

Änderungen in den DMP Dokumentationen zum Diabetes mellitus und Koronare Herzkrankheit (KHK)

Lutz Altenhofen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der seit dem Jahr 2011 beauftragt ist, die Rahmenbedingungen der strukturierten Behandlungsprogramme auf Bundesebene per Richtlinienvorgaben festzulegen, hat einige Änderungen zu den DMP Diabetes mellitus und KHK beschlossen, die ab dem 1. Juli umzusetzen sind und nachfolgend erläutert werden.

Vorweg ist festzustellen, dass nach der Einführung der verpflichtenden elektronisch gestützten DMP Dokumentation im Jahr 2008 diese Dokumentationen zum ersten Mal modifiziert werden. Erkennbar spiegeln einige Änderungen auch Vorschläge wieder, die von vielen DMP beteiligten Ärzten schon seit einigen Jahren gefordert werden.

I. DMP KHK

Abschnitt „Anamnese- und Befunddaten“

Wie in der Vergangenheit werden im DMP KHK künftig auch die LDL-Werte wieder als Laborwert vorgesehen. Das erneute Aufgreifen dieses Parameters in der DMP Dokumentation folgt der auch in der Nationalen Versorgungsleitlinie konsentierten Stellungnahme, wonach epidemiologische Studien und Registerdaten übereinstimmend ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse mit steigendem LDL-Cholesterinspiegel anzeigen.

Nach der G-BA-Richtlinie ist von einer mindestens einmal pro Jahr vorzunehmenden LDL-Wert-Bestimmung auszugehen. Wie oft diese LDL-Kontrollen innerhalb eines Jahres wiederholt werden müssen, lässt die G-BA-Richtlinie offen. Im klinischen Alltag dürfte eine LDL-Bestimmung wohl auch zur Beurteilung der Einnahmetreue der in der Regel bei KHK-Patienten erforderlichen Statinverordnung dienen.

Auf eine auch bislang nur optionale Dokumentation der Kreatininwerte wird im DMP KHK künftig verzichtet. Allerdings wird seitens des G-BA erwartet, dass bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren, denen renal eliminierte Arzneimittel verordnet werden, die Nierenfunktion mindestens in jährlichen Abständen durch die Berechnung der glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel (estimated glomerular filtration rate eGFR) überwacht wird. Dokumentiert wird dieser Wert allerdings im DMP KHK nicht.

Schließlich wird vorgesehen, die Schweregradeinteilung der stabilen Angina pectoris Symptomatik gemäß der Klassifikation der Canadian Cardiovascular Society zur Beschreibung der funktionellen Beeinträchtigung der betreffenden Patienten zu verwenden.

Nach dieser CCS-Klassifikation sind folgende vier Stufen der Belastungstoleranz zu unterscheiden:

Schweregrad	Belastungstoleranz
CCS 4 	Ruhebeschwerden oder Beschwerden bei geringster Belastung
CCS 3 	Angina pectoris bei leichter körperlicher Belastung (normales Gehen, Ankleiden)
CCS 2 	Angina pectoris bei stärkerer Anstrengung (schnelles Laufen, Bergaufgehen, Treppensteigen nach dem Essen, in Kälte, Wind oder bei psychischer Belastung)
CCS 1 	Keine Angina pectoris bei Alltagsbelastungen (Laufen, Treppensteigen), jedoch bei plötzlicher oder längerer physischer Belastung

Abbildung 1: Einteilung der Schweregrade der stabilen Angina pectoris entsprechend der Canadian Cardiovascular Society (nach: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK – Langfassung, 3. Auflage. Version 1. 2014.)

Die Einschätzung der aktuellen Belastungstoleranz der KHK muss in jeder DMP Dokumentation bei KHK-Patienten mit einer A.p. Symptomatik niedergelegt werden. Künftig wird auf der Basis dieser CCS-Klassifikation ein neuer Qualitätsindikator in die DMP KHK Feedback-Berichte eingeführt, der lautet: ‚Niedriger Anteil von KHK Patienten mit Angina pectoris Beschwerden‘.

Abschnitt „Medikation“

Zunächst werden im Bereich der Angaben zur KHK spezifischen Medikation künftig auch neben den ACE-Hemmern, die Gruppe der „AT1-Antagonisten“ aufgeführt. Dies ist besonders wichtig, da für Patienten mit Herzinsuffizienz die Gabe von ACE-Hemmern als Qualitätsindikator gemessen, und der Anteil entsprechend auf diesen Wirkstoff eingestellter Patienten regelmäßig im Feedback-Bericht zurückgemeldet wird. Bislang konnten alternative Verordnungsstrategien zur Beeinflussung des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (RAAS) praxisseitig nie angemessen bzw. vollständig in der DMP Dokumentation dargestellt und ausgewertet werden. Mit der Erweiterung um die Erwähnung der AT1-Antagonisten wird zumindest ein wichtiger Schritt in die Richtung der dokumentationsstechnischen Abbildung aller wichtigen RAAS-bezogenen Wirkstoffe getan.

Es besteht die Hoffnung, dass künftig gezeigt werden kann, dass die Versorgung dieser KHK-Patienten und vor allem der Patienten mit Herzinsuffizienz mit dieser Medikationsgruppe deutlich besser ist als sie bei alleiniger Berücksichtigung der ACE-Hemmer erscheint.

Eine weitere medikationsbezogene Modifikation betrifft die ärztlicherseits seit Jahren geforderte Aufnahme der „oralen Antikoagulation“, denn bislang wurde allein die Verordnung von Thrombozytenaggregationshemmern in der DMP Dokumentation vorgesehen. Damit wird das Interventionsspektrum etwas vollständiger darlegbar, wenngleich festgestellt werden muss, dass die vollständige Breite der zur Verfügung stehenden antithrombotischen Verordnungen damit noch nicht vollständig abgebildet wird.

Redaktionelle Änderungen

Weitere Umgestaltungen der DMP KHK Dokumentationen sind eher redaktioneller Natur und erleichtern künftig die Auswertung der Angaben.

So wird in der DMP Dokumentation künftig wieder unterschieden, ob die Patienten stationär eingewiesen oder zur Mitbetreuung innerhalb des ambulanten Versorgungssystems überwiesen werden. Da im DMP grundsätzlich auch die ärztliche Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten gestärkt werden soll, ist diese Änderung der Dokumentation sicherlich berechtigt.

War bislang im Feld ‚Diagnostische und/oder koronartherapeutische Intervention‘ nur die Unterscheidung zwischen „Koronarangiographie“ und „Koronartherapeutische Intervention“ möglich, so werden nun wieder wie ehemals eine percutane Intervention (PCI) oder eine Bypass-OP als Interventionsverfahren explizit aufgeführt. Handelt es sich um eine Erstdokumentation, sind entsprechende Interventionen aus der Vergangenheit einzubeziehen. Erfolgt die Angabe dagegen im Rahmen einer Folgedokumentation, sind jeweils nur die seit der letzten Dokumentation durchgeführten Interventionen zu berücksichtigen.

II. DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

Die ab dem 1. Juli 2015 infolge der DMP-Richtlinien des G-BA angezielten Veränderungen betreffen Dokumentationsvorgaben zu beiden Programmen zum Diabetes mellitus. Es wird allerdings damit zu rechnen sein, dass im folgenden Jahr noch spezifischere Vorgaben zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 folgen.

Abschnitt „Anamnese- und Befunddaten“

Verzichtet wird künftig auf die Dokumentation des Kreatininwertes. Dagegen wird erwartet, dass auf der Grundlage des bekannten Kreatininwertes künftig die eGFR

ermittelt und dokumentiert wird. Die eGFR, die eine Schätzung der Filtrationsrate unter Kenntnis des Serum-Kreatininwerts leistet, soll *mindestens einmal jährlich* bestimmt werden.

Da beispielsweise die Formel nach Cockcroft-Gault den Nachteil hat, dass die GFR bei stark übergewichtigen Patientinnen und Patienten überschätzt wird, ist die MDRD-Formel zu bevorzugen. Sie liefert GFR-Werte von akzeptabler Genauigkeit, die vom Körpergewicht unbeeinflusst sind. Statt der MDRD-Formel kann auch die CKD-EPI-Formel eingesetzt werden.

Dieser Parameter gilt dokumentationstechnisch als ‚Pflichtfeld‘, d.h. er ist in jeder Dokumentation nachzuhalten, ggf. reicht der Eintrag „Nicht bestimmt“.

Als neuer Qualitätsindikator wird in den künftigen Feedback-Berichten der Indikator ‚Anteil der Patienten mit jährlicher Bestimmung der eGFR‘ ausgewiesen.

Neu aufgenommen wird im DMP Diabetes die Prüfung der Insulininjektionsstellen, deren Prüfung zu jedem Besuch des Patienten erwartet wird. Handelt es sich um einen Patienten, der oral antidiabetisch eingestellt ist, ist die Antwortalternative „nicht untersucht“ anzugeben.

Abschnitt „Medikation“

In beiden strukturierten Behandlungsprogrammen zum Diabetes mellitus wird wie im DMP KHK neben den TAH auch die orale Antikoagulation künftig dokumentations-technisch als Alternative vorgesehen.

Konsequenterweise werden auch die zur ACE-Hemmer-Verordnung alternativen AT1-Rezeptorantagonisten wie im DMP KHK bei den beiden Diabetesprogrammen künftig als Alternative in der Dokumentation berücksichtigt. Zusätzlich werden (nur) in den Diabetesprogrammen auch die Thiaziddiuretika (einschließlich Chlorthalidon) genannt.

Künftig entfällt dementsprechend das Item ‚*sonstige antihypertensive Medikation*‘ in den beiden Diabetesprogrammen.

Abschnitt „Behandlungsplanung“

Was die augenärztlichen Untersuchungen betrifft, wird künftig in den DMP Folgedokumentationen anzugeben sein, inwiefern eine ‚*ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit letzter Dokumentation*‘ erfolgt ist. Mit dieser zeitlichen Spezifikation wird es künftig auswertungstechnisch leichter fallen, die Einhaltung zeitraumbezogener Untersuchungsintervalle nachzuhalten und beispielsweise in den Feedback-Berichten für die beteiligten Praxen zurückzumelden. Denn die augenärztlichen Kontrolluntersuchungen werden bei Typ 1 Diabetikern auch außerhalb Nordrheins künftig

als Qualitätsindikator in den Feedback-Berichten für die beteiligten Praxen Berücksichtigung finden.

In der G-BA-Anforderungsrichtlinie wird zum *DMP Diabetes mellitus Typ 1* ausgeführt, dass bei Erwachsenen in der Regel fünf Jahre nach Manifestation des Diabetes eine augenärztliche Netzhautuntersuchung in Mydriasis durchzuführen ist. Kinder mit Typ 1 Diabetes sollten eine solche Untersuchung erstmalig ab dem 11. Lebensjahr erhalten. Bei unauffälligem Augenhintergrundbefund sollte eine Kontrolluntersuchung bei Erwachsenen Typ 1 Diabetikern alle ein bis zwei Jahre vorgenommen werden.

Redaktionelle Änderungen

Die bisherigen Ausprägungen zum Abschnitt *„Zielvereinbarung HbA1c-Zielwert“* werden dahingehend geändert, dass nun präziser anzugeben ist, ob der „Zielwert erreicht“ oder eben dieser „Zielwert noch nicht erreicht“ ist.

Schließlich wird ähnlich wie im DMP KHK die unglückliche Zusammenführung der Items *„Einweisung und Überweisung“* künftig wieder getrennt, wobei zwischen der *„Diabetesbezogene(n) stationäre(n) Einweisung“* und der *„Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung“* unterschieden wird. Jede aus anderen Gründen vorgenommene Überweisung bspw. zur diabetologischen Schwerpunktpraxis entfällt somit aus der Dokumentationsverpflichtung.

In allen DMP wird künftig der „Schlaganfall“ den relevanten Ereignissen zugeordnet und aus dem Bereich der *„Begleiterkrankungen“* entfernt.

Ersatzlos verzichtet wird schließlich sowohl in den Diabetes mellitus wie in dem KHK-Programm auf das Item *„Nächste Dokumentationserstellung geplant am“*. Das genaue Datum ist für die begleitenden Qualitätssicherungsmaßnahmen ohnehin von eingeschränktem Wert, entscheidend ist nach wie vor jedoch, ob die Patienten in dem vorgesehenen dreimonatigen oder sechsmonatigen Intervall, das auf der Doku weiterhin anzugeben ist, einbestellt werden und dieser Einladung tatsächlich folgen.

Wichtigste Änderungen* der DMP Dokumentation zum 1. Juli 2015 im Überblick:

Abschnitt	DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2	KHK
Anamnese und Befunddaten	<ul style="list-style-type: none"> - statt Kreatinin nun eGFR-Angabe - Prüfung der Injektionsstellen 	<ul style="list-style-type: none"> - Angina pectoris Beschwerden nach CCS-Grad - LDL-Werte
Medikation	<ul style="list-style-type: none"> - orale Antikoagulation - AT1-Antagonisten - Thiaziddiuretika 	<ul style="list-style-type: none"> - orale Antikoagulation - AT1-Antagonisten
Behandlungsplanung	<ul style="list-style-type: none"> - Ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit letzter Doku 	

* weitere redaktionelle Änderungen der Dokumentation betreffen die Überweisung zur Mitbehandlung und die stationäre Einweisung der Patienten, explizite Nennung der KHK spezifischen Interventionen, Verzicht auf Angabe des Datums der nächsten Dokumentationserstellung etc.

Für Anmerkungen und Rückfragen wenden Sie sich bitte an das
 Zi – Projektbüro Disease-Management-Programme
 Sedanstraße 10-16
 D - 50668 Köln
 Tel: +49 221 7763 6761
 Fax: +49 221 7763 6767
 E-Mail: LAltenhofen@zi.de