

# Qualitätsbericht

zum Disease-Management-Programm  
Diabetes mellitus Typ 2 in Berlin

Berichtszeitraum 1.7.2003 bis 30.6.2004

Gemeinsame Einrichtung DMP Berlin GbR



# Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>2. DMP</b>	<b>4</b>
<b>3. Qualitätssicherung im DMP</b>	<b>5</b>
3.1 Strukturqualität	5
3.2 Weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung	6
<b>4. Statistische Daten</b>	<b>7</b>
4.1 Feedbackberichte	7
4.2 Anzahl der ambulanten Leistungserbringer	7
4.3 Daten zu den teilnehmenden Patienten	7
<b>5. Erreichung der Qualitätsziele</b>	<b>8</b>
5.1 Vermeidung von schweren Hypoglykämien	9
5.2 Vermeidung stationärer Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen	9
5.3 Blutdruckeinstellung	10
5.4 Persistenz Diabetes-typischer Symptome	10
5.5 Folgeerkrankungen	11
5.6 Medikamentöse antihyperglykämische Therapie	11
5.7 Behandlung mit Biguaniden	12
5.8 Funduskopie	12
5.9 Überweisung bei auffälligem Fußstatus	13
5.10 Fußinspektion	13
5.11 Antihypertensive Therapie	14
5.12 HbA1c (Längsschnitt)	14
<b>6. Zusammenfassung und Ausblick</b>	<b>16</b>

# Vorwort



Die Philosophie des Disease-Management-Programms besteht in einer kontinuierlichen, qualitätsgesicherten, evidenzbasierten und strukturierten Versorgung. DMP befasst sich über Strukturgrenzen hinweg mit der Sekundärprävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation einer Erkrankung. Das generelle Ziel liegt in der Verbesserung der Koordination der Behandlungsabläufe, um mit dem optimalen

Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen die beste medizinische Qualität und Versorgung zu erreichen. Komplikationen und Folgeerkrankungen chronischer Krankheiten sollen vermieden oder der Zeitpunkt des Auftretens verzögert werden. Die Therapie dient der Erhöhung der Lebenserwartung, der Reduktion der Morbidität und der Verbesserung der Lebensqualität der Versicherten.

Die einleitenden Kapitel des vorliegenden Berichtes zeigen, dass die Einführung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 in Berlin, nach anfänglichen Schwierigkeiten, positiv verläuft. Einige Schwierigkeiten zeichneten sich zwar insbesondere in der Anfangsphase im Bereich der Datenverarbeitung ab. Diese Hürden konnten jedoch zwischenzeitlich dank einer engen Zusammenarbeit der beteiligten Vertragspartner weitgehend abgebaut werden. Die kontinuierliche Steigerung der teilnehmenden Patienten belegt die positive Resonanz auf das strukturierte Behandlungsprogramm. Auch innerhalb der

Ärzterschaft gewinnt das Disease-Management-Programm in Berlin immer mehr an Akzeptanz.

Im zweiten Teil des Berichtes dokumentiert die Gemeinsame Einrichtung DMP Berlin GbR die Erreichung der vertraglich vereinbarten Qualitätsziele. Damit wird neben der Struktur- und Prozessqualität auch die erreichte Ergebnisqualität umfassend dargestellt. Es zeigt sich, dass die meisten Ziele, die im DMP-Vertrag hinterlegt sind, erreicht wurden und die angestrebte Verbesserung der Patientenversorgung durch die strukturierten Behandlungsprogramme erfolgreich angelaufen ist.

Die ersten Ergebnisse zeigen, dass bei der Versorgung chronisch Kranker der richtige Weg eingeschlagen wurde. Dennoch bleibt festzustellen, dass die Disease-Management-Programme keine Wunder vollbringen können. Gesundheitsschäden, die bei Patienten über Jahrzehnte entstanden sind, können auch durch die Behandlung im DMP nicht in einem kurzen Zeitraum beseitigt werden. Hier wirkt eine Vielzahl von Faktoren zusammen, die das Behandlungsergebnis beeinflussen können. Die angestrebte wissenschaftliche Evaluation der Programme wird uns an dieser Stelle Aufschluss darüber geben, ob die erzielten Erfolge ausschließlich der Behandlung im DMP zuzuschreiben sind oder der insgesamt guten ambulanten Versorgung in Berlin zuzurechnen sind.

Um dem Qualitätsanspruch der strukturierten Behandlungsprogramme gerecht zu werden, ist es erforderlich, Transparenz zu schaffen und die Ergebnisqualität öffentlich darzulegen. Dies soll durch den vorliegenden Bericht erreicht werden.

*Dr. med. Angelika Prehn  
Vorsitzende der Gemeinsamen Einrichtung DMP Berlin GbR*

# 1. Einleitung

Mit diesem Qualitätsbericht legen die beteiligten Vertragspartner – die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und alle gesetzlichen Krankenkassen Berlins – ihre Qualitätssicherung im DMP Diabetes mellitus Typ 2 dar. Im Bericht wird die Versorgung der eingeschriebenen Versicherten dargestellt und die Ergebnisdaten dieses strukturierten Behandlungsprogramms für den Zeitraum eines Jahres präsentiert. In den Darstellungen geht es neben der Erläuterung des Begriffs Disease-Management-Programm auch um Einzelheiten der erreichten ärztlichen Qualitätssicherung, insbesondere zur Struktur- und Prozessqualität. Weiterhin wird aufgezeigt, in welchem Umfang die vertraglich definierten Qualitätsziele des DMP Diabetes mellitus Typ 2 in Berlin erreicht wurden. Der Bericht basiert auf den von der Datenstelle als „plausibel“ und vollständig weitergeleiteten Datensätzen, die der Gemeinsamen Einrichtung für den Zeitraum vom 01.07.2003 bis 30.06.2004 übermittelt wurden. In die Auswertung gehen dabei nur Datensätze von Patienten ein, von denen mindestens zwei Dokumentationen mit einem zeitlichen Abstand von zwei Quartalen vorliegen. Aus der Art der Auswertung ergibt sich, dass die Anzahl der am strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmenden Versicherten in Berlin größer sein wird als die Anzahl der Patienten, über die berichtet wird. Trotzdem kann eine Aussage zur tendenziellen Entwicklung getroffen werden.

Inhaltliche Grundlage für die Auswertung dieses Berichtes ist die Anlage 1 der Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils aktuellen Fassung, welche die Basis für die Umsetzung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2 darstellt, sowie die vertraglich vereinbarten Ziele zu den Qualitätsindikatoren.

Die nachfolgenden Darstellungen sollen die Qualitätssicherung der Disease-Management-Programme der interessierten Öffentlichkeit zugänglich machen.

# 2. DMP

Der Begriff DMP bezeichnet die Behandlung von Krankheitsbildern anhand evidenzbasierter Handlungsempfehlungen, bei der alle Therapieschritte wie Behandlung, Rehabilitation, Pflege durch den Einsatz von Leitlinien aufeinander abgestimmt sind.

Die Philosophie des Disease-Management-Programms ist eine kontinuierliche, qualitätsgesicherte und strukturierte Versorgung auf der Basis des besten verfügbaren Wissens. Disease-Management fasst unterschiedliche Maßnahmen zur optimalen Behandlung eines gesamten Krankheitsbildes zusammen.

Es handelt sich hierbei um eine Versorgungsform, die sich über Strukturgrenzen hinweg mit der Sekundärprävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation einer Erkrankung befasst. Das generelle Ziel liegt in der Verbesserung der Koordination der Behandlungsabläufe, um mit dem optimalen Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen die beste medizinische Qualität und Versorgung zu erreichen. Komplikationen und Folgeerkrankungen chronischer Krankheiten sollen vermieden oder der Zeitpunkt des Auftretens verzögert werden. Die Therapie dient der Erhöhung der Lebenserwartung, der Reduktion der Morbidität und der Verbesserung der Lebensqualität der Versicherten. Der Patient soll durch die gemeinsam mit dem koordinierenden Arzt festgelegten Behandlungsverläufe und Therapieziele zu einem gesundheitsbewussten Verhalten und zur aktiven Mitarbeit motiviert werden.

Die Erfassung und Auswertung wichtiger Behandlungsdaten – unter anderem durch den Versand von Feedbackberichten an die teilnehmenden Ärzte – soll hierbei unterstützen. Bisher wurden in Berlin strukturierte Behandlungsprogramme für die Krankheitsbilder Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs eingeführt.

## 3. Qualitätssicherung im DMP

Die Qualitätssicherung soll gewährleisten, dass die zentralen Intentionen, die mit dem strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 verbunden sind, tatsächlich umgesetzt werden. Darüber hinaus soll die Qualitätssicherung der Weiterentwicklung des Programms und der Verbesserung der Patientenversorgung dienen. Die RSAV verpflichtet die Vertragspartner im Rahmen der Disease-Management-Programme zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen/-aktivitäten. In den DMP-Verträgen wurden diese Anforderungen definiert. So legten die Vertragspartner u.a. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität fest. Die Gemeinsame Einrichtung DMP Berlin GbR, die von den Vertragspartnern (Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen/-verbände) gebildet wurde, hat gemäß § 14 Abs. 2 und § 27 DMP-Vertrag und § 3 des Gesellschaftsvertrags der Gemeinsamen Einrichtung DMP Berlin GbR die Aufgabe, auf Basis der von den teilnehmenden Ärzten regelmäßig zu erstellenden Dokumentationen die ärztliche Qualitätssicherung durchzuführen. Dazu gehört unter anderem:

- die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele
- die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß der RSAV und
- die Durchführung des ärztlichen Feedbacks
- die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung

### 3.1 Strukturqualität

Um am Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmen zu können, müssen die Vertragsärzte bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Die Vertragsärzte können als „Koordinierende Ärzte“ (hausärztlicher Versorgungssektor) oder als Ärzte des „diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors“ teilnehmen. Die KV Berlin prüft die vertraglich vereinbarten strukturellen Voraussetzungen (gemäß der Anlagen 1 und 2 des DMP-Vertrags) und stellt somit die Einhaltung der Qualitätsanforderungen sicher. Die Teilnahme muss durch die KV Berlin genehmigt werden.

Ferner legt die RSAV fest, unter welchen Voraussetzungen Patienten im DMP eingeschrieben werden dürfen. Die Teilnahme am DMP ist für Patienten und für Ärzte freiwillig.

#### 3.1.1 Hausärztlicher Versorgungssektor

Teilnahmeberechtigt für den hausärztlichen Versorgungssektor sind Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen. Der koordinierende Arzt muss folgende Anforderungen erfüllen:

- Möglichkeit, Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards durchzuführen

- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung
- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (Schädigung bestimmter Nervenbahnen); z.B. Stimmgabel, Reflexhammer, „Prüfung Thermosensibilität“
- Information durch das Praxismanual zu Beginn der Teilnahme, ggf. Teilnahme an einer Arztfortbildungsveranstaltung

#### 3.1.2 Diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor

Ärzte können als koordinierende und als Ärzte des so genannten diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (Diabeteschwerpunktpraxen) am Disease-Management-Programm teilnehmen.

*Fachliche Anforderungen*

*für Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Fachgebietsbezeichnung*

- Anerkennung als Diabetologe der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) oder
- Subspezialisierung Diabetologie (Anerkennung in der ehemaligen DDR)
- Information durch das Praxismanual zu Beginn der Teilnahme, ggf. Teilnahme an einer Arztfortbildungsveranstaltung

*für Internisten*

- Anerkennung als Diabetologe DDG oder
- Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Endokrinologie“ oder
- Subspezialisierung Diabetologie (Anerkennung in der ehemaligen DDR).
- Ärzte, die bereits die Genehmigung zum Führen einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis erhielten, erfüllen die v.g. fachlichen Anforderungen.
- Information durch das Praxismanual zu Beginn der Teilnahme, ggf. Teilnahme an einer Arztfortbildungsveranstaltung

*Organisatorische Anforderungen an das Personal*

Die Einrichtung ist von einem diabetologisch qualifizierten Arzt zu leiten. Mindestens ein/e Diabetesassistent/in DDG oder ein/e Diabetesberater/in DDG muss in Vollzeit angestellt sein.

*Ausstattung*

- Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards
- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung
- Elektrokardiogramm (EKG)

Fortsetzung von Seite 5

- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (Schädigung bestimmter Nervenbahnen); z.B. Stimmgabel, Reflexhammer, „Prüfung Thermosensibilität“

Anzahl der betreuten Diabetiker

- Regelmäßige Betreuung von mindestens 250 Diabetikern pro Quartal

### 3.1.3 Durchführung von programmierten Schulungen

Nach dem Regelungen der RSAV soll jeder am DMP teilnehmende Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten. Im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 werden in Berlin verschiedene Schulungen für teilnehmende Patienten angeboten. Es handelt sich dabei um Schulungsprogramme, die vom Bundesversicherungsamt zugelassen wurden. Folgende Schulungsprogramme können von eingeschriebenen Patienten in Anspruch genommen werden:

- Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen in der jeweils aktuellen Auflage
- Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen in der jeweils aktuellen Auflage
- Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen in der jeweils aktuellen Auflage
- Strukturiertes Hypertonie-Therapie- und Schulungsprogramm in der jeweils aktuellen Auflage
- Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie bzw. Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP).

Um die Patientenschulungen durchführen zu können, bedarf es einer Genehmigung durch die KV Berlin. Dazu ist es notwendig, dass der Arzt (und ggf. seine Praxismitarbeiter) erfolgreich an einer entsprechenden Fortbildung teilgenommen haben, die zur Durchführung der Schulungen qualifiziert.

### 3.1.4 Qualitätssichernde Maßnahmen nach Erteilung der Teilnahmegenehmigung

Aus dem Spektrum der Fortbildungsmaßnahmen müssen Ärzte, die als koordinierende Ärzte am Vertrag teilnehmen, mindestens einmal, und Ärzte, die als Fachärzte am Vertrag teilnehmen, mindestens zweimal jährlich eine diabetologisch-spezifische anerkannte oder zertifizierte Fortbildung nachweisen. Dies wird durch die Gemeinsame Einrichtung kontrolliert und überwacht.

Auf Beschluss der Gemeinsamen Einrichtung wurden für das Jahr 2003/2004 die Fortbildungsnachweise der am DMP Dia-

betes mellitus Typ 2 teilnehmenden Ärzte durch die KV Berlin überprüft. Insgesamt wurden von 1.378 zu diesem Zeitpunkt teilnehmenden Ärzten entsprechende Nachweise angefordert. Die Überprüfung orientierte sich an der Musterfortbildungsordnung der Bundesärztekammer. 36 % der teilnehmenden Ärzte besuchten einen Vortrag mit Diskussion zum Thema Diabetes, 29 % der Ärzte wiesen eine Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers (z.B. Qualitätszirkel) nach. 13 % der Ärzte hatten mehrtägige Kongresse im In- und Ausland besucht. Ferner gaben 46 % der Teilnehmer an, ein Selbststudium durch Fachliteratur und -bücher sowie Lehrmittel durchgeführt zu haben (Mehrfachnennungen waren möglich).

Insgesamt sind alle am DMP teilnehmenden Ärzte ihrer Fortbildungsverpflichtung nachgekommen; Maßnahmen zur Sanktionierung kamen somit nicht in Betracht.

### 3.1.5 Feedbackberichte

Eine Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung in der Qualitätssicherung ist das halbjährliche Erstellen von Feedbackberichten für die am DMP teilnehmenden Ärzte. Dabei werden nur die Daten der Patienten ausgewertet, für die mindestens zwei gültige Dokumentationen vorliegen. Hierbei sind die Daten der jeweiligen Praxis den Durchschnittsdaten aller teilnehmenden Praxen gegenübergestellt.

Zudem erhält der koordinierende Arzt allgemeine Hinweise zur möglichen Verbesserung der Patientenversorgung. Dem Arzt steht damit ein strukturiertes Instrument zur Selbstüberprüfung zur Verfügung. Weiterhin erhält der Arzt dort, wo es die Anlage 9 „Qualitätssicherung 2a“ vorsieht, spezielle Hinweise zur Patientenversorgung.

## 3.2 Weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Neben der Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität wurden durch die Mitglieder der Gemeinsame Einrichtung DMP Berlin GbR folgende Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 durchgeführt:

- Informationsveranstaltung zum Programmstart
- diverse Veröffentlichungen zum Thema im KV-Blatt
- Service-Telefone
- begleitende Hotline beim Versand der Feedbackberichte
- in Kooperation zwischen der KV Berlin und der AOK Berlin: Durchführungen von Pharm-Pro-Beratungen
- Information der Ärzte über Mailings
- Dokumentationsschulungen
- Fortbildungsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Allgemeinärzte in Berlin und Brandenburg e.V. (BDA)
- Informationsveranstaltungen für Ärzte und Arzthelferinnen.

## 4. Statistische Daten

### 4.1 Feedbackberichte

Für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 wurden für den Zeitraum 01.01.-30.06.2004 insgesamt 380 Feedbackberichte an die teilnehmenden Vertragsärzte versandt. Sie entsprechen den Vorgaben der Anlage 9 „Qualitätssicherung 2a“. Für den Zeitraum 01.07.-31.12.2003 wurden keine Feedbackberichte an die teilnehmenden Ärzte versandt, da noch keine Datensätze vorlagen, die eine Verlaufsbetrachtung über 2 Quartale hinaus ermöglichten.

### 4.2 Anzahl der ambulanten Leistungserbringer

Eine Genehmigung zur Teilnahme als koordinierender Arzt haben bis zum Stichtag 30.06.2004 insgesamt 1.360 Ärzte erhalten. Davon nehmen 68 Ärzte am diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor teil. Eine Schulungsberechtigung für die Schulung von Diabetikern ohne Insulin haben zum Stichtag 30.06.2004 556 Ärzte. Weiterhin bestehen für die Schulung von Diabetikern mit Insulin 392 Genehmigungen, für die Schulung von Diabetikern mit Normalinsulin 68 Genehmigungen, für die Hypertonieschulung (ZI) 76 sowie für die Hypertonieschulung (HBSP) 2 Genehmigungen.

### 4.3 Daten zu den teilnehmenden Patienten

Für die Einschreibung eines Patienten in das DMP ist die vollständige, plausible und fristgerecht eingereichte Erstdokumentation zusammen mit der Teilnahmeerklärung die Voraussetzung. Insgesamt wurden bis zum 30.06.2004 50.138 Erstdokumentationen erstellt. Hiervon waren 47.852 gültig. Dieses entspricht einer Quote von 95 %. Von den fehlerhaften Erstdokumentationen waren 1.415 verfristet.

Die Datenstelle prüft beim Eingang der Dokumentationen diese auf Vollständigkeit und Plausibilität. Bei unvollständig oder implausibel vorliegenden Dokumentationsbögen fordert sie die vollständige Dokumentation beim koordinierenden Arzt nach.

Liegt von einem Versicherten eine Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei der Datenstelle vor und fehlt für die wirksame Einschreibung noch die Erstdokumentation, fordert die Datenstelle wöchentlich, insgesamt bis zu viermal, die fehlende Erstdokumentation bei dem Vertragsarzt ein.

Bei Beauftragung durch einen Auftraggeber fordert die Datenstelle ebenfalls fehlende Teilnahme- und Einwilligungserklärungen, erstmalig innerhalb einer Woche nach Eingang der Erstdokumentation beim Auftragnehmer, vom Vertragsarzt ein. Für die Vollständigkeit der Dokumentation sieht der DMP-Vertrag vor, dass eine Vollständigkeitsquote, d.h. dass alle erforderlichen Datenfelder auf der Dokumentation ausgefüllt sind, beim ersten Eingang der Dokumentation (ohne Korrekturbedarf)

- von 60 % nach Ablauf der ersten 12 Monate,
- von 85 % im Laufe der nächsten 24 Monate

erreicht werden soll.

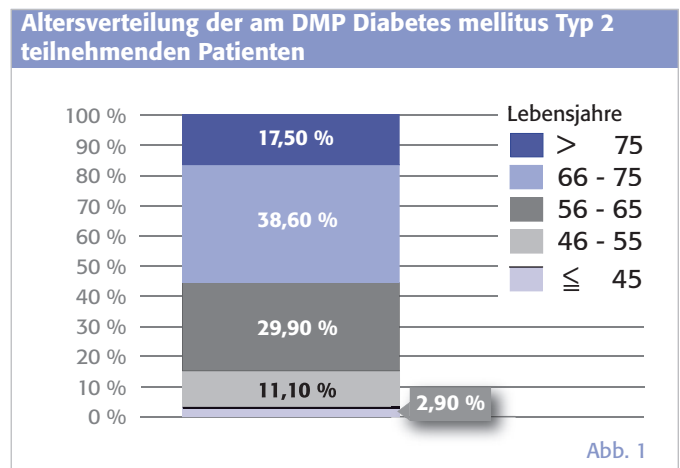
Zum Stichtag 30.06.2004 lag bei 30.094 Patienten eine vollständige Erstdokumentation bereits beim ersten Eingang vor. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 60 %. Von allen am strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 zu diesem Zeitpunkt eingeschriebenen Versicherten gingen 22.178 Folgedokumentationen bei der Datenstelle ein, bei denen kein weiterer Korrekturbedarf bestand. Dies entspricht einer Quote von 68,5 %. Das Qualitätsziel ist somit erreicht worden.

Weiterhin wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass bei ausstehenden Dokumentationen ein Reminder an den Arzt versandt wird, in dem er an die Erstellung und fristgerechte Einreichung der Dokumentation erinnert wird.

Bis zum 30.06.2004 fehlten von allen bis zu diesem Zeitpunkt eingeschriebenen Versicherten 6.419 Dokumentationen von 28.489 zu erwartenden Dokumentationen, wobei hiervon keine fehlenden Dokumentationen von bereits in vorangegangenen Quartalen verfristeten oder beendeten Fällen enthalten sind. Die Quote der ausstehenden Dokumentationen beträgt 22,5 %.

Für die weitere Teilnahme des Patienten am DMP ist es ebenfalls notwendig, vollständige, plausible und fristgerecht eingereichte Folgedokumentationen zu erstellen. Bis zum 30.06.2004 lagen 32.387 erstellte Folgedokumentationen vor. Gültig waren davon 29.388. Dies entspricht einer Quote von 91 %.

Die Altersverteilung der Patienten (Grundgesamtheit: 10.147), die in diesem Bericht betrachtet werden, stellt sich wie folgt dar:



# 5. Erreichung der Qualitätsziele

In diesem Abschnitt wird die Erreichung der Qualitätsziele dargestellt. Grundlage hierfür sind die Anlage 1 der RSAV, aus der in einigen Passagen zitiert wird, und die vertraglichen Vereinbarungen, insbesondere die Anlage 9 „Qualitätssicherung 2a“ des DMP-Vertrages. Die Ergebnisse sind in Bezug auf die im DMP-Vertrag vereinbarten Qualitätsziele textlich und in Form von Diagrammen dargestellt. Es werden hierbei Daten von 10.147 Patienten berücksichtigt und entweder die Daten der Erstdokumentation mit einer Folgedokumentation oder die Daten von zwei Folgedokumentationen gegenübergestellt.

Die Angabe *KV aktuell* in den Grafiken 5, 6, 7, 10 und 11 bezieht sich jeweils auf das erste Halbjahr 2004; die Angabe *KV vorher* auf das zweite Halbjahr 2003.

### 5.1 Vermeidung von schweren Hypoglykämien

Patienten mit ungenügender Stoffwechseleinstellung verursachen hohe Kosten durch Behandlungen wegen Stoffwechsellentgleisungen. Die Anzahl und Dauer dieser Behandlungen kann 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 schweren Hypoglykämien ist ein 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 % und
- nach dem 3. Jahr weniger als 20 %

der Patienten aufgrund von schweren Hypoglykämien mehr als zweimal innerhalb von 6 Monaten behandelt werden müssen.

Die Auswertung ergab, dass im aktuellen Berichtszeitraum keine Patienten (Grundgesamtheit 10.147) wegen schwerer Hypoglykämien behandelt werden mussten. Im Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von höchstens 30 % erreicht und sogar deutlich übererfüllt.

### 5.2 Vermeidung stationärer Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen

Patienten mit ungenügender Stoffwechseleinstellung verursachen hohe Kosten durch Behandlungen wegen Stoffwechsellentgleisungen. Die Anzahl und Dauer dieser Behandlungen kann 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 hyperglykämischen Stoffwechsellentgleisungen ist ein 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 % und
- nach dem 3. Jahr weniger als 20 %

der Patienten aufgrund von schweren hyperglykämischen Entgleisungen mehr als zweimal innerhalb von 6 Monaten stationär behandelt werden müssen.

Es mussten keine Patienten (Grundgesamtheit: 10.147) stationär wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen behandelt werden.

Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von höchstens 30 % erreicht.

### 5.3 Blutdruckeinstellung

Der Blutdruck ist neben dem HbA1c 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.“ (Anlage 1). Als Qualitätsziel wurde im DMP vereinbart, dass

- im 1. Jahr mindestens 10 %,
- im 2. Jahr mindestens 15 % und
- im 3. Jahr mindestens 20 %

der Patienten mit zunächst hypertensiven Blutdruckwerten in der folgenden Dokumentation auf normotensive Werte gebracht werden.

Abbildung 2 zeigt die Anteile der Patienten (Grundgesamtheit: 5.127), die in der vorangegangenen Dokumentation hypertensive Werte aufwiesen und die weiterhin hypertensiv sind oder bei denen normotensive Werte erreicht werden konnten (< 140/90 mmHg).

41,4 % der Patienten, die in der vorangegangenen Dokumentation hypertensive Werte aufwiesen, haben in der folgenden Dokumentation normotensive Werte erreicht. Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von mindestens 10 % erreicht.

### Veränderung der Blutdruckeinstellung

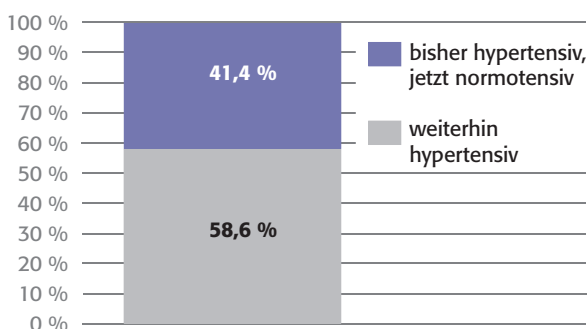


Abb. 2

### 5.4 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 % und
- im 3. Jahr mindestens 40 %

der Patienten, die zunächst Diabetes-typische Symptome aufweisen, durch die Therapie bis zur folgenden Dokumentation symptomfrei werden.

Abbildung 3 zeigt Anteile und Anzahl der Patienten (Grundgesamtheit: 2.690), bei denen in der vorangegangenen Dokumentation Diabetes-typische Symptome, in der aktuellen jedoch keine Diabetes-typischen Symptome angegeben wurden (abgeklungene Symptome) an allen Patienten, die in der vorangegangenen Dokumentation Diabetes-typische Symptome aufweisen. 65,4 % der Patienten zeigten im Verlauf keine diabetestypischen Symptome mehr. Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von mindestens 30 % erreicht.

### Persistenz Diabetes-typischer Symptome

Patienten mit anhaltenden Symptomen	34,6 %	932
Patienten mit abgeklungenen Symptomen	65,4 %	1.758

### Persistenz Diabetes-typischer Symptome

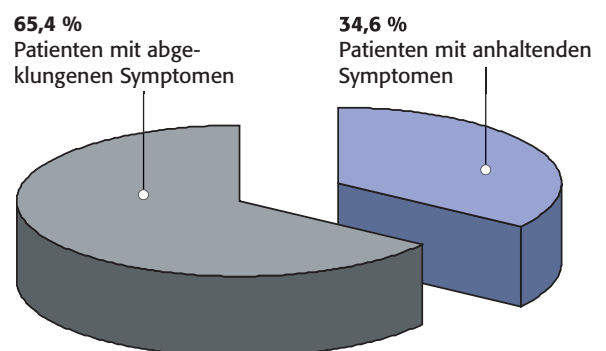


Abb. 3

### 5.5 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 % und
- im 3. Jahr höchstens bei 30 %

der Patienten diabetische Folgeerkrankungen neu auftreten. Abbildung 4 zeigt den Anteil (an allen in der Auswertung berücksichtigten Patienten) der Patienten, bei denen mindestens eine der Folgeerkrankungen – Nephropathie, Nierenersatztherapie, Diabetische Retinopathie, Blindheit, Diabetische Neuropathie, Diabetischer Fuß, Amputation – neu aufgetreten ist (Grundgesamtheit: 10.147).

Im KV-Bereich Berlin sind demnach bei 6,7 % der Patienten die oben aufgeführten diabetischen Folgeerkrankungen neu aufgetreten. Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von höchstens 40 % erreicht und sogar wesentlich unterschritten.

#### Anteil der Patienten mit neu aufgetretenen Diabetes-assoziierten Begleiterkrankungen

**93,3 %**  
Kein Neuauftreten von Folgeerkrankungen

**6,7 %**  
Neuauftreten von Folgeerkrankungen

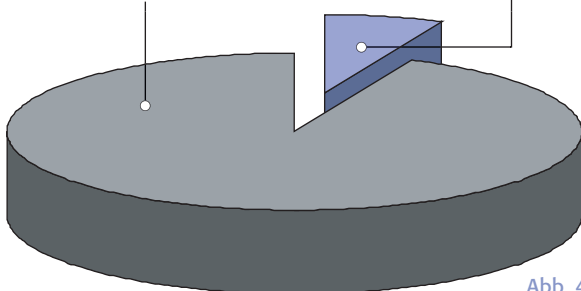


Abb. 4

### 5.6 Medikamentöse antihyperglykämische Therapie

Die Anlage 1 der RSAV enthält Vorgaben für den vorrangigen Einsatz von antihyperglykämischen Wirkstoffen. Demnach sollten in Monotherapie vorrangig die Wirkstoffe Glibenclamid, Metformin und Insulin eingesetzt werden.

Der DMP-Vertrag für die Region Berlin sieht vor, dass der Anteil der Leistungserbringer, die mindestens 50 % aller eingeschriebenen Versicherten ausschließlich mit den in der RSAV empfohlenen Medikamente behandeln

- im 1. Jahr 50 %,
- im 2. Jahr 60 % und
- im 3. Jahr 70 %

beträgt.

Abbildung 4 stellt den Anteil der Patienten (Grundgesamtheit im aktuellen Berichtszeitraum: 9.164) mit antihyperglykämischer medikamentöser Therapie nach folgenden Wirkstoffgruppen dar:

- 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, beträgt 57,8 %.

Eine Aussage zum Anteil der Ärzte, die im Berichtszeitraum das Qualitätsziel erfüllt haben, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht erfolgen. Um die Erreichung des Qualitätsziels zu unterstützen, ist geplant, die Beratung der Ärzte durch Informationsveranstaltungen und Pharmakofortbildungen zu intensivieren.

#### Antihyperglykämische Therapie nach Wirkstoffgruppen

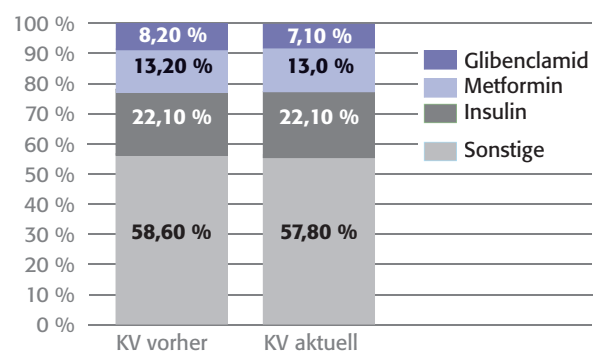


Abb. 5

### 5.7 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. Die Qualitätsziele des DMP-Vertrages für Berlin sehen vor, dass

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

der nicht übergewichtigen Patienten mit Biguaniden behandelt werden.

Abbildung 6 zeigt den Anteil der Patienten (Grundgesamtheit im aktuellen Berichtszeitraum: 1.569), die Biguanide erhalten an allen Patienten, die weder übergewichtig noch adipös sind (BMI < 25). 26,9 % der nicht übergewichtigen Patienten erhielten im Berichtszeitraum Biguanid. Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von höchstens 50 % erreicht.

Die Abbildung 7 zeigt den Anteil der Patienten (Grundgesamtheit im aktuellen Berichtszeitraum: 8.382), die Biguanide erhalten, an allen Patienten, die übergewichtig oder adipös sind (BMI ≥ 25). 43,8 % der übergewichtigen Patienten erhielten im Berichtszeitraum Biguanid.

#### Antihyperglykämische Therapie nach Wirkstoffgruppen

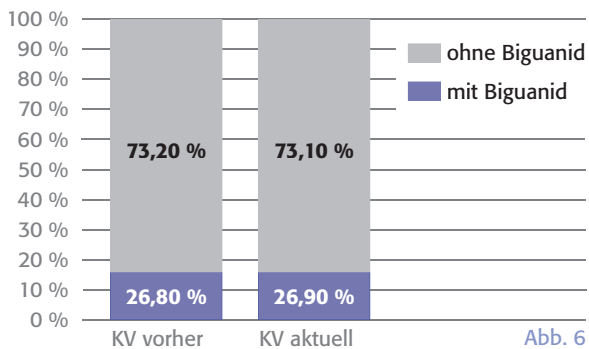


Abb. 6

#### Biguanid-Therapie bei Patienten mit einem BMI ≥ 25

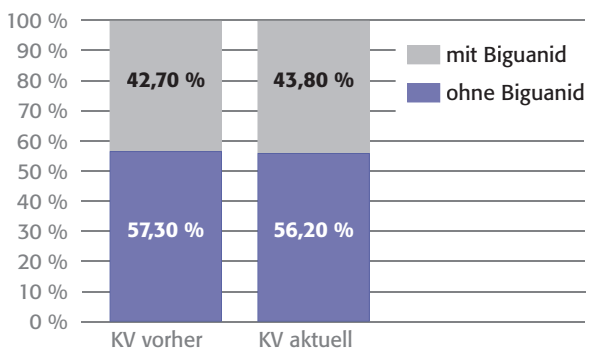


Abb. 7

### 5.8 Funduskopie

Alle Diabetiker sollten 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 Netzhautuntersuchung in Mydriasis oder eine Netzhaut-Photographie (Fundus-Photographie) durchzuführen.“ (Anlage 1).

Der DMP-Vertrag für Berlin definiert als Qualitätsziel eine jährliche Überweisung an den Augenarzt von

- mindestens 70 % der Patienten nach dem 1. Jahr,
- mindestens 85 % der Patienten nach dem 2. Jahr bzw.
- mindestens 95 % der Patienten nach dem 3. Jahr.

Die Anteile und Anzahl der Patienten (Grundgesamtheit: 10.147), bei denen eine Funduskopie durchgeführt, nicht durchgeführt bzw. veranlasst wurde, sind in der Abbildung 8 dargestellt.

Der Anteil der Patienten, bei denen innerhalb der letzten 12 Monate eine Funduskopie durchgeführt wurde, lag danach bei 89 %. Das Qualitätsziel von mindestens 70 % Patienten mit durchgeführter Funduskopie wurde somit in Berlin erreicht.

#### Funduskopie

nicht durchgeführt	4 %	392
veranlasst	7 %	720
durchgeführt	89 %	9.035

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

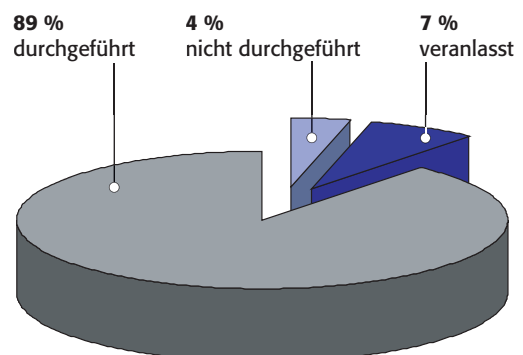


Abb. 8

### 5.9 Überweisung bei auffälligem Fußstatus

Die Fußinspektion stellt eine wesentliche Verlaufskontrolle bei Diabetikern dar und sollte mindestens einmal jährlich durchgeführt werden. Ein auffälliger Fußbefund wird nach der Wagner-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). Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag für Berlin vereinbart, dass

- nach dem 1. Jahr mindestens 60 %,
- nach dem 2. Jahr mindestens 70 % und
- nach dem 3. Jahr mindestens 80 %

der Patienten mit einem auffälligen Fußstatus an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung überwiesen werden.

Abbildung 9 zeigt den Anteil der Patienten (Grundgesamtheit im aktuellen Berichtszeitraum 1.894), für die eine Überweisung bzw. Einweisung an eine spezialisierte Einrichtung (Diabetische Fußambulanz oder Diabetologe) veranlasst bzw. nicht veranlasst wurde, an allen Patienten mit auffälligem Fußstatus. 22,9 % der Patienten mit auffälligem Fußbefund wurden im aktuellen Berichtszeitraum an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung überwiesen. Das Qualitätsziel von mindestens 60 % wurde nicht erreicht.

Hierbei muss berücksichtigt werden, dass in Berlin ein Drittel bis knapp die Hälfte der im strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 eingeschriebenen Versicherten bereits bei einem Diabetologen als koordinierendem Arzt in Behandlung sind. Diese Ärzte nehmen in der Regel sowohl als koordinierende Ärzte, als auch als Ärzte der spezialisierten Versorgungsebene teil. Da ein Arzt in dieser doppelten Funktion nicht überweisen kann, könnte hieraus die geringe Überweisungsrate in Berlin resultieren.

#### Patienten mit auffälligem Fußbefund, die in eine Spezialbehandlung überwiesen bzw. nicht überwiesen wurden

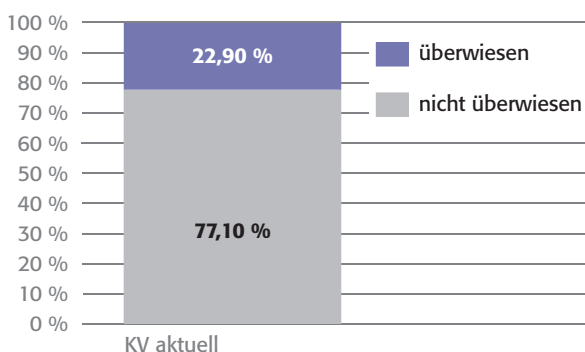


Abb. 9

### 5.10 Fußinspektion

Die Fußinspektion stellt eine wesentliche Verlaufskontrolle bei Diabetikern dar und sollte mindestens einmal jährlich durchgeführt werden.

Im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 in Berlin wurde im Berichtszeitraum bei allen Patienten (Grundgesamtheit: 10.147) eine Fußinspektion durchgeführt. Dieses Ergebnis ist als Erfolg des DMP zu werten.

### 5.11 Antihypertensive Therapie

Die Blutdruckeinstellung beeinflusst entscheidend das Mortalitätsrisiko sowie die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung mikro- und makrovaskulärer Folgeerkrankungen.

In Abbildung 10 wird der Anteil der Patienten mit oder ohne antihypertensive medikamentöse Therapie dargestellt. Die Auswertung bezieht sich auf alle Patienten (Grundgesamtheit im aktuellen Berichtszeitraum: 4.397), bei denen Blutdruckwerte  $\geq 140/90$  mmHg (hypertensiv) angegeben wurden.

Der Anteil hypertensiver Patienten, die eine antihypertensive Medikation erhielten, betrug im 1. Halbjahr 2004 82,0% (im 2. Halbjahr 2003 85,2%).

#### Antihypertensive Medikation

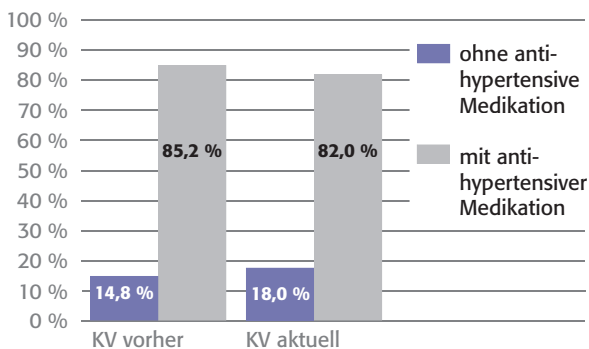


Abb. 10

### 5.12 HbA1c (Längsschnitt)

Die Verlaufsbetrachtung erlaubt es, Rückschlüsse auf die Qualität der Blutzuckereinstellung über einen längeren Zeitraum zu ziehen. Abbildung 11 stellt Anteile und Anzahl der Patienten nach verschiedenen HbA1c-Werteklassen dar:

- < 6,5 %
- 6,5 - < 7,5 %
- 7,5 -  $\leq$  8,5 %
- > 8,5 %

Die Grundgesamtheit besteht in allen im Berichtszeitraum betrachteten Patienten (10.147) im aktuellen und im vorherigen Berichtszeitraum. Danach konnten folgende Ergebnisse im Vergleich vom 1. Halbjahr 2004 zum 2. Halbjahr 2003 (jeweils in Klammer) erzielt werden. Der Anteil der Patienten in der Werteklasse

- über 8,5 % betrug 10,1 % (12,6 %)
- zwischen 7,6 % und 8,5 % betrug 21,1 % (21,9 %),
- zwischen 6,5 % und 7,5 % betrug 38,8 % (37,1 %)
- unter 6,5 % betrug 30,1 % (28,4 %).

#### HbA1c-Längsschnitt

HbA1c-Werteklasse	KV vorher		KV nachher	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
< 6,5 %	2.881	28,4 %	3.052	30,1 %
6,5 % - < 7,5 %	3.761	37,1 %	3.933	38,8 %
7,5 % - $\leq$ 8,5 %	2.225	21,9 %	2.142	21,1 %
> 8,5 %	1.280	12,6 %	1.020	10,1 %

#### HbA1c (Längsschnitt)

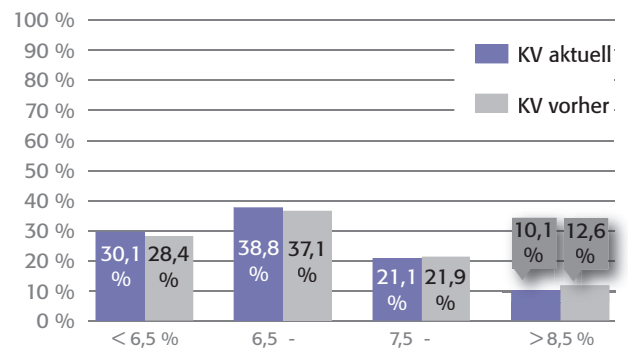


Abb. 11

*Fortsetzung von Seite 14*

Die Stoffwechseleinstellung im Vergleich zwischen dem 2. Halbjahr 2003 und dem 1. Halbjahr 2004, gemessen am HbA1c-Wert, hat sich geringfügig verschlechtert. Hier könnten, aus Erfahrung der behandelnden Ärzte, beispielsweise die dazwischen liegenden Weihnachtsfeiertage einen Einfluss haben. Es bleibt abzuwarten, ob sich in der Evaluation des DMP, welche eine Längsschnittbetrachtung der Patienten über einen längeren Zeitraum ermöglicht, eine solche jahreszeitliche Schwankung nachweisen lässt.

## 6. Zusammenfassung und Ausblick

In dem vorliegenden Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung DMP Diabetes mellitus Typ 2 Berlin GbR werden die Ergebnisse der ärztlichen Qualitätssicherung des ersten Jahres der Laufzeit des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2 in Berlin dargestellt.

Am Ende des ersten Berichtsjahres nahmen in Berlin 1.360 Ärzte, davon 68 Diabetologen, am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teil, die bis zum 30. 6. 2004 insgesamt 47.852 Diabetiker in das Programm eingeschrieben haben. Viele der teilnehmenden Ärzte bieten Schulungsprogramme für Diabetiker an.

Den teilnehmenden Ärzten wurden die ersten DMP-Ergebnisse, bezogen auf ihre Patienten im Vergleich zu allen teilnehmenden Ärzten im Bereich der KV Berlin, bereits in den zugesandten Feedbackberichten dargestellt. Diese Berichte stellen eine wesentliche Grundlage für den hier vorliegenden Qualitätsbericht dar.

Die Einführung des DMP bedeutet für die Ärzte und Patienten eine stärkere Strukturierung im Behandlungsablauf, die auch geänderte Anforderungen an das Praxismanagement stellt. Ausdruck dafür ist unter anderem die notwendige Dokumentation, geplante Wiedervorstellung und Überweisung der Patienten gemäß der im Programm definierten Schnittstellen (z. B. jährliche Augenuntersuchung). Von den Dokumentationsbögen waren beim Ersteintritt 61,9 % der Erstdokumentationen und 68,5 % der Folgedokumentationen korrekt. Die notwendige Fehlerbearbeitung durch die Arztpraxen und die Datenstelle führte zu 95 % korrekten Erst- und 91 % korrekten Folgedokumentationen. Der Korrekturbedarf bindet jedoch erhebliche personelle Kapazitäten und beinhaltet auch die Gefahr einer Verfristung von Dokumentationen, die zu einer Ausschreibung von Patienten aus dem Programm führen kann. Um eine Verbesserung der Dokumentationsqualität und Termintreue von Folgedokumentationen zu erreichen, wurden durch die Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung und den Hausärzterverband umfangreiche Maßnahmen, wie beispielsweise Dokumentationschulungen, Praxisbesuche, Arzthelferinnenschulungen, Entwicklung von Materialien zur Praxisunterstützung, Erinnerungsschreiben und Artikel im KV-Blatt, eingeleitet.

Ziel der Disease-Management-Programme ist, neben einer Verbesserung der Behandlungsabläufe und Zusammenarbeit der Sektoren auch eine gute Qualität der medizinischen Versorgung zu erreichen. Die Auswertung der vorliegenden Dokumentationen zeigt, dass die Versorgung der Diabetiker in vielen Bereichen in Berlin sehr gut ist. So wurden die vereinbarten Qualitätsziele bereits im ersten Jahr nach Programmstart erreicht oder sogar deutlich bessere Ergebnisse erzielt.

Im ersten Berichtsjahr musste keiner der betrachteten Diabetiker wegen einer schweren Hypoglykämie behandelt oder wegen einer schweren hyperglykämischen Stoffwechselentgleisungen stationär behandelt werden. 65,4 % der zu Beginn

der Programmteilnahme symptomatischen Patienten waren zum Ende des ersten Jahres der Programmlaufzeit symptomfrei. Nur bei 6,7 % der betrachteten Diabetiker wurden im Verlauf des ersten Jahres neu aufgetretene Komplikationen oder Folgeerkrankungen nachgewiesen. Diese Rate war deutlich geringer als das vereinbarte Qualitätsziel von höchstens 40 %.

Auf die Bedeutung einer regelmäßigen Untersuchung der Füße und Augen wurden die teilnehmenden Ärzte und das Praxispersonal auf Informations- und Fortbildungsveranstaltungen, ebenso wie die Patienten in den Diabetesschulungen und Medien der Krankenkassen, intensiv hingewiesen. Als Ergebnis wurden 89 % der ausgewerteten Patienten funduskopiert, bei weiteren 7 % wurde eine Funduskopie veranlasst. Bei allen in der Auswertung betrachteten Diabetikern erfolgte im Berichtsjahr eine Fußinspektion.

68,9 % der Diabetiker hatten zum Ende des Berichtszeitraums einen HbA1c-Wert unter 7,5 %, einen Wert unter 6,5 % wiesen 30,1 % der Diabetiker auf.

Über die Hälfte der Diabetiker wiesen zum Beginn der Programmteilnahme hypertone Blutdruckwerte auf. Bei 41,4% dieser hypertonen Patienten konnte eine Normalisierung der Blutdruckwerte erreicht werden. 82 % der hypertonen Patienten wurden zum Ende des Berichtszeitraumes medikamentös therapiert.

Im Bereich der medikamentösen Therapie wurden nicht alle vereinbarten Zielwerte erreicht. So wurden nur 42,2 % der Diabetiker mit den in der RSAV vorrangig empfohlenen Medikamenten in Monotherapie behandelt (Zielwert  $\geq 50$  %). 26,9 % der nicht übergewichtigen Diabetiker erhielten Biguanide (Zielwert  $\leq 50$ ). Den Ärzten wurde in den versandten Feedbackberichten ihre Verordnungsweise im Vergleich zu den übrigen teilnehmenden Ärzten der KV Berlin aufgezeigt. Zusätzlich wurden sie in den Berichten beispielsweise auf andauernd hypertone Patienten hingewiesen, wobei auch die antihypertensive Therapie und der Schulungsstatus der betreffenden Patienten aufgezeigt wurde. Zur Unterstützung der Ärzte bei der leitliniengerechten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie sowie zur Erörterung problematischer Fälle sind für das zweite Jahr der Programmlaufzeit weitere Fortbildungsveranstaltungen zur Pharmakotherapie und zur leitlinienorientierten Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 geplant.

**Gesellschafter der  
Gemeinsamen Einrichtung DMP Berlin GbR**

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

AOK Berlin – Die Gesundheitskasse  
(zugleich handelnd für die See-Krankenkasse)

Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V.  
Landesvertretung Berlin

AEV – Arbeitersatzkassen-Verband e.V.  
Landesvertretung Berlin

BKK-Landesverband Ost  
Landesrepräsentanz Berlin-Brandenburg

Bundesinnungskrankenkasse für Gesundheit (BIG)

Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd für die  
Landwirtschaftliche Krankenversicherung in Berlin

Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Cottbus

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unserem Qualitätsbericht  
zum DMP Diabetes mellitus Typ 2.

Bitte beachten Sie jedoch, dass der Nachdruck oder eine  
anderweitige (auch elektronische) Publizierung des Berichtes  
unserer ausdrücklichen Zustimmung bedarf. Bei diesbezüglichen  
Fragen und Wünschen wenden Sie sich bitte an unsere  
Geschäftsstelle.

Fotonachweis: Seite 1: KV-Blatt-Archiv (Ausschnitt aus KV-Blatt  
12/99, Foto: da vinci design GmbH, Berlin)

**Herausgeber:  
Gemeinsame Einrichtung DMP Berlin GbR**

Die Gemeinsame Einrichtung der Krankenkassen und der  
KV Berlin zur Durchführung der Disease-Management-  
Programme in Berlin

Geschäftsführer:  
Joachim Bentz, Dipl.-Soz.-Wissenschaftler, Berlin

Vorsitzende:  
Dr. med. Angelika Prehn, Berlin

Geschäftsstelle:  
Masurenallee 6 B, 14057 Berlin