

Marco Vecellio

Nominiert für den
Förderpreis 2009
des Forum Managed Care

Ein digitales Patientenregister liefert wichtige Daten

Ansätze zum Qualitätsmanagement bei Diabetikern in der Hausarztpraxis

Die Qualität einer medizinischen Leistung zu visualisieren und standardisieren ist eine anspruchsvolle Aufgabe, mit der vermehrt auch Hausärzte konfrontiert werden. mediX zürich startete mit dem Pilotprojekt «Databox» deshalb einen Versuch, die Behandlungsergebnisse bei Diabeteserkrankungen zu messen. Dank den Resultaten dieser Studie konnten bereits Verbesserungen im Behandlungsprozess implementiert werden.

Diabetes mellitus breitet sich nach wie vor pandemieartig aus: In der Schweiz leben rund 285 000 Menschen damit und jährlich kommen 15 000 Neuerkrankungen dazu. Für 2025 werden approximativ 600 000 Erkrankte prognostiziert. Gründe sind die höhere Lebenserwartung, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht. Schätzungen der WHO gehen davon aus, dass bis zu 15% des gesamten Gesundheitsbudgets aller Länder für die Erkrankung Diabetes mellitus und deren Folgekomplikationen eingesetzt wird.

Durch konsequente präventive, interdisziplinäre und integrative Betreuungsansätze lassen sich Stoffwechseleinstellung, Ernährungsgewohnheiten und Lebensqualität verbessern. Zudem lassen sich dadurch die Anzahl an Hospitalisationen wegen Diabetes und dessen Komplikationen wie Herzinfarkt, Hirnschlag, Erblindung, Amputationen oder Niereninsuffizienz reduzieren. Eine erfolgreiche Behandlung des Diabetes mellitus hängt allerdings wesentlich von der aktiven Mitarbeit des meist beschwerdefreien Patienten ab.

Databox und Chronic-Care-Modell

Verbesserungen kommen am ehesten innerhalb einer produktiven Beziehung zwischen Patient und Versorgungs-/Praxisteam zustande. Ein möglicher Ansatz hierzu ist das Chronic-Care-Modell, da es interdisziplinär und multidimensional angelegt ist und verschiedene Ebenen gesundheitlicher Entscheidungsfindung gebührend einbezieht. Stichworte sind proaktive Vorgehensweise, Stärkung der Patientenrolle und Selbstkompetenz sowie eine beschränkte Neugestaltung der bisherigen Behandlungsabläufe innerhalb des Versorgungsteams. Gezielte Entscheidungsunterstützungen beispielsweise in Form von

evidenzbasierten Leitlinien, Entscheidungshilfen für Patienten, aber auch bessere Kooperation mit Fachspezialisten können wertvolle Ergänzungen sein.

Ein zentraler Bestandteil des Chronic-Care-Modells mit integrativem Behandlungsansatz sind digitale Informationssysteme (CIS), welche mindestens ein strukturiertes Patientenregister enthalten, das alle Patienten mit einer bestimmten chronischen Erkrankung präzise erfasst. Auch individuelle Patientenpässe, Therapiepläne oder Remindersysteme gehören dazu. Trotz gutem Willen ist dies in den meisten heutigen Hausarztpraxen aufgrund defizitärer Informationssysteme nur unzureichend umsetzbar.

Hier bietet das Pilotprojekt «Databox» für Diabetespatienten einen neuen Lösungsansatz. Dabei handelt es sich um eine plattformunabhängige, modular konzipierte Applikation, die den einfachen Zugriff auf eine gesicherte zentrale Datenbank nach modernen Standards erlaubt (Abb. 1).

Es werden die wesentlichen Aspekte eines klinischen Informationssystems, wie sie im Rahmen des Chronic-Care-Modells gefordert sind, berücksichtigt: Generierung von spezifischen Registern, tabellarische Zusammenfassungen, Remindinghilfen, Ampelsysteme sowie lokale statistische, automatisierte Auswertungen. Seit 2009 sind nun auch die einschlägigen Indikatoren im Outcome-Bereich für die Betreuung von Diabetikern im ambulanten Setting gemäss den Vorgaben der unabhängigen EQUAM-Stiftung eingebunden. Diese Hauptindikatoren für die ambulante Betreuung von Diabetespatienten sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Erste Auswertungen und Ausblicke

Summarisch zeigt sich beim Projekt «Databox» ein erfreulicher Beteiligungsgrad der Ärzteschaft auf Netzebene, wobei im Auge behalten werden sollte, dass die derzeitige Erfassungstechnologie noch einen deutlichen Mehraufwand im Praxisalltag bedeutet.



Marco Vecellio



Abbildung 1
Screenshot der Eingabemaske und des Logon-Bildschirms. Das Ampelsystem mit drei Hauptkategorien wird durch direkte farbliche Rückmeldungen repräsentiert.

Die folgenden Angaben zeigen den Projektstand vom Juni 2009:

- Anzahl der insgesamt erfassenden Ärzte 27
- Prozentualer Anteil der Teilnehmer auf Netzebene 34%
 - Davon Gruppenpraxen 37%
 - Davon Einzelpraxen 63%
- Anzahl der Patienten 538
- Anzahl der durchgeführten Diabeteskontrollen 1750
- Anzahl regulärer Jahreskontrollen 196
- Mittlerer Beobachtungszeitraum je Patient in Tagen 314

Der Datenpool mit rund 100 Einzelvariablen je erfasstem Datensatz (entspricht einer Konsultation) erlaubt differenzierte Analysen. Die präliminären Auswertungen zeigen erhebliche Streuungseffekte und geben erste Hinweise über Optimierungspotentiale. Zudem stellen diese Daten eine gute Basis für eine allfällige Outcome-Forschung dar und leisten einen Beitrag zur Versorgungstransparenz.

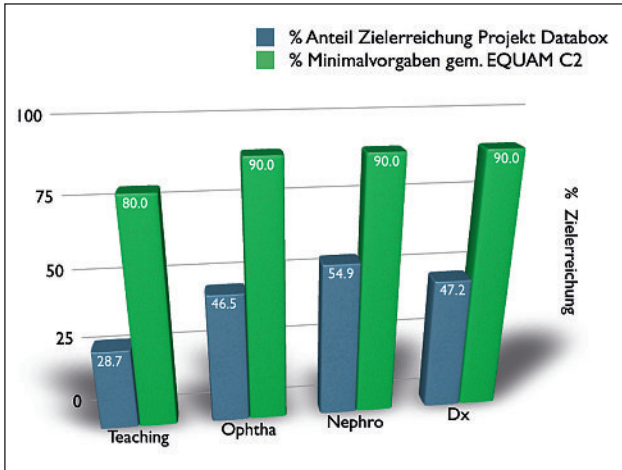
Kritische Punkte bez. der Beurteilung der ersten Auswertungen liegen darin begründet, dass mehrheitlich überdurchschnittlich motivierte Ärzte teilgenommen haben, die Vollständigkeit und Korrektheit der Erfassung aus Ressourcengründen nur stichprobenweise erfolgen konnte, die Patientenselektion in der Hausarztpraxis selektiv sein könnte. Zudem ist der bisherige Datenpool – obwohl differenziert - nur beschränkt repräsentativ für die Versorgungslage auf breiter Ebene.

Ende Juni 2009 wurden 564 Patienten eingeschlossen, welche sich auf 27 aktiv beteiligte Ärzte aufteilen. Nach einer ersten Überprüfung dieser Datensätze wurden bis Sommer 2009 1750 Einzelkontrollen durchgeführt und regulär erfasst. Der mittlere Beobachtungszeitraum je Patient betrug seit Projektbeginn Anfang 2008 im Mittel 314 Tage. Aus den Abbildungen 2 und 3 sowie der Tabelle 2 werden erste aggregierte Datenauswertungen zu Prozess- und Outcome-Indikatoren dargestellt. Aufgrund dieser Zwischenauswertungen konnte aufgezeigt werden, dass vor allem im Bereich der Prozessebene

Tabelle 1
Die Masterindikatoren zu Diabetes mellitus Typ 2 gemäss EQUAM.

Indikator DM 1	Die Diabetes-Patienten werden mit dieser Diagnose identifiziert und in der KG als solche dokumentiert.
Indikator DM 2	Die identifizierten Diabetes-Patienten werden systematisch einer Basis-Diagnose sowie periodischen Folgekontrollen nach Evidence-Based Medicine unterzogen.
Indikator DM 3	Diabetes-Patienten erhalten professionelle Schulung und Beratung.
Indikator DM 4	Diabetes-Patienten erhalten Medikation nach Evidence-Based Medicine.
Indikator DM 5	Erreichungsraten / Outcome-Ziele zu Blutdruck, Cholesterin und LDL.
Indikator DM 6	Ärztliche Qualitätszirkel und Fortbildung.

Abbildung 2 Einige Prozessindikatoren im Vergleich zu den EQUAM-Vorgaben. Teaching bedeutet erfolgte Schulung durch externe Fachperson (Diabetesberaterin). Ophtha bedeutet regelmässiges Screening durch Ophthalmologen bez. diabetischer Retinopathie. Nephro bedeutet Installation nephroprotektiver Medikamente bei erfolgtem Nachweis diabetischer Nephropathie. Dx bedeutet reguläre Diagnosestellung gemäss EQUAM-Vorgabe.



(z.B. Patiententeaching, Ophtha-Kontrollen u.a.) ein Optimierungspotential besteht.

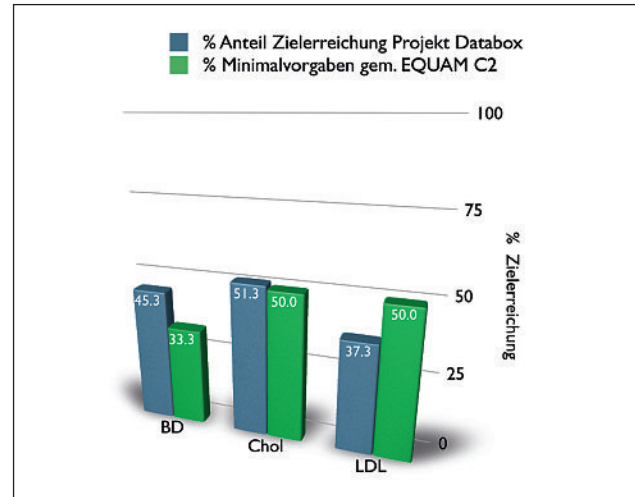
Im vergangenen Juli 2009 sind nun in der Grundversorgung drei Zertifizierungsaudits mit den neuen klinischen Indikatoren und Standards durchgeführt worden. Drei Ärzte des Ärztenetzes mediX zürich haben sich innerhalb des Pilotprojektes zusätzlich den EQUAM-Standards zum Diabetes mellitus gestellt und den Nachweis ihrer Ergebnis- und Performancequalität zu dieser Diagnose erbracht. Dieses Modul für Diabetes ist zwischenzeitlich auch von der Schweizerischen Akkreditierungsstelle gutgeheissen worden.

Mit dem vermehrten Angehen der festgestellten Defizite auf Prozessebene dürfte eine reale Verbesserung der Versorgungssituation im Praxisalltag für Diabetiker eintreten.

Tabelle 2 Zwischenauswertungen Projekt Databox mediX Zürich Juni 2009.

Aggregierte Laborwerte der aktiven Teilnehmer	
Mittlerer systolischer Blutdruck mmHg	138,3
Mittlerer diastolischer Blutdruck mmHg	79,4
Mittlerer HbA1c	7,46
Mittlere Nüchtern glukose	7,7
Mittlerer Cholesterinwert	4,4
Mittlerer LDL-Wert	2,4

Abbildung 3 In Grün die Minimalvorgaben hinsichtlich Laborerreichungsraten durch die EQUAM-Stiftung. In Blau die real erreichten Werte auf Netzebene.



Literatur

- 1 American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. 2008;(31) Suppl. 1.
- 2 www.idf.org. IDF Clinical Guidelines Task Force. Global Guideline for Type 2 Diabetes. Brussels: International Diabetes Federation; 2005.
- 3 Guidelines on diabetes, prediabetes, and cardiovascular diseases. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD) European Heart Journal. 2007;(28):88–136.
- 4 National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Type 2 diabetes: national clinical guideline for management in primary and secondary care (update). London: Royal College of Physicians; 2008.
- 5 Knight K, Badamgarav E, Henning JM, Hasselblad V, Gano AD, Ofman JJ, et. al. A Systematic Review of Diabetes Disease Management Programs. The American Journal of Managed Care. 11:242–50.
- 6 Meigs J, Chueh H, Cagliero E, Barry M, Dubay A, Singer A, et. al. Controlled Trial of WebBased Diabetes Disease Management. Diabetes Care. 2003;26:750–7.

Korrespondenz:

Dr. med. Marco Vecellio-Burckhardt
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 mediX Gruppenpraxis Zürich & CIRS Software
 Rotbuchstrasse 46
 8037 Zürich
 marco.vecellio@mac.com