

Einfluss der Teilnahmekontinuität auf das Erreichen der Qualitätsziele in einem Disease Management Programm

Befunde aus dem Disease Management Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 in der Region Nordrhein

Bernd Hagen • Sabine Groos • Jens Kretschmann • Arne Weber

Hintergrund und Fragestellung: Die Kontinuität des Arzt-Patienten-Kontakts wird allgemein als ein Schlüsselement der Qualität der hausärztlichen Versorgung angesehen. Sie ist auch von entscheidender Bedeutung innerhalb der Disease Management Programme (DMP). Im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 wurde (a) das Ausmaß der Teilnahmekontinuität untersucht, (b) welche Faktoren sie beeinflussen und (c) ob sie ihrerseits relevant für das Erreichen der vertraglich definierten Qualitätsziele ist.

Material und Methoden: Innerhalb der 2014 im DMP betreuten und bis 2012 eingeschriebenen Typ-2-Diabetiker (n = 427.509) lassen sich drei Patientengruppen ermitteln, für die relativ zu ihrer Teilnahmedauer < 50 %, 50 bis < 70 % bzw. ≥ 70 % aller Dokumentationen vorliegen. In voneinander unabhängigen logistischen Regressionsmodellen wurden die Risikofaktoren einer hohen Teilnahmediskontinuität sowie deren Einfluss auf das Erreichen der Qualitätsziele bestimmt (Odds Ratio OR; 95%-Konfidenzintervall CI).

Ergebnisse: Innerhalb der Patienten bestehen ausgeprägte Altersunterschiede, so sind fast vier von zehn Patienten bis zu 65 Jahre alt, während über drei von zehn 76 Jahre oder älter sind (Abb. 1). Entsprechend zeigt sich der Gipfel der Altersverteilung um das 74. Lebensjahr (Abb. 2). Bei vielen Patienten sind Begleit- und Folgeerkrankungen dokumentiert (Abb. 3). Zwischen der Höhe des HbA_{1c} und dem Alter besteht eine negative Korrelation (Abb. 4). Die drei genannten Gruppen mit unterschiedlicher Beobachtungskontinuität umfassen jeweils 5,1, 10,4 bzw. 84,5 % der Patienten. Beispielhaft sind hier die Beobachtungsverläufe für jeweils zehn zufällig ausgewählte Patienten in diesen drei Gruppen dargestellt (Abb. 5). Im DMP weisen männliche Typ-2-Diabetiker (OR 1,17; 1,14–1,21), Patienten bis zu 65 Jahren (≥ 76 vs. < 65 Jahre OR 0,42; 0,40–0,43) und solche mit einem HbA_{1c}-Wert ≥ 8,5 % (OR 1,81; 1,74–1,89) ein hohes Diskontinuitätsrisiko auf (Abb. 6). Ebenso wie ältere haben auch bereits an Folgeerkrankungen erkrankte Patienten ein geringeres Risiko hierfür (OR 0,65; 0,62–0,68). Eine hohe Teilnahmekontinuität erhöht die Chance, die DMP-Qualitätsziele zu erreichen, bedeutsam (Tab. 1). Dies zeigt sich bspw. bei der Chance, dass eine Netzhautuntersuchung durchgeführt (OR 2,64; 2,57–2,71), die

Nierenfunktion überprüft (OR 1,80; 1,71–1,89) oder das individuelle HbA_{1c}-Ziel erreicht wurden (OR 1,62; 1,58–1,67).

Schlussfolgerung: Eine kleine Gruppe männlicher, jüngerer, vermutlich erst seit kürzerer Zeit erkrankter Typ-2-Diabetiker mit schlechter Stoffwechseleinstellung hat ein deutlich erhöhtes Risiko, diskontinuierlich an dem DMP teilzunehmen. Da gezeigt werden konnte, dass es eine hohe Teilnahmekontinuität positiv mit dem Erreichen der DMP-Qualitätsziele korreliert, stellt diese Patientengruppe die, an dem DMP beteiligten Hausärzte vor große Herausforderungen. Solche Patienten müssen in besonderer Form informiert und motiviert werden, regelmäßig teilzunehmen, damit langfristig eines der zentralen DMP-Ziele erreicht werden kann, nämlich das Verhindern oder Verzögern des Auftretens diabetischer Folgeerkrankungen.

Tab. 1: Einfluss hoher Beobachtungskontinuität auf die Qualitätszielerreichung

Qualitätsziel	Beta-Koeffizient	Odds Ratio	95 %-CI	Fallzahl	R ²
HbA _{1c} < 8,5 %	0,831	2,296	2,214–2,382	502.980	0,172
individuelles HbA _{1c} -Ziel erreichen	0,484	1,623	1,575–1,672	489.382	0,129
schwere Hypoglykämien vermeiden	0,174	1,190	0,890–1,591	486.155	0,096
stationäre Behandlungen vermeiden	0,281	1,324	1,039–1,688	486.155	0,086
Blutdruck < 140/90 mmHg bei art. Hypertonie	0,137	1,146	1,113–1,181	420.315	0,005
Nierenfunktion überprüfen	0,585	1,796	1,707–1,888	461.263	0,014
TAH bei spezif. Komorbidität verordnen	0,174	1,190	1,127–1,256	170.409	0,071
Metformin bei Übergewicht / OAD-Monoth. verordnen	0,082	1,085	1,011–1,165	193.526	0,039
Netzhaut untersuchen	0,970	2,638	2,567–2,711	461.263	0,039
bei schwerer Fußläsion überweisen	0,147	1,158	0,775–1,732	2.044	0,045

Abb. 1: Patientenmerkmale

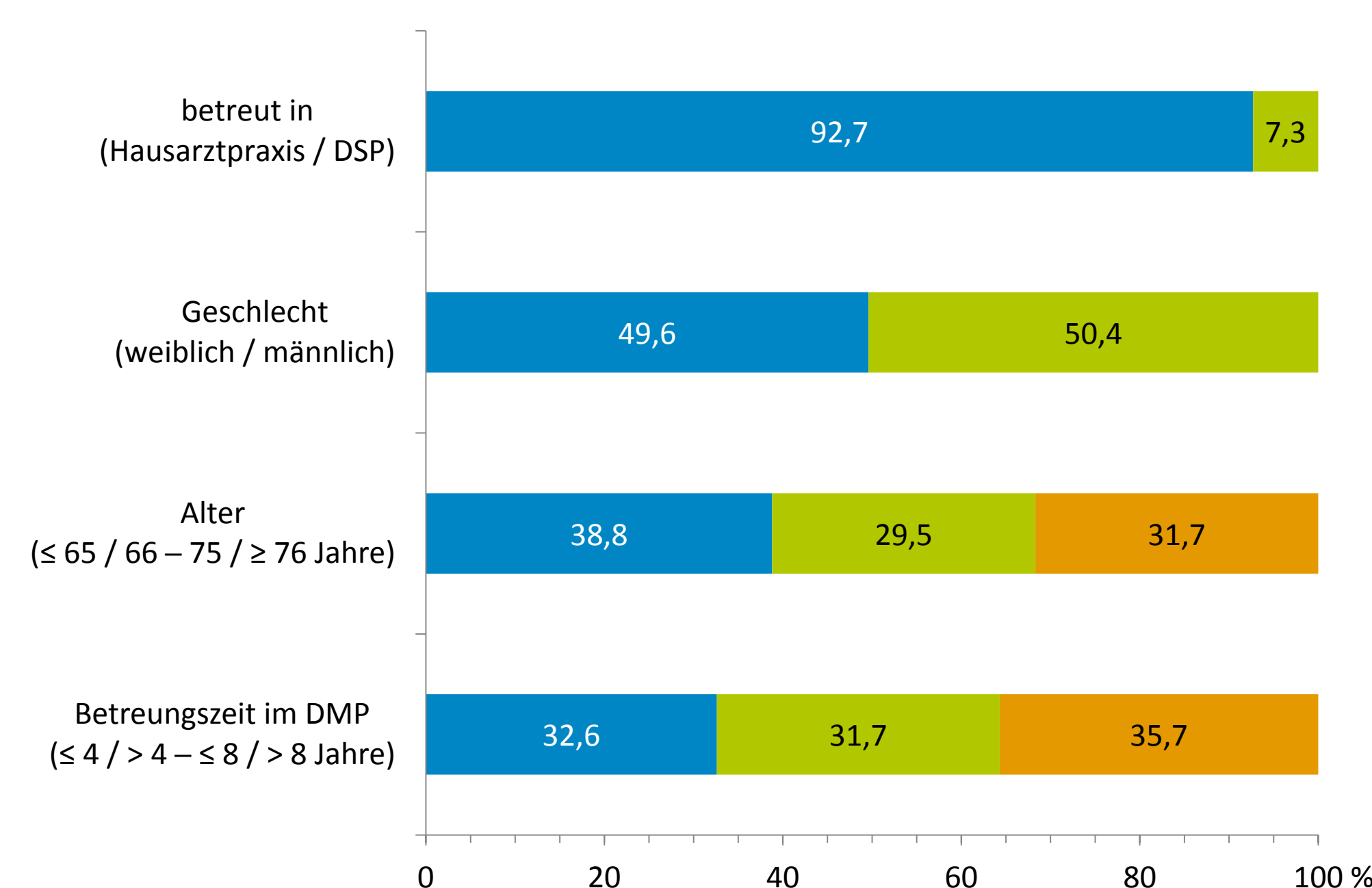


Abb. 2: Altersverteilung

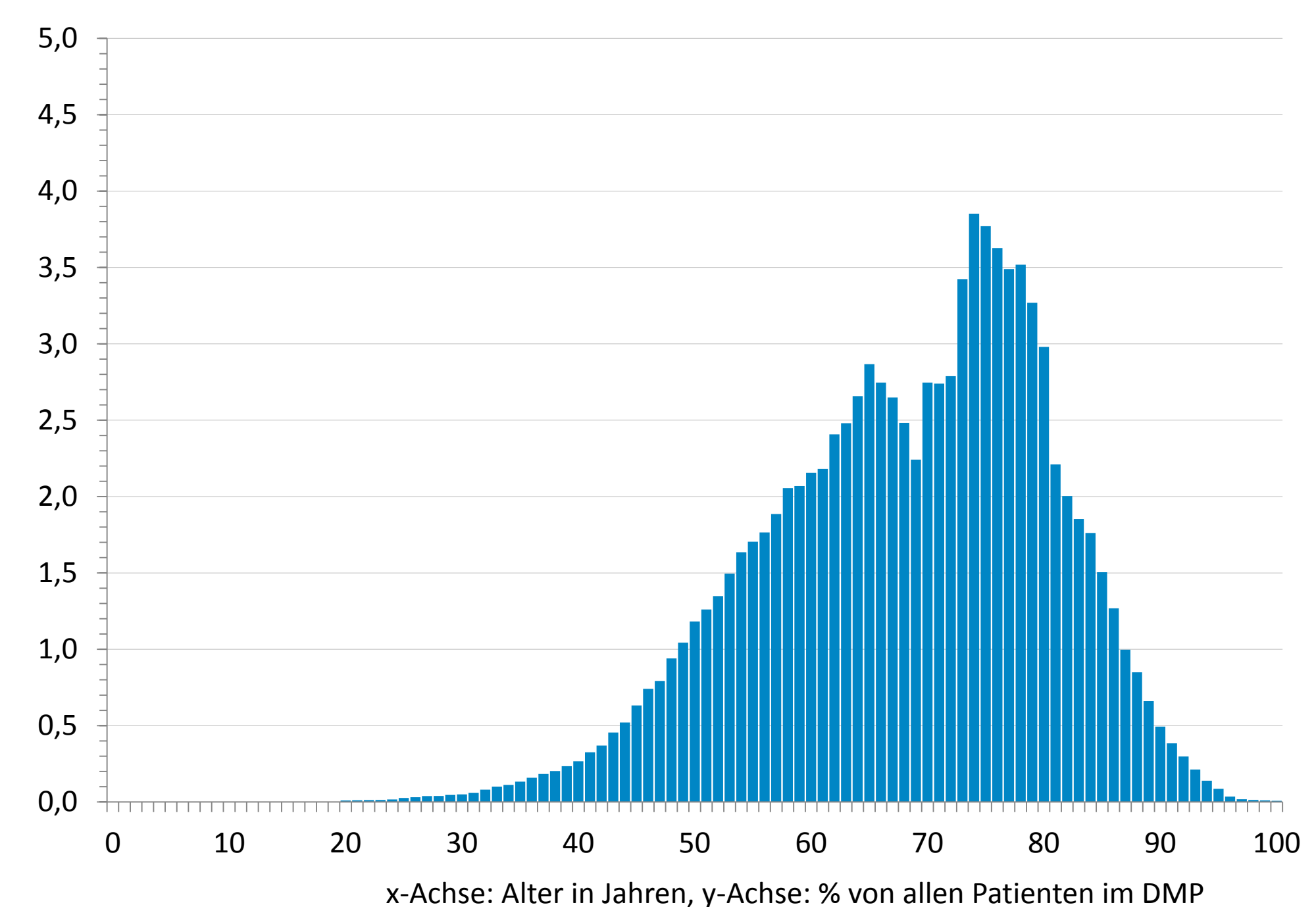


Abb. 3: Begleit- und Folgeerkrankungen

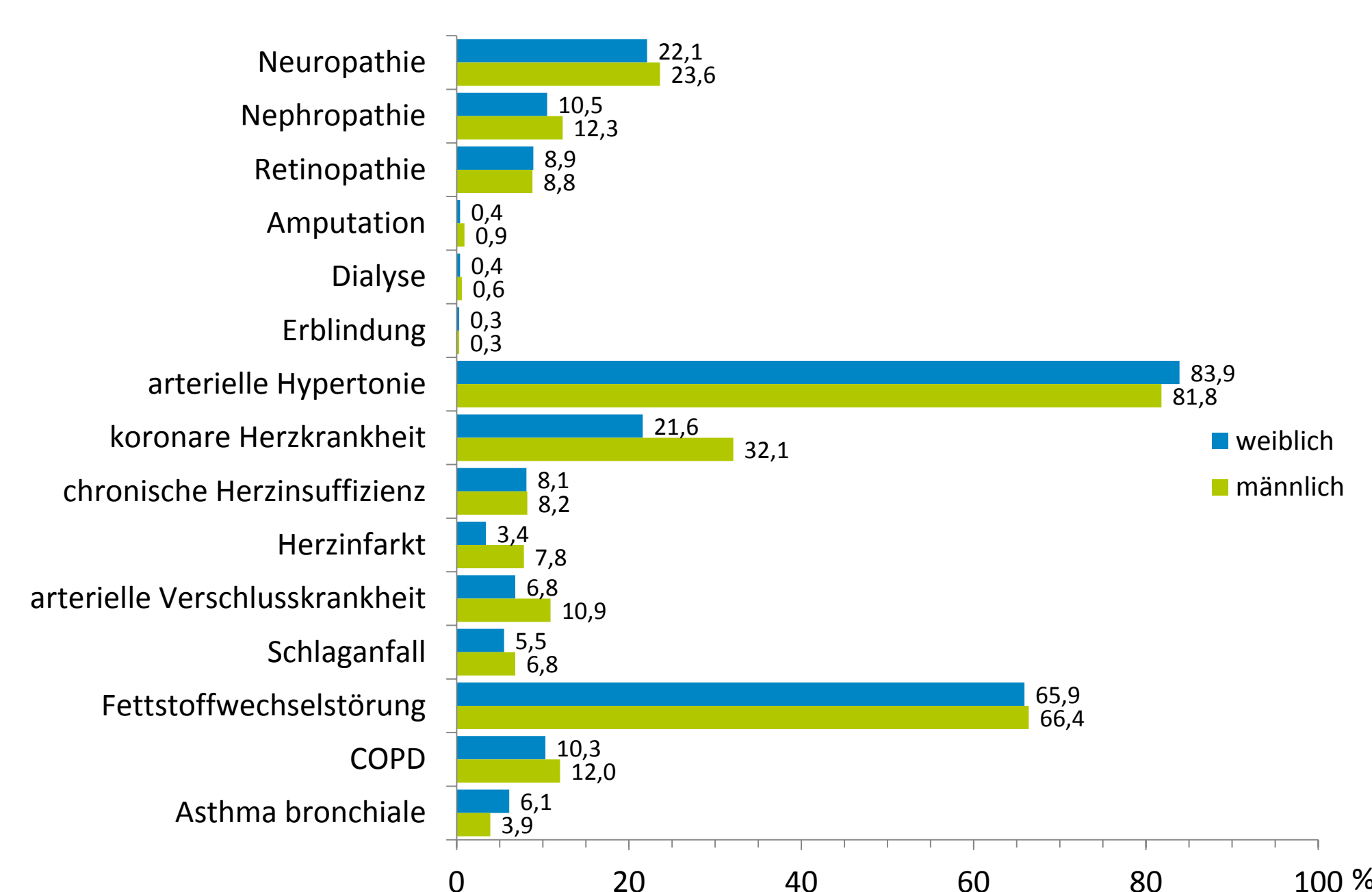


Abb. 4: Zusammenhang von Alter und Stoffwechseleinstellung

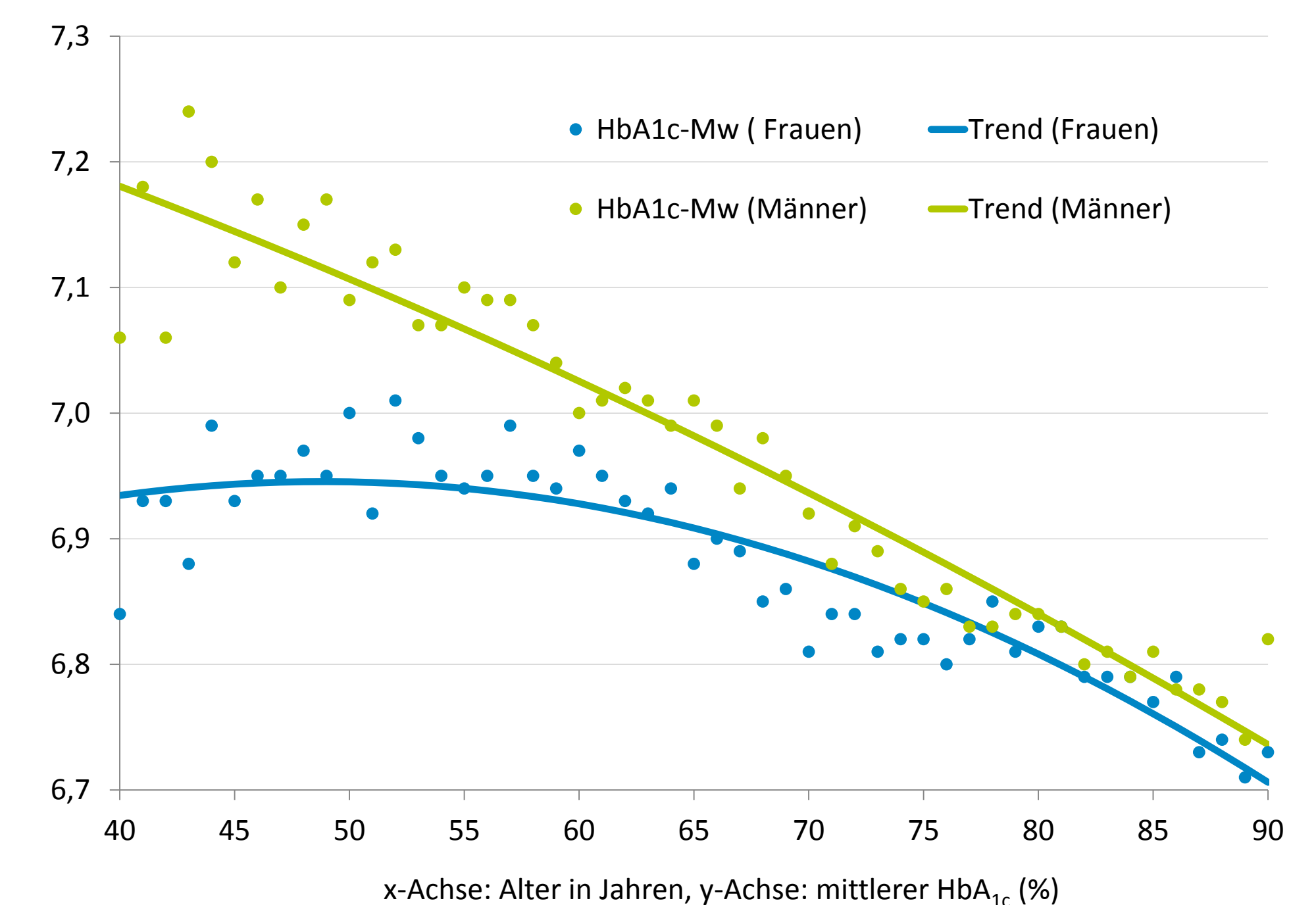


Abb. 5: Muster der Beobachtungskontinuität

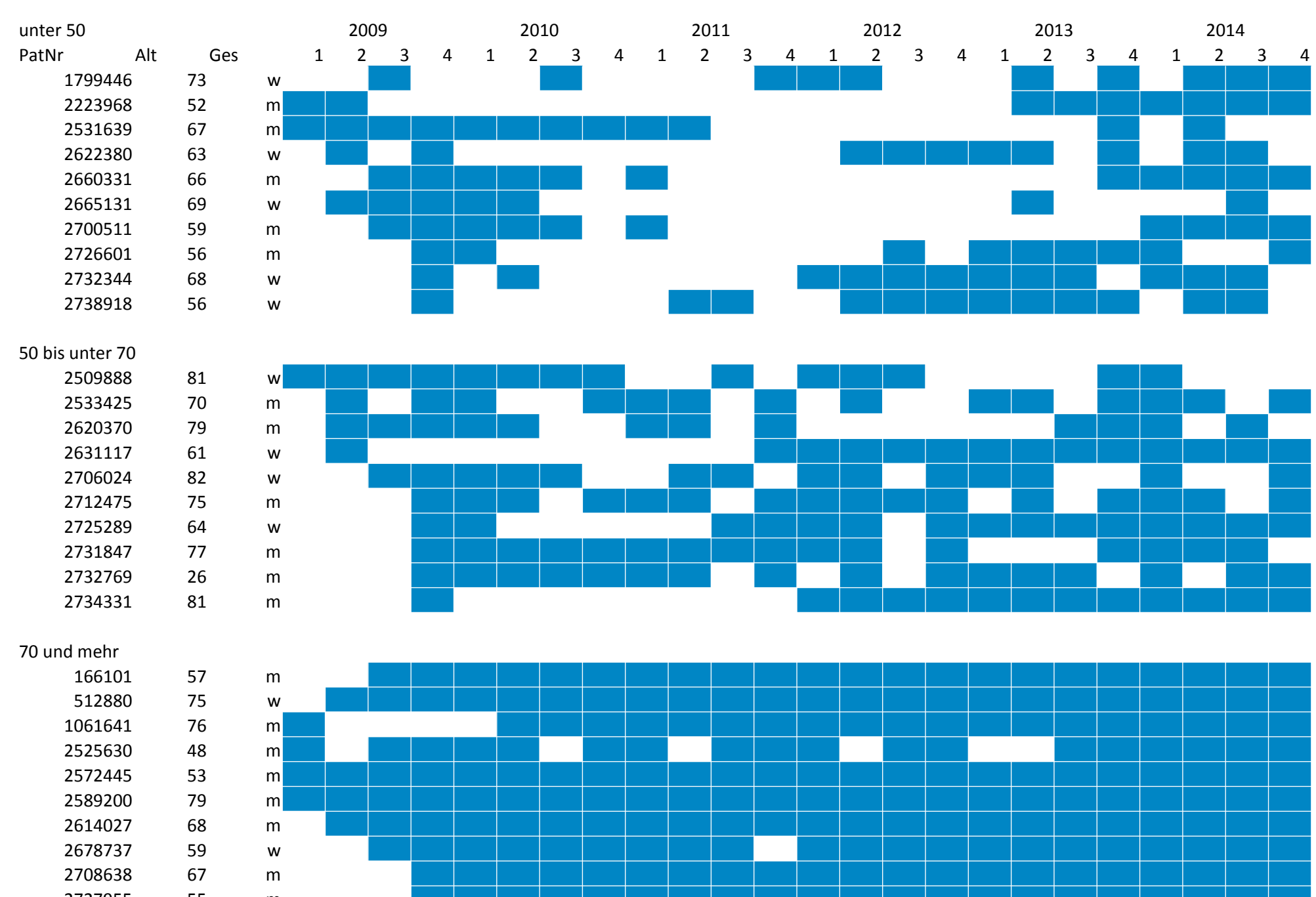


Abb. 6: Prädiktoren einer geringen Beobachtungskontinuität

