



*“Henry! Our party’s total chaos!
No one knows when to eat,
where to stand, what to
Oh, thank God!
Here comes a border collie!”*



Dr. Bernhard Fürthauer
Vizepräsident der SAGAM
Lehrbeauftragter für
Allgemeinmedizin an der
PMU Salzburg

B. Fürthauer

Strukturierte Betreuung chronisch Kranker in der Allgemeinmedizin

Neben der strukturellen Ausstattung einer allgemeinmedizinischen Praxis wie Räumlichkeiten, geschultes Personal etc., spielen für deren Qualität auch strukturierte Prozessabläufe eine große Rolle. Viele sind im Alltag gut geregelt und folgen in der Routine mehr oder minder einem strukturierten Ablauf. Den Praxisassistenten¹ ist geläufig, was zu tun ist, wenn es sich wie z.B. bei einem Harnwegsinfekt um eine akute Krankheit handelt. Diagnose und Therapie sind einfach, die Behandlungsdauer zeitlich limitiert und bald abgeschlossen.

Wenn es sich nun wie bei Diabetes mellitus um eine chronische Erkrankung handelt, stellen Diagnostik und Therapie keine allzu großen Probleme dar, das Wissen, was in der Langzeitbehandlung zu beachten ist, ist ebenso bekannt und kann jederzeit in Leitlinien nachgelesen werden [1].

Allerdings führen bei der Versorgung die Komplexität der Erkrankung, die zusätzlich in **einer** Konsultation zur Sprache kommenden Gesundheitsprobleme häufig polymorbider Patienten und die wenig vorhandene Zeit dazu, dass Wichtiges vergessen wird und es somit zu keiner leitliniengerechten Behandlung kommt. So ergaben Erhebungen in der Steiermark und im Burgenland (2004), dass trotz intensiver Schulung der Ärzte 58 bzw. 59% der Diabetiker keinen Augenarzt aufgesucht hatten und bei 47 bzw. 37% keine HbA_{1c} Werte erhoben wurden.

Dieser Mangel in der Versorgungsqualität zeigte sich weltweit. Was tun? Das Wissen bei den Ärzten ist vorhanden, Diagnose, Therapie und Kontrollen sind angerichtet, nur wie kommt Struktur? Wer hilft? Ein Border Collie?

Als ein möglicher Lösungsansatz erschien den Experten, realitätsnahe strukturierte Betreuungsmodelle für eine effiziente Konsultation zu entwickeln. Als Ziel wurde die Verbesserung des Outcomes bei chronischen Erkrankungen definiert. In den Disease-Management-Programmen glaubte man das Ei des Kolumbus gefunden zu haben. Bislang konnten jedoch in den diversen

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet. Personen des weiblichen Geschlechtes sind selbstverständlich immer mitgemeint!

Studien, zum Teil wegen kleiner Fallzahlen aber auch wegen Mängeln im Studiendesign, keine überzeugenden Ergebnisse gezeigt werden. Eine über 6 Jahre angelegte Studie aus Dänemark [3] zeigte zwar signifikant positive Effekte bei den Surrogat-Parametern wie HbA_{1c}, Blutdruck und Cholesterin, nicht jedoch in den Endpunkten wie Gesamtmortalität, Retinopathie oder Myokardinfarkt.

Als Quintessenz der vorhanden Literatur [4] kann festgehalten werden, dass „... die Sinnhaftigkeit von DMP (ist) bis heute umstritten“ ist, und dass „... nach dem internationalen Stand der Bewertung von Studienmethodiken eine Evidenz für die Wirksamkeit eines DMP nur aus einer randomisierten kontrollierten Studie gewonnen werden“ kann [5].

Als nun im April 2006 das Österreichische DMP „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ [6] in der Salzburger GKK vorgestellt wurde, stellte der erst seit wenigen Tagen in Salzburg weilende Vorstand des „Institutes für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin“ an der „Paracelsus Medizinischen Privatuniversität“ Salzburg, Prof. Andreas C. Sönnichsen ein Rohkonzept einer „Cluster-randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie“ [7] vor, die schlussendlich unter kräftiger Mithilfe der SGKK und Prim. Gert Klima am 1. 7. 2007 mit der Einführung des DMP in Salzburg gestartet werden konnte.

Zur Teilnahme an der Studie haben sich 98 von allen 275 Salzburger Arztpraxen mit Kassenvertrag gemeldet, die Randomisierung erfolgte auf Bezirksebene. 50 Ärzte gehörten der Kontrollgruppe (849 Patienten) und 48 der Interventionsgruppe (640 Patienten) an. Die Rekrutierung erfolgte vom 1. 7. bis 30. 11. 2007.

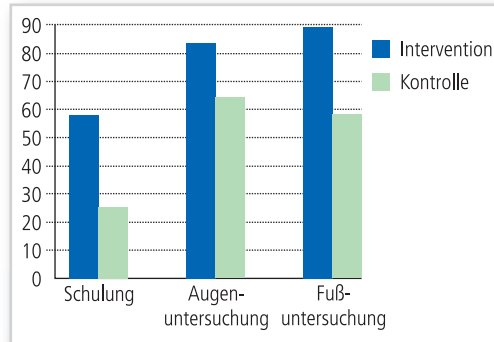
Seit Juni 2009 sind nun die ersten Rohdaten bekannt

Insgesamt zeigte sich bei der Senkung des HbA_{1c} ein signifikanter Effekt in beiden Gruppen. Im Vergleich der beiden Gruppen war der Effekt in der Interventionsgruppe signifikant besser als der Effekt in der Kontrollgruppe ($p=0,026$).

In der Patientenbefragung gaben 57,9% der Interventionspatienten bzw. 24,3% der Kontrollpatienten an, innerhalb der letzten 12 Monate eine Diabetikerschulung besucht zu haben. Bei Betrachtung ausschließlich der Patienten, die im letzten Jahr eine Schulung besucht haben, zeigt sich, dass die HbA_{1c} Senkung nur in der Kontrollgruppe einen signifikanten Effekt erzielt hat ($p=0,003$), was vermutlich auf den höheren Motivationsgrad jener

Kontroll-Patienten, die freiwillig eine Schulung besucht hatten, zurückzuführen ist.

Die Augen- und Fußuntersuchungen wurden in der Interventionsgruppe signifikant häufiger durchgeführt als in der Kontrollgruppe (Abbildung).



Als erstes Fazit kann geschlossen werden, dass das österreichische

DMP für eine strukturierte Betreuung der Typ 2 Diabetiker in der allgemeinmedizinischen Praxis geeignet erscheint. Die Studie wird weitergeführt, die Patienten der Kontrollgruppe wurden ins DMP aufgenommen. Den weiteren Ergebnissen sieht nicht nur die Arbeitsgruppe mit Spannung entgegen. Die vermehrte Zeit, die der Arzt dank einer entsprechenden Honorierung des DMP seinen diabetischen Patienten nun widmen kann, trägt sicher auch zu den guten Ergebnissen bei.

Dr. Bernhard Fürthauer

Vizepräsident der SAGAM

Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin PMU Salzburg

Am Feld 17

5751 Maishofen

f.bernie@myhealth.at

[1] S. Rabady, E. Rebhandl, A.C. Sönnichsen, Ärzteverlag als Buch und Online Version <http://www.ebm-guidelines.at>

[2] Olivarius et al., BMJ 2001;323:970

[3] Beyer et al. ZaeFQ 2006;100:355

[4] A.C. Sönnichsen, Präsentation Evaluationsboard für DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ am 16.6.2009

[5] <http://diabetes.therapie-aktiv.at>

[6] Sönnichsen AC, Rinnerberger A, Url MG, Winkler H, Kowatsch P, Klima G et al. Effectiveness of the Austrian disease-management-programme for type 2 diabetes: study protocol of a cluster-randomized controlled trial. Trials 2008; 9(1):38