

**IKFE Symposium:
„Versorgungssituation des Typ 2 Diabetes in Deutschland“**

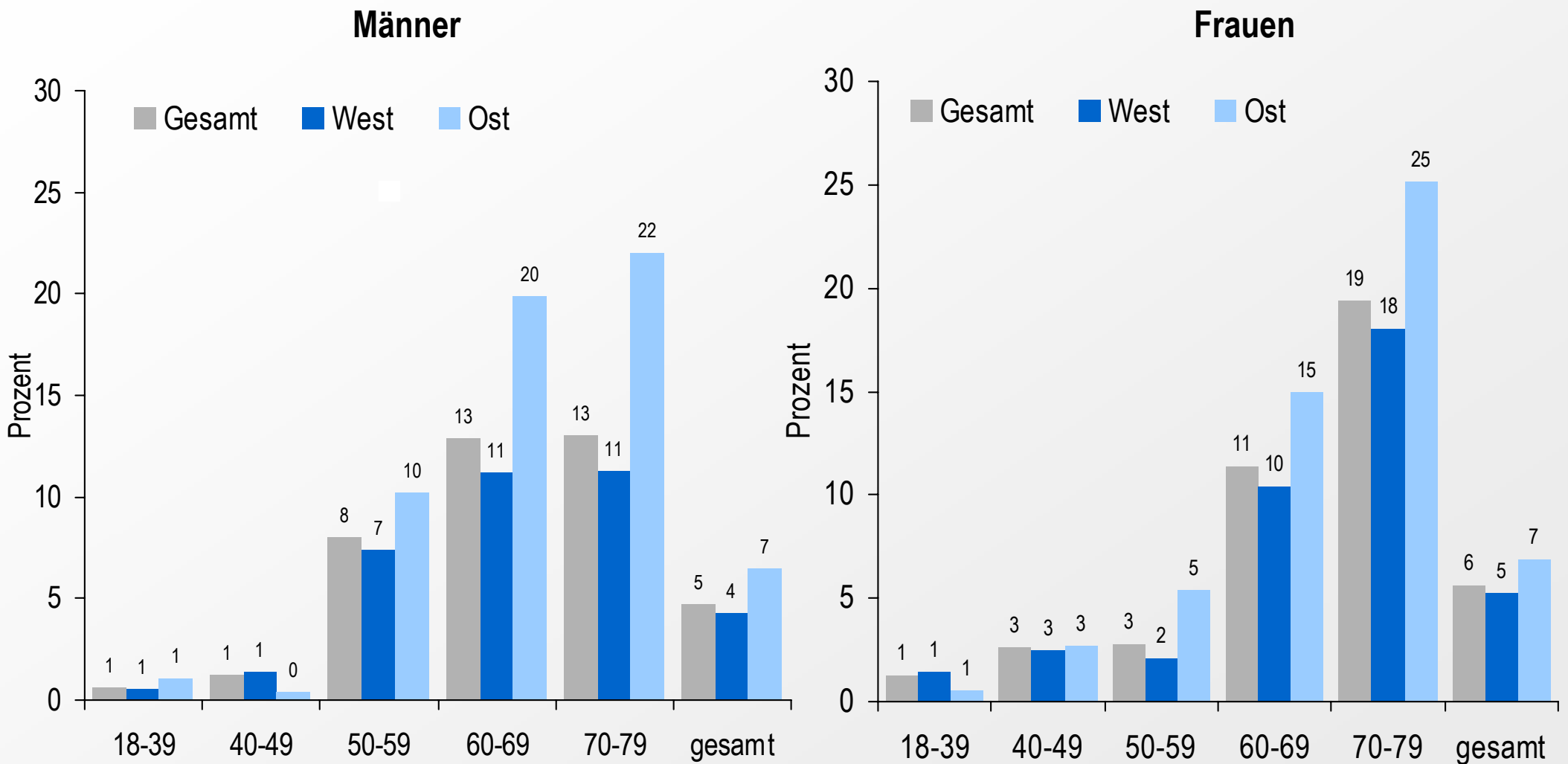
**Versorgungsqualität bei Typ 2 Diabetes:
Ergebnisse der DETECT –Studie**

Dr. med. Steffen Böhler und die DETECT Study Group,
Technische Universität Dresden
Institut für Klinische Pharmakologie
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie

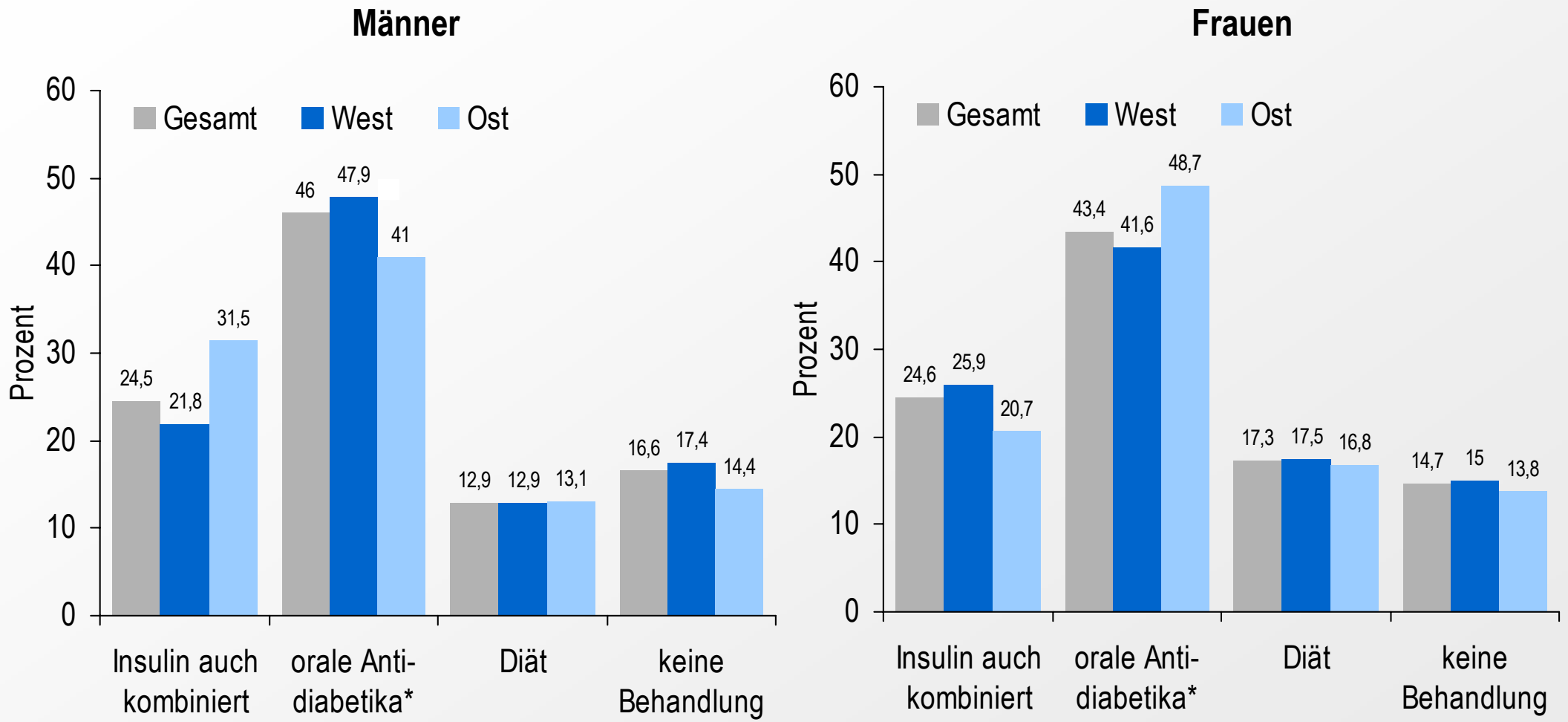
Diabetes mellitus - Was wir wissen

- 5-8% der deutschen Durchschnittsbevölkerung sind betroffen
- Inzidenz und Prävalenz nimmt zu (immer früher – immer öfter)

Prävalenzzahlen zum Diabetes mellitus aus dem Bundesgesundheitsurvey (N=7.099, 18-79 Jährige, gewichtet nach Bevölkerungsstruktur 1998)



Behandlungsformen des Diabetes mellitus aus dem Bundesgesundheitsurvey (N=369, 18-79 Jährige, gewichtet nach Bevölkerungsstruktur 1998)



* auch mit Diät

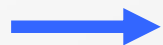
Diabetes mellitus - Was wir wissen

- 5-8% der deutschen Durchschnittsbevölkerung sind betroffen
- Inzidenz und Prävalenz nimmt zu (immer früher – immer öfter)
- Es gibt effektive und effiziente pharmakologische und nicht-pharmakologische Interventionen (Prävention, Frühintervention, Therapie)
- Umsetzung suboptimal - Versorgungssituation und –güte wird ebenso wie die Datenlage als defizient beurteilt (KAG 2002)
- Effekte struktureller und inhaltlicher sowie prozessuraler Verbesserungen bislang äußerst begrenzt
- Zunehmende Schlüsselrolle des primärärztlichen Sektors - Zunehmende administrative und monetäre Regulierung
- Es gibt keine einfachen Lösungen! (no ‚superpill‘ in sight!)

Was wir nicht wissen

Situation im primärärztlichen Sektor (jenseits administrativer Aufzeichnungen sowie umschriebener regionaler Aktionen) hinsichtlich:

- Morbiditäts- und Problemsstruktur der Patienten
- zeitliche Veränderungen der Morbiditäts- und Risikostrukturen
- Regionale Variationen der Versorgungs- und Therapiesituation
- Spezifische Therapie- und Versorgungsabläufe (Unter-, Fehl-, Überversorgung)
- Indikatoren der Versorgungsgüte



**DETECT - Diabetes Cardiovascular Risk-Evaluation:
Targets and Essential Data for Commitment of Treatment**

Ziele von DETECT

DETECT wurde initiiert um:

- Gründe
- Ausmaß und
- Kurz- und mittelfristige Konsequenzen nicht erfüllter Bedürfnisse von Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko in einer repräsentativen Stichprobe aus dem primärärztlichen Sektor in Deutschland zu erfassen

Diese Auswertung des Gesamtdatensatzes berichtet über:

- Häufigkeit des Diabetes mellitus nach Einschätzung des behandelnden Arztes in der Hausarztpraxis (Punktprävalenz)
- Unterschiede hinsichtlich Erkrankungsmuster (ohne, mit mikro-, makrovaskulären Ereignissen)?
- Ausmaß, Behandlungsqualität und Medikation im primärärztlichen Sektor

Methodik

DETECT Design:

- 7.053 von 64.707 Ärzten aus dem primärärztlichen Sektor randomisiert und kontaktiert
- 3.795 nahmen an der Vorstudie teil
- 3.188 nahmen an der gesamten Studie teil (50,6%) und rekrutierten 55.518 konsekutive Patienten, die die Praxis am Studientag besuchten

Instrumente:

- Patienten Fragebogen (6 seitig), Arzt Fragebogen (2 seitig), Laborsample

Diagnose ‚Diabetes mellitus‘:

- Arztangaben, antidiabetische Medikation

DETECT Studie: Studienärzte (N=3.188)

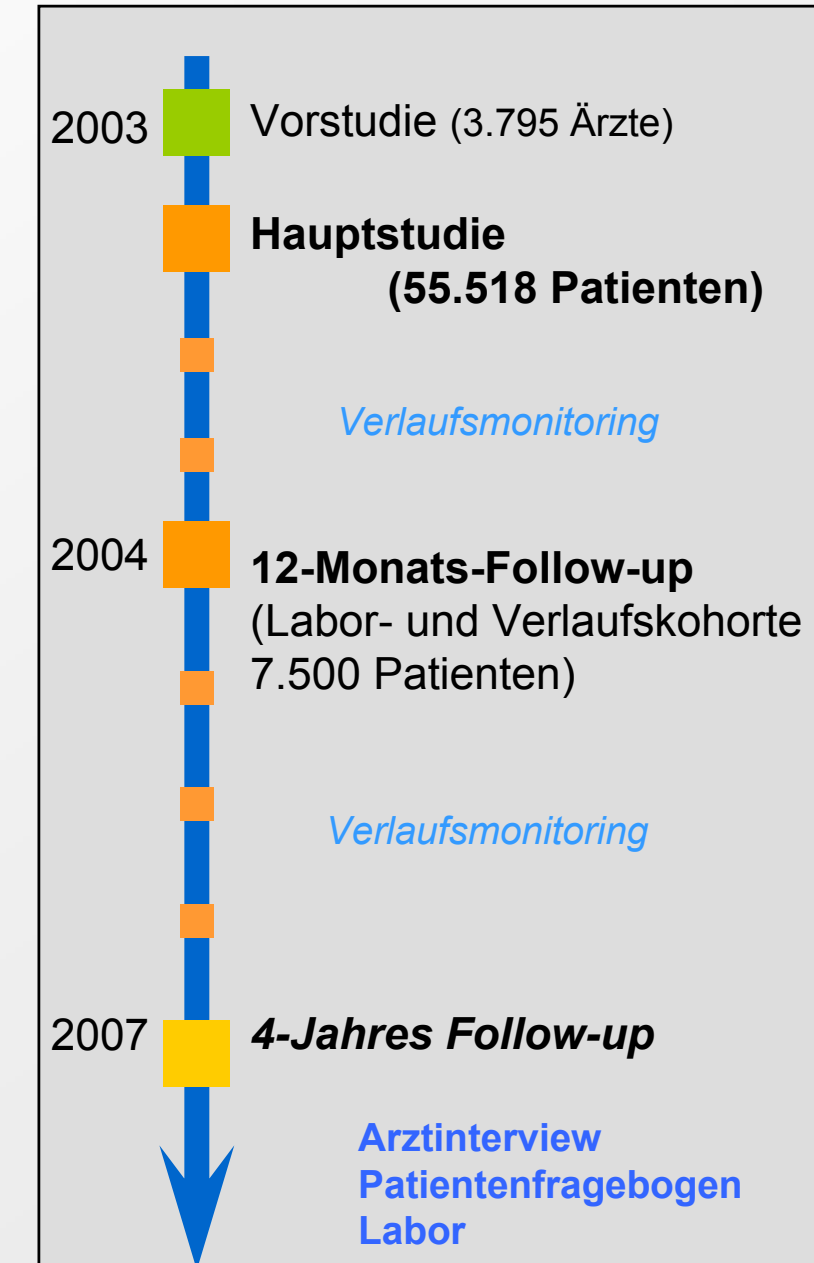
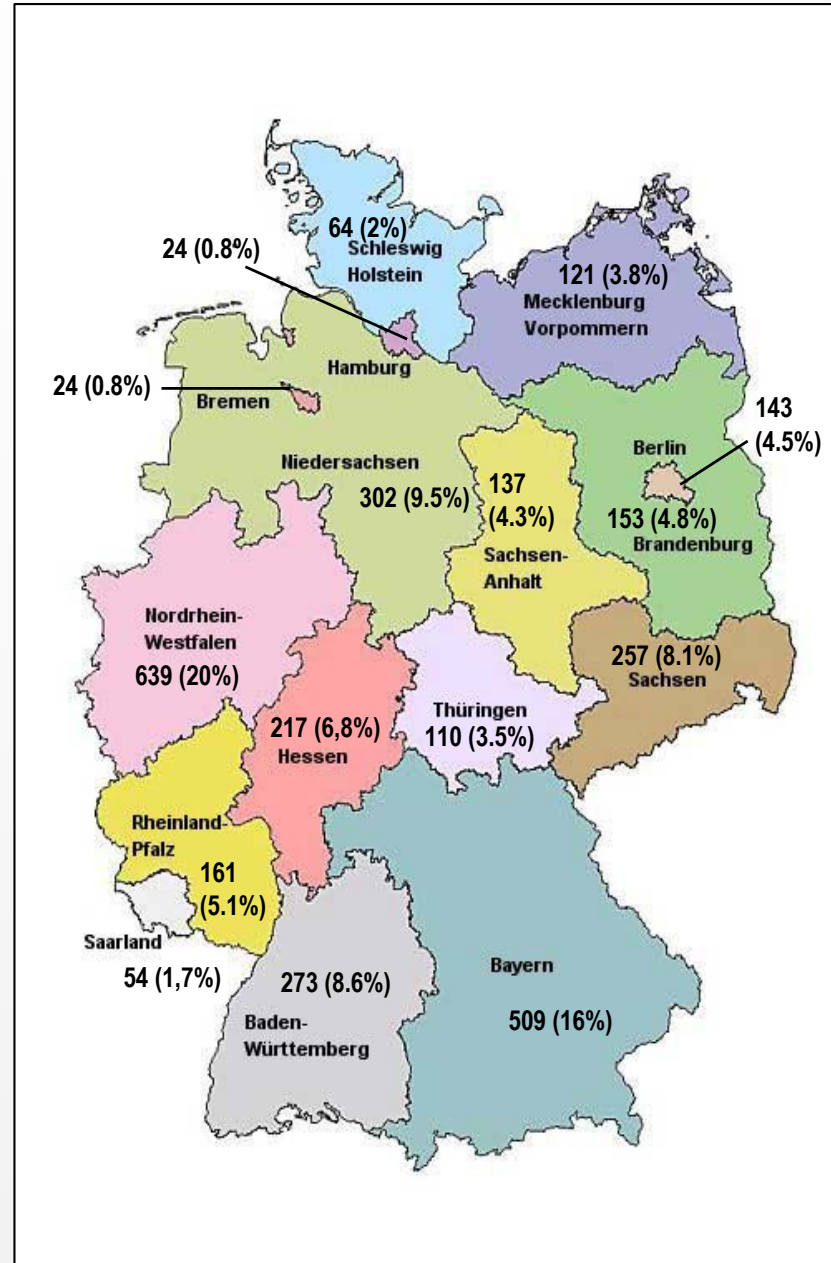
DETECT Design

Allgemein- /Praktische Ärzte (N=2.323)

Bayern	381 (16.4%)
Baden-Württemberg	202 (8.7%)
Hessen	162 (7.0%)
Saarland	38 (1.6%)
Rheinland-Pfalz	115 (5.0%)
NRW	434 (18.7%)
Niedersachsen	232 (10%)
Schleswig-Holstein	43 (1.9%)
Bremen	12 (0.5%)
Hamburg	16 (0.7%)
Berlin	78 (3.4%)
Sachsen	205 (8.8%)
Sachsen-Anhalt	114 (4.9%)
Meckl.-Vorpommern	97 (4.3%)
Thüringen	91 (3.9%)
Brandenburg	103 (4.4%)

Internisten (N=865)

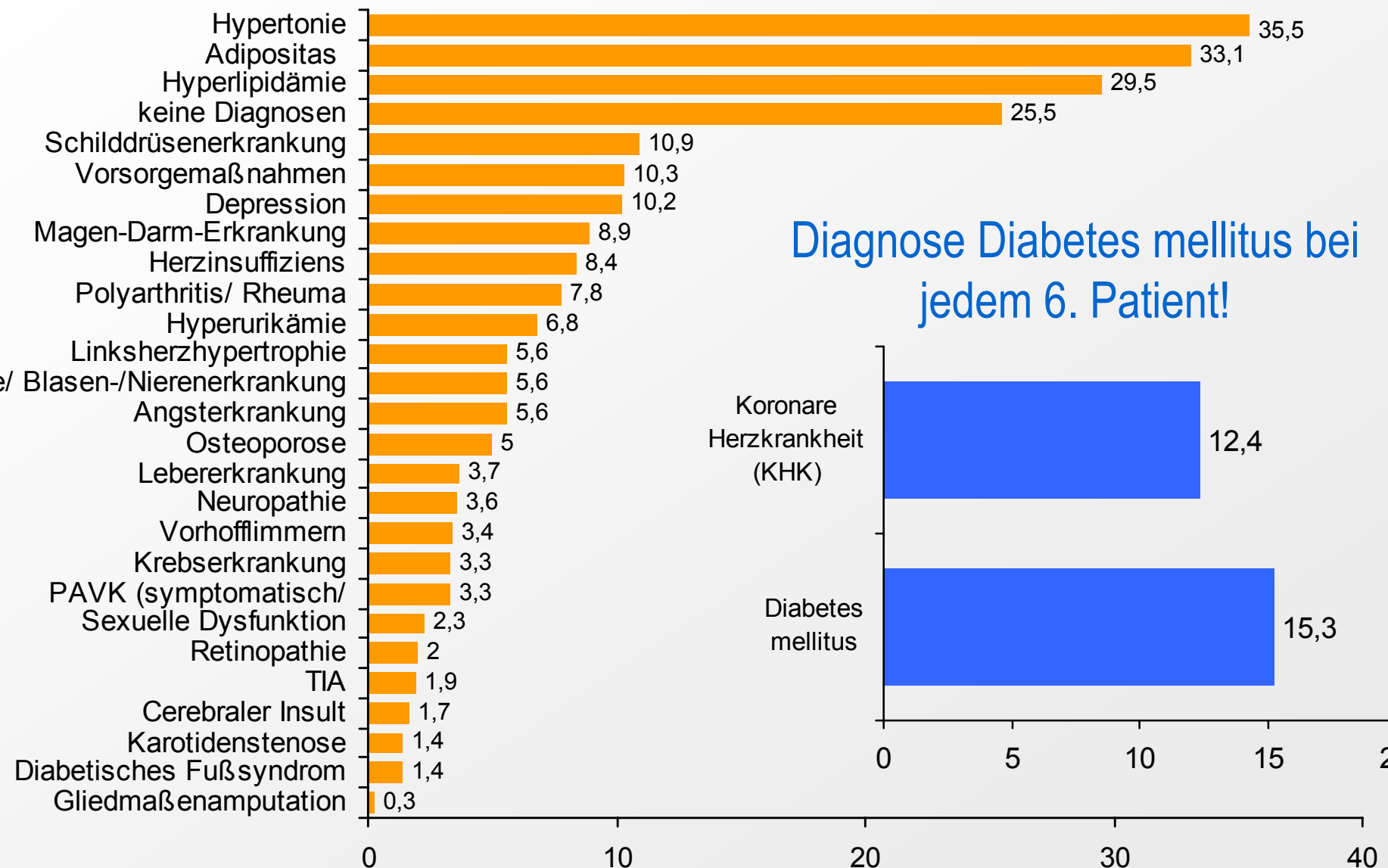
Bayern	128 (14.8%)
Baden-Württemberg	71 (8.2%)
Hessen	55 (6.4%)
Saarland	16 (1.9%)
Rheinland-Pfalz	46 (5.3%)
NRW	205 (23.7%)
Niedersachsen	70 (8.1%)
Schleswig-Holstein	21 (2.4%)
Bremen	12 (1.4%)
Hamburg	8 (0.9%)
Berlin	65 (7.5%)
Sachsen	52 (6.0%)
Sachsen-Anhalt	23 (2.7%)
Meckl.-Vorpommern	24 (2.8%)
Thüringen	19 (2.2%)
Brandenburg	50 (5.8%)



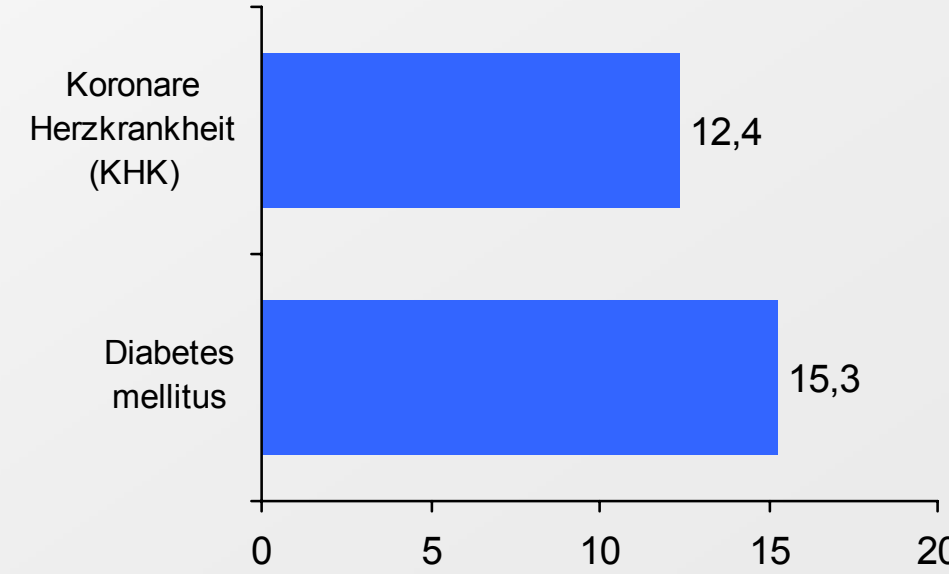
DETECT: Die Situation in der primärärztlichen Versorgung

- 1. **Hohe Prävalenz des Diabetes mellitus**
- 2. **Komplexe Risikofälle und Multimorbidität sind der Regelfall!**

Stichtagsprävalenz von Behandlungsdiagnosen (N=55.518 Patienten) in der Hausarztpraxis

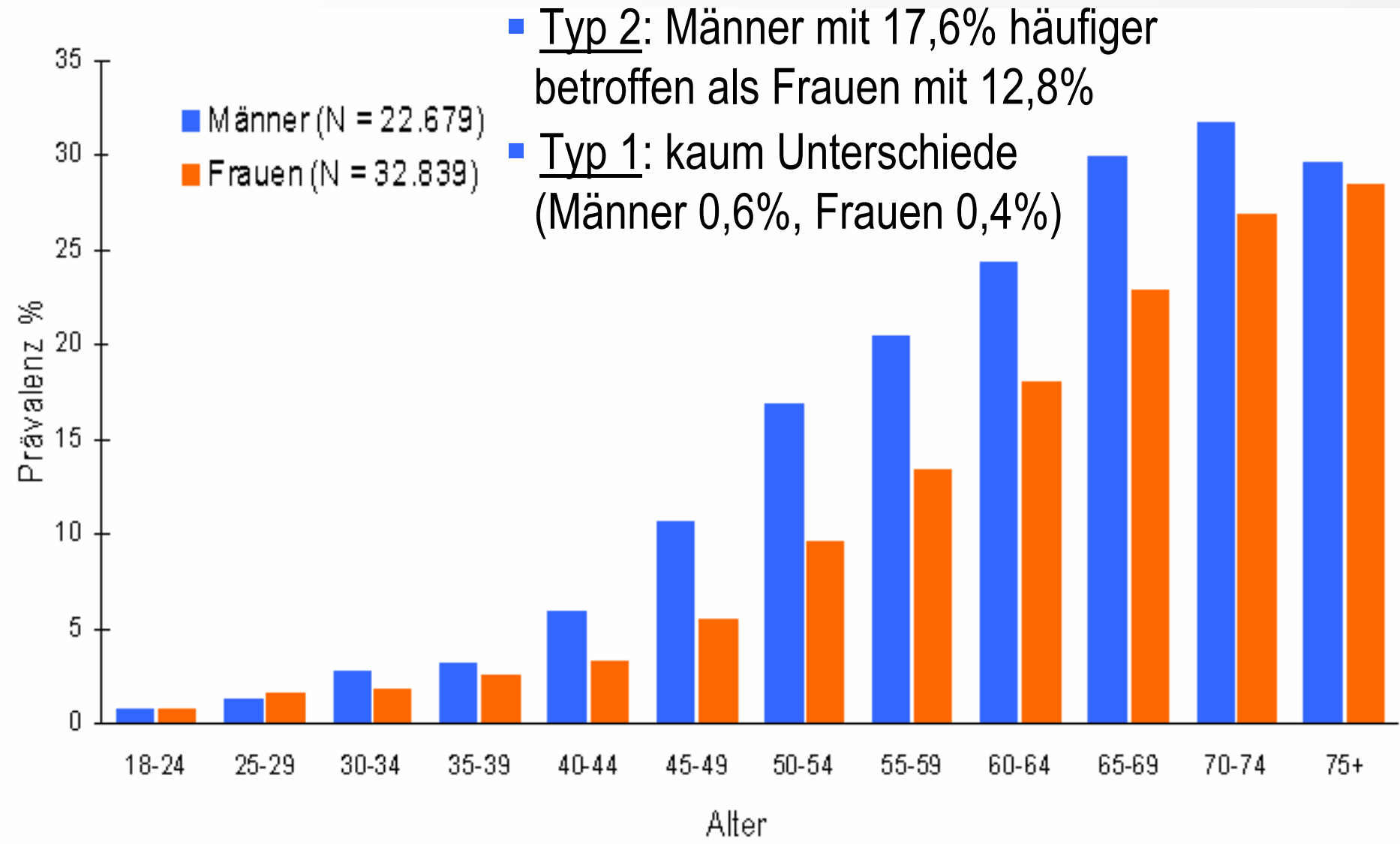


Diagnose Diabetes mellitus bei jedem 6. Patient!



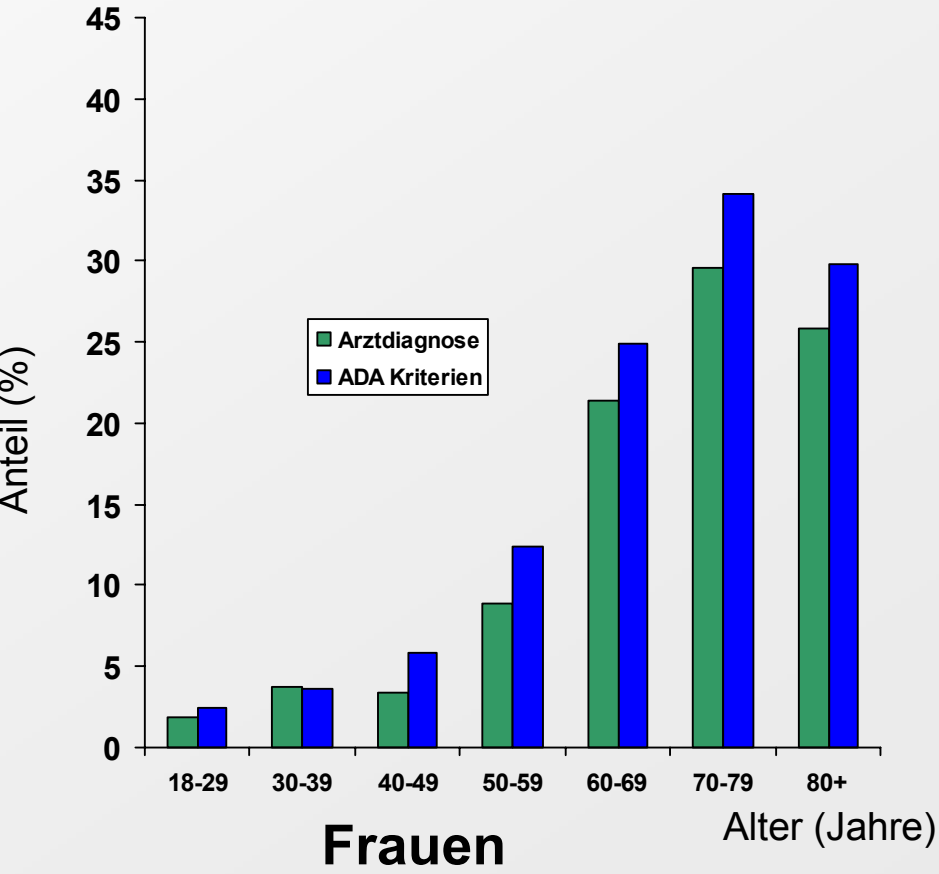
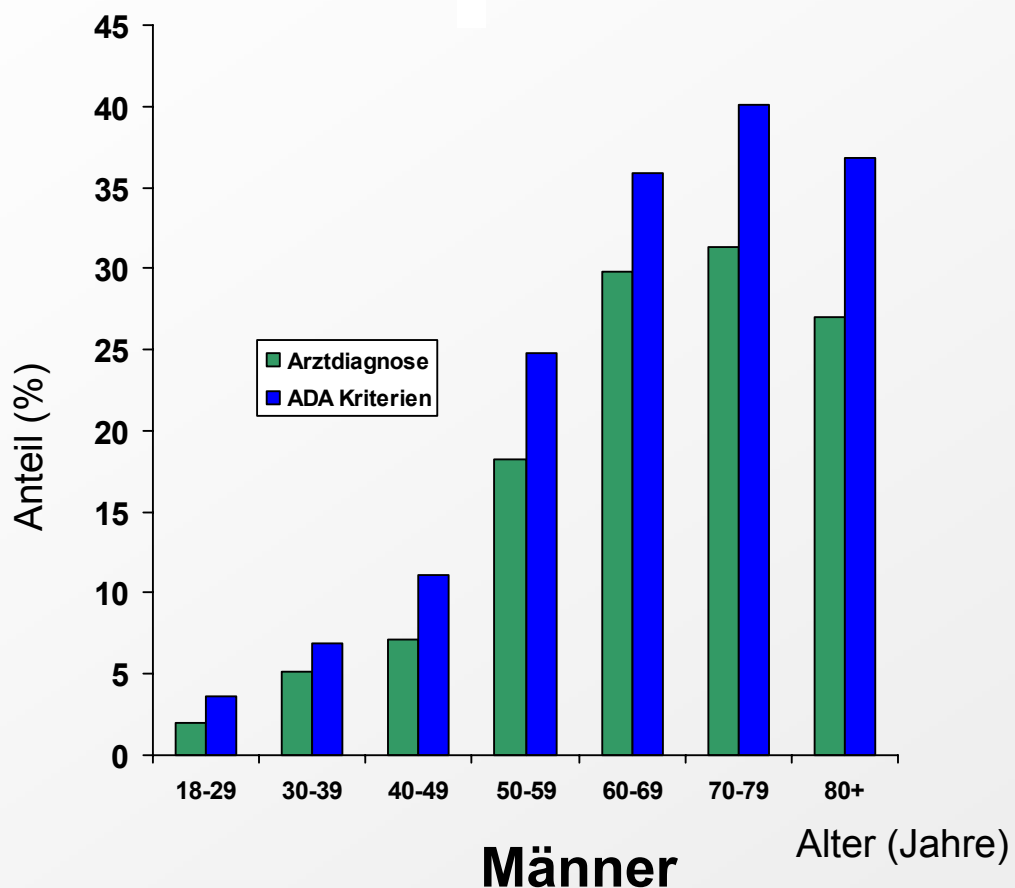
Häufigkeit (%) am Stichtag

DETECT- Stichtagsprävalenz des Diabetes mellitus* (15,3%) in der Hausarztpraxis (Typ 1: 0,5%, Typ 2: 14,8%)

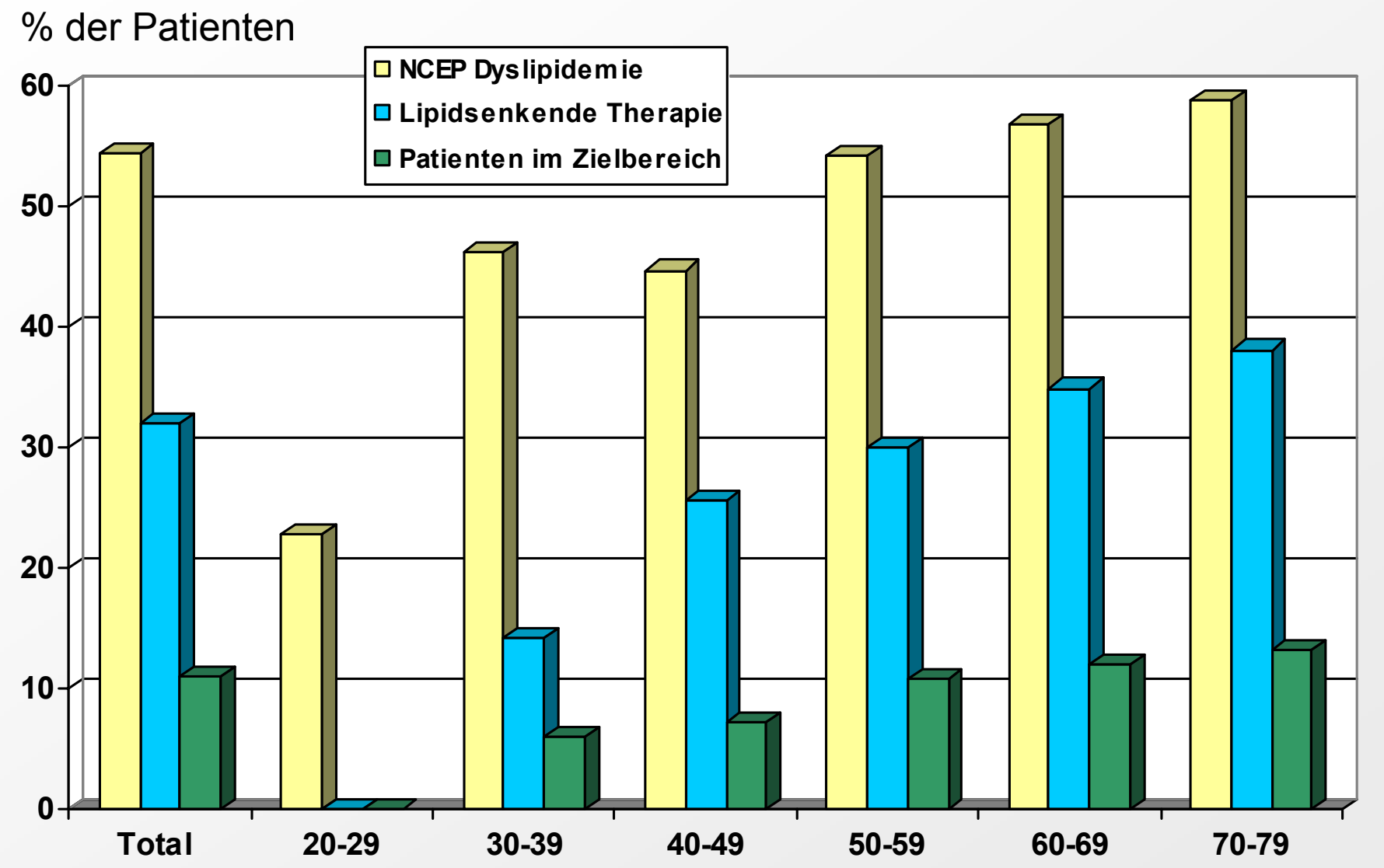


DETECT- Stichtagsprävalenz im Laborkollektiv (N=7.376): Hausarzt diagnose vs. Definition nach ADA Kriterien

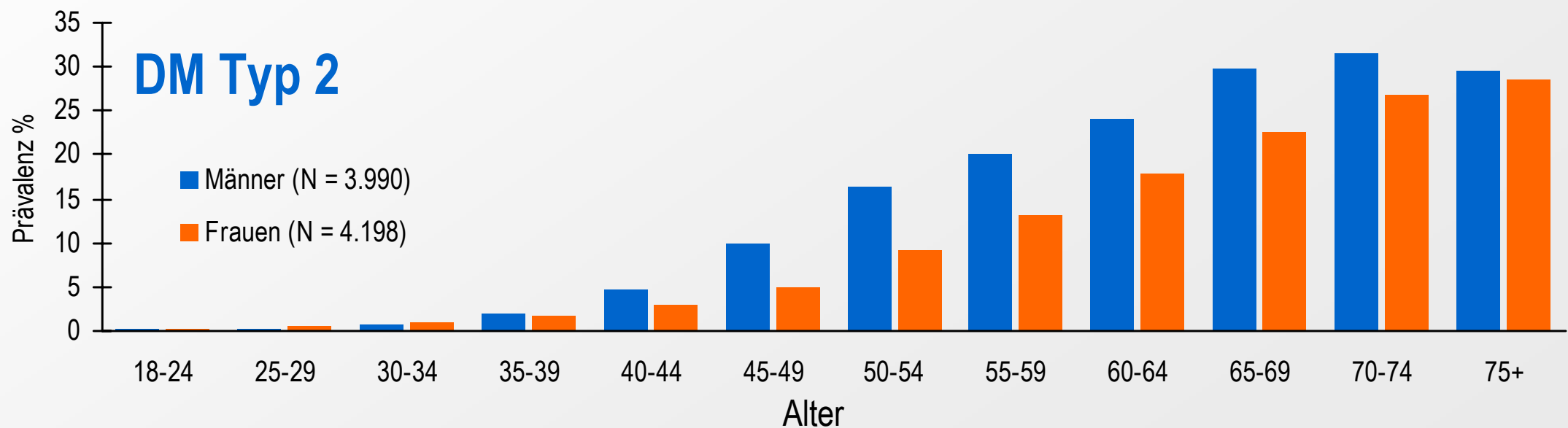
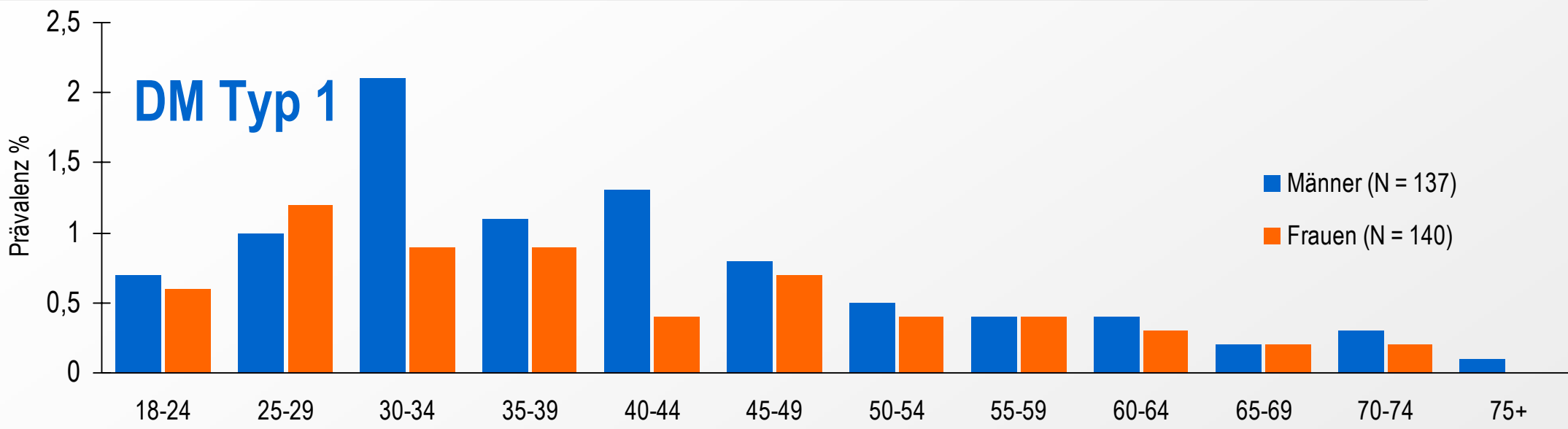
- Nach reiner Hausarzt diagnose waren 17,6% der Patienten Diabetiker (4,8% Typ-1-Diabetes; 95,2% Typ-2-Diabetes)
- Nach den ADA Kriterien bzw. Arzt diagnose oder Medikation 21,7 % *



Diagnosesicherheit und Therapeutische Intervention bei Dyslipidemie definiert nach den NCEP ATPIII Guidelines im Labor-subsample (N=7.519)

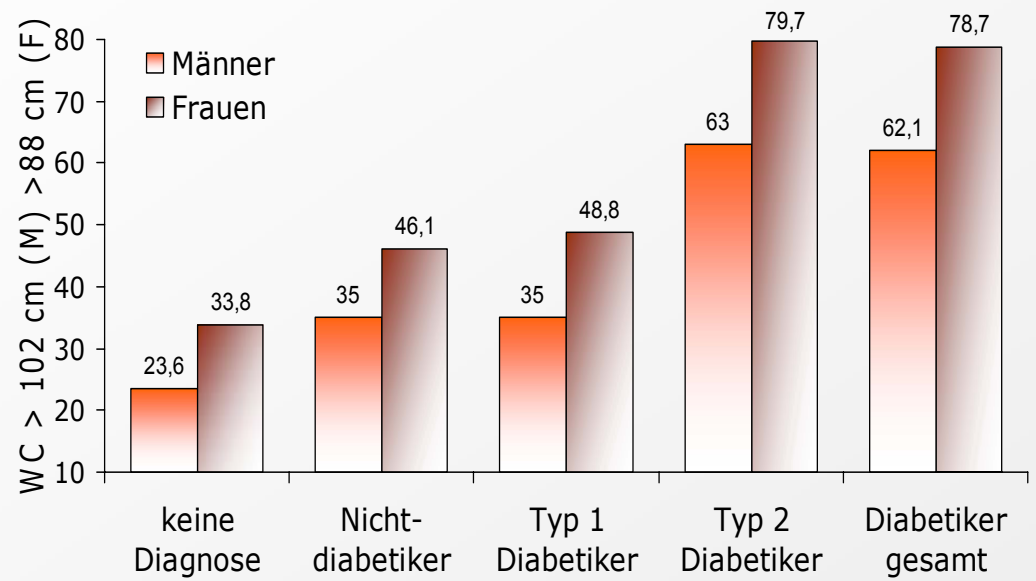


DETECT- Stichtagsprävalenz des Diabetes mellitus nach Typ 1 & Typ 2 in der Hausarztpraxis



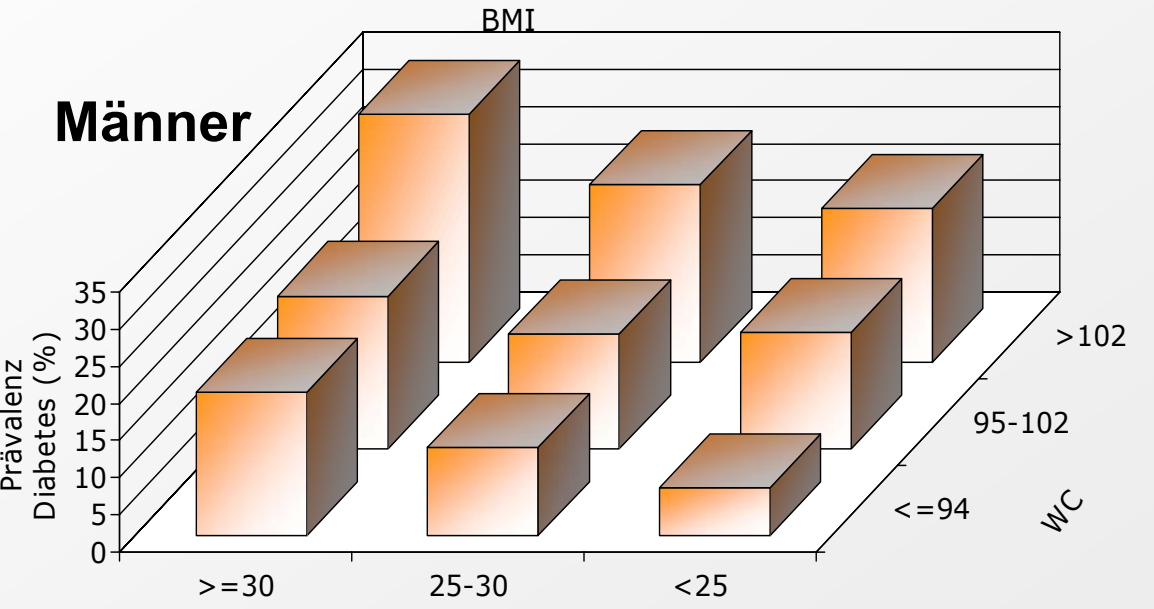
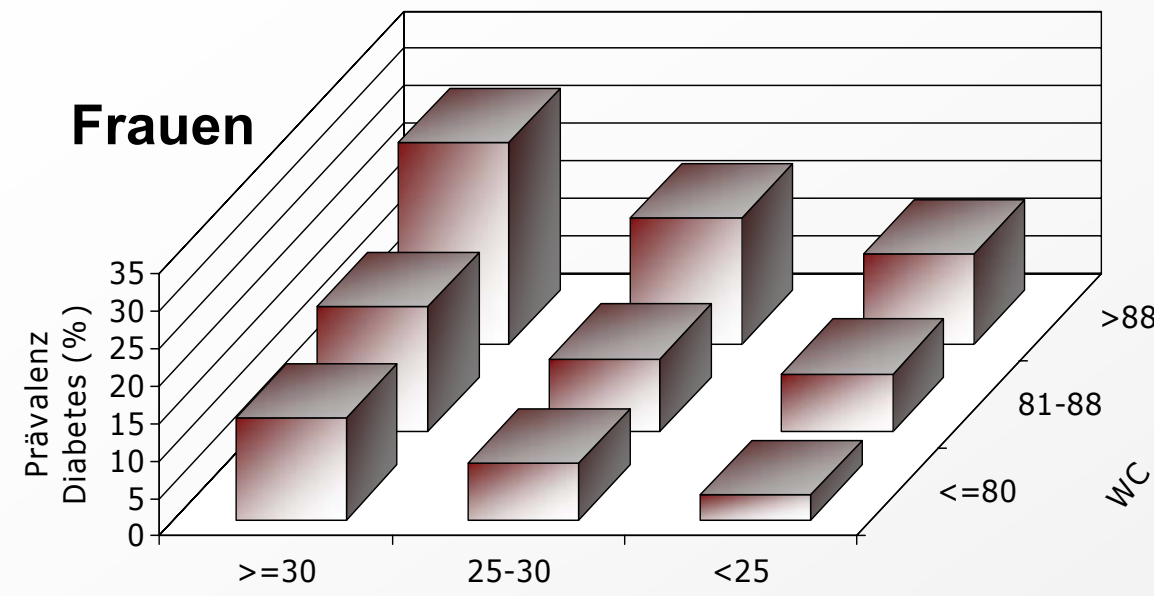
Body-Mass und abdominale Fettleibigkeit bei diabetischen und nicht-diabetischen Patienten (N=48.435)*

- Knapp die Hälfte der diabetischen Männer und ca. 1/3 Frauen nach BMI Kriterien: Übergewicht
- Typ-2-Diabetiker höherer BMI als Nicht-Diabetiker (NDM): 29,9 vs. 26,4



- Ca. 60% männl., 80% weibl. Diabetiker nach NCEP: abdominale Adipositas
- Typ-2-Diabetikern höhere WC vs. Typ-1-Diabetikern: ca. 10cm höher (Männer 107,2, Frauen 100,4)
- BMI und WC Werte bei Typ-1-Diabetiker und NDM vergleichbar

Assoziation von BMI und WC mit Diabetes mellitus*

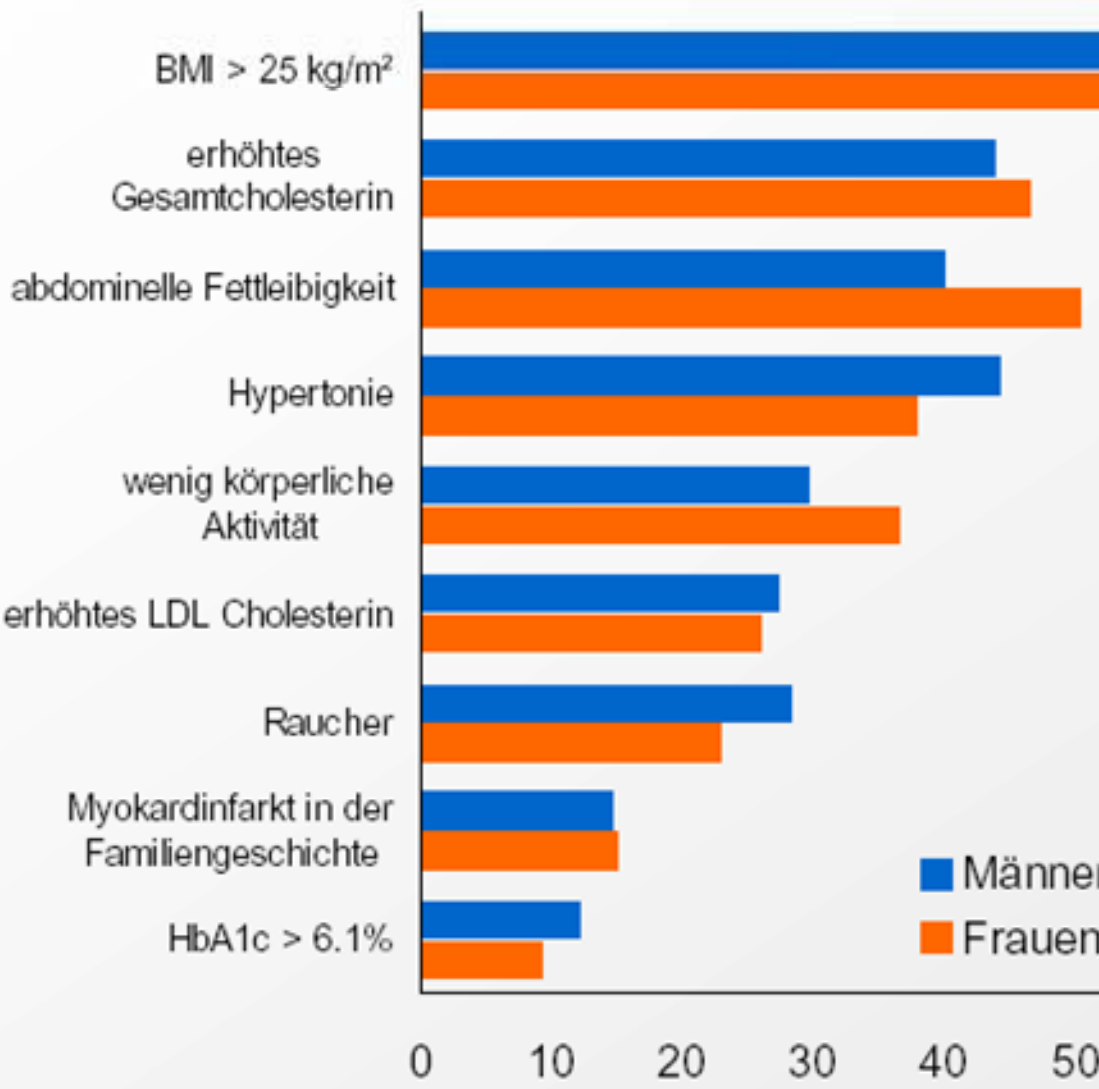


- BMI und WC ähnlich gute Prädiktoren für Diabetes- und sekundäre KHK Prävalenz

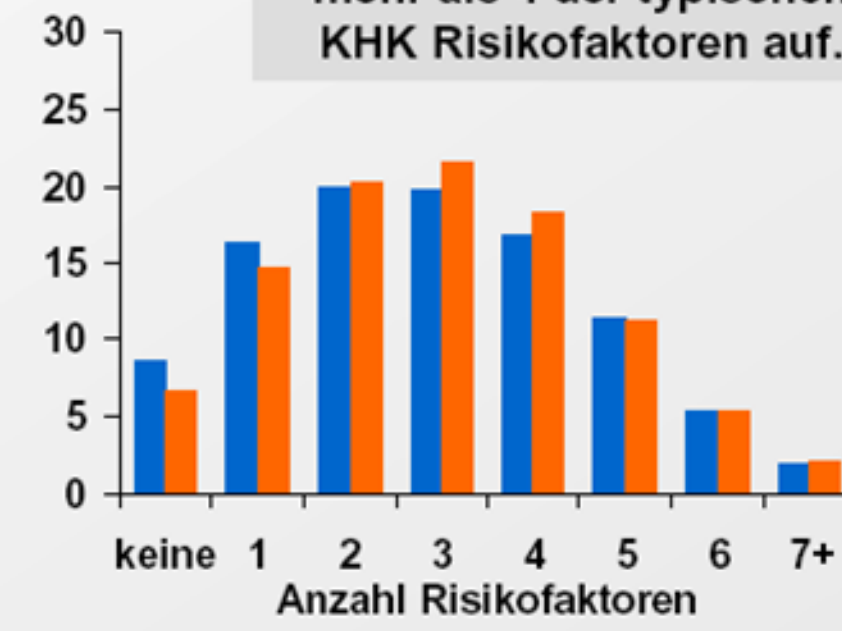
- Unterschiede für einzelne anthropometrische Untergruppen: möglicherweise Vorteile für WC

Massive und zumeist multiple Risikobelastung der Patienten

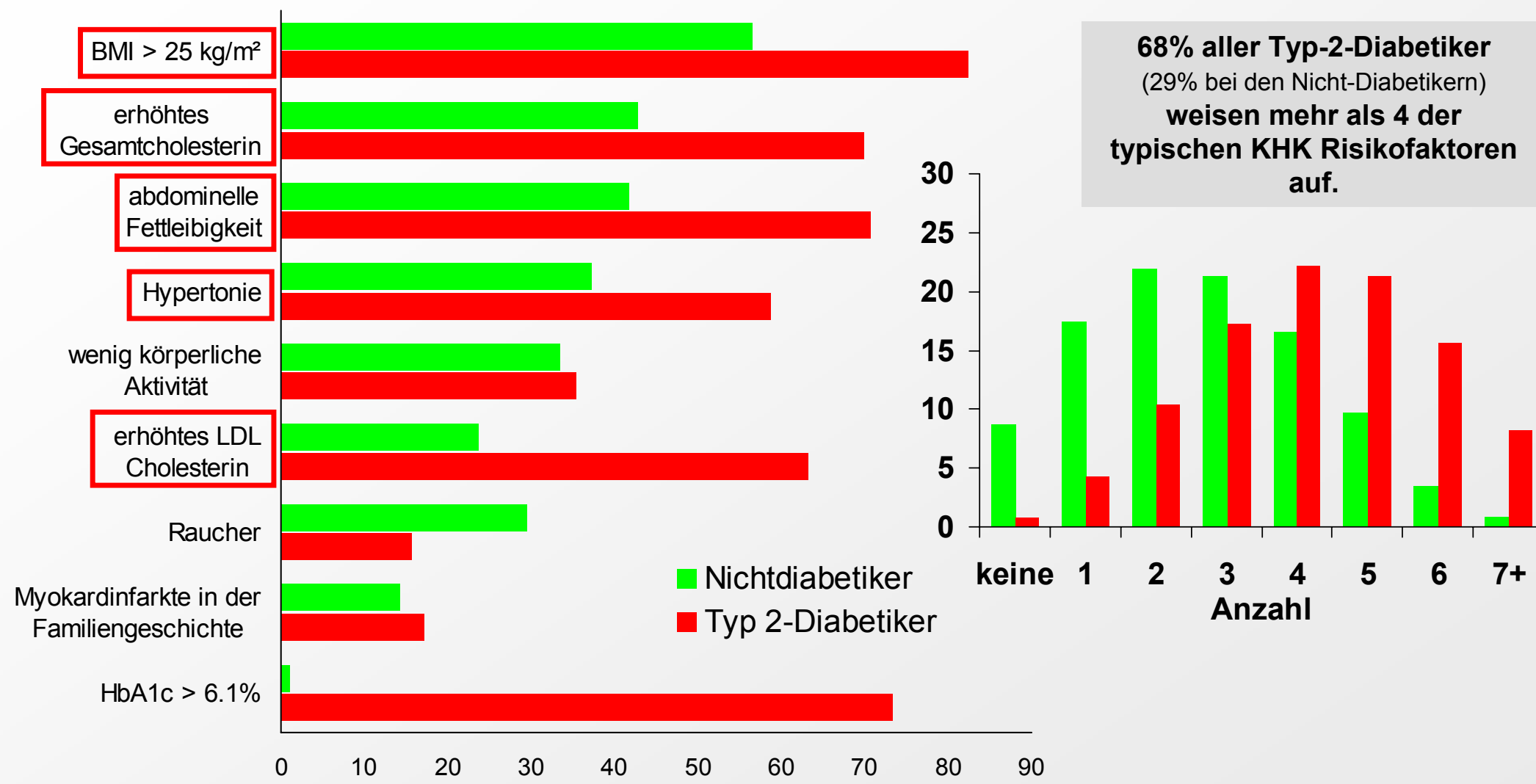
(N=55.518 Patienten)



37% aller männlichen und weiblichen Hausarztpatienten weisen mehr als 4 der typischen KHK Risikofaktoren auf.

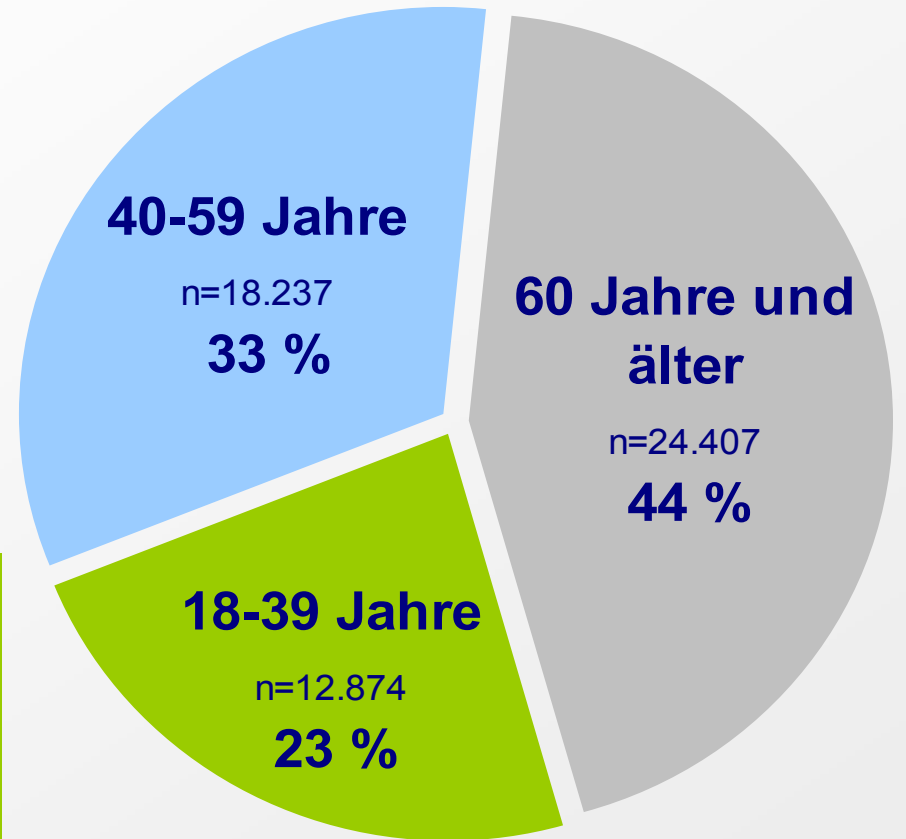


Typische KHK-Risikofaktoren bei Typ-2-Diabetikern



Hoher Anteil älterer (60+) Patienten - überwiegend komplexe Komorbiditätsmuster!

Anzahl und % der Hausarztpatienten in der Altersgruppe.....



Keine Diagnose 4.836 (26,5%)

Diabetes	1.850 (10,1%)
KHK	1.018 (5,6%)

Zusätzl. Erkrankungen

eine	26,2%
zwei	18,7%
drei	12,2%
vier und mehr	16,5%

Keine Diagnose 1.807 (7,4%)

Diabetes	6.371 (26,1%)
KHK	5.794 (23,7%)

Zusätzl. Erkrankungen:

eine	14,1%
zwei	17,7%
drei	17,6%
vier und mehr	43,3%

Keine Diagnose 7.491 (58,2%)

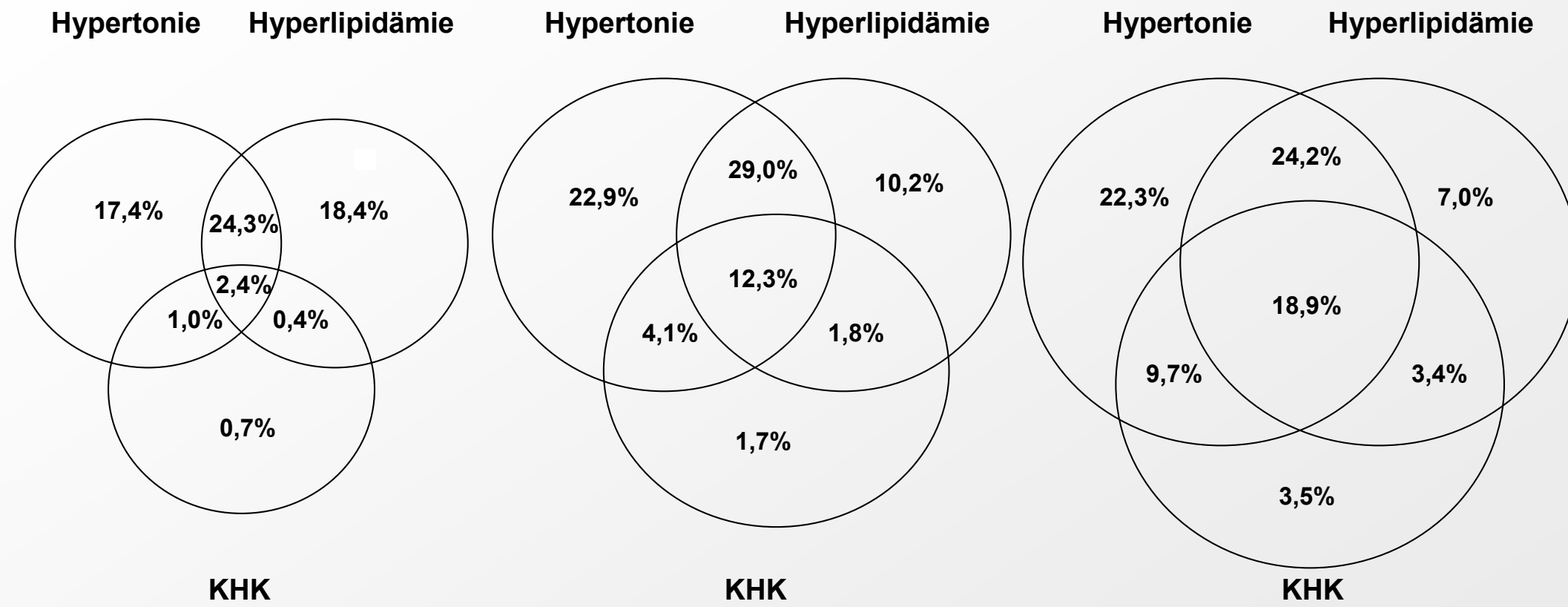
Diabetes	244 (1,9%)
KHK	83 (0,6%)

Zusätzl. Erkrankungen:

eine	27,1%
zwei	9,3%
drei	3,4%
vier und mehr	2,1%

Keine Diagnose: Beschwerden ohne Diagnose, akuter Anlässe (Verletzung, Grippe) und Vorsorge-/ Routineuntersuchung

Komorbidity as a serious challenge: Comorbid hypertension, KHK and hyperlipidemia in 8,465 unselected diabetics (clinical diagnoses)

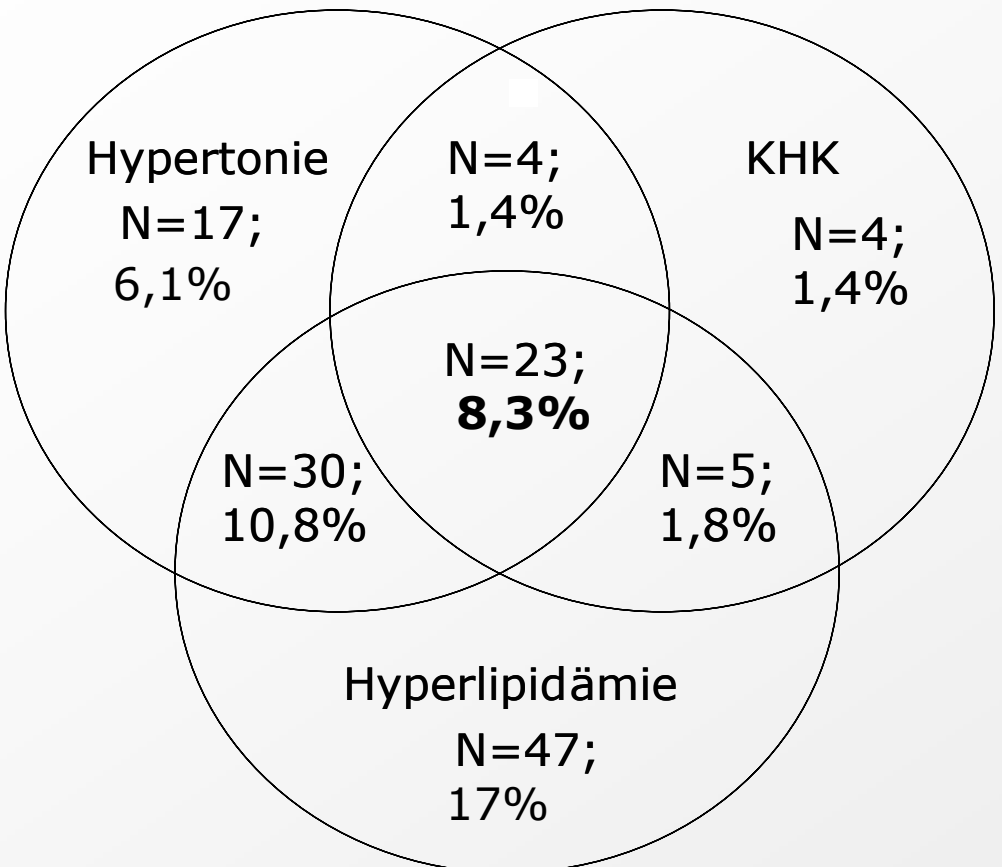


% Patienten mit Komorbidität in den Altersgruppen:

<45 Jahre: 64% 45-64 Jahre: 81.9% 65+ Jahre: 90%

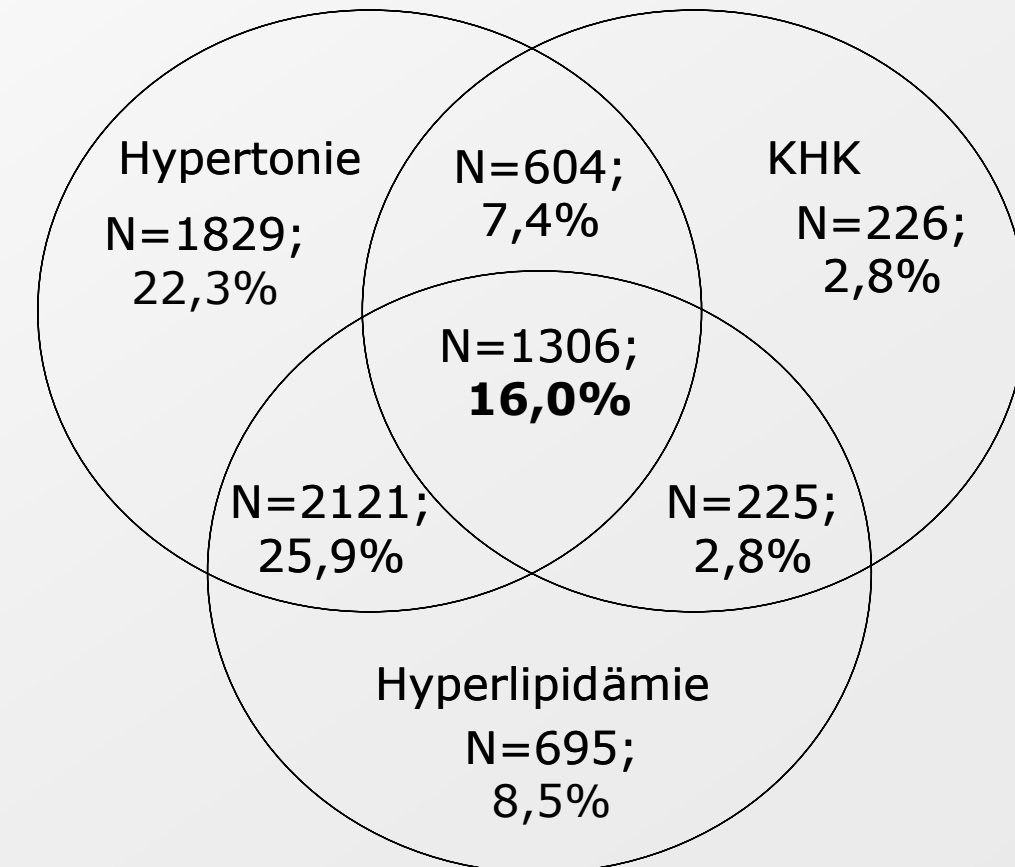
Hochrisiko-Komorbiditätsmuster der Diabetiker (Arztdiagnosen)

Diabetes Typ 1 N=277; 0,5%



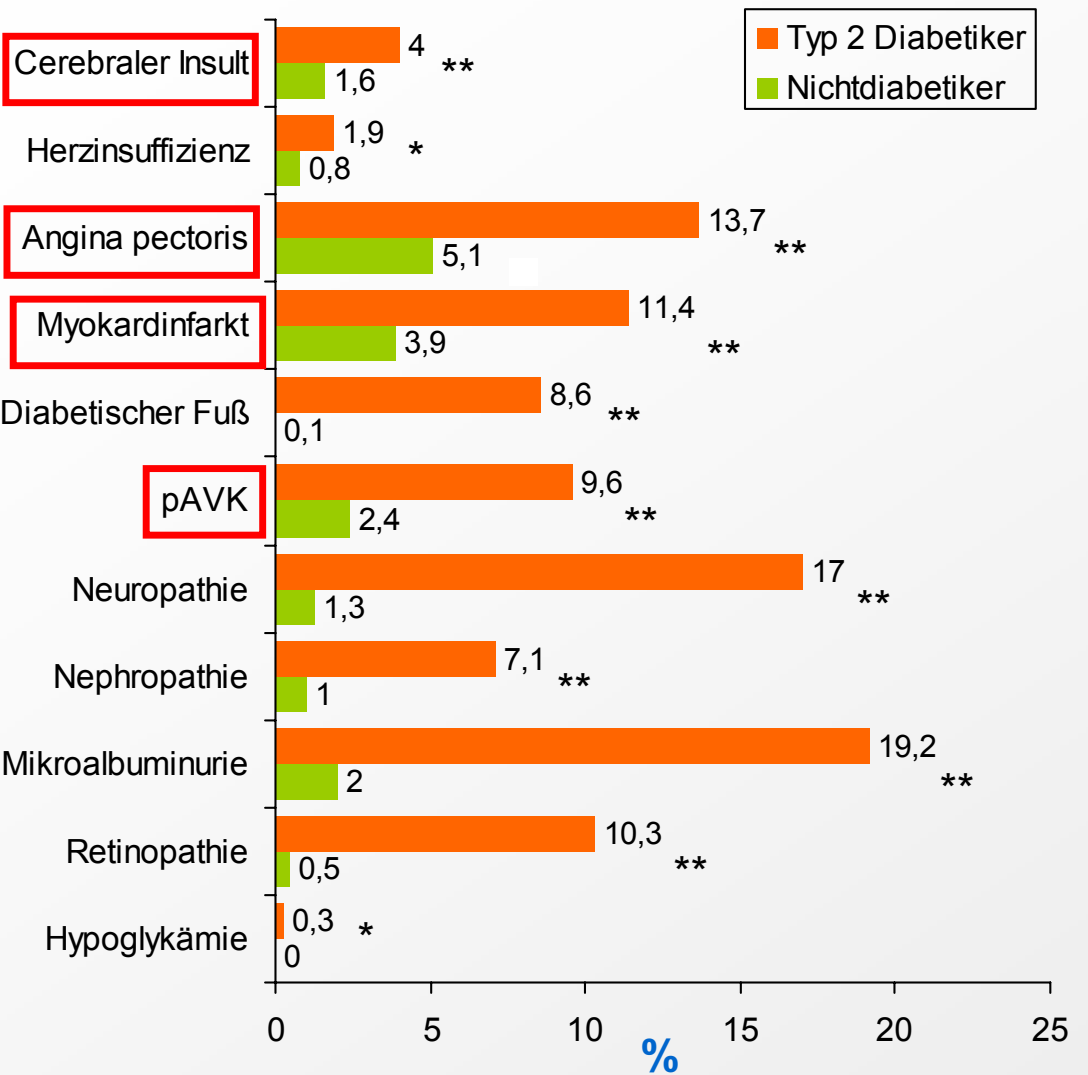
Keine Komorbidität: N=147; **53,1%**

Diabetes Typ 2 N=8.188; 14,8%

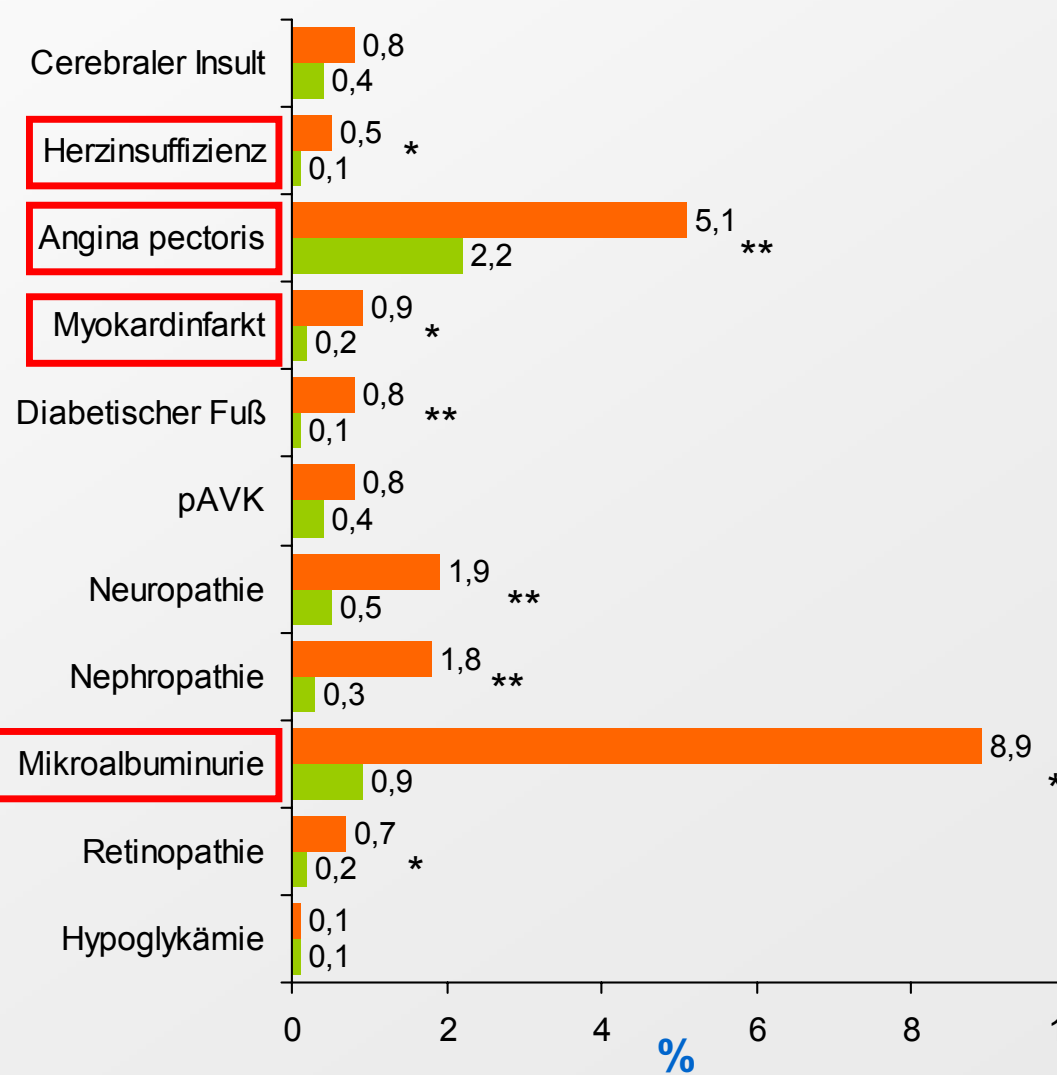


Keine Komorbidität: N=1182; **14,4%**

Prävalenz und Inzidenz mikro- und makrovaskulärer Erkrankungen bei Typ 2 Diabetikern und Nichtdiabetikern (Laborstichprobe: N=1.216)



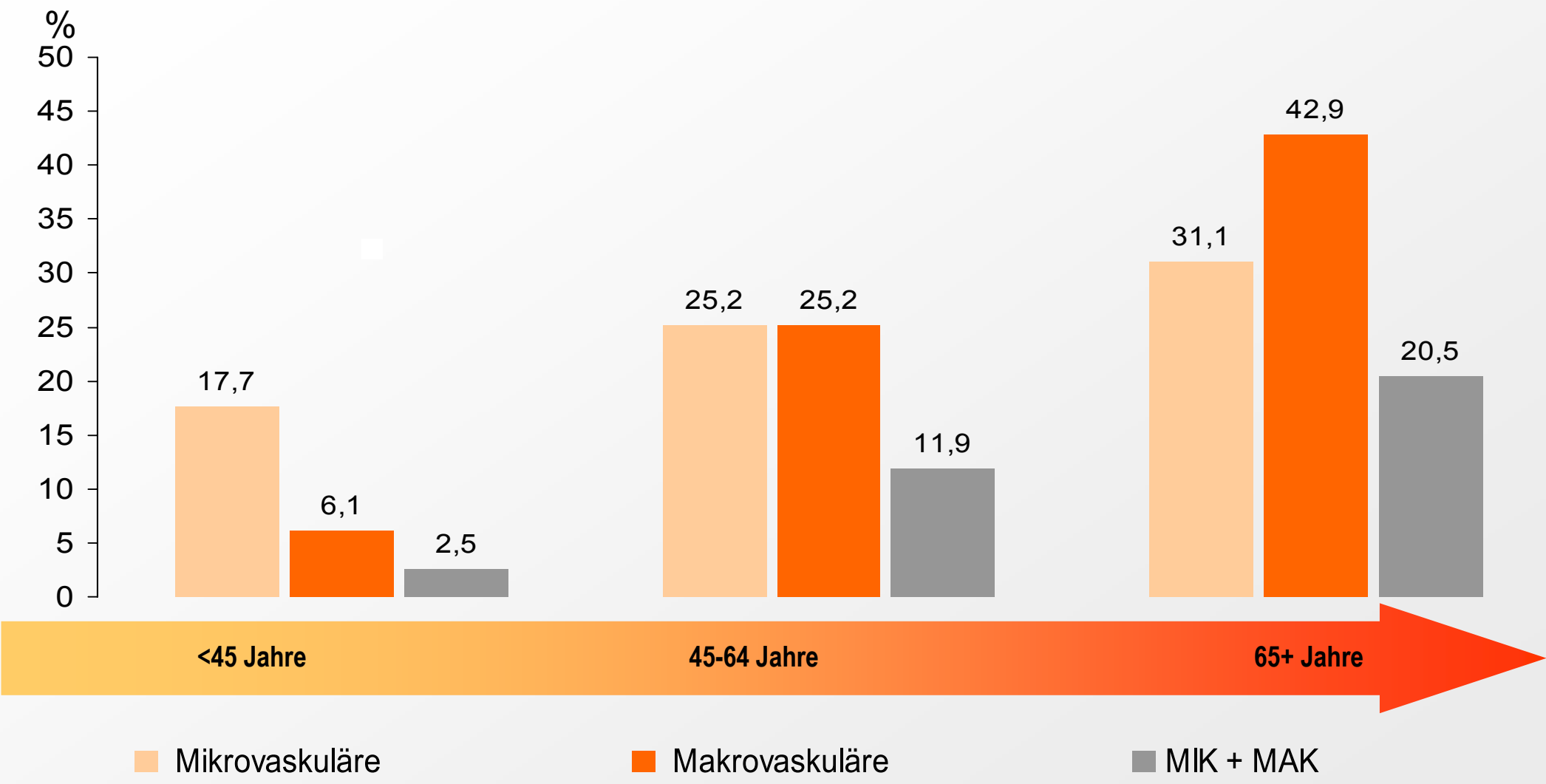
Prävalenz



12 Monats - Inzidenz

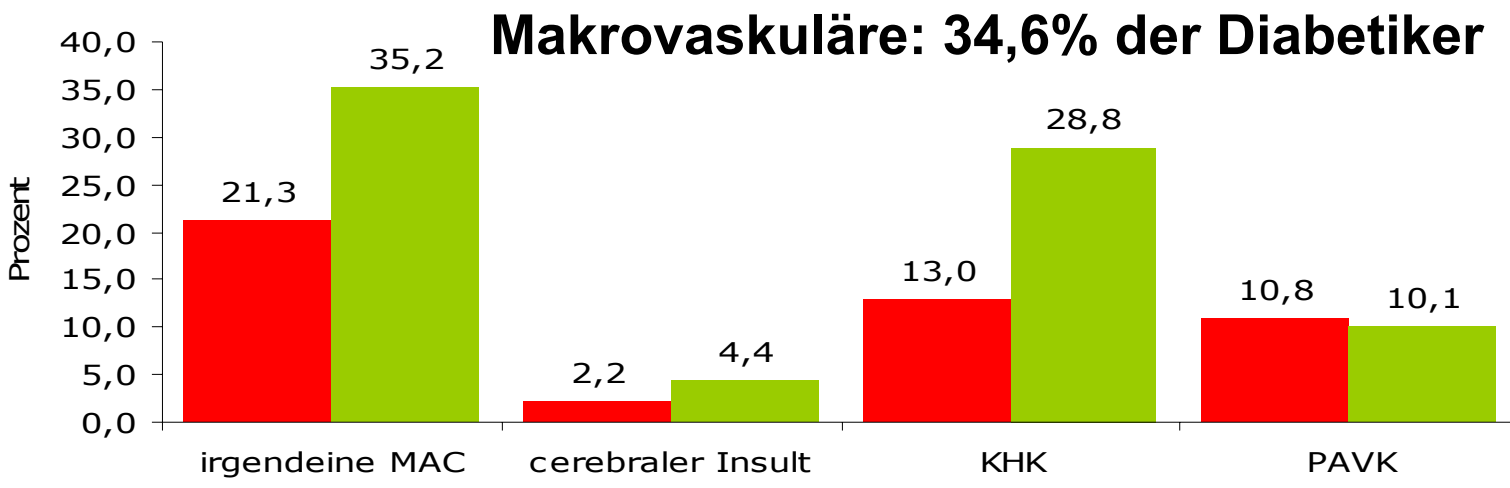
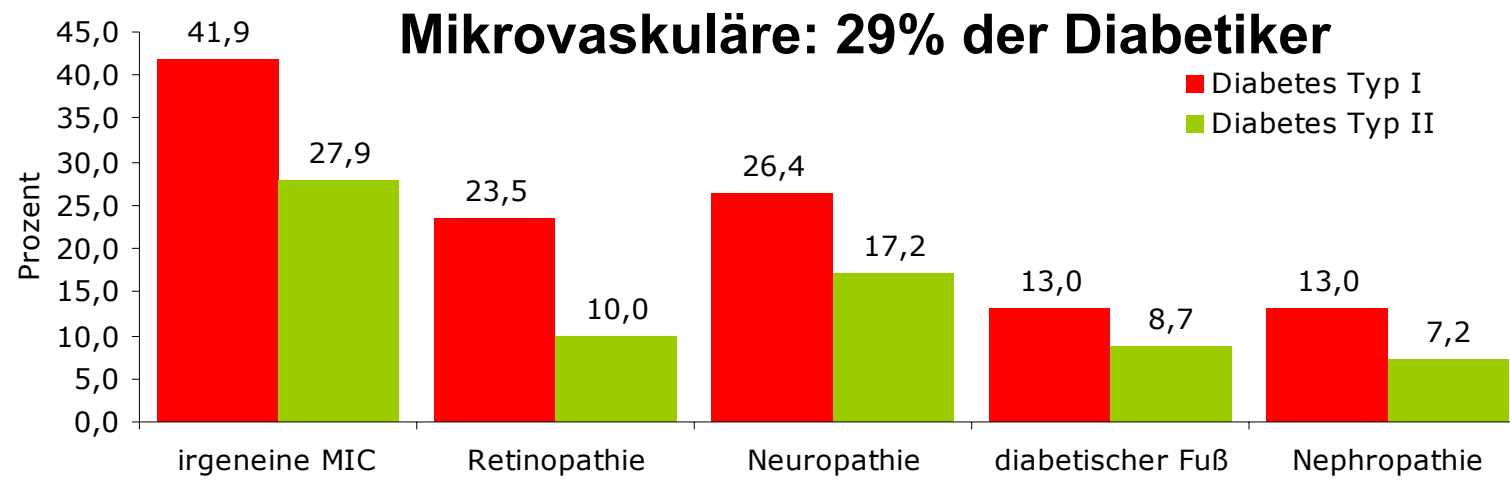
p < .05 ** p < .001

Mikro- und makrovaskuläre Diabeteskomplikationen (N=8.465)



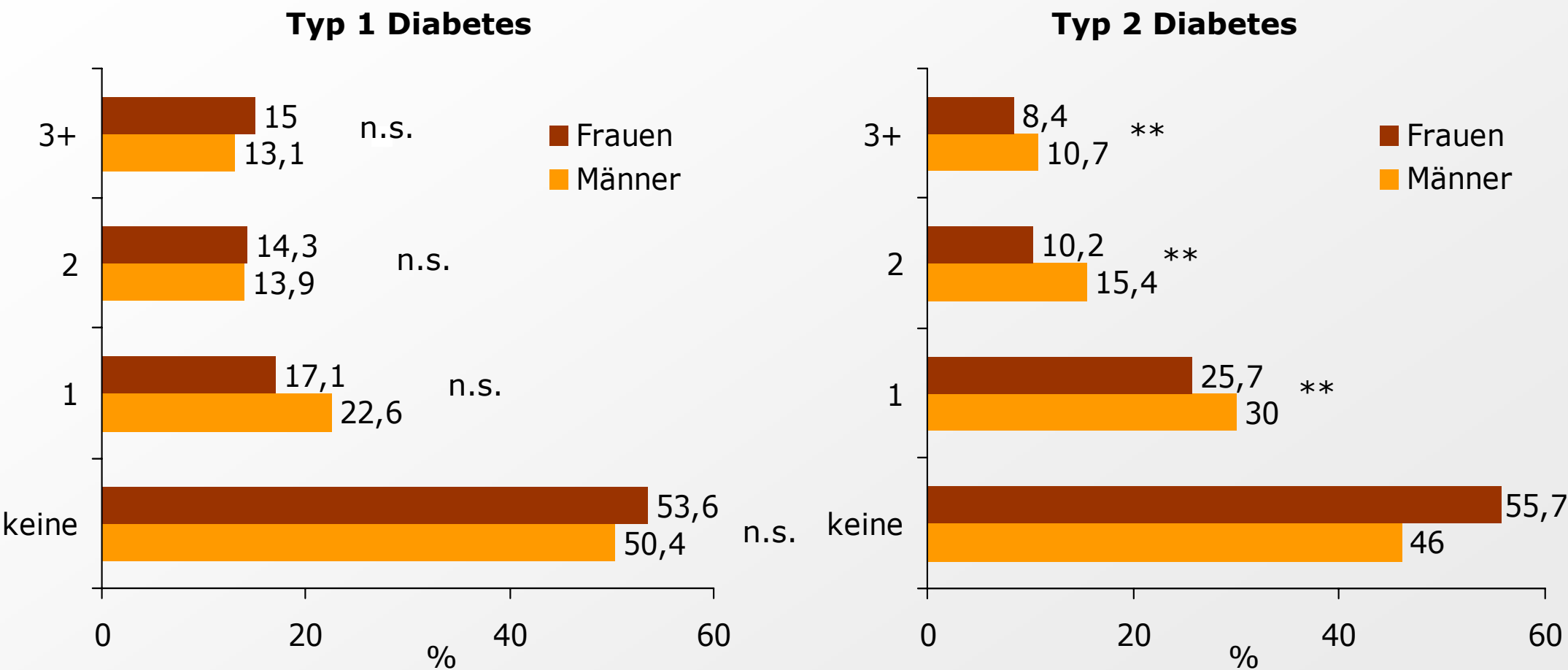
Mikrovaskuläre Komplikationen (MIK) = Vorliegen einer oder mehrerer der folgenden Arzt Diagnosen: Retinopathie, Neuropathie, diabetischer Fuß, Nephropathie
 Makrovaskuläre Komplikationen (MAK) = Vorliegen einer oder mehrerer der folgenden Arzt Diagnosen: Zerebrovaskuläre bzw. kardiovaskuläre Erkrankungen, periphere Verschlusskrankheit

Mikro- und makrovaskuläre Diabeteskomplikationen (N=8.465)



Mikrovaskuläre Komplikationen (MIK) = Vorliegen einer oder mehrerer der folgenden Arzt Diagnosen: Retinopathie, Neuropathie, diabetischer Fuß, Nephropathie
 Makrovaskuläre Komplikationen (MAK) = Vorliegen einer oder mehrerer der folgenden Arzt Diagnosen: Zerebrovaskuläre bzw. kardiovaskuläre Erkrankungen, periphere Verschlusskrankheit

Anzahl mikro- und makrovaskuläre Diabeteskomplikationen bei Männern und Frauen (N=8.465)



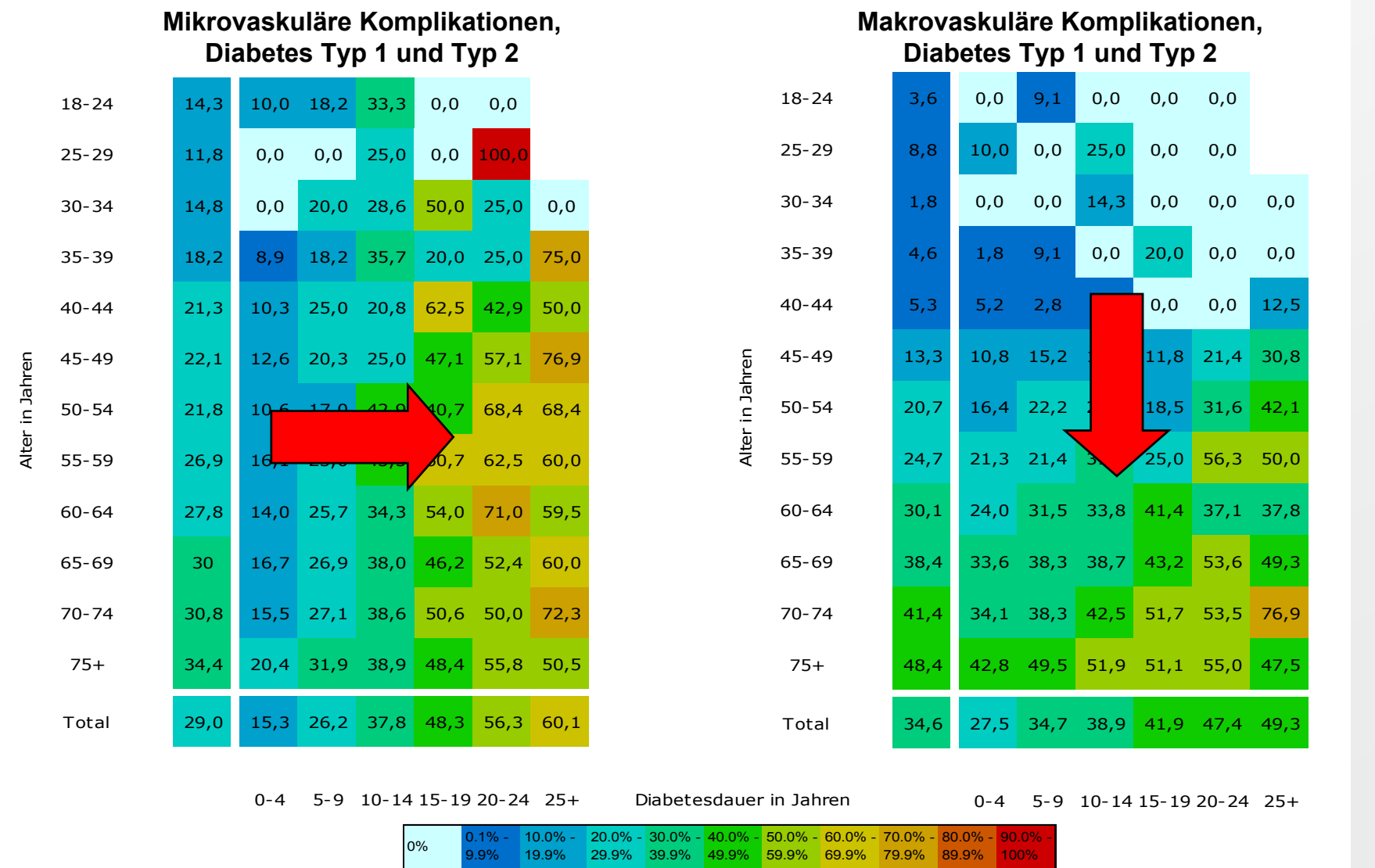
n.s. nicht signifikant; * p<.05; ** p<.001

Häufigkeit von mikro- und makrovaskulären Diabeteskomplikationen bei Männern und Frauen (N=8.465)

	Typ 1 Diabetes						
	Frauen		Männer		OR (ref.Frauen)	KI (95%)	p
	N	%	N	%			
Keine MIC MAC	75	53,6	69	50,4	0,88	0,55-1,41	.594
Nur MIC	38	27,1	36	26,3	0,96	0,56-1,63	.871
Nur MAC	8	5,7	9	6,6	1,16	0,43-3,11	.767
MIC + MAC	19	13,6	23	16,8	1,28	0,66-2,49	.457
Typ 2 Diabetes							
Keine MIC MAC	2340	55,7	1835	46	0,68	0,62-0,74	.000
Nur MIC	630	15,0	505	12,7	0,82	0,72-0,93	.002
Nur MAC	713	17,0	1017	25,5	1,67	1,5-1,86	.000
MIC + MAC	515	12,3	633	15,9	1,35	1,16-1,53	.000

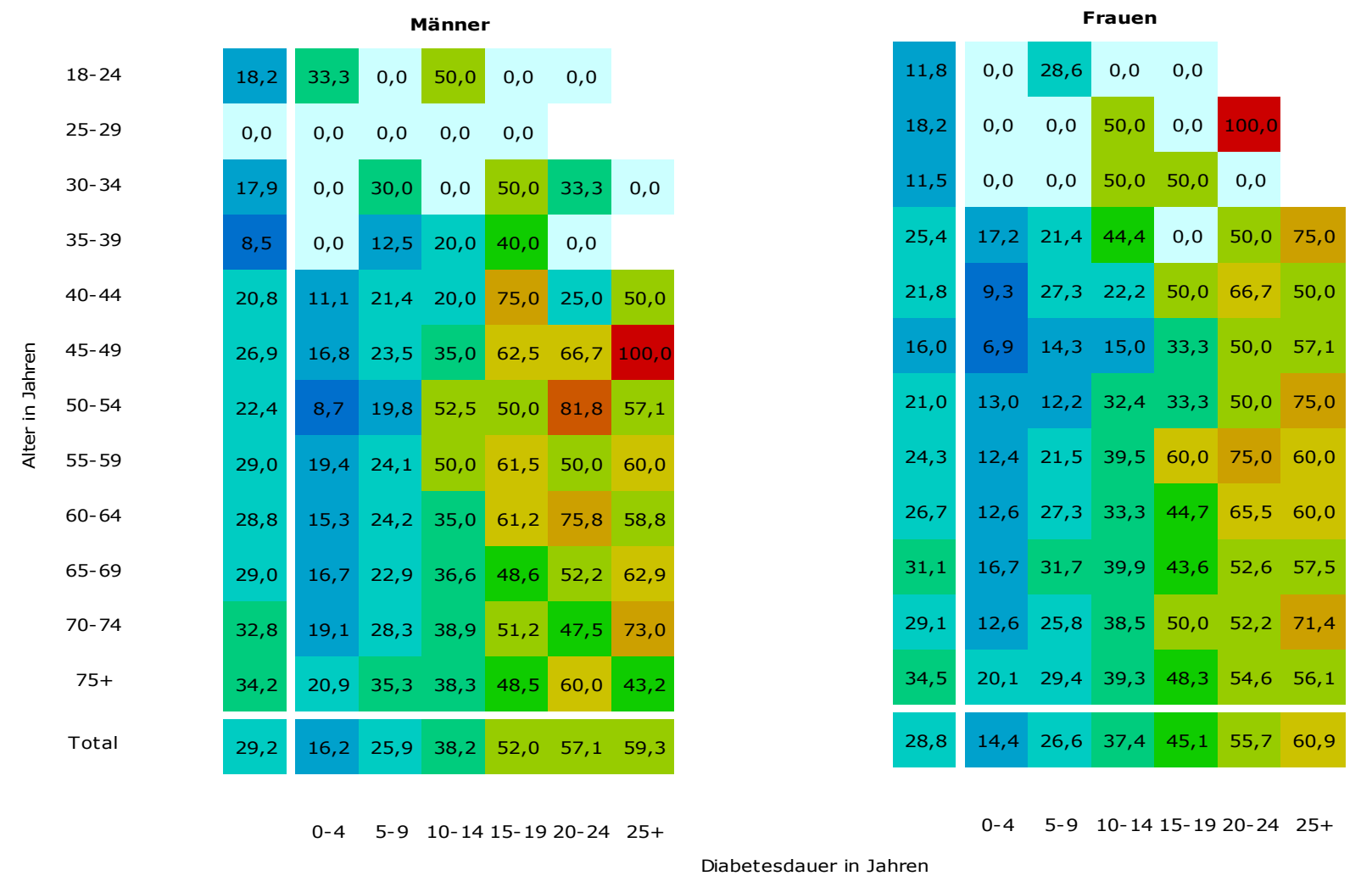
Mikrovaskuläre Komplikationen (MIC) = Vorliegen einer oder mehrerer der folgenden Arztdiagnosen: Retinopathie, Neuropathie, diabetischer Fuß, Nephropathie. Makrovaskuläre Komplikationen (MAC) = Vorliegen einer oder mehrerer der folgenden Arztdiagnosen: Zerebrovaskuläre bzw. kardiovaskuläre Erkrankungen, periphere Verschlusskrankheit. OR = Odds Ratio

Abhängigkeit der mikro- und makrovaskulären Diabeteskomplikationen von Alter und Diabetesdauer (N=7.945)



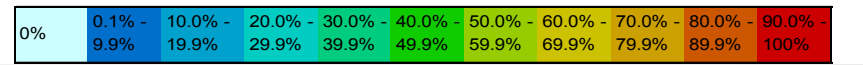
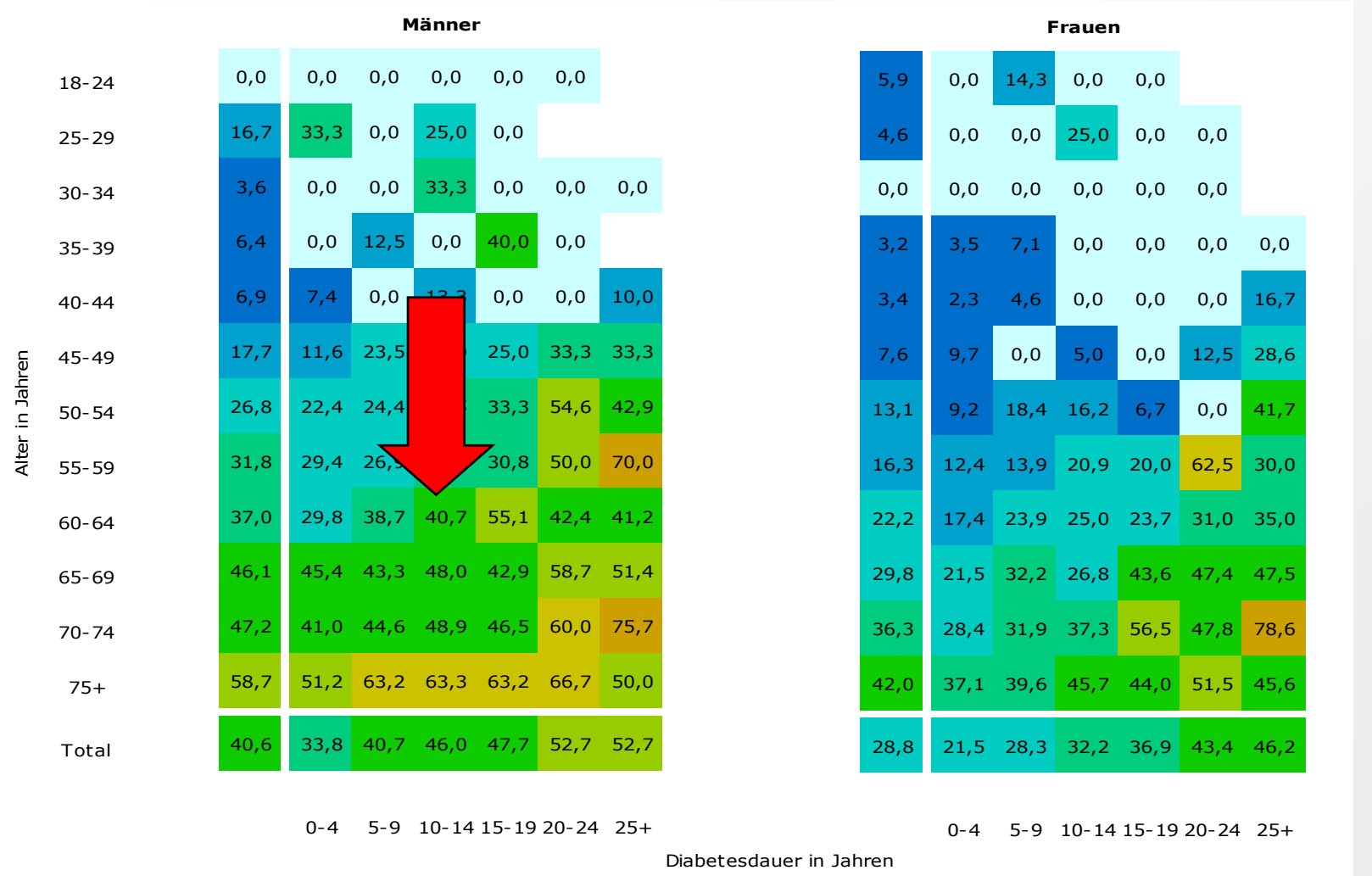
Mikrovaskuläre Komplikationen (MIK) = Vorliegen einer oder mehrerer der folgenden Arzt Diagnosen: Retinopathie, Neuropathie, diabetischer Fuß, Nephropathie
 Makrovaskuläre Komplikationen (MAK) = Vorliegen einer oder mehrerer der folgenden Arzt Diagnosen: Zerebrovaskuläre bzw. kardiovaskuläre Erkrankungen, periphere Verschlusskrankheit

Geschlechterverhältnis der Abhängigkeit der mikrovaskulären Diabeteskomplikationen von Alter und Diabetesdauer (N=8.465)



Mikrovaskuläre Komplikationen (MIK) = Vorliegen einer oder mehrerer der folgenden Arztdiagnosen: Retinopathie, Neuropathie, diabetischer Fuß, Nephropathie
Makrovaskuläre Komplikationen (MAK) = Vorliegen einer oder mehrerer der folgenden Arztdiagnosen: Zerebrovaskuläre bzw. kardiovaskuläre Erkrankungen, periphere Verschlusskrankheit

Geschlechterverhältnis der Abhängigkeit der makrovaskulären Diabeteskomplikationen von Alter und Diabetesdauer (N=8.465)



Mikrovaskuläre Komplikationen (MIK) = Vorliegen einer oder mehrerer der folgenden Arztdiagnosen: Retinopathie, Neuropathie, diabetischer Fuß, Nephropathie
Makrovaskuläre Komplikationen (MAK) = Vorliegen einer oder mehrerer der folgenden Arztdiagnosen: Zerebrovaskuläre bzw. kardiovaskuläre Erkrankungen, periphere Verschlusskrankheit

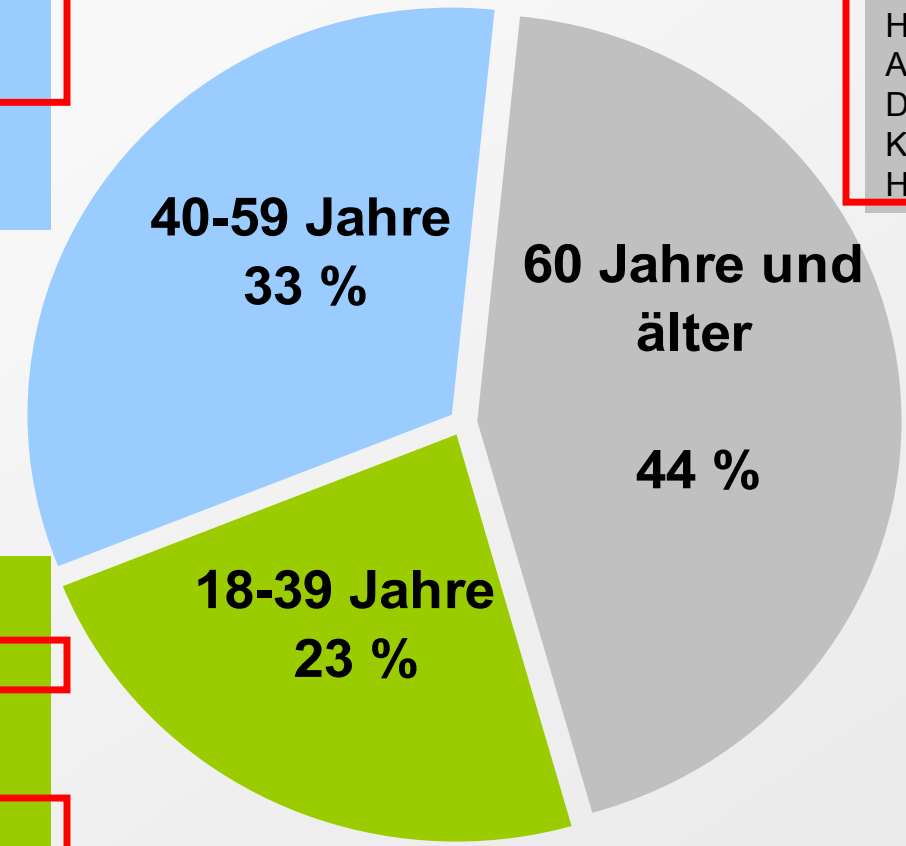
Im Praxisalltag ist der Hausarzt überwiegend mit schwereren, bzw. chronischen und komplikationsreichen Patienten konfrontiert – sog. „leichtere“ Fälle machen weniger als 20% aus!

6 häufigsten Komorbiditäten

Adipositas	33,7%
Hypertonie	28,4%
Hyperlipidämie	26,0%
Schilddrüsenerkrankung	12,4%
Depression	11,4%
Diabetes mellitus	10,1%

6 häufigsten Komorbiditäten

Hypertonie	58,5%
Hyperlipidämie	43,8%
Adipositas	40,6%
Diabetes mellitus	26,1%
KHK	23,7%
Herzinsuffizienz	16,9%



6 häufigsten Komorbiditäten

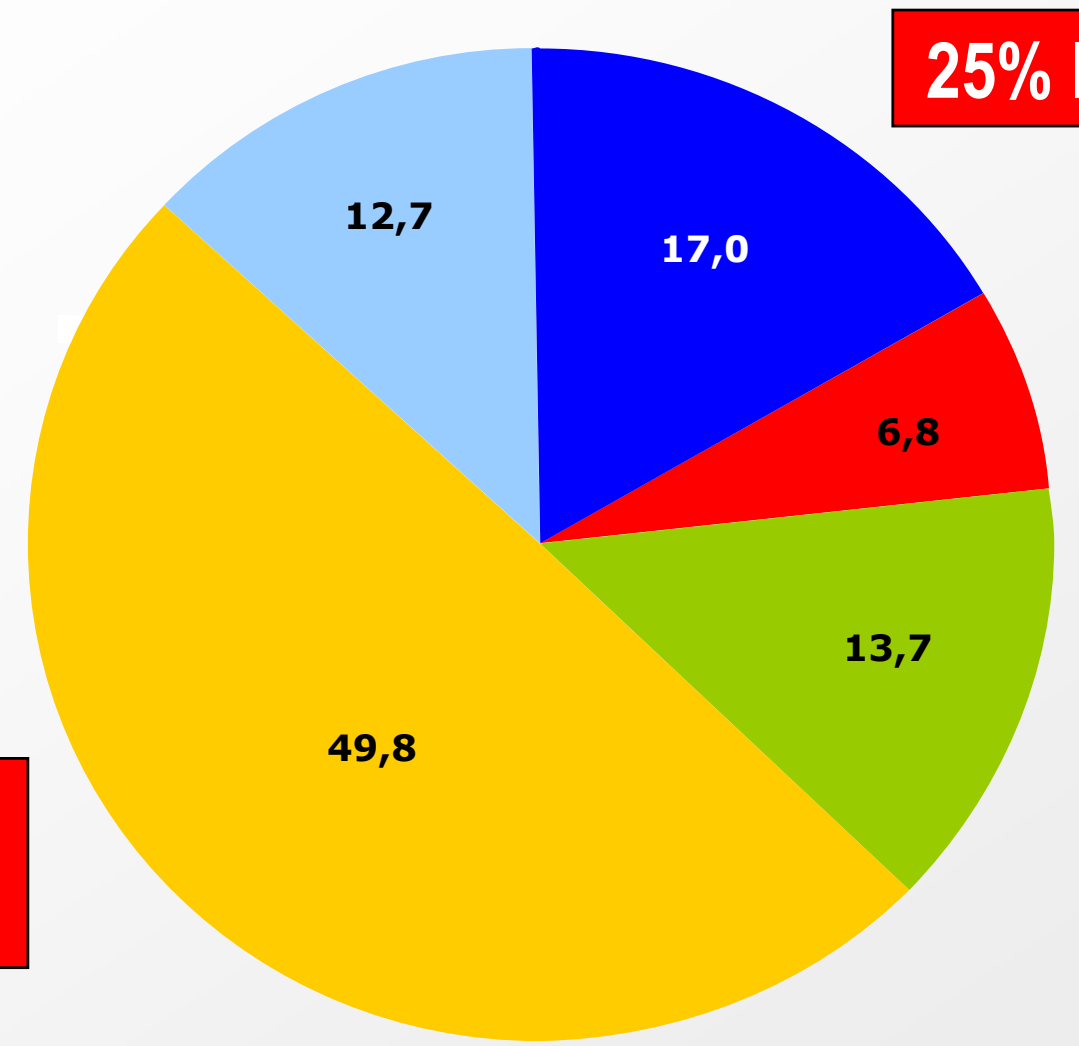
Adipositas	18,2%
Schilddrüsenerkrankung	6,5%
Magen-Darm-Erkrankung	6,3%
Depression	6,2%
Hyperlipidämie	5,8%
Hypertonie	5,5%

DETECT: Die Situation in der primärärztlichen Versorgung



3. Behandlungssituation

Behandlungssituation von Typ-2- Diabetikern



25% Insulin

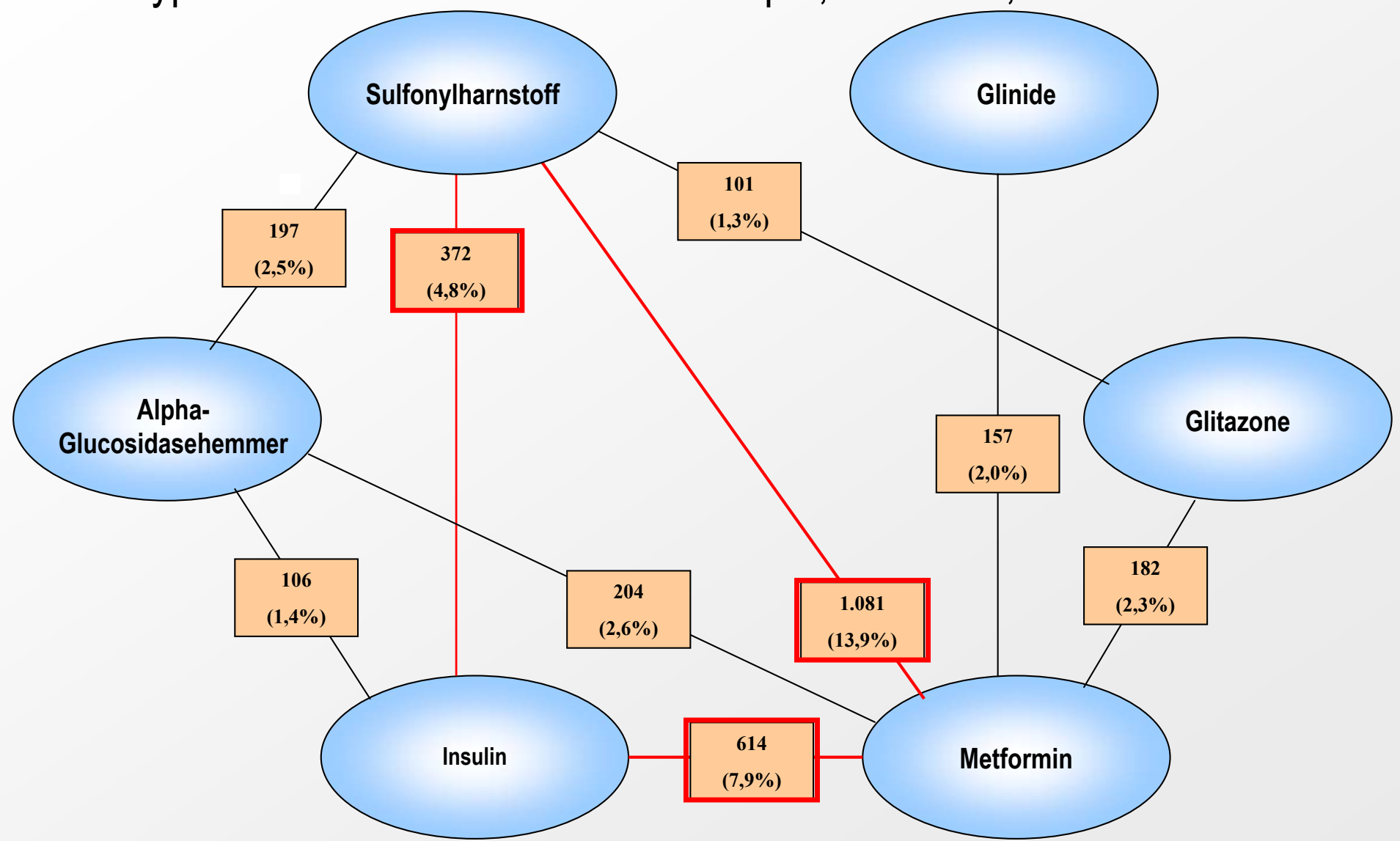
25% keine medikamentöse Therapie

50% orale Antidiabtika

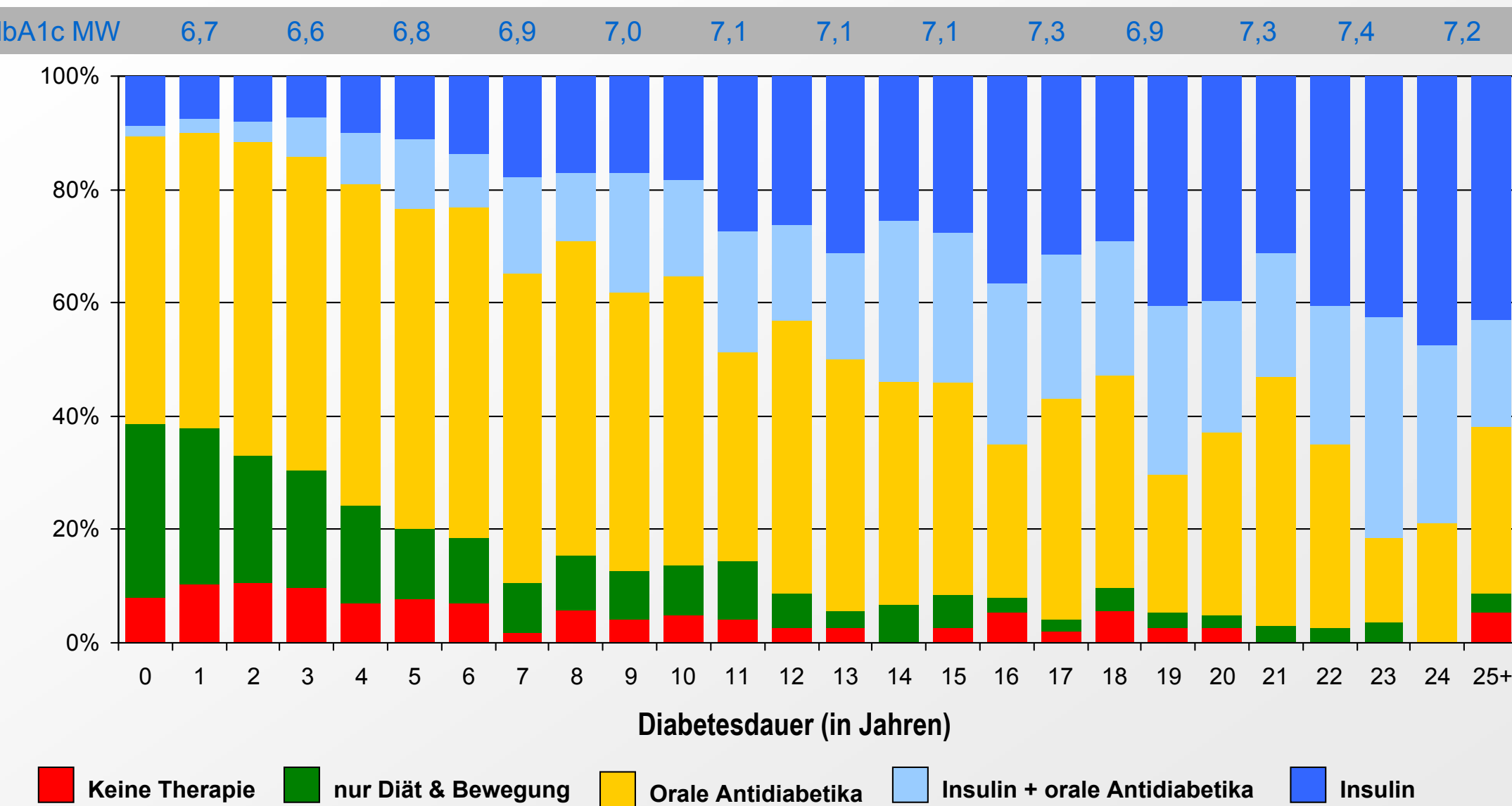
- Keine Therapie
- nur Diät & Bewegung
- Orale Antidiabetika
- Insulin + orale Antidiabetika
- Insulin

Häufige Zweierkombinationen bei der Verordnung von Antidiabetika (Typ-2-Diabetiker)

■ 28,6% der Typ 2 Diabetiker Kombinationstherapie, davon 25,1% 2-er Kombinationen



Therapieart und –Intensität bei Typ 2 Diabetikern in der primärärztlichen Versorgung variiert in Abhängigkeit von der Erkrankungsdauer



Unbefriedigende Einstellung bei Typ 2 Diabetikern betrifft fast alle Gruppen

6,8% keine antidiabetische Therapie

Alter (MW/SD): 68,5 +/- 11,1

Diabetesdauer (MW/SD): 5,7 +/- 5,7

Stoffwechseleinstellung HbA1c (MW/SD): 6,1 +/- 0,7

13,7% ausschließlich nicht-medikamentöse Therapie (Diät und Bewegungstherapie)

Alter (MW/SD): 66,1 +/- 10,7

Diabetesdauer (MW/SD): 4,7 +/- 4,8

Stoffwechseleinstellung HbA1c (MW/SD): 6,2 +/- 0,8

49,8% orale Antidiabetika

Alter (MW/SD): 66,5 +/- 10,3

Diabetesdauer (MW/SD): 7,0 +/- 5,9

Stoffwechseleinstellung HbA1c (MW/SD): 6,9 +/- 1,2

17,0% Insulin (davon 34% intensiviert)

Alter (MW/SD): 65,7 +/- 10,6

Diabetesdauer (MW/SD): 12,1 +/- 8,1

Stoffwechseleinstellung HbA1c (MW/SD): 7,3 +/- 1,4

12,7% Insulin in Kombination mit oralen Antidiabetika

Alter (MW/SD): 66,1 +/- 10,0

Diabetesdauer (MW/SD): 11,5 +/- 7,2

Stoffwechseleinstellung HbA1c (MW/SD): 7,5 +/- 1,3

Charakteristik von Typ 2 Diabetikern mit unterschiedlichen Therapien

	Patienten mit ausschließlich oraler Behandlung				Patienten mit Insulinbehandlung (auch kombiniert)				p
	N	%	MW	SD	N	%	MW	SD	
Männer	1.884	50,9			1.038	47,1			0,005
Alter			66,5	10,3			65,9	10,3	0,017
Jahre seit Erstdiagnose			7,0	5,9			11,8	7,7	0,000
Anzahl Folgeerkrankungen (1)			0,7	1,0			1,5	1,5	0,000
Anzahl MAC -"- (2)			0,4	0,6			0,6	0,7	0,000
Anzahl MIC -"- (3)			0,3	0,7			0,9	1,1	0,000
BMI			30,0	5,6			30,2	5,7	0,150
LDL-Cholesterin			130,3	38,9			124,7	38,3	0,000
HDL-Cholesterin			55,4	42,7			54,0	34,7	0,243
Gesamtchol.			214,8	44,4			210,0	46,8	0,000
Triglyzeride			199,7	122,1			201,9	140,2	0,572
Syst. Blutdruck			141,6	18,2			139,9	18,5	0,000
Diastol. Blutdruck			82,0	9,8			80,0	9,7	0,000
Mikroalbuminurie	497	17,2			564	32,6			0,000
HbA1c			6,9	1,2			7,4	1,3	0,000
Nüchtern-BZ			136,6	42,2			148,6	53,6	0,000

(1) Angina pectoris, Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, pAVK, Schlaganfall, Retinopathie, Nephropathie, Mikroalbuminurie, Neuropathie, diabet. Fuß

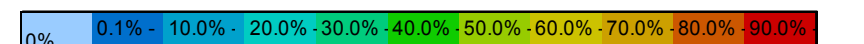
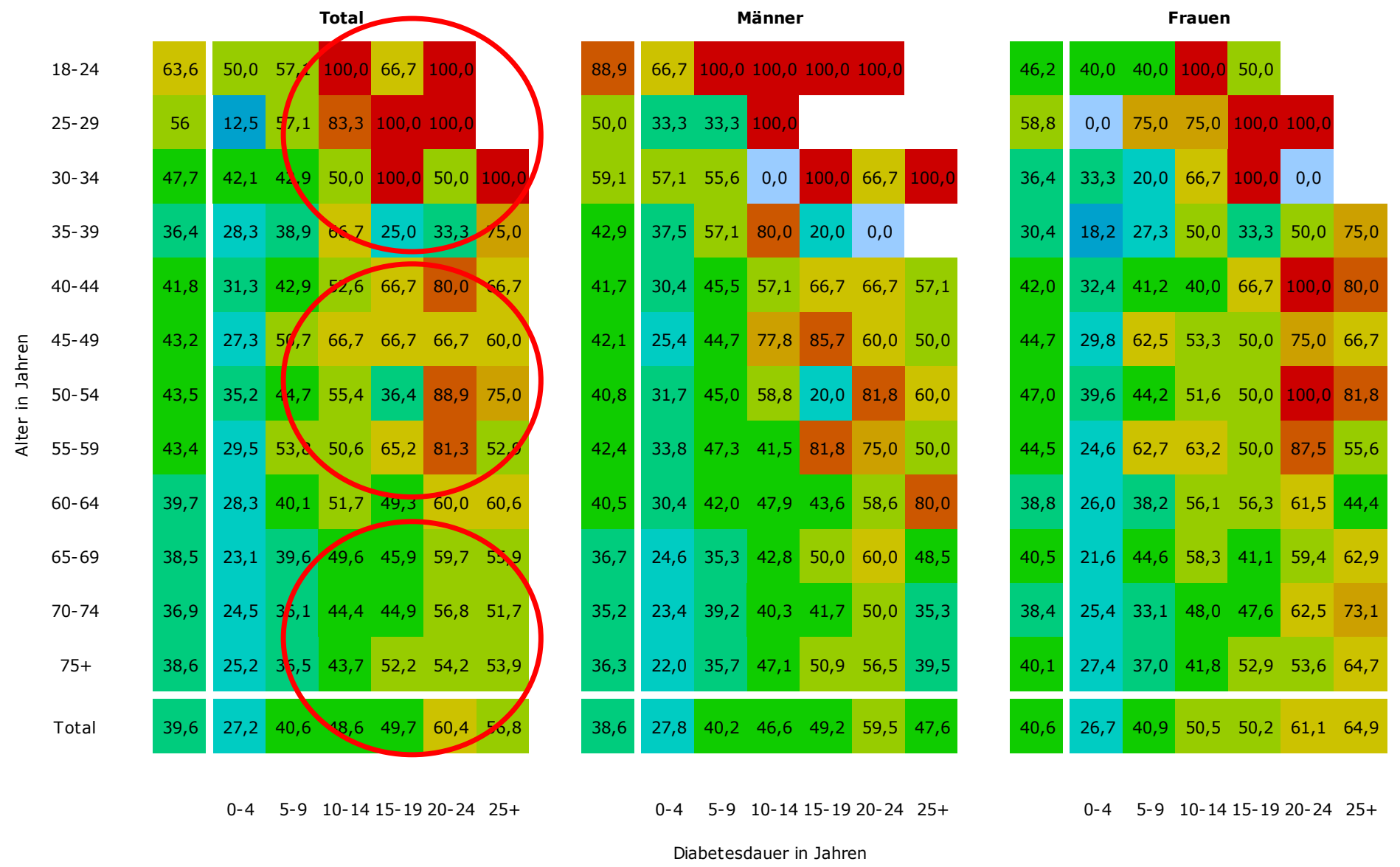
(2) Angina pectoris, Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, pAVK, Schlaganfall

(3) Retinopathie, Nephropathie, Mikroalbuminurie, Neuropathie, diabet. Fuß

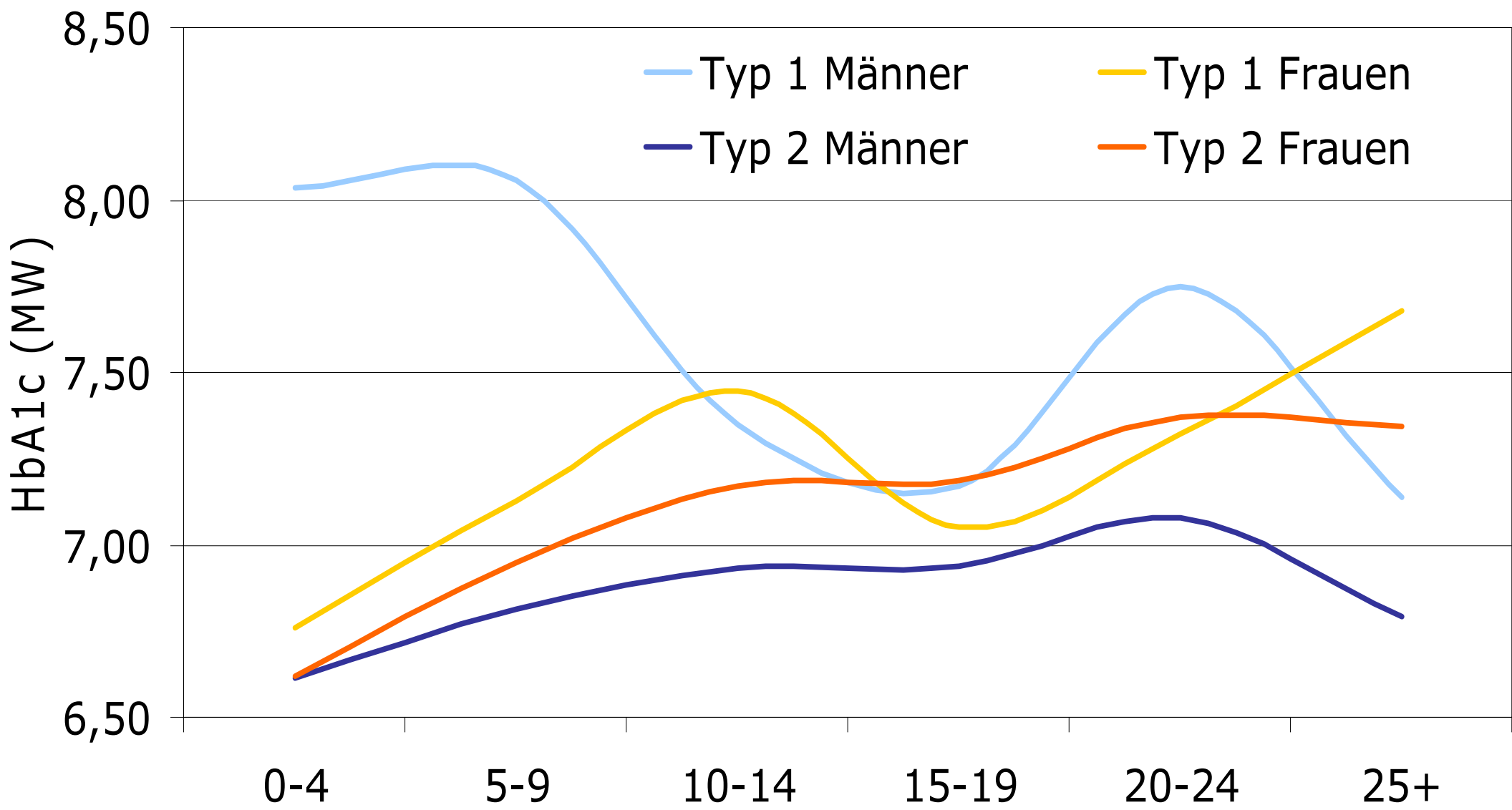
Therapieunterschiede zwischen Männer und Frauen in der Diabetestherapie bei Typ 1 und Typ 2 Diabetes

	Frauen		Männer				
	N	%	N	%	OR (ref.Frauen)	KI (95%)	p
Typ 1 Diabetes							
Keine Therapie	6	4,8	5	3,8	0,79	0,23-2,65	.699
Diät & Bewegung	2	1,6	2	1,5	0,95	0,13-6,9	.962
DAD	1	0,8	8	6,1	8,07	0,99-65,7	.051
Kombiniert	16	12,8	11	8,4	0,62	0,28-1,41	.256
Insulin	100	80,0	105	80,2	1,01	0,55-1,87	.976
Typ 2 Diabetes							
Keine Therapie	262	6,9	245	6,7	0,97	0,81-1,16	.732
Diät & Bewegung	541	14,3	476	13,1	0,90	0,79-1,03	.122
DAD	1816	48,0	1884	51,7	1,16	1,06-1,27	.001
Kombiniert	520	13,8	422	11,6	0,82	0,72-0,94	.005
Insulin	644	17,0	616	16,9	0,99	0,88-1,12	.896

Häufigkeit eines HbA1c $\geq 7\%$ nach Alter, Geschlecht und Diabetesdauer (N=6.804)

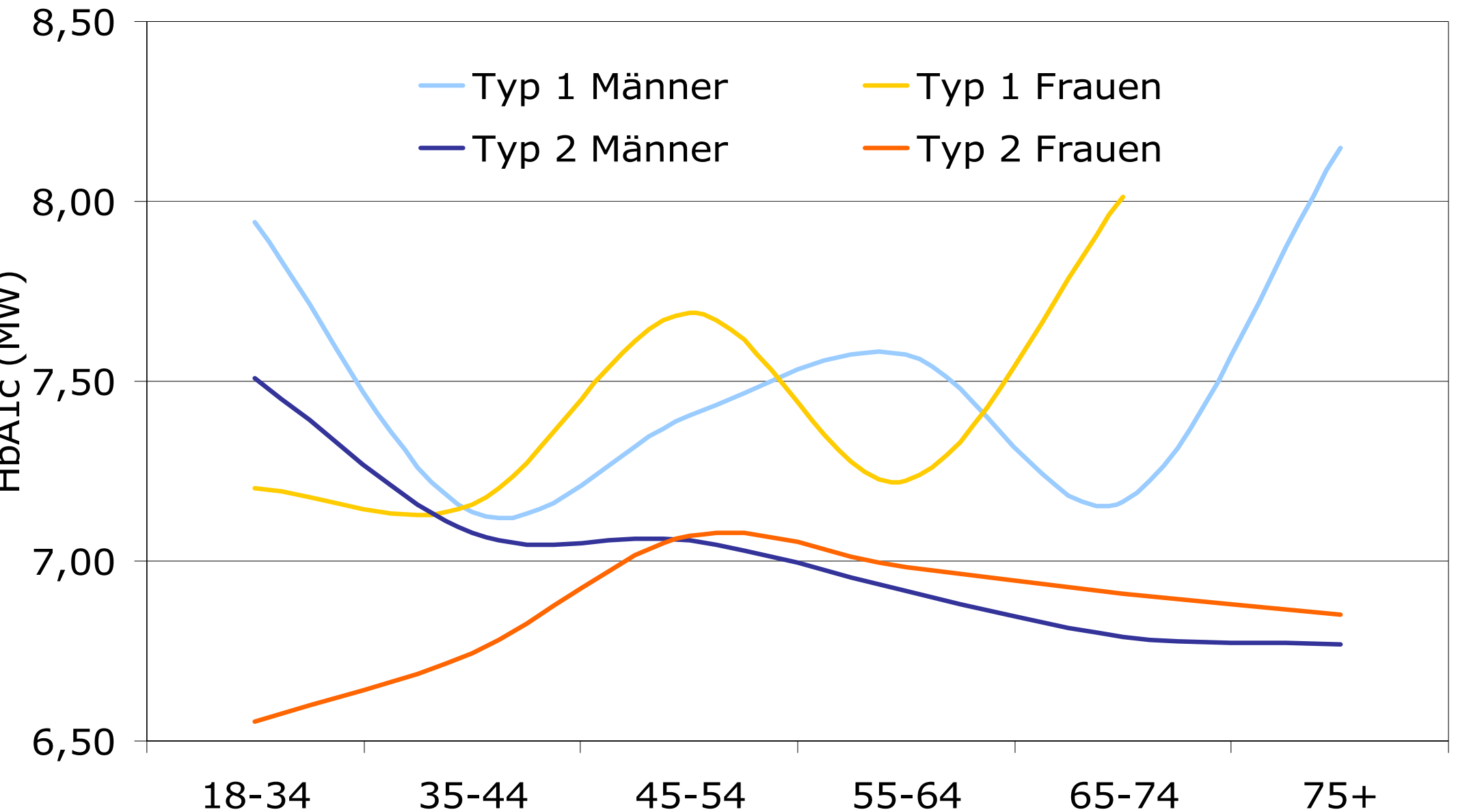


HbA1c Mittelwerte nach Geschlecht und Diabetesdauer



■ Mittlerer HbA1C 7,4 bei Typ-1-Diabetikern bzw. 6,9 bei Typ-2-Diabetikern

HbA1c-Mittelwerte nach Geschlecht und Lebensalter



Therapieerfolg: Kriterium HbA1c-Einstellung

Einstellung bei Teilgruppen suboptimal:

- 40% der Patienten übertreffen den HbA1c-Zielwert $\geq 7,0\%$
- 60% den Zielwert von $\geq 6,5\%$
- Jeder sechste Patient hat eine sehr schlechte Stoffwechseleinstellung
 - HbA1c 8,0-8,9: 9,0%
 - HbA1c 9,0-9,9: 4,0%
 - HbA1c $\geq 10,0$: 3,0%

DETECT: Die Situation in der primärärztlichen Versorgung



4. Warum ist die Einstellung oft ungenügend?

Problem 1: Im internationalen Vergleich – extrem erhöhte tägliche Patientenlast von im Mittel nahezu 60 Patienten/Tag!

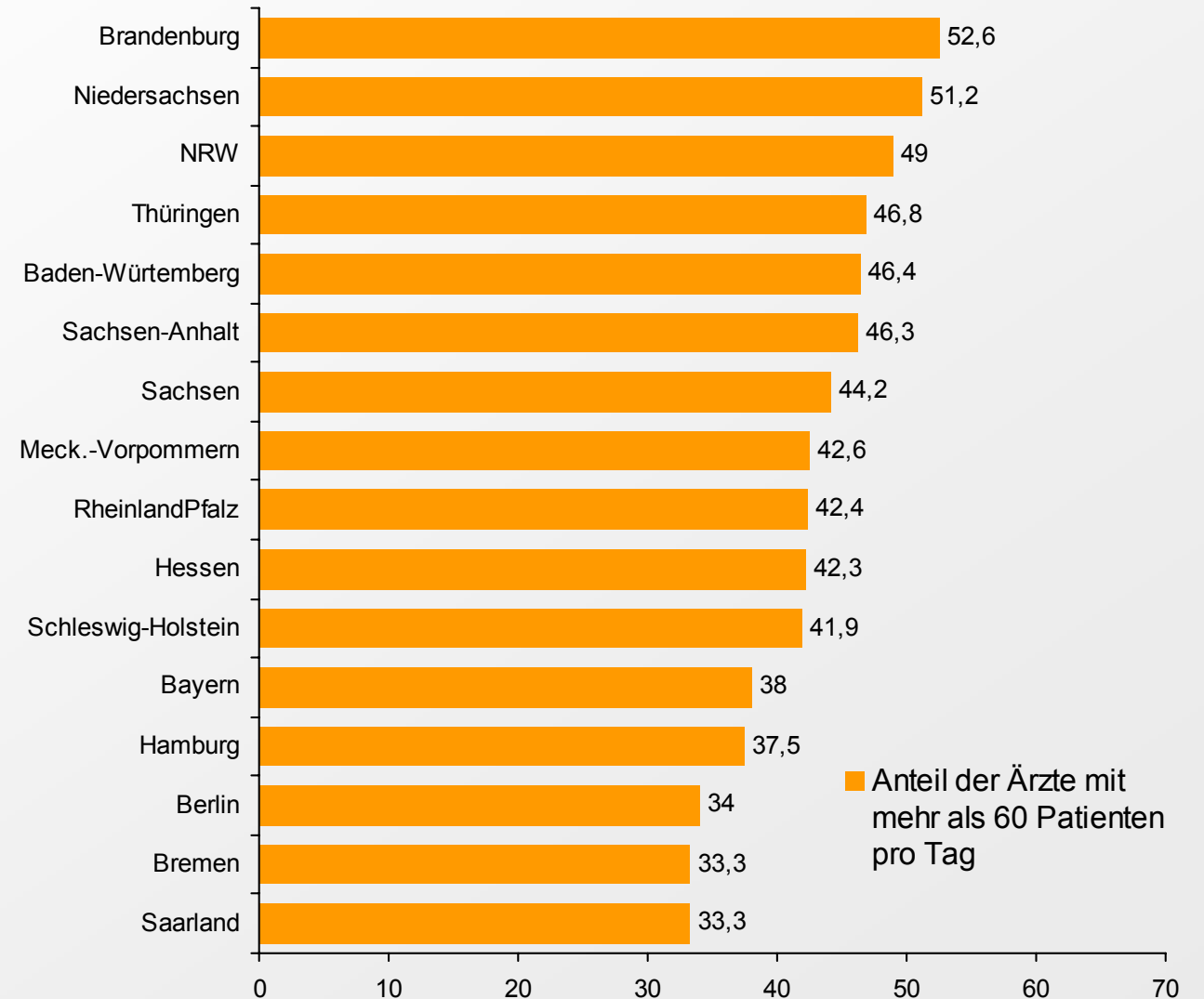
Mittlere Zahl der Patienten/Tag:

- Praktischer/Allgemeinarzt: 58,4

Großstadt Praxen: 53,0

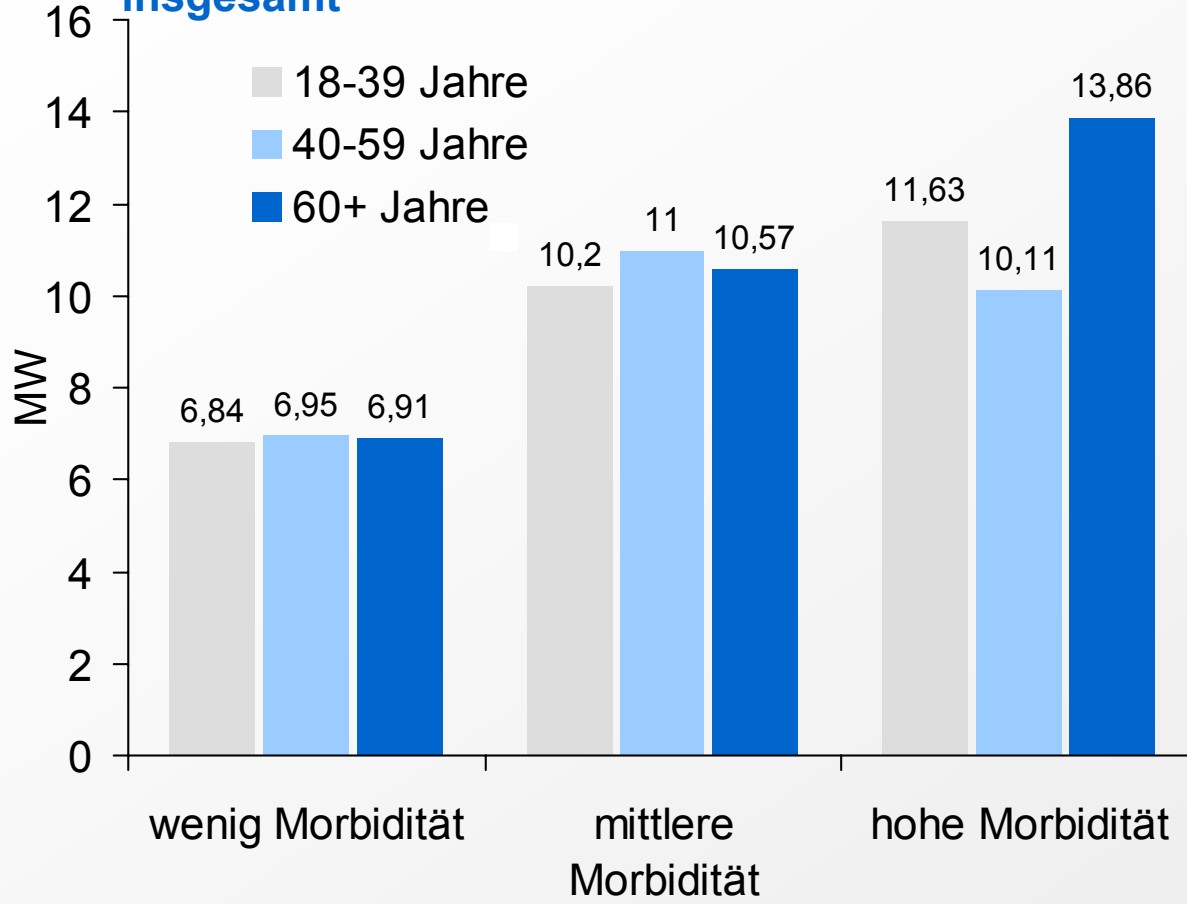
Kleinstadt Praxen: 55,6

Ländliche Praxen: 59,6

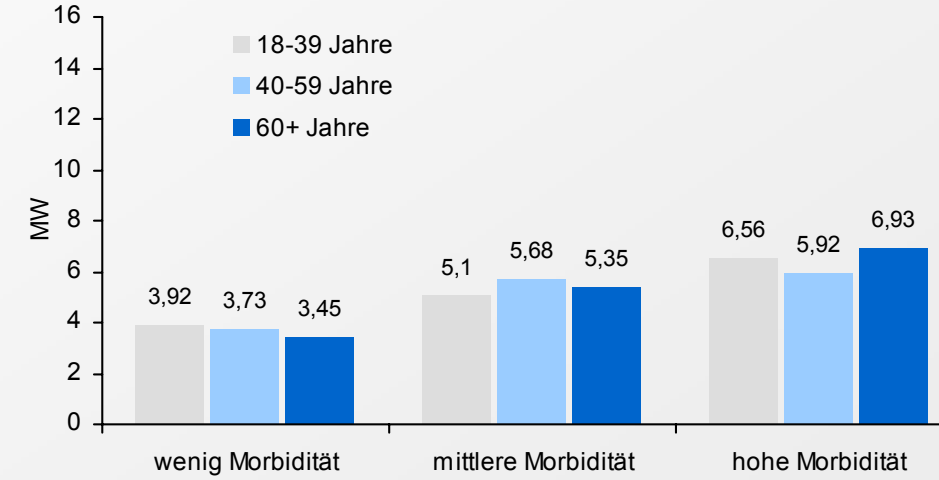


Überdurchschnittlich hohe ärztliche Besuchsfrequenz

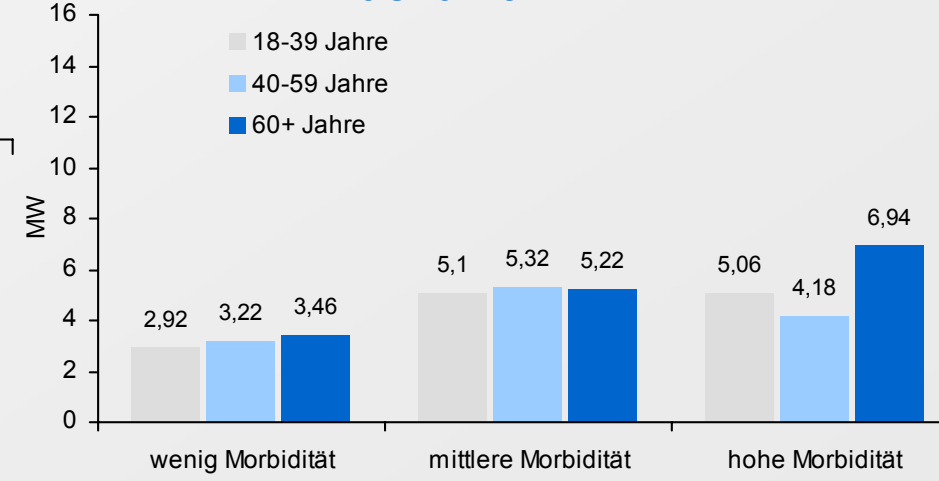
Arztbesuche (letzte 12 Monate) insgesamt



**Allgemeinarzt/
Praktischer Arzt**



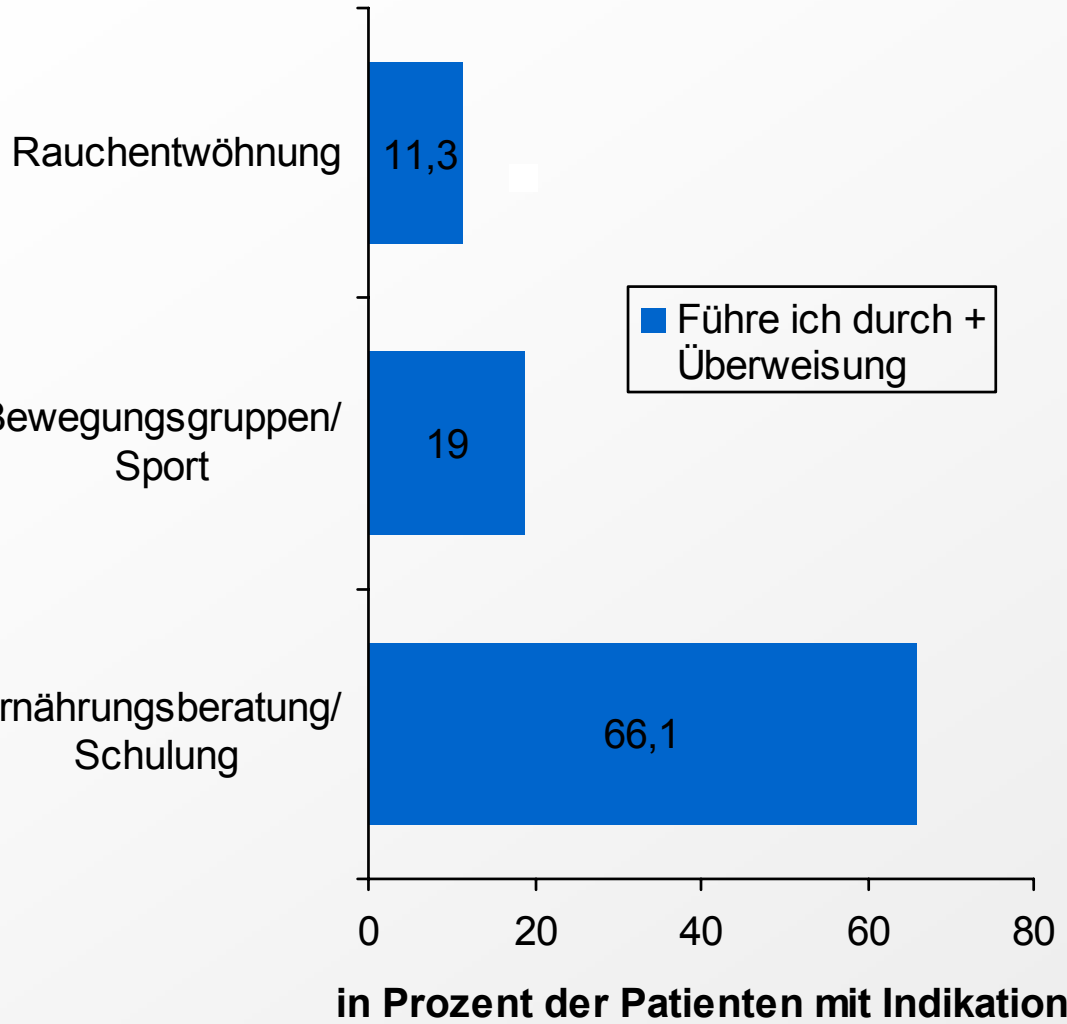
Facharzt



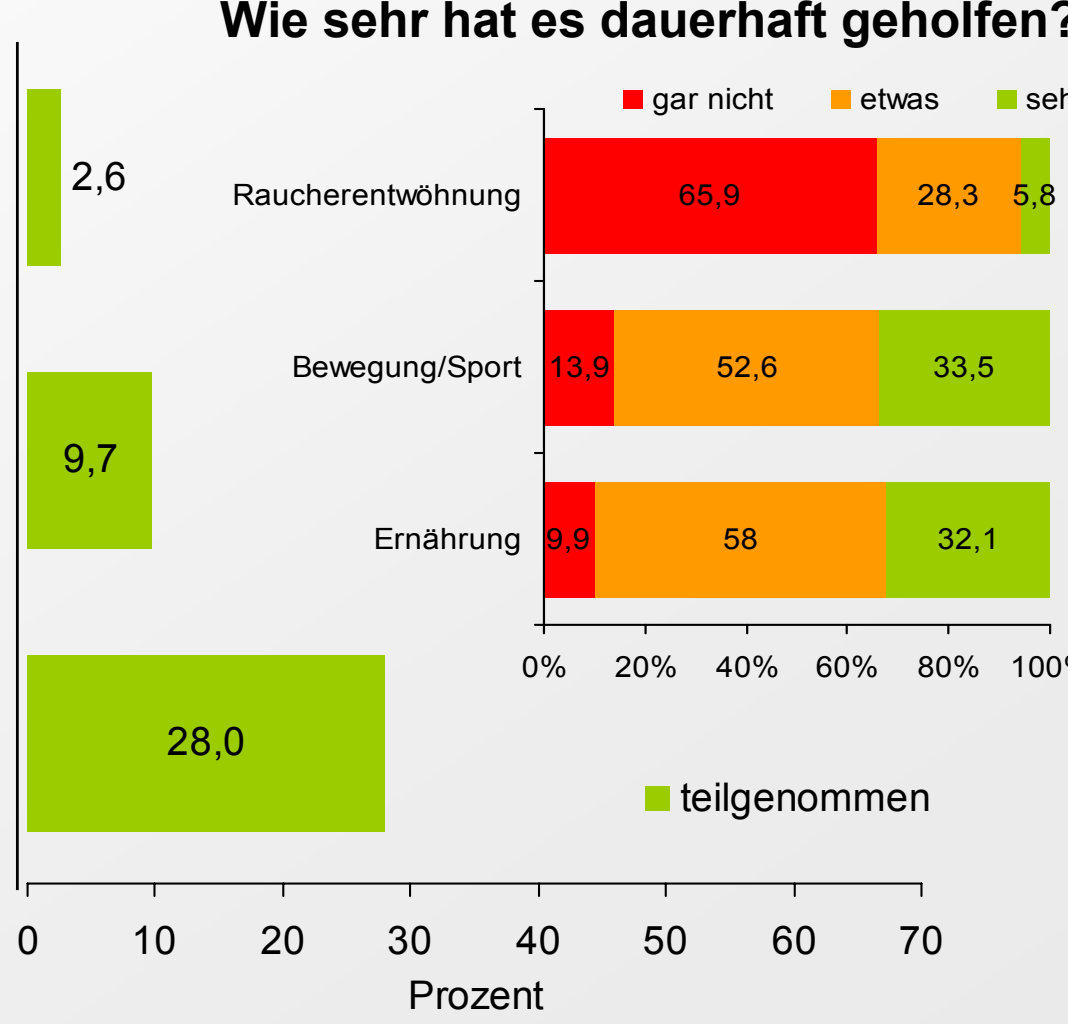
wenig Morbidität: maximal eine in DETECT erfasste Diagnose (außer KHK und Diabetes)
mittlere Morbidität: maximal zwei in DETECT erfasste Diagnosen (außer KHK)
hohe Morbidität: drei und mehr in DETECT erfasste Diagnosen + KHK Patienten

Problem 2: Nichtmedikamentöse Therapie, z.B. bei Diabetikern

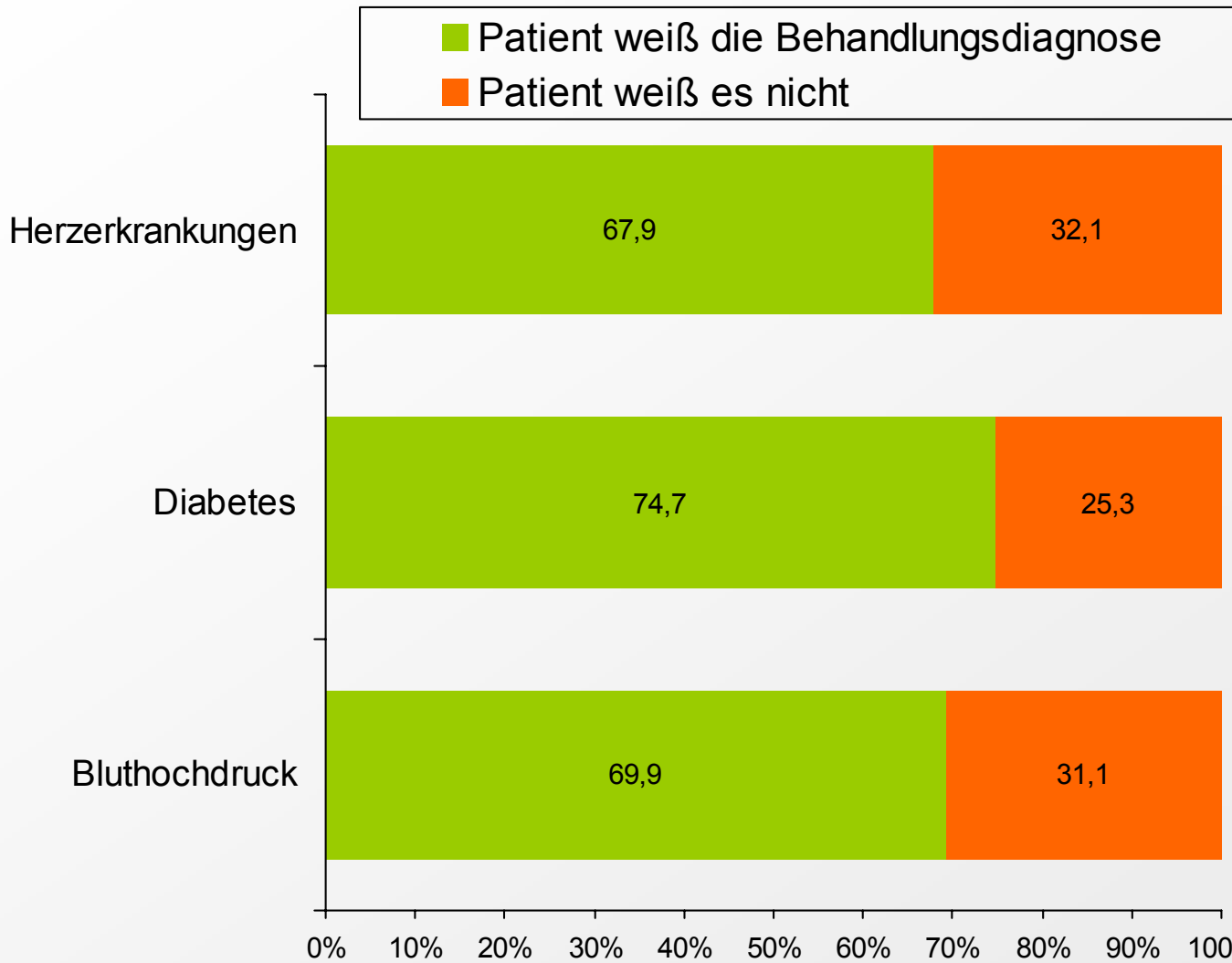
Arzt



Patient

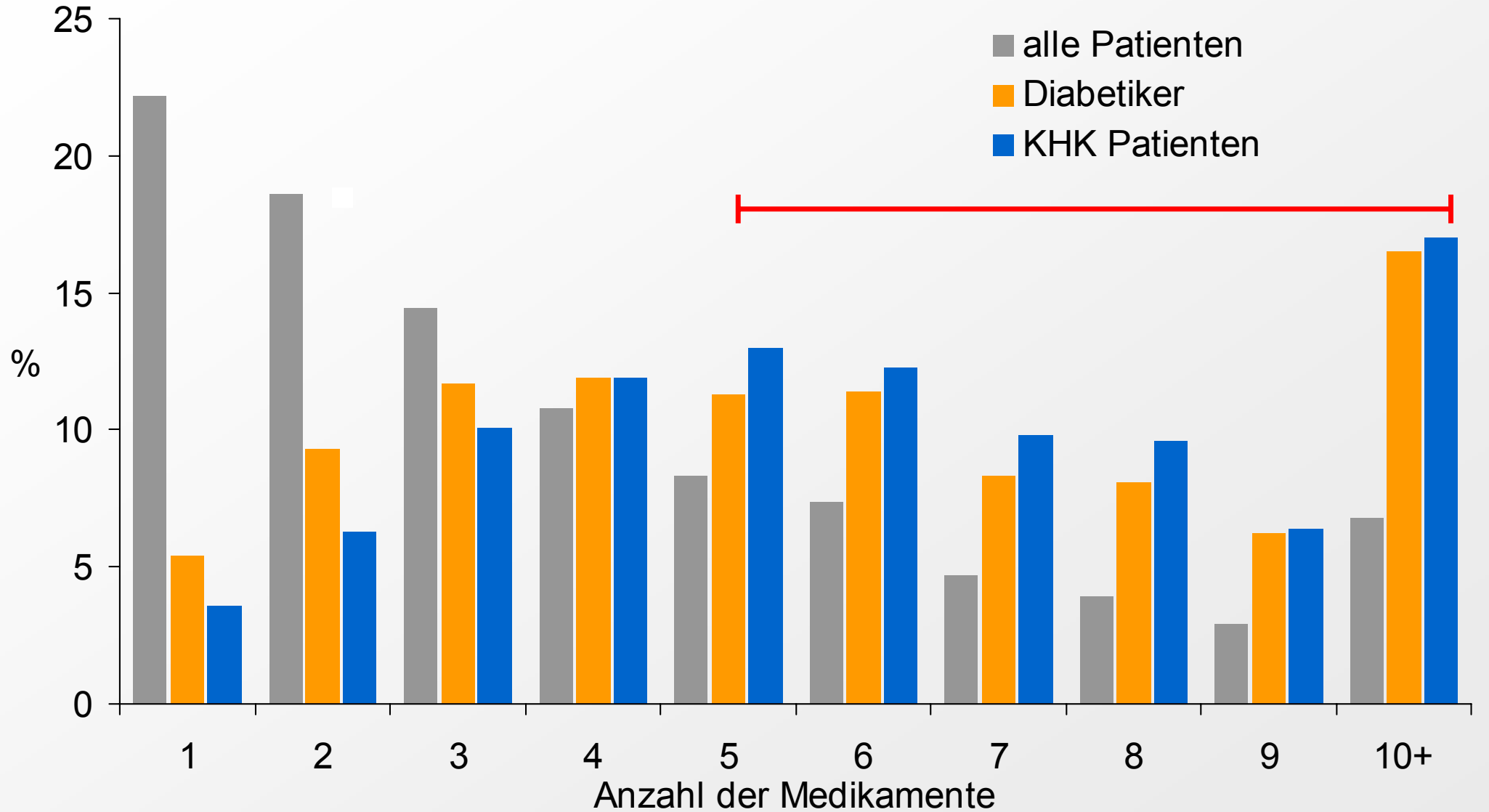


Problem 3: Patientenaufklärung: Patienten wissen manchmal nicht wegen welcher Diagnose sie behandelt werden

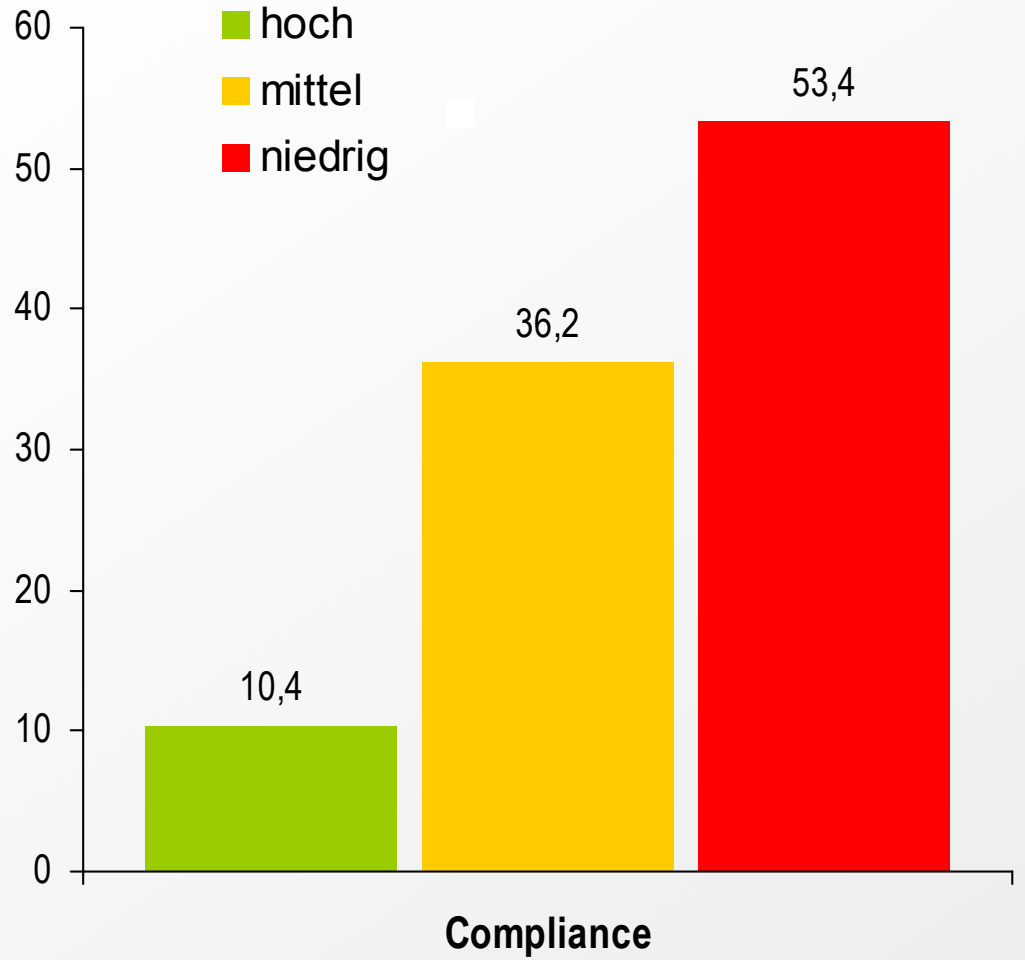


- Nichtwissen der Diagnose ist assoziiert mit:
- Diagnosestellung <4 Jahre
 - schlechtem Blutdruck (KHK)
 - erhöhte Cholesterinwerte (KHK,DM)
 - Adipositas (KHK)
 - weniger Antidiabetika
 - weniger Blutdrucksenker
 - weniger KHK-Medikation
 - höhere Anzahl Risikofaktoren

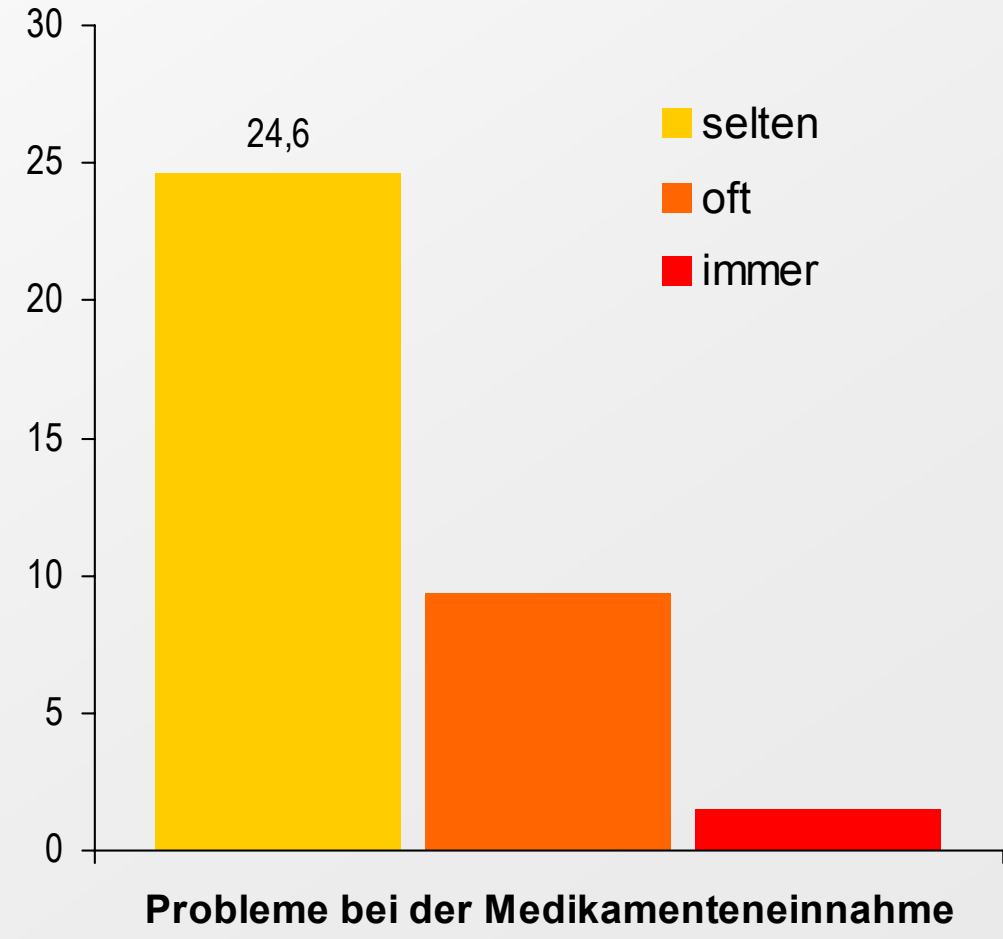
Problem 4: Medikamentöse Therapie: Anzahl der Medikamente



Problem orale Antidiabetika-Therapie: Mangelnde Compliance (nach Meinung des Arztes)



Wie häufig haben Sie Probleme bei der Medikamenteneinnahme?



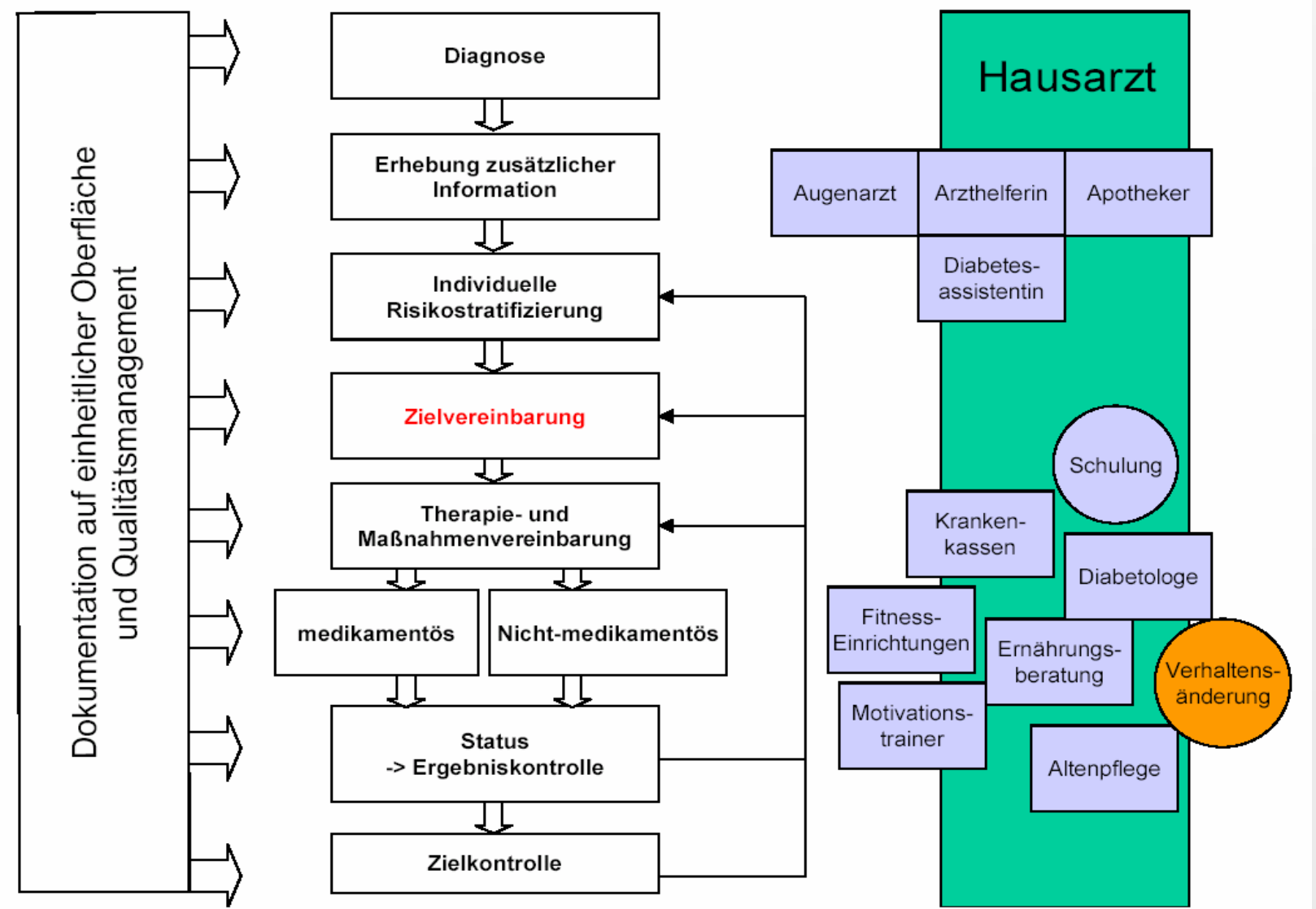
Zusammenfassung

Eine patienten- und krankheitsgerechte primärärztliche Versorgung ist angesichts der hohen Prävalenz und der enormen Komplexität der Krankheitsbilder eine erkennbar vielschichtige Herausforderung:

Strukturelle Merkmale - im internationalen Vergleich:

- sehr hohe Patientenzahlen (nahezu 60 Patienten/Tag)
- wenig Zeit – durchschnittlich 3 Minuten pro Patient für diagnostische, therapeutische und labortechnische Aufgaben
- überdurchschnittlich häufige Arztbesuche (primärärztlich und spezialisiert)
- Regionale Variation – ungünstigere Zahlen in ländlichen Regionen

Können angesichts dieser „Belastungsindizes“ „administrativ-bürokratisch“ aufwendige Strukturierungsversuche zur Prozessqualität funktionieren?



Zusammenfassung II

Klinische- und Patientenmerkmale

- Nahezu jeder zweite Hausarztpatient ist älter als 60 Jahre
 - Jeder 6. Patient hat Diabetes
 - Der Regelfall ist der komorbide, bei Älteren der multimorbide Fall (z.B. Diabetes mit mikro-/makrovaskulären Komplikationen)
 - Der Regelfall ist der Hochrisikofall (Vorliegen mehrerer Risikofaktoren)
 - Vorsorge-, Akut- und Bagatellfälle sind ein relativ seltenes (< 20%) Phänomen
- Die hohe Zahl von überwiegend älteren und zumeist bereits ko- und multimorbiden Patienten in der DETECT-Studie verdeutlicht die immense Routinebelastung und das komplexe Anforderungsprofil an Ärzte im primären Versorgungssektor

Zusammenfassung III

- DETECT deutet an: Therapie und Versorgungsqualität bleibt hinter dem Möglichen zurück!
- **Diabetes Mellitus:**
 - Nur wenige Patienten weisen einen zufriedenstellenden HbA1c Wert auf
 - Hohes Ausmaß mikro- und makrovaskulärer Komplikationen
 - Es wird möglicherweise zu spät intensiviert behandelt
 - Verbesserungen seit 2002?

Zusammenfassung IV

- Zu kurz kommen offensichtlich allgemein alle verhaltensmedizinischen Maßnahmen mit dem Ziel einer Verhaltensmodifikation (Bewegung, Ernährung, etc) sowohl in der Primär- wie auch Sekundärprävention
- Die spezielle Situation älterer Diabetespatienten in den bestehenden Leitlinien nicht hinreichend berücksichtigt:
 - Variabler Schweregrad des Diabetes, ausgeprägte Multimorbidität, altersspezifische Verlaufs- und Komplikationsrisiken → spezifische Interventionsbedürfnisse
- Angesichts der Komplexitätsmuster vieler Hausarztpatienten sowie den zeitlichen Einschränkungen in der primärärztlichen Versorgung ist es fraglich, ob die Einführung vielfältiger **DMP's** alleine ein geeignetes Mittel zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität sein kann
 - Vom Disease- zum Patienten-Management?

Danksagungen/Disclosures

DETECT-Study Group:

Prof. Dr. H.-U. Wittchen (Dresden, München; PI)

Prof. Dr. H. Lehnert (Magdeburg , Warwick)

Prof. Dr. G. Stalla (München)

Prof. Dr. M. A. Zeiher (Frankfurt)

Prof. Dr. W. März (Graz)

Prof. Dr. S. Silber (München)

PD Dr. D. Pittrow (Starnberg/Dresden), Prof. Dr. Dr. U. Koch (Hamburg), Dr. H. Schneider (Turin), Dr. H. Glaesmer, E. Katze, Dipl.-Math. J. Klotsche, Dipl.-Psych. L. Pieper

Wir danken den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für die Ihre Unterstützung und Mitarbeit

DETECT wird unterstützt durch einen unrestricted educational grant von Pfizer, Karlsruhe sowie Forschungszuwendungen des National Institutes of Health (NIH)

Mehr Informationen über www.detect-studie.de

Regelmäßige Informationen über den DETECT Newsletter