

DGGÖ-Jahrestagung vom 11.3-12.3 in Essen, Tagungsthema: Steuerung der Gesundheitsversorgung

Thema des Vortrags: (Kaum) Wandel der ärztlichen Verordnungspraktik durch Leitlinien und kontextuale Bedingungen bei der Behandlung von Diabetes mellitus [Typ II]

Themengebiete (Auswahl):

- Gesundheitsreformen und -politik
- Versorgungsforschung
- Evaluation von Gesundheitsleistungen: Anwendungen

Beschreibung:

Einleitung: Die seit 2002 gültige *Leitlinie für die medikamentöse Behandlung von Diabetes Mellitus (Typ II) [T2D]* sieht am Beginn des Behandlungsprozesses einen Zeitraum von drei Monaten vor, in dem bei einem Langzeitblutzuckerwert von $>7\%$ auf eine sofortige medikamentöse Intervention verzichtet werden sollte (Nationale Versorgungsleitlinie von 2002, herausgegeben von BÄK, AkdÄ, DDG, DGIM, AWMF). Erst nach dieser Zeit wird erkennbar, ob Maßnahmen der Basistherapie (Ernährungsumstellung, Bewegung, Schulung, Gewichtsreduktion) zur Regulierung der Blutzuckereinstellung geeignet sind oder mit medikamentöser Behandlung ergänzt werden muss. Ein Auslassen dieser Karenzzeit könnte bedeutsame Spielräume verschenken, die für die *Aktivierung von patienteneigenen Ressourcen* im höchsten Maße relevant sind (Lotz-Rambaldi et al. 1998; Buhk 2001; Wagner et al. 2003).

Parallel zur Veröffentlichung der Leitlinien wurde in Deutschland seit 2003 die gesetzliche Möglichkeit zur Durchführung von *Disease-Management-Programmen* (SGBV §137a-d) als besonderer Versorgungsform geschaffen. Bereits seit 1995 bekam die allgemeine Ambulantisierung der Diabetikerversorgung durch die neu eingeführte *diabetologische Weiterbildung* einen Entwicklungsschub.

Die Leitlinieneinführung zielte auf einen Wandel der ärztlichen Verordnungspraktik ab. Inwiefern Veränderungen der Verordnungspraktik als Effekt der Leitlinienimplementierung über die Zeit zu beobachten sind, ist Gegenstand dieser Untersuchung. Dabei vergleichen wir Wandlungsprozesse in Behandlungssituationen der Regelversorgung mit den spezifischen kontextualen Bedingungen in DMP-geleiteten sowie durch diabetologisch weitergebildete Ärzte geführten T2D-Behandlungen.

Methoden: Für diese Analyse stehen Sekundärdaten des *Disease Analyzers® des Unternehmens IMS Health (Frankfurt a.M.)* zur Verfügung. Sie bilden Patientenkonsultationen aus den Jahren *1993 bis 2009* ab, was uns eine Langzeitperspektive erlaubt unter Einbezug der Periode vor und nach Einführung der Leitlinie. Wir führen im ersten Schritt eine *Verlaufsanalyse* zur Beobachtung der frühen oralen Verordnungen durch ($n= 11.501$ in 213 Praxen) und stellten in einer *Deskriptivanalyse* die ärztliche Verordnungspraktik in einen Zusammenhang mit den Langzeitblutzuckerwerten der Patienten ($n= 3.691$ in 206 Praxen), der jeweils zu Beginn des Behandlungsprozesses vorlag. In zweiten Schritt berechnen wir in einer *periodenspezifizierten Cox-Regression* das ‚Risiko‘ einer Verordnung nach der Erstdiagnose eines T2D unter Einbezug der erklärenden Variablen „HbA1c im MW“, „Weiterbildung“ und „DMP-Einschreibung“ (nur für die Periode ab 2003).

Ergebnisse: Die allgemeine Tendenz im Zeitverlauf zeigt einen Wandel hin zu einem Übergewicht an Starts von T2D-Behandlungsprozessen, die mit sofortiger pharmakologischer Intervention einhergehen. Der Anteil an T2D-Behandlungsstarts unter günstigen Bedingungen (HbA1c \leq 7%) hat vermutlich aufgrund höherer Sensibilität für das Krankheitsbild ‚T2D‘ bedeutend zugenommen, dies zeigt sich aber nicht in einer höheren Rate an nicht-medikamentösen Basistherapien in dieser Patientengruppe. Der Bereich des interpretativen Spielraums für ein Abwarten von patientenaktivierter Lebensstiländerung bei grenzwertigen Langzeitblutzuckerwerten wird vor 2002 stärker ausgenutzt als danach. Dies unterstützt die Annahme einer *wachsenden Neigung zur frühen Verordnung ab dem Jahre 2003*. Dies wirkt sich im Falle eines hohen Schweregrades des T2D bei Erstdiagnose positiv aus, weil die Rate der frühen Verordnungen hier gestiegen ist. Bei Behandlungsprozessen mit günstigen oder grenzwertigen Startbedingungen werden aber möglicherweise Chancen zur Eigenaktivierung der T2D-Patienten in der Anfangsphase der Erkrankung vertan.

Wenn die Behandlung von einem weitergebildeten Arzt vorgenommen wird, reduziert sich das ‚Risiko‘ einer frühen Verordnung. Dies gilt sowohl für Behandlungsprozesse, die vor als auch nach Leitlinieneinführung begannen. Im Kontext einer DMP-Einschreibung verändern sich die Verordnungspraktiken hin zu einer Verzögerung der Verordnungszeitpunkte, allerdings ist dies ambivalent zu bewerten, da sich diese Veränderung vor allem auf Patienten mit schwierigen Ausgangsbedingungen (HbA1c $>$ 8%) bezieht.

Diskussion: Der T2D ist eine chronische Erkrankung mit hoher gesellschaftlicher Relevanz aufgrund zunehmender Prävalenz (Maaz 2007; Lange et al. 2011) und hoher Kosten, die durch vermeidbare Spätfolgen (Köster et al. 2006) anfallen. Mit der Leitlinieneinführung 2003 wurde eine beabsichtigte *Verstärkung der für die Eigenaktivierung von patienteneigenen Ressourcen eigentlich notwendigen Karenzzeit offenbar nicht erreicht*. Hier werden somit noch Chancen vertan, die zu einer verbesserten Versorgungsqualität führen würden, insbesondere da die Ausgangsbedingungen immer günstiger geworden sind. An diesem exemplarischen Fall der Chronikerversorgung können so *mikrofundierte Grenzen der Steuerung von Versorgungsprozessen und Möglichkeiten zu deren Öffnung* identifiziert werden. Barrieren der Steuerbarkeit werden sichtbar durch die mangelnde Umsetzung der empfohlenen Karenzzeit nach der Erstdiagnose eines T2D, die sich erklären lässt, mit einer inhärent mangelnden Patientenorientierung aus der Perspektive der biomedizinischen Logik. Dem Bezug auf indikationsbezogene Leitlinien wohnt die Möglichkeit der Selektion inne, d.h. einige Aspekte werden implementiert (wie die Medikamentenverordnung) andere werden ignoriert (wie die Einhaltung der patientenaktivierenden Karenzzeit). So bleiben verfügbare Handlungsspielräume (bei günstigen Ausgangsbedingungen) ungenutzt. Mit einem tieferen Verständnis für das spezifische Krankheitsbild durch die diabetologische Weiterbildung scheint die ärztliche Haltung patientenorientierter zu werden. Die Leitlinie hat hier nur noch geringfügig zusätzlich verstärkende Effekte. In den DMPs ist die Nutzung von Leitlinien verankert. Die Handlungsspielräume werden hier stärker ausgenutzt, allerdings nicht im Sinne der Leitlinie, sondern paradoxerweise bei höheren Schweregraden. Diese mangelnde Zielgenauigkeit ist der Gegenstand von weiterem Forschungsbedarf, der darin besteht, den Umgang und die Interpretation von Leitlinien durch Ärzte besser zu verstehen.

➤ *Literatur:*

Buhk, H.; Lotz-Rambaldi, W. (2001): Compliance und Patientenschulung bei Diabetes mellitus Typ 2. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 44 (1), S. 5–13. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/s001030050404>.

Bundesärztekammer; Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft; Deutsche Diabetes Gesellschaft; Fachkommission Diabetes Sachsen; Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin; Arbeitsgemeinschaften der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (Hg.) (2002): Nationale Versorgungs-Leitlinie. 1. Aufl. Online verfügbar unter <http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/nvl-archiv/Vorversionen%20DM2/nvl-dm2-1.auf-lang-1.0.pdf>.

Köster, I.; Hauner, H.; Ferber, L. von (2006): Heterogenität der Kosten bei Patienten mit Diabetes mellitus: Die KoDiM-Studie. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift* 131, S. 804–810. Online verfügbar unter <http://www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/dmw/doi/10.1055/s-2006-939850.pdf>, zuletzt geprüft am 01.07.2009.

Lange, Cornelia; Ziese, Thomas (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie >>Gesundheit in Deutschland aktuell 2009. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Hg. v. Robert-Koch-Institut. Berlin. Online verfügbar unter http://www.rki.de/cln_160/nn_199884/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadB/GEDA09,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/GEDA09.pdf, zuletzt geprüft am 03.05.2011.

Lotz-Rambaldi, W.; Koch, U. (1998): Typ-II-Diabetes im Alter: ein Compliance-Problem? In: Franz Petermann (Hg.): *Compliance und Selbstmanagement*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, S. 187–200.

Maaz, A.; Winter, M. H. -J; Kuhlmeier, A. (2007): Der Wandel des Krankheitspanoramas und die Bedeutung chronischer Erkrankungen (Epidemiologie, Kosten). In: Bernhard Badura, Henner Schellschmidt und Christian Vetter (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2006*, Bd. 2006: Springer Berlin Heidelberg (Fehlzeiten-Report), S. 5-23-23.

Wagner, Nicole; Maywald, Ulf; Pittrow, David; Wittchen, Hans-Ulrich; Küpper, Beate; Höfler, Michael et al. (2003): Der Arzneimittelgebrauch und die Compliance von Patienten mit Diabetes mellitus in der Allgemeinarztpraxis nach Arztangaben. In: *Journal of Public Health* 11 (4), S. 337-347. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/BF02957774>.