

Qualitätsbericht

DMP Diabetes mellitus Typ 2

der

Gemeinsamen Einrichtung Land Brandenburg

Berichtszeitraum 01.01.2005 bis 31.12.2005

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung - Qualitätssicherung im DMP	3
2	Dokumentation/Datenlieferung/Datenqualität	5
3	Behandlung wegen Stoffwechsellstörungen	7
4	Blutdruckeinstellung	8
5	Persistenz diabetes-typischer Symptome	9
6	Folgeerkrankungen	10
7	Medikamentöse antihyperglykämische Therapie	11
8	Behandlung mit Biguaniden	12
9	Funduskopie	14
10	Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus	15
11	Schulungen	16
12	Aspekte der Prozessqualität - Entwicklung der HbA1c-Werte	17
13	Erreichen des vereinbarten HbA1c-Wertes	17
14	Fazit	18

1 Einleitung - Qualitätssicherung im DMP

Durch Disease-Management-Programme soll die Qualität der Versorgung chronisch kranker Patienten verbessert werden, insbesondere durch die:

- Optimierung medizinischer Parameter
- Steigerung der Effizienz der Versorgung
- Gewährleistung regelmäßiger Arzt-Patienten-Kontakte
- Reduktion medizinischer Irrtümer und unzureichender Behandlung
- Reduktion der Versorgungskosten durch adäquate Verteilung der Ressourcen und Verhinderung kostenintensiver Folge- und Begleiterkrankungen.

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.

Im Rahmen der Disease-Management-Programme wurden zwischen den Vertragspartnern nachvollziehbare und relevante Ziele für folgende Bereiche vereinbart:

- Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln
- Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation
- aktive Teilnahme der Versicherten.

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.

Das Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 2 im Land Brandenburg startete im Juli 2003. Vertragspartner waren zunächst die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) und die AOK für das Land Brandenburg, die auch die Gemeinsame Einrichtung gebildet haben. Zwischenzeitlich haben auf der Grundlage entsprechender Verträge mit der KVBB auch die anderen Kassenverbände für ihre Versicherten die Möglichkeit der Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 geschaffen und sind darüber hinaus auch der Gemeinsamen Einrichtung beigetreten.

Entsprechend der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) ist die Gemeinsame Einrichtung für die ärztliche Qualitätssicherung im Rahmen der DMP verantwortlich. Diese umfasst insbesondere die

- Unterstützung der Vertragsärzte bei der Erreichung der Qualitätsziele sowie im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie,
- Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der Dokumentationsdaten und
- Erstellung von regelmäßigen Qualitätsberichten.

Während der erste Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung für den Berichtszeitraum vom 01.07.2003 bis zum 30.06.2004 hauptsächlich - auf Grund der längsten Vertragsdauer - auf der Auswertung der Dokumentationsdaten für Versicherte der AOK für das Land Brandenburg und der Knappschaft Verwaltungsstelle Cottbus (bis 30.09.2006 Bundesknappschaft) beruhte, sind in dem zweiten vorgelegten Qualitätsbericht für den Dokumentationszeitraum vom 01.07.2004 bis zum 31.12.2004 die Auswertungen der Dokumentationsdaten für Versicherte aller am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmenden Krankenkassen/-verbände im Land Brandenburg eingeflossen.

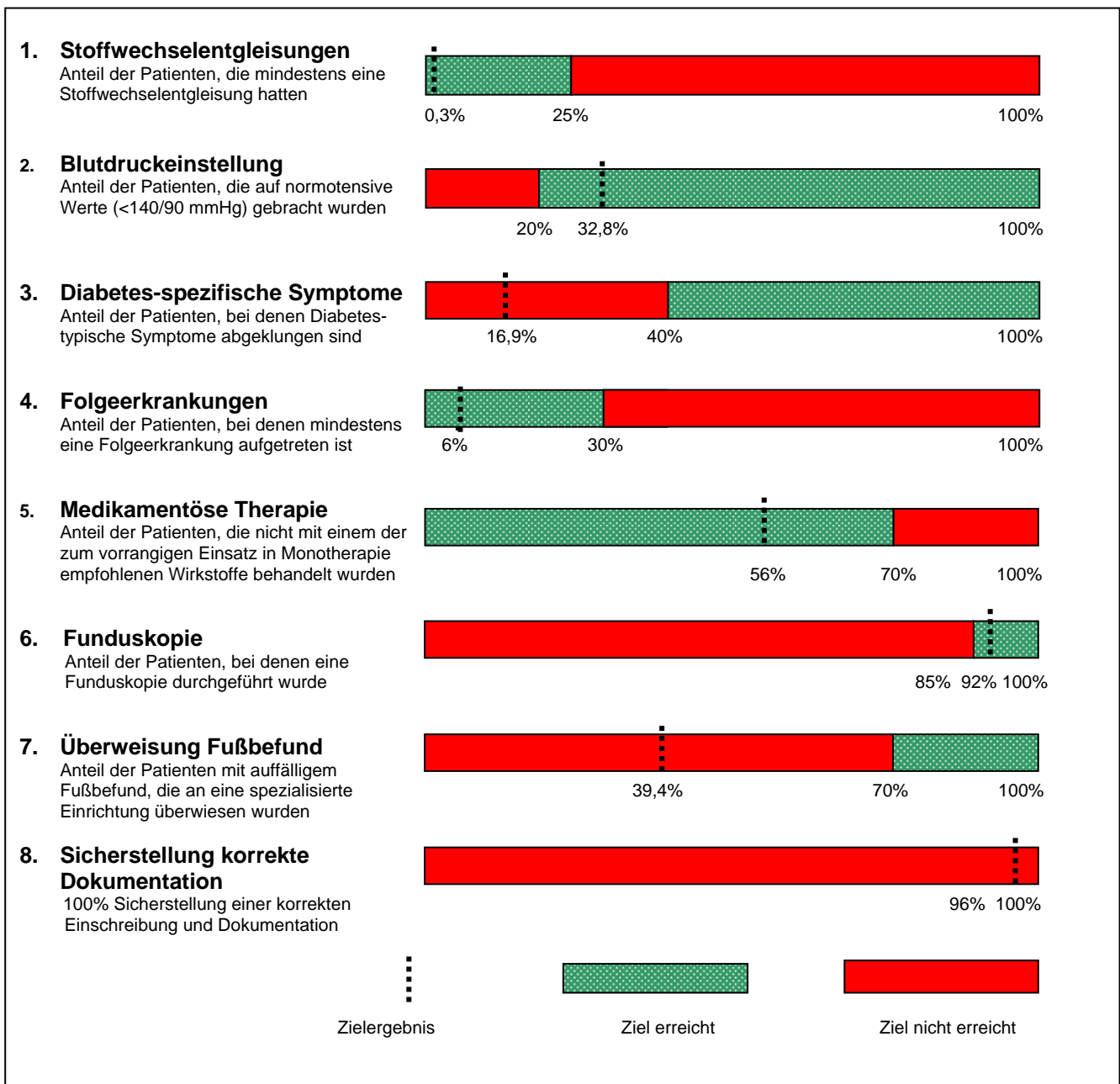
Die Gemeinsame Einrichtung DMP Land Brandenburg legt nun den dritten Qualitätsbericht für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 für den Dokumentationszeitraum vom 01.01.2005 bis zum 31.12.2005 vor.

In die Auswertung gingen dabei nur Datensätze von Patienten ein, von denen mindestens zwei Dokumentationen (z.B. Erst- und Folgedokumentation) mit einem zeitlichen Abstand von mindestens drei Monaten vorlagen und deren Datensätze von der Datenstelle als „vollständig“ und „plausibel“ bewertet und an die Gemeinsame Einrichtung übermittelt wurden.

Inhaltliche Grundlage der Auswertungen sind die Anlage 1 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV), auf deren Basis das DMP Diabetes mellitus Typ 2 entwickelt wurde, sowie die vertraglich vereinbarten Ziele zu den einzelnen Qualitätsindikatoren. Im Text zu den Erläuterungen der einzelnen Grafiken werden besonders wichtige Passagen aus diesen Dokumenten zitiert.

Wir hoffen, dass die vorliegende Auswertung einen guten Ansatzpunkt für die Weiterentwicklung des Programms und eine weitergehende, konstruktive innerärztliche Diskussion liefert.

Im Folgenden möchten wir Ihnen die vereinbarten Qualitätssicherungsziele sowie die erreichten Ergebnisse zusammenfassend darstellen.



2 Dokumentation/Datenlieferung/Datenqualität

Die Anzahl der Dokumentationsbögen und die Vollständigkeit der Dokumentation sind wesentliche Parameter des Programmcontrollings.

Ein wichtiger Bestandteil dieses Berichts ist die Darstellung von Ergebnissen im zeitlichen Verlauf. Der Vergleichszeitraum beträgt in der Regel sechs Monate.

Es konnten grundsätzlich nur Patienten berücksichtigt werden, deren Daten zum aktuellen und zum zurückliegenden Dokumentationszeitpunkt vollständig und plausibel dokumentiert worden sind.

Tabelle 1 Anzahl der in diesem Bericht berücksichtigten Patienten

Anzahl Patienten, für die in der Berichtsstelle Dokumentationsbögen eingingen	86319
➤ Anzahl Patienten, für die nur eine Erstdokumentation vorlag	18781
➤ Anzahl Patienten, für die nur eine Folgedokumentation vorlag	20780
Anzahl der Patienten, die in diesem Bericht berücksichtigt wurden	46682
➤ Davon: Anzahl Patienten mit Erst- und Folgedokumentation	19497
➤ Davon: Anzahl Patienten mit zwei Folgedokumentationen	27185

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse und Verläufe von 46682 Patienten dargestellt, von denen mindestens eine Erstdokumentation sowie mindestens eine Folgedokumentation im zweiten Halbjahr 2005 vorlagen.

Zum 31.12.2005 waren 85115 Patienten in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben. Ebenfalls mit Stand 31.12.2005 nahmen 1158 Vertragsärzte koordinierend und 44 diabetologisch qualifiziert am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teil. Somit hatten 75,6% der ambulant tätigen Hausärzte ihre Teilnahme am Programm erklärt.

Die Datenstelle prüft die Dokumentationen beim Eingang auf Vollständigkeit und Plausibilität, ggf. fordert sie die korrigierte Dokumentation beim koordinierenden Arzt nach.

Um die korrekte Einschreibung von Patienten in das DMP sicherzustellen, wurde im Vertrag als Ziel die dauerhaft zu 100% korrekte Einschreibung vereinbart. Mit insgesamt 96% korrekter Dokumentationen wurde dieses Ziel annähernd erreicht.

Tabelle 2 Datenqualität

QS-Ziel Sicherstellung korrekte Einschreibung	DM 2	%
Meldung lt. Datenstelle 2005		
Dokumentationen korrekt bei Ersteingang in der Datenstelle	54646	86,4
Dokumentationen korrekt durch Nachbearbeitung	5862	9,3
Dokumentationen verfristet	235	0,4
Dokumentationen verfrüht	991	1,6
Sonstiges	1470	2,3
Gesamt	63204	100

Zunächst möchten wir einige grundsätzliche Charakteristiken des Kollektivs darstellen. Anhand dieser Charakteristika können Programme zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden.

Die Altersverteilung ergab für die ausgewerteten Patienten im Bereich der KVBB folgende Struktur:

Tabelle 3 Altersverteilung der Patienten (tabellarisch)

	Anzahl	in Prozent
< 45 Jahre	1331	2,90%
46-55 Jahre	5372	11,50%
56-65 Jahre	11597	24,80%
66-75 Jahre	19315	41,40%
> 75 Jahre	9067	19,40%
Gesamt	46682	100%

Ergebnis 2004: 11,1 % der Patienten sind im Alter bis 55 Jahre. Der Anteil der Patienten über 65 Jahre betrug 66,9 %.

Ergebnis 2005: 14,4% der Patienten sind im Alter bis 55 Jahre. Der Anteil der Patienten über 65 Jahre betrug 60,8%

Im Vergleich zum Vorjahr nimmt also der Anteil der jüngeren Patienten im DMP (bis 55 Jahre) von 11,1 auf 14,4% zu, der Anteil der älteren (über 65 Jahre) nahm von 66,9 auf 60,8% ab.

Die Aufteilung nach BMI-Klassen ergab folgende Gruppenanteile:

Tabelle 4 BMI-Klassen

	Anzahl	in Prozent
Normalgewichtig BMI < 25	5703	12,6
Übergewichtig BMI 25 - 30	16667	36,7
Übergewichtig BMI > 30	22998	50,7

Bei der Betrachtung der BMI-Klassen fällt ein geringer Anstieg der übergewichtigen Patienten mit einem BMI > 30 auf (von 2004: 47,3% auf 2005: 50,7 %), der Anteil der normalgewichtigen Patienten sinkt leicht (von 2004: 13,9% auf 2005: 12,6 %).

3 Behandlung wegen Stoffwechsellentgleisungen

Patienten mit ungenügender Stoffwechseleinstellung verursachen hohe Kosten durch Behandlungen wegen Stoffwechsellentgleisungen. Die Anzahl und Dauer dieser Behandlungen können durch eine gute Stoffwechselkontrolle reduziert werden.

Anzahl und Dauer der Behandlungen sind ein wichtiger Parameter der Ergebnis- und Prozessqualität. Regionale Besonderheiten und Unterschiede in der regionalen Morbiditätsstruktur können die Ergebnisse beeinflussen.

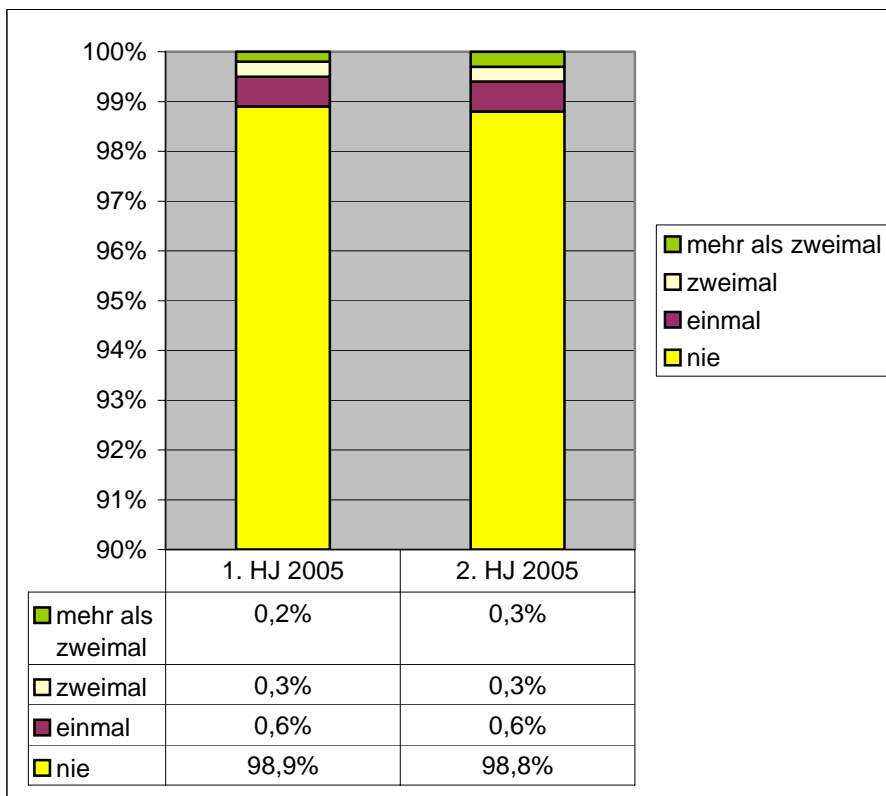
Die Vermeidung von hyper- und hypoglykämischen Stoffwechsellentgleisungen sind weitere wesentliche Therapieziele bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2.

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass

- nach dem 1. Jahr weniger als 30 %
- nach dem 2. Jahr weniger als 25 %
- nach dem 3. Jahr weniger als 20 %

der Patienten aufgrund von Stoffwechsellentgleisungen mehr als zweimal innerhalb von 6 Monaten behandelt werden müssen.

Abb. 1 Behandlung aufgrund schwerer Stoffwechsellentgleisungen



Damit wurde im ersten und zweiten Halbjahr 2005 das für das dritte Jahr vereinbarte Qualitätsziel erreicht. Im Vergleich zum Berichtsjahr 2004 konnte die Rate der festgestellten Stoffwechsellentgleisungen noch einmal geringfügig gesenkt werden.

4 Blutdruckeinstellung

Der Blutdruck ist neben dem HbA1c-Wert ein weiterer wesentlicher Parameter bei der individuellen Therapiezielplanung. Die Blutdruckeinstellung trägt entscheidend zur Senkung des Mortalitätsrisikos bei und vermindert die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung mikro- und makrovaskulärer Folgekomplikationen.

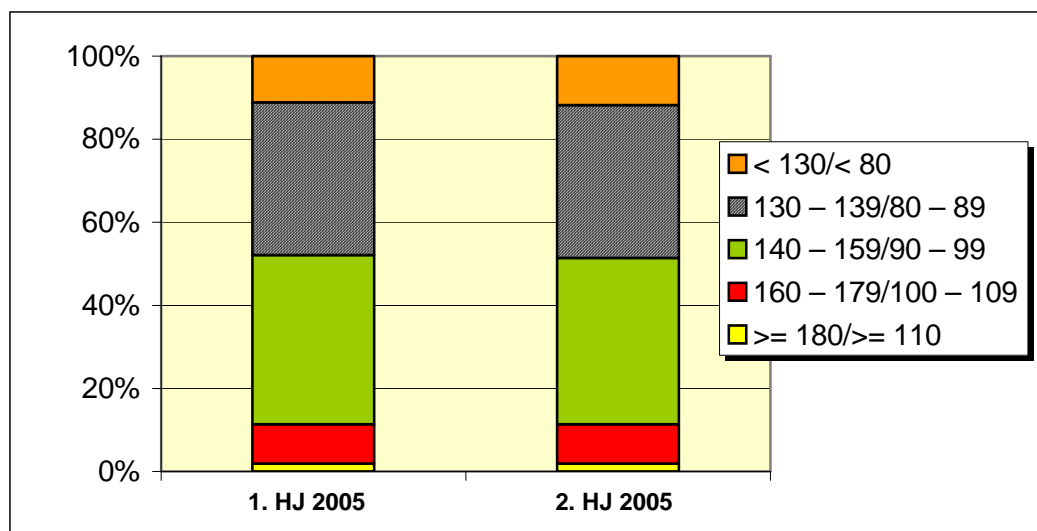
"Unabhängig von der blutzuckersenkenden Therapie reduziert die blutdrucksenkende Therapie bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 die Morbidität und Mortalität." (Anl. 1 RSAV)

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass

- im 1. Jahr mindestens 10 %
- im 2. Jahr mindestens 15 %
- im 3. Jahr mindestens 20 %

der Patienten mit zunächst hypertensiven Blutdruckwerten in der folgenden Dokumentation auf normotensive Werte gebracht werden.

Abb. 2 Patienten nach Blutdruckklassen



	1. HJ 2005		2. HJ 2005	
mm Hg	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
< 130/< 80	2347	11,1	5508	11,8
130 – 139/80 – 89	7750	36,8	17184	36,8
140 – 159/90 – 99	8582	40,7	18669	40
160 – 179/100 – 109	1996	9,5	4415	9,5
>= 180/>= 110	392	1,9	906	1,9
Grundgesamtheit	21067		46682	

Abb. 2 gibt die Anteile und Anzahl der Patienten in den folgenden Blutdruckklassen an allen dokumentierten Patienten wieder.

WHO-Blutdruckklassen	systolisch (mmHg)	diastolisch (mmHg)
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

Der Anteil der erfassten eingeschriebenen Patienten mit Normotension liegt im 2. HJ 2005 bei 48,6%, im Vergleich zu 47,4% im 2. HJ 2004 und 47,9% im 1. HJ 2005. Dies ist trotz einer leichten Verbesserung nach wie vor ein unbefriedigendes Ergebnis. Ziel sollte im Hinblick auf eine effiziente Sekundärprävention gerade für die Diabetiker eine dauerhafte Blutdrucksenkung sein.

Allerdings konnten bei 32,8% der Patienten, für die in der vorausgegangenen Dokumentation noch hypertensive Werte ausgewiesen wurden, in der jetzt verfügbaren Folgedokumentation normotensive Werte erreicht werden. Damit wurde das vereinbarte Qualitätsziel statistisch erreicht.

Im aktuellen Berichtszeitraum erhielten 20,8 % der hypertonen Patienten keine antihypertensive Medikation, dies ist noch nicht zufriedenstellend, aber eine Verbesserung im Vergleich zum Vorjahr, wo dies noch 24% der Patienten mit Hypertonie betraf.

Grundsätzlich besteht also noch Handlungsbedarf, z.B. bei der rechtzeitigen Überweisung in die zweite Versorgungsebene sowie zur Motivation der Patienten zur Teilnahme an Hypertonieschulungen. Hier können die Programme helfen, durch Information der Ärzte und Patienten die Behandlungsergebnisse positiv zu beeinflussen.

5 Persistenz diabetestypischer Symptome

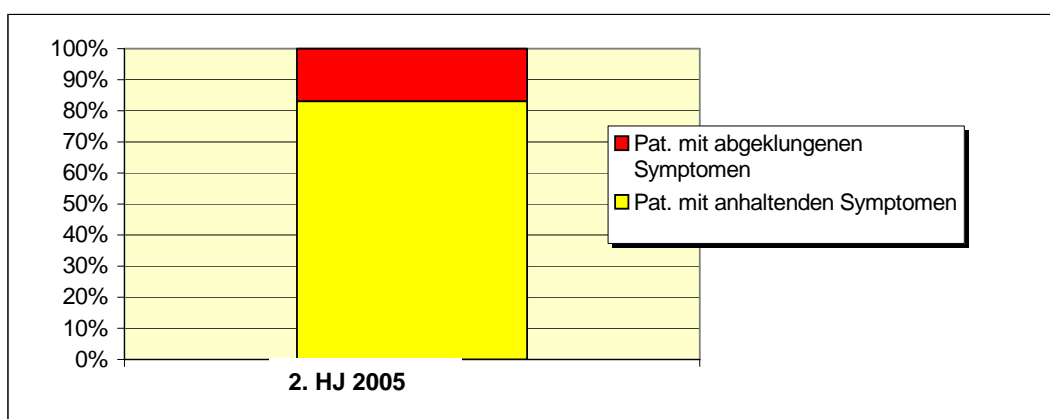
Die Vermeidung oder Behebung diabetestypischer Symptome (Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit usw.) sind wesentliche Therapieziele bei der Behandlung von Diabetikern.

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass

- im 1. Jahr mindestens 30 %
- im 2. Jahr mindestens 35 %
- im 3. Jahr mindestens 40 %

der Patienten, die zunächst diabetestypische Symptome aufweisen, durch die Therapie bis zur folgenden Dokumentation symptomfrei werden.

Abb. 3 Persistenz diabetestypischer Symptome



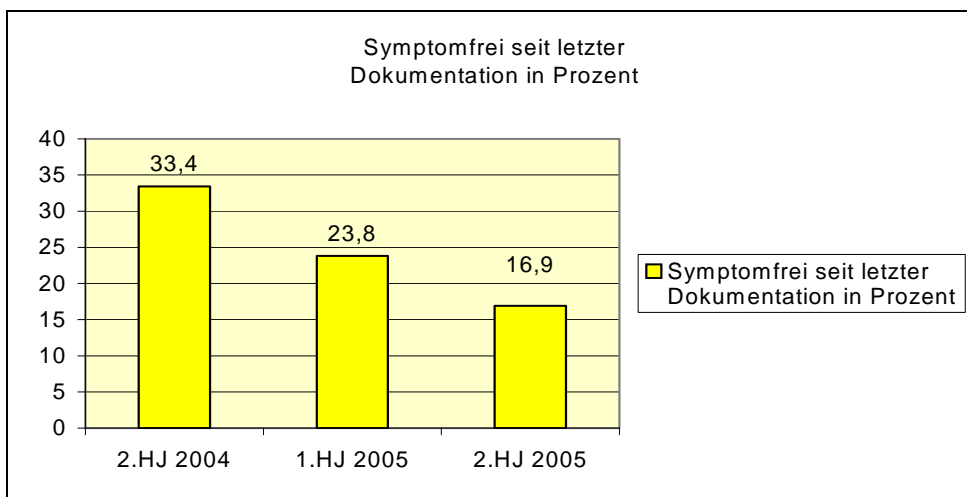
	Anzahl	Prozent
Pat. mit abgeklungenen Symptomen	2430	16,9
Pat. mit anhaltenden Symptomen	11920	83,1

Grundgesamtheit: 14350 Patienten

Dargestellt sind die Anteile und Anzahl der Patienten, bei denen in der vorangegangenen Dokumentation diabetestypische Symptome, in der aktuellen Dokumentation jedoch keine diabetestypischen Symptome angegeben wurden (abgeklungene Symptome) an allen Patienten, die in der vorangegangenen Dokumentation diabetes-typische Symptome aufwiesen.

16,9 % der Patienten konnten von ihren diabetestypischen Symptomen befreit werden. Das Qualitätsziel für den aktuellen Dokumentationszeitraum von mindestens 40% wurde somit nicht erreicht. Unabhängig davon erscheint sowohl die absolute Zahl von 11920 Patienten als auch mit 25,5% deren Anteil an der Gesamtheit von 46682 der in diese Auswertung einbezogenen Patienten als sehr hoch. Betrachtet man die Zahlen im Verlauf der letzten drei Berichtszeiträume (s.Abb. 4), so fällt auf, dass sich der Anteil der Patienten mit abgeklungenen Symptomen kontinuierlich verringert. Eine Ursache der geringen Zielerreichung kann in einem systematischen Dokumentationsfehler liegen. In diesem Zusammenhang sei noch einmal auf die Ausfüllanleitung zur Erst- und Folgedokumentation im Praxismanual hingewiesen. Danach gelten als diabetesspezifische Symptome z.B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit und/oder ungewollter Gewichtsverlust bei zeitgleich erhöhten Blutzuckerwerten zum aktuellen Zeitpunkt der Dokumentation.

Abb. 4 Persistenz diabetestypischer Symptome im Verlauf



6 Folgeerkrankungen

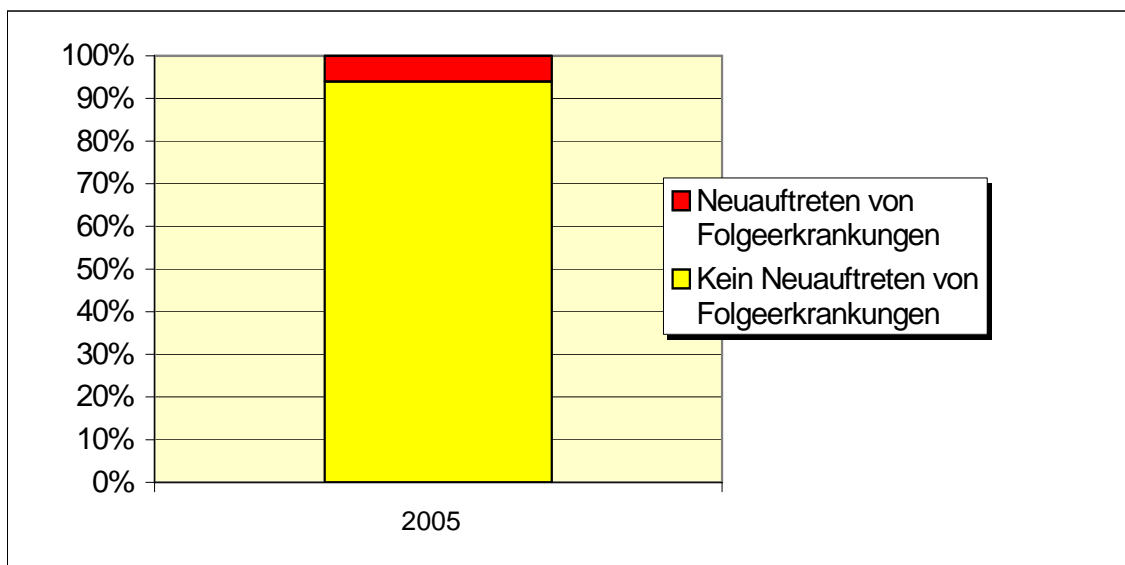
Die Vermeidung von Folgeerkrankungen stellt ein wesentliches Therapieziel der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 dar. Zugleich erhöhen bereits manifeste Folgeerkrankungen das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Die Verhütung des Auftretens von neuen Folgeschäden ist ein Parameter der Prozess- und Ergebnisqualität, wird aber auch durch die Krankheitsprogredienz und Morbiditätsstruktur beeinflusst.

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass

- im 1. Jahr höchstens bei 40 %
- im 2. Jahr höchstens bei 35 %
- im 3. Jahr höchstens bei 30 %

der Patienten diabetische Folgeerkrankungen neu auftreten.

Abb. 5 Anteil und Anzahl der Patienten nach der Anzahl neu aufgetretener diabetes-assoziierter Begleiterkrankungen



	Anzahl	Prozent
Neuauftreten von Folgeerkrankungen	2804	6
Kein Neuauftreten von Folgeerkrankungen	43878	94

Grundgesamtheit: 46682 Patienten

Innerhalb des Berichtszeitraumes sind bei insgesamt 6 % der Patienten neue Begleit- und Folgeerkrankungen aufgetreten. Damit ist das Qualitätsziel von höchstens 30% erreicht.

7 Medikamentöse antihyperglykämische Therapie

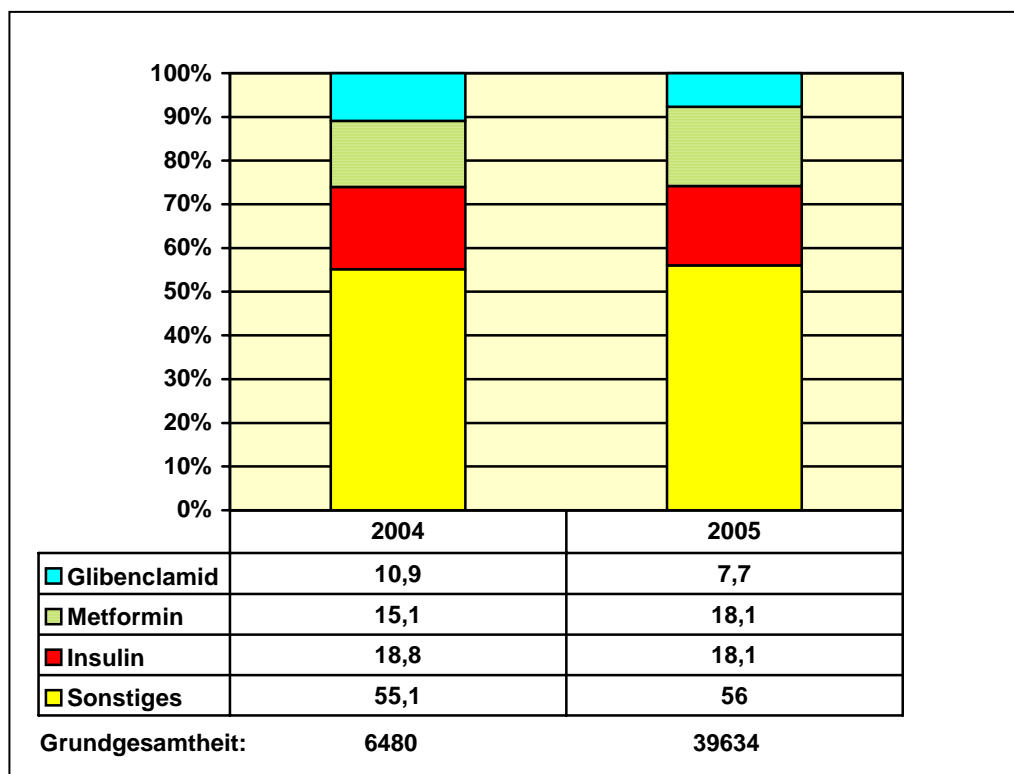
Die Anlage 1 der RSAV empfiehlt bei der Auswahl der antidiabetischen Wirkstoffe primär Medikamente mit einer nachgewiesenen Wirksamkeit und Sicherheit. Demnach sollten in Monotherapie vorrangig folgende Wirkstoffe eingesetzt werden:

- Glibenclamid (als Monotherapie bei normalgewichtigen Patienten)
- Metformin (als Monotherapie beim adipösen Patienten).
- Insulin

Bei adipösen Diabetikern sollte Metformin als Medikament der ersten Wahl eingesetzt werden. Im DMP Diabetes wird zur Behandlung normgewichtiger Diabetiker Glibenclamid als Mittel der ersten Wahl empfohlen, sofern keine Kontraindikationen bestehen.

Die Therapiefreiheit des Arztes wird aber im Einzelfall nicht eingeschränkt.

Abb. 6 Antihyperglykämische Therapie nach Wirkstoffgruppen



Dargestellt sind die Anteile und Anzahl der Patienten mit antihyperglykämischer medikamentöser Therapie nach folgenden Wirkstoffgruppen:

- Glibenclamid in Monotherapie
- Metformin in Monotherapie
- Insulin in Monotherapie
- Sonstige (Glibenclamid, Metformin und Insulin) in Kombinationstherapie; Insulinanaloga, Glucosidase-Inhibitoren, andere Sulfonylharnstoffe und –analoga einschließlich Glinide in Mono- und Kombinationstherapie.

Der Anteil der Patienten, die nicht mit einem der zum vorrangigen Einsatz in Monotherapie empfohlenen Wirkstoffe (Glibenclamid, Metformin, Insulin) in Monotherapie behandelt wurden, ist mit 56 % nahezu unverändert geblieben. Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel, wie es nach der 13. RSAV Änderungsverordnung neu formuliert wurde, erreicht. Danach sollen mindestens 30% der Patienten vorrangig mit den in der RSAV empfohlenen Medikamenten in Monotherapie behandelt werden.

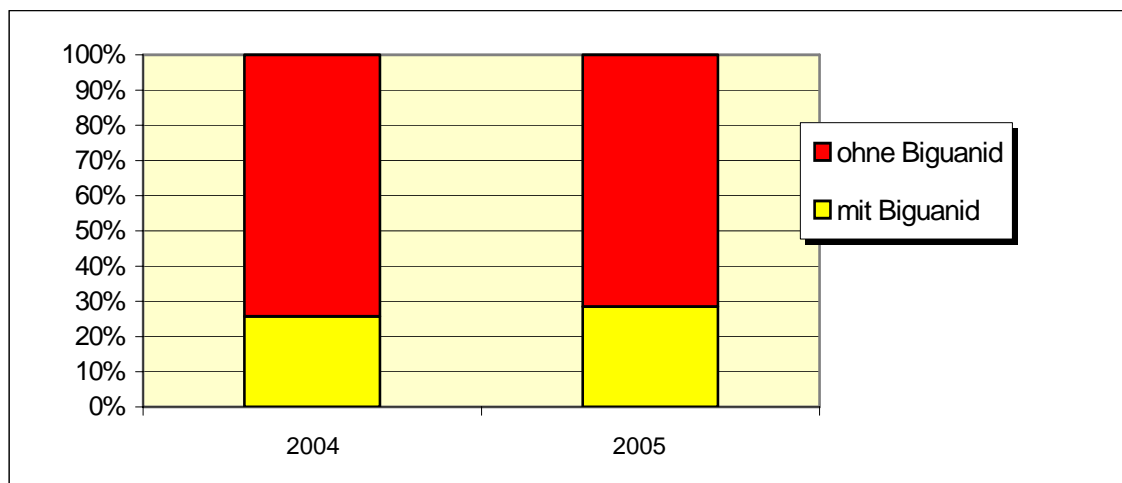
Die Differenz zur Gesamtzahl der ausgewerteten Patienten von 46682 sind 7048 Patienten, die keine medikamentöse antihyperglykämische Therapie erhielten. Dies entspricht einem Anteil von 15,1% .

8 Behandlung mit Biguaniden

Die Wirksamkeit hinsichtlich klinischer Endpunkte ist für das Biguanid Metformin sowie für den Sulfonylharnstoff (SH) Glibenclamid belegt. Metformin stellt in Monotherapie unter Beachtung der Kontraindikationen das Mittel der ersten Wahl bei adipösen Patienten dar.

Auch wenn im Vertrag hierzu keine Ziele vereinbart wurden, soll anhand der Abb. 7 und 8 der anteilige Einsatz von Metformin bei Normal- und bei Übergewichtigen dargestellt werden.

Abb. 7 Biguanid-Therapie bei Patienten mit einem BMI < 25

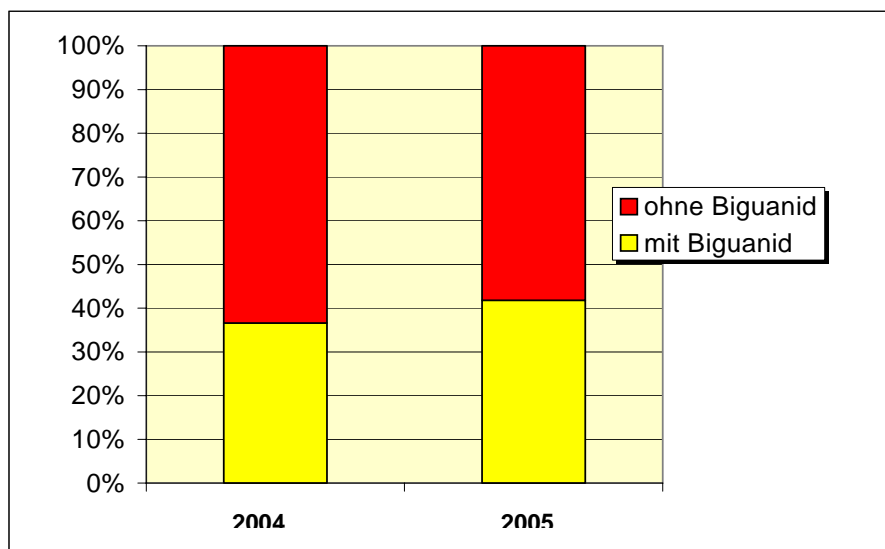


Medikamente	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ohne Biguanid	777	74,2	4035	71,7
mit Biguanid	270	25,8	1591	28,3
Grundgesamtheit	1047		6296	

Der Anteil der normalgewichtigen Patienten, die entgegen den Empfehlungen der Anlage 1 der RSAV mit Metformin behandelt wurden, betrug im aktuellen Berichtszeitraum 28,3% und lag somit um 2,5% höher als im Vorjahreszeitraum .

Das Qualitätsziel von höchstens 40% wurde erreicht.

Abb. 8 Biguanid-Therapie bei Patienten mit einem BMI >= 25



Medikamente	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ohne Biguanid	3663	58,2	21049	53,9
mit Biguanid	2633	41,8	17939	46,1
Grundgesamtheit	6296		38988	

Es ist hervorzuheben, dass sich der Anteil der übergewichtigen Patienten (BMI ≥ 25), die entsprechend den Empfehlungen der Anlage 1 der RSAV mit Metformin behandelt wurden, gegenüber dem vorangegangenen Berichtszeitraum um 4,2 % erhöht hat und im aktuellen Berichtszeitraum 46,1 % beträgt.

Grundsätzlich sollte der Anteil der adipösen Patienten, welche mit Biguaniden behandelt werden, weiterhin gesteigert werden, (während der Anteil der normalgewichtigen Patientin, die noch Biguanide erhalten, weiter reduziert werden sollte).

9 Funduskopie

Alle Diabetiker sollen regelmäßig auf ophthalmologische Folgeerkrankungen hin untersucht werden. Daher sollte jeder Diabetiker einmal jährlich eine Funduskopie erhalten.

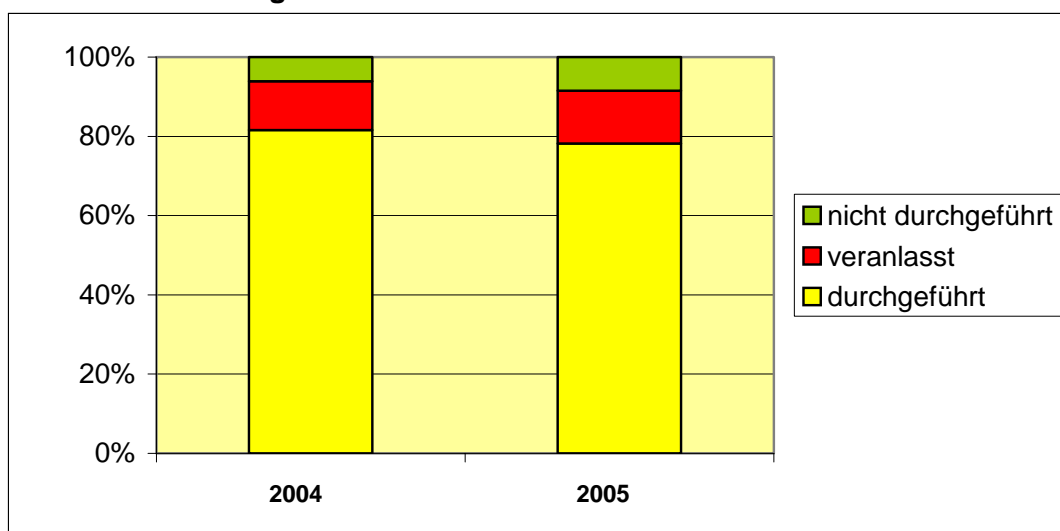
"Zur Früherkennung ist für alle in strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschriebenen Versicherten mindestens einmal im Jahr eine ophthalmologische Netzhaut-Untersuchung in Mydriasis oder eine Netzhaut-Photographie (Fundus-Photographie) durchzuführen." (Anl. 1 RSAV)

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass

- nach dem 1. Jahr mindestens 70 %
- nach dem 2. Jahr mindestens 85 %
- nach dem 3. Jahr mindestens 95 %

der Patienten jährlich an einen Augenarzt überwiesen werden.

Abb. 9 Patienten, bei denen eine Funduskopie durchgeführt oder veranlasst bzw. nicht durchgeführt bzw. veranlasst wurde



	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
nicht durchgeföhrt	468	6,1	3946	8,5
veranlasst	939	12,3	6189	13,3
durchgeföhrt	6252	81,6	36547	78,3
Grundgesamtheit:	7659		46682	

Die Auswertung der entsprechenden Dokumentationen aus dem zweiten Halbjahr 2005 ergab, dass bei 78,3 % aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate eine Funduskopie durchgeföhrt wurde und für weitere 13,3 % eine solche Untersuchung durch Überweisung zum Augenarzt veranlasst wurde. Die Daten aus dem ersten Halbjahr 2005 lagen mit 77,3% durchgeföhrt und 13,6% veranlasster Funduskopien – bei einer Grundgesamtheit von 21067 Patienten – im vergleichbaren Bereich.

Das Qualitätsziel von mindestens 85% Patienten mit veranlasster Funduskopie wurde somit erreicht.

10 Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus

Die regelmäßige Fußinspektion stellt eine wesentliche Verlaufskontrolle bei Diabetikern dar und soll zur Senkung der Amputationsrate beitragen. Sie sollte mindestens einmal jährlich durchgeführt werden. Die Auswertung der vorliegenden Dokumentationsdaten ergab, dass bei allen Patienten eine entsprechende Untersuchung erfolgte.

Ein auffälliger Fußbefund wird nach der Wagner/Armstrong-Klassifikation dokumentiert.

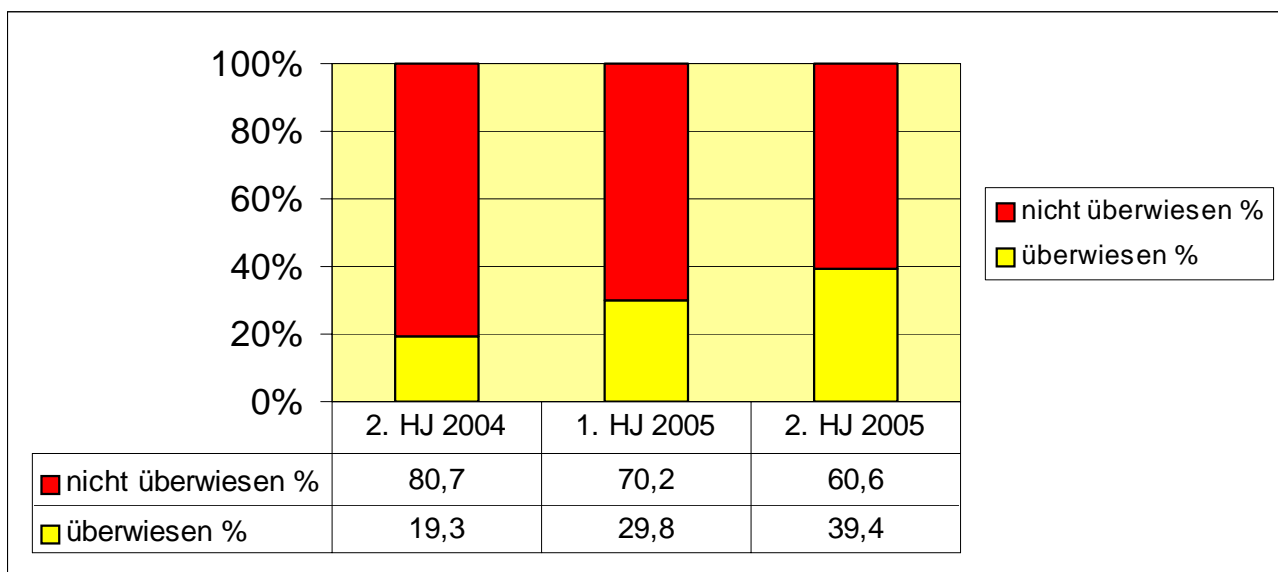
„Bei Hinweisen auf das Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms oder eines Hochrisikofußes ist die Überweisung an eine auf die Behandlung eines diabetischen Fußsyndroms spezialisierte Einrichtung erforderlich.“ (Anlage 1 RSAV)

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass

- nach dem 1. Jahr mindestens 60 %
- nach dem 2. Jahr mindestens 70 %
- nach dem 3. Jahr mindestens 80 %

der Patienten mit einem auffälligen Fußstatus an eine auf die Behandlung eines diabetischen Fußsyndroms spezialisierte Einrichtung überwiesen werden.

Abb. 10 Patienten mit auffälligem Fußbefund, die in eine Spezialbehandlung überwiesen, bzw. nicht überwiesen wurden



Der Anteil von Patienten mit einem auffälligen Fußbefund, welche im aktuellen Berichtszeitraum zur Weiterbehandlung an eine auf die Behandlung eines diabetischen Fußsyndroms spezialisierte Einrichtung bzw. Diabetes-Schwerpunktpraxis überwiesen wurde, lag bei 39,4 %. Das Qualitätsziel wurde damit nicht erreicht. Im Vergleich zu den Vorberichtszeiträumen ist jedoch eine kontinuierliche Verbesserung zu erkennen.

Ob es sich hierbei tatsächlich um fehlende Strukturangebote handelt oder Dokumentationsfehler vorliegen muss näher analysiert werden.

Trotzdem ist weiterhin an der Verbesserung der Angebotsstrukturen von Einrichtungen zur Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms zu arbeiten, ebenso sollte im Rahmen von DMP-Fortbildungen verstärkt auf die Einhaltung der Schnittstellen bei der Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms hingewiesen werden.

11 Schulungen

Die Teilnahme von Diabetikern an Schulungen führt zu positiven Effekten hinsichtlich der Stoffwechsel- und Blutdruckeinstellung. Strukturierte, zielgruppenspezifische und evaluierte Schulungen stellen deshalb einen unverzichtbaren Bestandteil in der Behandlung des Diabetes mellitus dar.

"Jeder Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten" (Anl. 1 RSAV)

Dargestellt werden Anteile und Anzahl der Patienten, bei denen die Einhaltung einer empfohlenen Diabetes-Schulung folgendermaßen dokumentiert wurde:

- ja
- nein
- war aktuell nicht möglich

Der Anteil der Patienten, der eine empfohlene Schulung wahrgenommen hat, lag im 1. HJ 2005 bei 34,8 %, im 2. HJ 2005 bei 35,9 %. Bei 28,6 % (1. HJ 2005) und 29,9 % (2. HJ 2005) der Patienten war die Einhaltung der empfohlenen Schulung aktuell aus plausiblen Gründen nicht möglich.

Der Anteil der Patienten, der aus nicht plausiblen Gründen die empfohlene Diabetes-Schulung nicht wahrgenommen hat sank vom 1. HJ 2005 zum 2. HJ 2005 von 36,6 % auf 34,1 %.

Abb. 11 Patienten, die eine empfohlene Schulung wahrgenommen bzw. nicht wahrgenommen haben



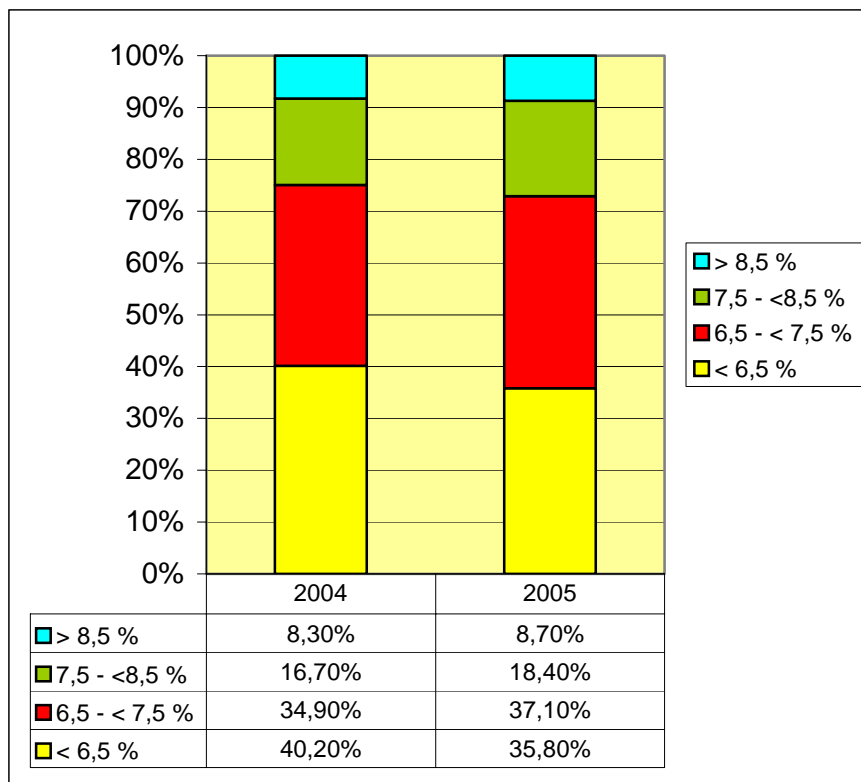
Im Auswertungszeitraum 01.07.2005 – 31.12.2005 nahmen insgesamt 3233 Patienten die ihnen empfohlenen Diabetes-Schulungen wahr. Im Vergleich zu 1820 geschulten Patienten im Zeitraum 01.07.2004 – 31.12.2004 stellt dies erneut eine Zunahme dar.

Im Zeitraum vom 01.07.2005 – 31.12.2005 nahmen 576 Patienten an Hypertonieschulungen teil. Im Vergleich mit dem Vorjahreszeitraum, in dem ca. 160 Patienten geschult wurden, ergibt sich ebenfalls eine deutliche Steigerung.

12 Aspekte der Prozessqualität - Entwicklung der HbA1c-Werte

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

Abb. 12 HbA1c (Längsschnitt)



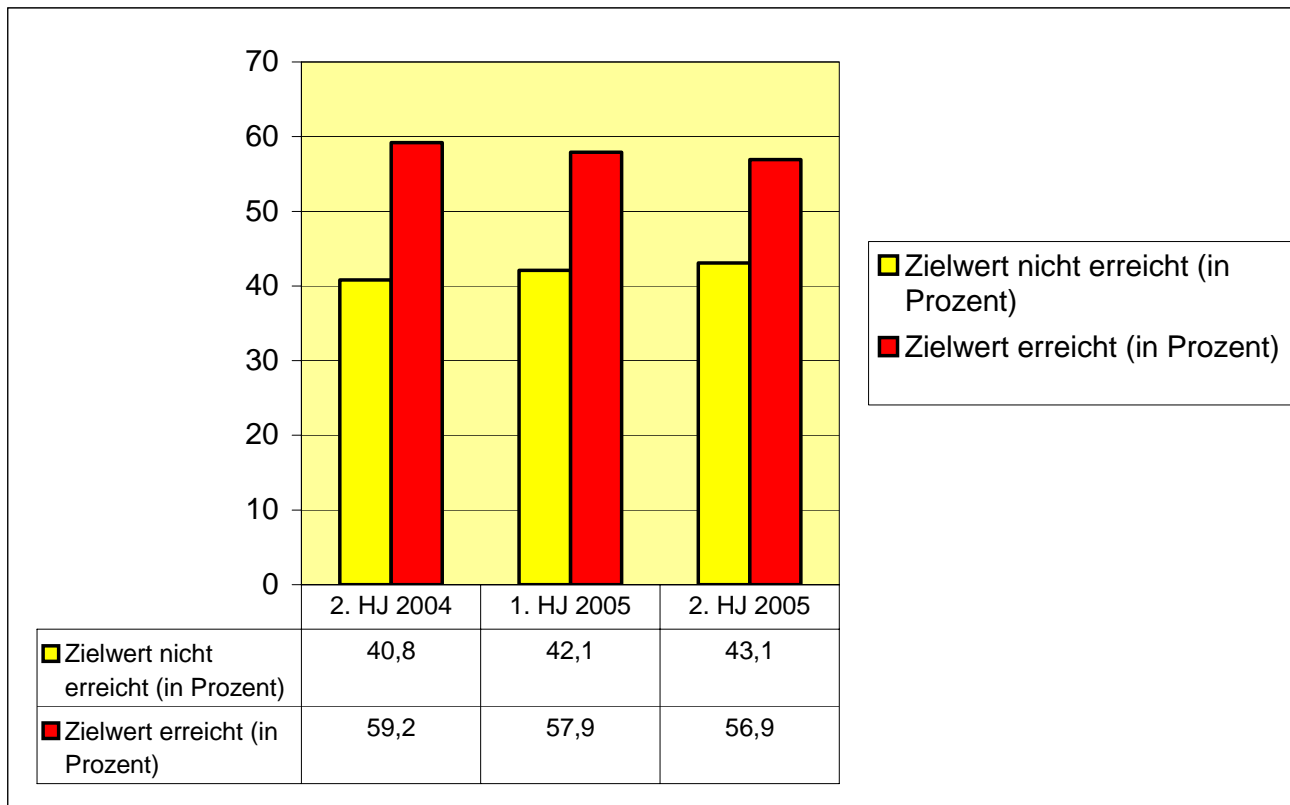
Der Anteil der Patienten mit HbA1c-Werten $\geq 7,5\%$ liegt im Vergleich zum vorigen Berichtszeitraum etwas höher, aber die betrachteten Patientengruppen aus beiden Berichtszeiträumen sind nicht identisch und im individuellen Verlauf nicht vergleichbar, so dass die hier dargestellten HbA1c-Werte lediglich Auskunft über die im jeweiligen Zeitraum eingeschriebenen Diabetiker geben.

Möglicherweise wurden mit zunehmender Laufzeit des Programms mehr multimorbide Patienten oder auch Patienten mit einem höheren BMI mit bereits zu Beginn schlechteren Werten eingeschrieben. Insgesamt haben aber nach wie vor mehr als 70% der Patienten einen HbA1c unter 7,5%, so dass von einer zufriedenstellenden Stoffwechselsituation ausgegangen werden kann. Dies muss jedoch in der Folgezeit kritisch beobachtet werden.

13 Erreichen des vereinbarten HbA1c-Wertes

Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit dem Patienten individuelle Therapieziele zu vereinbaren. Der HbA1c-Wert eines Patienten ist ein zentraler Parameter für die langfristige Stoffwechselsituation und stellt neben dem Blutdruck einen wesentlichen Zielwert im Rahmen der individuellen Therapieplanung dar. Aufgrund der geänderten Dokumentation wurde die Annahme getroffen, dass bei Ankreuzen des Dokumentationsparameters 'Zielvereinbarung HbA1c – aktuellen Wert: halten' der vereinbarte HbA1c-Zielwert erreicht wurde.

Abb. 13 Erreichung des HbA1c-Zielwertes



Im Verlauf scheint es einen leichten Abwärtstrend zu geben. Ähnlich wie bei der Betrachtung der HbA1c-Werte im Längsschnitt, ließe sich das durch den großen Zuwachs an DMP-Teilnehmern und die dadurch sich verändernde Patientenstruktur erklären.

14 Fazit

1. Nach zögerlichem Beginn des DMP Diabetes mellitus Typ 2 in Brandenburg hat sich die Akzeptanz in der Ärzteschaft und bei den Patienten deutlich gebessert und der Anteil der teilnehmenden Ärzte und der eingeschriebenen Patienten stark zugenommen. Grundlage des aktuellen Berichtes sind die Daten von 46682 Patienten (im vorherigen Berichtszeitraum 7.659 Patienten) mit mindestens zwei Dokumentationen, die Zahl der teilnehmenden Ärzte ist auf 1158 koordinierende (im vorherigen Berichtszeitraum 390) und 44 diabetologisch qualifizierte Ärzte angestiegen, was einem Anteil von aktuell > 75% der ambulant tätigen Hausärzte entspricht.
2. Auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern ist es im Kalenderjahr 2005 gelungen, den Teilnehmerkreis der in der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 spezialisierten Partner stetig zu vergrößern. Insbesondere bei der Einbindung von Podologen in die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms konnte erfreulicherweise die Anzahl der (teilnehmenden) Podologen im Vergleich zum Kalenderjahr 2004 fast verdreifacht und somit eine flächendeckende Betreuung sichergestellt werden.

Kooperationspartner	Anzahl der Kooperationspartner	
	2004	2005
diab. qualifizierte Vertragsärzte zur Betreuung des diabetischen Fußes	30	37
Podologen	15	41
Krankenhäuser	17	19
Rehabilitationseinrichtungen	2	2

3. Die zunehmende Routine im Umgang mit DMP zeigt sich in der hohen Quote der eingereichten korrekten Erstdokumentationen. Sie lag bei 95,7%, damit wurde das Qualitätsziel fast erreicht. Auch die Rate der verfristeten oder verfrühten Dokumentationen lag mit 0,4 und 2% in einem sehr guten Bereich.
4. Von den eingeschriebenen Patienten ist der Anteil der unter 55-Jährigen angestiegen, der Anteil der über 65-Jährigen ist zurückgegangen. Es ist ein leichter Anstieg des Anteils der Übergewichtigen zu verzeichnen. Diese Entwicklung bestätigt die Bedeutung der im DMP vorgesehenen Schulungen und Ernährungsberatungen.
5. Die im Vertrag vereinbarten Qualitätsziele konnten überwiegend erreicht werden. Eine Ausnahme stellt das Qualitätsziel „Vermeidung oder Behebung diabetestypischer Symptome“ dar, wobei hier erneut über einen systematischen Dokumentationsfehler nachgedacht werden muss. Die teilnehmenden Ärzte werden über Feedbackberichte, die Medien der KV sowie in Informationsveranstaltungen informiert, dass hier lediglich das Vorhandensein von diabetestypischen Symptomen, wie Polyurie, Polydipsie, Gewichtsabnahme zum aktuellen Zeitpunkt dokumentiert werden soll. Eine weitere Ausnahme sehen wir im Bereich „Kooperation der Versorgungssektoren“, hier speziell bei der Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus. Das Qualitätsziel von 70% nach dem zweiten Jahr wurde zwar noch nicht erreicht, es ist aber eine Verbesserung von ca. 19% auf fast 40% zu verzeichnen und dies unter Berücksichtigung der schwachen Strukturen im Flächenland Brandenburg. An diesem positiven Trend sollte in den kommenden Jahren kontinuierlich weiter gearbeitet werden, um die Versorgung der Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom zu optimieren.
6. Hervorzuheben ist die positive Entwicklung bei den Schulungszahlen und die anhaltend gute Inanspruchnahme der jährlich durchzuführenden Funduskopie.