

Dr.Hans-Joachim Fuchs

Mag.Ing.Jean-Michel Gillot

DIE HAUSÄRZTLICHE BETREUUNG VON PATIENT/INNEN MIT DIABETES MELLITUS TYP 2 IST GUT

QUALITÄTSSICHERUNG: STUDIE ZUR BETREUUNGSQUALITÄT VON DIABETES MELLITUS TYP II PATIENT/INNEN 1996 DES HAUSÄRZTLICHEN QUALITÄTSZIRKELS DES ZAM DER ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN

Grundvoraussetzung für Qualitätssicherung ist eine gut funktionierende Teamarbeit. Aus der Sicht niedergelassener Ärzte läßt sich dies nur im Rahmen von Qualitätszirkeln realisieren. Hier kommt der Art der Qualitätssicherung eine besondere Bedeutung zu. Nachdem es bei der Betreuung von Diabetes Typ 2 - PatientInnen keine einheitlichen Standards auf der Ebene niedergelassener Ärzte gibt, versteht sich das Projekt als Maßnahme zur internen Qualitätssicherung: auf Kleingruppenebene werden Standards aus den individuellen Handlungsleitlinien herausgefiltert. Als nächster Schritt erfolgt die Selbstbeobachtung anhand der verbesserten Dokumentation zur Formulierung von "Good Practices". Die Studie zur Betreuungsqualität von Diabetes Typ 2 PatientInnen versteht sich als grundlegenden Beitrag zur Diskussion um die Verbesserung der medizinischen Grundversorgung und steht im Einklang mit der St.Vincent Deklaration. Diabetes Typ 2 ist die meist verbreitete Stoffwechselkrankheit, und die Sicherung der hausärztlichen Betreuungsqualität wurde bis heute in Österreich nur ansatzweise untersucht. Einsparungspotentiale können durch Vermeidung von Folgekrankheiten, durch Effizienzsteigerung und durch Schwerpunktverlagerung in den extramuralen Bereich des Gesundheitswesens aktiviert werden.

Seit 1994 finden monatlich zweistündige Sitzungen des hausärztlichen Qualitätszirkels des ZAM der Ärztekammer für Wien statt. 1995 wurde die vorliegende Studie von den Teilnehmern, von dem Moderator und Arzt für Allgemeinmedizin, Dr.Fuchs, und von dem Qualitätssicherungsspezialisten und Organisationssoziologen, Mag.Gillot, geplant. Die einschlägigen Instrumente der Qualitätssicherung: Peer Review, Brainstorming, Prioritätenliste und Ursache-Wirkungsdiagramme kamen zum Einsatz. Dadurch wurden Qualitätskriterien definiert und ein Studienkonzept entworfen. Die teilnehmenden ÄrztInnen haben sich bereitgefunden, ihre Patientenkarteen des Jahres 1996 auf Eintragungen zu folgenden Punkten zu überprüfen und in anonymisierte Tabellen einzutragen:

- Zwischenanamnesen (körperliches und seelisches Wohlbefinden)
- Nüchternblutzuckerbestimmungen
- Blutdruckmessungen
- Bestimmungen des Körpergewichts
- Bestimmungen des HbA1c und Meßwerte
- Bestimmungen von Cholesterin,HDL,Triglyceride,Kreatinin
- Microalbuminbestimmungen im Harn
- Kontrollen der Füße
- Kontrollen der Fundi der Augen
- Patienten(nach)schulungen zu folgenden Inhalten:

- 1) Es geht um den Schutz der Gefäße unter Berücksichtigung aller Risikofaktoren.
 - 2) Medikamente können die Diät nicht ersetzen.
 - 3) Was ist eine Hypoglycämie? Gegensteuerung mit Traubenzucker und Glucagon.
- Vermerke über die Therapieform: Diät allein, mit Tabletten oder mit Insulin

Es haben sich bis April 1997 acht HausärztInnen mit insgesamt 154 Patientendokumentationen beteiligt, von denen 144 Eintragungen der HbA1c-Meßwerte enthielten. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 1 eingetragen und grafisch dargestellt.

- Eintragungen über Zwischenanamnesen sind zu 70% dokumentiert.
- Nüchternblutzuckerkontrollen durchschnittlich in achtwöchigen Intervallen
- Blutdruckmessungen, Blutfett- und Kreatininbestimmungen, Gewichtskontrollen, sowie HbA1c-Bestimmungen sind relativ häufig dokumentiert.
- Defizite sind bei Microalbumin-, Fundi- und Fußkontrollen sowie bei den PatientInnen nachschulungen evident.

Der durchschnittliche HbA1c-Wert beträgt 7,7%.

Bei 60,4% der PatientInnen.: HbA1c <8%

Bei 26,0% der PatientInnen.: HbA1 c 8-10%

Bei 07,1% der PatientInnen.: HbA1 c > 10%

Bei 06,5% der PatientInnen.: keine HbA1c-Eintragung.

Ältere PatientInnen sind deutlich besser eingestellt als jüngere.

Behandlung:

- Nur Diät27 PatientInnen
- Diät und Medikamente104 PatientInnen
- Diät und Insulin16 PatientInnen
- Diät, Medikamente und Insulin..... 7 PatientInnen

Die deutliche Majorität der Diabetes Typ 2 PatientInnen wird also mit Diät und Medikamenten behandelt.

Schlußfolgerungen und Prognosen:

Die hausärztliche Praxis ist sehr gut geeignet zur Betreuung von Diabetes Typ 2- PatientInnen. Patienten(nach)schulung und ihre Dokumentation sollte intensiviert werden. Hier ist ein zusätzlicher Zeitbedarf zu berechnen. Der Erfolg der Betreuung hängt ganz wesentlich von regelmäßigen Hausarztkontakten ab, in deren Rahmen die PatientInnen immer wieder zur Compliance motiviert werden.

Übereinstimmend mit den Beobachtungen im Rahmen des Diab Care-Projektes können wir feststellen, daß Komplikationen, insbesondere der diabetische Fuß, sehr selten bei jenen PatientInnen gesehen werden, die allgemeinmedizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen.

Daher ist es zu wünschen, daß sich der Betreuungsschwerpunkt der DiabetikerInnenbetreuung mehr und mehr auf die Ebene der Allgemeinmedizin verlagert. Definitionen von Good Practices sind sehr nützlich zur weiteren Verbesserung der Betreuungsqualität. Die PatientInnen sollten auch über den Umfang der notwendigen regelmäßigen Kontrollen gut aufgeklärt werden, um ihrerseits dafür Sorge zu tragen. Qualitätssicherung verspricht auch hier Verbesserung bei gleichzeitiger Qkonomisierung.

Wir danken allen StudienteilnehmerInnen und der Firma Bayer für ihre tatkräftige Unterstützung dieses Projekts.