

2012

Qualitätsbericht

DMP Diabetes mellitus Typ 2



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. DMP Diabetes mellitus Typ 2	3
2.1 Strukturierte Behandlung bei Diabetes mellitus Typ 2.....	3
2.2 Ziele des DMP Diabetes mellitus Typ 2	4
2.3 Dokumentation / Datenlieferung	6
2.4 Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation.....	6
2.5 Basisdaten	6
3. Ergebnisse des DMP Diabetes mellitus Typ 2	8
3.1 Vermeidung schwerer Hypoglykämien	8
3.2 Stationäre Notfallbehandlung.....	9
3.3 Metformin	10
3.4 Funduskopie.....	11
3.5 HbA1c-Wert.....	12
3.6 HbA1c - Zielwert	14
3.7 Blutdruck	15
3.8 Überweisung an diabetische Fußambulanz / Einrichtung.....	17
3.9 Nierenfunktion.....	18
3.10 Thrombozytenaggregationshemmer	19
4. Schulungen	20
5. Fazit	23

1. Einleitung

Diabetes mellitus Typ 2 – Definition und Prävalenz

Als Diabetes mellitus Typ 2 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch relativen Insulinmangel auf Grund einer Störung der Insulinsekretionen entsteht und in der Regel mit einer Insulinresistenz einhergeht.

Die Prävalenz (Häufigkeit) des Diabetes mellitus beträgt (bei europäischen Bevölkerungsgruppen) ca. 8 v.H. der Bevölkerung. In Deutschland leben geschätzt 6,5 Millionen Menschen mit bekanntem Diabetes mellitus. Eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit mit immer jüngeren Patienten ist zu erwarten.

2. DMP Diabetes mellitus Typ 2

2.1 Strukturierte Behandlung bei Diabetes mellitus Typ 2

Disease-Management-Programme (DMP) haben bestimmten Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien und an die durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen sowohl für Versicherte als auch für Ärzte und Leistungserbringer zu genügen. Die Akkreditierung der Programme durch das Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde ist davon abhängig, ob diese Anforderungen erfüllt sind.

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.

Für die ärztliche Qualitätssicherung im DMP ist die Gemeinsame Einrichtung, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und den Krankenkassen gebildet wurde, zuständig.

Mit diesem Qualitätsbericht legt die Gemeinsame Einrichtung DMP Land Brandenburg für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 die erreichten Qualitätsergebnisse vor. Im Qualitätsbericht wurde der Dokumentationszeitraum vom 01.01.2012 bis zum 31.12.2012 ausgewertet.

Zum 31.12.2012 nahmen 1.354 Hausärzte an der koordinierenden Versorgung und 62 Vertragsärzte an der diabetologisch qualifizierten Betreuung der DMP-Patienten teil.

Für Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom stehen im Rahmen des DMP -Diabetes mellitus Typ 2- Vertrages 52 Schwerpunktpraxen sowie 124 Podologen zur Verfügung.

Für die spezifische stationäre Behandlung der Diabetes mellitus Typ 2 – Patienten wurde im Land Brandenburg mit 21 Kliniken ein entsprechender Vertrag geschlossen.

Auch besteht die Möglichkeit, Diabetiker aller teilnehmenden Krankenkassen im Rahmen dieses Vertrages in zwei Rehabilitationseinrichtungen zu behandeln. So nimmt zum einen das Reha-Zentrum Spreewald in Burg als auch die Reha-Klinik Hohenelse in Rheinsberg teil.

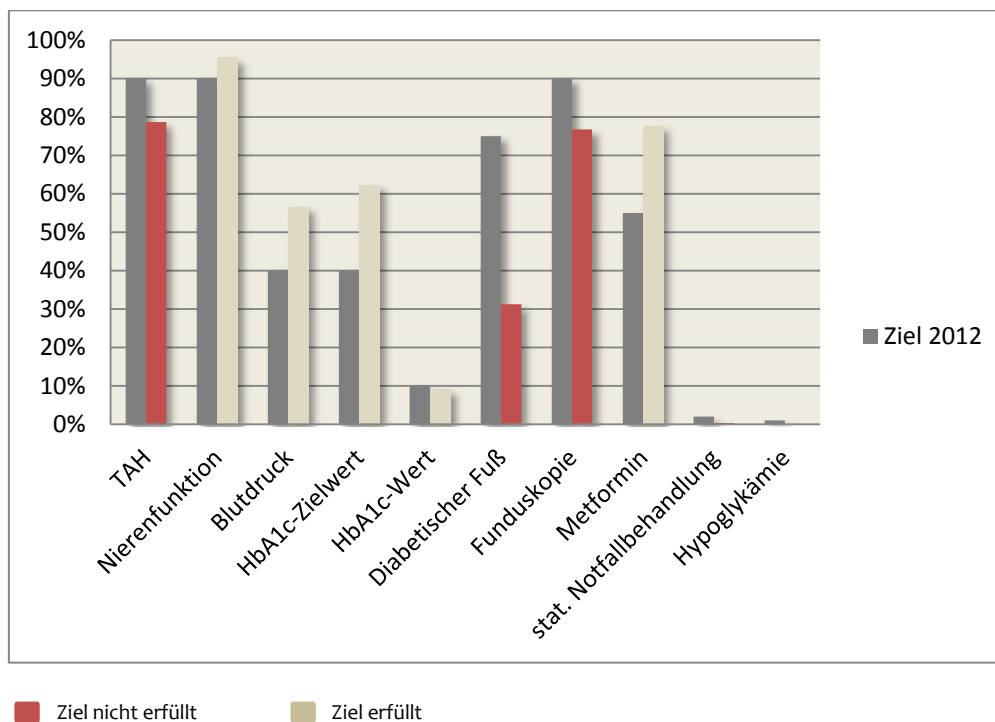
Für Patienten der Knappschaft besteht zusätzlich die Möglichkeit der rehabilitativen Behandlung in der Rehaklinik Bad Suderode.

2.2 Ziele des DMP Diabetes mellitus Typ 2

Das Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 verfolgt die Ziele:

- Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z.B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechselentgleisungen
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität
- Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz, mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie)
- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen.

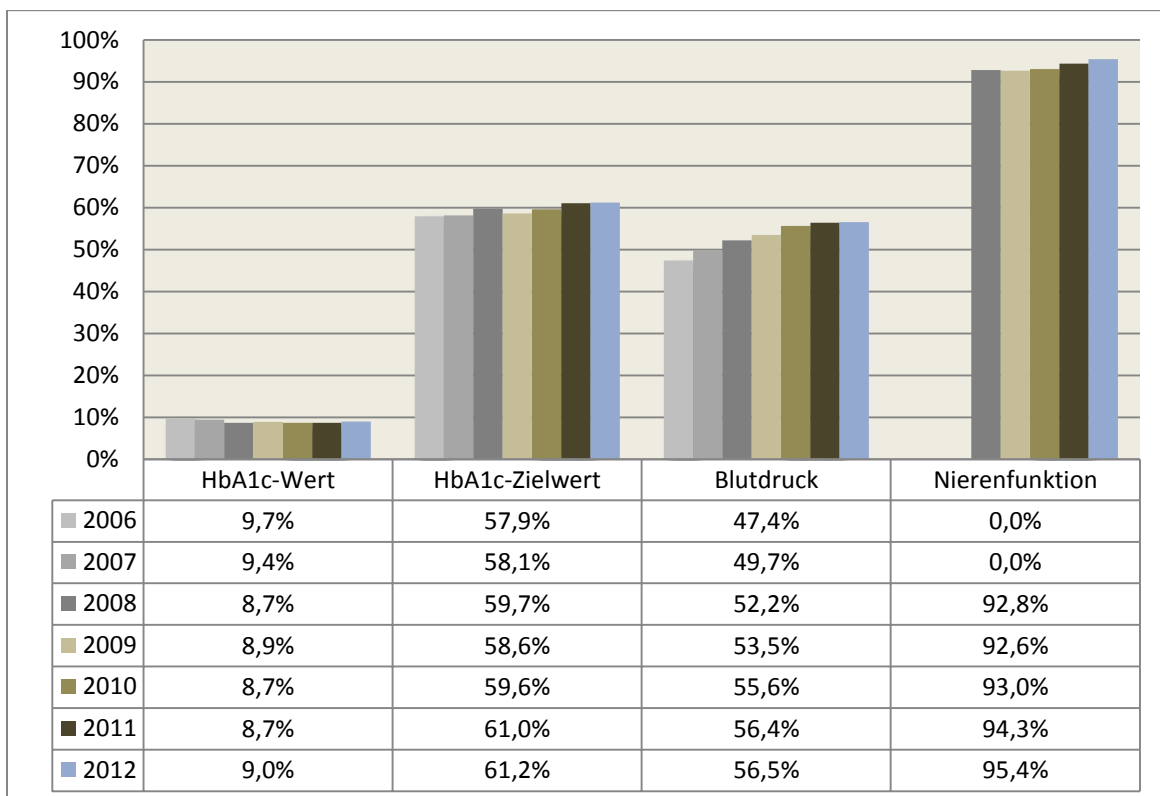
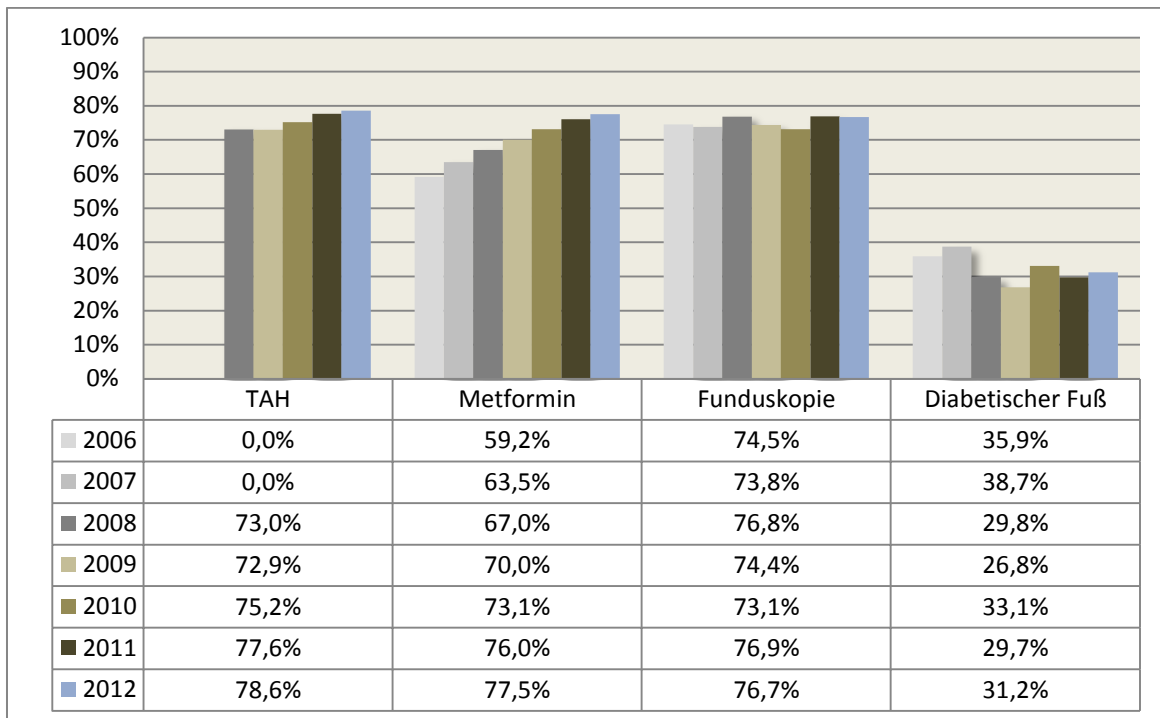
Um diese Ziele zu erreichen, wurden im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 Anforderungen an die Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität definiert und in Qualitätszielen festgehalten.



Die folgende Darstellung gibt einen Überblick der Ergebnisentwicklung der Jahre 2006 bis 2012. Die Ziele „Überprüfung der Nierenfunktion“ und „Verordnung von TAH bei Makroangiopathie“ wurden erst ab dem Jahr 2008 als Qualitätsparameter in den DMP Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 aufgenommen, so dass für vorherige Jahre keine Vergleichszahlen vorliegen.

Auf die Ziele „Hypoglykämie“ und „stationäre Notfallbehandlung“ wurde in den Diagrammübersichten aufgrund geringer Ergebniswerte unter 1% verzichtet. Grundsätzlich kann eingeschätzt werden, dass sich die Ergebnisse für fast alle vereinbarten Qualitätsziele im Jahresvergleich kontinuierlich verbessern.

Besonders positiv zeigt sich die Bilanz zum Einsatz von Metformin. Im Laufe der DMP-Programmlaufzeit konnte im Vergleich 2006 bis 2012 eine Erhöhung der Verabreichung von Metformin um 18,3% erzielt werden. Auch die Betrachtung des Anteils der hypertonen Diabetiker und der Verordnung von TAH weist über den jeweiligen Betrachtungszeitraum eine deutliche Verbesserung auf, wenngleich die prozentuale Steigerung geringer als beim Einsatz von Metformin ausfällt.



Die für ein optimales Behandlungsergebnis notwendige Einstellung von Hypertonikern in den normotensiven Bereich wird mit dem Qualitätsziel Blutdruck dargestellt. Seit dem Jahr 2006 gelingt es, die Einstellung der Diabetes-Patienten mit einem bekannten Hypertonus in den normotensiven Bereich kontinuierlich zu verbessern. Auch die Ergebnisse der beiden Qualitätsziele „Erreichung des individuell vereinbarten HbA_{1c}-Zielwertes“ und „Überprüfung der Nierenfunktion“ konnten gesteigert werden.

2.3 Dokumentation / Datenlieferung

Zum 31.12.2012 nahmen 183.648 Patienten am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teil. Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse und Verläufe von 178.540 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation und Folgedokumentation bzw. mindestens zwei Folgedokumentationen vorlagen.

2.4 Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation

In der DMP-Datenstelle gingen im Kalenderjahr 2012 für 178.540 Patienten Dokumentationen zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 ein. Nur 0,1% aller eingereichten Dokumentationen waren nicht plausibel bzw. korrekt und konnten durch die Praxen korrigiert werden. Lediglich ein nicht zu berücksichtigender Anteil von 0,02% der eingereichten Dokumentationen war bereits bei Eingang in der Datenstelle verfristet und wurde nicht verarbeitet. Der sehr geringe Anteil von verfristeten Dokumentationen zeugt nicht zuletzt auch von der hohen Wirkweise der in Brandenburg eingesetzten Remindersysteme zur Erinnerung der Arztpraxen an ausstehende bzw. erwartete Dokumentationen.

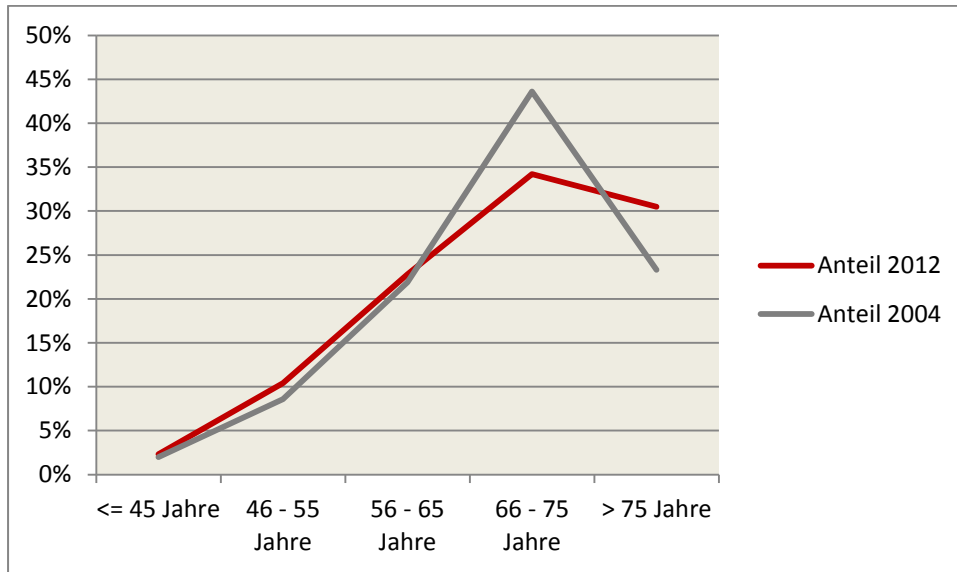
Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass **der Anteil** der vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen **mindestens 95%** betragen soll. Damit wurde das Qualitätsziel erreicht.

Darüber hinaus konnten allerdings 0,8% der Dokumentationen durch die DMP Datenstelle nicht verarbeitet werden. Hintergründe liegen hier u.a. in einer fehlenden Teilnahmeerklärung oder Mitgliedschaft des Patienten zur angegebenen Krankenkasse.

2.5 Basisdaten

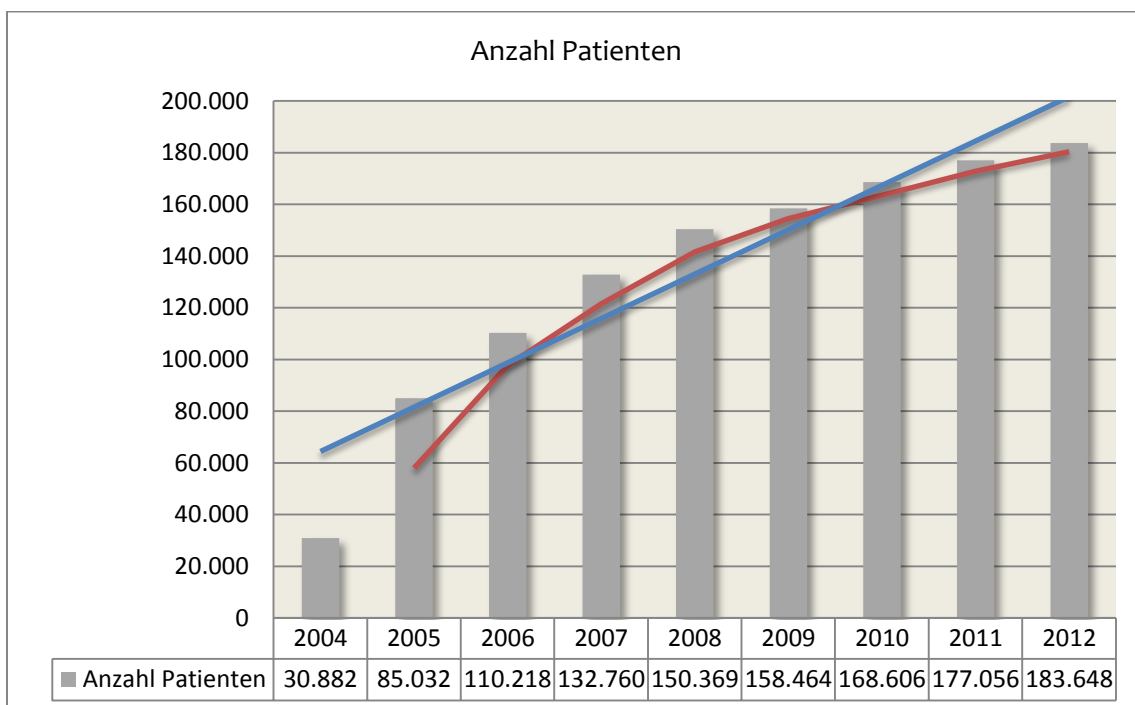
Die Angaben zur Altersverteilung der Patienten tragen dazu bei, Unterschiede in der Behandlung und dem Verlauf beurteilen zu können.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Gesamtüberblick über die Altersverteilung und Anteile in den jeweiligen Altersgruppen der im Berichtszeitraum eingeschriebenen Patienten im Land Brandenburg. Das mittlere Alter der in diesem Bericht berücksichtigten Patienten beträgt 69 Jahre.



Alter	<= 45 Jahre	46 - 55 Jahre	56 - 65 Jahre	66 - 75 Jahre	> 75 Jahre
Anzahl 2012	4.015	18.517	40.655	60.978	54.375

Der überwiegende Anteil der an diesem Programm teilnehmenden Patienten befindet sich mit 34,2% im Altersbereich zwischen 66 – 75 Jahren. Seit Beginn des DMP Diabetes mellitus Typ 2 hat sich die Altersstruktur nur geringfügig geändert. Der Anteil der jüngeren Patienten nimmt ebenso zu wie der Anteil der über 75-Jährigen. Dies entspricht 1. der allgemeinen demographischen Entwicklung und 2. dem Trend, dass sich die Erkrankung immer früher manifestiert.



Seit dem Jahr 2004 zeigt sich eine kontinuierliche Steigerung der Patientenzahlen bis zum Jahr 2012.

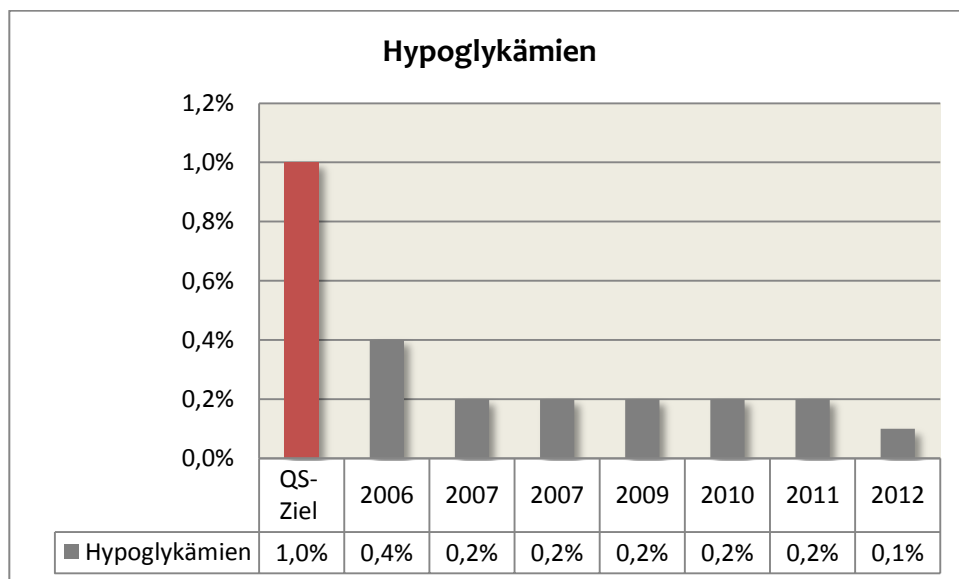
Da weltweit eine Zunahme der Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 zu beobachten und eine verbesserte Diagnostik zu verzeichnen ist, stellt dies möglicherweise auch eine Begründung der stetig steigenden Einschreibungen von Diabetikern in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 dar.

3. Ergebnisse des DMP Diabetes mellitus Typ 2

3.1 Vermeidung schwerer Hypoglykämien

Ein generelles Ziel des DMP-Vertrages ist die Verbesserung der Lebensqualität der von einem Diabetes mellitus Typ 2 betroffenen Patienten, die Vermeidung diabetesbedingter und -assoziierter Folgeschäden sowie die Erhöhung der Lebenserwartung.

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass **bei weniger als 1% der Patienten zwei oder mehr notfallmäßige Behandlungen in den letzten sechs Monaten** aufgrund einer schweren Hypoglykämie stattfinden sollen.



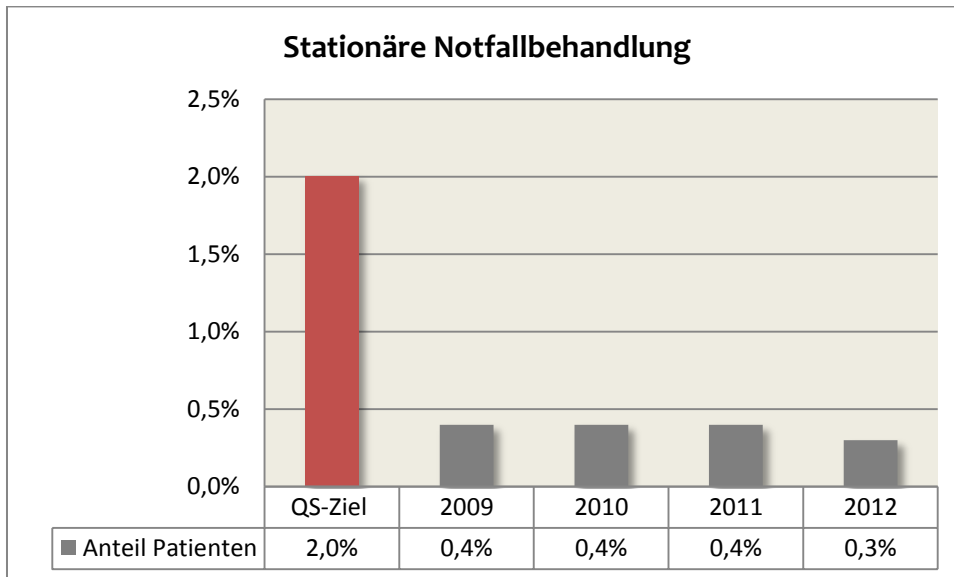
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Patienten	300	244	255	303	296	232	174

Seit Einführung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 konnte erstmalig ein Anteil an Hypoglykämien von nur 0,1% erreicht werden. Gleichzeitig sank die Anzahl absolut auf deutlich unter 200 Patienten für den gesamten Bereich Brandenburg.

Somit wurde das Qualitätsziel erreicht und seit Beginn des DMP-Vertrages deutlich unterschritten. Möglicherweise war hier der Zielwert zu vorsichtig formuliert.

3.2 Stationäre Notfallbehandlung

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass **weniger als 2% der Patienten einmal oder mehrfach notfallmäßig stationär in den letzten sechs Monaten** wegen Diabetes behandelt werden müssen.



	2009	2010	2011	2012
Anzahl Patienten	550	534	553	506

Der Anteil von Patienten, die mindestens einmal oder mehrfach wegen Diabetes in stationärer Behandlung waren, lag im Kalenderjahr 2012 bei 0,3%.

Auch der Anteil absolut an Patienten die stationär in eine Notfallbehandlung übernommen wurden sank im Betrachtungszeitraum um fast 50 Patienten und entspricht einer Senkung von 8,5% zum Vorjahreszeitraum.

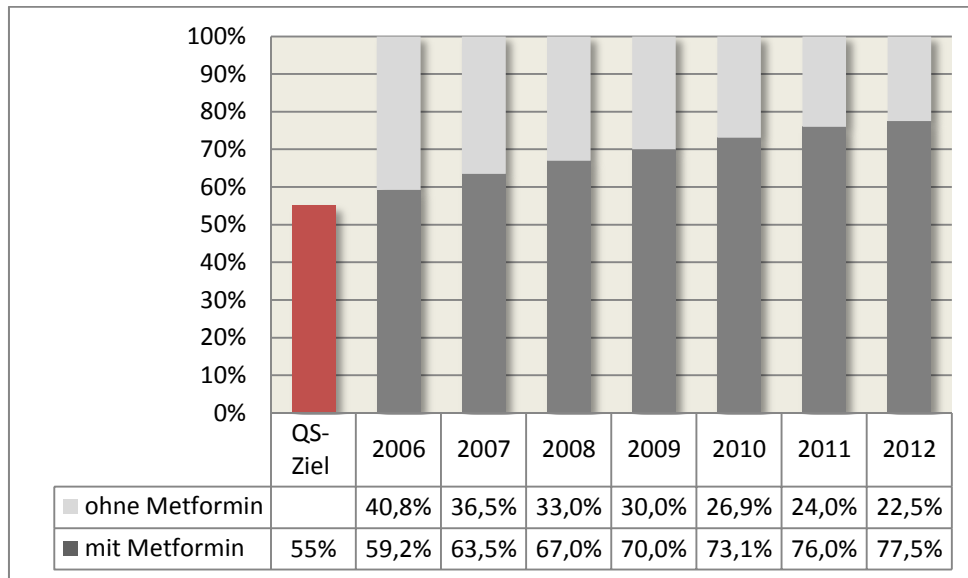
Das Qualitätsziel, weniger als 2% der Patienten aufgrund von Diabetes stationär zu behandeln, wurde erreicht.

3.3 Metformin

Gemäß den Empfehlungen der RSAV sollen übergewichtige Patienten Metformin bei Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum erhalten.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

- zwischen ≥ 3 Jahren und ≤ 6 Jahren DMP-Dauer mindestens 40% und
 - nach ≥ 6 Jahren DMP-Dauer mindestens 55%
- der übergewichtigen Patienten Metformin erhalten.



Anzahl Patienten	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ohne Metformin	10.847	11.837	12.831	12.485	12.111	11.534	11.183
mit Metformin	15.723	20.593	26.035	29.130	32.944	36.524	38.619
Gesamt	26.570	32.430	38.866	41.615	45.055	48.058	49.802

Insgesamt erhalten 49.802 übergewichtige Diabetiker ein orales Antidiabetikum als Monotherapie. Davon wurden 38.619 Patienten mit Metformin, dies entspricht 77,5% der für dieses Ziel zu berücksichtigenden Teilnehmer, behandelt.

Damit ist das Ziel, mindestens 55% der übergewichtigen Diabetiker mit Metformin zu behandeln, deutlich übererfüllt.

Der Anteil der übergewichtigen Patienten, die bei Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum Metformin erhalten, stieg seit 2006 kontinuierlich an. Im Auswertungszeitraum erhalten somit 18% mehr Diabetespatienten den Wirkstoff Metformin als noch zu Beginn des DMP Diabetes mellitus Typ 2. Das Ergebnis stellt eine deutliche Verbesserung der Versorgung übergewichtiger Patienten mit dem Wirkstoff Metformin im Vergleich mit den Ergebnissen zum Zeitpunkt der Einführung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 dar.

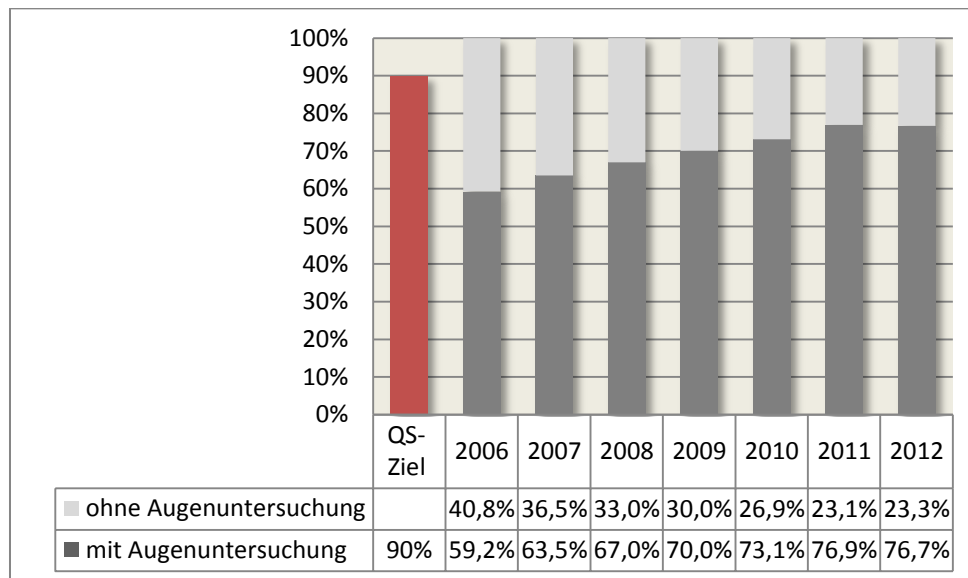
3.4 Funduskopie

Alle Diabetiker sollen regelmäßig auf ophthalmologische Folgeerkrankungen hin untersucht werden. Daher sollte bei jedem Diabetiker **einmal jährlich** eine Funduskopie durchgeführt werden.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

- **zwischen ≥ 3 Jahren und ≤ 6 Jahren DMP-Dauer bei mindestens 80% und**
- **nach ≥ 6 Jahren DMP-Dauer bei mindestens 90%**

aller eingeschriebenen Patienten einmal jährlich eine ophthalmologische Netzhautuntersuchung durchgeführt wird.

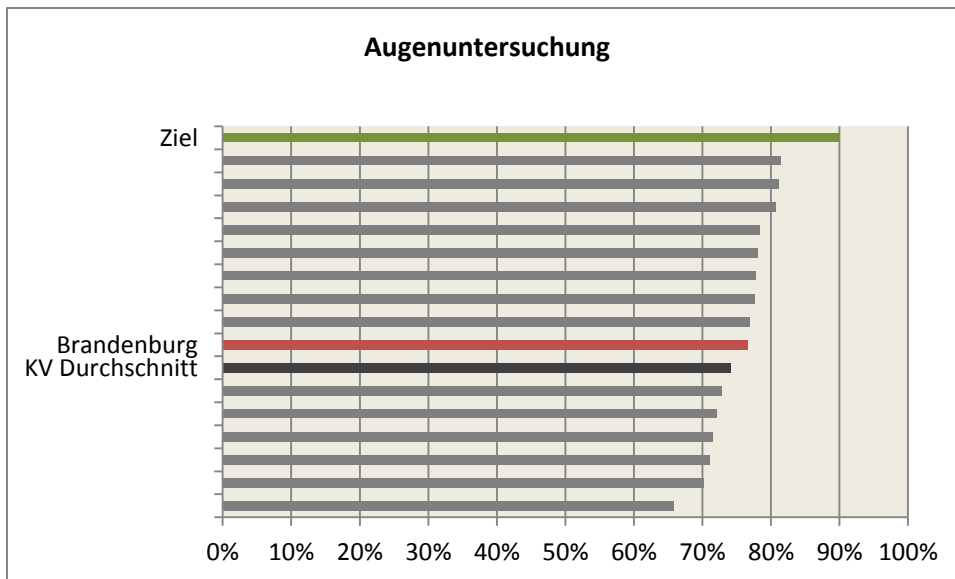


Augenkontrolle	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ohne Untersuchung	16.173	22.744	25.509	31.592	34.621	32.490	33.541
mit Untersuchung	47.344	64.060	84.646	91.821	94.278	108.073	110.691

Im Auswertungszeitraum 2012 lagen Dokumentationsdaten von insgesamt 144.232 Patienten mit einer Teilnahmedauer von mindestens zwölf Monaten vor.

Von diesen Patienten wurde bei 76,7% eine Funduskopie durchgeführt, womit das Qualitätsziel der Durchführung einer Funduskopie bei mindestens 90% der Patienten nicht erfüllt werden konnte. Eine Ursache liegt möglicherweise zum einen in den nicht ausreichenden Terminkapazitäten bei den Fachärzten für Augenheilkunde oder auch der fehlenden lokalen Erreichbarkeit begründet. In einem Flächenland wie Brandenburg können Patienten auch aufgrund der fehlenden Mobilität nicht immer konsequent, die mit nachfolgend visuellen Einschränkungen verbundene Untersuchung des Augenhintergrundes durchführen.

Seit 2006 steigt die Anzahl der untersuchten Patienten stetig an, so dass mehr Patienten von der jährlichen Funduskopie profitieren.

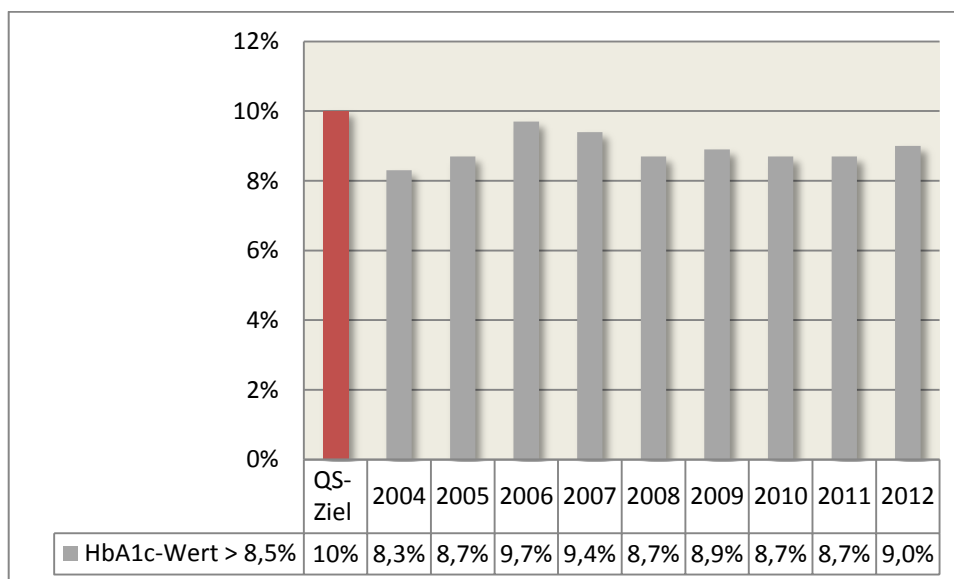


Für den in diesem Diagramm abgebildeten KV-Durchschnitt wurden die Ergebnisse aus fünfzehn KV-Bereichen zugrunde gelegt. Die für einen Regionenvergleich zum KV-Durchschnitt zugrundeliegenden Daten der einzelnen KV-Bereiche können hinsichtlich der Anzahl der teilnehmenden KV-Bereiche schwanken. Gründe hierfür bestehen u.a. in der unterschiedlichen Darstellung von Zielergebnissen und somit fehlenden Vergleichsmöglichkeit oder dem Fehlen einzelner Datenergebnisse aus den KV-Bereichen.

3.5 HbA1c-Wert

Die Betrachtung der durchschnittlichen HbA1c-Werte - als eines der zentralen Parameter für die langfristige Stoffwechselsituation - erlaubt es, Rückschlüsse auf die Morbiditätsentwicklung und den Programmerfolg zu ziehen.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass **weniger als 10% der Patienten einen HbA1c-Wert von $\geq 8,5\%$ aufweisen.**



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Patienten	636	4.073	10.229	11.916	12.537	13.708	14.299	15.115	16.111

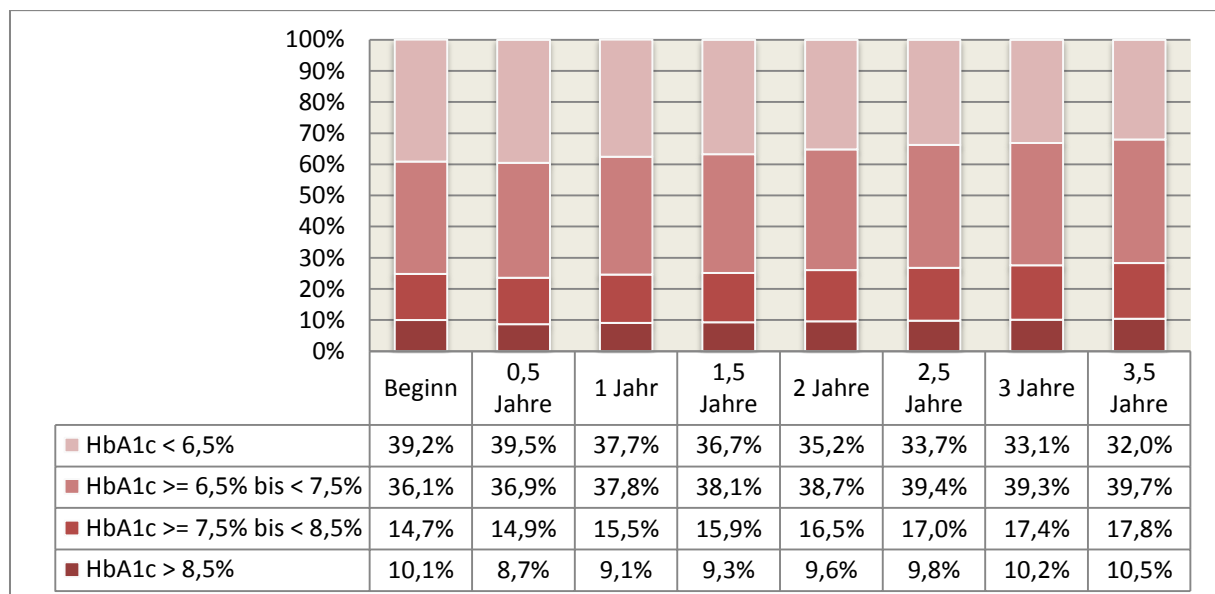
Der Anteil der Patienten mit einem erhöhten HbA1c-Wert $\geq 8,5\%$ ist im Vergleich 2004 – 2012 stabil, wobei die betrachteten Patientengruppen aus den Berichtszeiträumen nicht ausschließlich identisch und im individuellen Verlauf nicht vergleichbar sind, da es sich um unterschiedliche Kohorten handelt.

Die hier dargestellten HbA1c-Werte geben lediglich Auskunft über die im jeweiligen Zeitraum auswertbaren Datensätze der eingeschriebenen Diabetiker.

Das Qualitätsziel wurde erreicht.

Die nachfolgende Übersicht zeigt die Entwicklung der HbA1c-Werteklassen aller eingeschriebenen Patienten je nach Dauer ihrer Teilnahme an diesem Vertrag.

In den Säulen sind die von Patienten in dem jeweiligen Halbjahr gemessenen Werte aufgeführt. So können die Werte eines Patienten mehrfach vorkommen. Abhängig von der DMP-Teilnahmedauer gehen die nach der jeweiligen Teilnahmedauer erhobenen Werte eines Patienten z.B. in die Auswertung „Einschreibung“ bis „7. Halbjahr“ ein.



Anhand obiger Darstellung zeigt sich eine leichte Verschiebung der Werteklassen von unter 7,5% zu Gunsten der HbA1c-Werte zwischen $>7,5\%$ und $> 8,5\%$.

Der Typ 2 Diabetes ist eine progrediente Erkrankung mit Verschlechterung der Stoffwechsellage im Verlauf. Daher ist mit längerer Krankheitsdauer eine Verschlechterung des HbA1c-Wertes zu erwarten bzw. nimmt der Anteil der Patienten mit höherem HbA1c-Wert zu.

Betrachtet man die Diabetiker mit einem HbA1c-Wert unter 7,5% so liegt diese Gruppe zum Beginn der Einschreibung in das Programm bei 75,3% und reduziert sich bei einer Teilnahmedauer von mehr als drei Jahren auf 71,7%.

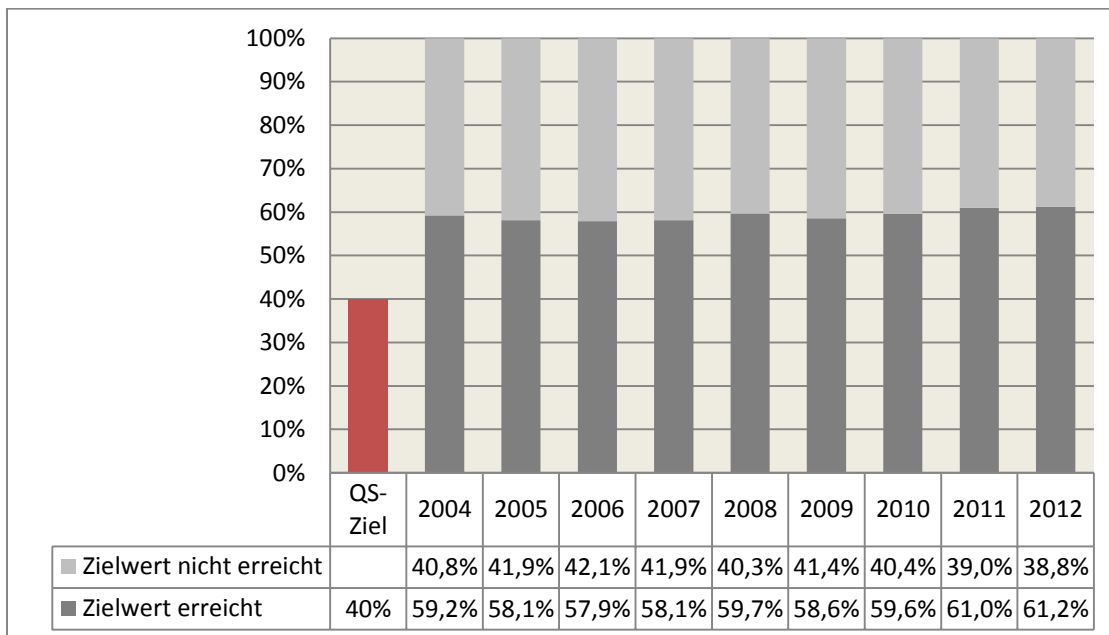
3.6 HbA1c - Zielwert

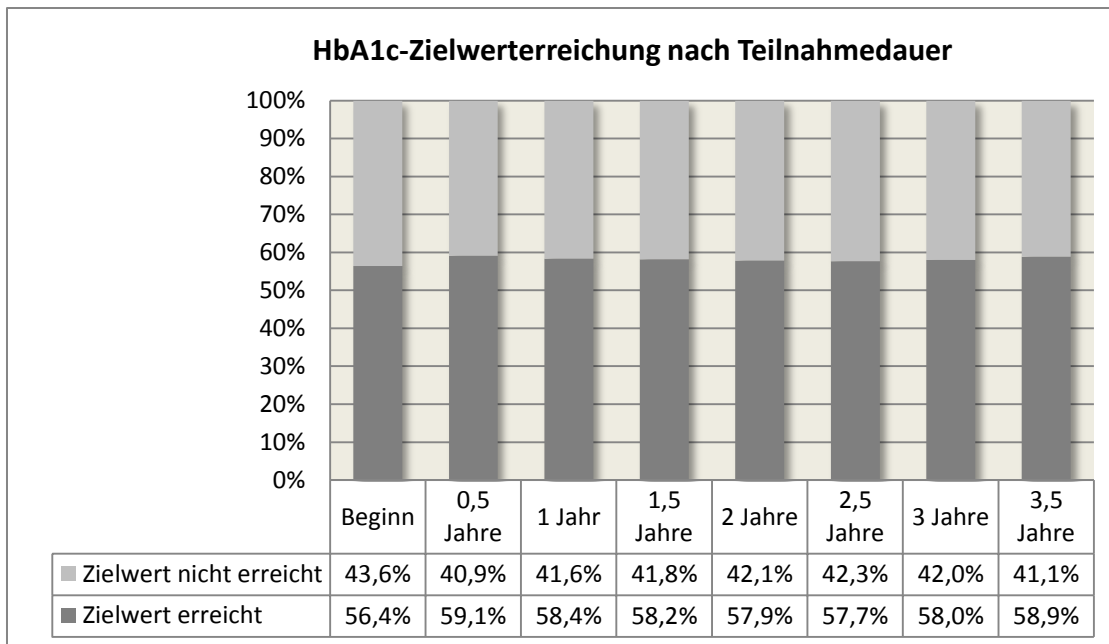
Aus der Vorgabe, für jeden Patienten entsprechend seiner Risikokonstellation ein individuelles Therapieziel festzulegen, resultiert das Qualitätsziel, den Anteil der Patienten, die ihren individuell vereinbarten HbA1c-Wert erreicht haben, zu steigern.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass **mindestens 40% der Patienten ihren individuell vereinbarten Zielwert** erreicht haben.

Der Anteil der Patienten, die ihren individuell vereinbarten HbA1c-Zielwert erreichen konnten, ist seit der ersten Auswertung zum DMP Diabetes mellitus nahezu konstant. Das Qualitätsziel eines zu erreichenden Anteils von 40% wurde mit 61,2% deutlich überschritten und damit erreicht.

Allgemein ist davon auszugehen, dass eine normnahe Stoffwechseleinstellung längerfristig hilft, Folgekomplikationen zu vermeiden. Daraus lässt sich ableiten, dass eine Senkung des durchschnittlichen HbA1c-Wertes dazu beiträgt, die Häufigkeit der Diabetesfolgen unter den DMP-Teilnehmern insgesamt zu reduzieren. Wichtig ist im Hinblick auf die Wirksamkeit der vereinbarten therapeutischen Bemühungen, wie sich der durchschnittliche HbA1c-Wert bei längerer Teilnahmedauer am DMP verhält.





Bezogen auf den individuellen Zielerreichungswert eines Patienten je nach Teilnahmedauer weist die Entwicklung einen positiven Trend aus. Insbesondere kurz nach der Einschreibung in das DMP können mehr Patienten den zwischen ihnen und dem Arzt individuell vereinbarten HbA1c-Zielwert erreichen. Mit dem weiteren Verlauf und der Teilnahme am DMP nimmt dieser Effekt wieder leicht ab, was auf die im Verlauf der progredienten Erkrankung schlechtere Stoffwechsellaage bei längerer Krankheitsdauer hinweist.

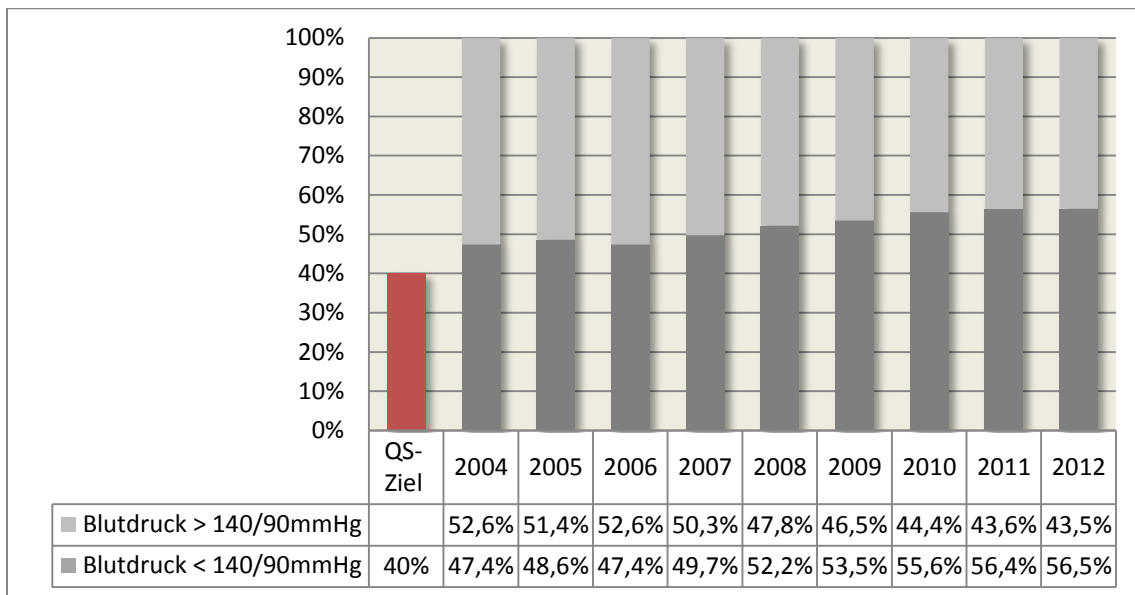
3.7 Blutdruck

Der Blutdruck ist ein wesentlicher Parameter bei der individuellen Therapieziel-Planung. Entsprechend der Einteilung der WHO werden folgende Blutdruckklassen differenziert:

Blutdruckwerteklassen (WHO)	systolisch (mmHg)	diastolisch (mmHg)
optimal	≤120	≤80
normal	< 130	< 80
hoch normal	130 – 139	80 – 89
Hypertonie (Grad 1)	140 – 159	90 – 99
Hypertonie (Grad 2)	160 – 179	100 – 109
Hypertonie (Grad 3)	≥ 180	≥ 110

Die Senkung erhöhter Blutdruckwerte dient insbesondere der Reduktion des Risikos für mikro- und makrovaskuläre Folgeschäden und das diabetische Fußsyndrom. Hierfür ist die Senkung des Blutdrucks auf Werte systolisch unter 140 mmHg und diastolisch unter 90 mmHg anzustreben.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass **mindestens 40% der Patienten mit bekannter Hypertonie normotensive Werte** aufweisen sollen.



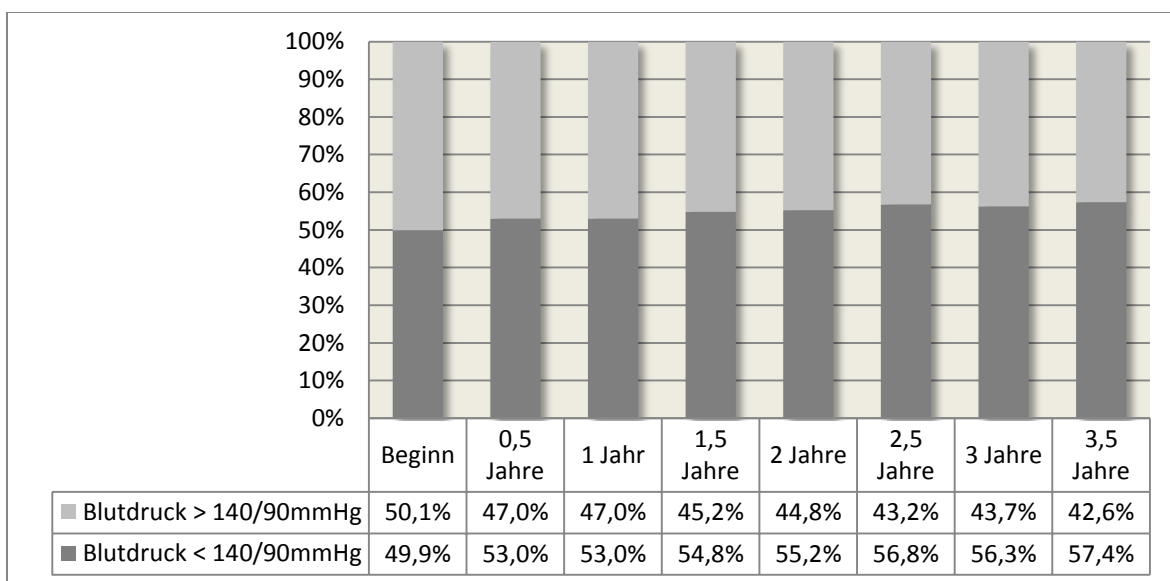
Von den insgesamt im Berichtszeitraum 2012 berücksichtigten 178.540 Patienten weisen 157.552 Patienten eine Hypertonie auf. Dies entspricht einem Anteil von 88,2%. Von den bekannten Hypertonikern liegen 56,5% im normotonen Bereich.

Das Qualitätsziel eines Anteils von mindestens 40% Patienten, die bei bekannter Hypertonie normotensive Werte aufweisen, wurde erreicht.

Der Vergleich der Jahre 2004 bis 2012 zeigt eine stetige Steigerung des Anteils von Hypertonikern, die bisher hyperten waren, in den normotensiven Bereich.

Im Jahr 2004 wiesen 47,4% der Patienten mit Hypertonie Blutdruckwerte von RR < 140/90 auf, im Jahr 2012 waren es bereits 9,1% mehr.

Auch lässt die Auswertung der Entwicklung des Blutdruckes von Patienten in Abhängigkeit zur Teilnahmedauer den Schluss zu, dass sich eine längere Teilnahmedauer positiv auf die kontinuierliche Senkung des Blutdruckes auswirkt.



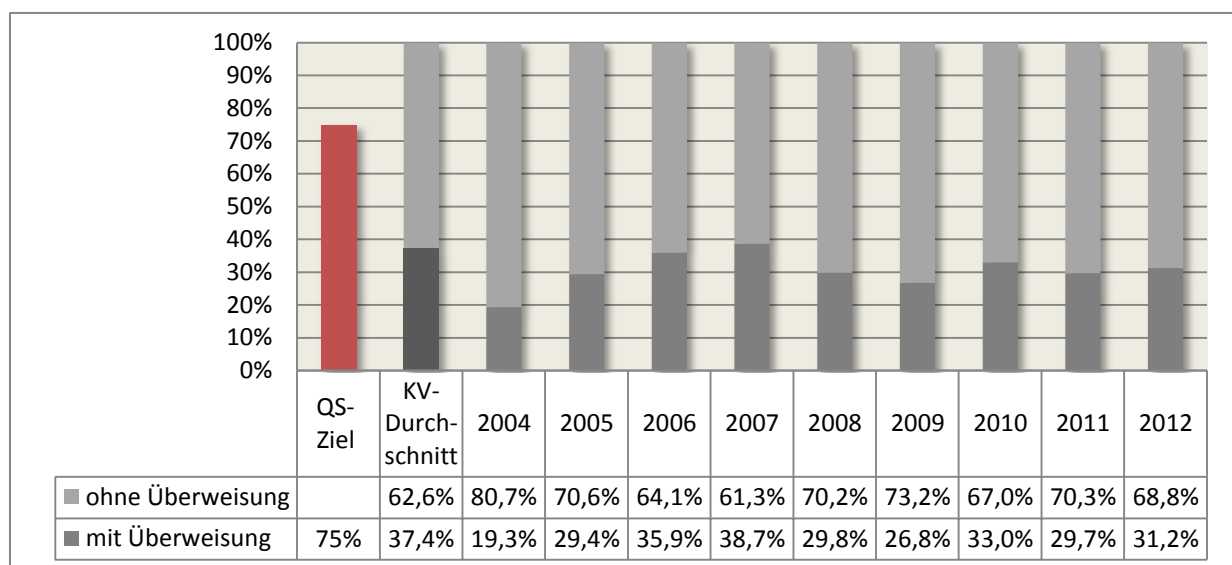
3.8 Überweisung an diabetische Fußambulanz / Einrichtung

Bei Hinweisen auf ein vorliegendes diabetisches Fußsyndrom (mit Epithelläsion, Verdacht auf bzw. manifeste Weichteil- oder Knocheninfektion bzw. Verdacht auf Osteoarthropathie) ist die Mitbehandlung in einer für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierten Einrichtung erforderlich. Die regelmäßige Fußinspektion stellt eine wesentliche Verlaufskontrolle bei Diabetikern dar und soll die Amputationsrate senken.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass

mindestens 75% der Patienten mit auffälligem Fußstatus

zur Mitbehandlung an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung überwiesen wurden.



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Pat. mit Überweisung	132	781	920	1.168	138	127	173	154	160

Im Auswertungszeitraum 2012 wurde bei 513 Patienten ein auffälliges Fußsyndrom ab Wagner 2-5, Armstrong C/D dokumentiert. Sowohl die Anzahl von Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom als auch die Anzahl der überwiesenen Patienten weicht im Vorjahrsvergleich nicht signifikant ab.

Die Auswertung zeigt bis zum Jahr 2007 eine Steigerung der Überweisungsquote von Patienten mit einem auffälligen Fußbefund. Diese Entwicklung zeigt sich tendenziell rückläufig. Es ist davon auszugehen, dass die konkrete Definition eines auffälligen diabetischen Fußes (Wagner 2-5, Armstrong C/D) in der DMP-Dokumentation dazu führte, dass in den vorherigen Zeiträumen noch alle auffälligen Füße ungeachtet der Klassifikation nach Wagner/Armstrong in der Dokumentation durch die Praxen berücksichtigt wurden. Dies würde auch die Tendenz der Anzahl der betroffenen Patienten stützen.

Seit 2010 werden bei der Auswertung des Zieles lediglich die hausärztlichen Praxen berücksichtigt, da diabetologische Schwerpunktpraxen bereits als spezialisierte Einrichtung Patienten mit einem diabetischen Fuß betreuen.

Mit Stand 31.12.2012 stehen im Land Brandenburg insgesamt 52 diabetologisch qualifizierte Vertragsärzte zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms sowie 124 Podologen zur Verfügung. Ergänzend existieren mittlerweile sechs durch die Arbeitsgemeinschaft Fuß

zertifizierte Fußbehandlungseinrichtungen in der Asklepios Klinik Birkenwerder, dem Städtischem Klinikum Brandenburg, der Praxis für Gefäßchirurgie Menzel in Brandenburg sowie den diabetischen Schwerpunktpraxen Dr. Schade in Bernau, Dr. Bettle in Hennigsdorf und Dr. Lüdemann in Falkensee.

3.9 Nierenfunktion

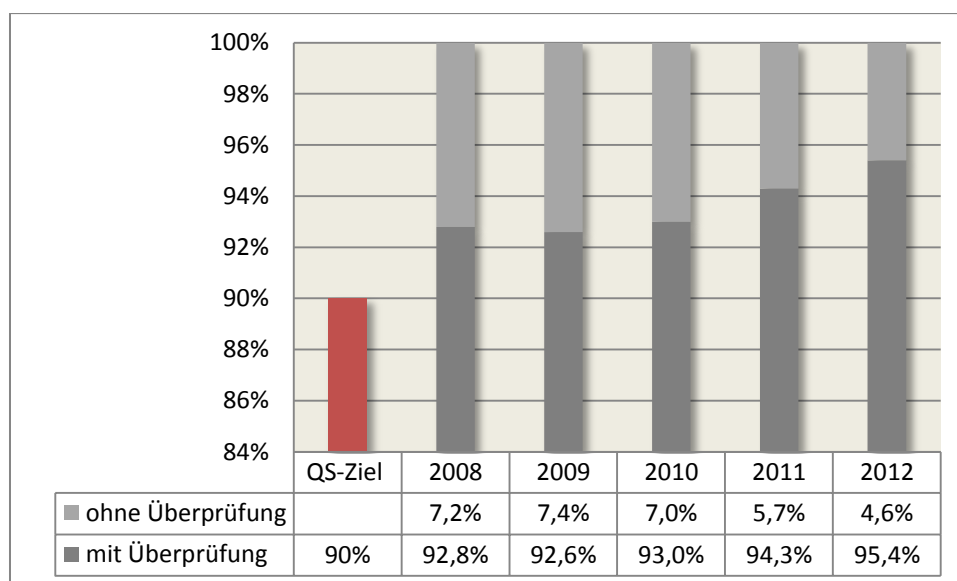
Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 2 und langjähriger Hyperglykämie haben in Abhängigkeit von Alter und Diabetesdauer ein unterschiedlich hohes Risiko für die Entwicklung einer diabetischen Nephropathie.

Entscheidend für das Auftreten und den Verlauf einer diabetischen Nephropathie ist die normnahe Stoffwechseleinstellung ab Diagnosestellung.

Bei Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 2 führt auch eine unzureichend eingestellte Hypertonie zur Entwicklung und Fortschreitung der Nierenschädigung.

Zum Ausschluss einer diabetischen Nephropathie ist der Nachweis einer normalen Urin-Albumin-Ausscheidungsrate oder einer normalen Urin-Albumin-Konzentration im ersten Morgenurin ausreichend.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass **bei mindestens 90% aller eingeschriebenen Patienten einmal jährlich der Serum-Kreatinin-Wert bestimmt wurde.**



	2008	2009	2010	2011	2012
ohne Überprüfung Nierenfunktion	7.911	9.148	9.059	8.060	6.624
mit Überprüfung Nierenfunktion	102.244	114.265	119.840	132.503	137.608

Bereits im ersten Halbjahr nach Aufnahme dieses Qualitätszieles im Jahr 2008 zeigte sich, dass durch die teilnehmenden Ärzte bei fast allen Diabetes-Patienten der Serum-Kreatinin-Wert bestimmt wurde.

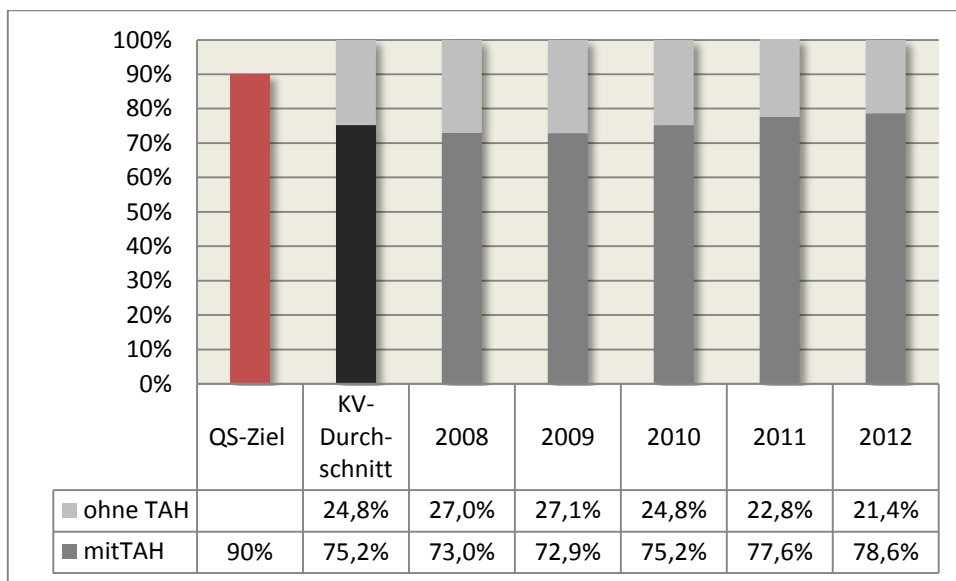
Der Anteil der durchgeführten Kreatinin-Bestimmung bleibt auch in den Folgejahren konstant hoch. Im Durchschnitt der KVen wird bei 95,2% aller dokumentierten Patienten eine jährliche Bestimmung des Serum-Kreatinin-Wertes durchgeführt. Hierbei reicht die Schwankungsbreite von 91,6% bis 98,2%.

Das Qualitätsziel wurde erreicht.

3.10 Thrombozytenaggregationshemmer

Grundsätzlich sollen alle Patienten mit makroangiopathischen Erkrankungen (z.B. kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen) unter Beachtung der Kontraindikation und/oder Unverträglichkeiten Thrombozytenaggregationshemmer erhalten. Dies gilt insbesondere für Acetylsalicylsäure.

Als Qualitätsziel wurde vereinbart, dass **mindestens 90% aller Patienten mit Makroangiopathie und ohne Kontraindikation Thrombozytenaggregationshemmer erhalten.**

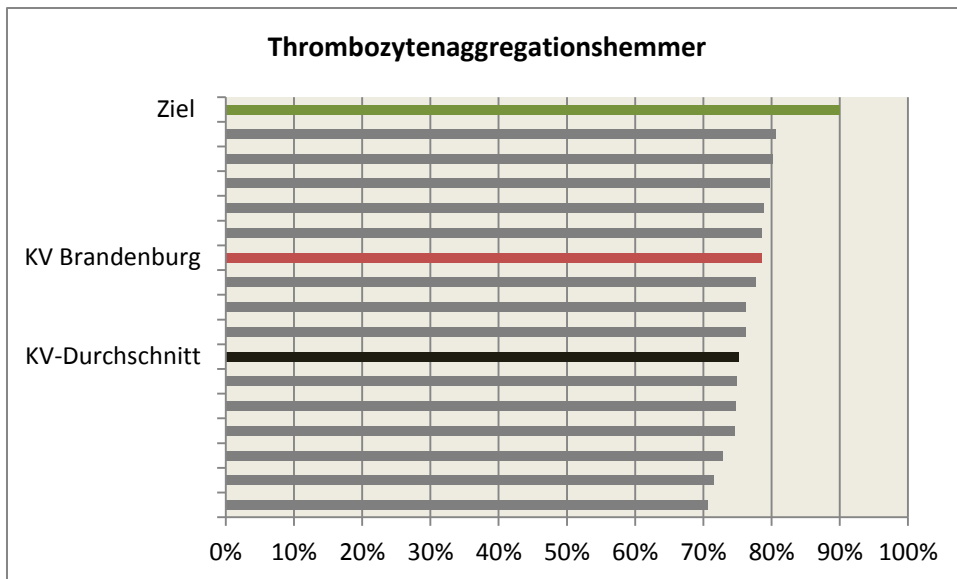


	2008	2009	2010	2011	2012
ohne TAH	10.056	11.383	11.287	11.166	10.619
mit TAH	27.240	30.681	34.183	38.617	38.888

Das Qualitätsziel konnte seit seiner Einführung im Jahr 2008 nicht erreicht werden. Hier muss jedoch festgehalten werden, dass aufgrund des geringen Abgabepreises des Wirkstoffes, einige Patienten möglicherweise keine Rezeptierung aber eine Empfehlung zum Kauf erhalten. Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich auch im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und KHK.

Durch die Gemeinsame Einrichtung wurde bereits durch geeignete Medien, z.B. die KV-intern der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg oder den DMP-Fortbildungsveranstaltungen, darauf hingewiesen, die Einnahme von Thrombozytenaggregationshemmer zu dokumentieren.

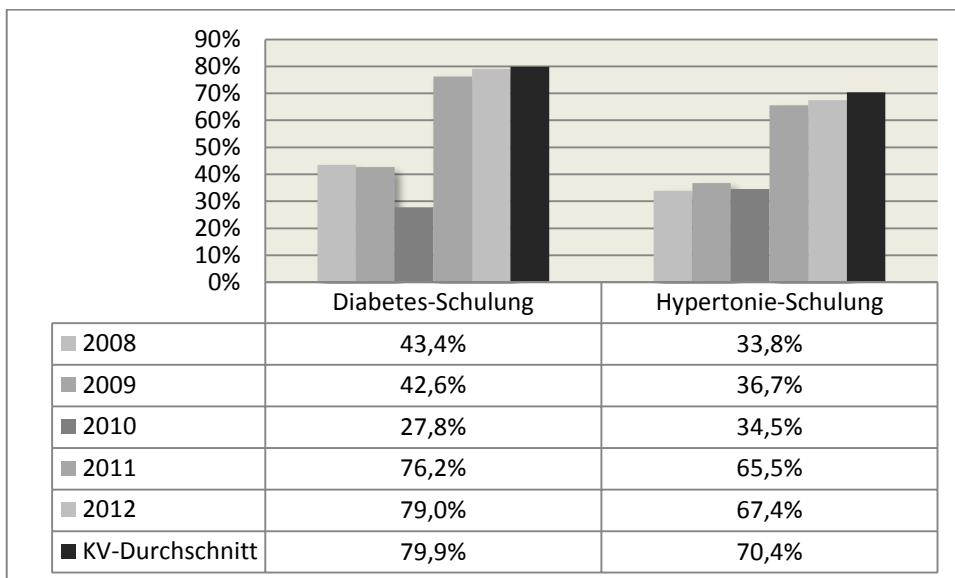
Ebenfalls anzumerken bleibt bei diesem Ziel, dass für einen Teil der Patienten auch andere Wirkstoffe zur Gerinnungshemmung eingesetzt werden. In diesen Fällen liegt keine Kontraindikation vor, dennoch handelt es sich nicht um den Wirkstoff ASS, so dass in der Zielauswertung diese Patientengruppe nicht berücksichtigt werden kann.



4. Schulungen

Die aktive Teilnahme eines Patienten ist wichtiger Bestandteil einer optimalen und sinnvollen Therapieumsetzung im Rahmen des DMP-Vertrages. Den Patienten stehen bedarfsgerechte Patientenschulungsprogramme zur Verfügung, um unter anderem möglichst eine Gewichtsreduktion, Blutdrucksenkung, Erhöhung der körperlichen Aktivitäten aber auch ggf. einen Rauchverzicht zu erreichen und somit eine Verbesserung der Lebensqualität und Erhöhung der Lebenserwartung zu erwirken.

In der arzt- und regionsbezogenen Qualitätssicherung wurde kein konkretes Qualitätsziel festgelegt. Anhand der Auswertung zur Wahrnehmung von empfohlenen Patientenschulungen zeichnet sich im Land Brandenburg bei den Diabetes- und Hypertonieschulungen folgendes Bild ab:



Schulungen Anzahl Patienten	2008	2009	2010	2011	2012
Diabetes	21.575	24.766	14.194	16.300	17.979
Hypertonie	4.270	6.016	3.917	4.661	4.751

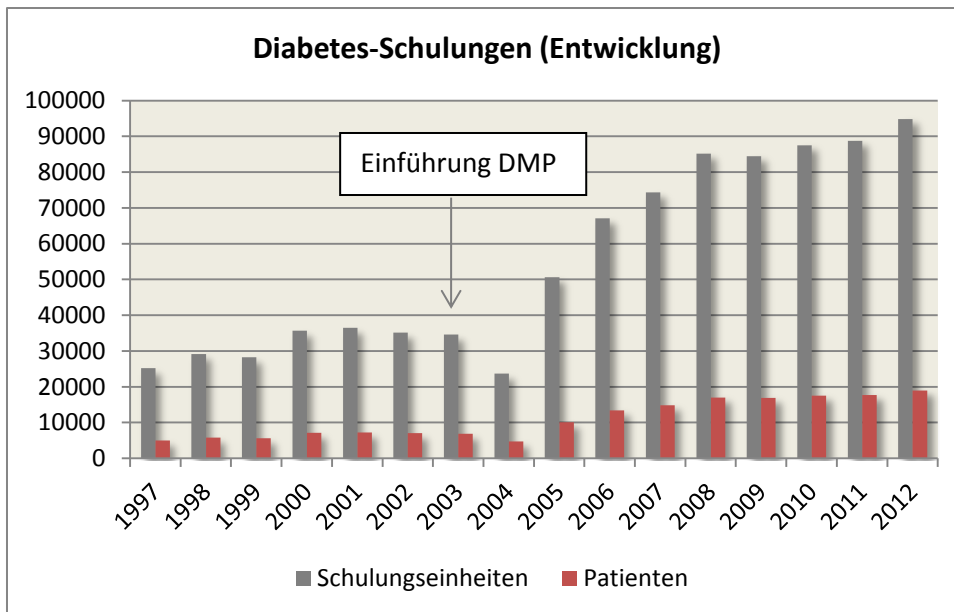
Die Auswertung der Ergebnisse zur Wahrnehmung von ärztlich empfohlenen Diabetes- und/oder Hypertonieschulungen zeigt ab 2011 einen deutlichen Anstieg der Inanspruchnahmen. Dies ist in einem modifizierten Auswertungsalgorithmus begründet. In den Vorjahren wurden bei der Auswertung dieser beiden Qualitätsindikatoren alle jemals für einen Patienten dokumentierten Schulungsempfehlungen eruiert und einer entsprechenden Durchführung gegenübergestellt. Durch somit nicht berücksichtigte zeitliche Differenzen bzw. auch Auswertung von Mehrfachempfehlungen stellte sich eine geringe Inanspruchnahme von Schulungen durch DMP-Patienten dar, welche in den zurückliegenden Zeiträumen nicht plausibel begründet werden konnten. Im aktuellen Zeitraum werden nunmehr ausschließlich Empfehlungen berücksichtigt, welche ausgehend vom letzten Dokumentationszeitraum vier Quartale rückwirkend dokumentiert wurden. Durch den zeitlichen Zusammenhang zwischen Empfehlung und Durchführung ist das vorliegende Ergebnis, insbesondere auch unter Betrachtung der nicht wesentlich veränderten absoluten Zahl geschulter Patienten, durchaus plausibel.

Unter allen am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmenden Vertragsärzten besitzen mit Stand 31.12.2012 insgesamt 885 Ärzte (65%) eine Genehmigung zur Abrechnung der Schulung für Patienten ohne Insulinbehandlung, 592 Ärzte (44%) für Patienten mit Insulinbehandlung und 556 Ärzte (41%) für Patienten mit Hypertonie.

Mehr als jeder zweite am DMP Diabetes teilnehmende Arzt hat zumindest eine Schulungsgenehmigung für Patienten ohne Insulinbehandlung und immerhin noch jeder dritte Arzt für eine Hypertonieschulung. Damit kann durchaus von einem flächendeckenden Angebot an Schulungsmöglichkeiten im Land Brandenburg ausgegangen werden.

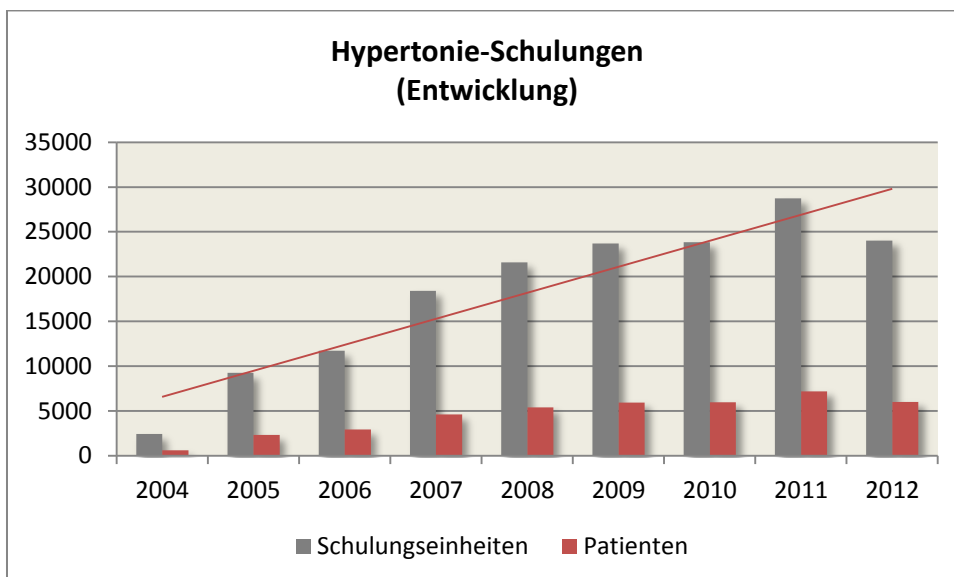
Wenn auch der Anteil der Patienten mit Durchführung der empfohlenen Schulungen gestiegen ist, nehmen noch immer ca. 21% der Patienten die Diabetes-Schulung und immerhin 33% eine Hypertonieschulung nicht wahr. Möglicherweise ist in einem Flächenland wie Brandenburg die räumliche Distanz zur Schulungspraxis, die fehlende Mobilität oder auch eine fehlende Bereitschaft der Patienten bzw. nicht ausreichende Kommunikation zur Motivation des Einzelnen ausschlaggebend.

In der folgenden Darstellung wird die Entwicklung der tatsächlich durchgeführten Schulungen als Schulungseinheit und als Vergleichswert die entsprechende Anzahl von Patienten gegenübergestellt. Tendenziell steigt die Zahl der geschulter Diabetespatienten seit Einführung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 kontinuierlich an.



	1997	2003	2005	2007	2009	2011	2012
Schulungseinheiten	25.200	34.600	50.700	74.400	84.485	88.772	94.826
Patienten	5.040	6.920	10.140	14.880	16.897	17.754	18.965

Die Anzahl beschulter Patienten pro Jahr wird tendenziell stagnieren, da von einer gewissen Durchschulungsrate potenzieller Schulungspatienten ausgegangen werden darf.



Bei Einschreibung eines Patienten in das DMP ist durch den koordinierenden Arzt der Schulungsbedarf zu ermitteln. Gemäß des DMP-Vertrages sind Nachschulungen frühestens nach zwei Jahren möglich, wobei individuell geprüft werden muss, ob eine Teilschulung des Patienten ausreichend erscheint. Insofern kann der Rückgang der Schulungseinheiten auch ggf. Ausdruck der Auswirkungen von einer beginnenden Durchschulungsrate sein.

5. Fazit

In dem vorliegenden Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung DMP Diabetes mellitus Typ 2 werden die Ergebnisse der ärztlichen Qualitätssicherung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2 für den Zeitraum 01.01.2012 – 31.12.2012 dargestellt.

Zum 31.12.2012 nahmen 1.354 koordinierende Vertragsärzte sowie 62 diabetologisch qualifizierte Vertragsärzte am Vertrag zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 teil. Insgesamt sind zu diesem Zeitpunkt 183.648 Patienten in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben, wobei in dem vorliegenden Auswertungszeitraum die Daten von 178.540 Patienten dargestellt werden konnten.

99,9% der Dokumentationen wurden fristgerecht und plausibel bei der DMP-Datenstelle eingereicht.

Die Patienten sind im Mittel 69 Jahre alt. 88,2% aller teilnehmenden Patienten haben einen Hypertonus. Bei 56,5% der Patienten liegt der Blutdruck im normotonen Bereich.

Ergebnisse der QS-Ziele:

Im Auswertungszeitraum 2012 wurden wie bereits in den Vorjahren die vereinbarten Qualitätsziele überwiegend erreicht. Bei drei der zehn vertraglich vereinbarten Qualitätsziele konnte eine Zielerreichung nicht umgesetzt werden.

Die Ergebnisse zu den Zielen

- **Verordnung von Thrombozytenaggregationshemmer**
- **Verordnung von Metformin**
- **Überweisung beim diabetischen Fuß**
- **Erreichung des individuellen HbA_{1c}-Zielwertes**
- **Senkung des Blutdruckes** und
- **Überprüfung der Nierenfunktion**

konnten im Vergleich zum Vorjahreszeitraum verbessert werden, auch wenn nicht alle davon zudem die Vorgaben zum Qualitätsziel erreichten konnten.

Die Zielvorgaben zur **Verordnung von Thrombozytenaggregationshemmer, Funduskopie** und **Überweisung beim diabetischen Fuß** wurden im Auswertungszeitraum als auch in allen vorangegangenen Berichtzeiträumen nicht erreicht. Beim Vergleich der beiden ersten Ziele mit dem KV-Durchschnitt liegen die Ergebnisse im KV-Bereich Brandenburg jedoch deutlich über diesem Durchschnitt.

Zu den Zielergebnissen werden die teilnehmenden Ärzte sowohl über Feedbackberichte, durch Informationsmedien der Kassenärztlichen Vereinigung als auch über Fortbildungsveranstaltungen gezielt informiert.