

## 4.3 Ergebnisse zur DMP-Umsetzung in der Region Nordrhein

Lutz Altenhofen, Bernd Hagen, Leonhard Hansen

4

### DMP-Umsetzung in Nordrhein am Beispiel des DMP Diabetes mellitus Typ 2

Einer der ersten Verträge (Beginn: 1.6.2003), die bundesweit zu den strukturierten Behandlungsprogrammen vereinbart wurden, führte zur Einführung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 im KV-Bezirk Nordrhein. In dieser Region wohnen über 8 Mio. gesetzlich krankenversicherte Personen.

Teilnahmeberechtigt sind Vertragsärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und den Besuch einer Fortbildung beim Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung für Diabetes mit und ohne Insulin nachweisen können. Auch das nichtärztliche Personal muss eine inhaltsgleiche Fortbildung durchlaufen haben. Für die Teilnahme als diabetologische Schwerpunktpraxis ist die Qualifikation der Praxisinhaber als Diabetologen DDG (Deutsche Diabetes Gesellschaft) sowie die Beschäftigung einer Diabetesberaterin/-assistentin DDG erforderlich.

In Nordrhein war bis zu dem Zeitpunkt der Etablierung der DMP jeweils ein Strukturvertrag zum Diabetes mellitus Typ 1 und 2 maßgebend, der bereits über 200 000 Diabetiker aus über 2 000 der über 4 500 nordrheinischen Praxen erfasst hatte. Die Zulassung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 in Nordrhein durch das BVA erfolgte zum Juni 2003. Gegenwärtig werden in dieser Region innerhalb des DMP über 410 000 Typ 2 Diabetiker betreut, die aus 3 800 Praxen stammen. Geht man von einer Zahl von etwa 520 000 manifest an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankten und gesetzlich versicherten Patienten in Nordrhein aus (6,5% aller gesetzlich Versicherten), so werden derzeit ca. 80% dieser Patienten innerhalb des betreffenden DMP betreut.

### Ergebnisse

Die folgenden wichtigsten Aussagen zur Befundsituation dieser Patienten beziehen sich auf die Situation im Jahr 2008. Die 392 384 im Jahr 2008 betreuten Typ 2-Diabetiker sind im Mittel 67 Jahre alt und seit 8,5 Jahren an Diabetes mellitus erkrankt. Es gelingt bei der Mehrzahl dieser Diabetiker, die Blutzuckereinstellung auf einem zufriedenstellenden Niveau zu halten und die mit zunehmender Krankheitsdauer zu erwartenden Verschlechterungen der HbA<sub>1c</sub>-Werte bei vielen Patienten deutlich zu bremsen.

Die erzielten Verbesserungen der systolischen Blutdruckbefunde zeigen besonders eindrucksvoll, dass der hohe medikamentöse Aufwand für antihypertensive Medikamente – mehr als 90% der Diabetiker mit einer gleichzeitig bestehenden Hypertonie erhalten mindestens ein antihypertensives Medikament – seine Wirkung entfaltet. Bedenkt man, dass eine konsequente Blutdruckkontrolle nach einem systematischen Review von Langzeitstudien bei Diabetikern (Vijan 2003) die von allen pharmakologischen Interventionen für diese Betroffenen ausgeprägteste und wohl auch nachhaltigste Wirkung im Sinne der Vermeidung von mikro- und makrovaskulären Komplikationen aufweist (Number Needed to Treat zur Vermeidung eines

Todesfalls auf zehn Jahre konsequenter Blutdruckkontrolle ca. 23), so sind die Blutdruckverläufe der länger in die DMP eingebundenen und konsequent dort betreuten Patienten besonders erfreulich.

Ein erklärtes Qualitätsziel der DMP-Vertragspartner ist es, normnahe Blutdruckwerte ( $< 140/90$  mmHg) bei Typ-2-Diabetikern mit einer Hypertonie als Begleiterkrankung zu erreichen. Der Anteil der in diesem Sinne unauffälligen DMP-Diabetiker soll mindestens 40% erreichen. Tatsächlich erreichen mehr als 55,6% dieser Patienten derartige relativ unauffällige Blutdruckwerte.

Zum Zeitpunkt der Einschreibung wiesen aber mehr als 56% der Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 2 mit einer Hypertonie als Begleiterkrankung Blutdruckwerte auf, die als grenzwertig hyperten oder bis deutlich hyperten beschrieben werden können. Individuelle Verlaufsanalysen zeigen, dass es vielfach zu deutlichen Verbesserungen der Blutdruckwerte bei hypertonen Diabetikern gekommen ist, die das Ergebnis einer optimierten Medikationsstrategie und/oder Folge von Verbesserungen der Adhärenz der Patienten sein sollten.

Besonders hervorzuheben sind die mittleren Verbesserungen der systolischen Blutdruckwerte bei Patienten mit bereits aufgetretenen sekundären Komplikationen (Abbildung 4–10). Beispielsweise sind bei 12 150 Typ-2-Diabetikern mit einer

Abbildung 4–10

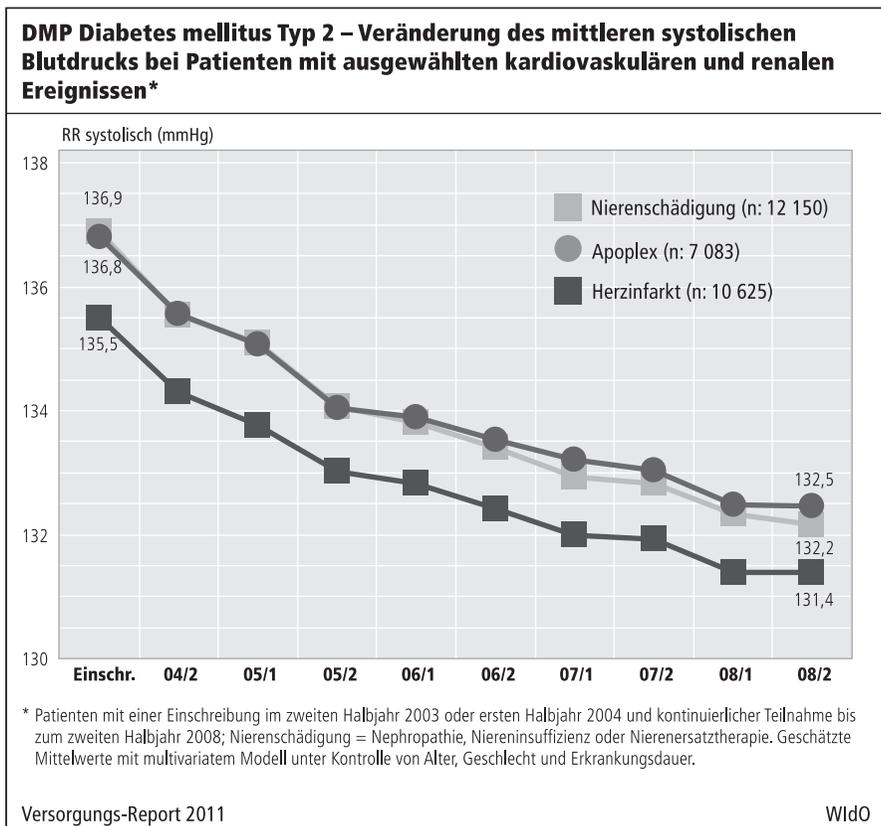
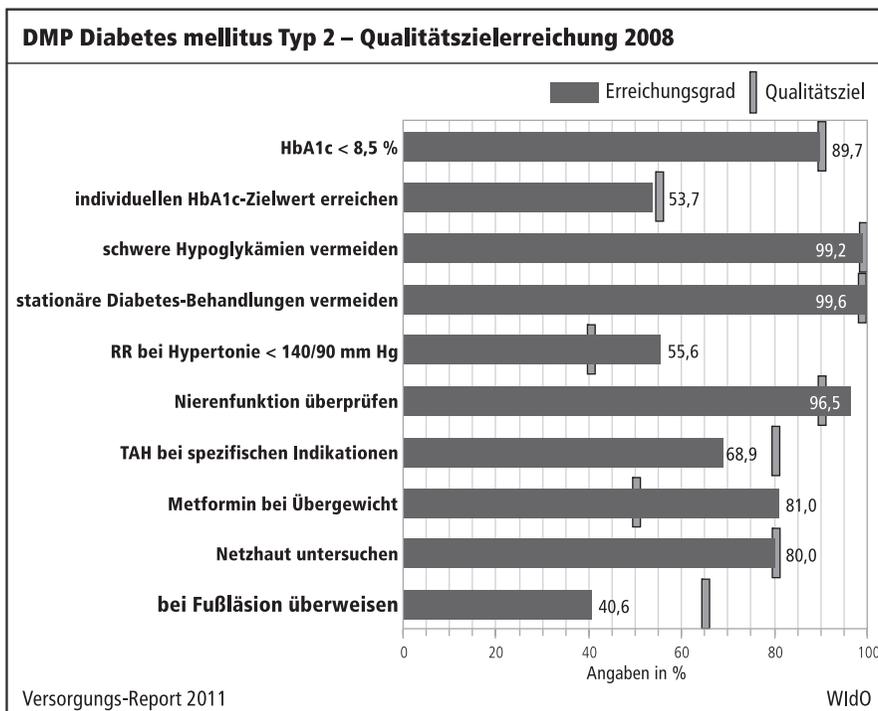


Abbildung 4–11



Nierenschädigung deutliche Verbesserungen des mittleren systolischen Blutdrucks von 136,9 mm Hg auf 132,5 mm Hg festzustellen.

Die von den DMP-Vertragspartnern festgelegten Qualitätsziele, die sich auf sehr unterschiedliche Qualitätsdimensionen beziehen, werden überwiegend erreicht (Abbildung 4–11) und die Zielerreichungsquoten ließen sich im Zeitverlauf steigern. Nicht erreicht wird die angestrebte Quote zur Verordnung von Thrombozyten-Aggregationshemmern bei Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren. Darüber hinaus bleibt die Überweisung von Patienten mit einer schweren Fußläsion hinter der Vorgabe zurück. Während im erstgenannten Fall ein Dokumentationsproblem vermutet werden muss (Nichterfassung von Patienten mit Aspirin-Selbstmedikation oder Marcumar-Verordnung), bleiben die möglichen Ursachen für die hinter den Vorgaben zurückbleibenden Überweisungsquoten für Diabetiker mit ausgeprägten diabetischen Fußläsionen vielfach noch offen.

Die Ergebnisse der externen Evaluation der DMP durch angesehene Institute (BVA 2009) bestätigen die zentralen Erkenntnisse aus Nordrhein, wonach es bei kontinuierlich betreuten Diabetikern zu einer weitgehenden Stabilisierung der Blutzuckereinstellung und zu einer Verbesserung der Blutdruckwerte und damit der kardiovaskulären Risikosituation kommt. Bemerkenswert sind aber auch die Teilergebnisse der abschließenden ökonomischen Evaluation: 10%-Stichproben aus allen bundesweit dokumentierten DMP-Fällen ist zu entnehmen, dass die GKV für Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 2 durchschnittlich 1900 € pro Halbjahr

aufzubringen scheint und 37,2% des Betrags auf den Anteil der Patienten entfällt, welche stationärer Behandlung bedürfen. Auch für medikamentöse Verordnungen wird demnach ein erheblicher Anteil von 30,9% der durchschnittlichen Kosten aufgebracht, während die (überwiegend) vertragsärztlich erbrachten ambulanten Leistungen mit 313 € von 1 900 € (16,5%) pro Halbjahr zu Buche schlagen. Somit werden pro Jahr für den durchschnittlichen Typ-2-Diabetiker, der im DMP betreut wird, ca. 3 800 € aufgebracht, wobei die Ausgaben für die stationäre Betreuung mit ca. 1 416 € pro Jahr betragen.

### Fazit und Ausblick

Innerhalb der letzten zehn Jahre wurden die strukturellen Rahmenbedingungen für die Versorgung von Typ-2-Diabetikern in Deutschland erheblich geändert. Vor allem im Bereich der ambulanten Versorgung ist ein Ausbau der wohnortnahen Betreuungskapazitäten unterschiedlicher medizinischer Spezialisierungsgrade erfolgt. Zugleich ist aus epidemiologischer Sicht ein deutlicher Anstieg der Zahl an Diabetes mellitus Erkrankter in Deutschland zu beobachten.

Unter Würdigung der Ergebnisse aus den DMP Nordrhein besteht weiterhin die begründete Hoffnung, dass die in diesen Programmen betreuten Patienten über die Verbesserung prozesshafter Abläufe in der medizinischen Betreuung hinaus tatsächlich auch einen zusätzlichen gesundheitlichen Nutzen erwarten können. Erste Ergebnisse der ELSID-Studie (Miksch et al 2010; siehe auch Abschnitt 4.4) deuten darauf hin, dass die in diese Programme eingeschlossenen Diabetiker sogar hinsichtlich ihrer verbleibenden Überlebenszeit nach Programmeinschluss gegenüber Diabetikern profitieren, die nicht in einem DMP betreut werden.

In welchem Ausmaß die hierzulande etablierten Programme für alle sechs DMP-Indikationen gegenüber der Routineversorgung zu Verbesserungen der an harten Endpunkten gemessenen Gesundheit der Betroffenen beitragen, ist jedoch nur mit weiteren methodisch geeigneten Studien für jede der DMP-Indikationen zweifelsfrei zu beantworten.

Zahlreiche hausärztliche Praxen befinden sich infolge der oft weitreichenden DMP-Vorgaben praxisintern in einem Prozess der Ausdifferenzierung der Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten. Praxispersonal wurde zur Aufklärung von Patienten mit einem Diabetes mellitus geschult und die entsprechenden Mitarbeiterinnen bilden diese Patienten in strukturierten Schulungsprogrammen weiter fort. In vertragsärztlichen Praxen hat sich vielfach eine neue Arbeitsteilung zwischen Praxisinhaber und den anderen Mitwirkenden der Praxis entwickelt, was die Voraussetzungen für die Übernahme einer gemeinsamen Verantwortung für die Versorgung von chronisch Kranken verbessert haben dürfte.

Vor dem Hintergrund der mittlerweile im hausärztlichen Bereich gut etablierten DMPs und der erzielten Vereinfachungen der Dokumentation ist eine Weiterentwicklung der DMPs hinsichtlich solcher Patientenzielgruppen zu erwägen, die von den zugrunde liegenden Erkrankungen besonders stark und/oder bereits in einem frühen Lebensalter betroffen sind. Auf der anderen Seite ist der von den Hausärzten oft vorgebrachte Wunsch zu beachten, indikationenintegrierte DMPs zu entwickeln, die dem Umstand der Multimorbidität insbesondere älterer Menschen stärker Rechnung tragen als dies die DMPs heutigen Zuschnitts tun.