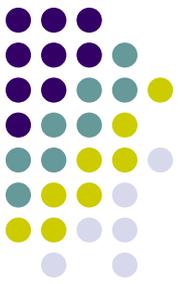


Akademie für angewandte Psychologie und Psychotherapie Köln



Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

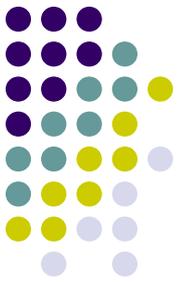
Dr. phil. Hans-Ulrich Dombrowski
Diplom-Psychologe und Psychotherapeut
Fachpsychologe Diabetes DDG

DΨ

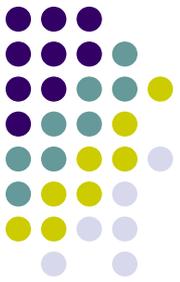
Arbeitsgemeinschaft Psychologie und

Verhaltensmedizin in der DDG
Verein Diabetes und Psychologie e.V.

Agenda

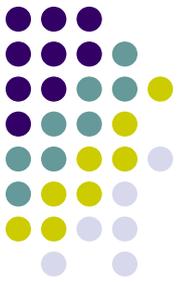


- 10.00 - 10.45 Vorstellung des Krankheitsbildes
Diabetes mellitus
- 10.45 - 11.30 Psychologische Aspekte und
verhaltenstherapeutische Maßnahmen bei
Diabetes mellitus
- 11.30 - 11.45 Pause
- 11.45 - 13.15 DMP Diabetes mellitus für Typ 1 und Typ 2



Diabetes mellitus Typ-1 und Typ-2: Allgemeine Grundlagen

Definition und Klassifikation

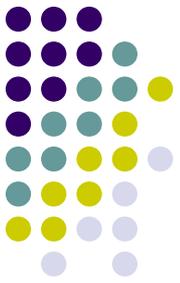


D.m. (ICD-10: E10-14) ist eine **chronische Stoffwechselerkrankung**. Sie beruht auf

- einer **Störung der Insulinsekretion** der Beta-Zellen der Langerhans-Inseln des Pankreas und / oder
- auf einer **relativen Insulinresistenz** an den peripheren Organen

Letztlich immer auf einer **mangelnden zellulären Insulinwirkung**.

Haupterkrankungstypen



- **Typ I Diabetes („juvener Diabetes“)**

Meist zerstört nach einer Infektionserkrankung eine Autoimmunreaktion

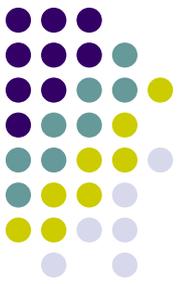
die Beta-Zellen der Langerhans-Inseln **vollständig**, so dass keine Insulinsekretion mehr bleibt.

- **Typ II Diabetes („Altersdiabetes“)**

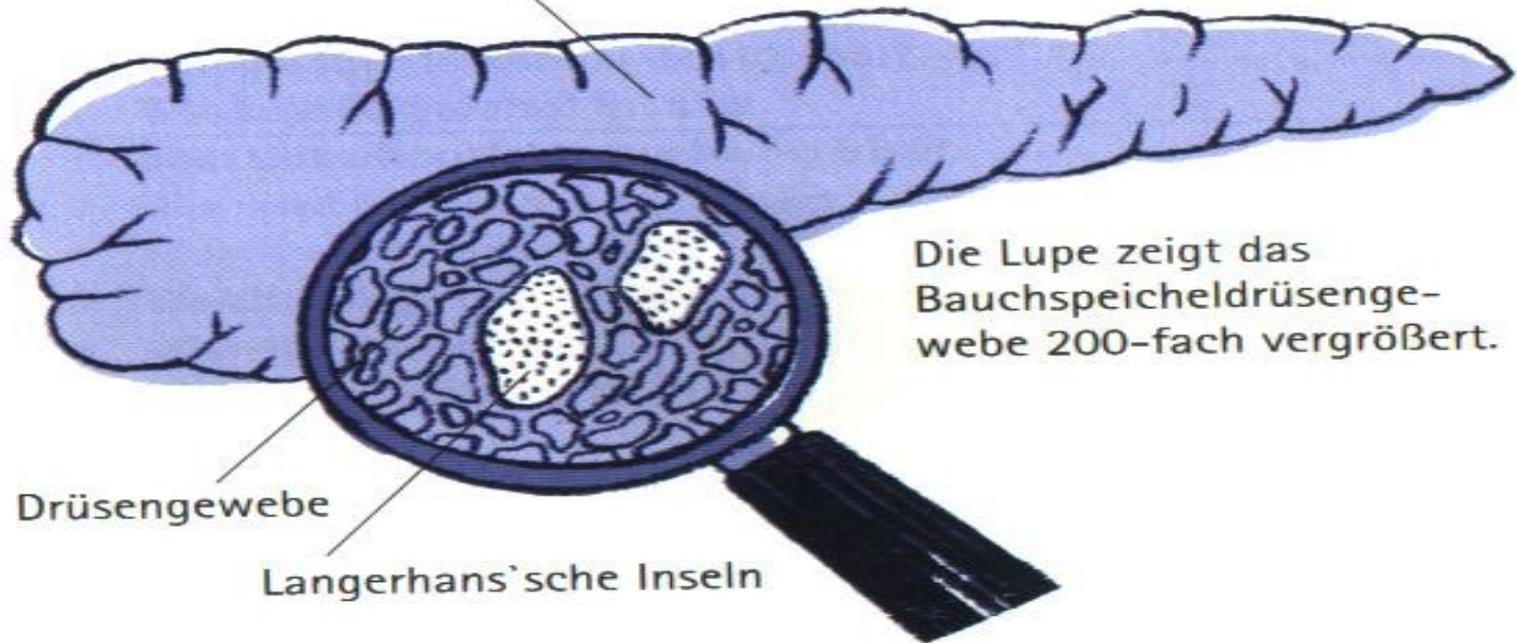
Entwicklung meist ab dem 40. Lebensjahr. **Verminderung der Insulinsekretion** aufgrund von Verschleißerscheinungen **als auch der Insulinempfindlichkeit** aufgrund von Rezeptorstörungen bei Übergewicht und erhöhtem Körperfettanteil. Begünstigung durch Risikogene (bis zu 2/3 familiäre Häufung).

Pankreas mit Langerhans'sche Inseln

(Hürter & Lange, 2001)



Bauchspeicheldrüse



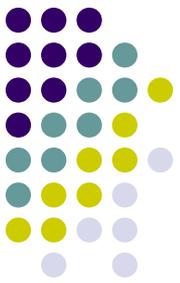
Drüsengewebe

Langerhans'sche Inseln

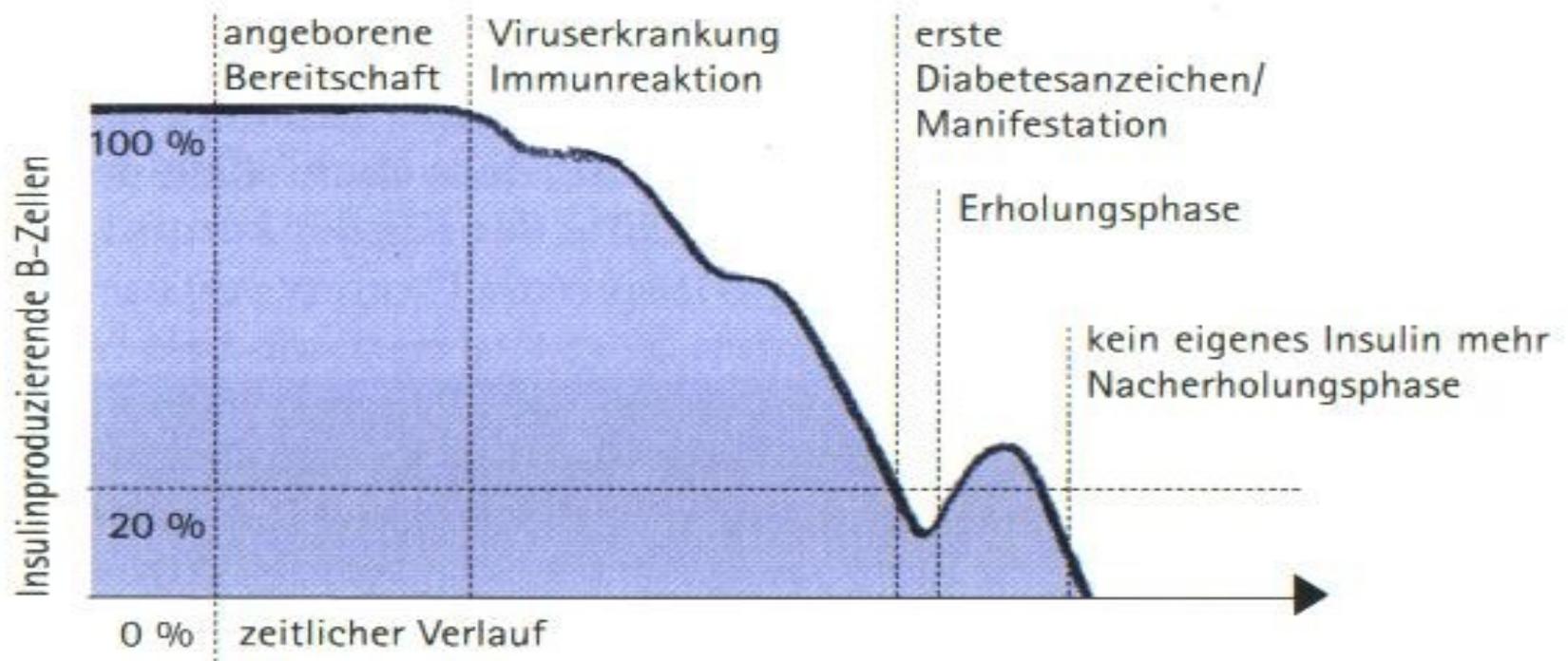
Die Lupe zeigt das Bauchspeicheldrüsengewebe 200-fach vergrößert.

Entstehung des Typ-1 Diabetes

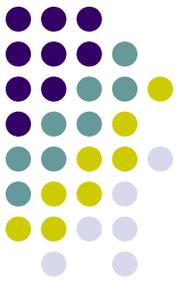
(Hürter & Lange, 2001)



Entstehung des Typ-1-Diabetes



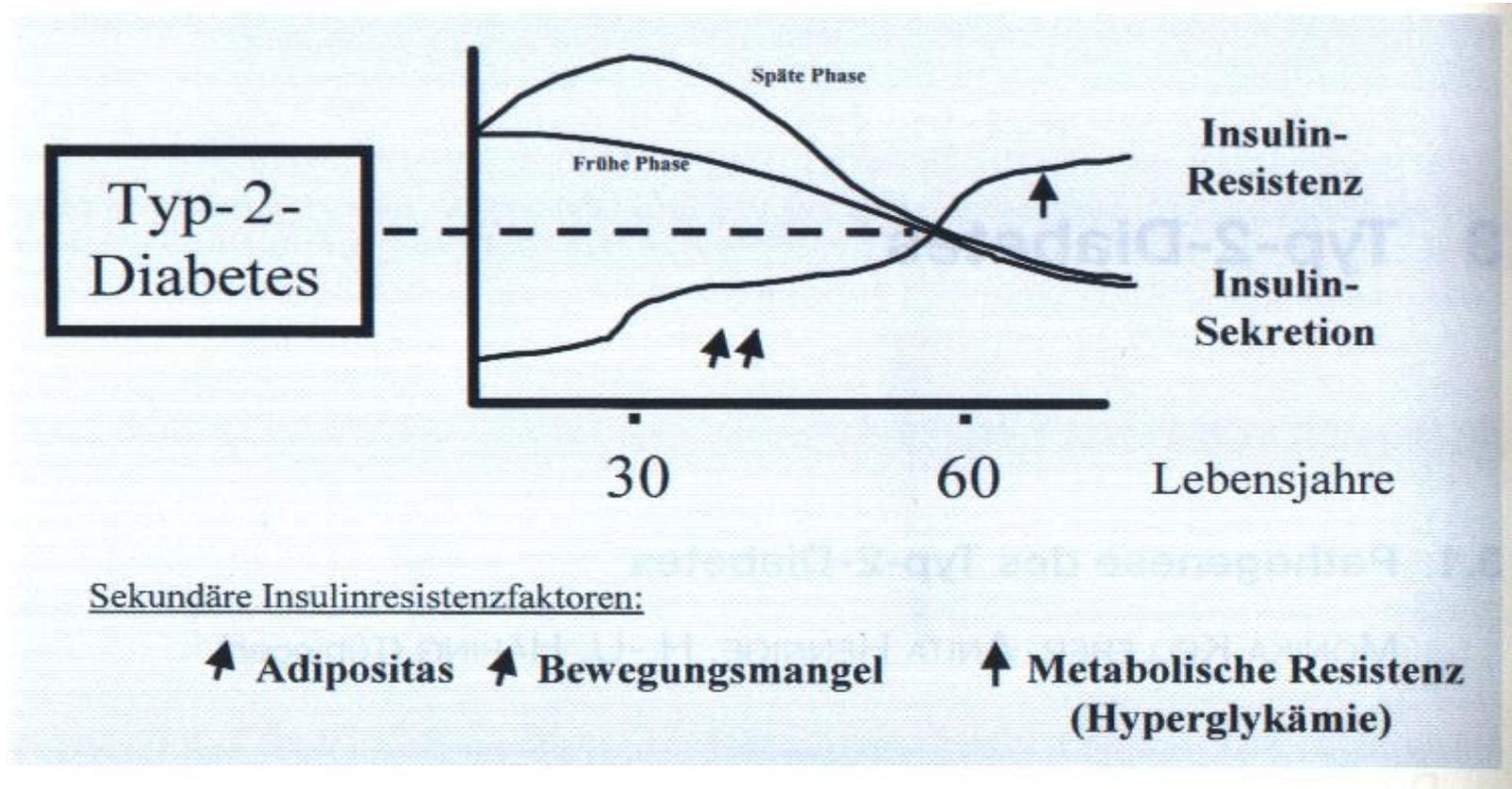
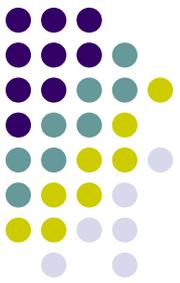
Entstehung des Typ-2 Diabetes



- Hohe Erbllichkeit (höher als beim Typ 1)
 - Insulinresistenz besteht bereit Jahrzehnte vor der klinischen Manifestation
 - Insulinsekretionsdefekte liegen ebenfalls schon lange vor der Manifestation vor
> prädiabetische Phase oft mit
Hyperinsulinämie
- Bewegungsmangel
- Adipositas

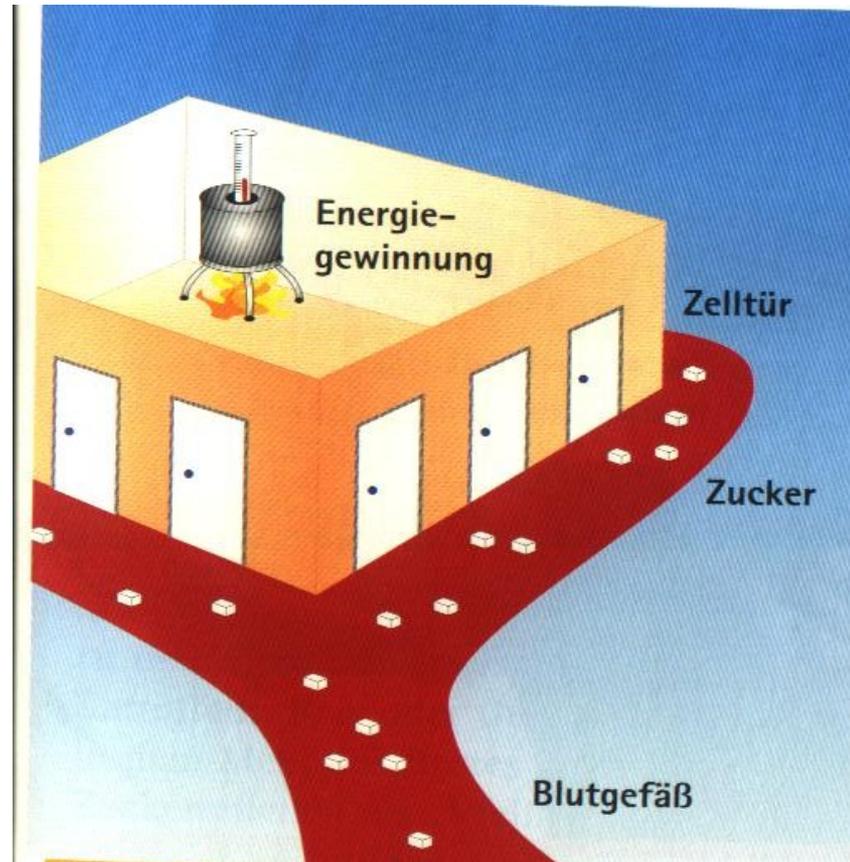
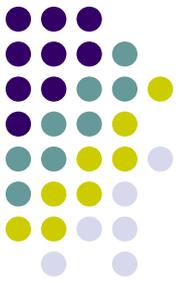
Entstehung des Typ-2 Diabetes

(Schatz, 2001)



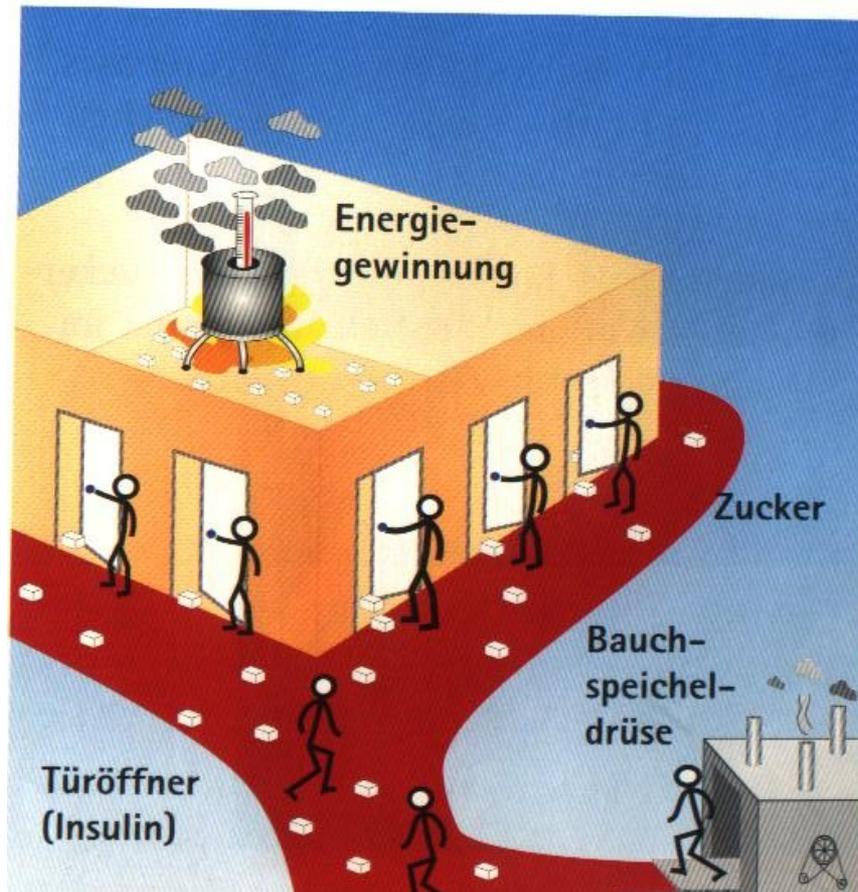
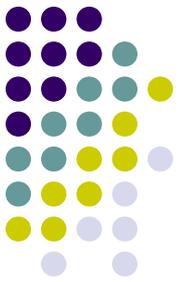
Körperzelle

(Medias 2, 2001)



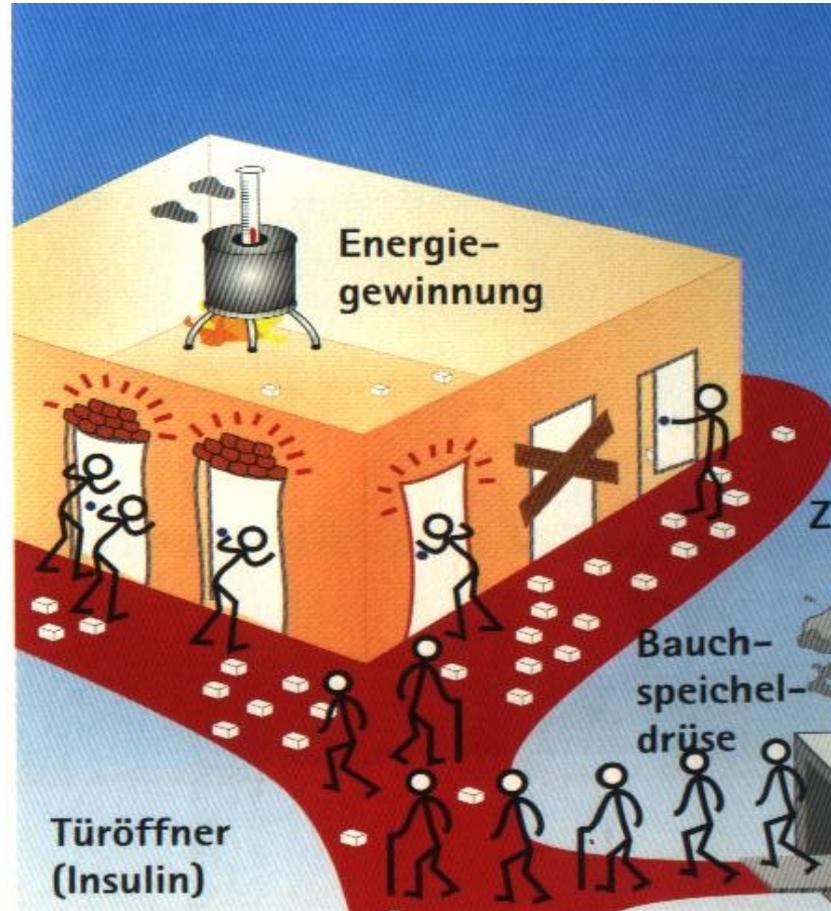
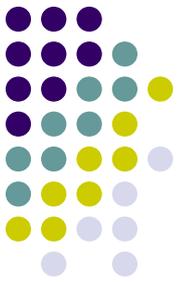
Energiegewinnung ohne Diabetes

(Medias 2, 2001)



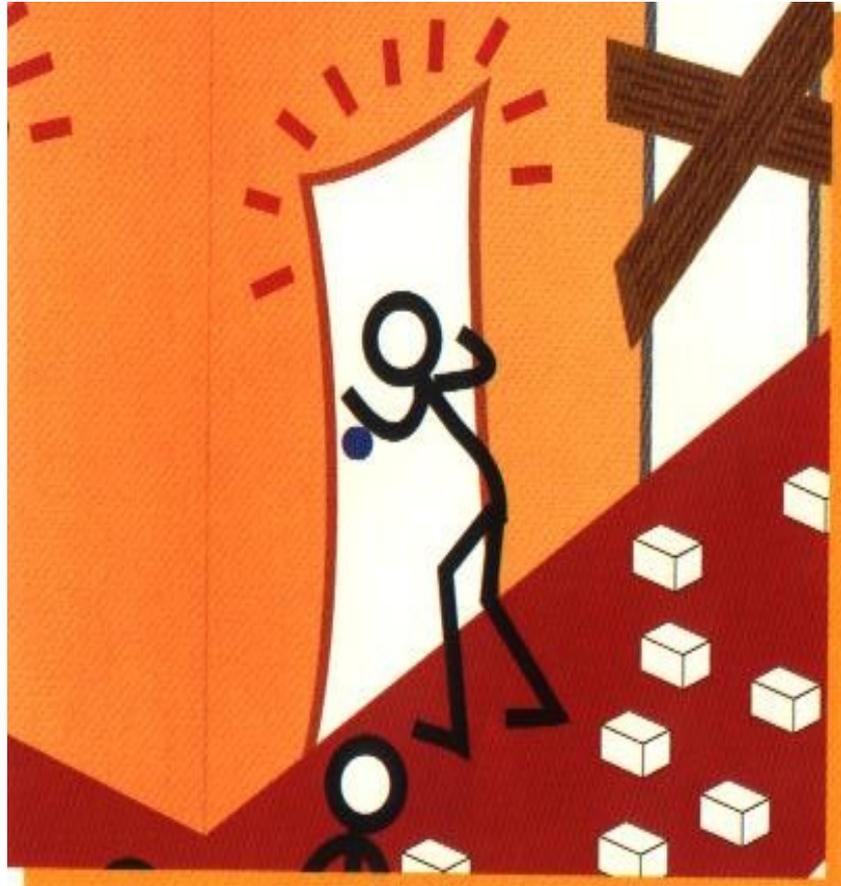
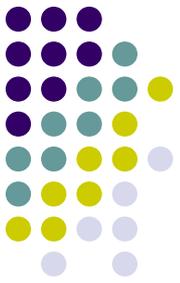
Typ-2-Diabetes

(Medias 2, 2001)



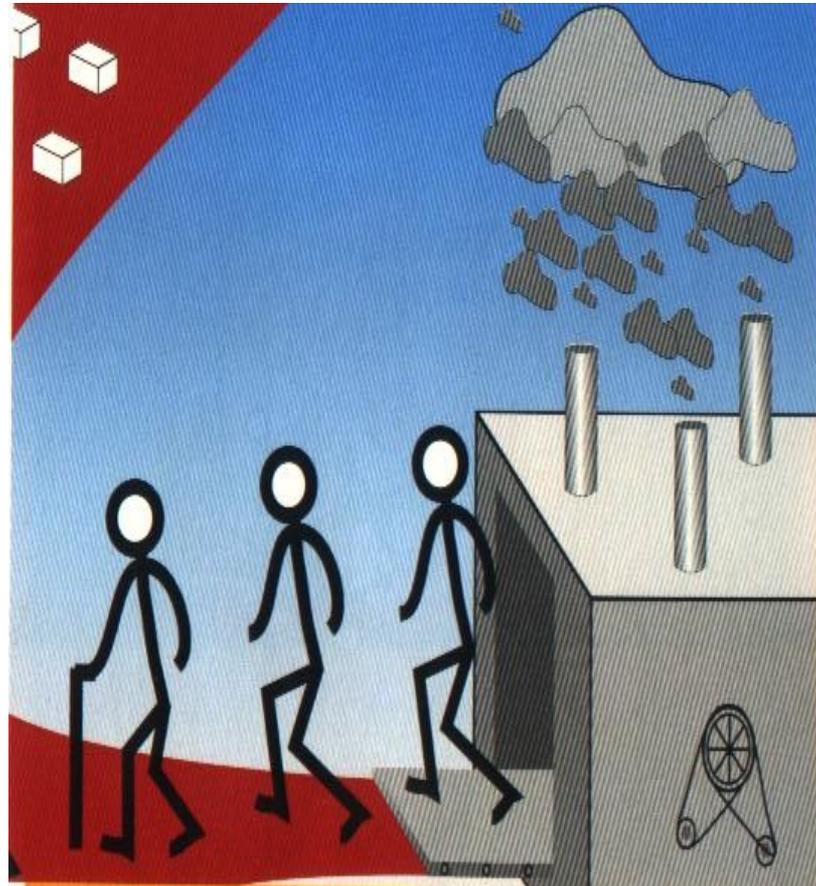
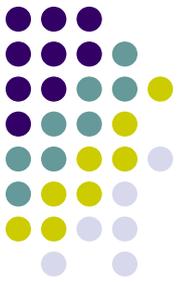
Zu viel Essen und Trinken, zuwenig Bewegung: die Türen „klemmen“

(Medias 2, 2001)



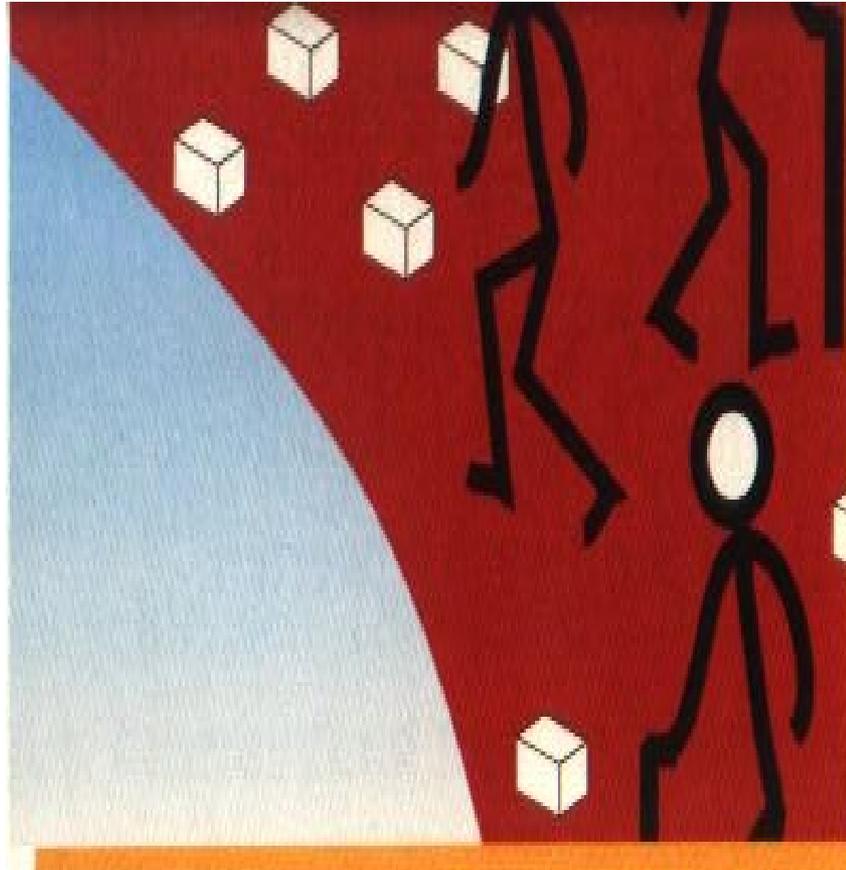
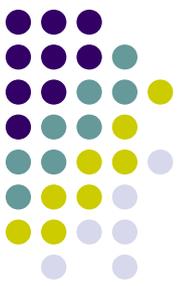
Die Bauchspeicheldrüse arbeitet auf Hochtouren

(Medias 2, 2001)



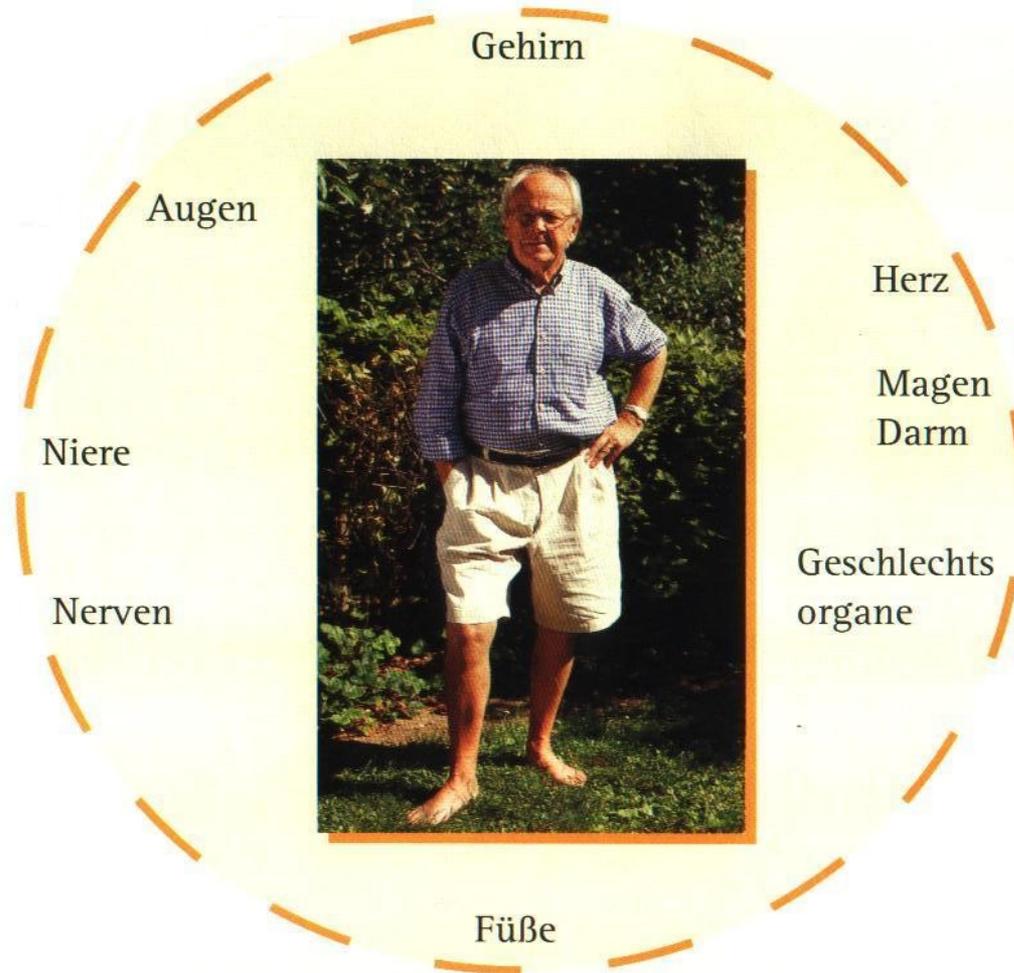
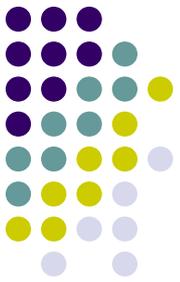
Der Zuckerkraus in den Blutgefäßen ...

(Medias 2, 2001)



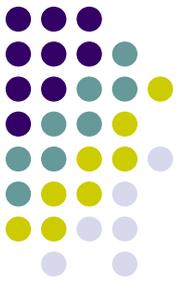
... hat Auswirkungen auf die Organsysteme

(Medias 2, 2001)



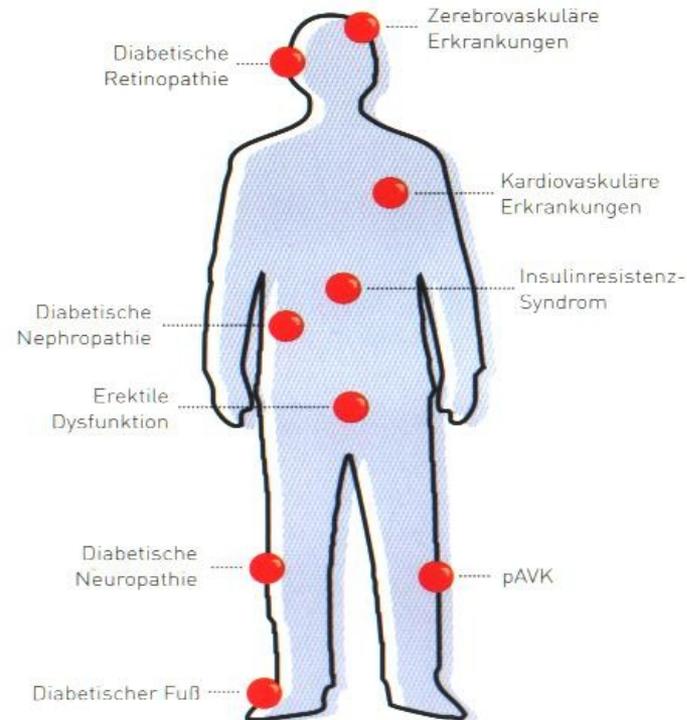
Folge- und Begleiterkrankungen

(aus: Wir sind da. Lilly)



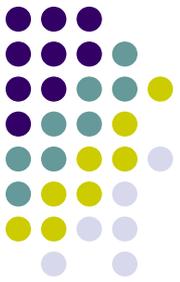
mikrovaskulär

makrovaskulär



Symptome bei Hyperglykämie

(Medias 2, 2001)



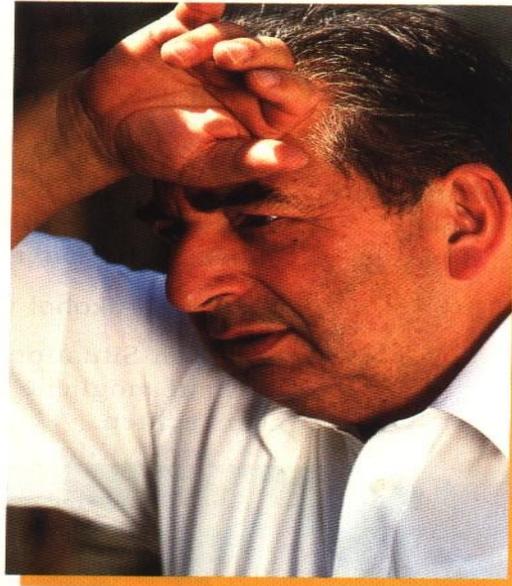
Achtung bei sehr stark erhöhten Blutzuckerwerten

Müdigkeit

Durst

trockener
Mund

Schwäche-
gefühl



Kraftlosigkeit

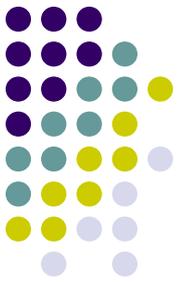
Sehstörungen

Harndrang

schlechte
Wundheilung

Symptome bei Hypoglykämie

(Medias 2, 2001)

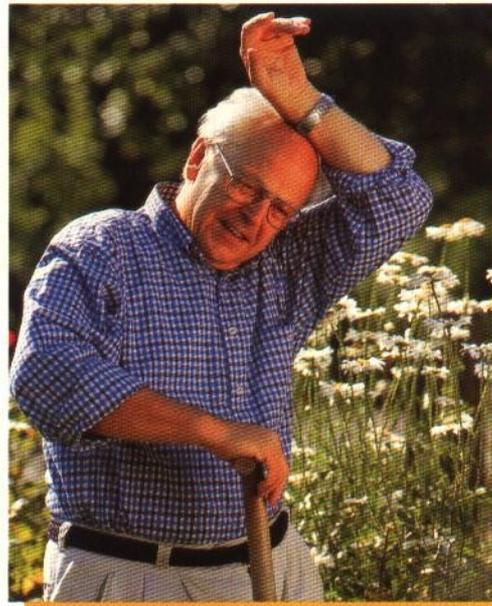


Nervosität

plötzliche
Stimmungs-
veränderung

nachlassende
Konzentration

Sprachstörung



Blässe

Schwitzen

Sehstörungen

Schwäche

Zittern

Schwindel

Herzklopfen

Heiß-
hunger

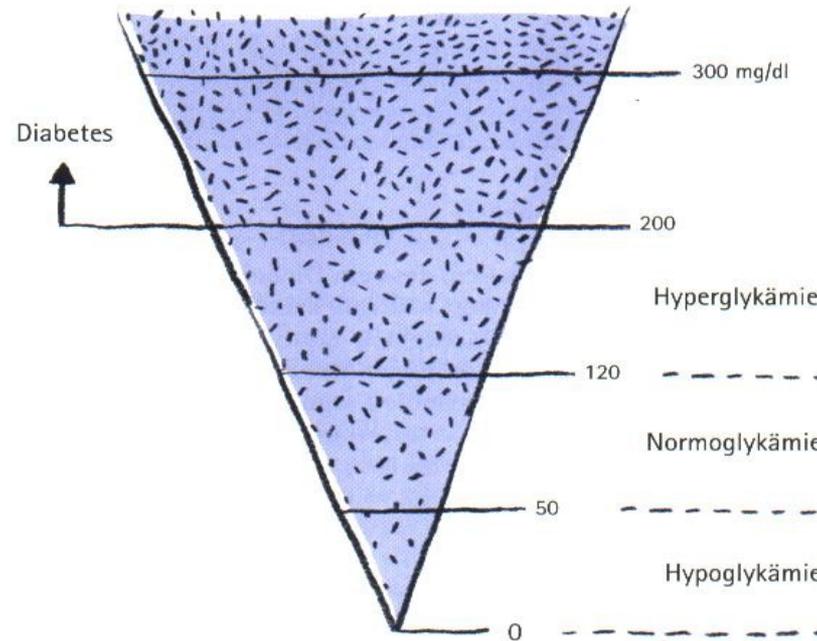
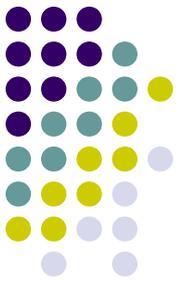
unsicherer Gang

innere
Unruhe

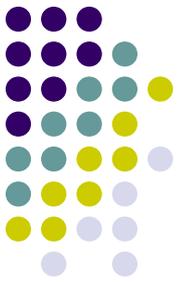
weiche Knie

Der Blutglukosespiegel

(Hürter & Lange, 2001)



HbA1c - Wert



Spiegelt den mittleren Blutglukosewert der zurückliegenden
8 – 12 Wochen wider

- Menschen ohne Diabetes 4 – 6 %
- Gefahr einer schweren Hypoglykämie (Diabetiker) < 6 %
- Sehr gute Werte 6 – 7 %
- Akzeptable (gute) Werte 7 – 8 %
- Befriedigende Werte, die aber 8 – 9 %
verbesserungswürdig sind
- Schlechte Werte mit hohem Risiko von > 9 %
für Folgeerkrankungen

Diagnosekriterien des D.m. (nach ADA, 1997) (Schatz, 2001)

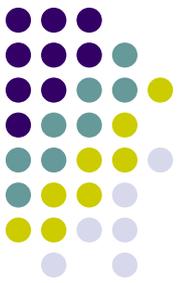


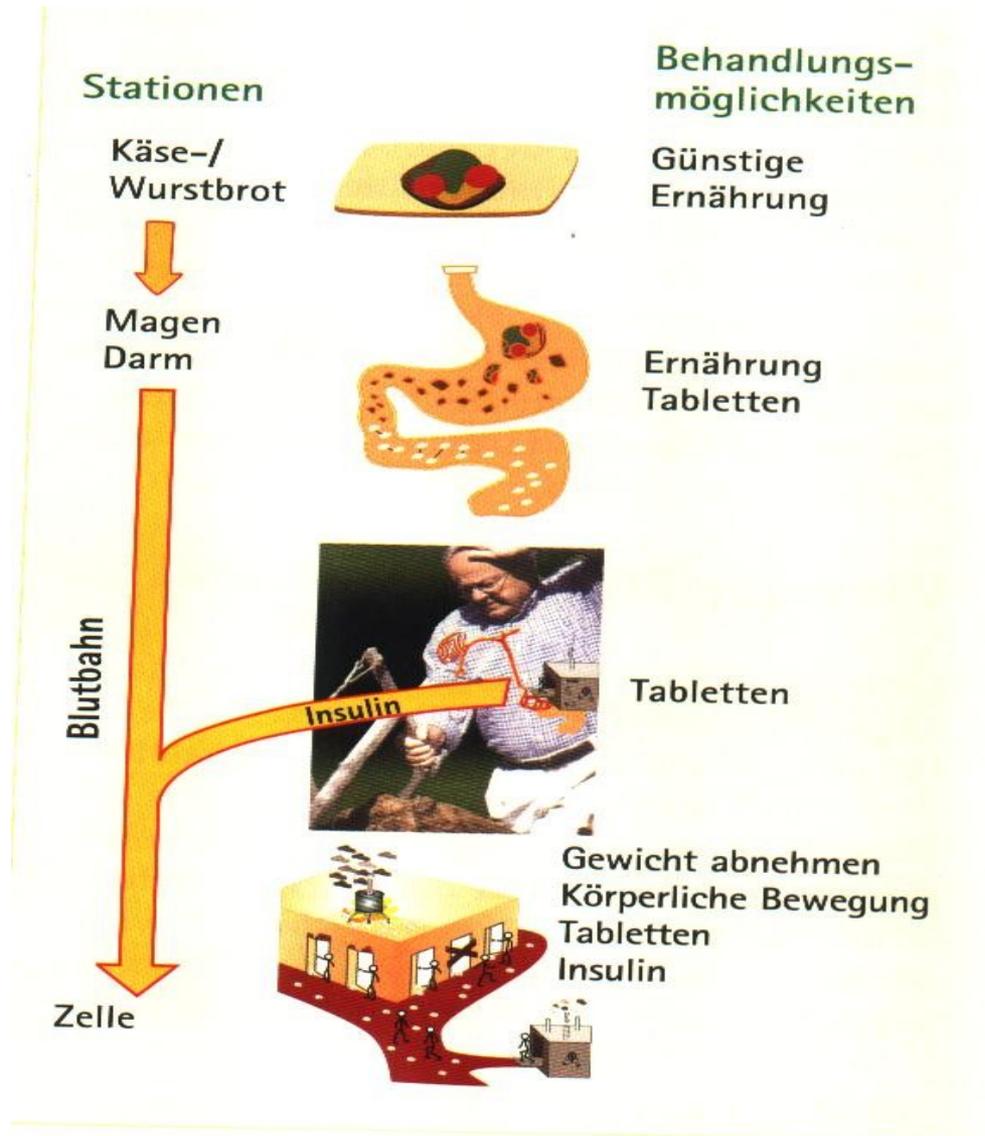
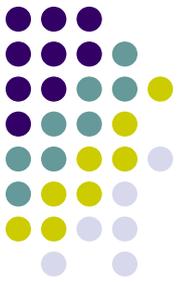
Tabelle 1.3-1 Diagnosekriterien des Diabetes mellitus [nach ADA, 1997]

1. Diabetessymptome und Plasmaglukosekonzentration ≥ 200 mg/dl (11,2 mmol/l)
(Symptome: Polydipsie, Polyurie, unerklärter Gewichtsverlust; Plasmaglukose-Bestimmung unabhängig von Tageszeit und Nahrungsaufnahme)
2. Plasmaglukose-Konzentration nüchtern > 126 mg/dl (7,0 mmol/l)
(nüchtern ist definiert als keine Kalorienaufnahme seit mindestens 8 h)
3. 2-h-Plasmaglukose-Konzentration im 75-g-oGTT ≥ 200 mg/dl (11,2 mmol/l)

Außer bei einer akuten Stoffwechseldekomensation sollten die Kriterien 1 und 2 an einem anderen Tag kontrolliert werden. Der 75-g-oGTT wird nicht für den klinischen Routinegebrauch empfohlen.

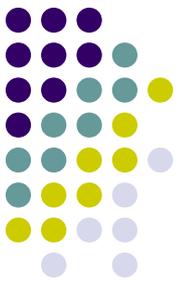
Behandlungsmöglichkeiten

(Medias 2, 2001)

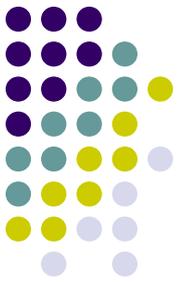


Medikamentöse Behandlung

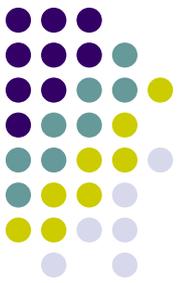
(Medias 2, 2001)



	Hauptwirkung
Resorptions- verzögerer	Darm verzögern den Übertritt des Zuckers ins Blut
Metformin	Zelle hemmt die körpereigene Zuckerproduktion und erleichtert das Öffnen der Türen
Glitazone	verbessern die Wirkung der Türöffner (Insulin)
Sulfonylharnstoffe	Bauchspeicheldrüse setzen mehr Türöffner (Insulin) frei
Glinide	setzen Türöffner (Insulin) gezielt zum Essen frei

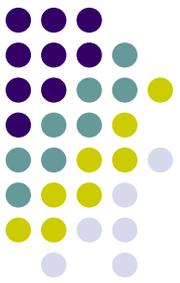


Psychologische Aspekte des Diabetes mellitus und verhaltenstherapeutische Maßnahmen



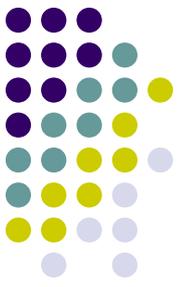
Bio-psycho-soziale Sichtweise

- Für die Therapie und langfristige Prognose des Diabetes sind somatische, psychologische und soziale Faktoren **gleichermaßen** wichtig.
- Diabetes kann als einer der **Prototypen** für psychologische und psychotherapeutische Behandlung und Unterstützung somatomedizinischer Maßnahmen angesehen werden.



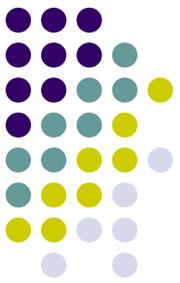
Untersuchungsergebnisse

- Emotionales Schockerleben und Angst bei der Diagnosestellung Diabetes mellitus
- Häufige psychische Störungen (Depression, Angst, Eßstörungen, Sucht)
- Angst vor Spätschäden als hohes psychisches Belastungsmoment
- Oftmals unzureichende Anpassung an das Leben mit einer chronischen Erkrankung (Krankheitsakzeptanz, Krankheitsbewältigung)



Untersuchungsergebnisse

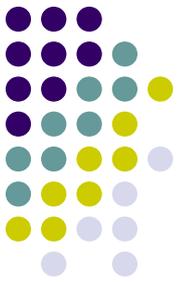
- Emotionale Verstimmungen und psychische Grunderkrankungen stellen Ursachen für eine mangelnde Compliance und Diabeteskontrolle sowie für eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Eintreten von Spätfolgen dar
- Vorhandensein einer Vielzahl von Alltagsproblemen und Belastungen (z.B. Umgang mit Hypoglykämien, Regelmäßigkeit der Lebensführung) mit Einfluss auf das Krankheitsgeschehen
- Insulinumstellung wird als starkes Belastungsmoment erlebt



Untersuchungsergebnisse

- Internale und Selbstverantwortung fördernde Gesundheitsüberzeugungen („Health-beliefs“) als wichtige Einflussgröße
- Entscheidender Einfluss von psychosozialen Faktoren auf das Ausmaß der Compliance, des Selbstmanagement und der Stoffwechseleinstellung

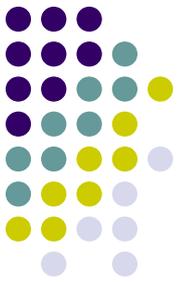
Psychosoziale Belastungen bei Menschen mit Typ-2-Diabetes



- Positive Korrelation mit
 - Stoffwechsellage
 - Diabetische Folgeerkrankungen
 - Insulintherapie
 - Schulungsanamnese
 - Diabetesdauer
- Keine Korrelation mit
 - Gewicht

Herpertz et al. (2000)

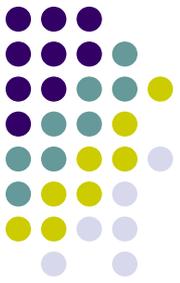
Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Typ-2-Diabetikern



- Bei Diagnoseeröffnung 47,0 %
- Bei Feststellung von Folgeerkrankungen 23,0 %
- Während Krankenhausaufenthalt u./o. strukturierter Schulung 14,8 %
- Bei Partnerschaftskonflikten 12,4 %
- Nach schweren Hypoglykämien 10,5 %

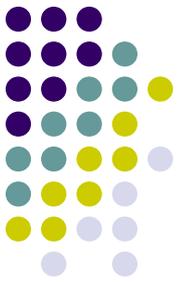
Herpertz et al. (2000)

Therapeutische Hilfen durch den Psychodiabetologen



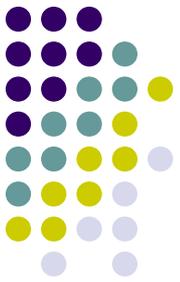
- Hilfe zur Krankheitsbewältigung
- Hilfe zur Lebensstiländerung
- Belastungen im Rahmen der Selbstbehandlung
- Umgang mit drohenden oder bereits eingetretenen Folgeerkrankungen
- Unterzuckerungen
- Psychologische Hilfen bei Problemsituationen im Leben mit Diabetes
- Psychotherapeutische Hilfen

Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien in Bezug auf psychosoziale Interventionen



- Patientenschulungen
- Verhaltensmedizinische Interventionen
 - Blutzucker-Wahrnehmungs-Training
 - Interventionen zur Förderung der Krankheitsbewältigung
 - Interventionen zur Verbesserung interpersoneller Probleme
- Psychotherapeutische Behandlung bei
 - Depression
 - Angststörungen
 - Eßstörungen
 - Sucht (Alkohol, Nikotin)

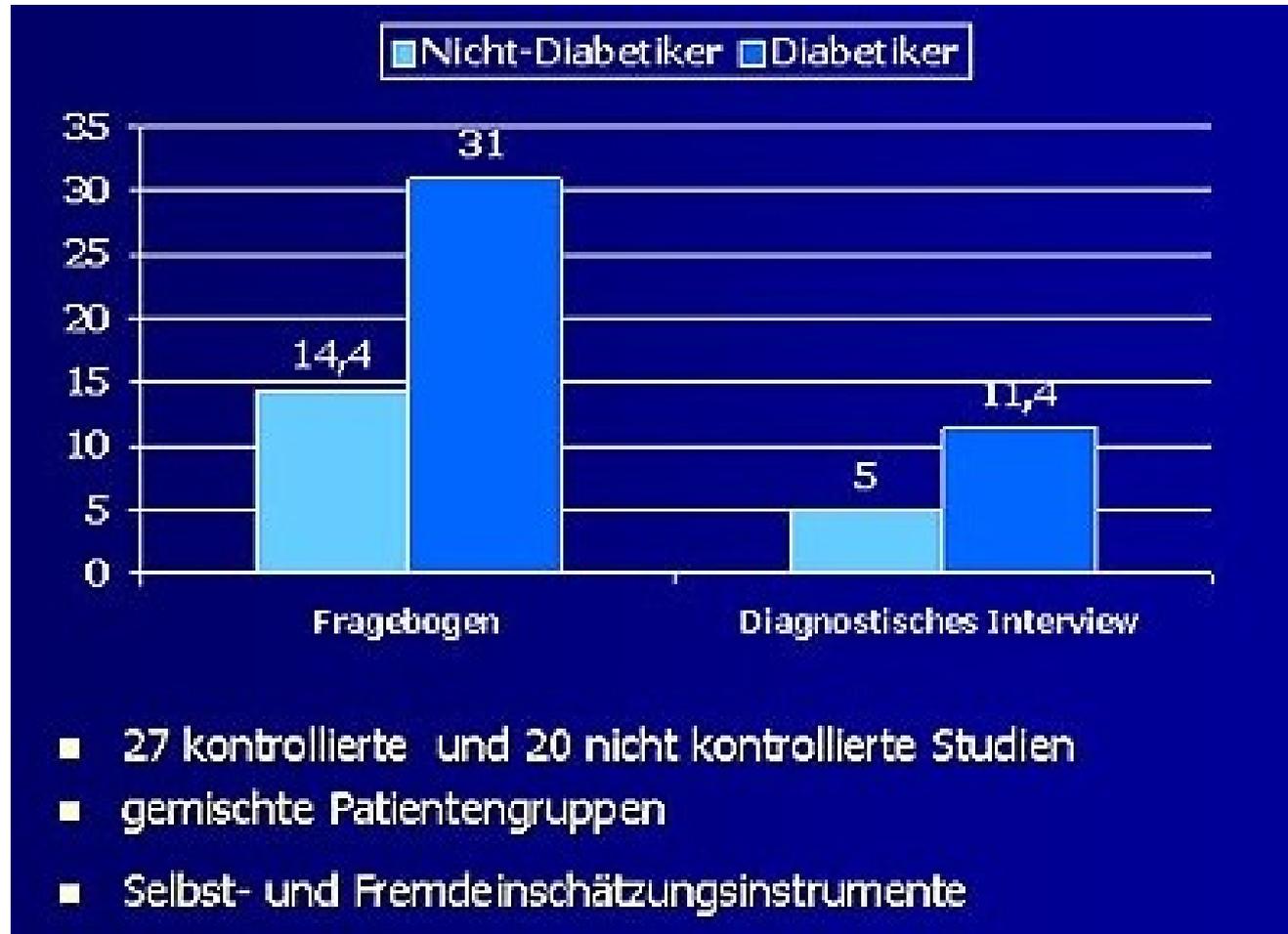
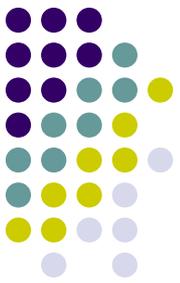
Stellenwert depressiver Störungen beim Diabetes



- Depression: Risikofaktor für Typ 2 Diabetes
- Diabetes: Doppeltes Risiko für eine Depression
- Erhöhter HbA_{1c}-Wert
- Mehr Diabeteskomplikationen
- Schlechtere Umsetzung der Therapieempfehlungen
- Reduktion der Lebensqualität
- Hohe Komorbidität mit Rauchen
- Höhere Gesundheitskosten

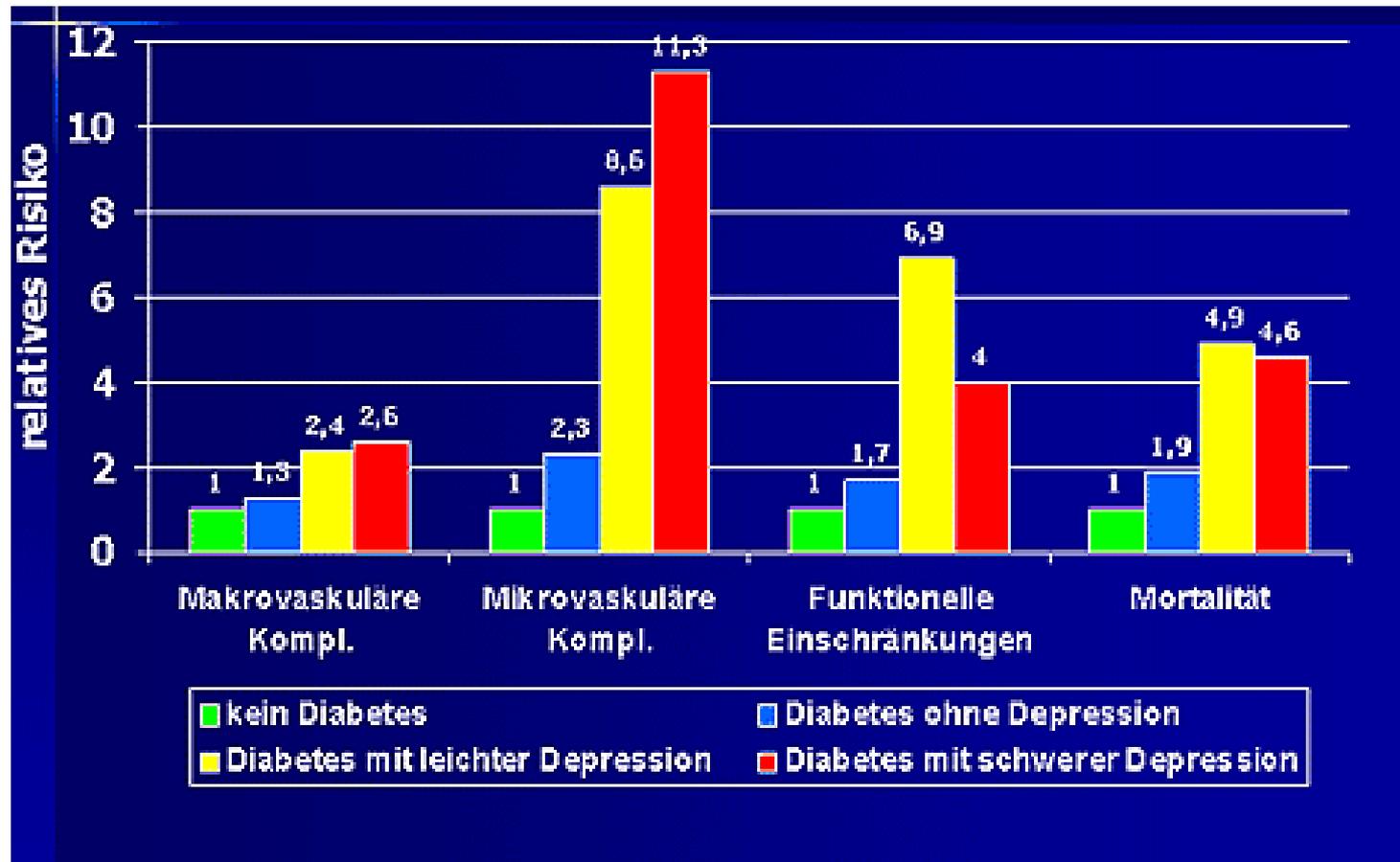
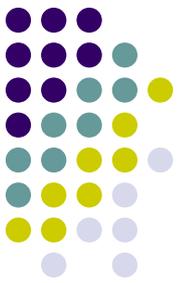
(Marcus et al. 1992, Lustman et al. 2005)

Die Prävalenz depressiver Störungen ist bei Diabetikern doppelt so hoch wie bei Nicht-Diabetikern (Metaanalyse: Anderson et al., Diabetes Care, 2001)

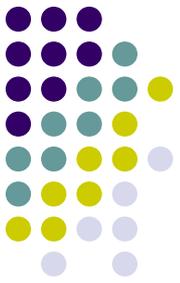


Einfluß subklinischer und klinischer depressiver Symptome auf die Prognose

(Black et al., Diabetes Care, 2003)

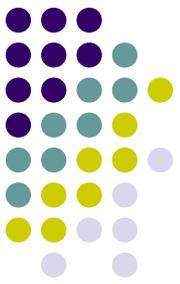


Komplikationen sind assoziiert mit erhöhter Depressivität



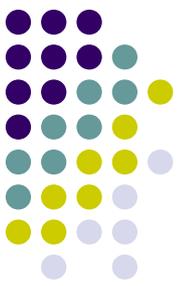
- Retinopathie
- Neuropathie
- Makrovaskuläre Veränderungen
- Mikrovaskuläre Veränderungen
- Sexuelle Dysfunktionen
- Funktionelle Einschränkungen
- Anzahl der Komplikationen
- Mortalität

Behandlungsmöglichkeiten depressiver Störungen bei Menschen mit Diabetes



- KVT ist bei der Behandlung von Depressionen bei Diabetikern effektiv und führt zu einem verbesserten HbA_{1c}-Wert (dünne Datenlage). Ergebnisse über die Effektivität von anderen Psychotherapie-Verfahren liegen nicht vor.
- Die Behandlung mit SSRI führt bei der Behandlung von Depressionen bei Diabetikern zu einer Abnahme der Depression, jedoch nicht zu einem verbesserten HbA_{1c}-Wert (ebenfalls dünne Datenlage).

Depression und Diabetes mellitus in der ambulanten Gesundheitsversorgung



- **Hausärztliche Praxis**

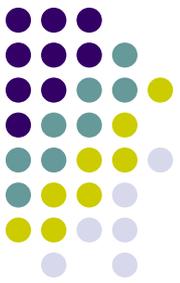
Ca. 12 – 15 % der Patienten leiden an einem Diabetes. Bei einer Depressions-Prävalenz von 15 % und 1.000 Patienten betreut der Hausarzt ca. 20 Menschen mit Diabetes, die gleichzeitig an einer Depression erkrankt sind.

- **Diabetologische Schwerpunktpraxis**

Es liegen bisher keine ausreichenden Zahlen vor.

(Hübner, 2004)

Ärztliche Überweisungspraxis

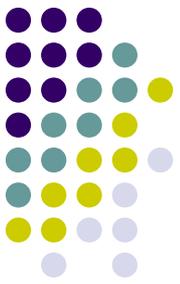


Überweisung zum Psychologen, Psychotherapeuten, Psychiater (DAWN Study 2004)

- **Diabetes Mellitus Typ 1**
 - vom Allgemeinarzt: 1,2%
 - vom Diabetologen: 2,0%

 - **Diabetes Mellitus Typ 2**
 - vom Allgemeinarzt: 1,3%
 - vom Diabetologen: 1,6%
- Defizite in der psychosozialen Versorgung**

Fachpsychologe/in Diabetes DDG (für Niedergelassene)

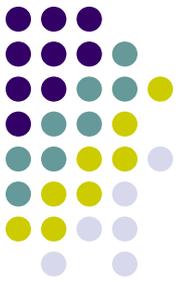


- Mindestens 5jährige psychotherapeutische Tätigkeit
- Teilnahme an sechs zweitägigen Seminaren
 - Physiologisch-medizinische Grundlagen I
 - Physiologisch-medizinische Grundlagen II
 - Verhaltensmedizinische Grundlagen I
 - Verhaltensmedizinische Grundlagen II
 - Diabetes und Soziales. Gesundheitspolitik. Qualitätssicherung.
 - Fallseminar
- 1 x fünftägige Hospitation in einer von der DDG anerkannten Fachklinik
- 4 Falldokumentationen

DDG (2003)

Zusatz „Psychodiabetologie“

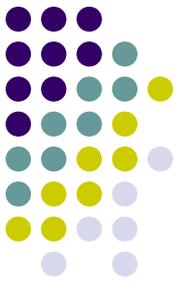
LPK Rheinland-Pfalz



- Mindestens 18 monatige Tätigkeit in anerkannter Diabetes-Einrichtung (alternativ: Kooperation oder Honorartätigkeit)
- 5 Seminare (vergleichbar Fachpsychologe Diabetes DDG / Fallseminar fällt weg)
- 20 Stunden fallbezogene Supervision
- 40 Falldokumentationen
- 1 x fünftägige Hospitation in einer anerkannten Fachklinik

LPK Rheinland-Pfalz (31.01.2004)

Internetadressen



AG für Psychologie und Verhaltensmedizin

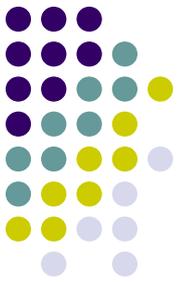
www.diabetes-psychologie.de

Deutsche Diabetes-Gesellschaft DDG

www.deutsche-diabetes-Gesellschaft.de

Deutscher Diabetiker Bund e.V. (Selbsthilfe)

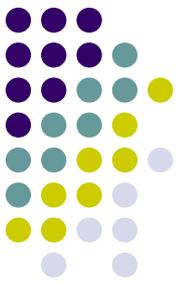
www.diabetikerbund.de



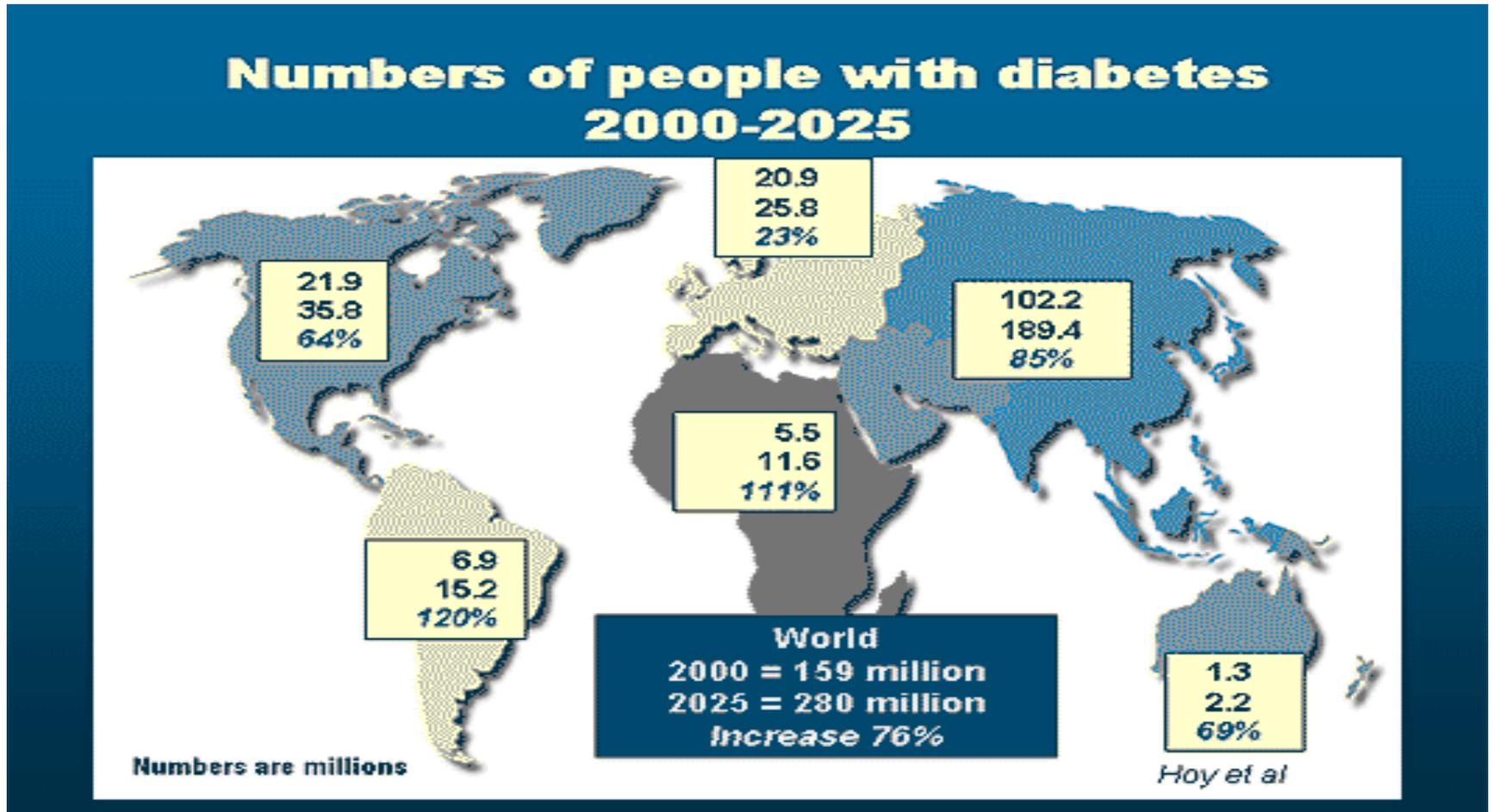
Disease-Management-Programm (DMP)

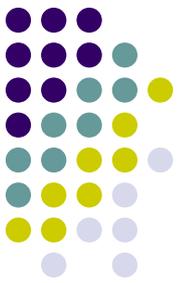
Diabetes mellitus Typ - 1 und Typ - 2

Entwicklung des D.m. in den nächsten 25 Jahren (2000 - 2025)



(Landgraf 2005)



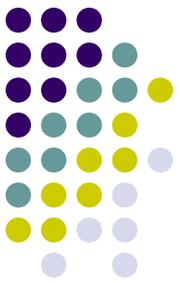


Zahlen für Deutschland

- 30 – 40 % der Bevölkerung hat eine erbliche Veranlagung
- Aktuell sind über 7 Millionen betroffen, steigende Tendenz (vor allem bei Kindern und Jugendlichen)
- Diagnosestellung erfolgt meist 5 – 10 Jahre verspätet
- Bei Diagnosestellung bestehen meist schon Komplikationen
- 4 von 5 Herzinfarktpatienten haben einen bekannten oder unbekanntem Diabetes oder zumindest eine gestörte Glukosetoleranz (IGT)
- Hohe Kosten für das Gesundheitssystem durch Folgeschäden (Blindheit, Fußamputationen, Nierentransplantationen ...)

Aktuelle Problembereiche

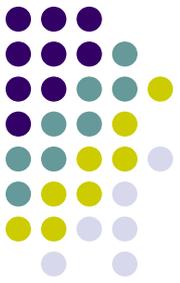
(Landgraf 2005)



Wichtige Probleme in der Diabetiker-Betreuung

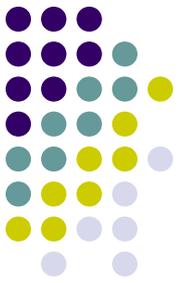
- **Insuffiziente integrierte Versorgung**
- Leitlinien und Überweisungs-Strategien (Schnittstellen) werden oft nicht implementiert
- Inadäquates Patienten-Training , unzureichendes problemorientiertes Training der Gesundheitsanbieter beginnend bereits im Studium und der Ausbildung
- Kein oder nur unzureichender Zugang zu einer Fuß - Klinik
- Insuffiziente strukturierte Dokumentation
- Kein oder unzureichendes Qualitäts-Management und unvollständige Evaluation

Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 und 2 ...



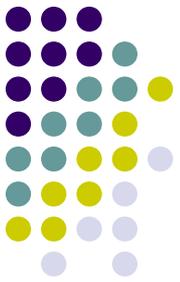
- ... ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm
- ... beruht auf einer evidenzbasierten Grundlage
- ... soll die Qualität der Versorgung von Menschen mit Diabetes verbessern
- ... hat als gesetzliche Grundlage das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA)
- Begrifflichkeit kommt aus den USA
- Einführung in Deutschland 2002

Teilnehmer am DMP



- Krankenkassen
- Ärzte
 - Diabetologische Scherpunktpraxen (DSP) / besonders qualifizierte Ärzte
 - Hausarzt als koordinierender Arzt im Ausnahmefall
 - Fachärzte (z.B. Augenärzte, Gynäkologen)
- Krankenhäuser / Reha-Einrichtungen
- Patienten

Zeitlicher Ablauf



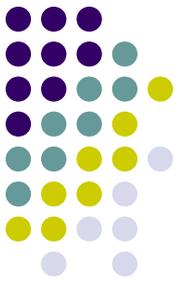
- **August 2001**

Empfehlung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Etablierung leitlinienunterstützter Versorgungsansätze (u.a. DMP) aufgrund von Mängeln in der Versorgung chronisch Kranker (u.a. mangelnde psychosoziale Betreuung, mangelndes Selbstmanagement der Pat.)

- **Januar 2002**

Das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) tritt in Kraft (juristische Voraussetzung für die Entwicklung von DMP).

Zeitlicher Ablauf

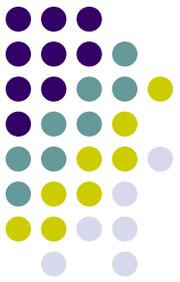


- **Januar 2002**

Empfehlung des Koordinierungsausschusses von DMP für

- D.m. Typ 1 und 2
- Koronare Herzerkrankungen
- Chronische Atemwegserkrankungen (Asthma und COPD)
- Brustkrebs

Zeitlicher Ablauf



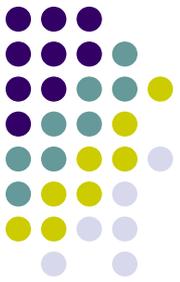
- **Oktober 2002**

AOK Rheinland u.a. GKV schließen mit der KV-Nordrhein den ersten Vertrag für ein DMP Brustkrebs

- **Februar 2003**

AOK BW und die AOK Thüringen schließen als erste Kassen DMP-Verträge D.m. Typ 2 mit den regionalen KVen

Zeitlicher Ablauf



- **März 2004**

Eine neue Rechtsverordnung regelt die Anforderungen für D.m. Typ 1

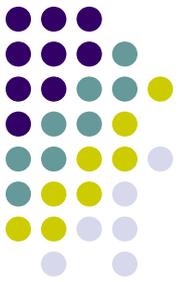
- **März / April 2005**

Umsetzung der ersten DMP D.m. Typ 1 in mehreren Bundesländern

- **September 2005**

Anpassung des DMP D.m. Typ 2 an die neuesten medizinischen Erkenntnisse

Zeitlicher Ablauf

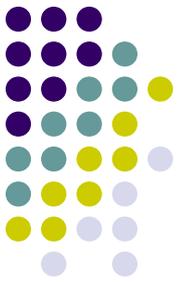


- **Februar 2006**

AOK, Knappschaft und See-Kasse starten die gesetzlich vorgeschriebene Evaluation ihrer DMP D.m. Typ 2 und Brustkrebs

- **Mai 2006**

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt eine modulare Erweiterung der DMP u.a. für Adipositas. Gleichzeitig werden Maßnahmen zum Bürokratieabbau empfohlen.



Zeitlicher Ablauf

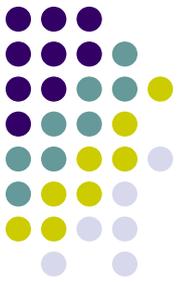
- **September 2006**

AOK Berlin sieht Verbesserung der Versorgung durch Teilnahme am DMP mit Senkung der Hypo- und Hyperglykämien

- **Oktober 2006**

KV Nordrhein sieht ebenfalls Verbesserung der Behandlungsqualität. Honorarplus von € 3.500 pro teilnehmenden Arzt

Zeitlicher Ablauf



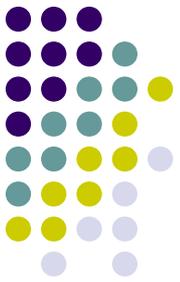
- **November 2006**

Deutsche Diabetes Gesellschaft: Nutzen der DMP bleibt weiter im Dunkeln (bürokratisches Monstrum, hoher Dokumentationsaufwand, keine umfassende Auswertung der Therapieergebnisse)

- **2006 / 07**

Vereinfachung der Dokumentation durch elektronische Datenvermittlung (eDMP)

Zeitlicher Ablauf

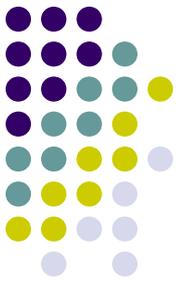


- **Juni 2007**

AOK Sachsen sieht gute Erfolge (Auswertung von 62.000 Daten = 50 % der eingeschriebenen AOK-Versicherten):

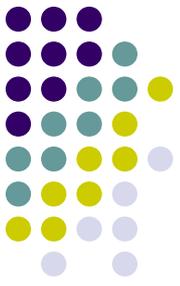
- HbA_{1c} von 6,9 auf 6,7 %
- Blutdruck:
 - systolisch von 148 auf 141 mmHg
 - diastolisch von 83 auf 81 mmHg
- Überweisung zum Augenarzt: von 32 auf 62 %
- Rückgang des Raucheranteils um 24 %

Ziele des DMP D.m.



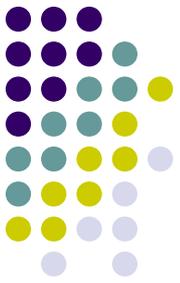
- Vermeidung mikrovaskulärer Schäden
- Vermeidung von Neuropathien
- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms
- Reduktion des erhöhten Risikos makroangiopathischer Schäden
- Vermeidung von Stoffwechsellentgleisungen
- Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere Hypoglykämien)

Teilnahmevoraussetzungen der diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSP) / diabetologisch besonders qualifizierten Ärzten



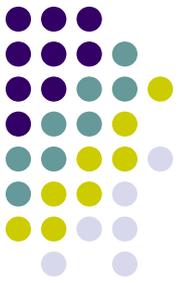
- Fachliche Voraussetzungen
- Besonderheiten zur Insulinpumpentherapie, Betreuung von Schwangeren und Patienten mit diabetischen Fußsyndrom
- Qualifikation vom nichtärztlichen Personal
- Apparative Ausstattung
- Patientenschulungen

Aufgaben



- Beachtung der Versorgungsinhalte und Koordination der Behandlung / **individuelle mit dem Pat. abgestimmte Therapieziele**
- Wiedereinbestellung der Patienten
- Erstellung der Dokumentation
- Beachtung der Qualitätsziele inkl. einer qualitätsgesicherten Arzneimitteltherapie
- Durchführung von Patientenschulungen
- Überweisung / Einbeziehung anderer FÄ, Psychotherapeuten und Reha-Einrichtungen
- Unabhängig von den bestehenden Überweisungsregeln
1 x jährlich Überweisung an eine DSP

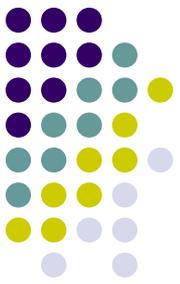
Überweisungsregeln



Bei vorliegenden Indikationen muss eine Überweisung zu einem FA erfolgen:

- Diabetisches Fußsyndrom oder Hochrisikofuß
- Augenärztliche Untersuchung der Netzhaut
- Schwangerschaft
- Einleitung Insulinpumpentherapie
- Hypertonie und bei Nichterreichen des Ziel-Blutdruck-Bereiches

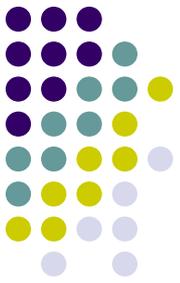
Hausarzt als koordinierender Arzt im Ausnahmefall



Teilnahmevoraussetzungen

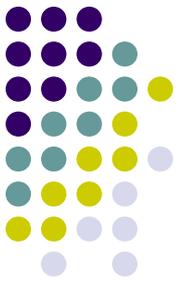
- FA für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt
- Koordinierender Arzt im DMP
- Nachweis diabetespezifischer Fortbildungen
- enge Kooperation mit einer diabetologischen Schwerpunktpraxis (DSP) / einem diabetologisch spezialisierten Arzt
- Mindestens 1 x jährliche Fortbildung
- regelmässige diabetespezifische Fortbildung, z.B. Qualitätszirkel

Aufgaben



Die Aufgaben des koordinierenden Hausarztes entsprechen denen der DSP / diabetologisch besonders qualifizierten Ärzte

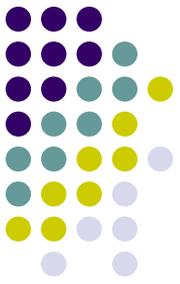
Überweisungsregeln



Ergänzend zu den Regeln der DSP / diabetologisch besonders qualifizierten Ärzten gelten

- Bei Erstmanifestation in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung
- bei Vorliegen / Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie an eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung
- Bei Vorliegen makropathischer, einschließlich kardialer Komplikationen in eine diabetologisch besondere Einrichtung

Einbindung von qualifizierten Krankenhäusern / Kooperation

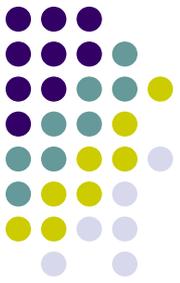


Krankenhäuser, die im Rahmen des DMP D.m. stationär behandeln wollen, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen (u.a. fachliche Voraussetzung des Personals, apparative Ausstattung)

Indikationen zur Einweisung sind u.a.

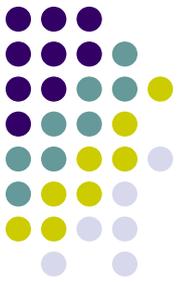
- Ketoazidotische Erstmanifestation
- V.a. infizierten diabetischen Fuß
- Akute neuroosteopathische Fußkomplikation
- Neu diagnostizierter D.m. bei Kindern und Jugendlichen
- Ggf. zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie

Einschreibung der Patienten



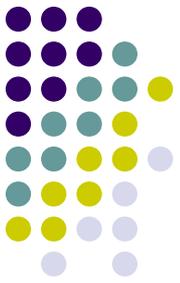
- Die Diagnose eines D.m. wird erfüllt.
- Der Pat. willigt in die Maßnahme ein.
- Er kann im Hinblick auf die Therapieziele von einer Einschreibung profitieren.
- Der Pat. profitiert von Bonusregelungen seiner Krankenkasse.

Dokumentation



- Checkliste bzgl. medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen
- Checkliste bzgl. indikationsbezogener Risikofaktoren und Kontrolluntersuchungen
- Informationsübersicht für Arzt und Patient: gemeinsame Zielvereinbarungen
- Begleitinformationen bei notwendigen Ein- und Überweisungen
- Dokumentation kann mittels zertifizierter Praxissoftware erstellt werden

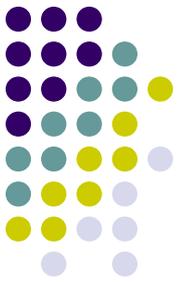
Qualitätssicherung und Evaluation



Qualitätssicherung erfolgt durch die KVen und Krankenkassen mit folgenden Zielen:

- Einhaltung der Anforderungen an die DMP
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren
- Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an der Strukturqualität

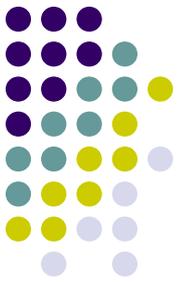
Qualitätssicherung und Evaluation



Die **Evaluation** erfolgt anhand der Daten der Dokumentationsbögen.

- Es werden regelmäßige Qualitätsberichte veröffentlicht.
- Die medizinischen Grundlagen der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) werden jährlich aktualisiert.
- Die DMP-Abläufe sollen vereinfacht werden.

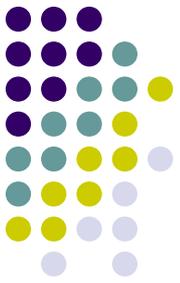
Vergütung



Die Vergütung für Koordination, Schulung und Dokumentation erfolgt **extrabudgetär**.

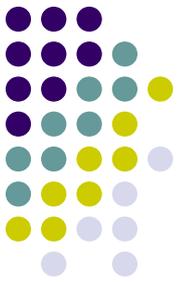
Die elektronische Dokumentation (eDMP) wird derzeit von den einzelnen KVen durch eine **zusätzliche Vergütung** gefördert.

Vorteile für die Krankenkassen



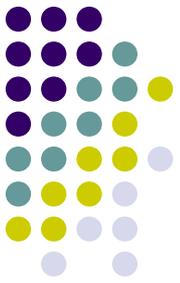
- Verknüpfung von DMP mit dem RSA
- Morbidität der Versicherten wird beim Finanzausgleich der Krankenkassen deutlicher berücksichtigt als bisher
- Kassen mit einem hohen Chronikeranteil mit entsprechender Einschreibung in die Programme profitieren insbesondere von dieser Regelung (z.B. AOK)

Vorteile für den Arzt



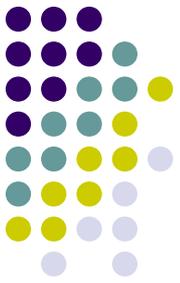
- Möglichkeit der strukturierten / geregelten Behandlung seiner Diabetespatienten.
- Verbesserung der Kooperation mit verschiedenen Behandlungsmodalitäten (stationär / ambulant).
- Individuelle Zielvereinbarung mit dem Patienten.
- Zusätzliche Einnahmequelle (teils extrabudgetär).

Nachteile für den Arzt



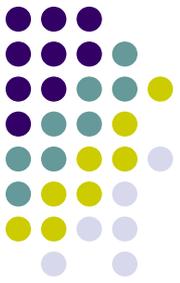
- Hoher bürokratischer Aufwand (Versuch des Abbaus)
- Belastung durch Dokumentation
- Belastung durch Koordinierungsmaßnahmen innerhalb der Praxis und nach außen hin
- Ständige Fortbildungen (Qualitätszirkel)
- Steigender Belastungsgrad (Stress)

Kritische Würdigung aus Sicht unserer Profession



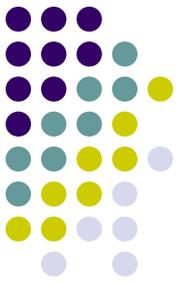
- Psychosoziale Aspekte finden keinen Niederschlag in der Zielsetzung der DMP.
- Die Überweisungspraxis an einen Psychotherapeuten liegt im Rahmen der Zufallswahrscheinlichkeit.
- Aspekte des Selbstmanagements, der Lebensstilveränderung und des Transfers von Schulungsinhalten in den Lebensalltag des Pat. werden unzureichend berücksichtigt.

Kritische Würdigung aus Sicht unserer Profession



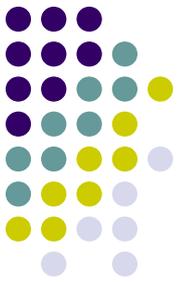
- Es finden sich keine Hinweise auf ein psychisches Screening (z.B. WHO-5 zur Erfassung von Depression) oder deren **verpflichtende Dokumentation**.
- Beim Vorliegen einer psychischen Erkrankung besteht keine **verpflichtende Überweisung** an einen Psychotherapeuten.

Kritische Würdigung aus Sicht unserer Profession



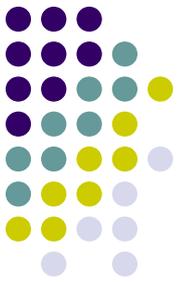
- Die bisherigen Auswertungsergebnisse zeigen keine deutlich qualitative Verbesserung der HbA_{1c}-Werte und des Blutdrucks.
- Langzeiteffekte sind bisher nicht erfasst (z.B. Auswirkungen der Reduktion der Anzahl von Rauchern, erhöhte Konsultation beim Augenarzt).
- Offen bleibt inwieweit langfristig eine ausreichende Anzahl von Patienten in die DMP stabil eingebunden werden kann (Motivation, Leidensdruck).

Aktueller Stand: Gemeinsamer Bundesausschuss



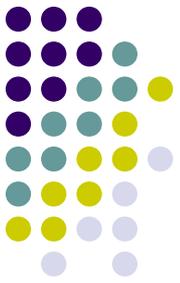
- Notwendigkeit der Beteiligung von Psychotherapeuten wird nicht bestritten. Es soll jedoch genau definiert werden, wann welcher Pat. welches Angebot erhalten soll (Patientengruppe soll zuverlässig unterscheidbar sein, um gezielte Schulungsangebote zu erhalten).
- Mangel an Studien, die eine differentielle Wirksamkeit nachweisen.
- Empirisch unzureichend belegt, inwieweit eine Depressionsbehandlung bei gleichzeitigem Diabetes auch die Ergebnisparameter des Diabetes (z.B. HbA1c-Wert) positiv beeinflusst.
- BPtK-Newsletter, November 2005

Aktueller Stand: Diabetes-Depressions-Studie



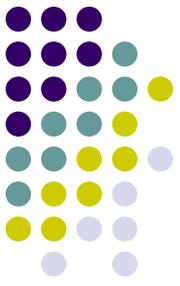
- Diabetes-Depressions-Studie (DAD) / Ruhruniversität Bochum
- Weltweit erste Studie, die Wirksamkeit zweier Behandlungsverfahren vergleicht: Antidepressiva (Sertalin) vs. Verhaltenstherapie
- Weitere Informationen unter: www.dadstudie.de

Aktueller Stand: Fazit



- Mit einer „schnellen“ Einbeziehung von Psychotherapeuten in die DMP ist derzeit **nicht** zu rechnen.
- Die Meinung bzgl. einer eigenständigen Weiterqualifikation „Psychodiabetologie“ wird innerhalb der Funktionäre unserer Berufsgruppe kontrovers diskutiert. Derzeit überwiegt eine Mehrheit mit ablehnender Haltung.

Eine abschließende (persönliche) Bemerkung ...



DMP als eine der Maßnahmen des **Homo Oeconomicus-Prinzips**:

Alles ist rational planbar, daher auch machbar und somit kontrollierbar.

Ist das wirklich richtig und tatsächlich auch umsetzbar?

Was ist mit dem Menschen? Bleibt er dabei auf Dauer nicht auf der Strecke?