

Allgemeinmedizinkongress in Innsbruck

Strukturierte Versorgung chronischer Krankheiten in der Allgemeinmedizin

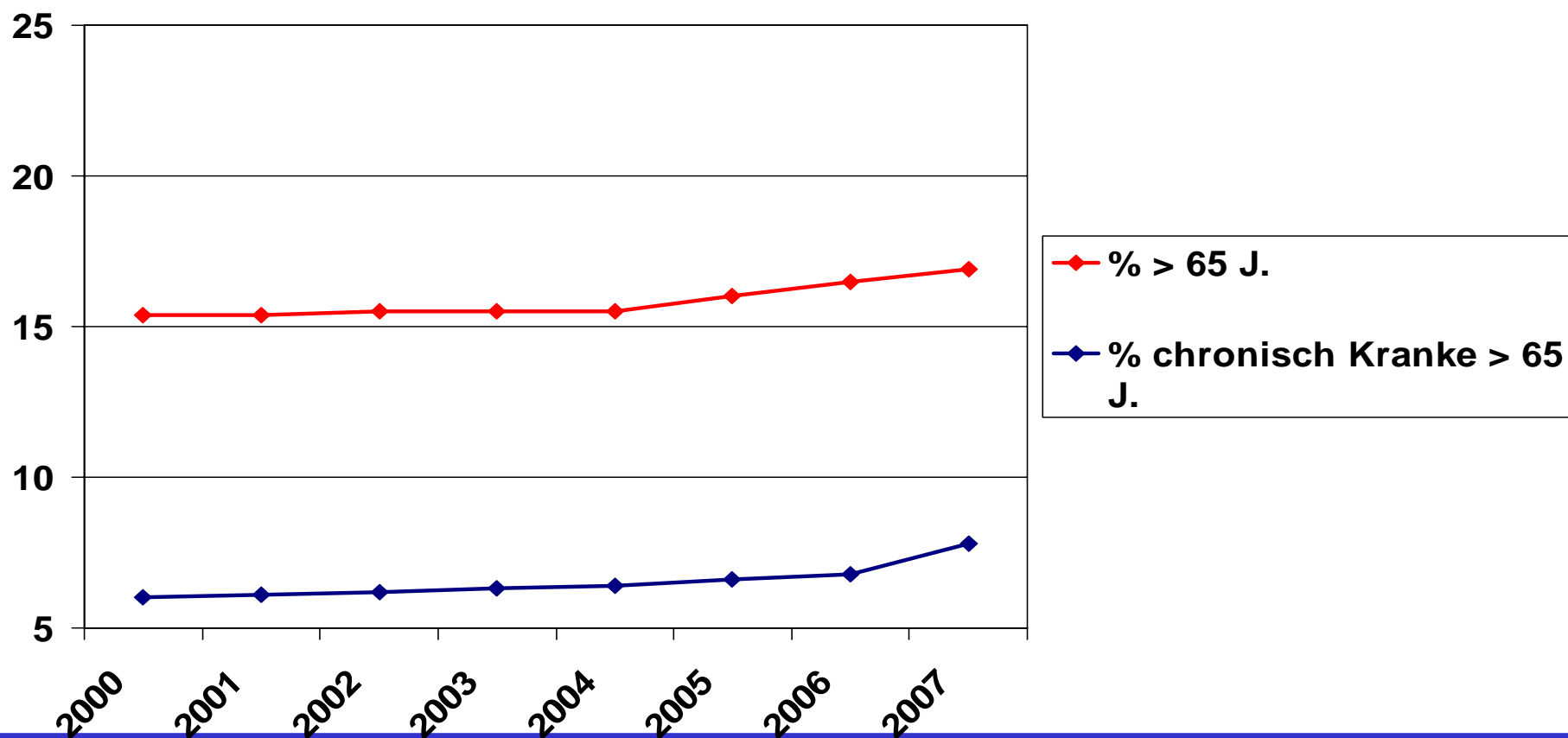
A. C. Sönnichsen

Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin

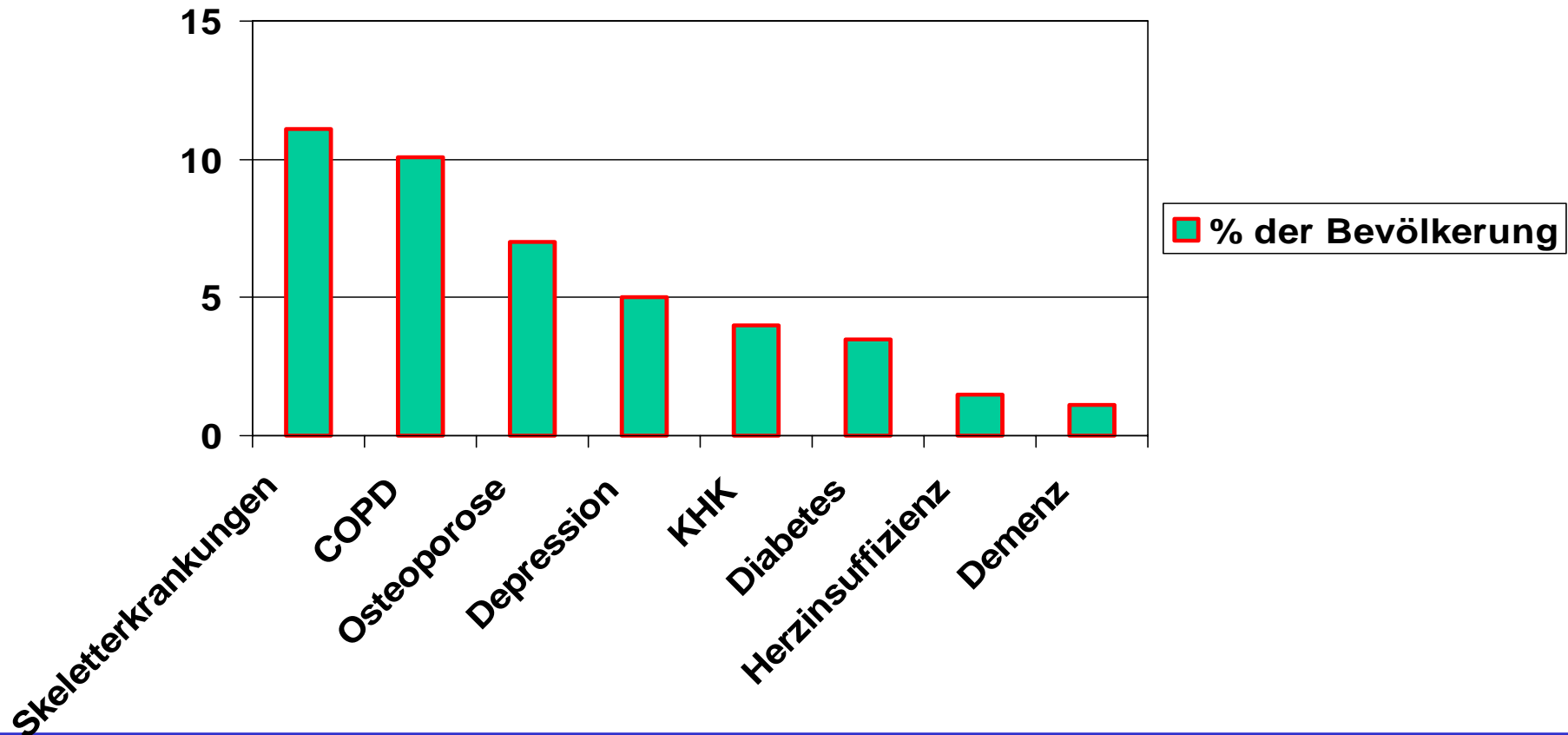
Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

Innsbruck, Samstag, 26. April 2008

Überalterung und Zunahme chronisch Kranker



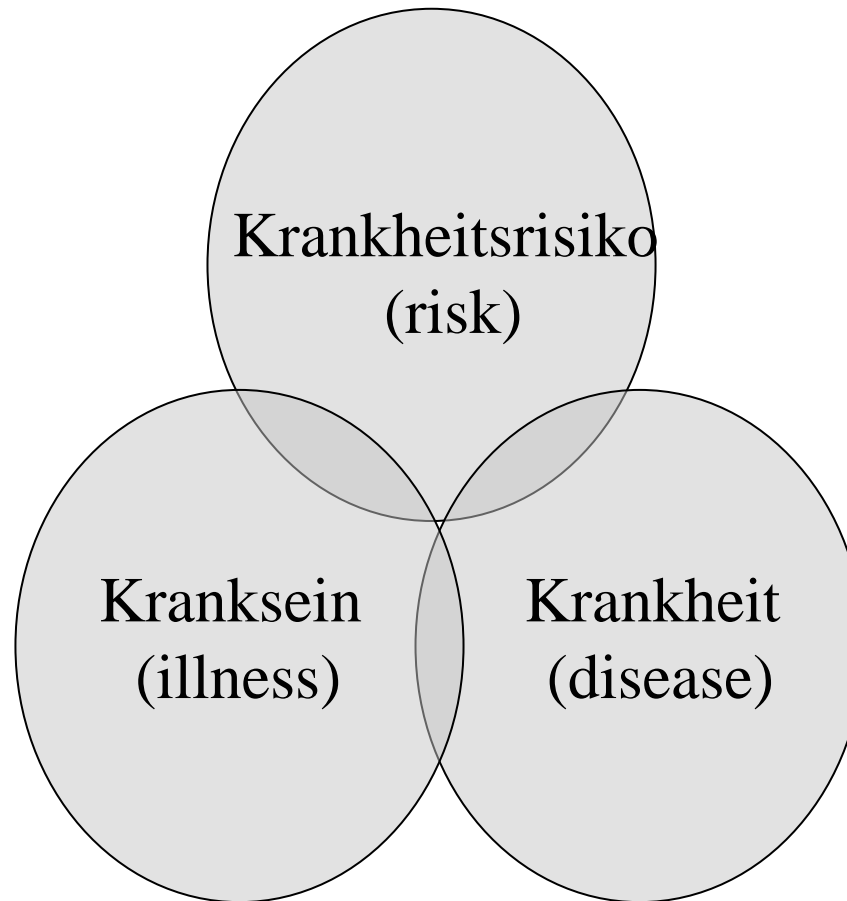
Prävalenz chronischer Erkrankungen



Was heißt eigentlich „chronisch krank“?

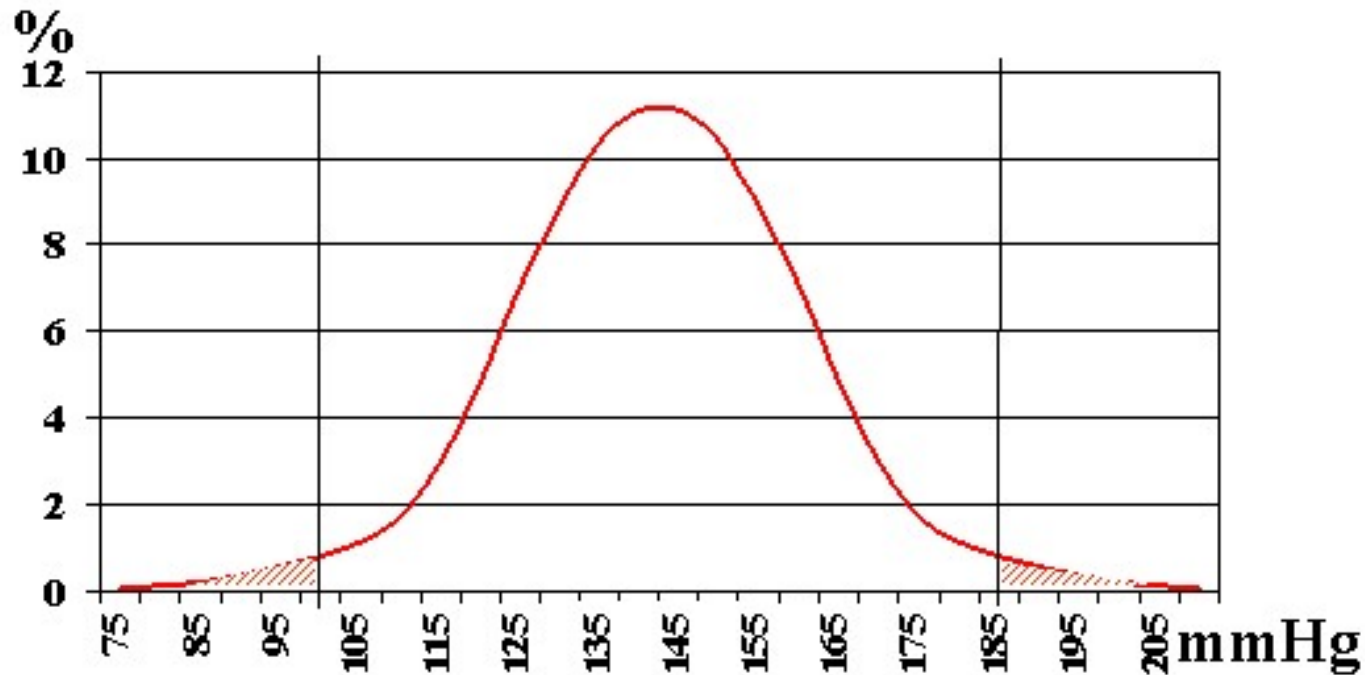
Chronisch krank ist, wer unter dauerhaften oder wiederkehrenden Beschwerden, Behinderungen oder Einschränkungen des Wohlbefindens leidet

Was heißt eigentlich „chronisch krank“?



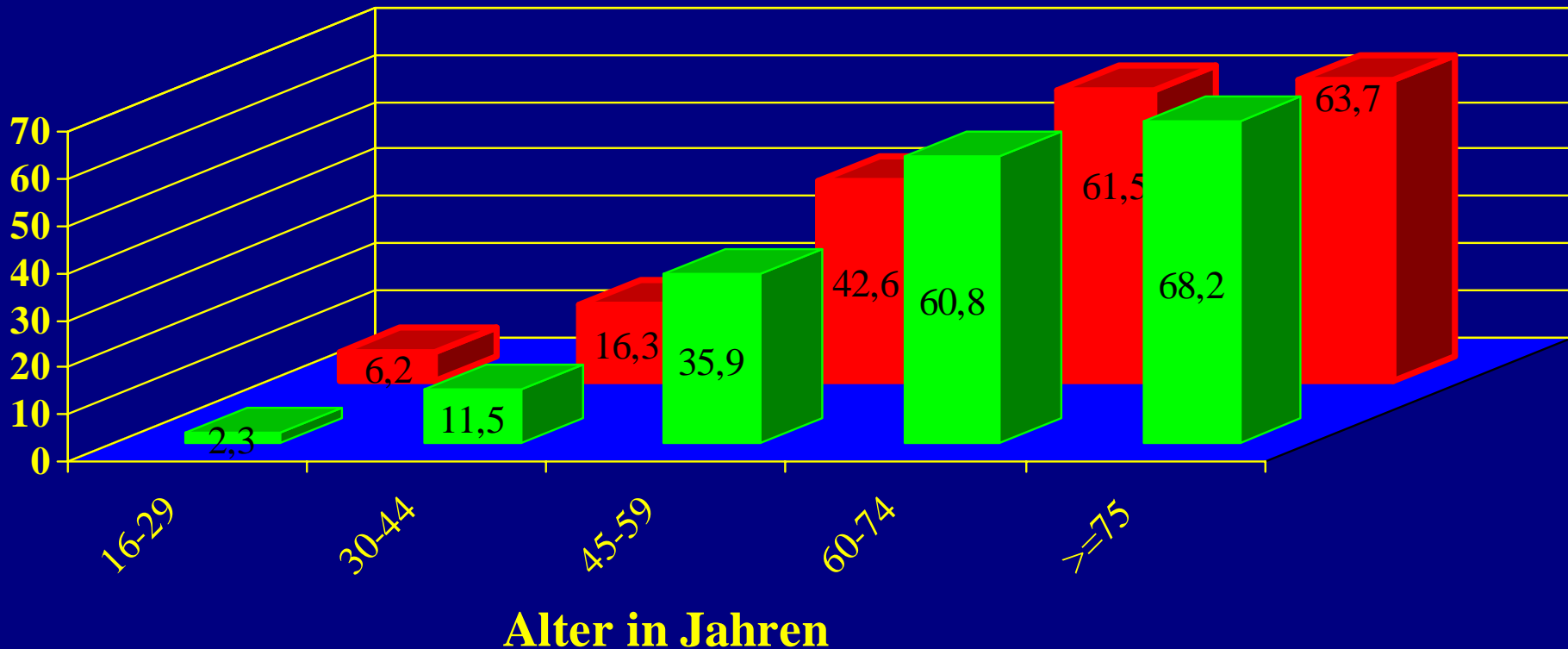
Was heißt eigentlich „normal“?

Systolischer Blutdruck der 50-70jährigen



„Normalbereich“ 100-185 mmHg, Median 145 mmHg

Prävalenz der Hypertonie



■ weiblich ■ männlich

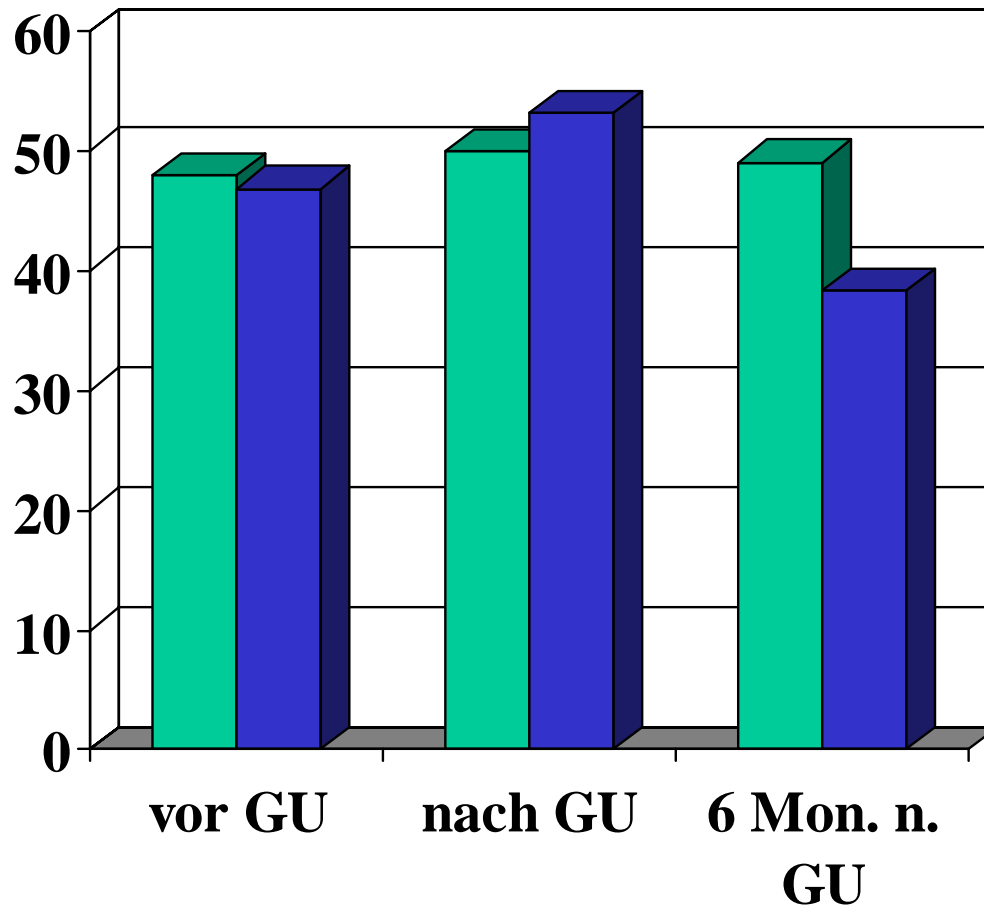
Sharma et al.,
J Hypertens 2004; 22: 479



Problem 1: Unterversorgung

Statintherapie nach kardiovaskulärem Ereignis

%

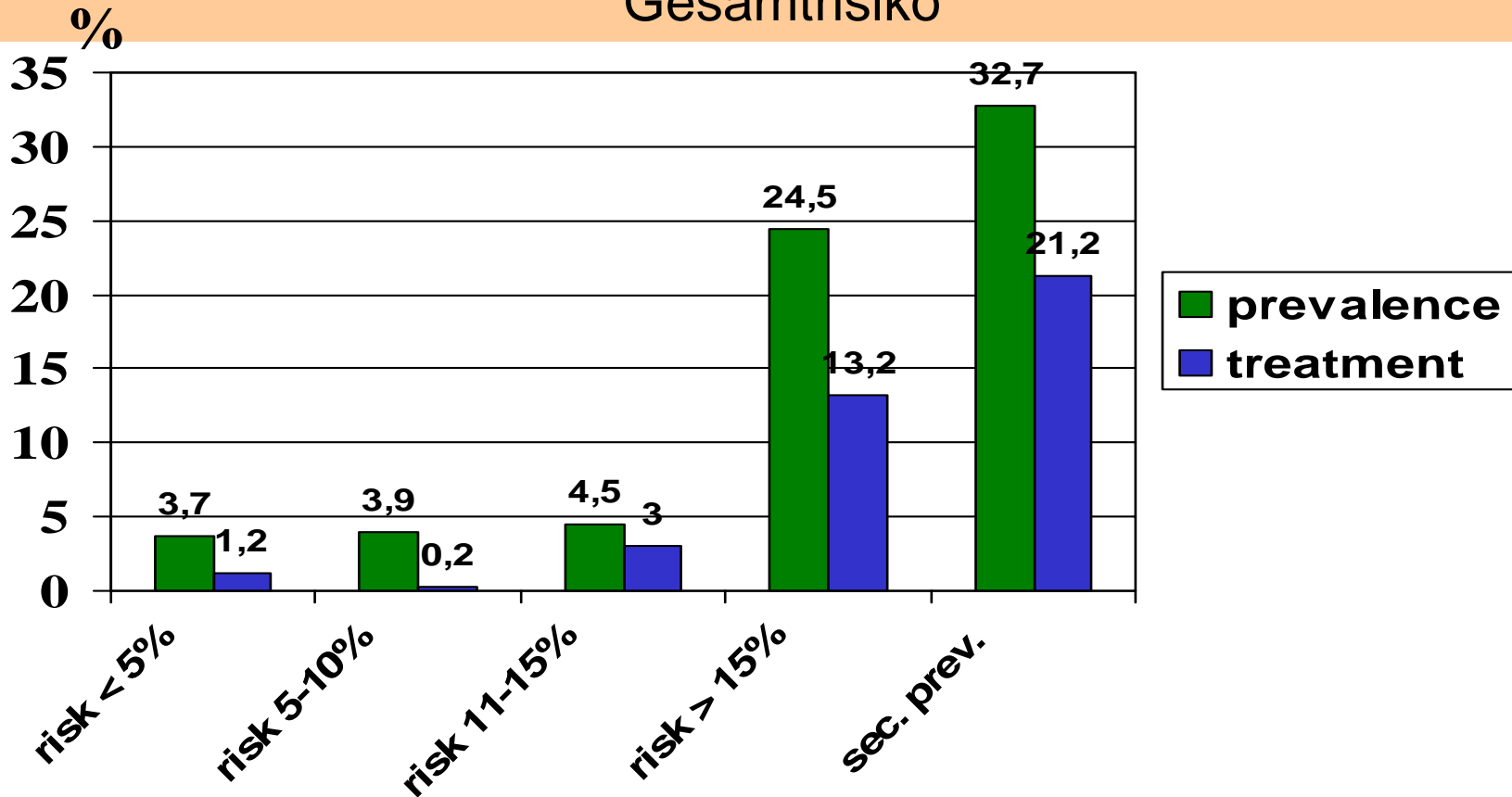


Frauen
Männer

Sönnichsen et al.,
ZfA 2006; 82: 431

Problem 1: Unterversorgung

Adäquate Diabetestherapie in Abhängigkeit vom kardiovaskulären Gesamtrisiko



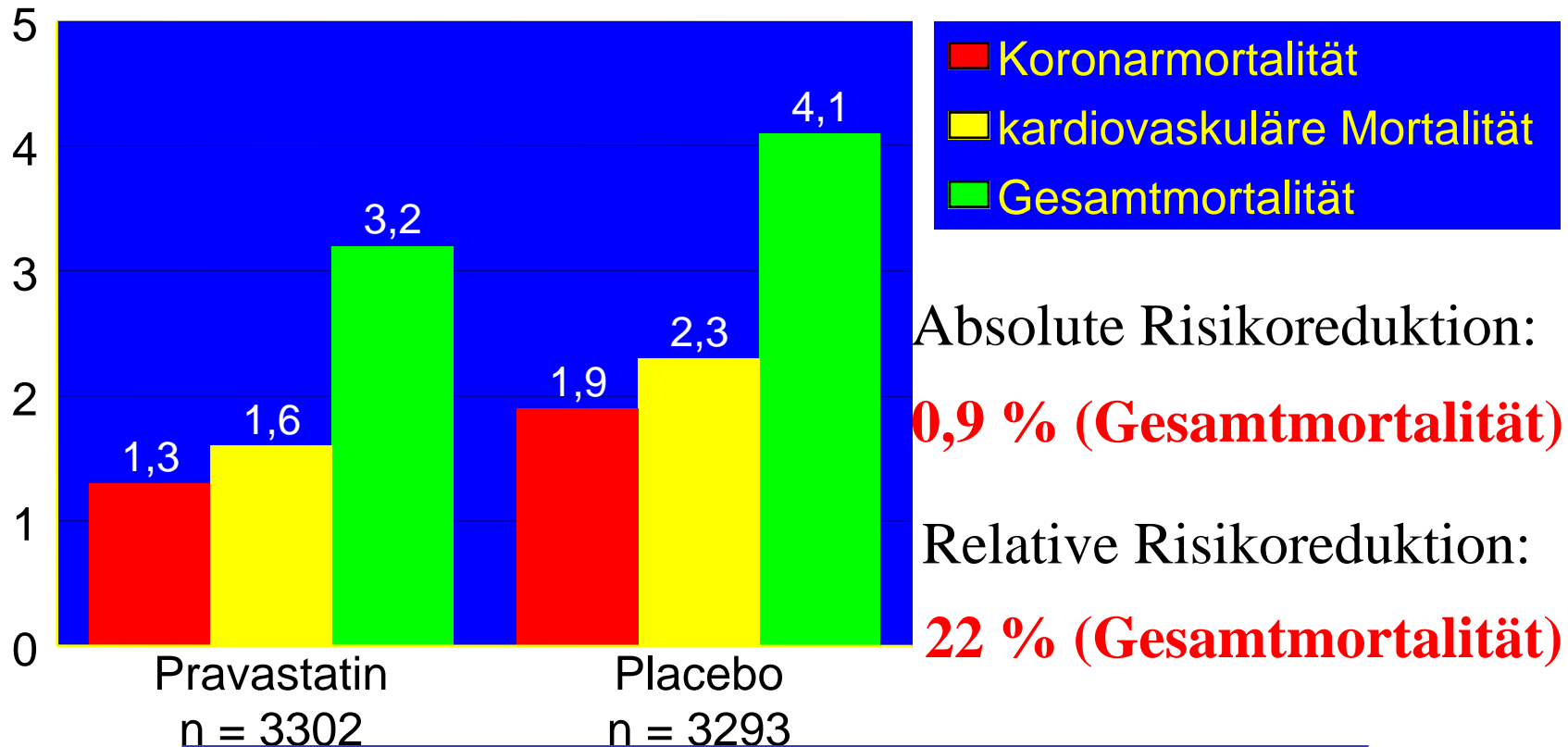
Problem 2: Überversorgung

53jährige Patientin ohne Beschwerden

- Cholesterin 275 mg/dl (LDL ca. 210 mg/dl)
- HDL-Cholesterin 45 mg/dl
- RR 155/90 mmHg
- Nichtraucherin
- Kein Diabetes mellitus
- Negative Familienanamnese
- Normalgewicht (BMI 24,8 kg/m²)
- **Kardiovaskuläres Risiko: 4% in 10 Jahren**

Primärprävention der KHK: West of Scotland-Studie

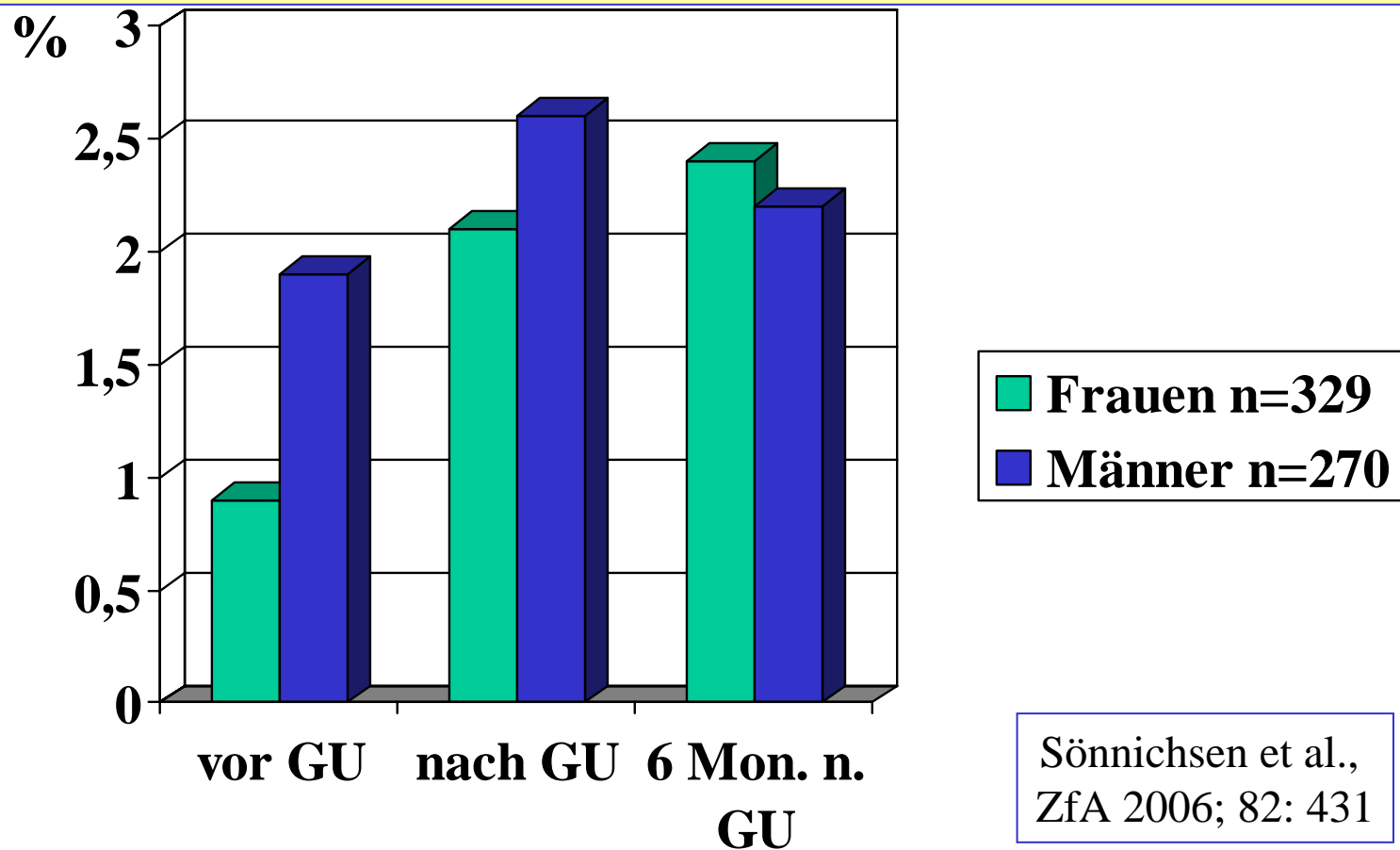
5-Jahres-Mortalität in %



**Das heißt: mit einem Statin senken wir das
Risiko dieser Patientin von 4% auf 3%**

Problem 2: Überversorgung

Nicht indizierte Statintherapie vor und nach Gesundenuntersuchung



Lösungsmöglichkeiten

- Strukturierte, evidenzbasierte Versorgung
- Disease Management
- Leitlinien

Warum Leitlinien und Disease Management?

Überforderung des Arztes in der Praxis:

- Ich ersticke in der Informationsflut
- Ich habe keine Zeit, selbst nachzuschauen
- Ich kann nicht an alles denken
- Der Patient muss selbst Verantwortung übernehmen

Was heißt Disease Management?

Was heißt es nicht:

- Einschränkung der Therapiefreiheit
- überbordende Bürokratie
- Bevormundung

Was heißt es:

- Gedächtnisstütze für die Umsetzung von Leitlinien bei komplexen Krankheitsbildern
- Grundlage für vom Arzt **und** vom Patienten gemeinsam getroffene, individuelle Entscheidungen

Brauche ich für Disease Management ein DM-Programm der GKK?

nein.....

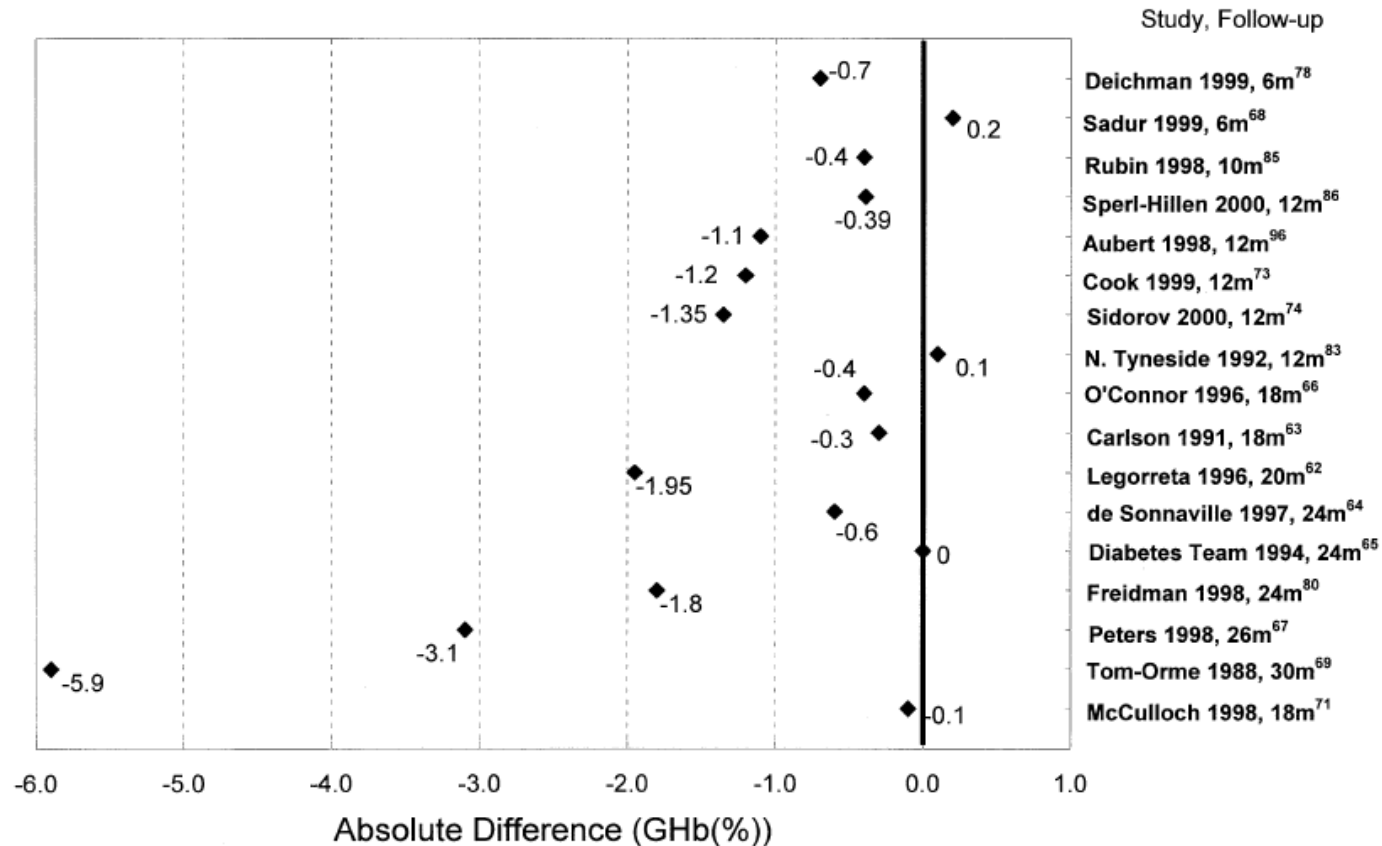
aber.....

.....staatliche DM-Programme sind die Antwort auf fehlende Umsetzung von Disease-Management

Interventionen in DMPs – Effektnachweis - systematische Übersicht – nur RCTs

		Zahl der RCTs	Zahl der RCTs mit Effektnachweis
Interventionen auf Arzt-Ebene bzgl Disease Control	Fortbildung der Ärzte	8	2 (25%)
	Feedback an Ärzte	3	0
	Reminders an Ärzte	4	2 (50%)
Interventionen auf Arzt-Ebene bzgl. Leitlinienkonformität	Fortbildung der Ärzte	3	1 (33%)
	Feedback an Ärzte	2	0
	Reminders an Ärzte	2	1 (50%)
Interventionen auf Patienten-Ebene	Schulung	17	6 (35%)
	Reminder	7	4 (57%)

Verbesserungen des HbA1c-Wertes durch DMPs – systematische Übersicht



Norris et al., Am J Prev Med 2002;22:15

Endpunkt-RCT DMP – Diabetes mellitus über 6 Jahre

Endpunkte

Endpunkt	DMP (n=649)	Kontrollen (n=614)	p
Gesamtmortalität	33,3	33,9	0,82
Retinopathie	12,0	13,6	0,55
Myokardinfarkt	3,4	4,6	0,40
Apoplex	4,0	4,0	0,95

Olivarius et al., BMJ 2001;323:970

Endpunkt-RCT DMP – Diabetes mellitus über 6 Jahre

Surrogat-Parameter

Parameter	DMP (n=649)	Kontrollen (n=614)	p
Syst. RR	145	150	0,0004
HbA1c	8,5	9,0	0,0001
Cholesterin	6,0	6,1	0,12
Kreatinin	89	91	0,84
Albuminurie > 15mg/l	22,5 %	30,8 %	0,04

Olivarius et al., BMJ 2001;323:970

Facit:

- Wir brauchen DMPs, aber wir wissen nicht ob sie tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgung führen
- DMPs müssen sorgfältig geplant und evaluiert werden

Evaluation sollte mittels RCT erfolgen!

- RCT ist Goldstandard für klinische Studien
- Bisher widersprüchliche und teilweise mangelhafte Daten
- Einzige Möglichkeit eines weitgehend Bias-freien Wirksamkeitsnachweises
- DMP ist nicht gleich DMP
- Positives Ergebnis als Argument gegen Kritik
- Korrekturmöglichkeit bei negativem Ergebnis
- Kostenersparnis bei negativem Ergebnis

Ein Blick nach Deutschland....

„....Die Programme sind vor Beginn nicht pilotiert worden, und auch von der gesetzlich vorgeschriebenen Regelevaluation ist kein belastbarer Wirksamkeitsnachweis zu erwarten.“

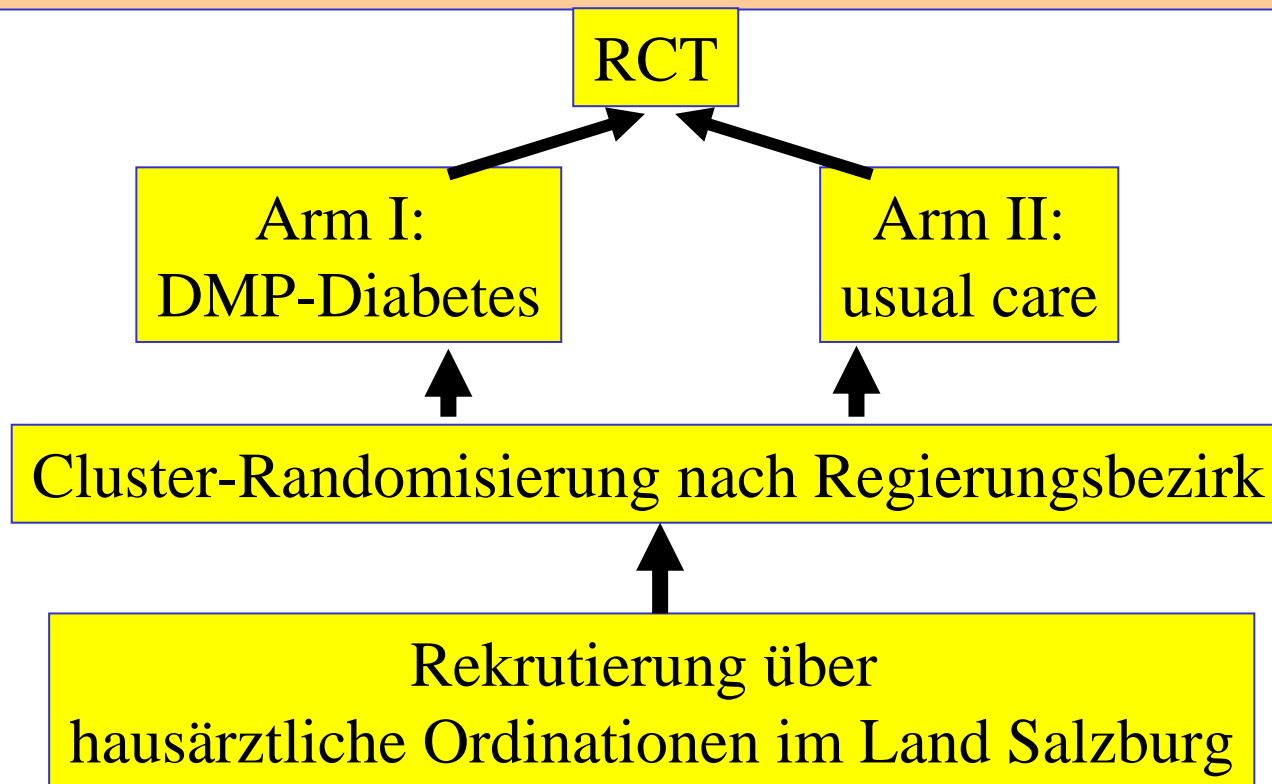
„.... Die Sinnhaftigkeit von DMP ist bis heute umstritten.“

„....Nach dem internationalen Stand der Bewertung von Studienmethodiken kann Evidenz für die Wirksamkeit eines DMP nur aus einer randomisierten kontrollierten Studie gewonnen werden.“

Beyer et al. ZaeFQ 2006;100:355

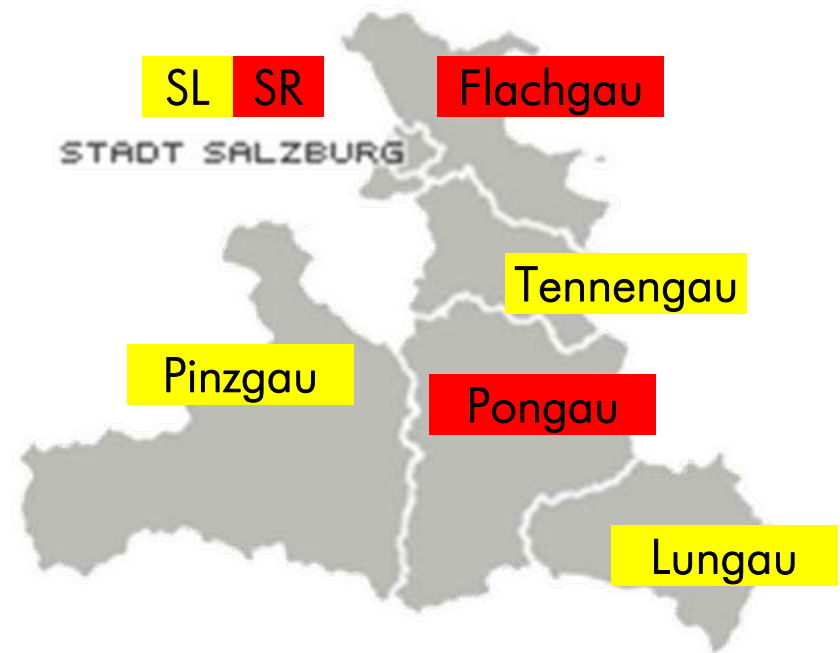
Chance für Österreich...

Effektivität des österreichischen DMP Diabetes mellitus hinsichtlich der Verbesserung von Stoffwechselkontrolle, Risikoprofil und leitliniengerechter Versorgung



RCT zur Evaluation des DMP Diabetes in Österreich

1. Studiendesign: Cluster-randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie
2. Praxenrekrutierung: 98 von 275 Arztpraxen im Bundesland Salzburg
3. Randomisierung: Bezirksebene
48 Interventionsgruppe /
50 Kontrollgruppe
[Yellow bar]
4. **Prüfpopulation und Rekrutierung:**
konsekutiv alle Typ 2 Diabetiker
(Fallzahl 1470 Patienten)
5. Rekrutierungszeitraum: 1.7.-31.10.07



Intervention

1. DMP – Gruppe: „Therapie aktiv“

- Ärztefortbildung
- Patientenschulungen
- regelmäßige Dokumentation
- interdisziplinäre schematisierte Versorgung
- Reminders
- Therapiezielvereinbarungen

2. Kontrollgruppe: Usual Care

Zielkriterien

1. Primäre Zielkriterien:

- HbA1c-Senkung $>0,5$ %
- Reduktion stationärer Behandlungstage
- mehr Patienten mit geforderten Kontrolluntersuchungen (u.a. Augen-, Fuß-, neurologische Untersuchung)

2. Sekundäre Zielkriterien:

- Reduktion von Risikofaktoren
- Senkung des kardiovaskulären Gesamt- und Mikroangiopathierisikos
- Erhöhung der Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit

3. Weitere Auswertungen:

- Welchen Effekt hat die Blutzucker-Selbstkontrolle?
- Bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede?
- Besteht ein Einfluss durch sozialen Status oder Wohnort?

Perspektive

- Wirksamkeitsnachweis für das österreichische DMP Diabetes hinsichtlich der Surrogatparameter
- Wir stehen ganz am Anfang hinsichtlich strukturierter Versorgung
- Begleitende Forschung in der Allgemeinmedizin ist unerlässlich

Schlussfolgerungen

- Leitlinien und Disease/Case Management helfen uns, unsere tägliche Arbeit mit und für den Patienten zu strukturieren und zu optimieren
- Die Implementierung von Leitlinien und die standardisierte Strukturierung der Versorgung chronisch Kranker gehört zu den wichtigsten Aufgaben der Allgemeinmedizin
- Warten wir nicht darauf, bis Staat und Kassen uns Programme vorschreiben oder gar Community-Case-Manager vor die Nase setzen

Medizin ohne Ende

Kongress für Allgemeinmedizin der SAGAM

Salzburg, 24.-25.4.2009

allgemeinmedizin



paracelsus medizinische universität salzburg