

**Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung DMP Berlin GbR  
zum DMP Diabetes mellitus Typ 2**

**Berichtszeitraum 01.07.2006 – 30.06.2007**

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort zu diesem Bericht .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Disease-Management-Programme .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Qualitätssicherung im DMP .....</b>	<b>4</b>
3.1 Strukturqualität.....	4
3.1.1 Hausärztlicher Versorgungssektor.....	4
3.1.2 Diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor .....	5
3.1.3 Durchführung von programmierten Schulungen .....	6
3.1.4 Qualitätssichernde Maßnahmen nach Erteilung der Teilnahmegenehmigung.....	6
3.1.5 Feedback-Berichte .....	7
3.2 Weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung .....	7
<b>4. Statistische Daten .....</b>	<b>7</b>
4.1 Feedback-Berichte.....	7
4.2 Anzahl der ambulanten Leistungserbringer .....	7
4.3 Daten zu den teilnehmenden Patienten .....	7
<b>5. Erreichung der Qualitätsziele .....</b>	<b>10</b>
5.1 HbA1c-Wert .....	10
5.2 Erreichung des vereinbarten HbA1c-Zielwertes .....	11
5.3 Vermeidung von schweren Hypoglykämien.....	12
5.4 Vermeidung stationärer Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen .....	13
5.5 Blutdruckeinstellung.....	14
5.6 Medikamentöse antihyperglykämische Therapie.....	15
5.7 Behandlung mit Metformin .....	16
5.8 Funduskopie .....	17
5.9 Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus .....	18
<b>6. Zusammenfassung und Ausblick.....</b>	<b>19</b>

## Vorwort zu diesem Bericht

Ein weiteres Jahr ist vergangen und ich freue mich, Ihnen den vierten Qualitätsbericht des Berliner Disease-Management-Programms (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 vorlegen zu können.

Das Ziel des DMP ist es, die chronische Erkrankung mit einem individuellen Therapieplan konsequent und koordiniert zu behandeln und mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen, die beste medizinische Qualität und Versorgung zu gewährleisten. Folgeerkrankungen und das Auftreten von Komplikationen bei chronischen Krankheiten sollen vermieden werden. Die Therapie dient der Erhöhung der Lebenserwartung und der Verbesserung der Lebensqualität für die Versicherten.

In diesem Bericht können wir Ihnen deutlich machen, dass es weitere positive Ergebnisse und Entwicklungen im DMP zu verzeichnen gibt. Immerhin nehmen zwischenzeitlich mehr als **67 Prozent** aller Berliner Hausärzte teil und die Zahl der eingeschriebenen Patienten wächst kontinuierlich.

Die Ergebnisse zeigen, dass bei der Versorgung chronisch Kranker der richtige Weg eingeschlagen wurde. Dennoch muss erwähnt werden, dass die Disease-Management-Programme keine Wunder vollbringen. Ohne richtige Lebensführung sind alle ärztlichen Maßnahmen erfolglos. Für den Erfolg der Disease-Management-Programme ist auch die Compliance der Versicherten gefragt.

Uns ist es wichtig, die Qualität in der medizinischen Versorgung zu sichern. Damit die Patienten von der Versorgung profitieren, müssen Ärzte im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 ihre jährlichen Fortbildungsnachweise bei der KV Berlin einreichen. So ist sichergestellt, dass die Ärzte auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft sind.

Genauere Details sind in den einleitenden Kapiteln des Berichtes nachzulesen.

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 Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 dar. Im Bericht wird die Versorgung der eingeschriebenen Versicherten dargestellt sowie 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 bzw. nicht erreicht wurden.

Der Bericht basiert auf den von der Datenstelle als „plausibel“ und vollständig weitergeleiteten Datensätzen, die der Gemeinsamen Einrichtung für den Zeitraum vom 1.7.2006 bis 30.6.2007 übermittelt wurden.

Inhaltliche Grundlage für die Auswertung dieses Berichtes ist die Anlage 1 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV, 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. Disease-Management-Programme**

Der Begriff DMP bezeichnet die Behandlung von Krankheitsbildern anhand evidenzbasierter Handlungsempfehlungen, bei der alle Therapieschritte wie Behandlung, Rehabilitation und 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 von 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 ihres 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 Feedback-Berichten an die teilnehmenden Ärzte – soll hierbei unterstützen. Bisher wurden in Berlin strukturierte Behandlungsprogramme für die Krankheitsbilder Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und COPD 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 sowie § 3 des Gesellschaftsvertrages der Gemeinsamen Einrichtung 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
- 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 Anlage 1 § 3 sowie Anlage 2 § 4 des DMP-Vertrages) sowie der Schulungsberechtigungen 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 Versorgungssektors 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:

- Bei Teilnahmebeginn Kenntnisnahme des Praxismanuals und dessen Bestätigung durch Unterschrift, ggf. Teilnahme an einer Arzt-Fortbildungsveranstaltung
- 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“.

Seit dem 01.04.2006 können in Ausnahmefällen auch diabetologisch qualifizierte Ärzte, die als Internist ohne Schwerpunkt an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und die

Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 „Strukturqualität Koordinierender Vertragsarzt“ erfüllen, als Koordinierender Arzt gemäß § 3 am DMP-Vertrag teilnehmen.

### **3.1.2 Diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor**

Ärzte können als koordinierende und als Ärzte des so genannten diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (Diabeteschwerpunktpraxen) am DMP teilnehmen.

*Fachliche Anforderungen für Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Fachgebietsbezeichnung:*

- Bei Teilnahmebeginn Kenntnisnahme des Praxismanuals und dessen Bestätigung durch Unterschrift, ggf. Teilnahme an einer Arzt-Fortbildungsveranstaltung
- Anerkennung als Diabetologe der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) oder
- Subspezialisierung Diabetologie (Anerkennung in der ehemaligen DDR)

*Für Internisten:*

- Bei Teilnahmebeginn Kenntnisnahme des Praxismanuals und dessen Bestätigung durch Unterschrift, ggf. Teilnahme an einer Arzt-Fortbildungsveranstaltung
- 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 zuvor genannten fachlichen Anforderungen.

Seit dem 01.04.2007 können auch Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Fachgebietsbezeichnung und Fachärzte für Innere Medizin, die die Zusatzbezeichnung Diabetologie der Ärztekammer haben, am diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor teilnehmen.

*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 mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglucosebestimmung und HbA1c-Messung gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (HbA1c-Messungen in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)
- Elektrokardiogramm (EKG)
- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (Schädigung bestimmter Nervenbahnen), z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, „Prüfung Thermosensibilität“.
- Schulungsraum

*Anzahl der betreuten Diabetiker:*

- Regelmäßige Betreuung von mind. 250 Diabetikern/Quartal.

### **3.1.3 Durchführung von programmierten Schulungen**

Nach den 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
- das strukturierte Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP).

Um die Patientenschulungen durchführen zu können, bedarf es einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Dazu ist es notwendig, dass der Arzt (und ggf. seine Praxismitarbeiter) erfolgreich an einer entsprechenden Fortbildung teilgenommen haben, die zur Durchführung der Schulung 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 werden für das Jahr 2006 die Fortbildungsnachweise der am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmenden Ärzte durch die KV Berlin überprüft. Die Überprüfung orientierte sich an der Musterfortbildungsordnung der Bundesärztekammer. Insgesamt wurden von 1.635 zu diesem Zeitpunkt teilnehmenden Ärzten entsprechende Nachweise angefordert. 961 Ärzte besuchten einen Vortrag mit Diskussion zum Thema Diabetes, 830 Ärzte wiesen eine Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers (z.B. Qualitätszirkel) nach. 236 Ärzte hatten mehrtägige Kongresse im In- und Ausland besucht. Ferner gaben 1.096 Teilnehmer an, ein Selbststudium durch Fachliteratur und –bücher sowie Lehrmittel durchgeführt zu haben. (Mehrfachnennungen waren möglich)

### **3.1.5 Feedback-Berichte**

Eine Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung in der Qualitätssicherung ist das halbjährliche Erstellen von Feedback-Berichten für die am DMP teilnehmenden Ärzte. Hierbei sind die Daten der jeweiligen Praxis den Durchschnittsdaten aller teilnehmenden Praxen im Bereich der KV Berlin 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 Gemeinsamen Einrichtung folgende Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 durchgeführt:

- diverse Veröffentlichungen zum Thema im KV-Blatt
- Service-Telefone
- Pharmakotherapie-Beratung (in Kooperation zwischen der KV Berlin und der AOK Berlin: Durchführung von PharmPRO-Beratungen)
- Information der Ärzte über Mailings
- Dokumentationsschulungen
- Informationsveranstaltungen für Ärzte und Arzthelfer

## **4. Statistische Daten**

### **4.1 Feedback-Berichte**

Für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 wurden 1.182 Feedback-Berichte für den Zeitraum 01.07. bis 31.12.2006 und 1.267 Feedback-Berichte für den Zeitraum 01.01. bis 30.06.2007 an die teilnehmenden Vertragsärzte versandt. Die Berichte entsprechen den Vorgaben der Anlage 9 „Qualitätssicherung (2a)“

### **4.2 Anzahl der ambulanten Leistungserbringer**

Eine Genehmigung zur Teilnahme als koordinierender Arzt haben bis zum Stichtag 30.6.2007 insgesamt 1639 Ärzte erhalten. Davon nehmen 72 Ärzte am diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor teil. Zum Stichtag 30.06.2007 hatten 739 Ärzte eine Schulungsberechtigung für die Schulung von Diabetikern ohne Insulin. Weiterhin bestehen für die Schulung von Diabetikern mit Insulin 549 Genehmigungen, für die Schulung von Diabetikern mit Normalinsulin 93 Genehmigungen, für die Hypertonieschulung (ZI) 392 sowie für die Hypertonieschulung (HBSP) 4 Genehmigungen.

### **4.3 Daten zu den teilnehmenden Patienten**

Die Voraussetzung für die Einschreibung eines Patienten in das DMP ist die vollständige, plausible und fristgerecht eingereichte Erstdokumentation zusammen mit der Teilnahme- und

Einwilligungserklärung. Insgesamt wurden während der gesamten Programmlaufzeit<sup>1</sup> **145.300** Erstdokumentationen erstellt. Hiervon waren **135.965** Erstdokumentationen gültig. Dieses entspricht einer Quote von **93,6 %**. Im aktuellen Berichtszeitraum vom 01.07.2006 bis zum 30.06.2007 wurden **34.241** Erstdokumentationen erstellt. Hiervon waren **30.554** gültig. Dies entspricht einer Quote von **89,2 %**. Somit ist die Quote der gültigen Erstdokumentationen von 93,34% (2. Berichtszeitraum) bzw. 96,23 % (3. Berichtszeitraum) der vorangegangenen Berichtszeiträume gesunken.

Insgesamt waren während der gesamten bisherigen Programmlaufzeit 4.020 Erstdokumentationen verfristet. Dies entspricht einer Quote von 2,8% aller eingegangenen Erstdokumentationen. Im aktuellen Berichtszeitraum waren 760 Erstdokumentationen verfristet. Dies entspricht einer Quote von 2,2% der eingegangenen Erstdokumentationen.

Die Datenstelle prüft die Dokumentation beim Eingang auf Vollständigkeit und Plausibilität. Bei unvollständig oder unplausibel 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 eine Krankenkasse fordert die Datenstelle ebenfalls fehlende Teilnahme- und Einwilligungserklärungen, erstmalig innerhalb einer Woche nach Eingang der Erstdokumentation, von dem Vertragsarzt ein.

Für die Vollständigkeit der Dokumentation sieht der DMP-Vertrag abweichend zu den vorherigen Berichtszeiträumen<sup>2</sup> vor, dass eine Vollständigkeitsquote von

- mindestens 90% nach drei Jahren DMP-Laufzeit und
- mindestens 95% nach fünf und mehr Jahren DMP-Laufzeit

beim ersten Eingang der Dokumentation erreicht werden soll. Das bedeutet, dass alle erforderlichen Datenfelder auf der Dokumentation bereits beim ersten Eingang ausgefüllt sind und kein Korrekturbedarf besteht.

Zum Stichtag 30.06.2007 lagen für die gesamte bisherige Programmlaufzeit bei 99.362 Patienten bereits beim ersten Eingang vollständige Erstdokumentationen vor. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 68,4%. Bei gemeinsamer Betrachtung des zweiten, dritten und vierten Berichtszeitraumes wird eine Quote 72,8% erreicht. Bei separater Betrachtung der drei letzten Berichtszeiträume konnte diese Quote im letzten Berichtszeitraum auf 74,5 % gesteigert werden. Das Ziel von 90% korrekt ausgefüllten Erstdokumentationen bei Ersteingang wurde nicht erreicht.

Von allen am strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 eingeschriebenen Versicherten gingen 526.411 Folgedokumentationen bei der Datenstelle ein, bei denen kein weiterer Korrekturbedarf bestand. Dies entspricht einer Quote von 82,6 % aller eingegangenen Folgedokumentationen. Bei gemeinsamer Betrachtung des zweiten, dritten und vierten Berichtszeitraumes wird eine Quote 83,4% erreicht. Im aktuellen Berichtszeitraum vom 01.07.2006 bis zum 30.06.2007 beträgt die Quote 86,6%. Das geforderte Qualitätsziel von 90% wurde im aktuellen Berichtszeitraum somit auch für die Folgedokumentationen nicht erreicht.

---

Die Auswertungen der Ziffer 4.3. basieren zum Teil auf wöchentlichen Statistiken, so dass hier geringfügige Abweichungen zu einer stichtagsbezogenen taggenauen Auswertung möglich sind.

<sup>2</sup> Im Zuge der Umsetzung der 12.RSA-ÄndV wurden die QS-Anlagen hinsichtlich der Qualitätsziele angepasst

Weiterhin wurde im DMP vertraglich 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 30.06.2007 fehlten von allen bis zu diesem Zeitpunkt eingeschriebenen Versicherten 14.700 Dokumentationen von 266.582 zu erwartenden Dokumentationen, wobei hierbei keine fehlenden Dokumentationen von bereits in vorangegangenen Quartalen verfristeten oder beendeten Fällen beinhaltet sind. Die Quote der ausstehenden Dokumentationen beträgt 5,5% und konnte somit im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum weiterhin reduziert werden.

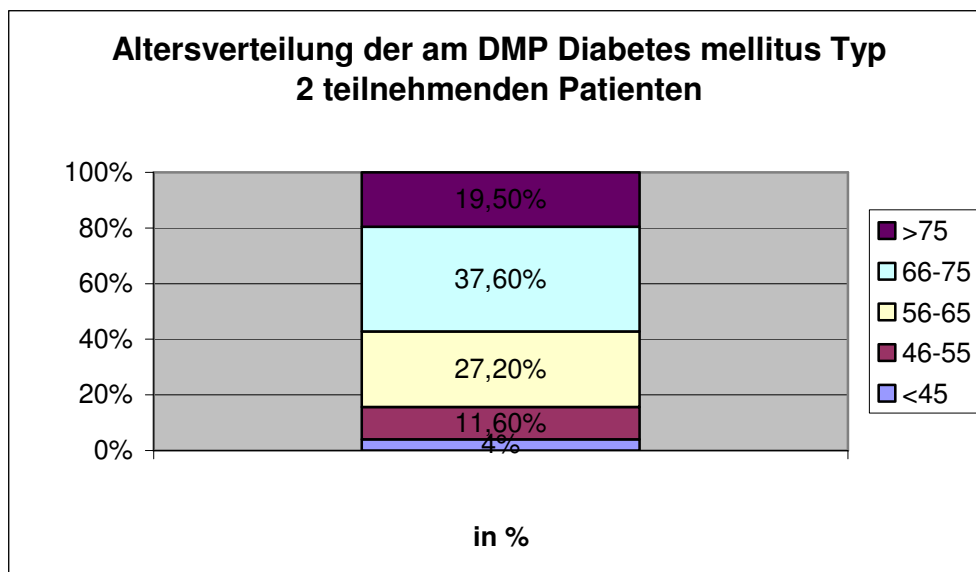
Die Datenstelle versendet den Reminder 4 Wochen vor Ablauf des Quartals an die Ärzte, von denen noch Dokumentationen ausstehen.

Für die weitere Teilnahme des Patienten am DMP ist es ebenfalls notwendig, vollständige, plausible und fristgerecht eingereichte Folgedokumentationen zu erstellen. Bis zum 30.6.2007 lagen 636.982 erstellte Folgedokumentationen vor. Gültig waren davon 597.985. Dies entspricht einer Quote von 93,9%. Im aktuellen Berichtszeitraum lagen 243.795 erstellte Folgedokumentationen vor, davon waren 228.335 gültig. Dies entspricht einer Quote von 93,6 %.

Bis zum Inkrafttreten des GKV-WSG zum 01.04.2007 waren die Teilnahmevoraussetzungen für Patienten am DMP nicht mehr erfüllt, wenn innerhalb von drei Jahren zwei zu erstellende Folgedokumentationen für einen Patienten fehlten. Zum 2. Quartal 2007 änderten sich die diesbezüglichen Teilnahmevoraussetzungen, so dass für den aktuellen Berichtszeitraum nur Daten bis zum 31.03.2007 ausgewertet wurden. Für diesen Berichtszeitraum waren für 8.547 eingeschriebene Patienten die Teilnahmevoraussetzungen aufgrund mindestens zwei fehlender Folgedokumentationen nicht mehr erfüllt.

Die Altersverteilung der Patienten (Grundgesamtheit: 110.464), die in diesem Bericht betrachtet werden, stellt sich wie folgt dar:

Alter	in Prozent
<45	4%
46-55	11,60%
56-65	27,20%
66-75	37,60%
>75	19,50%



## 5. Erreichung der Qualitätsziele

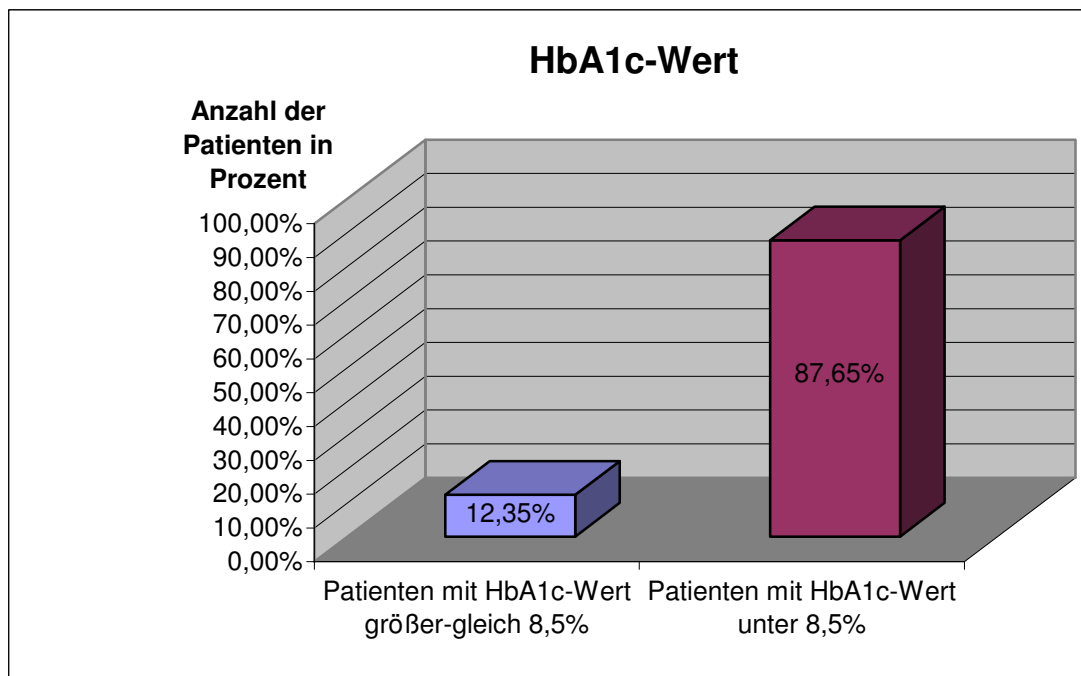
In diesem Abschnitt wird die Erreichung der Qualitätsziele dargestellt. Grundlage hierfür sind die Anlage 1 der RSAV, aus der in einigen Passagen zitiert wird, und die vertraglichen Vereinbarungen, insbesondere die Anlage 9 „Qualitätssicherung 2a“ des DMP-Vertrages mit Stand vom 03.03.2006. Die Ergebnisse sind in Bezug auf die im DMP-Vertrag vereinbarten Qualitätsziele textlich und in Form von Diagrammen dargestellt. Es werden hierbei Daten von 100.464 Patienten berücksichtigt. Davon 12.517 neue Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 87.947 Patienten, für die auch eine Folgedokumentation vorliegt.

### 5.1 HbA1c-Wert

Der HbA1c-Wert dient zum einen als diagnostischer Parameter für die Manifestation eines Diabetes als auch als Kennwert für die Therapiekontrolle. Er spiegelt die durchschnittlichen Blutzuckerwerte der vergangenen 8-10 Wochen wieder, unabhängig davon, ob die Blutzuckerwerte zwischenzeitlich starken Schwankungen unterlagen. Der HbA1c -Wert ist insbesondere mit den mikrovaskulären Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus assoziiert. Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag neu vereinbart, dass höchstens 10% aller Teilnehmer einen HbA1c Wert von 8,5% oder höher erreichen.

Die Abbildung zeigt, dass bei ~ 12,4% der Programtteilnehmer ein HbA1c-Wert von 8,5% oder höher vorliegt.

Das Qualitätsziel wurde nicht erreicht.



	in Prozent	absolut
Patienten mit HbA1c-Wert größer-gleich 8,5%	12,35%	12410
Patienten mit HbA1c-Wert unter 8,5%	87,65%	88054
Grundgesamtheit	100%	100464

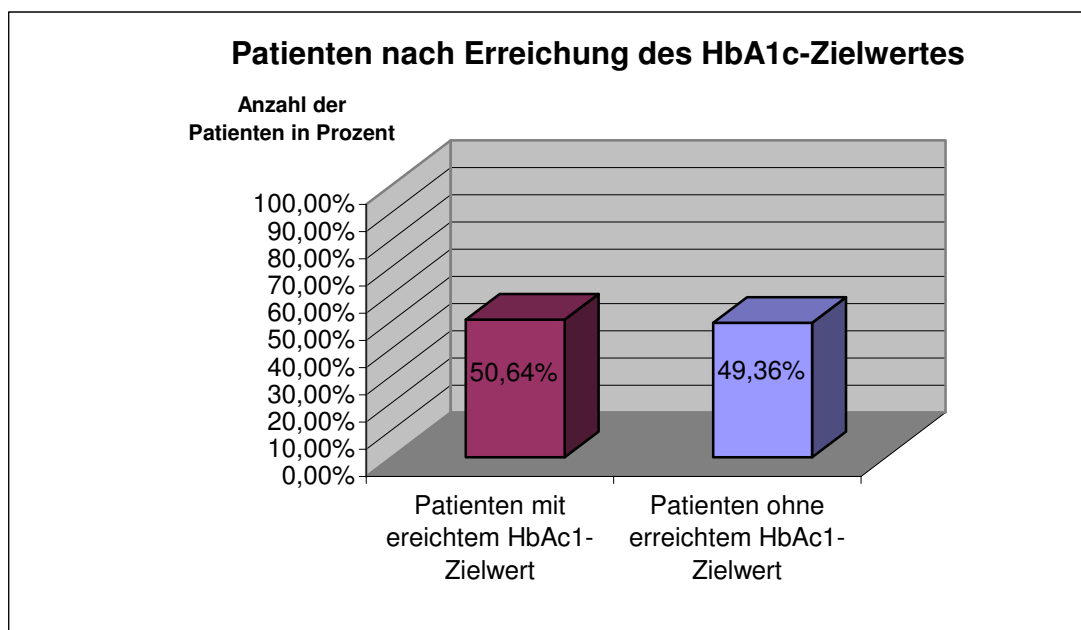
## 5.2 Erreichung des vereinbarten HbA1c-Zielwertes

Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit dem Patienten individuelle Therapieziele zu vereinbaren. Der HbA1c-Wert ist ein zentraler Parameter für die langfristige Stoffwechselkontrolle und stellt neben dem Blutdruck einen wesentlichen Zielwert im Rahmen der individuellen Therapieplanung dar.

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag neu vereinbart, dass mindestens 55% aller Teilnehmer ihren individuell vereinbarten HbA1c-Zielwert erreichen.

Die Abbildung zeigt, dass ~ 50,6% der Programtteilnehmer ihren vereinbarten HbA1c-Zielwerte erreicht haben (Grundgesamtheit: 100.464).

Das Qualitätsziel wurde nicht erreicht.



	in Prozent	absolut
Patienten mit erreichtem HbAc1-Zielwert	50,64%	50872
Patienten ohne erreichtem HbAc1-Zielwert	49,36%	49592
Grundgesamtheit	100%	100464

### 5.3 Vermeidung von schweren Hypoglykämien

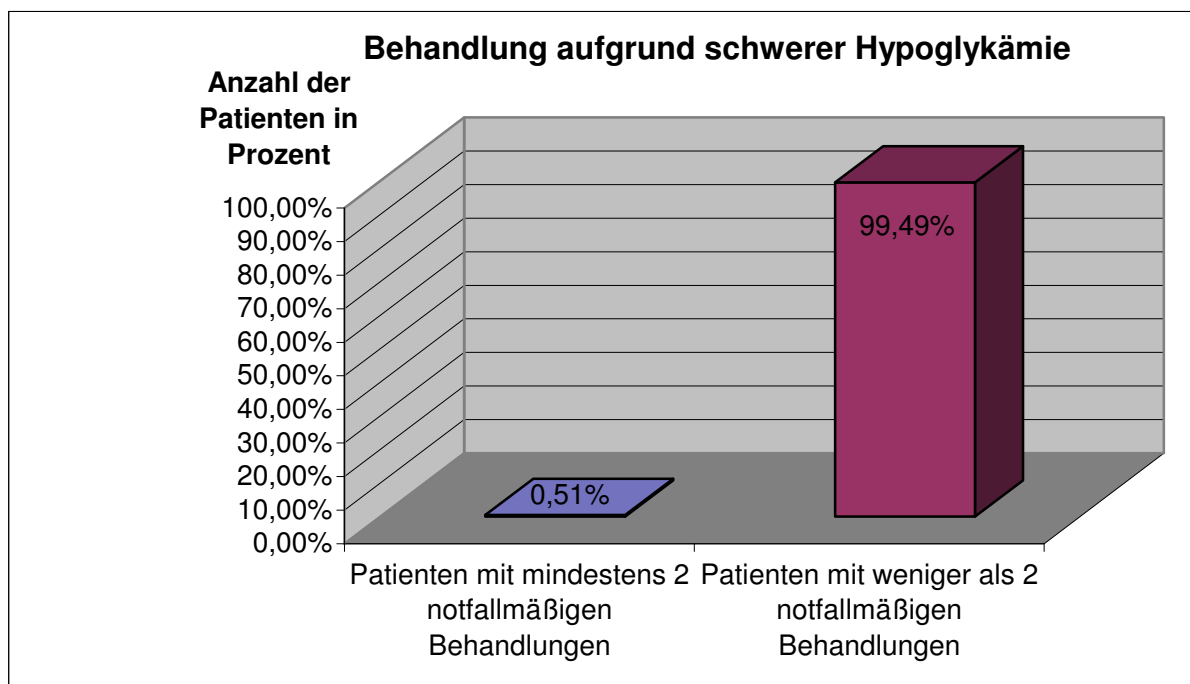
Patienten mit ungenügender Stoffwechseleinstellung verursachen hohe Kosten durch Behandlungen aufgrund von Stoffwechselentgleisungen. Die Anzahl und Dauer dieser Behandlungen kann durch eine gute Stoffwechselkontrolle reduziert werden. Anzahl und Dauer der Behandlungen sind ein wichtiger Parameter der 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 neu vereinbart, dass weniger als 1% der Patienten aufgrund von schweren Hypoglykämien mehr als zweimal innerhalb von 6 Monaten notfallmäßig behandelt werden müssen.

Die Abbildung zeigt Anteile und Anzahl der Patienten mit mindestens 6 Monaten DMP-Teilnahme, die im aktuellen Berichtszeitraum wegen schweren Hypoglykämien zweimal oder mehr als zweimal behandelt werden mussten, an allen dokumentierten Patienten (Grundgesamtheit: 77.907).

Der Anteil der Patienten, die wegen schweren Hypoglykämien mehr als zweimal behandelt werden mussten, betrug ~ 0,5%.

Das Qualitätsziel von höchstens 1% wurde erreicht.



	in Prozent	absolut
Patienten mit mindestens 2 notfallmäßigen Behandlungen	0,51%	396
Patienten mit weniger als 2 notfallmäßigen Behandlungen	99,49%	77511
Grundgesamtheit	100%	77907

## 5.4 Vermeidung stationärer Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen

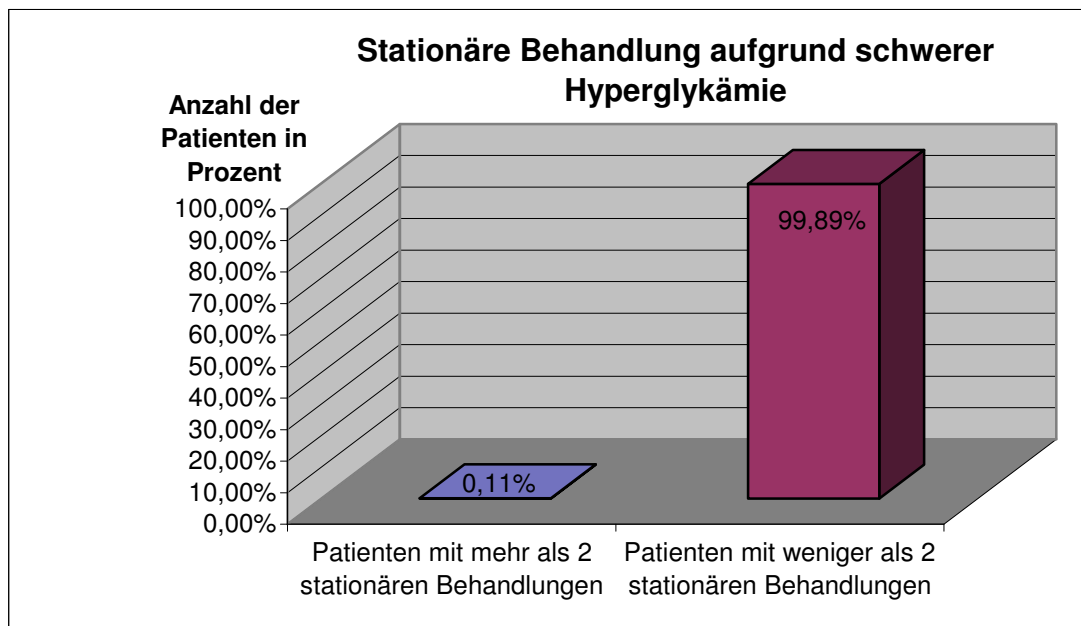
Patienten mit ungenügender Stoffwechseleinstellung verursachen hohe Kosten durch Behandlungen aufgrund von Stoffwechsellentgleisungen. Die Anzahl und Dauer dieser Behandlungen kann durch eine gute Stoffwechselkontrolle reduziert werden.

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 neu vereinbart, dass weniger als 0,5 % der Patienten aufgrund von schweren hyperglykämischen Entgleisungen mehr als zweimal stationär innerhalb von 6 Monaten behandelt werden müssen.

In der Abbildung werden Anteile und Anzahl der Patienten dargestellt, die im aktuellen Berichtszeitraum stationär wegen schweren hyperglykämischen Entgleisungen zweimal oder mehr als zweimal behandelt werden mussten, an allen dokumentierten Patienten mit mindestens 6 Monaten DMP-Teilnahme (Grundgesamtheit: 77.907).

Der Anteil der Patienten, die stationär wegen schweren hyperglykämischen Entgleisungen mehr als zweimal behandelt werden mussten, betrug ~ 0,1%.

Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von höchstens 0,5% erreicht.



	in Prozent	absolut
Patienten mit mehr als 2 stationären Behandlungen	0,11%	85
Patienten mit weniger als 2 stationären Behandlungen	99,89%	77822
Grundgesamtheit	100%	77907

## 5.5 Blutdruckeinstellung

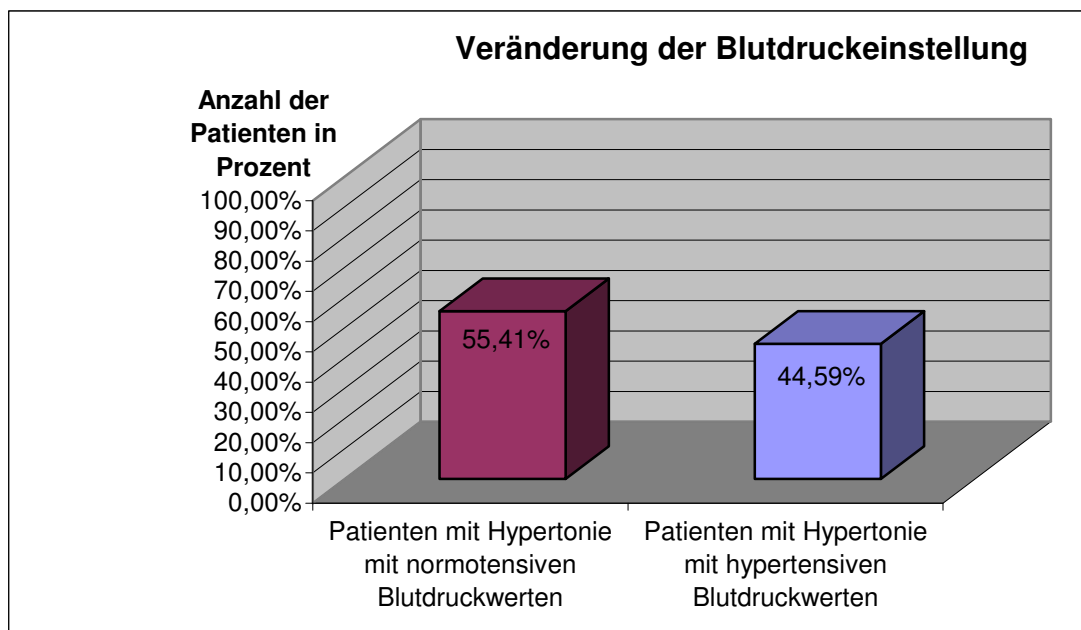
Blutdruck ist neben HbA1c ein weiterer wesentlicher Parameter bei der individuellen Therapiezielplanung. Die Blutdruckeinstellung trägt entscheidend zur Senkung des Mortalitätsrisikos bei und vermindert die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung mikro- und makrovaskulärer Folgekomplikationen.

*"Unabhängig von der blutzuckersenkenden Therapie reduziert die blutdrucksenkende Therapie bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 die Morbidität und Mortalität." (Anl.1 RSAV)*

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag neu vereinbart, dass zwischen dem 3. und 6. Jahr der DMP Laufzeit bei mindestens 40 % und nach dem 6. Jahr bei mindestens 50 % der Patienten mit zunächst hypertensiven Blutdruckwerten im Verlauf auf normotensive Werte gebracht werden.

Die Abbildung zeigt Anteile und Anzahl der Patienten, die in einer vorangegangenen Dokumentation als Hypertoniker ausgewiesen wurden (Grundgesamtheit: 76158) und aktuell auf normotensive Werte gebracht werden konnten (< 140/90 mmHg). ~ 55,4 % der Patienten mit bekannter Hypertonie, konnten auf normotensive Werte gebracht werden.

Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von mindestens 40% erreicht.



	in Prozent	absolut
Patienten mit Hypertonie mit normotensiven Blutdruckwerten	55,41%	42198
Patienten mit Hypertonie mit hypertensiven Blutdruckwerten	44,59%	33960
Grundgesamtheit	100%	76158

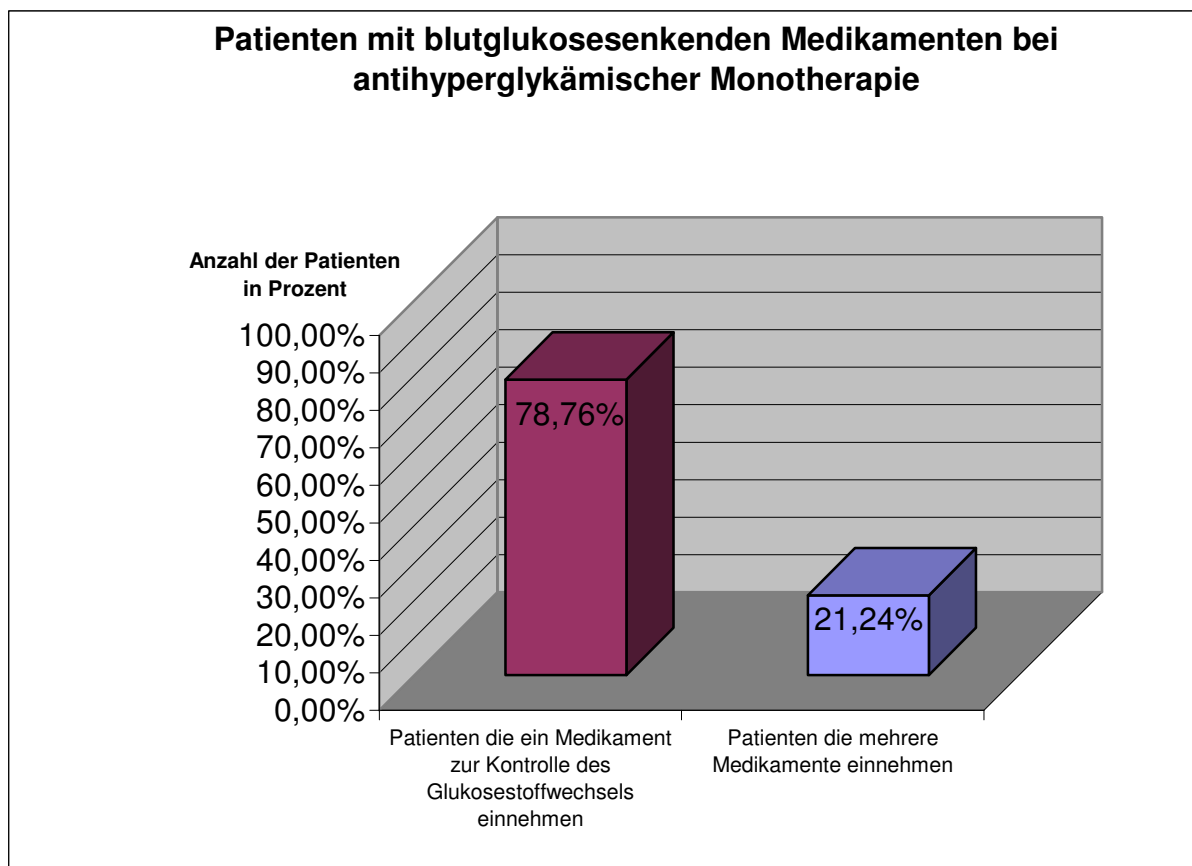
## 5.6 Medikamentöse antihyperglykämische Therapie

Die Anlage 1 der RSAV enthält Vorgaben für den vorrangigen Einsatz von antihyperglykämischen Wirkstoffen. Demnach sollten in der Monotherapie vorrangig die Wirkstoffe Glibenclamid, Metformin und Insulin eingesetzt werden. Der DMP-Vertrag für die Region Berlin sieht vor, dass zwischen dem 3. und 6. Jahr der DMP Laufzeit 50 % und nach dem 6. Jahr 60 % aller eingeschriebenen Versicherten ausschließlich mit den in der RSAV empfohlenen Medikamenten behandelt werden.

Die Abbildung zeigt die Anzahl der Patienten (Grundgesamtheit: 47117) die **ein** Medikament zur Kontrolle des Glukosestoffwechsels einnehmen und davon den Anteil der Patienten, die ein vorrangig empfohlenes Medikament erhalten.

Im aktuellen Berichtszeitraum haben von allen Patienten, die ein blutglukosesenkendes Medikament als Monotherapie erhalten haben, 78,8% ein in der RSAV vorrangig empfohlenes Medikament in Monotherapie erhalten.

Das Qualitätsziel wurde erreicht.



	in Prozent	absolut
Patienten, die ein Medikament zur Kontrolle des Glukosestoffwechsels einnehmen	78,76%	37107
Patienten, die mehrere Medikamente einnehmen	21,24%	10010
Grundgesamtheit	100%	47117

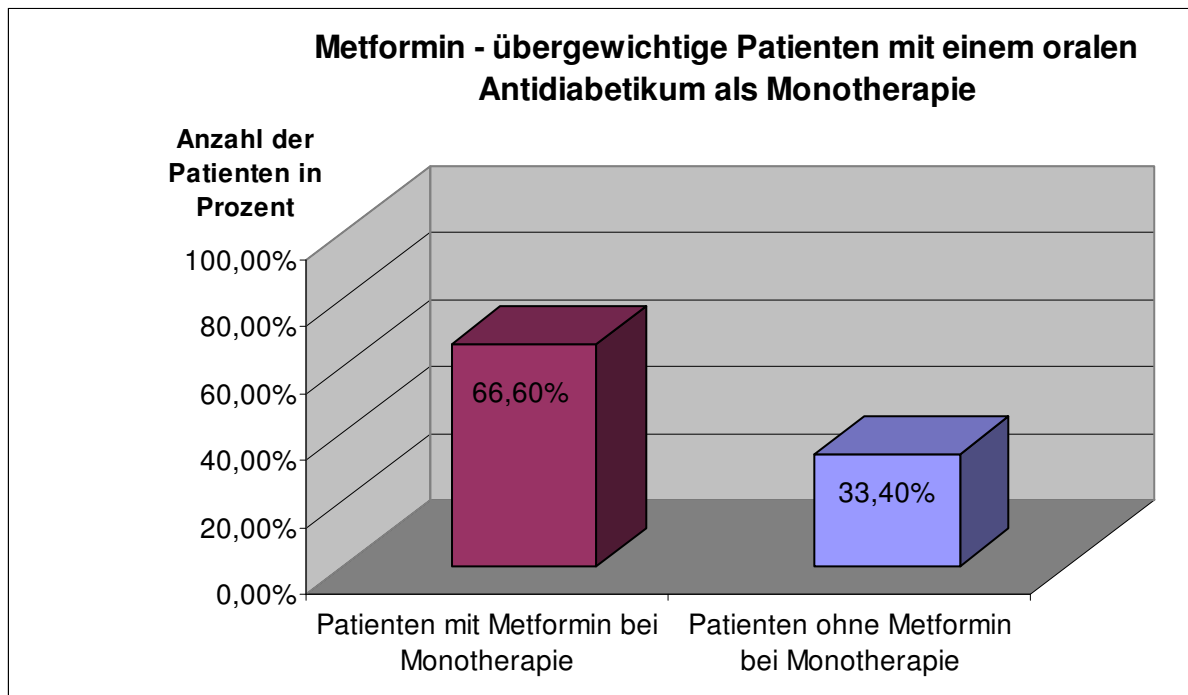
## 5.7 Behandlung mit Metformin

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. Das Qualitätsziel des DMP-Vertrages für Berlin sieht vor, dass ein hoher Anteil der übergewichtigen Patienten, die eine Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum erhalten, mit Metformin behandelt werden.

Zwischen dem 3. und 6. Jahr der DMP Laufzeit sollten mindestens 50% der übergewichtigen Patienten mit Metformin behandelt werden. Nach dem 6. Jahr liegt der Zielwert bei mindestens 60 %.

Die Abbildung zeigt den Anteil der Patienten (Grundgesamtheit: 24.169), die übergewichtig sind und mit einem oralen Antidiabetikum als Monotherapie behandelt werden und davon den Anteil der Patienten, die Metformin erhalten. 66,6% der übergewichtigen Patienten haben bei einer Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum Metformin erhalten.

Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von mindestens 50% erreicht.



	in Prozent	absolut
Patienten mit Metformin bei Monotherapie	66,60%	16097
Patienten ohne Metformin bei Monotherapie	33,40%	8072
Grundgesamtheit	100%	24169

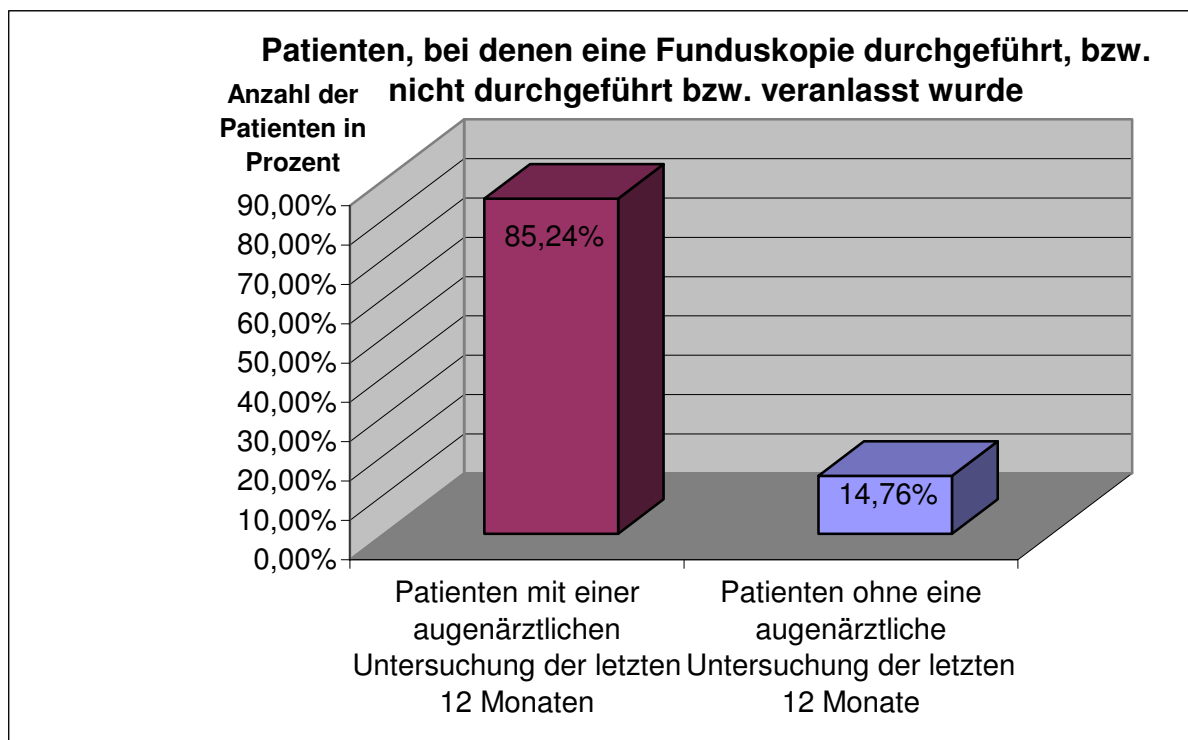
## 5.8 Funduskopie

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 Netzhaut-Untersuchung in Mydriasis oder eine Netzhaut-Photographie (Fundus-Photographie) durchzuführen."  
(Anl. 1 der RSAV)*

Der DMP-Vertrag für Berlin definiert als Qualitätsziel eine jährliche augenärztliche Untersuchung. Zwischen dem 3. und 6. Jahr der Programmlaufzeit sollen mindestens 80% und nach dem 6. Jahr mindestens 90% der Teilnehmer eine augenärztliche Untersuchung erhalten. Berücksichtigt werden bei der Auswertung alle Patienten mit einer Teilnahmedauer von mindestens 12 Monaten (Grundgesamtheit 65.080).

Die Abbildung zeigt den Anteil der Patienten, bei denen innerhalb der letzten 12 Monate eine Funduskopie durchgeführt wurde. Diese lag bei ~ 85,2 %. Das vereinbarte Qualitätsziel von mindestens 80 % wurde erreicht.



	in Prozent	absolut
Patienten mit einer augenärztlichen Untersuchung innerhalb der letzten 12 Monaten	85,24%	55473
Patienten ohne eine augenärztliche Untersuchung innerhalb der letzten 12 Monate	14,76%	9607
Grundgesamtheit	100%	65080

## 5.9 Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus

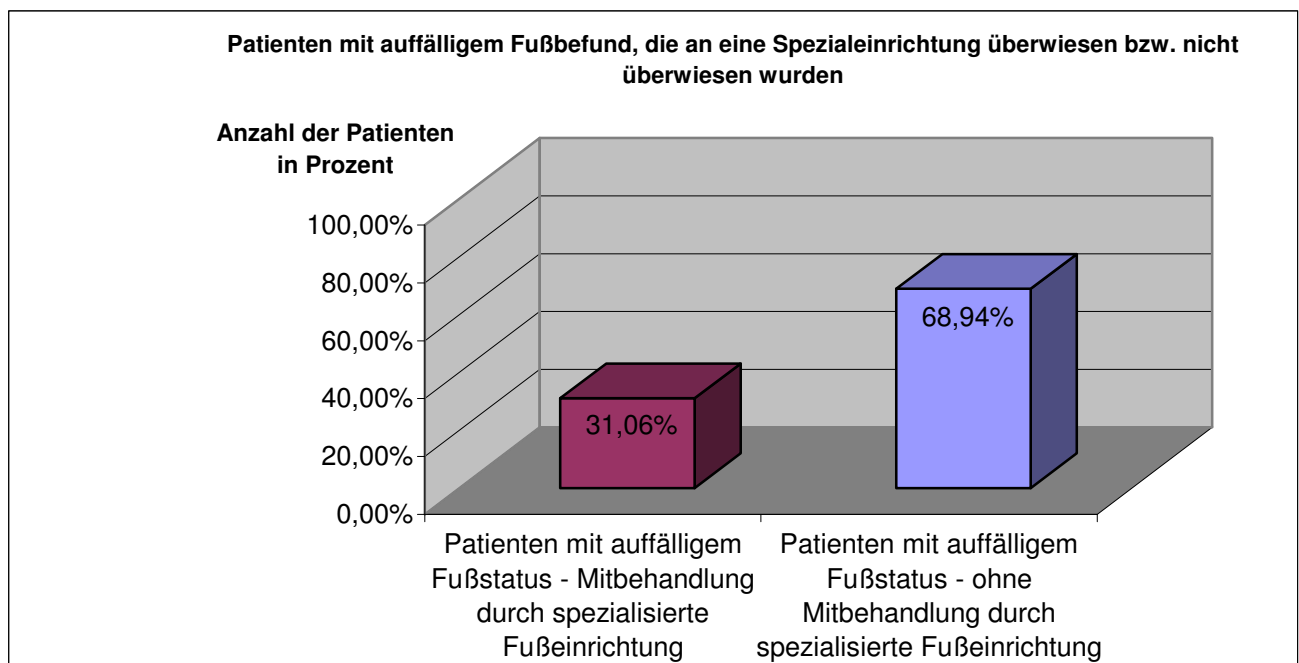
Die Fußinspektion stellt eine wesentliche Verlaufskontrolle bei Diabetikern dar und sollte mindestens einmal jährlich durchgeführt werden. Ein auffälliger Fußbefund wird nach der Wagner-Klassifikation dokumentiert.

*"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." (Anl.1 der RSAV)*

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass zwischen dem 3. und 6. Jahr der DMP Laufzeit mindestens 65 % und nach dem 6. DMP-Jahr mindestens 75 % der Patienten mit einem auffälligen Fußstatus an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung überwiesen werden.

Die Abbildung zeigt Anteile und Anzahl der Patienten mit auffälligem Fußstatus, für die eine Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung (Diabetische Fußambulanz oder Diabetologe) veranlasst wurde (Grundgesamtheit: 6.053). 31,1% der Patienten mit auffälligem Fußbefund wurden im aktuellen Berichtszeitraum an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung überwiesen. Das Qualitätsziel von mindestens 65% wurde nicht erreicht.

Hierbei muss berücksichtigt werden, dass in Berlin ein Drittel bis knapp die Hälfte der im Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 2 eingeschriebenen Versicherten bereits bei einem Diabetologen als koordinierenden 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 überweist, könnte hieraus die geringe Überweisungsrate in Berlin resultieren.



	in Prozent	absolut
Patienten mit auffälligem Fußstatus - Mitbehandlung durch spezialisierte Fußeinrichtung	31,06%	1880
Patienten mit auffälligem Fußstatus - ohne Mitbehandlung durch spezialisierte Fußeinrichtung	68,94%	4173
Grundgesamtheit	100%	6053

## 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 vierten Jahres der Laufzeit des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2 in Berlin dargestellt.

Am Ende des vierten Berichtsjahres nehmen in Berlin 1.639 Ärzte, davon 72 am diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor, am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teil, die insgesamt 135.965 Diabetiker in das Programm eingeschrieben haben. Die Zahl der teilnehmenden Patienten hat sich somit um ca. 30 % im Vergleich zum Vorjahr erhöht. Auch die Anzahl der teilnehmenden Ärzte, die Schulungsprogramme für Diabetiker zum Thema Diabetes oder Hypertonie anbieten, wurde gesteigert. Den teilnehmenden Ärzten wurden die DMP-Ergebnisse, bezogen auf ihre Patienten im Vergleich zu allen teilnehmenden Ärzten im Bereich der KV Berlin, halbjährlich in den zugesandten Feedbackberichten dargestellt. Die Feedbackberichte stellen eine wesentliche Grundlage für den hier vorliegenden Qualitätsbericht dar.

Die Ergebnisse des vierten Jahres der Laufzeit des DMP Diabetes mellitus Typ 2 zeigen, dass vereinzelt noch Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung des Programms bestehen. Dies betraf insbesondere die Dokumentation und die Prozesssteuerung der Folgedokumentation. Durch intensive Betreuung, Information und Schulung der Ärzte und Praxisteams konnte über die gesamte Programmlaufzeit betrachtet jedoch eine Verbesserung erreicht werden. So lag zum Berichtszeitpunkt die Quote der bei Eingang korrekten Erstdokumentationen seit Programmstart bei 68,4%, die der Folgedokumentationen bei 86,6 %. Diese positiven Ergebnisse sollten jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass weitere Anstrengungen unternommen werden müssen, sowohl die Dokumentation als auch die Prozesse im DMP weiter zu vereinfachen, um Disease Management Programme in den Arztpraxen mit geringem logistischen Aufwand durchzuführen. So ist künftig zu erwarten, dass weitere Anpassungen in der Dokumentation zur häufigeren Nutzung von Dokumentationssoftware und durch die weitere Steigerung der teilnehmenden Praxen an der elektronischen Dokumentation (eDMP) zu einer weiteren Verbesserung der DMP-Handhabung führen werden.

Die zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse für die medizinischen Versorgungsziele im vierten Berichtsjahr zeigt, dass die teilweise hervorragenden Ergebnisse aus den vorherigen Berichtsjahren zwar nicht durchgehend gehalten werden konnten, aber dennoch sehr gute Ergebnisse erreicht wurden. Auch ist zu berücksichtigen, dass die Qualitätsberichte nicht deckungsgleiche Arzt- und Patientenkollektive betrachten und somit nicht direkt vergleichbar sind. Für viele Qualitätsziele gelten im vierten Jahr der Programmlaufzeit eine höhere Erreichungsquote als zum Programmbeginn.

Im vierten Berichtsjahr mussten nur 0,5% der betrachteten Diabetiker wegen einer schweren Hypoglykämie mehr als 2x behandelt werden. Nur 0,1% der Diabetiker wurden wegen einer schweren hyperglykämischen Stoffwechsellage mehr als 2x stationär behandelt. In den halbjährlich erstellten Feedbackberichten wurden die Ärzte individuell auf Patienten, die mehr als 2x stationär wegen Hyperglykämien stationär behandelt wurden, hingewiesen. Ergänzend wurden die aktuelle antihyperglykämische Medikation sowie eine mögliche Änderung der Medikation in den letzten 2 Quartalen aufgeführt.

Bei 85,7 % der ausgewerteten Patienten wurde eine Funduskopie durchgeführt. Damit ist die Funduskopiequote höher als im vorherigen Berichtszeitraum. Das Qualitätsziel wurde erreicht. Als weiteres Qualitätsziel wurde bei dem Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms oder eines Hochrisikofußes die Überweisung an eine auf die Behandlung eines diabetischen Fußsyndroms spezialisierte Einrichtung vereinbart. Hier ist das vereinbarte Qualitätsziel zwar formal nicht erreicht, jedoch muss dabei berücksichtigt werden, dass in Berlin bis zur Hälfte der Teilnehmer am DMP Diabetes mellitus Typ 2 bei einem koordinierenden Diabetologen in Behandlung sind und dieser in seiner

Doppelfunktion keine Überweisungen ausstellt. In den Feedbackberichten wurden die Ärzte auf ihre Patienten hingewiesen, die keine Funduskopie oder keine Fußinspektion erhalten haben. Ärzte und Patienten wurden mit Hilfe von Qualitätssicherungsbroschüren zum Thema Diabetes und Augen sowie Diabetes und Füße zur Bedeutung der regelmäßigen Untersuchung informiert.

Ca. 12,4% der Diabetiker hatten im Berichtszeitraum einen HbA1c von 8,5% und höher. Damit lag diese Quote höher als das vereinbarte Qualitätsziel (Zielwert  $\leq 10\%$ ). Auch bei der Erreichung des individuell vereinbarten HbA1c- Zielwertes wurde das vereinbarte Qualitätsziel nicht ganz erreicht. Hinsichtlich der vereinbarten Qualitätsziele zur Blutdruckeinstellung konnten 55,4% der Patienten mit bekannter Hypertonie normotone Blutdruckwerte und damit insgesamt das Qualitätsziel erreichen.

Im Bereich der medikamentösen Therapie konnten die vereinbarten Zielwerte erreicht werden. So erhielten Patienten die ein blutglukosesenkendes Medikament als Monotherapie erhalten haben, zu 78,8 % ein in der RSAV vorrangig empfohlenes Medikament (Zielwert  $\geq 50\%$ ). Als weiteres Qualitätsziel wurde vereinbart, dass mindestens 50% der übergewichtigen Patienten die eine Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum erhalten, mit Metformin behandelt werden. Dies war im Berichtszeitraum bei 66,6% der übergewichtigen Patienten der Fall. In den versandten Feedbackberichten wurde den Ärzten ihre eigene Verordnungsweise im Vergleich zu den übrigen teilnehmenden Ärzten der KV Berlin aufgezeigt. Zusätzlich wurde in den Berichten beispielsweise auf andauernd hypertone Patienten hingewiesen, verbunden mit einem Aufzeigen der antihypertensiven Therapie und dem Schulungsstatus der betreffenden Patienten. Zur Unterstützung der Ärzte bei der leitliniengerechten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie des Diabetes mellitus Typ 2 sowie zur Erörterung problematischer Fälle sind auch für das nächste Jahr der Programmlaufzeit spezielle Pharmakotherapiefortbildungen in kleinen Gruppen geplant.