

Qualitätsbericht

DMP Diabetes mellitus Typ 2

der

Gemeinsamen Einrichtung Land Brandenburg

Berichtszeitraum 01.07.2004 bis 31.12.2004

Inhaltsverzeichnis

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

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 am 1. 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 Bundesknappschaft, die IKK Brandenburg und Berlin, der BKK Landesverband Ost sowie der VdAK/AEV e.V. für ihre Versicherten die Möglichkeit der Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 geschaffen. Die genannten Krankenkassen/-verbände 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 Bundesknappschaft beruhte, sind in dem hiermit 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.

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.

Da die Einschreibung von Patienten im ersten Jahr nach dem Programmstart eher zurückhaltend verlief und erst in den letzten Monaten ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen ist, lagen der Datenstelle und somit auch der Gemeinsamen Einrichtung in relativ vielen Fällen nur eine Erstdokumentation bzw. die entsprechenden Daten vor. Eine Verlaufsbeurteilung dieser Fälle war deshalb noch nicht möglich.

Als mögliche Fehlerquelle bei der Zuordnung von Dokumentenpaaren wurde eine nicht konsequente Vergabe und Fortführung von DMP-Fallnummern durch den Arzt festgestellt. Auf diese Tatsache wurde bereits wiederholt u.a. in der Mitgliederzeitschrift der KVBB hingewiesen. Ein Bruch kann auch durch Kassenwechsel oder Wechsel der Versicherten-Nummer entstehen.

Insgesamt ergibt sich aus der Art der Auswertung, dass die Anzahl der aktuell am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmenden Versicherten im Land Brandenburg größer ist als die Zahl der Patienten, über die hier berichtet wird. Der zur Zeit noch geringe Datenumfang und die kurze Laufzeit des Programms schränken die Aussagekraft der dargestellten Daten ein.

Inhaltliche Grundlagen 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 liefern kann.

2 Dokumentation/Datenlieferung

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, die zum aktuellen und zum zurückliegenden Dokumentationszeitpunkt vollständig und plausibel dokumentiert worden sind.

Insgesamt lagen mit Datum 31.12.2004 Dokumentationsbögen von 32.696 versicherten Patienten in der Datenstelle vor. Im aktuell vorliegenden Bericht wurden dagegen nur die von 390 Vertragsärzten der ersten und zweiten Versorgungsebene dokumentierten Daten von 7.659 Patienten ausgewertet. Dabei wurden bei den Diabetes-Schwerpunktpraxen nur die von diesen als erste Versorgungsebene betreuten und dokumentierten Patienten berücksichtigt, nicht jedoch die auf Überweisung behandelten Patienten. Für 3352 Patienten lagen eine Erst- und Folgedokumentation vor. Für 4307 Patienten lagen neben der Erst- mindestens zwei Folgedokumentationen vor.

Tabelle 1 Anzahl der in diesem Bericht berücksichtigten Patienten

Anzahl Patienten, für die in der Berichtsstelle Dokumentationsbögen eingingen	32.696
➤ Anzahl Patienten, für die nur eine Erstdokumentation vorlag	17.491
➤ Anzahl Patienten, für die nur eine Folgedokumentation vorlag	7.546
Anzahl der Patienten, die in diesem Bericht berücksichtigt wurden	7.659
➤ Davon: Anzahl Patienten mit Erst- und Folgedokumentation	3.352
➤ Davon: Anzahl Patienten mit zwei Folgedokumentationen	4.307

Zum Stichtag 31.12.2004 nahmen 924 Hausärzte, 40 Diabetes-Schwerpunktpraxen und 30 auf die Behandlung des Diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtungen bzw. Schwerpunktpraxen an der Versorgung im Rahmen des DMP teil. Somit hatten 59,7 % der insgesamt 1.547 ambulant tätigen Hausärzte ihre Teilnahme am Programm erklärt.

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 2 Altersverteilung der Patienten (tabellarisch)

	Anzahl	in Prozent
< 45 Jahre	195	2,5
46 – 55 Jahre	660	8,6
56 – 65 Jahre	1681	21,9
66 – 75 Jahre	3340	43,6
> 75 Jahre	1783	23,3
Gesamt	7659	100,00

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

Die Aufteilung nach BMI-Klassen ergab bei einer Grundgesamtheit von 7.659 Patienten folgende Gruppen:

	Anzahl	in Prozent
Normalgewichtig BMI < 25	1067	13,9
Übergewichtig BMI 25 - 30	2803	36,6
Übergewichtig BMI > 30	3622	47,3

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.

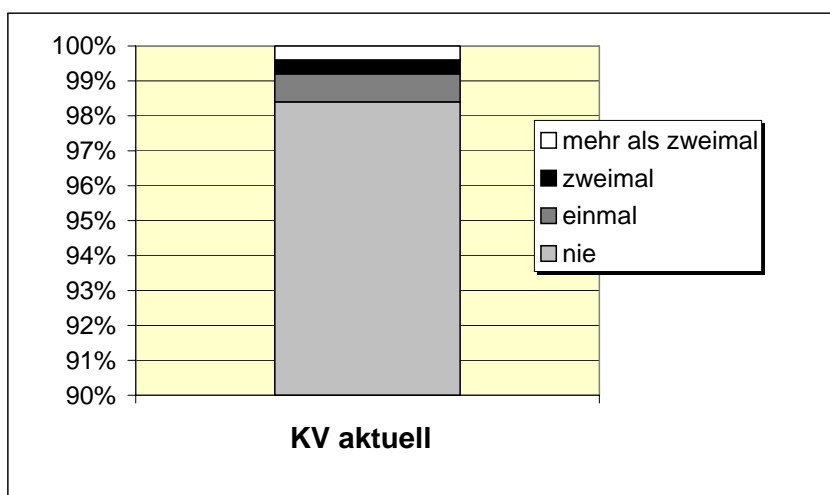
Die Vermeidung von hyper- und hypoglykämischen Stoffwechsellentgleisungen ist ein weiteres wesentliches Therapieziel bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2.

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



	Anzahl	Prozent
mehr als zweimal	33	0,4
zweimal	31	0,4
einmal	60	0,8
nie	7535	98,4

Damit wurde im aktuellen Berichtszeitraum das für das zweite Jahr vereinbarte Qualitätsziel erreicht.

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.

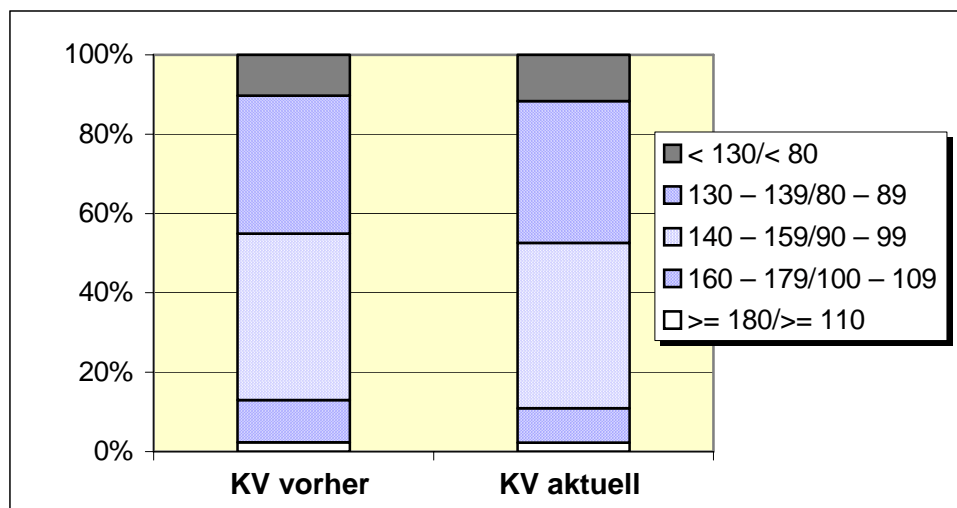
"Unabhängig von der blutzuckersenkenden Therapie reduziert die blutdrucksenkende Therapie bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 die Morbidität und Mortalität." (Anl.1 RSAV)

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



mm Hg	KV vorher		KV aktuell	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
< 130/< 80	785	10,2	898	11,7
130 – 139/80 – 89	2668	34,8	2735	35,7
140 – 159/90 – 99	3205	41,8	3139	41,7
160 – 179/100 – 109	823	10,7	666	8,7
>= 180/>= 110	178	2,3	167	2,2

Grundgesamtheit: 7.659 Patienten

Die Abbildung 2 gibt die Anteile und Anzahl der Patienten in den folgenden Blutdruckklassen an allen dokumentierten Patienten wieder. Allerdings ist zu beachten, dass in Anbetracht des kurzen Beobachtungszeitraumes auch nur geringe Änderungen zu erwarten waren.

WHO-Blutdruckklassen	systolisch (mmHg)	diastolisch (mmHg)
normal	< 130	<80
Normal-hoch	130 – 139	80 – 89
Hypertonie (Grad 1)	140 – 159	90 – 99
Hypertonie (Grad 2)	160 – 179	100 – 109
Hypertonie (Grad 3)	>= 180	>= 110

Bei 31,1 % der Patienten, für die in der vorausgegangenen Dokumentation noch hypertensive Werte ausgewiesen wurden, konnten in der letzt verfügbaren Folgedokumentation normotensive Werte erreicht werden. Damit wurde das vereinbarte Qualitätsziel statistisch erreicht.

Allerdings scheint eine deutliche Variabilität der Blutdruckwerte zu bestehen, da sich der Anteil der normotensiven Patienten tatsächlich nur um 2,4 % gegenüber dem Vorberichtszeitraum erhöht hat. Ziel sollte gerade für die Diabetiker eine dauerhafte Blutdrucksenkung sein.

Gemäß der Blutdruckklassifikation der WHO mussten initial 54,8 % und im Auswertzeitraum immerhin noch 52,6 % der Patienten als hyperten eingestuft werden. Kritisch ist anzumerken, dass im aktuellen Berichtszeitraum – bei einer Grundgesamtheit von 4026 Patienten - immerhin noch 24 % der hypertensiven Patienten (> 140/90 mm Hg) überhaupt keine antihypertensive Medikation erhielten.

Grundsätzlich besteht also noch Handlungsbedarf, z.B. bei der rechtzeitigen Überweisung in die zweite Versorgungsebene sowie zur Motivation der Patienten zur Teilnahme an Hypertonieschulung-

gen. Hier können die Programme helfen, durch Information der Ärzte und Patienten die Behandlungsergebnisse positiv zu beeinflussen.

5 Persistenz diabetes-typischer Symptome

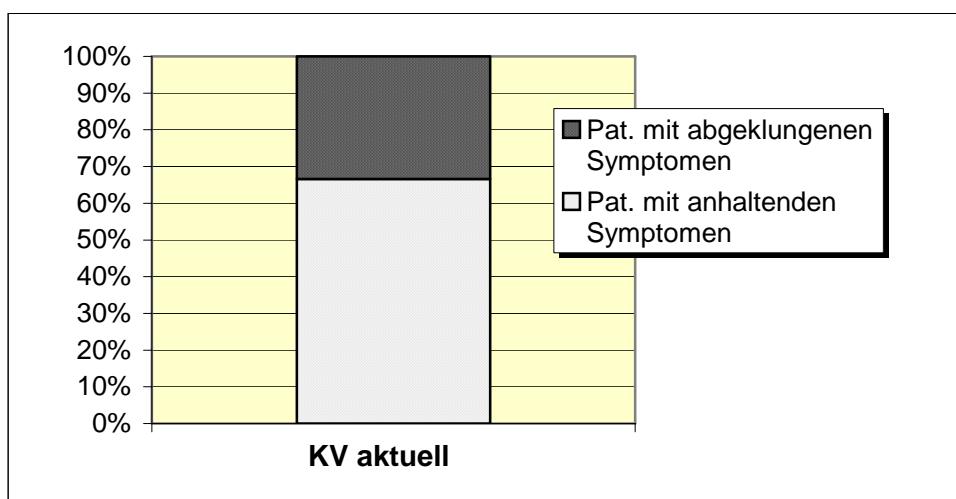
Die Vermeidung oder Behebung diabetes-typischer Symptome (Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit usw.) ist ein wesentliches Therapieziel bei der Behandlung von Diabetikern.

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 diabetes-typische Symptome aufweisen, durch die Therapie bis zur folgenden Dokumentation symptomfrei werden.

Abb. 3 Persistenz Diabetes-typischer Symptome



	Anzahl	Prozent
Pat. mit abgeklungenen Symptomen	719	33,4
Pat. mit anhaltenden Symptomen	1.431	66,6

Grundgesamtheit: 2.150 Patienten

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

33,4 % der Patienten konnten von ihren diabetes-typischen Symptomen befreit werden.

Das Qualitätsziel für den aktuellen Dokumentationszeitraum von mindestens 35 % wurde somit nicht erreicht.

Unabhängig davon erscheint sowohl die absolute Zahl von 1.431 Patienten als auch mit 18,7 % deren Anteil an der Gesamtheit der in diese Auswertung einbezogenen Patienten als sehr hoch. In diesem Zusammenhang sei noch einmal auf die Ausfüllanleitung zur Erst- und Folgedokumentation im Praxismanual hingewiesen. Danach gelten als diabetespezifische Symptome z.B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit und/oder ungewollter Gewichtsverlust bei zeitgleich erhöhten Blutzuckerwerten.

6 Folgeerkrankungen

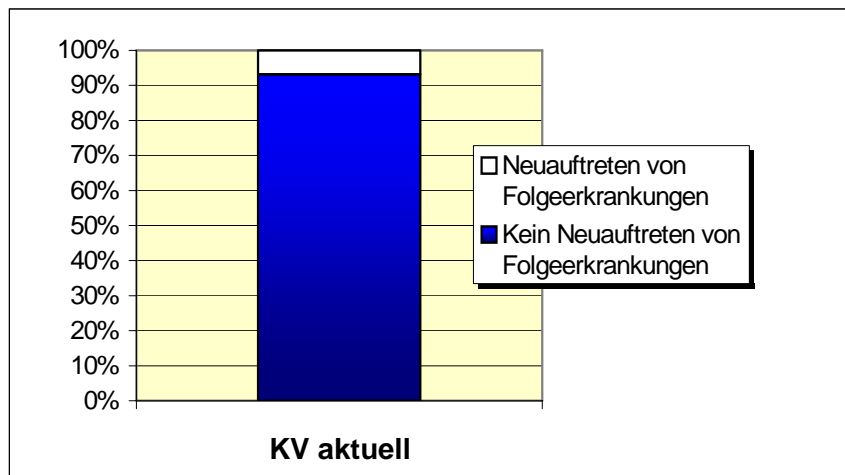
Die Vermeidung von Folgeerkrankungen stellt ein wesentliches Therapieziel der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 dar. Zugleich erhöhen bereits manifeste Folgeerkrankungen das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Die Verhütung des Auftretens von neuen Folgeschäden ist ein Parameter der Prozess- und 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. 4 Anteil und Anzahl der Patienten nach der Anzahl neu aufgetretener diabetes-assoziiierter Begleiterkrankungen



	Anzahl	Prozent
Neuauftreten von Folgeerkrankungen	520	6,8
Kein Neuauftreten von Folgeerkrankungen	7139	93,2

Grundgesamtheit: 7.659 Patienten

Innerhalb des ersten Jahres der Programmlaufzeit sind bei insgesamt 6,8 % der Patienten neue Begleit- und Folgeerkrankungen aufgetreten. Damit ist das Ziel für den Berichtszeitraum rein statistisch erreicht.

Wegen der Kürze der Programmlaufzeit ist allerdings aus diesem Wert noch keine Schlussfolgerung hinsichtlich des Effektes auf das Erreichen der langfristigen Ziele abzuleiten.

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)

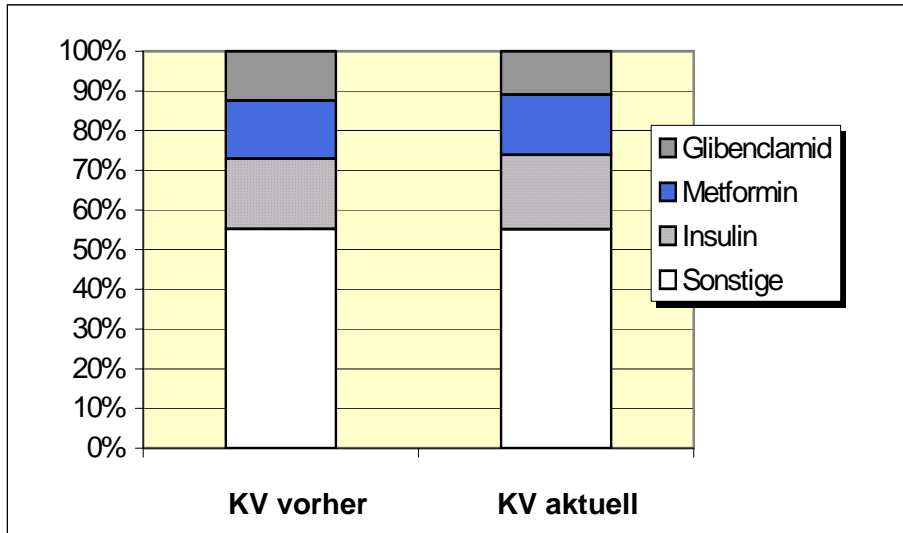
- Metformin (als Monotherapie beim adipösen Patienten).
- Insulin

Bei adipösen Diabetikern sollte nach Anlage 1 der RSAV 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. 5 Antihyperglykämische Therapie nach Wirkstoffgruppen



Medikamente	KV vorher		KV aktuell	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Glibenclamid	766	12,4	708	10,9
Metformin	901	14,6	981	15,1
Insulin	1.094	17,7	1221	18,8
Sonstige	3.403	55,2	3570	55,1

Grundgesamtheit: 6.480 Patienten

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 55,1 % unverändert geblieben. Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von mindestens 60 % Patienten, die vorrangig mit den in der RSAV empfohlenen Medikamenten in Monotherapie behandelt wurden, nicht erreicht.

Die Differenz zur Grundgesamtheit beträgt 1.179 Patienten, was einem prozentualen Anteil von 15,4 % entspricht und den Anteil der Patienten darstellt, welche keine blutzuckersenkenden Therapie erhalten haben.

8 Behandlung mit Biguaniden

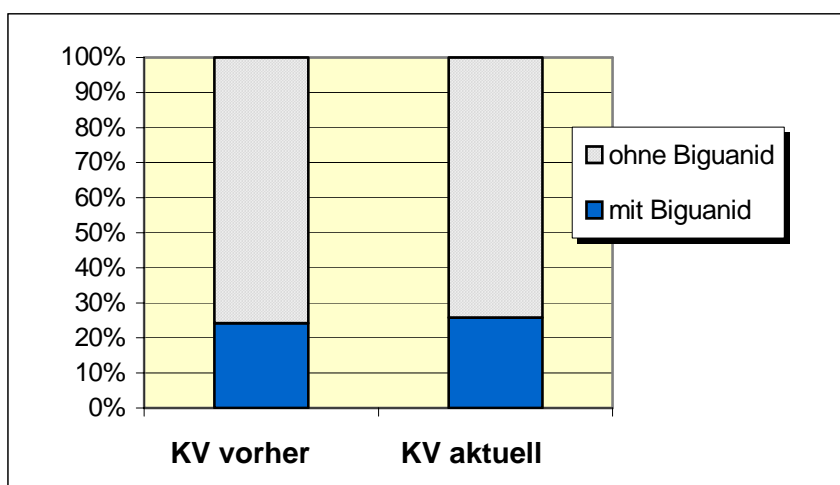
Die Wirksamkeit hinsichtlich klinischer Endpunkte ist für das Biguanid Metformin sowie für den Sulfonylharnstoff (SH) Glibenclamid belegt. Metformin stellt in Monotherapie unter Beachtung der Kontraindikationen das Mittel der ersten Wahl bei adipösen Patienten dar.

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass

- im 1. Jahr höchstens 50 %
- im 2. Jahr höchstens 45 %
- im 3. Jahr höchstens 40 %

der normalgewichtigen Patienten mit Biguaniden behandelt werden.

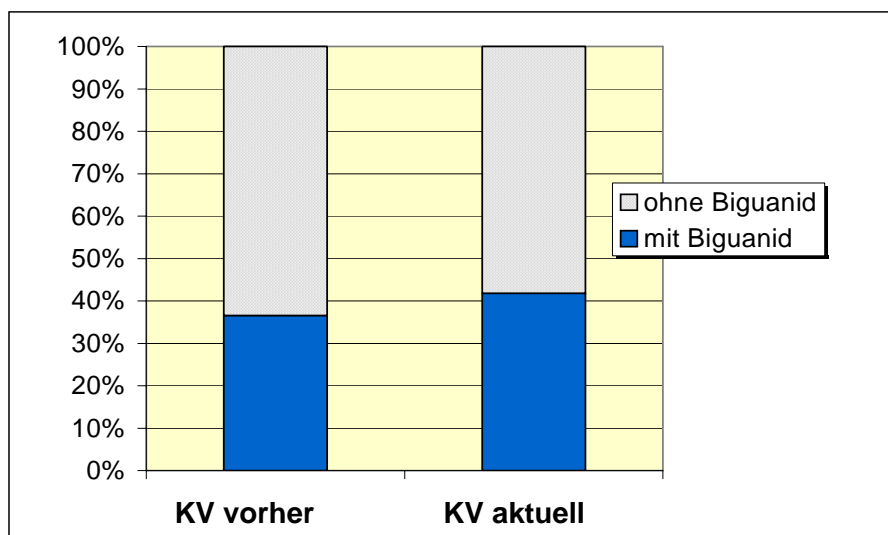
Abb. 6 Biguanid-Therapie bei Patienten mit einem BMI < 25



Medikamente	KV vorher		KV aktuell	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ohne Biguanid	752	75,8	777	74,2
mit Biguanid	240	24,2	270	25,8

Der Anteil der normalgewichtigen Patienten, die entgegen den Empfehlungen der Anlage 1 der RSAV noch mit Metformin behandelt wurden, betrug im aktuellen Berichtszeitraum 25,8%. Damit wurde das Qualitätsziel von höchstens 45% erreicht. Allerdings ist festzustellen, dass dieser Anteil im vorangegangenen Berichtszeitraum mit 24,2 % bereits um 1,6 % niedriger war.

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



Medikamente	KV vorher		KV aktuell	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ohne Biguanid	4047	63,4	3663	58,2
mit Biguanid	2335	36,6	2633	41,8

Grundgesamtheit:

- obere Abbildung: 1.047 Patienten
- untere Abbildung: 6.296 Patienten

Auch wenn hierzu kein gesondertes Qualitätsziel vereinbart wurde, ist hervorzuheben, dass sich der Anteil der übergewichtigen Patienten (BMI \geq 25), die entsprechend den Empfehlungen der Anlage 1 der RSAV mit Metformin behandelt wurden, gegenüber dem vorangegangenen Berichtszeitraum um 5,2 % erhöht hat und im aktuellen Berichtszeitraum 41,8 % 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.

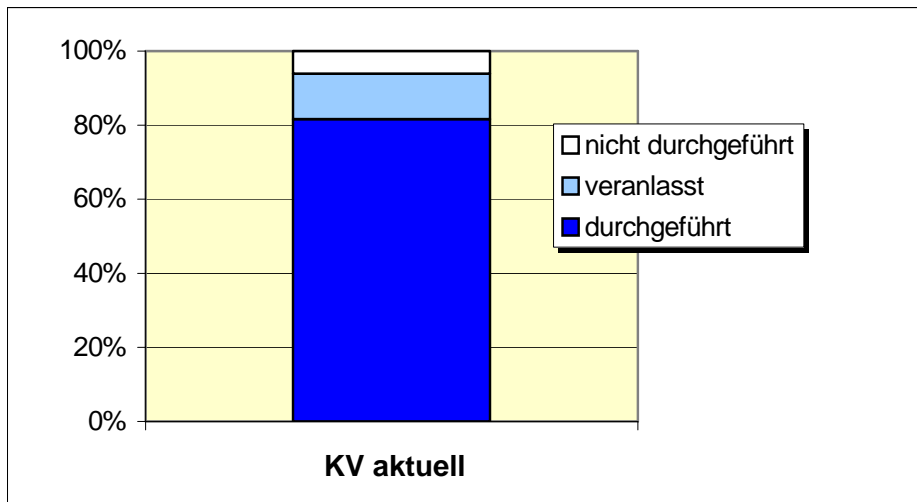
"Zur Früherkennung ist für alle in strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschriebenen Versicherten mindestens einmal im Jahr eine ophthalmologische Netzhaut-Untersuchung in Mydriasis oder eine Netzhaut-Photographie (Fundus-Photographie) durchzuführen." (Anl. 1 RSAV)

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



	Anzahl	Prozent
nicht durchgeführt	468	6,1
veranlasst	939	12,3
durchgeführt	6252	81,6

Grundgesamtheit: 7.659 Patienten

Die Auswertung der entsprechenden Dokumentationen ergab, dass bei 81,6 % aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate eine Funduskopie durchgeführt wurde und für weitere 12,3 % eine solche Untersuchung durch Überweisung zum Augenarzt veranlasst wurde. Darüber hinaus ist anzumerken, dass der aktuelle Berichtszeitraum im Gegensatz zum vorangegangenen nur 6 Monate umfasst. Insgesamt kann das Qualitätsziel „Durchführung einer jährlichen Augenhintergrunduntersuchung“ für den aktuellen Berichtszeitraum als erfüllt gelten.

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.

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 nur bei 19,3 %. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass Patienten mit einem dokumentierten auffälligen Fußstatus, die in einer entsprechenden Schwerpunktpraxis als erster (koordinierender) Versorgungsebene betreut werden, nicht in die Auswertung einfließen, da keine Überweisung, sondern dort bereits eine spezialisierte Behandlung erfolgte.

Dennoch besteht unseres Erachtens auch hier ein Ansatzpunkt zur innerärztlichen Diskussion zum Überweisungsverhalten. Auf Anregung der Gemeinsamen Einrichtung wurden die Adressen der Diabetes-Schwerpunktpraxen mit Genehmigung zur Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms in der Mitgliederzeitschrift der KVBB „KV intern“ gesondert veröffentlicht. Darüber hinaus ist auch zu prüfen, ob die Angebotsstrukturen von Einrichtungen/Schwerpunktpraxen mit besonderer Kompetenz in der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms im Land Brandenburg ausreichend sind.

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)

Im Auswertungszeitraum 01.07.2004 – 31.12.2004 wurden bereits 1330 Patienten ohne Insulin sowie 490 Patienten mit Insulin geschult.

Im Vergleichszeitraum 01.07.2003 – 31.12.2003 wurden 360 Patienten ohne Insulin und 90 Patienten mit Insulin geschult.

Dies ergibt eine Steigerung für nicht insulinpflichtige Diabetiker von 970 durchgeführten Schulungen absolut sowie gleichfalls eine Steigerung für insulinpflichtige Diabetiker von 400 durchgeführten Schulungen absolut.

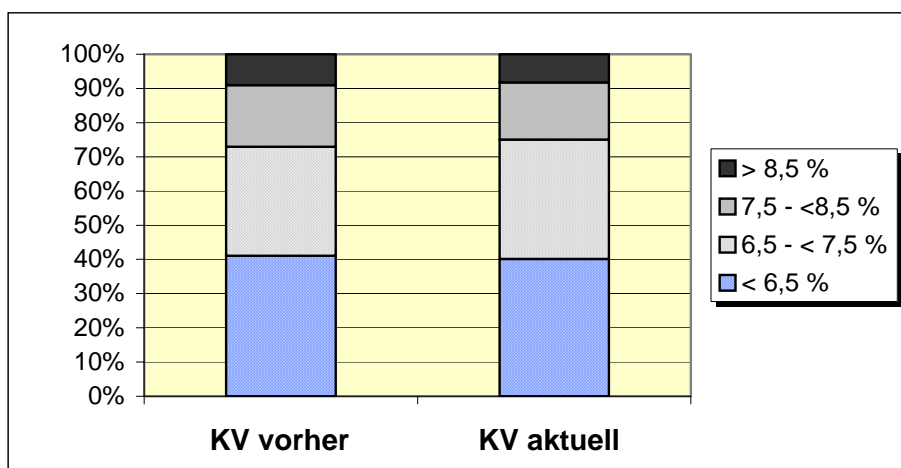
Ebenfalls im Abrechnungszeitraum vom 01.07.2004 – 31.12.2004 wurden rund 160 Hypertonieschulungen durchgeführt.

Im Vergleich mit dem Vorjahreszeitraum, in dem ca. 40 Hypertonieschulungen erfolgten, ergibt sich ebenfalls eine zahlenmäßige Steigerung um 120 Schulungen.

12 Aspekte der Prozessqualität - Entwicklung der HbA1c-Werte

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

Abb. 9 HbA1c (Längsschnitt)



HbA1c-Wert	KV vorher		KV aktuell	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
> 8,5 %	687	9	636	8,3
7,5 - <8,5 %	1380	18	1277	16,7
6,5 - < 7,5 %	2446	31,9	2670	34,9
< 6,5 %	3146	41,1	3076	40,2

Grundgesamtheit: 7.659 Patienten

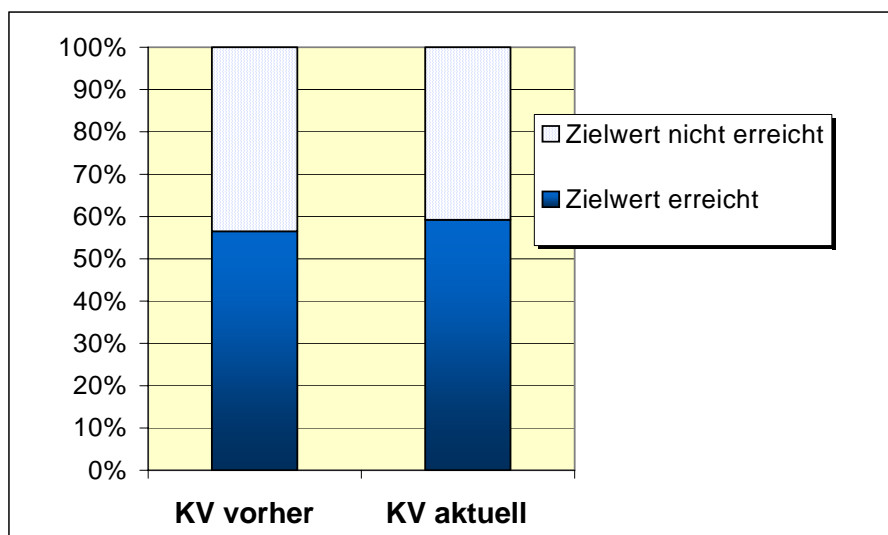
Die Aussagekraft der Auswertung ist auf Grund der kurzen Zeitspanne des Auswertungszeitraumes deutlich eingeschränkt.

Danach ist aber der Anteil der Patienten, die einen HbA1c über 8,5 % aufwiesen, von 9 % auf 8,3 % gesunken. Ebenso sank der Anteil von Patienten mit einem HbA1c von 7,6 % bis 8,5 % um 1,3 % auf 16,7 %. Positiv im Sinne einer auch bisher guten Diabetiker-Betreuung im Land Brandenburg ist festzustellen, dass bereits zu Beginn des Programms über 73 % der Patienten einen HbA1c Wert von unter 7,5 % aufwiesen.

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 Stoffwechselkontrolle 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 HbA1-Zielwert erreicht wurde.

Abb. 10 Erreichung des HbA1c-Zielwertes



	KV vorher		KV aktuell	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Zielwert nicht erreicht	1874	43,5	3122	40,8
Zielwert erreicht	2433	56,5	4537	59,2

Grundgesamtheit: 7.659 Patienten

Nach Auswertung der Dokumentationen wurde bei ca. 40 % der Patienten der Zielwert nicht erreicht.

14 Fazit

Bezüglich der Teilnahme der Hausärzte am DMP wäre aus Sicht der Gemeinsamen Einrichtung im Interesse der Qualitätssicherung und Programmevaluation eine stärkere Aktivität im Sinne vermehrter Patienteneinschreibungen bzw. Dokumentationen wünschenswert. Eine diesbezügliche positive Entwicklung ist bereits eingetreten, für den Berichtszeitraum an dieser Stelle jedoch nicht relevant. Von den Ende 2004 etwa 26.500 eingeschriebenen Typ 2-Diabetikern im Land Brandenburg konnten für diesen Berichtszeitraum nur von 7.659 Patienten die Verlaufsdaten aus den Dokumentationen von 390 am DMP teilnehmenden koordinierenden Vertragsärzten ausgewertet werden. Wesentlich erschwert wurde die Auswertung durch Mängel bei der Verfügbarkeit und Qualität der durch die Datenstelle zur Verfügung gestellten Daten. Ungeachtet dessen zeigt die vorliegende Analyse einige positive Trends.

In der Bewertung durch die Gemeinsame Einrichtung ist hervorzuheben, dass bei den ausgewerteten Patienten in jedem Fall eine Fußinspektion durchgeführt und in mehr als 90 % eine augenärztliche Untersuchung bereits durchgeführt bzw. veranlasst wurde. Handlungsbedarf besteht dagegen noch bei der Intensivierung der Hypertoniebehandlung, ggf. unter Einbeziehung der zweiten Versorgungsebene sowie bezüglich der zu verstärkenden Einbeziehung der zweiten Versorgungsebene in die Mitbehandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom.