+Budesonid
3. $\beta$ -Mimetika (Mono)	<b>Inhal.</b> <u>Selekt.</u> $\beta$ 2-Adrenorezeptor-Agonisten ( $\beta$ 2-Mimetika) - ( <i>Monopräparate</i> )	Salbutamol, Salmeterol
4. Anticholinergika (Mono)	<b>Inhal.</b> Anticholinergika ( <i>Monopräparate</i> )	Ipratropiumbromid, Tiotropiumbromid
5. Antiallergika (Mono)	<b>Inhal.</b> Antiallergika ( <i>Monopräparate</i> )	Cromoglicins., Nedocromil
6. Übrige Inhalativa	<b>Inhal.</b> $\alpha/\beta$ -Adrenorezeptor-Agonisten	Epinephrin
	<b>Inhal.</b> <u>nicht-selekt.</u> $\beta$ -Adrenorezeptor-Agonisten	Isoprenalin, Orciprenalin
	<b>Inhal.</b> Komb. von Sympathomimetika mit anderen Mitteln	Reproterol+Cromoglicinsäure, Formoterol+Budesonid usw.
	<b>Übrige Inhalativa</b>	Fenspirid
7. S.-Mimetika, system.	<b>System.</b> $\alpha/\beta$ -Adrenorezeptor-Agonisten	Epinephrin
	<b>System.</b> <u>Nicht-selekt.</u> $\beta$ -Adrenorezeptor-Agonisten	Isoprenalin, Orciprenalin
	<b>System.</b> <u>Selekt.</u> $\beta$ 2-Adrenorezeptor-Agonisten	Salbutamol, Salmeterol
8. Xanthine	<b>System.</b> Xanthine	Theophyllin
	<b>System.</b> Xanthine in Komb. mit Sympathomimetika	
9. Übrige	<b>System.</b> Leukotrien-Antagonisten	Montelukast
	<b>System.</b> Andere	Fenspirid
	<b>System.</b> Ketotifen	Ketotifen

### 3. Praxismerkmale

Eingangs erhalten Sie einen Überblick über wichtige Verordnungsdaten und –kenngrößen Ihrer Praxis im Vergleich zu Ihrer Projektgruppe (Durchschnitt aus den Praxen der Benchmark-QZ) und der Kontrollgruppe (*Tabelle 1*).

**Tabelle 1: Verordnungsdaten in der Übersicht (pro Praxis)**

	Ihre Praxis	Projektgruppe (Durchschnitt)	Kontrollgruppe (Durchschnitt)
Anzahl der AOK-Fälle		390	426
Anzahl der AMP		282	300
Verschreibungsrate		72,3%	70,5%
Verordnungskosten für Arzneimittel		41.512,63 €	49.376,37 €
Kosten pro AOK-Fall		106,48 €	115,97 €

- Die Angaben in *Tabelle 1* sind unabhängig von der Medikation, d.h. es werden alle Patienten bzw. alle Verordnungen der Praxis erfasst.
- Die Projektgruppe besteht bei Ihnen aus den Praxen der Benchmark-QZ.
- Die **Fallzahl** umfasst die Zahl der AOK-Versicherten, die im Quartal II/2004 eine der Projekt- bzw. der Kontrollgruppenpraxen aufgesucht haben.
- Arzneimittel-Patienten<sup>3</sup> (**AM-Patienten, AMP**) nennen wir diejenigen der AOK-Versicherten, denen in einer Praxis (unabhängig von der Indikationsgruppe) mindestens ein Medikament pro Quartal verordnet wurde.
- Die **Verschreibungsrate** ergibt sich als Quotient aus der Anzahl der AMP und der Fallzahl.
- Die **Verordnungskosten** umfassen die Summe aller Verordnungskosten der eingelösten Rezepte der AM-Patienten. Berechnet werden *Bruttoarzneimittelpreise ohne Berücksichtigung von Zuzahlungen*.

<sup>3</sup> Da die Aufzählung der Bezeichnungen für männliche und weibliche Personen die Lesbarkeit beträchtlich erschwert, benutzen wir meistens den Plural oder auch die männliche Form. Sie stehen gleichbedeutend für Frauen und Männer.

- Die **Kosten pro AOK-Fall** sind die durchschnittlichen Kosten für jeden AOK-Versicherten, der in dem untersuchten Quartal eine Praxis der Projekt- bzw. Kontrollgruppe aufgesucht hat, unabhängig davon, ob er eine Verordnung erhalten hat.

**Tabelle 2: Zusatzdaten in der Übersicht (pro Praxis)**

	Ihre Praxis	Projektgruppe (Durchschnitt)	Kontrollgruppe (Durchschnitt)
Anzahl der Patienten mit AU		31,9	33,0
Anzahl der AU-Tage		572,8	556,4
AU-Tage pro Patient, durchschnittl.		18,0	16,9
Anzahl der Patienten mit KH-Einweisung		13,7	16,8
Anzahl der KH-Tage		163,7	209,2
KH-Tage pro Patient, durchschnittl.		12,0	12,4

Auch in der *Tabelle 2* sind die Angaben zur Arbeitsunfähigkeit (AU) und zum Krankenhaus (KH) unabhängig von der Medikation, d.h. an dieser Stelle werden alle Patienten erfasst – also auch Patienten, die keine Antiasthmatika erhalten.

Nachfolgend wird auf Antiasthmatika bzw. Atemwegspatienten fokussiert. Die *Tabelle 3* vermittelt Ihnen auf einen Blick wichtige Eckdaten Ihrer gesamten Antiasthmatika-Verordnungen, ohne allerdings nach Wirkstoffgruppen zu differenzieren. Bitte beachten Sie, dass sich die Bezugsebene innerhalb der Tabelle verändert. Es wird unterschieden zwischen:

- Bezugsebene: *Praxis*,
- Bezugsebene: *Atemwegspatient (Patient mit mindestens 1 Verordnung aus der Wirkstoffgruppe Antiasthmatika mit dem ATC-Code R03)* und
- Bezugsebene: *Antiasthmatika (ausschließlich Wirkstoffe mit dem ATC-Code R03)*.

In der *Tabelle 3* ist die **Wirkstoffzahl** der durchschnittlich pro Praxis verwendeten, verschiedenen Antiasthmatika ausgewiesen. Je mehr unterschiedliche Wirkstoffe ein Arzt verordnet, desto schwieriger ist es, Wirksamkeit, therapeutischen Nutzen, Risiken, Anwendungsbesonderheiten sowie Kosten zu kennen und bei der Auswahl vergleichend abzuwägen. Ein genauer Zielwert ist schwierig zu benennen: Einerseits ist dem therapeutischen Fortschritt und dem Behandlungsbedarf der Patienten natürlich Rechnung zu tragen – dies erfordert eine ausreichend hohe Zahl von Wirkstoffen – andererseits ist

aber, um seitens des Arztes den Überblick zu bewahren, eine nicht zu hohe Wirkstoffzahl anzustreben. Die Kenngröße ist von der Aut-Idem-Regelung und einer wirkstoffgleichen Umstellung auf Generika *unberührt*, da es sich dabei *nicht um die Anzahl der verschiedenen Warenzeichen* (Aggregate), sondern tatsächlich um unterschiedliche Wirkstoffe handelt.

Die **Gesamtkosten für Antiasthmatica** umfassen die *Bruttoarzneimittelpreise ohne Berücksichtigung von Zuzahlungen* für Antiasthmatica auf Ebene der Praxis.

Als **“Anzahl der Atemwegspatienten mit KH”** werden ausschließlich diejenigen Atemwegspatienten ausgewiesen, die im Krankenhaus aufgenommen wurden (unabhängig von der Diagnose). Der Begriff **“Summe der KH-Tage bei AWP”** gibt die insgesamt angefallenen Krankenhaustage für alle Atemwegspatienten an.

Der Begriff **“Anzahl der Atemwegspatienten mit AU”** erfasst ausschließlich diejenigen Atemwegspatienten, denen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt wurde (unabhängig von der Diagnose). Unter dem Begriff **“Summe der AU-Tage bei AWP”** wird die Gesamtsumme der AU-Tage für alle Atemwegspatienten angegeben; dabei bleibt ein eventuell höheres Durchschnittsalter und die damit verbundene verringerte Erwerbstätigkeit allerdings unberücksichtigt.

Bei der **“Wirkstoffzahl (in Bezug auf die gesamte Medikation) pro AWP”** werden alle Wirkstoffe, also nicht ausschließlich Antiasthmatica, sondern z.B. auch Antihypertensiva usw. erfasst. Diese Zahl spiegelt letztlich die Polymorbidität vieler Atemwegspatienten wider. Im Gegensatz dazu werden als **„Anzahl der Antiasthmatica-Wirkstoffe pro AWP“** ausschließlich Wirkstoffe zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen erfasst.

Was sagt die *Tabelle 3* in Bezug auf die Kontrollgruppe für ein Quartal aus: Pro Praxis werden ca. 10 verschiedene Antiasthmatica verwendet, durchschnittlich ergeben sich daraus Kosten in Höhe von 2.333,55 Euro. Diese Kosten werden von ca. 22 Patienten verursacht, die (unabhängig von der Diagnose) insgesamt 16 Tage im Krankenhaus zubringen; zusätzlich fallen (unabhängig von der Diagnose) insgesamt ca. 19 AU-Tage an. Pro AWP resultieren somit im Durchschnitt 0,7 KH-Tage und 0,9 AU-Tage. Ein Atemwegspatient erhält durchschnittlich auf die gesamte Medikation bezogen fast 5 verschiedene Wirkstoffe (z.B. 1 Antiastmatikum, 2 Antihypertensiva, 2 Antidiabetika) und allein auf Antiasthmatica bezogen, 1,4 verschiedene Wirkstoffe. Die Verordnung eines Antiastmatikums verursacht durchschnittliche Kosten in Höhe von 49,40€. Generika sind nur 41% der Antiasthmatica-Verordnungen und nur 46,6% sind festbetragsgerelt. Eine Tagesdosis eines Antiastmatikums kostet durchschnittlich 0,88€.

**Tabelle 3: Kenngrößen auf unterschiedlichen Ebenen**

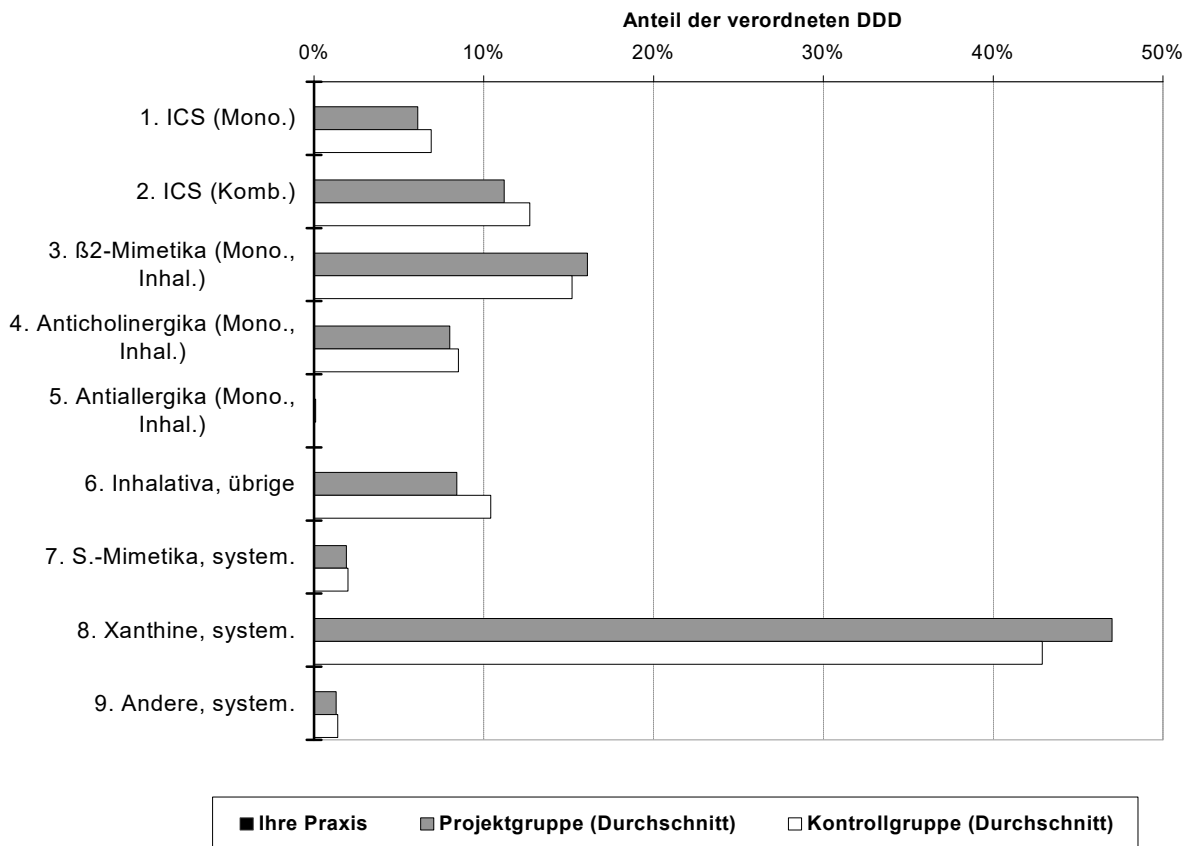
Bezug auf Arzneimittel zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen (= Antiasthmatica)	Ihre Praxis	Projektgruppe (Durchschnitt)	Kontrollgruppe (Durchschnitt)
<b>Bezugsebene: Praxis</b>			
Wirkstoffzahl in Bezug auf Antiasthmatica		9,5	10,0
Gesamtkosten für Antiasthmatica		1.959,93 €	2.333,55 €
Anzahl der Atemwegspatienten (AWP)		21,1	22,0
Anzahl der Atemwegspatienten mit KH		1,1	1,3
Summe der KH-Tage bei Atemwegspatienten		11,0	16,1
Anzahl der Atemwegspatienten mit AU		1,2	0,8
Summe der AU-Tage bei Atemwegspatienten		25,9	18,8
<b>Bezugsebene: Atemwegspatient (AWP)</b>			
Durchschnittliches Alter der AWP		65,1	66,9
Anteil der weiblichen AWP		52,6%	55,4%
Anzahl der Wirkstoffe pro AWP (in Bezug auf die gesamte Medikation)		4,8	4,8
Anzahl der Antiasthmatica-Wirkstoffe pro AWP		1,4	1,4
Kosten für Antiasthmatica pro AWP		92,90 €	106,07 €
Anzahl der KH-Tage pro AWP		0,5	0,7
Anzahl der AU-Tage pro AWP		1,2	0,9
<b>Bezugsebene: Antiasthmatica-Verordnung</b>			
Kosten pro Verordnung		45,14 €	49,40 €
Anteil der Generika am Gesamtmarkt (%)		45,4%	41,0%
Anteil der festbetragsgeregelten Verordnungen am Gesamtmarkt (%)		46,6%	46,6%
<b>Bezugsebene: Tagesdosis eines Antiasthmaticums</b>			
Kosten pro Tagesdosis		0,82 €	0,88 €

**Tabelle 4: Atemwegspatienten nach Altersklassen (mit ihrer gesamten Medikation)**

	Ihre Praxis		Projektgruppe (Durchschnitt)	
Jahre	Anteil der AMP (%)	Wirkstoffzahl pro AWP	Anteil der AMP (%)	Wirkstoffzahl pro AWP
<b>0- 9</b>			1,7%	0,5
<b>10-19</b>			2,7%	1,0
<b>20-29</b>			2,5%	0,7
<b>30-39</b>			3,4%	1,2
<b>40-49</b>			5,0%	1,9
<b>50-59</b>			7,7%	2,9
<b>60-69</b>			22,4%	4,3
<b>70-79</b>			32,6%	5,0
<b>&gt;79</b>			21,8%	4,7

In der *Tabelle 4* werden ausschließlich Atemwegspatienten (AWP) betrachtet, wobei nach Altersklassen differenziert wird. Für jede Altersklasse wird die durchschnittliche Zahl der insgesamt verordneten, verschiedenen Wirkstoffe ausgewiesen. Hierbei werden aber nicht ausschließlich Antiasthmatica, sondern auch Wirkstoffe anderer Indikationen (z.B. Bluthochdruck) berücksichtigt.

Das Gros der AWP ist über 50 Jahre alt und erhält deutlich mehr als 3 verschiedene Wirkstoffe pro Quartal.

**Abbildung 1: Antiasthmatica-Verbrauch nach Wirkstoffgruppen**

Die *Abbildung 1* zeigt, in Bezug auf welche Wirkstoffgruppen der Verbrauch prozentual am stärksten ist. Näheres zur Wirkstoffgruppenzuordnung finden Sie in Kapitel 2 unter „Definitionen“.

Deutlich dominieren die Xanthine (z.B. Theophyllin) vor den selektiven  $\beta$ 2-Sympathomimetika zur Inhalation (Gruppe 3: z.B. Salbutamol). An dritter Stelle sind inhalative Kombinationspräparate zu finden, die aus Salmeterol+Fluticason oder Formoterol+Budesonid bestehen (Gruppe 2). Prinzipiell handelt es sich bei diesen Kombinationspräparaten zwar um therapeutisch sinnvolle, aber dennoch kostenintensive Medikamente. Dementsprechend muss auf eine stufenadaptierte Therapie geachtet werden - die Kombinationstherapie empfiehlt sich ab Stufe 3. Häufig wird hier aber nach initialem Behandlungsversuch ein sogenanntes „stepping down“ vergessen, und die Patienten verwenden dauerhaft ein teures Kombinationspräparat, obwohl ein günstigeres ICS-Monotherapeutikum gemäß Stufe 2 ausreichen würde (siehe auch Indikator in *Abb. 8*).

## 4. Darstellung der Indikatoren

Um die äußerst komplexe Versorgungsrealität unter einer bestimmten Fragestellung zu beleuchten, bedienen wir uns bestimmter Meßgrößen – der Indikatoren. Wir möchten nochmals betonen, dass uns ausschließlich routinemäßig ermittelte Verordnungsdaten, aber *keine Diagnosen* vorliegen! Wir können daher nur Indikatoren formulieren, die sich direkt aus Pharmadaten ableiten lassen. Bei den Indikatoren handelt es sich um Vorschläge unsererseits, mit deren Hilfe bei der Evaluation gegebenenfalls eingetretene Veränderungen gemessen werden können.

### Ein Indikator

- ist eine messbare Größe, die eine Aussage in Bezug auf die Qualität der Versorgung in einem *ausgewählten* Bereich zulässt,
- zeigt den Ist-Zustand der Versorgung *unter einer bestimmten* Fragestellung und
- lässt *allein* keine abschließende Beurteilung der Qualität zu, sondern ist immer nur in Bezug zu anderen Aspekten zu interpretieren.

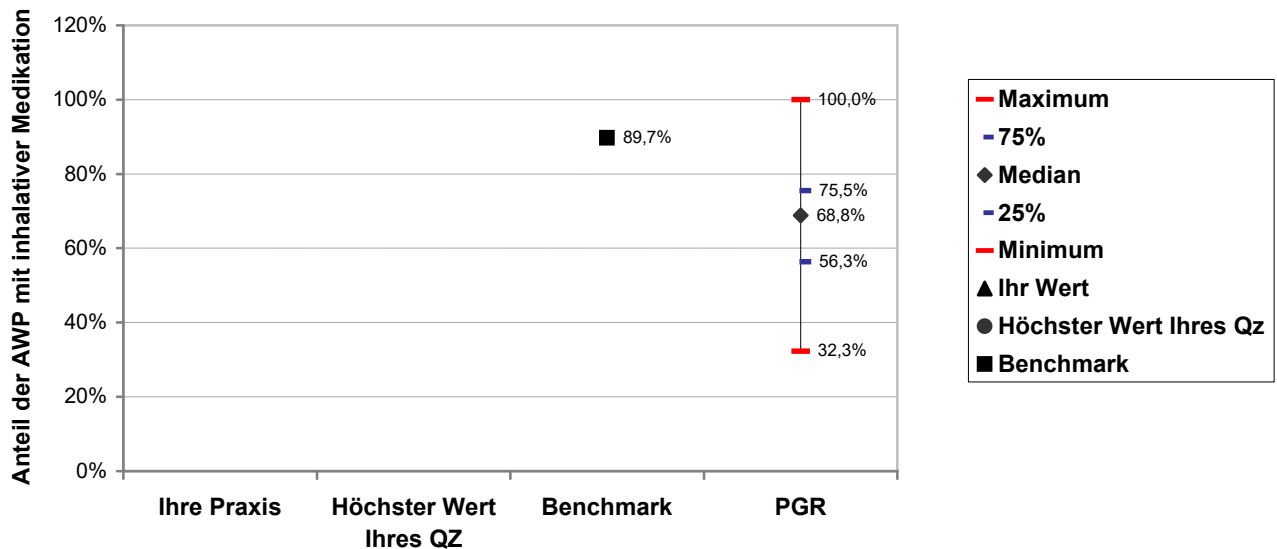
Während bei den Qualitätszirkeln mit „herkömmlichen“ Verordnungsanalysen jeder Teilnehmer neben seinem praxisindividuellen Wert, die Streuung der eigenen Projektgruppe und die der Kontrollgruppe sieht, wird bei den Verordnungsanalysen der Benchmark-Qualitätszirkel (auch Ihr QZ gehört dazu!) jedem Teilnehmer, neben seinem praxisindividuellen Wert, der Bestwert des eigenen QZ, der Zielwert (Benchmark) und die Streuung der eigenen Projektgruppe (bestehend aus den Teilnehmern der 6 Benchmark-QZ) dargestellt. Dieser Zielwert (**Benchmark**) ist *nicht* theoretisch festgesetzt, sondern wird jeweils als Durchschnittswert aus den 10% „besten“ Praxen der insgesamt 45 Praxen der 6 Benchmark- Qualitätszirkelszirkel (auch Ihr Qualitätszirkel gehört dazu!) gebildet.

Um Ihnen nicht nur in Form der Indikatoren Zahlen auszuweisen, sondern auch einen möglichen Ansatz für Veränderungen zu liefern, präsentieren wir Ihnen praxisindividuell im Kapitel 5 (*Tabelle 5, Tabelle 6*) die Verordnungen bzw. Patienten, die von bestimmten Indikatoren (*Abb. 7, Abb. 9*) betroffen sind.

### Indikatoren mit korrespondierenden Abbildungen und Tabellen

Abb. 7	Tab. 5	Anteil der Atemwegspatienten mit hohem Verbrauch (> 90 DDD) kurzwirksamer Sympathomimetika zur Inhalation
Abb. 9	Tab. 6	Verordnungsanteil von Generika bzw. festbetragsgeregelten Antiasthmatica

Abbildung 2: Anteil der Atemwegspatienten mit inhalativer Medikation



Den höchsten Wert Ihres Qualitätszirkels erreichten folgende Praxen:

Frau Dipl.-Med. Gabriele Lasse

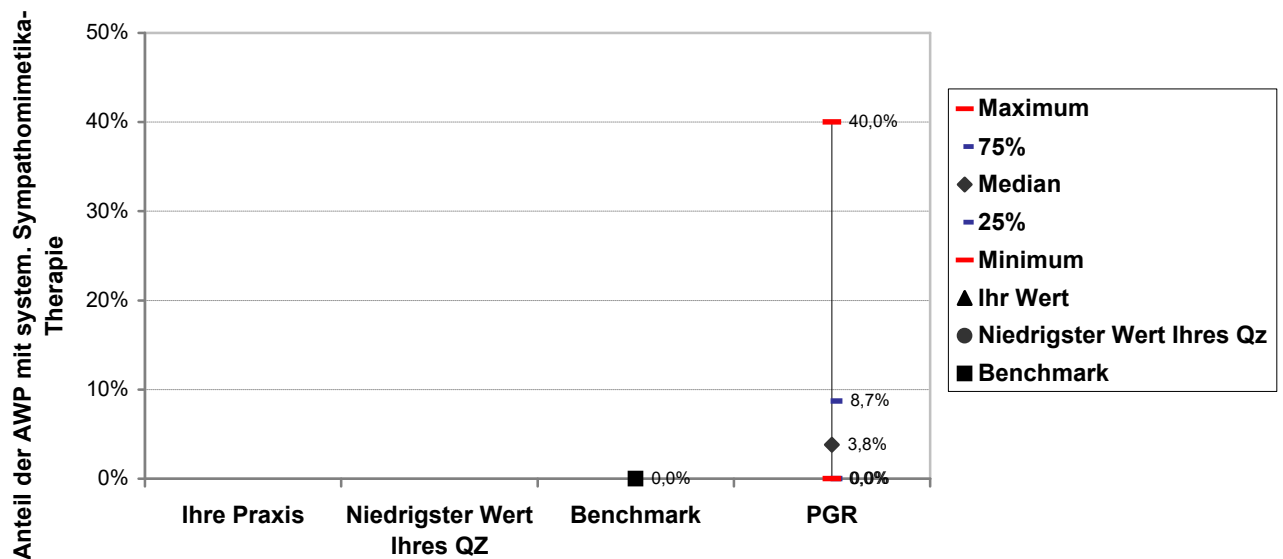
<b>Aussage</b>	Der Indikator <sup>4</sup> beschreibt den Anteil der Atemwegspatienten mit <b>inhalativer</b> Therapie <sup>5</sup> an allen Atemwegspatienten <sup>6</sup> . Die <i>inhalative</i> Medikation umfasst gleichermaßen die Wirkstoffgruppen Sympathomimetika, Glucocorticoide, Anticholinergika, Mastzellstabilisatoren und deren Kombinationen.
<b>Begründung</b>	Unabhängig von der Diagnose (Asthma oder COPD) sollte jeder Atemwegspatient vordringlich mit Inhalativa behandelt werden. Die <i>systemische</i> Behandlung stellt im Allgemeinen nur eine <i>zusätzliche</i> Maßnahme bei schwererem Krankheitsverlauf dar. Gegen eine inhalative Therapie sprechen nur ein schlechter Allgemeinzustand (z. B. hohes Patientenalter) oder das Unvermögen des Patienten, das Inhalativum korrekt zu applizieren.
<b>Zielwert</b>	Insgesamt sollte der Anteil der Patienten mit systemischer Therapie ohne jegliche inhalative Begleitmedikation bei Leitlinien-konformer Behandlung möglichst gering sein. Daher ist für den hier betrachteten Indikator „Atemwegspatienten mit inhalativer Medikation“ ein möglichst hoher Wert anzustreben.
<b>Zielerreichung</b>	Beachtung aktueller Therapieempfehlungen.
<b>Ergebnis</b>	Der Benchmark liegt bei 89,7%., d.h. 10% der Projektgruppenpraxen gelingt es, durchschnittlich 89,7% ihrer AWP inhalativ zu behandeln.

<sup>4</sup> Qualitätsindikator: SIP\_011

<sup>5</sup> ATC Codes: R03A, R03B

<sup>6</sup> ATC Codes: R03

Abbildung 3: Anteil der Atemwegspatienten mit systemischen Sympathomimetika



Den niedrigsten Wert Ihres Qualitätszirkels erreichten folgende Praxen:

Herrn Dr. med. Jörg Schleinitz, Herrn Dr. med. Günter Schleinitz, Frau Dipl.-Med. Gabriele Lasse

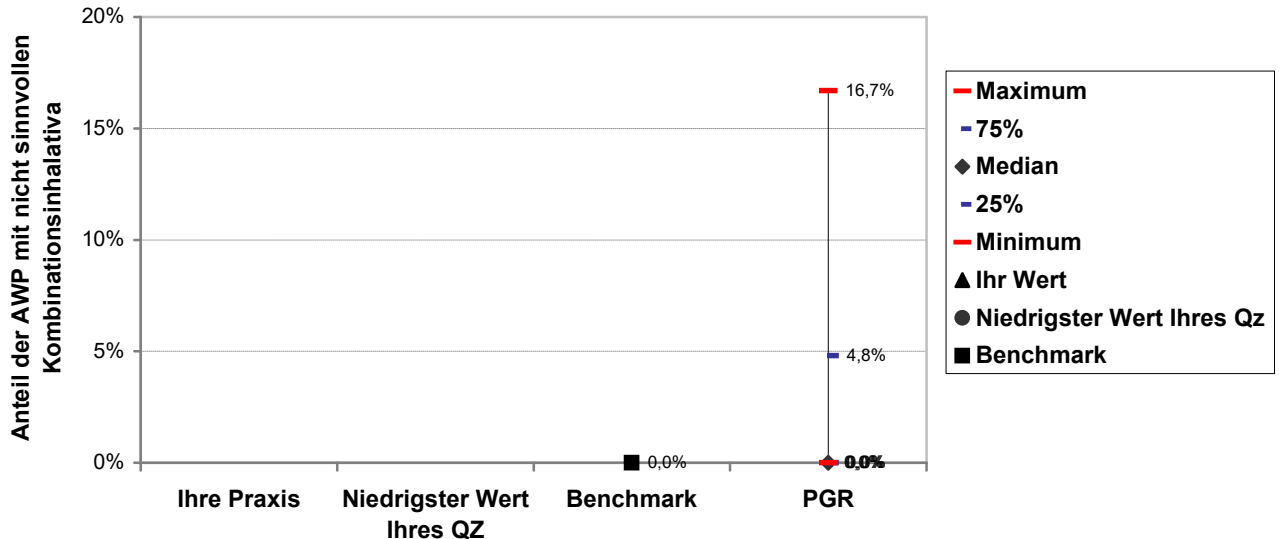
<b>Aussage</b>	Der Indikator <sup>7</sup> untersucht den Anteil der Atemwegspatienten an allen Atemwegspatienten <sup>8</sup> , der <i>systemisch</i> mit Sympathomimetika <sup>9</sup> behandelt wird.
<b>Begründung</b>	Aufgrund des Profils unerwünschter Arzneimittelwirkungen sollten bei Leitlinienkonformer Behandlung <b>systemische <math>\beta</math>2-Sympathomimetika nur in Ausnahmefällen</b> verwendet werden. Dies wäre beispielsweise dann der Fall, wenn die inhalative Applikation für den Patienten nicht möglich ist oder z. B. Asthma der Stufe 4 zur zusätzlichen systemischen Medikation veranlasst.
<b>Zielwert</b>	Der anzustrebende Zielwert sollte möglichst gering sein.
<b>Zielerreichung</b>	Kritische Indikationsstellung.
<b>Ergebnis</b>	Der Benchmark liegt bei 0%.

<sup>7</sup> Qualitätsindikator: SIP\_012

<sup>8</sup> ATC-Code: R03

<sup>9</sup> R03C

**Abbildung 4: Anteil der Atemwegspatienten mit pharmakologisch nicht sinnvollen Kombinationsinhalativa**



Den niedrigsten Wert Ihres Qualitätszirkels erreichten folgende Praxen:

Herrn Dr. med. Günter Schleinitz, Frau Dr. med. Karin Erfurth

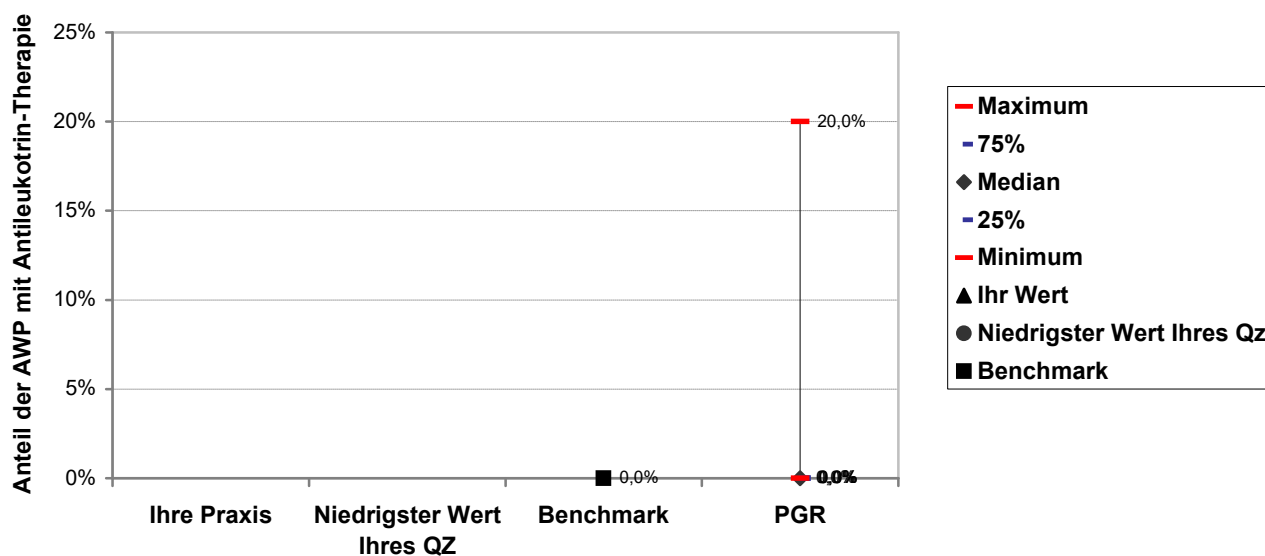
<b>Aussage</b>	Dieser Indikator <sup>10</sup> bildet den Anteil der Atemwegspatienten <sup>11</sup> ab, der mit pharmakologisch <i>nicht sinnvollen</i> inhalativen Kombinationspräparaten <sup>12</sup> behandelt wird (AARANE, ALLERGOSPASMIN).
<b>Begründung</b>	Bei einer Wirkstoffkombination aus $\beta$ 2-Sympathomimetika und Mastzellstabilisatoren (z. B. Fenoterol oder Reproterol in Kombination mit Cromoglicinsäure) handelt es sich aus pharmakologischer Sicht um eine <i>nicht</i> sinnvolle Kombination, die allerdings, dem Arzneiverordnungs-Report zufolge, in Deutschland relativ häufig verordnet wird. Insbesondere problematisch ist bei diesen Kombinationspräparaten die Tatsache, dass Mastzellstabilisatoren relativ schwache Controller sind, die viermal täglich gegeben werden müssen, während $\beta$ 2-Sympathomimetika als Reliever jedoch nur bedarfsweise appliziert werden sollten.
<b>Zielwert</b>	Es ist anzustreben, den Anteil der Atemwegspatienten, der mit <i>nicht sinnvollen</i> inhalativen Kombinationspräparaten behandelt wird, zu minimieren; Zielwert 0%.
<b>Zielerreichung</b>	Kritische Indikationsstellung.
<b>Ergebnis</b>	Der Benchmark liegt bei 0%; d.h. mind. 10% der Projektgruppenpraxen gelingt es, bei ihren AWP auf eine nicht sinnvolle Medikation zu verzichten.

<sup>10</sup> Qualitätsindikator: SIP\_013

<sup>11</sup> ATC-Code: R03

<sup>12</sup> ATC-Code: R03AK50

**Abbildung 5: Anteil der Atemwegspatienten mit Antileukotrien-Therapie**



Den niedrigsten Wert Ihres Qualitätszirkels erreichten folgende Praxen:

Herrn Dr. med. Jörg Schleinitz, Herrn Dr. med. Günter Schleinitz, Herrn MR Dr. med. Karsten Schulze, Frau Dipl.-Med. Helga Lorenz, Frau Dr. med. Karin Erfurth

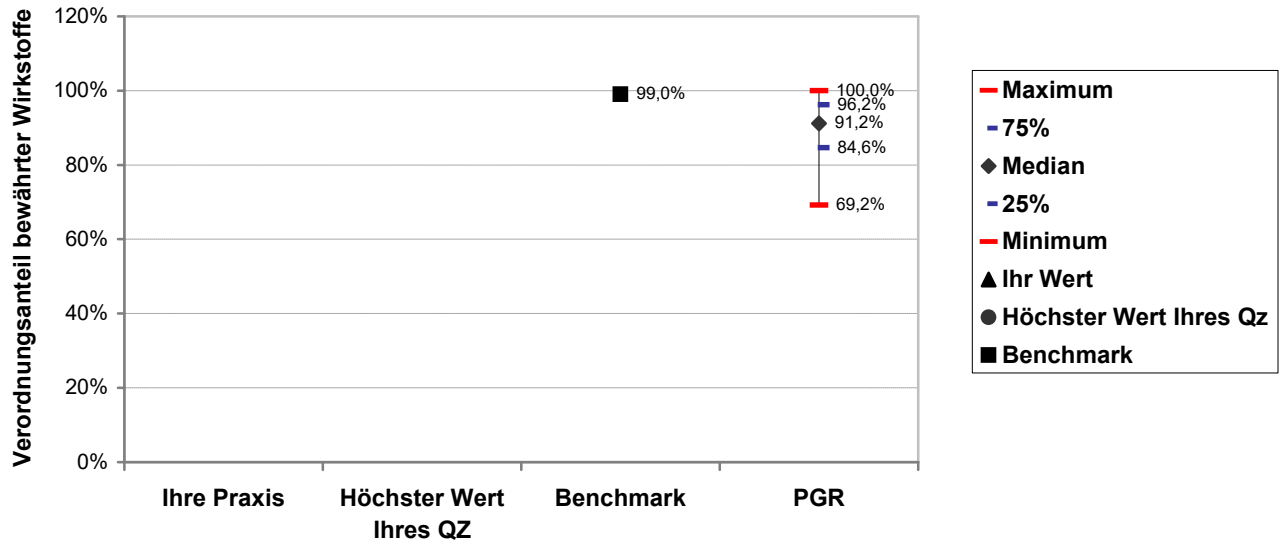
Frau Dipl.-Med. Gabriele Lasse

<b>Aussage</b>	Dieser Indikator untersucht den (auf alle Atemwegspatienten <sup>13</sup> bezogenen) Patientenanteil, der mit Leukotrienrezeptor-Antagonisten <sup>14</sup> (Montelukast, SINGULAIR) behandelt wird.
<b>Begründung</b>	Montelukast ist <i>kein</i> gleichwertiger Ersatz für die ICS-Therapie. Mittel der ersten Wahl – auch zur vorbeugenden Behandlung des Asthma – sind Leitlinien-gemäß die inhalativen Corticosteroide. Montelukast besitzt als Zusatzmittel (Add-on-Therapie) Reservestatus und ist als antientzündliche Alternative nur dann indiziert, wenn andere Therapeutika aufgrund lokaler Nebenwirkungen bzw. anderer Vorbehalte nicht zu verwenden oder nicht ausreichend wirksam sind. Die inhalativen Corticosteroide sind den Antileukotrienen hinsichtlich der Besserung der Lungenfunktion, der Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität, der Reduktion der Atemwegsentzündung und dem prozentualen Anteil der erfolgreich therapierten Patienten überlegen.
<b>Zielwert</b>	Der anzustrebende Zielwert sollte also nach derzeitigem Kenntnisstand in der hausärztlichen Praxis eher möglichst niedrig sein.
<b>Zielerreichung</b>	Kritische Indikationsstellung, Leitlinien-konforme Behandlung.
<b>Ergebnis</b>	Der Benchmark liegt bei 0%; d.h. mind. 10% der Projektgruppenpraxen gelingt es, bei ihren AWP auf eine Antileukotrien-Medikation zu verzichten.

<sup>13</sup> ATC-Code: R03

<sup>14</sup> ATC-Code: R03DC

**Abbildung 6: Verordnungsanteil bewährter Wirkstoffe zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen**

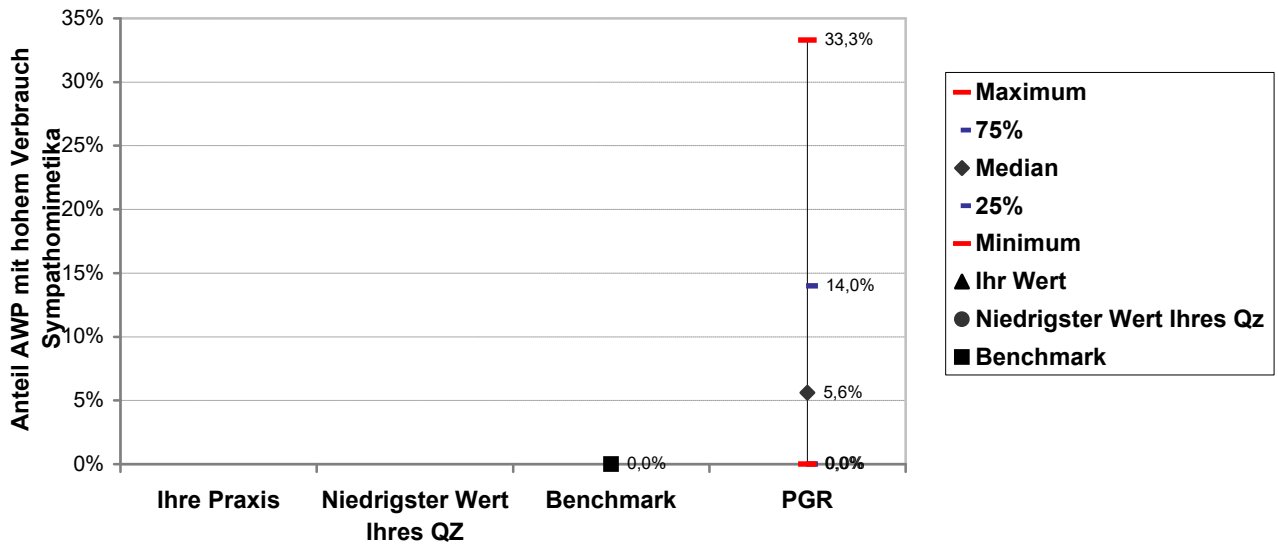


Den höchstem Wert Ihres Qualitätszirkels erreichten folgende Praxen:

Herrn Dr. med. Jörg Schleinitz

<b>Aussage</b>	Dieser Indikator untersucht den <i>Verordnungsanteil</i> bewährter Wirkstoffe zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen in Bezug auf alle Antiasthmatica.
<b>Begründung</b>	<p>Diese Einteilung ist angelehnt an die Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Als bewährte Wirkstoffe werden im Einzelnen verstanden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhal. Glucocorticoide (ATC-Code R03BA)</li> <li>• Inhal. selekt. <math>\beta</math>2-Mimetika (ATC-Code R03AC)</li> <li>• Inhal. Anticholinergika (ATC-Code R03BB)</li> <li>• Inhal. Mastzellstabilisatoren als Mono (ATC-Code R03BC)</li> <li>• Inhal. Fenoterol+Ipratropium (ATC-Code R03AK03)</li> <li>• Inhal. Salmeterol+Fluticason (ATC-Code R03AK06)</li> <li>• Inhal. Formoterol+Budesonid ATC-Code R03AK07)</li> <li>• Theophyllin (ATC-Code R03DA04)</li> </ul> <p><u>Nicht</u> als <i>bewährt</i> gelten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhal. nicht-selektive Sympathomimetika</li> <li>• Kombination aus <math>\beta</math>2-Sympathomimetika+Mastzellstabilisatoren (Inhal.)</li> <li>• Sympathomimetika zur <u>systemischen</u> Anwendung</li> <li>• Leukotrienrezeptor-Antagonisten</li> </ul> <p>Systemisch sollten Sympathomimetika nur in Ausnahmefällen verordnet werden; dies wäre beispielsweise dann der Fall, wenn die inhalative Applikation für den Patienten nicht möglich ist oder z.B. Asthma der Stufe 4 zur zusätzlichen systemischen Medikation veranlasst.</p>
<b>Zielwert</b>	Möglichst hoch.
<b>Zielerreichung</b>	Kritische Indikationsstellung, Leitlinien-konforme Behandlung.
<b>Ergebnis</b>	Der Benchmark liegt bei 99,0%; d.h. 10% der Projektgruppenpraxen gelingt es, 99% ihrer AWP mit bewährten Wirkstoffen zu behandeln.

**Abbildung 7: Anteil der Atemwegspatienten mit hohem Verbrauch (>90 DDD) kurzwirksamer Sympathomimetika zur Inhalation**

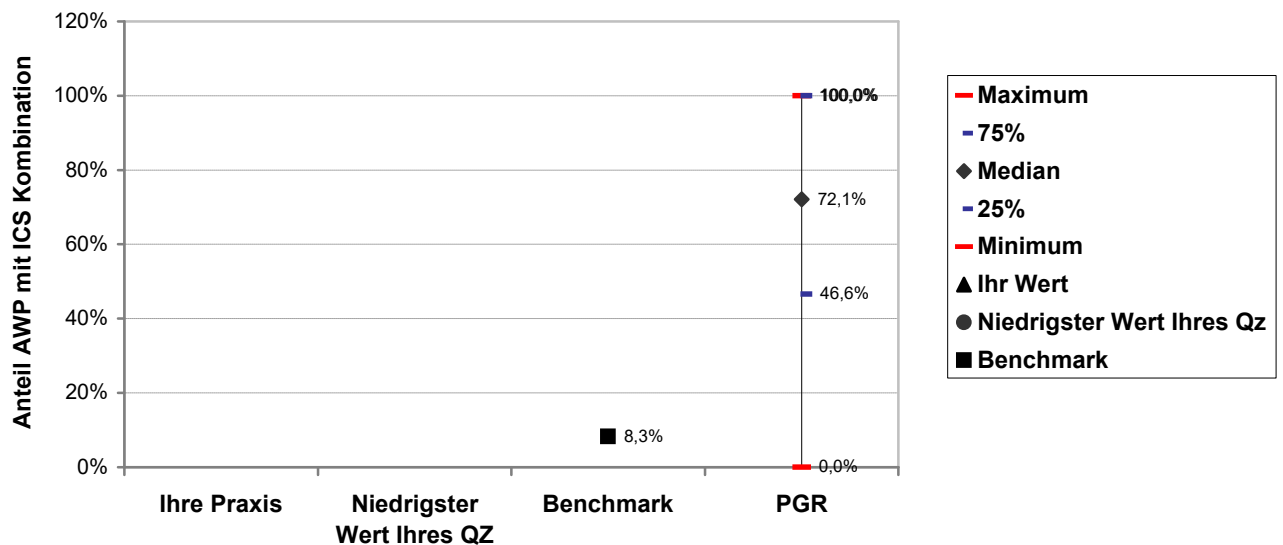


Den niedrigsten Wert Ihres Qualitätszirkels erreichten folgende Praxen:

Frau Dipl.-Med. Helga Lorenz, Frau Dipl.-Med. Petra Strunk-Prötzig

<b>Aussage</b>	Dieser Indikator untersucht, wie viele Patienten prozentual pro Quartal mehr als 90 Tagesdosen (DDD) an kurzwirksamen, inhalativen $\beta$ 2-Sympathomimetika verordnet bekommen. BezugsgöÙe für den Indikator sind alle Atemwegspatienten <sup>15</sup> .
<b>Begründung</b>	Kurzwirksame, inhalative $\beta$ 2-Sympathomimetika sind Salbutamol, Terbutalin, Fenoterol, Reproterol; Mono- und Kombinationspräparate werden gleichermaßen erfasst. Kurzwirksame $\beta$ 2-Sympathomimetika sollten nur bedarfsweise inhaliert werden. Der Verbrauch an kurzwirksamen $\beta$ 2-Sympathomimetika ist dabei ein Indikator für die Qualität der Asthma-Kontrolle. Dementsprechend weist ein steigender Bedarf an kurzwirksamen $\beta$ 2-Sympathomimetika auf ein nicht ausreichend therapiertes Asthma hin.
<b>Zielwert</b>	Möglichst gering.
<b>Zielerreichung</b>	Leitlinien-konforme Behandlung (z.B. entzündungshemmende Therapie).
<b>Ergebnis</b>	Der Benchmark liegt bei 0%; d.h. mind. 10% der Projektgruppenpraxen gelingt es, bei ihren AWP auf einen zu hohen Verbrauch an Sympathomimetika zu verzichten.
<b>Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Packung Salbutamol Dosieraerosol mit 200Hub entsprechen 25 DDD.</li> <li>• In <i>Tabelle 5</i> werden die AWP Ihrer Praxis ausgewiesen, denen mehr als 90 DDD an kurzwirksamen Sympathomimetika zur Inhalation verordnet wurde.</li> </ul>

<sup>15</sup> Atemwegspatienten sind über ihre Behandlung mit Präparaten des ATC-Codes R03 definiert.

**Abbildung 8: Anteil der Atemwegspatienten mit ICS-Kombinationspräparaten**

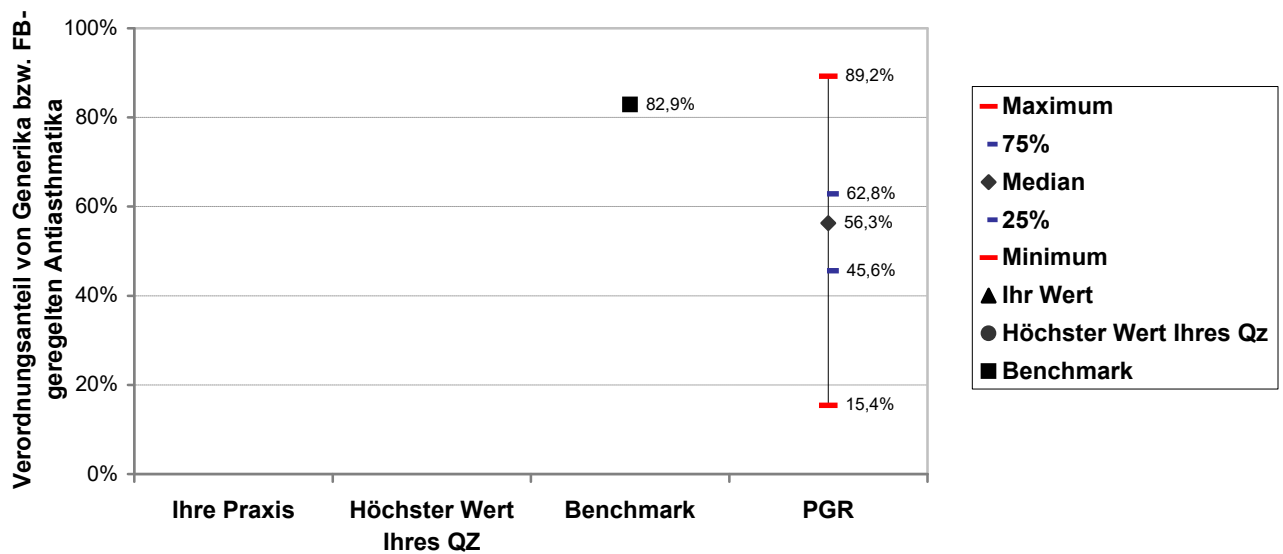
Den niedrigsten Wert Ihres Qualitätszirkels erreichten folgende Praxen:

Frau Dr. med. Karin Erfurth

<b>Aussage</b>	Dieser Indikator untersucht, wie viele Patienten prozentual mit Kombinationspräparaten aus Salmeterol+Fluticason (ATMADISC, SERETIDE, VIANI) bzw. Formoterol+Budesonid (SYMBICORT) behandelt werden; Bezugsgröße sind alle Patienten mit ICS-Therapie, wobei Mono- und Kombinationspräparate gleichermaßen berücksichtigt werden.
<b>Begründung</b>	Bei Kombinationspräparaten, die aus Salmeterol+Fluticason bzw. Formoterol+Budesonid bestehen, handelt es sich aufgrund der synergistischen Effekte bei stabilem Asthma um pharmakologisch sinnvolle Kombinationen. Bei der Dauertherapie zeigt sich eine Überlegenheit der Kombination gegenüber der ICS-Monotherapie. Dabei sollte jedoch auf eine stufenadaptierte Therapie geachtet werden; die Kombinationstherapie empfiehlt sich ab Stufe 3. Häufig wird hier aber nach initialem Behandlungsversuch ein sogenanntes „stepping down“ vergessen, und die Patienten verwenden dauerhaft ein teures Kombinationspräparat, obwohl ein günstigeres ICS-Monotherapeutikum gemäß Stufe 2 ausreichen würde.  Auf dem Markt befinden sich die Kombinationen Fluticason+Salmeterol und Budesonid+Formoterol. Ein wichtiger Unterschied zwischen diesen Kombinationen besteht in dem deutlich schnelleren Wirkungseintritt des Formoterols im Vergleich zu Salmeterol. Auf jeden Fall muss ein kurzwirksames $\beta$ 2-Sympathomimetikum als Reliever weiterhin verfügbar sein.
<b>Zielwert</b>	Kritische Indikationsstellung. - Selbstverständlich sind wir uns auch bei diesem Indikator bewusst, dass er nicht den gesamten Umfang der Versorgungsqualität widerspiegeln kann. Beispielsweise könnte eine niedrige Verschreibungsrate auch eine Unterversorgung bedeuten. Eine Patientenbefragung, die eigentlich hierzu nötig wäre, kann jedoch nicht durchgeführt werden. Dennoch zeigen die Zahlen, dass in der Verschreibungsrate viel Variabilität steckt. Überlegen Sie für sich: Gibt es bei Ihnen Patienten, die vielleicht unnötigerweise kontinuierlich Kombinationspräparate

	benutzen?
<b>Zielerreichung</b>	Leitlinien-konforme Behandlung (z.B. entzündungshemmende Therapie) ohne die Therapie-Deeskalation zu vergessen, sobald die Besserung eingetreten ist.
<b>Ergebnis</b>	Der Benchmark liegt bei 8,3%.

Abbildung 9: Verordnungsanteil von Generika bzw. FB-geregelten Antiasthmatica

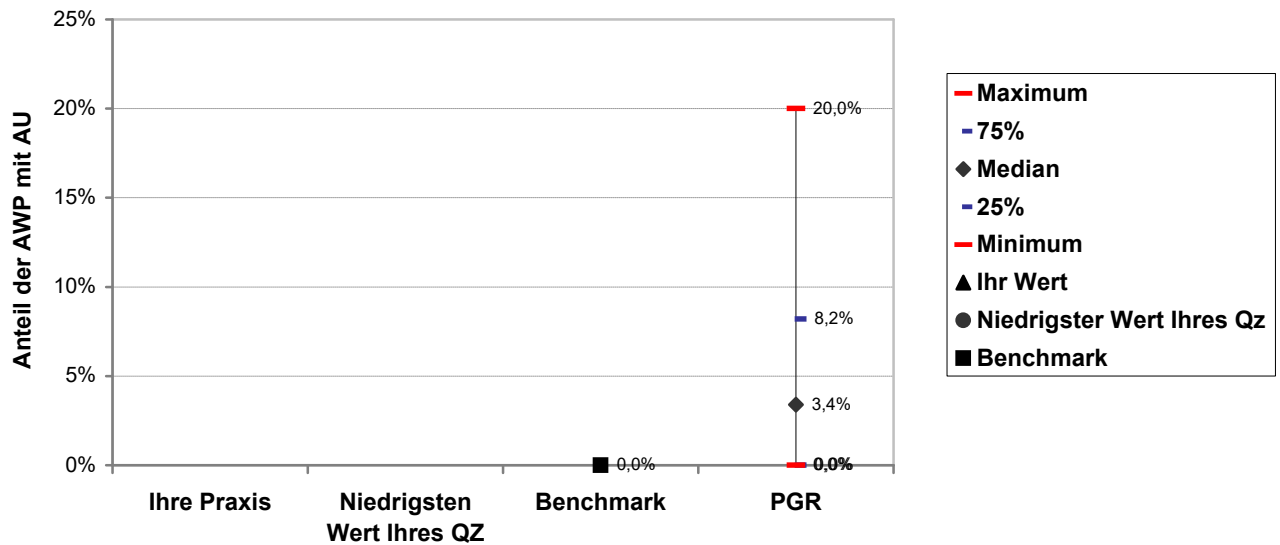


Den höchsten Wert Ihres Qualitätszirkels erreichten folgende Praxen:

Herrn MR Dr. med. Karsten Schulze

<b>Aussage</b>	Dieser Indikator untersucht, wie hoch der Verordnungsanteil von Generika bzw. festbetragsgeregelten Arzneimitteln in Bezug auf alle Antiasthmatica ist.
<b>Begründung</b>	Kostensenkung.
<b>Zielwert</b>	Möglichst hoch.
<b>Zielerreichung</b>	Kritische Indikationsstellung bei Medikamenten, bei denen es sich weder um Generika noch festbetragsgeregelte Präparate handelt.
<b>Ergebnis</b>	Der Benchmark liegt bei 82,9%; d.h. 10% der Projektgruppenpraxen gelingt es Medikamente zu verordnen, von denen 82,9% Generika bzw. festbetragsgerecht sind.
<b>Hinweise</b>	In <i>Tabelle 6</i> sind in Bezug auf Antiasthmatica die Verordnungen Ihrer Praxis ausgewiesen, bei denen es sich weder um Generika noch um festbetragsgeregelte Präparate handelt.

**Abbildung 10: Anteil der Atemwegspatienten mit AU**

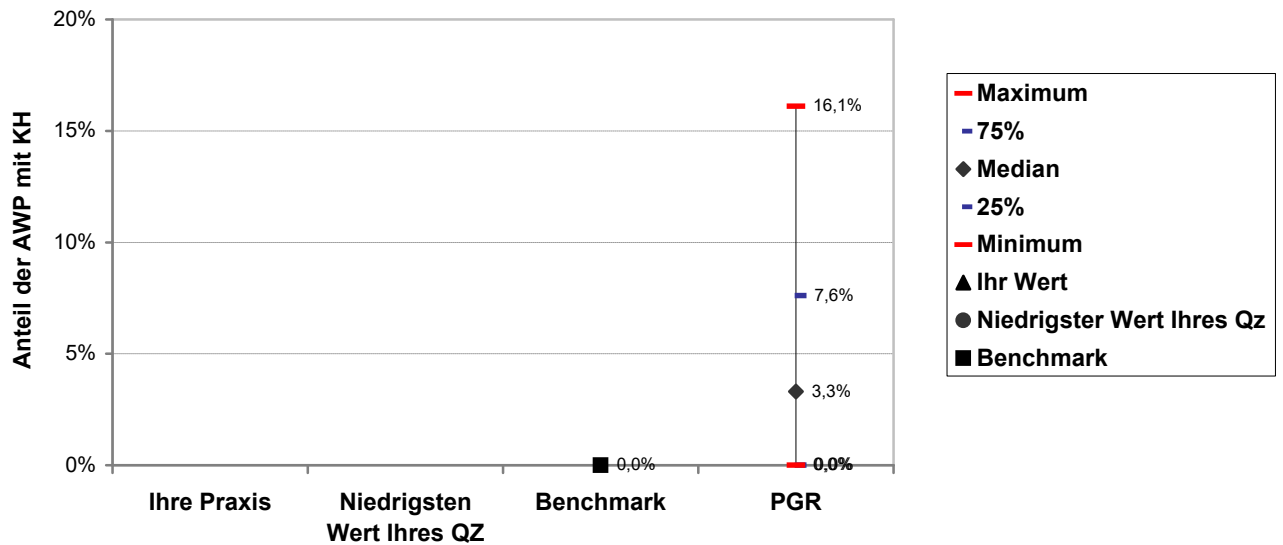


Den niedrigsten Wert Ihres Qualitätszirkels erreichten folgende Praxen:

Herrn Dr. med. Günter Schleinitz, Frau Dipl.-Med. Gabriele Lasse

<b>Aussage</b>	Dieser Indikator untersucht, wie hoch der Anteil der Atemwegspatienten ist, der eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufweist.
<b>Begründung</b>	Die Ursache der AU ist nicht bekannt und muss nicht zwangsläufig in Verbindung mit der Atemwegserkrankung stehen. Ein hoher Anteil von AWP mit AU kann unter Umständen ein Hinweis auf eine suboptimal behandelte Erkrankung sein. Andererseits muss ein geringer Anteil an AWP mit AU nicht zwangsläufig ein Hinweis auf eine optimale Behandlung sein, sondern kann auch daraus resultieren, dass viele der Atemwegspatienten älter und somit nicht mehr erwerbstätig sind.
<b>Zielwert</b>	Möglichst niedrig
<b>Ergebnis</b>	Der Benchmark liegt bei 0%; d.h., dass mindestens 10 % der Projektgruppenpraxen keine AWP mit AU haben.

Abbildung 11: Anteil der Atemwegspatienten mit KH



Den niedrigsten Wert Ihres Qualitätszirkels erreichten folgende Praxen:

Frau Dipl.-Med. Helga Lorenz, Frau Dipl.-Med. Gabriele Lasse

<b>Aussage</b>	Dieser Indikator untersucht, wie hoch der Anteil der Atemwegspatienten ist, der in ein Krankenhaus eingewiesen wurde.
<b>Begründung</b>	Die Ursache der KH-Aufnahme muss ursächlich nicht unbedingt in Zusammenhang mit der Atemwegserkrankung stehen, sondern kann auch andere Gründe haben.
<b>Zielwert</b>	Möglichst niedrig.
<b>Ergebnis</b>	Der Benchmark liegt bei 0%; d.h., dass mindestens 10 % der Projektgruppenpraxen keine AWP mit AU haben.

## 5. Patienten und Verordnungen Ihrer Praxis

Der vorliegende Verordnungsspiegel präsentiert Ihnen in diesem Kapitel Patienten und Verordnungen Ihrer Praxis, die im Zusammenhang mit den Indikatoren (*Abbildung 7*, *Abbildung 9*) ermittelt wurden.

Kurzwirksame  $\beta$ 2-Sympathomimetika sollten nur bedarfsweise inhaliert werden. Der Verbrauch an kurzwirksamen  $\beta$ 2-Sympathomimetika ist ein Indikator für die Qualität der Asthma-Kontrolle. Dementsprechend weist ein steigender Bedarf an kurzwirksamen  $\beta$ 2-Sympathomimetika auf ein nicht ausreichend therapiertes Asthma hin. In *Tabelle 5* werden die Patienten Ihrer Praxis ausgewiesen, denen mehr als 90 Tagesdosen kurzwirksamer Sympathomimetika pro Quartal verordnet wurde (Indikator in *Abb. 7*). **Jede Zeile der Tabelle 5 entspricht dabei einer Verordnung. Wurden Verordnungen ein und demselben Patienten ausgestellt, weisen diese eine identische Patienten-Nummer in der ersten Spalte der Tabelle 5 auf.**

**Tabelle 5: Atemwegspatienten mit hohem Verbrauch (>90 DDD) kurzwirksamer Sympathomimetika zur Inhalation**

Patienten Nummer	Rezept Datum	Aggregat	Zahl der Packungen	Kosten	Alter	Geschlecht

In der *Tabelle 6* sind die Antiasthmatica-Verordnungen aufgeführt, bei denen es sich weder um Generika noch um festbetragsgeregelte Medikamente handelt (Indikator in *Abb. 9*). Hier wäre im Einzelfall zu überlegen, ob es eventuell sinnvoll und therapeutisch möglich ist, aus Kostengründen auf Generika oder festbetragsgeregelte Arzneimittel auszuweichen.

**Tabelle 6: Verordnungen Ihrer Praxis, bei denen es sich weder um Generika noch festbetragsgeregelte Präparate handelt**

Wirkstoffe	Aggregate	Zahl der Verordnungen	Kosten pro Verordnung	Gesamtkosten
------------	-----------	-----------------------	-----------------------	--------------

# Benchmarking in der Patientenversorgung

# VERORDNUNGSSPIEGEL<sup>®</sup>

im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

**Frau Dr. med. Monika Muster**

## **Asthma**

**(Traditioneller Qualitätszirkel)**

Basisquartal: 2004q2



**Anschrift:**

AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Weender Landstr. 11, 37073 Göttingen

Telefon: 05 51 / 789 52-0

E-Mail: [office@aqua-institut.de](mailto:office@aqua-institut.de)

Internet: <http://www.aqua-institut.de>

**Projektpartner:**

- AOK Sachsen-Anhalt
- AQUA-Institut Göttingen
- Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
- Universität Heidelberg (Abt. Innere Medizin VI – Klin. Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie, Prof. Haefeli)
- Universität Heidelberg (Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Prof. Szecsenyi)

**Förderung:**

- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS)

Der Verordnungsspiegel<sup>©</sup> einschließlich seines Inhaltes und seiner Darstellungsweisen ist ein urheberrechtlich geschütztes Produkt des AQUA - Institutes für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Weender Landstr. 11, 37073 Göttingen.

Jeder Nachdruck, jede Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung, auch nur von Teilen des Werkes oder von Abbildungen, jede Abschrift, auch auf fotomechanischem Wege oder in Magnettonverfahren, Vortrag, Funk, Fernsehsendung, Telefonübertragung sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Institutes.

**Achtung!**

Geschützte Warenzeichen werden nicht besonders kenntlich gemacht. Die Wiedergabe von Gebrauchs- und Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zur Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- oder Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten sind und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

## INHALTSVERZEICHNIS

### Teil 1

1. Einleitung .....	4
2. Definitionen .....	5
3. Praxismerkmale.....	6
4. Darstellung der Indikatoren.....	12
5. Patienten und Verordnungen Ihrer Praxis.....	23

### Teil 2

- 6. Fakten und Empfehlungen
- 7. Anhang
- 8. Anlagen

## 1. Einleitung

Dieser Verordnungsspiegel "Asthma" ist Grundlage für das zweite (und gleichzeitig letzte) Treffen im Rahmen des Qualitätszirkel-Projektes. Die Ergebnisse des Projektes werden den Teilnehmern dann auf einem Workshop voraussichtlich Ende 2006 präsentiert. Bei der Evaluation werden neben den Qualitätsindikatoren des Arzneimitteleinsatzes (Arzneimittel-Interaktionen, Asthma), die Bewertung durch die Patienten, die Arztzufriedenheit mit der Intervention und die Bewertung der Gruppentreffen betrachtet.

Da die **Verordnungen keinen Diagnosebezug** aufweisen, kann seitens des AQUA-Institutes nicht unterschieden werden, welche obstruktive Atemwegserkrankung therapiert werden sollte. Daher wurden im Teil 1 des Verordnungsspiegels *alle Verordnungen ausgewertet*, die therapeutisch bei *obstruktiven Atemwegserkrankungen* verwendet werden – ungeachtet der dem AQUA-Institut *unbekannten* Diagnose. Dennoch beschränken sich die Empfehlungen im Teil 2 dieses Verordnungsspiegels im Wesentlichen auf die Asthmatherapie. Unter dem Begriff **ATEMWEGSPATIENTEN (AWP)** werden alle Patienten verstanden, die mit Mitteln zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen therapiert werden. Das bedeutet, dass also sowohl **Patienten mit Asthma als auch mit COPD** unter dem Begriff ATEMWEGSPATIENTEN (AWP) erfasst werden.

### Abkürzungen

AMP	Patient mit <i>mindestens</i> 1 Wirkstoff pro Quartal (unabhängig von der Art des Wirkstoffes)
AU	Arbeitsunfähigkeit
AWP	Atemwegspatient = Patient, der einen Wirkstoff aus der Gruppe „Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen“ erhält (ATC-Code: R03)
ATC	Anatomisch-therapeutische Classifikation der Wirkstoffe seitens der WHO
KGR	Kontrollgruppe (70 Praxen ohne Teilnahme an dem Projekt)
KH	Krankenhaus
PGR	Projektgruppe, bestehend aus den 6 traditionellen QZ (42 Praxen)

## 2. Definitionen

- Die vorliegenden Daten werden ausschließlich auf **Quartalsebene** (Datengrundlage II/2004) analysiert und beziehen sich ausschließlich auf **AOK-Versicherte**.
- Als Antiasthmatika werden alle Wirkstoffe bezeichnet, die bei *obstruktiven Atemwegserkrankungen* verwendet werden und den ATC-Code R03 aufweisen.
- Die Zuordnung der Wirkstoffe zu den einzelnen Wirkstoffgruppen wird nachfolgend aufgeführt und ist Grundlage für *Abb. 1*:

### Antiasthmatika und deren Zuordnung zu den Wirkstoffgruppen

Name	Bezeichnung der Wirkstoffgruppe	Wirkstoffbeispiele, z.B.:
1. ICS Mono	<b>Inhal.</b> Glucocorticoide ( <i>Monopräparate</i> )	Budesonid, Betamethason
2. ICS Komb.	<b>Inhal.</b> Glucocorticoide ( <i>Kombipräparate</i> )	Salmeterol+Fluticason, Formoterol+Budesonid
3. $\beta$ -Mimetika (Mono)	<b>Inhal.</b> <u>Selekt.<math>\beta</math> 2-Adrenorezeptor-Agonisten</u> ( $\beta$ 2-Mimetika) - ( <i>Monopräparate</i> )	Salbutamol, Salmeterol
4. Anticholinergika (Mono)	<b>Inhal.</b> Anticholinergika ( <i>Monopräparate</i> )	Ipratropiumbromid, Tiotropiumbromid
5. Antiallergika (Mono)	<b>Inhal.</b> Antiallergika ( <i>Monopräparate</i> )	Cromoglicins., Nedocromil
6. Übrige Inhalativa	<b>Inhal.</b> $\alpha/\beta$ -Adrenorezeptor-Agonisten	Epinephrin
	<b>Inhal nicht-selekt.</b> $\beta$ -Adrenorezeptor-Agonisten	Isoprenalin, Orciprenalin
	<b>Inhal.</b> Komb. von Sympathomimetika mit anderen Mitteln	Reproterol+Cromoglicinsäure, Formoterol+Budesonid usw.
	<b>Übrige Inhalativa</b>	Fenspirid
7. S.-Mimetika, system.	<b>System.</b> $\alpha/\beta$ -Adrenorezeptor-Agonisten	Epinephrin
	<b>System.</b> <u>Nicht-selekt.</u> $\beta$ -Adrenorezeptor-Agonisten	Isoprenalin, Orciprenalin
	<b>System.</b> <u>Selekt.<math>\beta</math>2-Adrenorezeptor-Agonisten</u>	Salbutamol, Salmeterol
8. Xanthine	<b>System.</b> Xanthine	Theophyllin
	<b>System.</b> Xanthine in Komb. mit Sympathomimetika	
9. Übrige	<b>System.</b> Leukotrien-Antagonisten	Montelukast
	<b>System.</b> Andere	Fenspirid
	<b>System.</b> Ketotifen	Ketotifen

### 3. Praxismerkmale

Eingangs erhalten Sie einen Überblick über wichtige Verordnungsdaten und –kenngrößen Ihrer Praxis im Vergleich zu den Praxen Ihrer Projektgruppe (Durchschnitt aus den Praxen der traditionellen QZ) und der Kontrollgruppe (*Tabelle 1*).

**Tabelle 1: Verordnungsdaten in der Übersicht (pro Praxis)**

	Ihre Praxis	Projektgruppe (Durchschnitt)	Kontrollgruppe (Durchschnitt)
Anzahl der AOK-Fälle		428	426
Anzahl der AMP		301	300
Verschreibungsrate		70,4%	70,5%
Verordnungskosten für Arzneimittel		46.549,62 €	49.376,37 €
Kosten pro AOK-Fall		108,81 €	115,97 €

- Die Angaben in *Tabelle 1* sind unabhängig von der Medikation, d.h. es werden alle Patienten bzw. alle Verordnungen der Praxis erfasst.
- Die Projektgruppe besteht bei Ihnen aus den Praxen der traditionellen QZ.
- Die **Fallzahl** umfasst die Zahl der AOK-Versicherten, die im Quartal II/2004 eine der Projekt- bzw. der Kontrollgruppenpraxen aufgesucht haben.
- Arzneimittel-Patienten<sup>1</sup> (**AM-Patienten, AMP**) nennen wir diejenigen der AOK-Versicherten, denen in einer Praxis (unabhängig von der Indikationsgruppe) mindestens ein Medikament pro Quartal verordnet wurde.
- Die **Verschreibungsrate** ergibt sich als Quotient aus der Anzahl der AMP und der Fallzahl.
- Die **Verordnungskosten** umfassen die Summe aller Verordnungskosten der eingelösten Rezepte der AM-Patienten. Berechnet werden *Bruttoarzneimittelpreise ohne Berücksichtigung von Zuzahlungen*.

<sup>1</sup> Da die Aufzählung der Bezeichnungen für männliche und weibliche Personen die Lesbarkeit beträchtlich erschwert, benutzen wir meistens den Plural oder auch die männliche Form. Sie stehen gleichbedeutend für Frauen und Männer.

- Die **Kosten pro AOK-Fall** sind die durchschnittlichen Kosten für jeden AOK-Versicherten, der in dem untersuchten Quartal eine Praxis der Projekt- bzw. Kontrollgruppe aufgesucht hat, unabhängig davon, ob er eine Verordnung erhalten hat.

**Tabelle 2: Zusatzdaten in der Übersicht (pro Praxis)**

	Ihre Praxis	Projektgruppe (Durchschnitt)	Kontrollgruppe (Durchschnitt)
Anzahl der Patienten mit AU		33,9	33,0
Anzahl der AU-Tage		559,7	556,4
AU-Tage pro Patient, durchschnittl.		16,5	16,9
Anzahl der Patienten mit KH-Einweisung		15,4	16,8
Anzahl der KH-Tage		184,2	209,2
KH-Tage pro Patient, durchschnittl.		12,0	12,4

Auch in der *Tabelle 2* sind die Angaben zur Arbeitsunfähigkeit (AU) und zum Krankenhaus (KH) unabhängig von der Medikation, d.h. an dieser Stelle werden alle Patienten erfasst – also auch Patienten, die keine Antiasthmatica erhalten.

Nachfolgend wird auf Antiasthmatica bzw. Atemwegspatienten fokussiert. Die *Tabelle 3* vermittelt Ihnen auf einen Blick wichtige Eckdaten Ihrer gesamten Antiasthmatica-Verordnungen, ohne allerdings nach Wirkstoffgruppen zu differenzieren. Bitte beachten Sie, dass sich die Bezugsebene innerhalb der Tabelle verändert. Es wird unterschieden zwischen:

- Bezugsebene: *Praxis*,
- Bezugsebene: *Atemwegspatient (Patient mit mindestens 1 Verordnung aus der Wirkstoffgruppe Antiasthmatica mit dem ATC-Code R03)* und
- Bezugsebene: *Antiasthmatica (ausschließlich Wirkstoffe mit dem ATC-Code R03)*.

In der *Tabelle 3* ist die **Wirkstoffzahl** der durchschnittlich pro Praxis verwendeten, verschiedenen Antiasthmatica ausgewiesen. Je mehr unterschiedliche Wirkstoffe ein Arzt verordnet, desto schwieriger ist es, Wirksamkeit, therapeutischen Nutzen, Risiken, Anwendungsbesonderheiten sowie Kosten zu kennen und bei der Auswahl vergleichend abzuwägen. Ein genauer Zielwert ist schwierig zu benennen: Einerseits ist dem therapeutischen Fortschritt und dem Behandlungsbedarf der Patienten natürlich Rechnung

zu tragen – dies erfordert eine ausreichend hohe Zahl von Wirkstoffen – andererseits ist aber, um seitens des Arztes den Überblick zu bewahren, eine nicht zu hohe Wirkstoffzahl anzustreben. Die Kenngröße ist von der Aut-Idem-Regelung und einer wirkstoffgleichen Umstellung auf Generika *unberührt*, da es sich dabei *nicht um die Anzahl der verschiedenen Warenzeichen* (Aggregate), sondern tatsächlich um unterschiedliche Wirkstoffe handelt.

Die **Gesamtkosten für Antiasthmatica** umfassen die *Bruttoarzneimittelpreise ohne Berücksichtigung von Zuzahlungen* für Antiasthmatica auf Ebene der Praxis.

Als **“Anzahl der Atemwegspatienten mit KH”** werden ausschließlich diejenigen Atemwegspatienten ausgewiesen, die im Krankenhaus aufgenommen wurden (unabhängig von der Diagnose). Der Begriff **“Summe der KH-Tage bei AWP”** gibt die insgesamt angefallenen Krankenhaustage für alle Atemwegspatienten an.

Der Begriff **“Anzahl der Atemwegspatienten mit AU”** erfasst ausschließlich diejenigen Atemwegspatienten, denen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt wurde (unabhängig von der Diagnose). Unter dem Begriff **“Summe der AU-Tage bei AWP”** wird die Gesamtsumme der AU-Tage für alle Atemwegspatienten angegeben; dabei bleibt ein eventuell höheres Durchschnittsalter und die damit verbundene verringerte Erwerbstätigkeit allerdings unberücksichtigt.

Bei der **“Wirkstoffzahl (in Bezug auf die gesamte Medikation) pro AWP”** werden alle Wirkstoffe, also nicht ausschließlich Antiasthmatica, sondern z.B. auch Antihypertensiva usw. erfasst. Diese Zahl spiegelt letztlich die Polymorbidität vieler Atemwegspatienten wider. Im Gegensatz dazu werden als **„Anzahl der Antiasthmatica-Wirkstoffe pro AWP“** ausschließlich Wirkstoffe zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen erfasst.

Was sagt die Tabelle 3 in Bezug auf die Kontrollgruppe für ein Quartal aus: Pro Praxis werden ca. 10 verschiedene Antiasthmatica verwendet, durchschnittlich ergeben sich daraus Kosten in Höhe von 2.333,55 Euro. Diese Kosten werden von ca. 22 Patienten verursacht, die (unabhängig von der Diagnose) insgesamt 16 Tage im Krankenhaus zubringen; zusätzlich fallen (unabhängig von der Diagnose) insgesamt ca. 19 AU-Tage an. Pro AWP resultieren somit im Durchschnitt 0,7 KH-Tage und 0,9 AU-Tage. Ein Atemwegspatient erhält durchschnittlich auf die gesamte Medikation bezogen fast 5 verschiedene Wirkstoffe (z.B. 1 Antiastmatikum, 2 Antihypertensiva, 2 Antidiabetika) und allein auf Antiasthmatica bezogen, 1,4 verschiedene Wirkstoffe. Die Verordnung eines Antiastmatikums verursacht durchschnittliche Kosten in Höhe von 49,40€. Generika sind nur 41% der Antiasthmatica-Verordnungen und nur 46,6% sind festbetragsgerelt. Eine Tagesdosis eines Antiastmatikums kostet durchschnittlich 0,88€.

**Tabelle 3: Kenngrößen auf unterschiedlichen Ebenen**

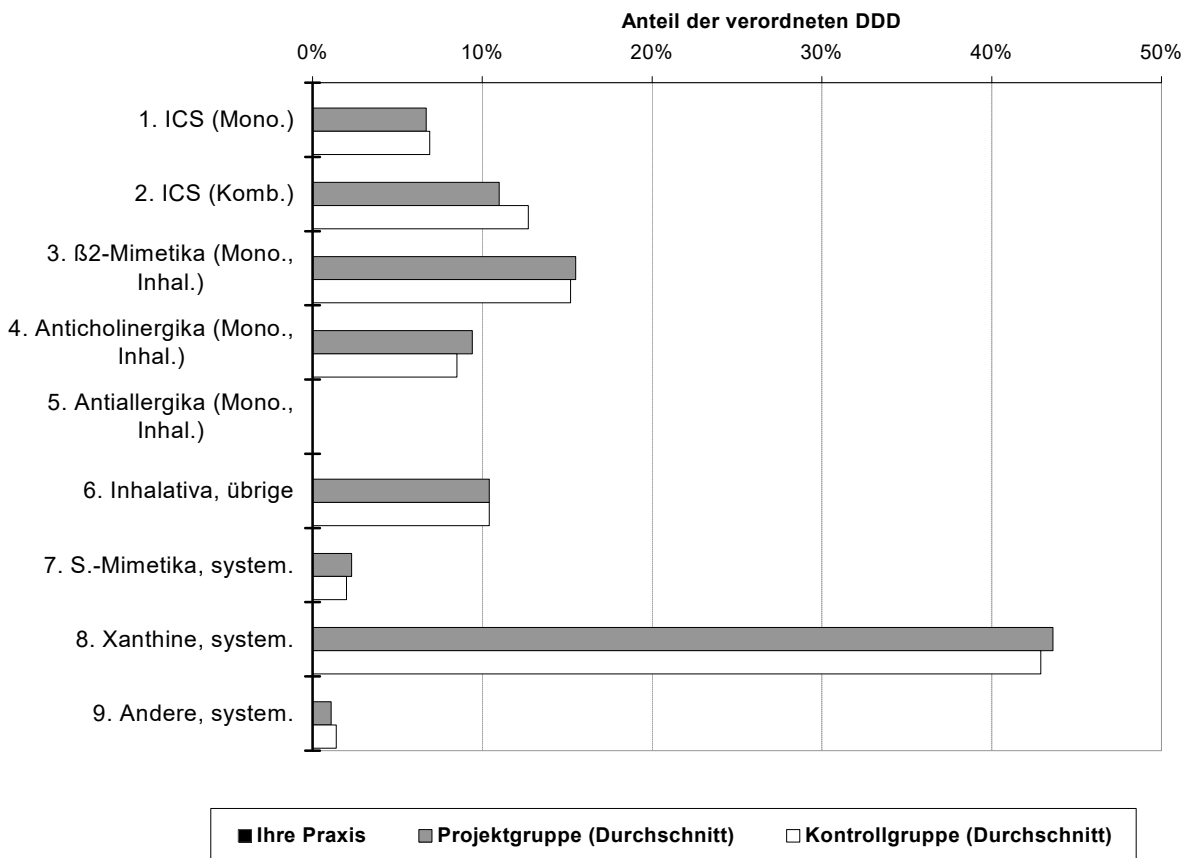
Bezug auf Arzneimittel zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen (= Antiasthmatica)	Ihre Praxis	Projektgruppe (Durchschnitt)	Kontrollgruppe (Durchschnitt)
<b>Bezugsebene: Praxis</b>			
Wirkstoffzahl in Bezug auf Antiasthmatica		10,2	10,0
Gesamtkosten für Antiasthmatica		2.291,00 €	2.333,55 €
Anzahl der Atemwegspatienten (AWP)		23,1	22,0
Anzahl der Atemwegspatienten mit KH		1,8	1,3
Summe der KH-Tage bei Atemwegspatienten		23,1	16,1
Anzahl der Atemwegspatienten mit AU		1,0	0,8
Summe der AU-Tage bei Atemwegspatienten		19,5	18,8
<b>Bezugsebene: Atemwegspatient (AWP)</b>			
Durchschnittliches Alter der AWP		66,5	66,9
Anteil der weiblichen AWP		52,0%	55,4%
Anzahl der Wirkstoffe pro AWP (in Bezug auf die gesamte Medikation)		4,7	4,8
Anzahl der Antiasthmatica-Wirkstoffe pro AWP		1,4	1,4
Kosten für Antiasthmatica pro AWP		99,28 €	106,07 €
Anzahl der KH-Tage pro AWP		1,0	0,7
Anzahl der AU-Tage pro AWP		0,8	0,9
<b>Bezugsebene: Antiasthmatica-Verordnung</b>			
Kosten pro Verordnung		45,93 €	49,40 €
Anteil der Generika am Gesamtmarkt (%)		43,7%	41,0%
Anteil der festbetragsgeregelten Verordnungen am Gesamtmarkt (%)		47,6%	46,6%
<b>Bezugsebene: Tagesdosis eines Antiasthmaticums</b>			
Kosten pro Tagesdosis		0,82 €	0,88 €

**Tabelle 4: Atemwegspatienten nach Altersklassen (mit ihrer gesamten Medikation)**

Jahre	Ihre Praxis		Projektgruppe (Durchschnitt)	
	Anteil der AMP (%)	Wirkstoffzahl pro AWP	Anteil der AMP (%)	Wirkstoffzahl pro AWP
<b>0- 9</b>			1,6%	0,9
<b>10-19</b>			3,0%	0,9
<b>20-29</b>			2,2%	0,7
<b>30-39</b>			3,3%	0,9
<b>40-49</b>			5,0%	1,5
<b>50-59</b>			9,0%	4,2
<b>60-69</b>			23,1%	4,0
<b>70-79</b>			32,5%	5,3
<b>&gt;79</b>			20,4%	4,9

In der *Tabelle 4* werden ausschließlich Atemwegspatienten (AWP) betrachtet, wobei nach Altersklassen differenziert wird. Für jede Altersklasse wird die durchschnittliche Zahl der insgesamt verordneten, verschiedenen Wirkstoffe ausgewiesen. Hierbei werden aber nicht ausschließlich Antiasthmatica, sondern auch Wirkstoffe anderer Indikationen (z.B. Bluthochdruck) berücksichtigt.

Das Gros der AWP ist über 50 Jahre alt und erhält deutlich mehr als 3 verschiedene Wirkstoffe pro Quartal.

**Abbildung 1: Antiasthmatica-Verbrauch nach Wirkstoffgruppen**

Die *Abbildung 1* zeigt, in Bezug auf welche Wirkstoffgruppen der Verbrauch prozentual am stärksten ist. Näheres zur Wirkstoffgruppenzuordnung finden Sie in Kapitel 2 unter „Definitionen“.

Deutlich dominieren die Xanthine (z.B. Theophyllin) vor den selektiven  $\beta$ 2-Sympathomimetika zur Inhalation (Gruppe 3: z.B. Salbutamol). An dritter Stelle sind inhalative Kombinationspräparate zu finden, die aus Salmeterol+Fluticason oder Formoterol+Budesonid bestehen (Gruppe 2). Prinzipiell handelt es sich bei diesen Kombinationspräparaten zwar um therapeutisch sinnvolle, aber dennoch kostenintensive Medikamente. Dementsprechend muss auf eine stufenadaptierte Therapie geachtet werden - die Kombinationstherapie empfiehlt sich ab Stufe 3. Häufig wird hier aber nach initialem Behandlungsversuch ein sogenanntes „stepping down“ vergessen, und die Patienten verwenden dauerhaft ein teures Kombinationspräparat, obwohl ein günstigeres ICS-Monotherapeutikum gemäß Stufe 2 ausreichen würde (siehe auch Indikator in *Abb. 8*).

## 4. Darstellung der Indikatoren

Um die äußerst komplexe Versorgungsrealität unter einer bestimmten Fragestellung zu beleuchten, bedienen wir uns bestimmter Meßgrößen – der Indikatoren. Wir möchten nochmals betonen, dass uns ausschließlich routinemäßig ermittelte Verordnungsdaten, aber *keine Diagnosen* vorliegen! Wir können daher nur Indikatoren formulieren, die sich direkt aus Pharmadaten ableiten lassen. Bei den Indikatoren handelt es sich um Vorschläge unsererseits, mit deren Hilfe bei der Evaluation gegebenenfalls eingetretene Veränderungen gemessen werden können.

### Ein Indikator

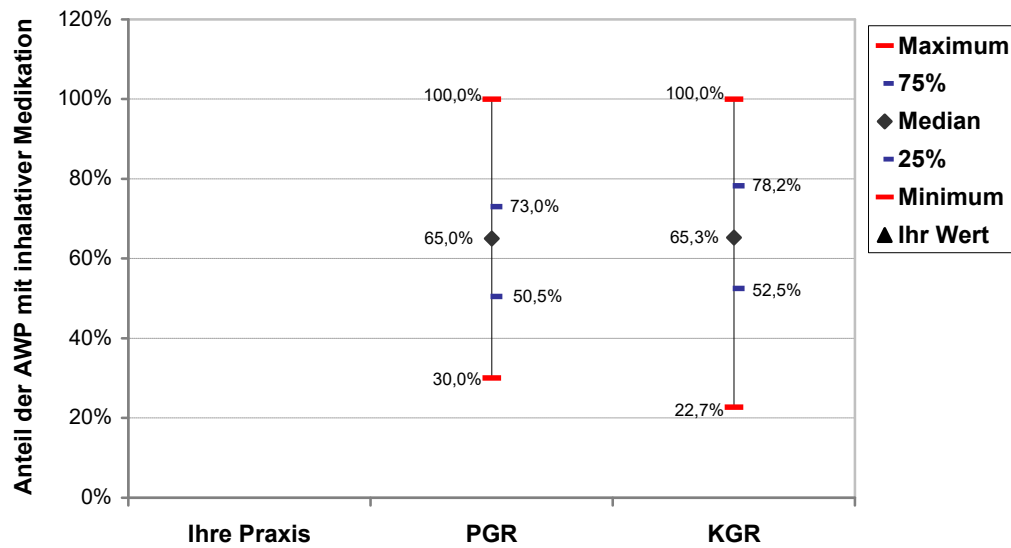
- ist eine messbare Größe, die eine Aussage in Bezug auf die Qualität der Versorgung in einem *ausgewählten* Bereich zulässt,
- zeigt den Ist-Zustand der Versorgung *unter einer bestimmten* Fragestellung und
- lässt *allein* keine abschließende Beurteilung der Qualität zu, sondern ist immer nur in Bezug zu anderen Aspekten zu interpretieren.

Um Ihnen nicht nur in Form der Indikatoren Zahlen auszuweisen, sondern auch einen möglichen Ansatz für Veränderungen zu liefern, präsentieren wir Ihnen praxisindividuell im Kapitel 5 (*Tabelle 5, Tabelle 6*) die Verordnungen bzw. Patienten, die von bestimmten Indikatoren (*Abb. 7, Abb. 9*) betroffen sind.

### Indikatoren mit korrespondierenden Abbildungen und Tabellen

Abb. 7	Tab. 5	Anteil der Atemwegspatienten mit hohem Verbrauch (> 90 DDD) kurzwirksamer Sympathomimetika zur Inhalation
Abb. 9	Tab. 6	Verordnungsanteil von Generika bzw. festbetragsgeregelten Antiasthmatica

Abbildung 2: Anteil der Atemwegspatienten mit inhalativer Medikation

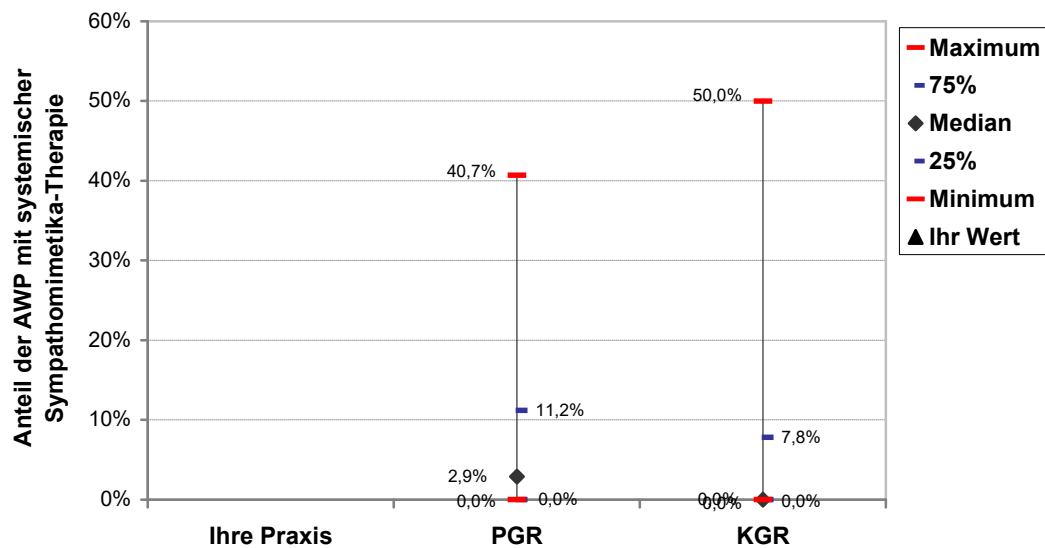


<b>Aussage</b>	Der Indikator <sup>2</sup> beschreibt den Anteil der Atemwegspatienten mit <i>inhalativer</i> Therapie <sup>3</sup> an allen Atemwegspatienten <sup>4</sup> . Die <i>inhalative</i> Medikation umfasst gleichermaßen die Wirkstoffgruppen Sympathomimetika, Glucocorticoide, Anticholinergika, Mastzellstabilisatoren und deren Kombinationen.
<b>Begründung</b>	Unabhängig von der Diagnose (Asthma oder COPD) sollte jeder Atemwegspatient <b>vordringlich mit Inhalativa behandelt</b> werden. Die <i>systemische</i> Behandlung stellt im Allgemeinen nur eine <i>zusätzliche</i> Maßnahme bei schwererem Krankheitsverlauf dar. Gegen eine inhalative Therapie sprechen nur ein schlechter Allgemeinzustand (z. B. hohes Patientenalter) oder das Unvermögen des Patienten, das Inhalativum korrekt zu applizieren.
<b>Zielwert</b>	Insgesamt sollte der Anteil der Patienten mit systemischer Therapie ohne jegliche inhalative Begleitmedikation bei Leitlinien-konformer Behandlung möglichst gering sein. Daher ist für den hier betrachteten Indikator „Atemwegspatienten mit inhalativer Medikation“ ein möglichst hoher Wert anzustreben.
<b>Zielerreichung</b>	Beachtung aktueller Therapieempfehlungen.
<b>Ergebnis</b>	In der Projektgruppe werden bei der mittleren Hälfte der Praxen zwischen 50,5% und 73% der Atemwegspatienten mit Inhalativa behandelt.

<sup>2</sup> Qualitätsindikator: SIP\_011

<sup>3</sup> ATC Codes: R03A, R03B

<sup>4</sup> ATC Codes: R03

Abbildung 3: Anteil der Atemwegspatienten mit systemischen Sympathomimetika

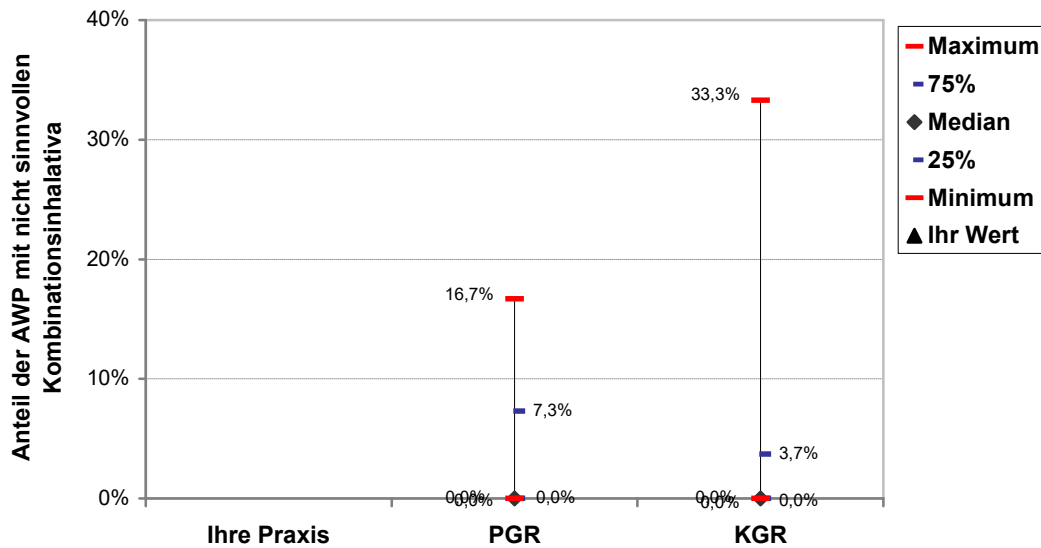
<b>Aussage</b>	Der Indikator <sup>5</sup> untersucht den Anteil der Atemwegspatienten an allen Atemwegspatienten <sup>6</sup> , der <i>systemisch</i> mit Sympathomimetika <sup>7</sup> behandelt wird.
<b>Begründung</b>	Aufgrund des Profils unerwünschter Arzneimittelwirkungen sollten bei Leitlinienkonformer Behandlung <b>systemische <math>\beta</math>2-Sympathomimetika nur in Ausnahmefällen</b> verwendet werden. Dies wäre beispielsweise dann der Fall, wenn die inhalative Applikation für den Patienten nicht möglich ist oder z. B. Asthma der Stufe 4 zur zusätzlichen systemischen Medikation veranlasst.
<b>Zielwert</b>	Der anzustrebende Zielwert sollte möglichst gering sein.
<b>Zielerreichung</b>	Kritische Indikationsstellung.
<b>Ergebnis</b>	In der Projektgruppe werden bei 25% der Praxen mehr als 11,2% der Atemwegspatienten systemisch mit Sympathomimetika behandelt.

<sup>5</sup> Qualitätsindikator: SIP\_012

<sup>6</sup> ATC-Code: R03

<sup>7</sup> R03C

**Abbildung 4: Anteil der Atemwegspatienten mit pharmakologisch nicht sinnvollen Kombinationsinhalativa**

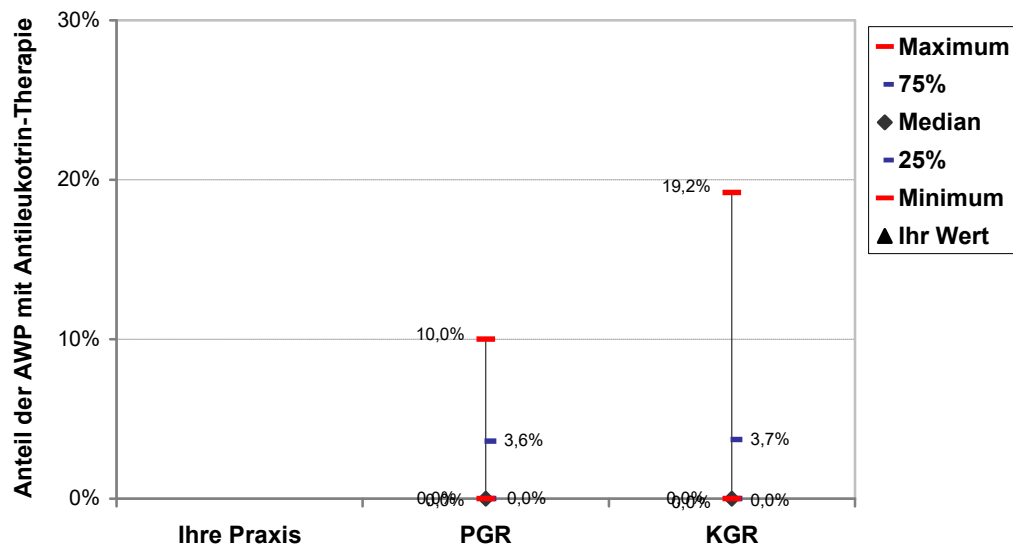


<b>Aussage</b>	Dieser Indikator <sup>8</sup> bildet den Anteil der Atemwegspatienten <sup>9</sup> ab, der mit pharmakologisch <i>nicht sinnvollen</i> inhalativen Kombinationspräparaten <sup>10</sup> behandelt wird (AARANE, ALLERGOSPASMIN).
<b>Begründung</b>	Bei einer Wirkstoffkombination aus $\beta$ 2-Sympathomimetika und Mastzellstabilisatoren (z. B. Fenoterol oder Reproterol in Kombination mit Cromoglicinsäure) handelt es sich aus pharmakologischer Sicht um eine <i>nicht sinnvolle</i> Kombination, die allerdings, dem Arzneiverordnungs-Report zufolge, in Deutschland relativ häufig verordnet wird. Insbesondere problematisch ist bei diesen Kombinationspräparaten die Tatsache, dass Mastzellstabilisatoren relativ schwache Controller sind, die viertel täglich gegeben werden müssen, während $\beta$ 2-Sympathomimetika als Reliever jedoch nur bedarfsweise appliziert werden sollten.
<b>Zielwert</b>	Es ist anzustreben, den Anteil der Atemwegspatienten, der mit <i>nicht sinnvollen</i> inhalativen Kombinationspräparaten behandelt wird, zu minimieren >> Zielwert 0%
<b>Zielerreichung</b>	Verzicht auf Verordnung.
<b>Ergebnis</b>	In der Projektgruppe werden bei 25% der Praxen mehr als 7,3% der Atemwegspatienten mit pharmakologisch <u>nicht sinnvollen</u> Kombinationsinhalativa behandelt.

<sup>8</sup> Qualitätsindikator: SIP\_013

<sup>9</sup> ATC-Code: R03

<sup>10</sup> ATC-Code: R03AK50

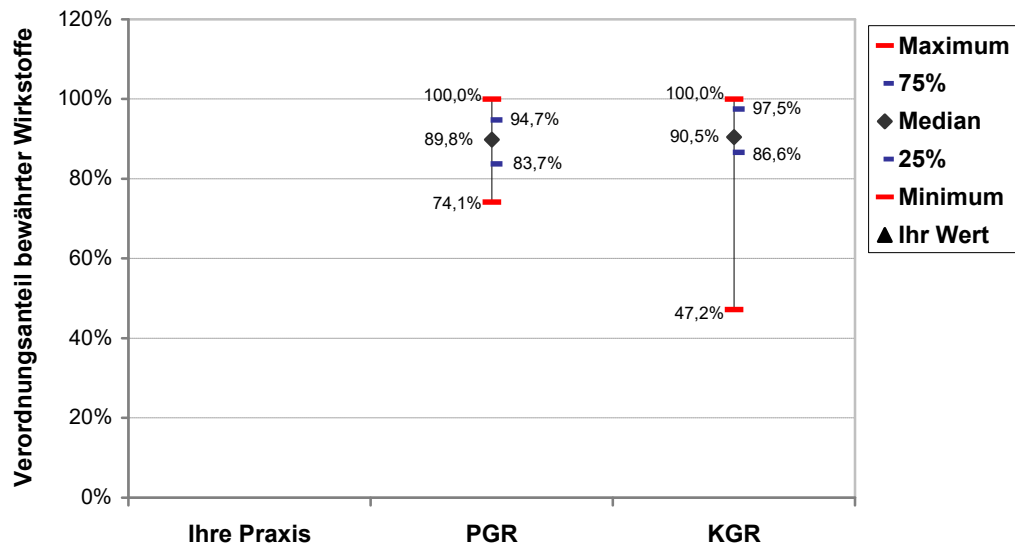
Abbildung 5: Anteil der Atemwegspatienten mit Antileukotrien-Therapie

<b>Aussage</b>	Dieser Indikator untersucht den (auf alle Atemwegspatienten <sup>11</sup> bezogenen) Patientenanteil, der mit Leukotrienrezeptor-Antagonisten <sup>12</sup> (Montelukast, SINGULAIR) behandelt wird.
<b>Begründung</b>	Montelukast ist <i>kein</i> gleichwertiger Ersatz für die ICS-Therapie. Mittel der ersten Wahl – auch zur vorbeugenden Behandlung des Asthma – sind Leitlinien-gemäß die inhalativen Corticosteroide. Montelukast besitzt als Zusatzmittel (Add-on-Therapie) Reservestatus und ist als antientzündliche Alternative nur dann indiziert, wenn andere Therapeutika aufgrund lokaler Nebenwirkungen bzw. anderer Vorbehalte nicht zu verwenden oder nicht ausreichend wirksam sind. Die inhalativen Corticosteroide sind den Antileukotrienen hinsichtlich der Besserung der Lungenfunktion, der Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität, der Reduktion der Atemwegsentszündung und dem prozentualen Anteil der erfolgreich therapierten Patienten überlegen.
<b>Zielwert</b>	Der anzustrebende Zielwert sollte also nach derzeitigem Kenntnisstand in der hausärztlichen Praxis eher möglichst niedrig sein.
<b>Zielerreichung</b>	Kritische Indikationsstellung, Leitlinien-konforme Behandlung.
<b>Ergebnis</b>	In der Projektgruppe werden bei 25% der Praxen mehr als 3,6% der Atemwegspatienten mit Antileukotrienen behandelt.

<sup>11</sup> ATC-Code: R03

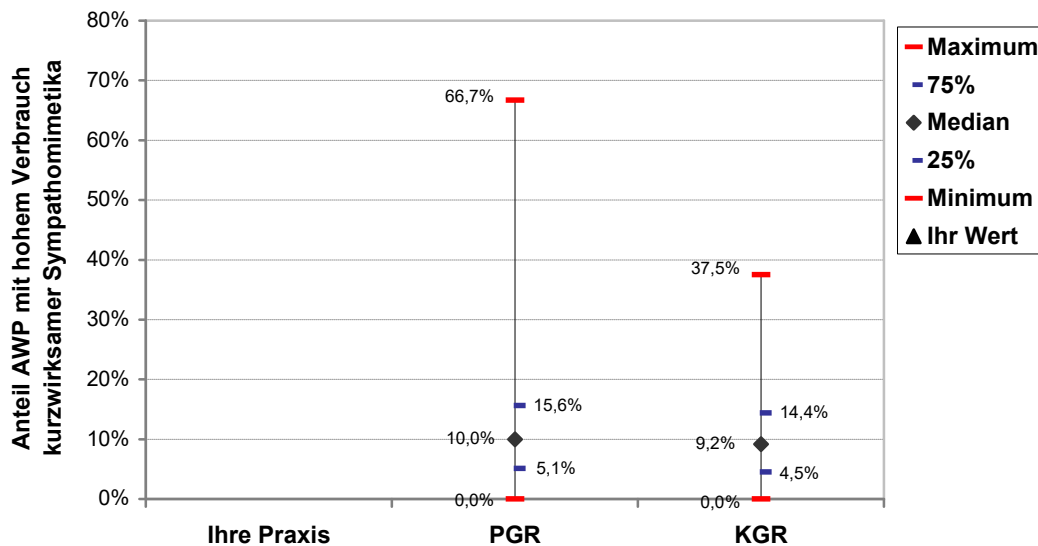
<sup>12</sup> ATC-Code: R03DC

**Abbildung 6: Verordnungsanteil bewährter Wirkstoffe zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen**



<b>Aussage</b>	Dieser Indikator untersucht den <i>Verordnungsanteil</i> bewährter Wirkstoffe zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen in Bezug auf alle Antiasthmatica.
<b>Begründung</b>	<p>Diese Einteilung ist angelehnt an die Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Als bewährte Wirkstoffe werden im Einzelnen verstanden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhal. Glucocorticoide (ATC-Code R03BA)</li> <li>• Inhal. selekt. <math>\beta</math>2-Mimetika (ATC-Code R03AC)</li> <li>• Inhal. Anticholinergika (ATC-Code R03BB)</li> <li>• Inhal. Mastzellstabilisatoren als Mono (ATC-Code R03BC)</li> <li>• Inhal. Fenoterol+Ipratropium (ATC-Code R03AK03)</li> <li>• Inhal. Salmeterol+Fluticason (ATC-Code R03AK06)</li> <li>• Inhal. Formoterol+Budesonid ATC-Code R03AK07)</li> <li>• Theophyllin (ATC-Code R03DA04)</li> </ul> <p><u>Nicht als bewährt</u> gelten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhal. nicht-selektive Sympathomimetika</li> <li>• Kombination aus <math>\beta</math>2-Sympathomimetika+Mastzellstabilisatoren (Inhal.)</li> <li>• Sympathomimetika zur <u>systemischen</u> Anwendung</li> <li>• Leukotrienrezeptor-Antagonisten</li> </ul> <p>Systemisch sollten Sympathomimetika nur in Ausnahmefällen verordnet werden; dies wäre beispielsweise dann der Fall, wenn die inhalative Applikation für den Patienten nicht möglich ist oder z.B. Asthma der Stufe 4 zur zusätzlichen systemischen Medikation veranlasst.</p>
<b>Zielwert</b>	Möglichst 100%.
<b>Zielerreichung</b>	Kritische Indikationsstellung, Leitlinien-konforme Behandlung.

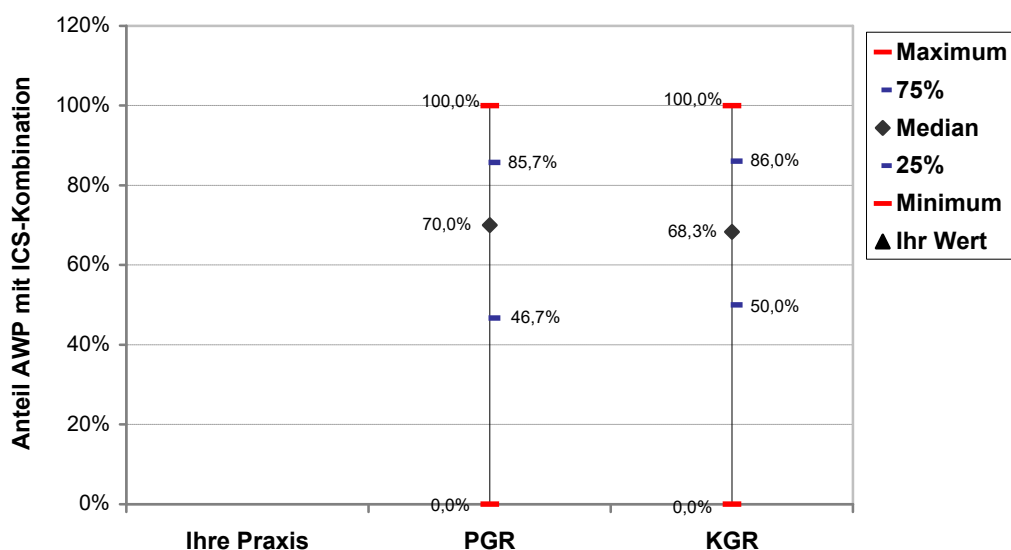
**Abbildung 7: Anteil der Atemwegspatienten mit hohem Verbrauch (>90 DDD) kurzwirksamer Sympathomimetika zur Inhalation**



<b>Aussage</b>	Dieser Indikator untersucht, wie viele Patienten prozentual pro Quartal mehr als 90 Tagesdosen (DDD) an kurzwirksamen, inhalativen $\beta$ 2-Sympathomimetika verordnet bekommen.  BezugsgöÙe für den Indikator sind alle Atemwegspatienten <sup>13</sup> .
<b>Begründung</b>	Kurzwirksame, inhalative $\beta$ 2-Sympathomimetika sind Salbutamol, Terbutalin, Fenoterol, Reproterol; Mono- und Kombinationspräparate werden gleichermaßen erfasst.  Kurzwirksame $\beta$ 2-Sympathomimetika sollten nur bedarfsweise inhaliert werden. Der Verbrauch an kurzwirksamen $\beta$ 2-Sympathomimetika ist dabei ein Indikator für die Qualität der Asthma-Kontrolle. Dementsprechend weist ein steigender Bedarf an kurzwirksamen $\beta$ 2-Sympathomimetika auf ein nicht ausreichend therapiertes Asthma hin.
<b>Zielwert</b>	Möglichst gering.
<b>Zielerreichung</b>	Leitlinien-konforme Behandlung (z.B. entzündungshemmende Therapie).
<b>Ergebnis</b>	In der Projektgruppe zeigen bei der mittleren Hälfte der Praxen zwischen 5,1% und 15,6% der Atemwegspatienten einen erhöhten Verbrauch an kurzwirksamen Sympathomimetika.
<b>Hinweis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Packung Salbutamol Dosieraerosol mit 200Hub entsprechen 25 DDD.</li> <li>• In <i>Tabelle 5</i> werden die AWP Ihrer Praxis ausgewiesen, denen mehr als 90 DDD an kurzwirksamen Sympathomimetika zur Inhalation verordnet wurde.</li> </ul>

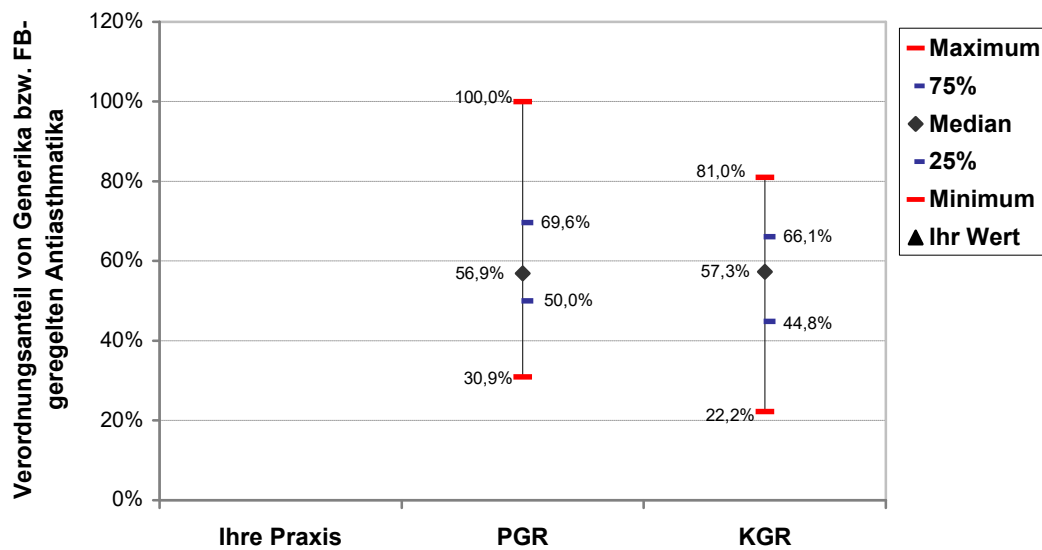
<sup>13</sup> Atemwegspatienten sind über ihre Behandlung mit Präparaten des ATC-Codes R03 definiert.

**Abbildung 8: Anteil der Atemwegspatienten mit ICS-Kombinationspräparaten**



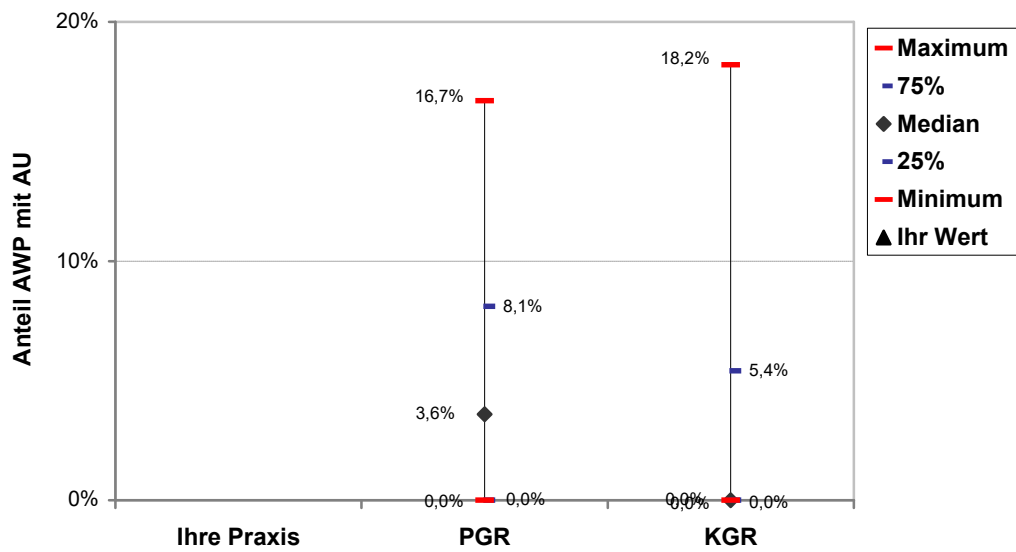
<b>Aussage</b>	Dieser Indikator untersucht, wie viele Patienten prozentual mit Kombinationspräparaten aus Salmeterol+Fluticason (ATMADISC, SERETIDE, VIANI) bzw. Formoterol+Budesonid (SYMBICORT) behandelt werden; Bezugsgröße sind alle Patienten mit ICS-Therapie, wobei Mono- und Kombinationspräparate gleichermaßen berücksichtigt werden.
<b>Begründung</b>	Bei Kombinationspräparaten, die aus Salmeterol+Fluticason bzw. Formoterol+Budesonid bestehen, handelt es sich aufgrund der synergistischen Effekte bei stabilem Asthma um pharmakologisch sinnvolle Kombinationen. Bei der Dauertherapie zeigt sich eine Überlegenheit der Kombination gegenüber der ICS-Monotherapie. Dabei sollte jedoch auf eine stufenadaptierte Therapie geachtet werden; die Kombinationstherapie empfiehlt sich ab Stufe 3. Häufig wird hier aber nach initialem Behandlungsversuch ein sogenanntes „stepping down“ vergessen, und die Patienten verwenden dauerhaft ein teures Kombinationspräparat, obwohl ein günstigeres ICS-Monotherapeutikum gemäß Stufe 2 ausreichen würde.  Auf dem Markt befinden sich die Kombinationen Fluticason+Salmeterol und Budesonid+Formoterol. Ein wichtiger Unterschied zwischen diesen Kombinationen besteht in dem deutlich schnelleren Wirkungseintritt des Formoterols im Vergleich zu Salmeterol. Auf jeden Fall muss ein kurzwirksames $\beta$ 2-Sympathomimetikum als Reliever weiterhin verfügbar sein.
<b>Zielwert</b>	Kritische Indikationsstellung.
<b>Zielerreichung</b>	Leitlinien-konforme Behandlung (z.B. entzündungshemmende Therapie) ohne die Therapie-Deeskalation zu vergessen, sobald die Besserung eingetreten ist.
<b>Ergebnis</b>	In der Projektgruppe erhalten bei der mittleren Hälfte der Praxen zwischen 46,7% und 85,7% der Atemwegspatienten ICS-Kombinationspräparate.

Abbildung 9: Verordnungsanteil von Generika bzw. FB-geregelten Antiasthmatica



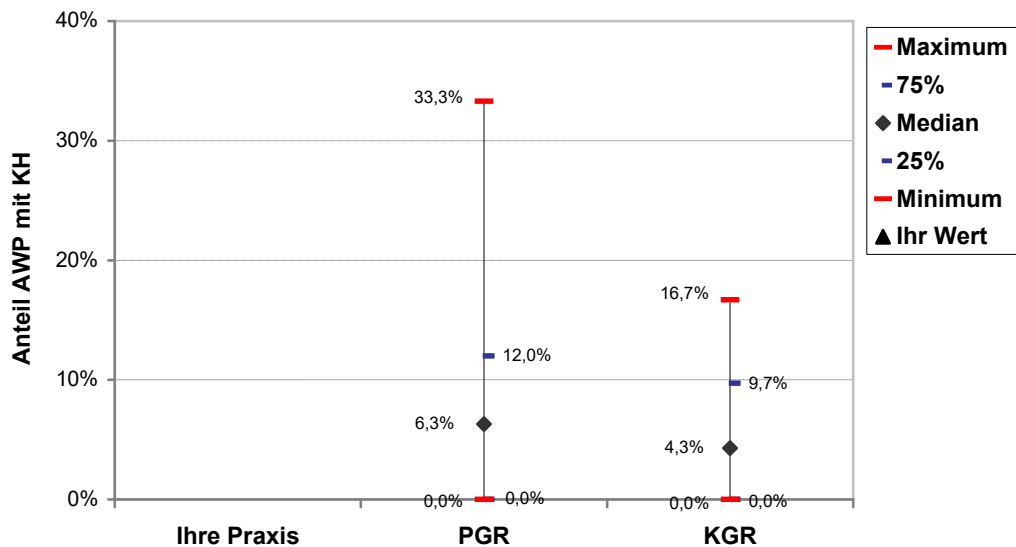
<b>Aussage</b>	Dieser Indikator untersucht, wie hoch der Verordnungsanteil von Generika bzw. festbetragsgeregelten Arzneimitteln in Bezug auf alle Antiasthmatica ist.
<b>Begründung</b>	Kostensenkung.
<b>Zielwert</b>	Möglichst hoch.
<b>Zielerreichung</b>	Kritische Indikationsstellung bei Medikamenten, bei denen es sich weder um Generika noch festbetragsgeregelte Präparate handelt.
<b>Ergebnis</b>	In der Projektgruppe liegt der Verordnungsanteil von Präparaten, bei denen es sich um Generika oder um festbetragsgeregelte Präparate handelt, bei der mittleren Hälfte der Praxen zwischen 50,0% und 69,9%.
<b>Hinweis</b>	In <i>Tabelle 6</i> sind in Bezug auf Antiasthmatica die Verordnungen Ihrer Praxis ausgewiesen, bei denen es sich weder um Generika noch um festbetragsgeregelte Präparate handelt.

Abbildung 10: Anteil der Atemwegspatienten mit AU



<b>Aussage</b>	Dieser Indikator untersucht, wie hoch der Anteil der Atemwegspatienten ist, der eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufweist.
<b>Begründung</b>	Die Ursache der AU ist nicht bekannt und muss nicht zwangsläufig in Verbindung mit der Atemwegserkrankung stehen. Ein hoher Anteil von AWP mit AU kann unter Umständen ein Hinweis auf eine suboptimal behandelte Erkrankung sein. Andererseits muss ein geringer Anteil an AWP mit AU nicht zwangsläufig ein Hinweis auf eine optimale Behandlung sein, sondern kann auch daraus resultieren, dass viele der Atemwegspatienten älter und somit nicht mehr erwerbstätig sind.
<b>Zielwert</b>	Möglichst niedrig.
<b>Hinweise</b>	In der Projektgruppe weisen bei der Hälfte der Praxen mehr als 3,6% der Atemwegspatienten einen Krankenhausaufenthalt auf.

Abbildung 11: Anteil der Atemwegspatienten mit KH



<b>Aussage</b>	Dieser Indikator untersucht, wie hoch der Anteil der Atemwegspatienten ist, der in ein Krankenhaus eingewiesen wurde.
<b>Begründung</b>	Die Ursache der KH-Aufnahme muss ursächlich nicht unbedingt in Zusammenhang mit der Atemwegserkrankung stehen, sondern kann auch andere Gründe haben.
<b>Zielwert</b>	Möglichst niedrig.
<b>Hinweise</b>	In der Projektgruppe weisen bei der Hälfte der Praxen mehr als 6,3% der Atemwegspatienten einen Krankenhausaufenthalt auf.

## 5. Patienten und Verordnungen Ihrer Praxis

Der vorliegende Verordnungsspiegel präsentiert Ihnen in diesem Kapitel Patienten und Verordnungen Ihrer Praxis, die im Zusammenhang mit den Indikatoren (*Abbildung 7*, *Abbildung 9*) ermittelt wurden.

Kurzwirksame  $\beta$ 2-Sympathomimetika sollten nur bedarfsweise inhaliert werden. Der Verbrauch an kurzwirksamen  $\beta$ 2-Sympathomimetika ist ein Indikator für die Qualität der Asthma-Kontrolle. Dementsprechend weist ein steigender Bedarf an kurzwirksamen  $\beta$ 2-Sympathomimetika auf ein nicht ausreichend therapiertes Asthma hin. In *Tabelle 5* werden die Patienten Ihrer Praxis ausgewiesen, denen mehr als 90 Tagesdosen kurzwirksamer Sympathomimetika pro Quartal verordnet wurde (Indikator in *Abb. 7*). **Jede Zeile der Tabelle 5 entspricht dabei einer Verordnung. Wurden Verordnungen ein und demselben Patienten ausgestellt, weisen diese eine identische Patienten-Nummer in der ersten Spalte der Tabelle 5 auf.**

**Tabelle 5: Atemwegspatienten mit hohem Verbrauch (>90 DDD) kurzwirksamer Sympathomimetika zur Inhalation**

Patienten Nummer	Rezept Datum	Artikelbezeichnung, Darreichungsform, Packungsgröße	Zahl der Packungen	Kosten	Alter	Geschlecht

In der *Tabelle 6* sind die Antiasthmatica-Verordnungen aufgeführt, bei denen es sich weder um Generika noch um festbetragsgeregelte Medikamente handelt (Indikator in *Abb. 9*). Hier wäre im Einzelfall zu überlegen, ob es eventuell sinnvoll und therapeutisch möglich ist, aus Kostengründen auf Generika oder festbetragsgeregelte Arzneimittel auszuweichen.

**Tabelle 6: Verordnungen Ihrer Praxis, bei denen es sich weder um Generika noch festbetragsgeregelte Präparate handelt**

Wirkstoffe	Aggregate	Zahl der Verordnungen	Kosten pro Verordnung	Gesamtkosten
------------	-----------	-----------------------	-----------------------	--------------