

Effekte auf HbA_{1c} und Folgeerkrankungen

Haben DMPs die Versorgung von Diabetikern verbessert?

VON N. GÖRLITZ

Seit 2003 können Typ-2-Diabetiker an Disease-Management-Programmen teilnehmen. Ziel dieser strukturierten Behandlungsprogramme ist die verbesserte Versorgung der chronisch Kranken. Im nachfolgenden Beitrag geht unser Autor der Frage nach, ob es durch dieses Angebot zu klinisch relevanten Verbesserungen kommt.



**MMW-Fortbildungsinitiative:
Diabetologie für den Hausarzt**

Regelmäßiger Sonderteil der
MMW-Fortschritte der Medizin

Herausgeber:

Fachkommission Diabetes in Bayern –
Landesverband der Deutschen Diabetes-
Gesellschaft,
Dr. med. Hans-J. Lüddecke (1. Vorsitzender)
Cosimastr. 2
D-81927 München

Redaktion:

Priv.-Doz. Dr. M. Hummel (Koordination);
Prof. Dr. L. Schaaf (wissenschaftliche
Leitung); Prof. Dr. P. Bottermann; Prof. Dr.
M. Haslbeck; alle München

Dr. med. Nico Görlitz

Städt. Klinikum
München-Schwabing,
Klinik für Endokrinolo-
gie, Diabetologie
und Suchtmedizin;
Kassenärztliche Ver-
einigung Bayerns



— 2001 wurde vom Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen ein Gutachten zur Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen veröffentlicht. Hierin wurden schwerste Defizite in der Versorgung chronisch Kranker in Deutschland diagnostiziert. Die einseitig akutmedizinische Versorgung wurde angeprangert, die Vernachlässigung von Prävention und Rehabilitation scharf kritisiert.

Es wurde eine Neuorientierung gefordert. Explizit wurde auf die – aus damaliger Sicht mangelhafte – Versorgung von Diabetikern hingewiesen. Als Lösung wurden strukturierte Behandlungsprogramme genannt, die als systematischer und umfassender Zugang zur verbesserten Versorgung chronischer Krankheiten verstanden wurden.

Der Gesetzgeber war ähnlicher Auffassung und führte Disease-Management-Programme (DMP) ein, in die bis Ende 2007 deutschlandweit über drei Millionen gesetzlich Versicherte eingeschrieben waren, ein Großteil davon in das DMP Diabetes mellitus Typ 2. Anhand dieser Gruppe soll der Frage

nachgegangen werden, ob die Einführung des DMP die Versorgung dieser Patienten tatsächlich verbessert.

Einzelaspekte der Versorgung

Zunächst muss der Begriff „Versorgung“ definiert werden. Hierzu ist eine Unterteilung in Einzelaspekte sinnvoll wie im sogenannten „Input-Throughput-Output-Outcome“-Modell.

— **Input:** Einflussfaktoren für den Eintritt in das System bzw. die Voraussetzungen der Versorgung.

— **Throughput:** Organisatorische, diagnostische und therapeutische Strukturen und Prozesse.

— **Output:** Unmittelbar erbrachte Versorgungsleistungen, unabhängig von ihrer Wirkung auf das Outcome.

— **Outcome:** Erreichen oder Nichterreichen gesundheitlicher Ziele [6] (Abb. 1).

Das klinisch relevante „Outcome“

Intuitiv bezieht sich die Frage „Verbessert DMP die Versorgung?“ auf die

Outcome-Ebene. Der behandelnde Arzt will wissen, ob bei DMP-Patienten bessere HbA_{1c}-Werte gemessen werden, weniger Folgeerkrankungen auftreten oder gar das Leben verlängert wird. Allerdings ist es mit den vorliegenden Daten äußerst schwierig, eine Antwort hierauf zu geben.

Hauptproblem ist das Fehlen einer validen Vergleichsgruppe. Um zu wissenschaftlich exakten Aussagen zu gelangen, wäre der prospektive, randomisierte, kontrollierte Vergleich zweier Ausgangskohorten optimal. Das Mitführen einer Vergleichsgruppe zur Evaluation war bei der Etablierung der strukturierten Behandlungsprogramme jedoch nicht vorgesehen.

Es muss auf Alternativmethoden ausgewichen werden, z. B. auf den Vergleich von DMP-Patienten mit Diabetikern, die nicht in ein Behandlungsprogramm eingeschrieben sind. Allerdings ist dieser Vergleich der beiden Gruppen durch ihre Zusammensetzung

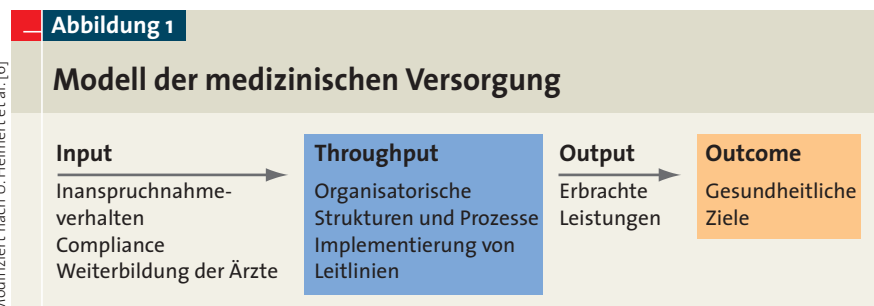


Abb. 1 Das Input-Throughput-Output-Outcome-Modell beschreibt Zusammenhänge im Gesundheitssystem.

zung von vornherein verzerrt. Denn die von der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) vorgegebenen Einschlusskriterien sehen vor, dass der Arzt prüft, ob ein einzuschreibender Patient „im Hinblick auf die [...] Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann“.

Dieser Auswahlfehler kann möglicherweise durch den vergleichenden Rückblick auf Daten aus Zeiten vor der Einführung der DMP verringert werden. Allerdings werden bei dieser Methode z. B. die Entwicklung neuer Medikamente oder eine Änderung der Leitlinien nur bedingt berücksichtigt.

Zu kurzer Interventionszeitraum?

Auf der Outcome-Ebene sind valide Aussagen über Folgeerkrankungen wegen des kurzen Interventionszeitraums (2004–2006, Daten für 2007 liegen noch nicht vollständig vor) kaum zu treffen. Das Überleben betreffende Aussagen sind zudem dadurch erschwert, dass der Endpunkt „Tod“ in den Dokumentationen nicht erfasst wird.

Derzeit kann nur das HbA_{1c} betrachtet werden. Bereits bei der Einschreibung waren bundesweit überraschend gute HbA_{1c}-Werte dokumentiert. In Bayern lag das Mittel bei 6,95%. In den anderen KVen ebenfalls um 7,0%.

Damit liegen bereits bei der Erstdokumentation HbA_{1c}-Mittelwerte vor, bei denen das Risiko für Folgeerkrankungen deutlich reduziert ist. Welchen additiven Beitrag DMP-Programme leisten, lässt sich am Verlauf des HbA_{1c}-Wertes ablesen sowie an der Veränderung des Anteils hochgradig gefährdeter Patienten (z. B. HbA_{1c} > 8,5%).

Was ändert sich bei besonders schlecht eingestellten Patienten?

Im Qualitätsbericht der KV Nordrhein werden Daten zu diesen besonders schlecht eingestellten Patienten vorgestellt. Für 214 156 DMP-Patienten lagen zwischen 2003 und dem ersten Halbjahr 2005 eine Erst- und im zweiten Halbjahr 2005 eine Folgedokumentation vor [1]. Der Anteil der Patienten mit einem HbA_{1c} > 8,5% sank

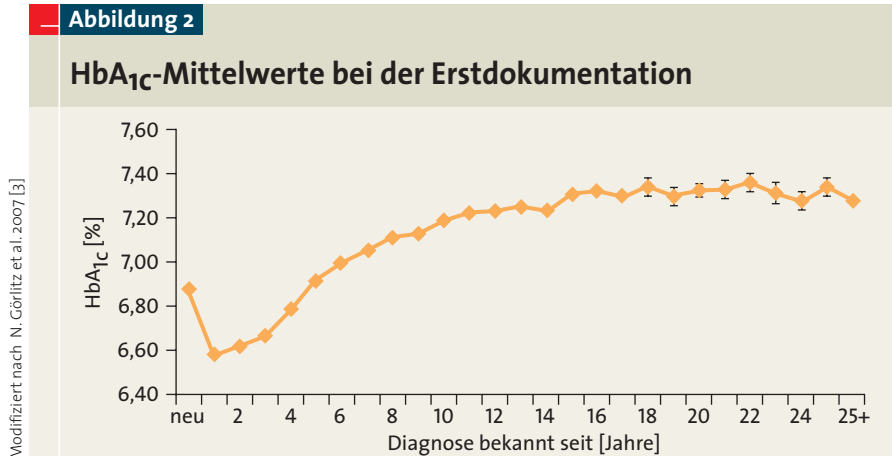


Abb. 2 HbA_{1c}-Mittelwerte bei der Erstdokumentation im Querschnitt. Aufgetragen sind die Werte von insgesamt 390 452 Typ-2-Diabetikern aus Bayern, jeweils gemittelt für einzelne Gruppen. Diese wurden nach der Dauer der Diagnose eingeteilt. Standardfehler des Mittelwertes pro Messpunkt sind als schwarze Abweichungsbalken dargestellt.

bei den beiden Erhebungen von 11,4% auf 9,5%. Insgesamt wurde eine gute bis befriedigende Stoffwechseleinstellung attestiert. Gemittelt über alle Patienten war während einer mittleren Beobachtungszeit von 18 Monaten der HbA_{1c}-Wert stabil um 7,02%.

Im Bereich Westfalen-Lippe sank der mittlere HbA_{1c}-Wert der Gesamtpopulation im Zeitvergleich zwischen Erst- und aktueller Folgedokumentation im zweiten Halbjahr 2005 sogar geringfügig um rund 0,1% [2].

Vergleich mit klinischen Studien

Gemessen an den Langzeitergebnissen der UKPDS-Studie, in der sich unter nahezu optimalen Therapiebedingungen binnen zehn Jahren die HbA_{1c}-Werte von rund 7% auf etwa 8% verschlechtert haben [9], nimmt sich vor allem das Ergebnis aus Westfalen-Lippe positiv aus. Allerdings zeigte die britische Studie anfänglich ebenfalls Verbesserungen der durchschnittlichen HbA_{1c}-Werte und erst im Verlauf eine Verschlechterung des Langzeitwerts. Der in den zitierten Qualitätsberichten angesprochene Beobachtungszeitraum erstreckt sich jedoch nur über diese Anfangszeit der Intervention.

Eigene Analysen der Daten bayrischer Diabetiker zeigen – analog zu den Längsschnittdaten der UKPDS – nach einer initialen Verbesserung konsekutive HbA_{1c}-Mittelwert-Verschlech-

terungen im zeitlichen Verlauf [3] (Abb. 2). Vorläufige Auswertungen von Längsschnittdaten weisen in eine ähnliche Richtung (Abb. 3). Allerdings bedarf es für signifikante Aussagen einer längeren Beobachtungsdauer sowie weiterer statistischer Auswertungen.

Valide Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität in den DMP-Programmen lassen sich aufgrund dieser Daten (noch) nicht ziehen. Sollte die zunehmend schlechtere Stoffwechseleinstellung ein krankheitsimmanenter Verlauf sein, muss geprüft werden, inwieweit strukturierte Behandlungsprogramme die Dynamik stärker abschwächen als die herkömmliche Versorgung.

„Input“-Ebene: Verbesserungen der Versorgungsvoraussetzungen

Unter „Input“ werden die Einflussfaktoren für den Eintritt in das System bzw. die Voraussetzungen der Versorgung verstanden. Beides wurde mit der Einrichtung von DMP-Programmen deutlich verbessert.

Verbessert wurde die Regelmäßigkeit, mit der Patienten das medizinische Hilfesystem in Anspruch nehmen. Pro Jahr sind zwei DMP-Dokumentationen vorgegeben. In der Regel erfolgen die dafür notwendigen Arztbesuche sogar quartalsweise. Dies erhöht durch strukturellen Zwang die Patientencompliance.

Abbildung 3

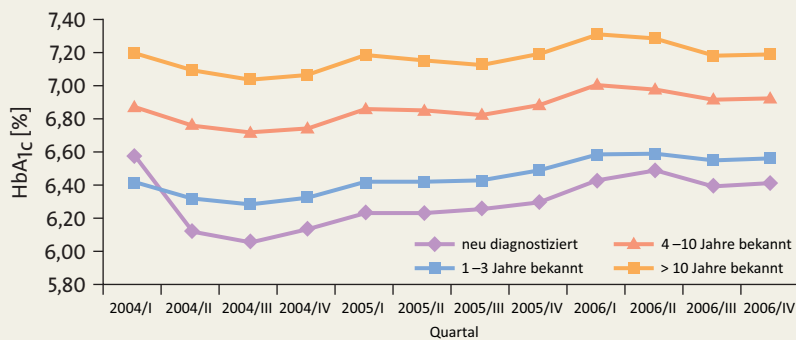
HbA_{1c}-Werte im Verlauf

Abb. 3 HbA_{1c}-Werte einer Kohorte von Typ-2-Diabetikern im Verlauf. Einschreibung in das Disease-Management-Programm im ersten Quartal 2004. Beobachtung über insgesamt zwölf Quartale (n = 21 514).

Extrabudgetäre Honorare

Durch extrabudgetäre Honorare und Ausgleichszahlungen an die Krankenkassen wurde das Bewusstsein der Anbieter im Gesundheitswesen für Diabetiker geschärft. In Bayern z. B. nehmen rund 7600 koordinierende oder diabetologisch qualifizierte Ärzte am Diabetes-DMP teil. Dies entspricht rund einem Drittel aller Niedergelassenen. Bis Ende 2007 wurden bei diesen rund 400 000 gesetzlich versicherte Typ-2-Diabetiker eingeschrieben. Bei einer geschätzten Erkrankungsprävalenz von ca. 5% [4, 6, 8] und 10,4 Millionen gesetzlich Versicherten in Bayern ergibt sich eine Erfassungsquote von 75%.

Das bedeutet, dass rund ein Viertel aller bekannten Diabetiker nicht in DMP-Programme eingeschrieben wird. Eine Verzerrung der Daten durch eine positive Auswahl der „guten“ Patienten und ein Nichteinschreiben von besonders schlecht zu Behandelnden ist denkbar, mit den vorliegenden Daten jedoch nicht zu ergründen. Trotz dieses Mankos ist auf der Input-Ebene die Diabetikerversorgung in Deutschland durch DMP verbessert worden.

„Throughput“-Ebene: Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität

Unter „Throughput“ werden diagnostische und therapeutische Strukturen sowie Prozesse subsummiert. Wichtig ist hier die Implementierung und An-

wendung von Leitlinien, die durch das DMP erfolgte bzw. sichergestellt wird.

DMP-Empfehlungen sehen vor, dass eine medikamentöse Therapie zu mindestens 50% mit Glibenclamid, Insulin oder Metformin erfolgen soll. Dass hier gute Ergebnisse erzielt werden, legen die Qualitätsberichte aus den einzelnen KVen nahe. Daten aus Hessen für 2005 z. B. zeigen, dass rund 90% der eingeschriebenen Versicherten mit diesen Stoffen behandelt werden. Teilnehmende Ärzte werden mit sogenannten Feedback-Berichten über das praxisspezifische Erreichen der Quoten informiert. Mit dieser Rückkoppelung ist ggf. eine notwendige leitliniengerechte Anpassung möglich.

„Output“-Ebene: mehr erbrachte Leistungen

Unter „Output“ werden die erbrachten Versorgungsleistungen (z. B. Diagnosen, Eingriffe) verstanden, unabhängig von ihrer Wirkung auf das „Outcome“. Eine Verbesserung der Diabetikerversorgung durch das DMP lässt sich relativ gut belegen, z. B. anhand der Überweisungen zum Augenarzt.

Das DMP sieht eine mindestens jährliche augenärztliche Kontrolle vor. Vor Einführung der DMP gab es hier eklatante Missstände: Eine Untersuchung von AOK-Patienten in Hessen zeigte, dass 2001 nur bei einem Drittel aller Diabetiker eine funduskopische

Untersuchung erfolgt war. Dagegen wurden 2005 rund 95% der hessischen DMP-Teilnehmer der AOK zu einer solchen Untersuchung überwiesen [5].

Ein anderes Beispiel ist der Zwang zur Messung von Gewicht und Größe sowie des HbA_{1c}. Für Letzteres liegen Vergleichsdaten von 2001 vor. Damals war eine Bestimmung des HbA_{1c} nur für 59,1% der Diabetiker dokumentiert. Dies entsprach durchschnittlich 2,2 Messungen pro Diabetiker und Jahr [5].

Von rund 230 000 bayerischen Typ-2-Diabetikern, die 2004 in das DMP eingeschrieben wurden, lag 2005 bei 89,4% mindestens ein HbA_{1c}-Wert vor. 2006 war dies bei 82,4% der Fall. Durchschnittlich wurde der HbA_{1c}-Wert mindestens 2,9- (2005) bzw. 2,8-mal (2006) bestimmt.

Fazit

Die strukturierten Behandlungsprogramme für Typ-2-Diabetiker haben das Ziel des Sachverständigenrates – die Verbesserung der Versorgung – sicherlich nicht verfehlt. Das Ausmaß der klinisch relevanten Verbesserungen lässt sich bisher nur schwer einschätzen, da eine echte Vergleichsgruppe fehlt. Es ist zu hoffen, dass die Auswertung und kritische Analyse der gesammelten Daten in Zukunft eine präzisere Auskunft ermöglicht. Eine möglichst vollständige Erfassung aller Typ-2-Diabetiker im DMP-Programm wäre wünschenswert.

Literatur unter www.mmw.de

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Nico Görlitz, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Elsenheimerstr. 39, D-80687 München, E-Mail: nico.goerlitz@kvb.de

Wichtige Links

- http://www.kvb.de/servlet/PB/menu/1006921_h1/index.html
- <http://bundesrecht.juris.de/rsav/index.html>
- http://www.kvwl.de/arzt/q_sicherung/dmp/diabetes/doku.htm
- <http://www.kvno.de/importiert/qualbeo5.pdf>