

Hausarzt – diabetologische Schwerpunktpraxis: Kommunikation an der Schnittstelle

DMP-Teilnehmer bringen bei Erstkonsultation mehr Informationen in die DSP mit als Nicht-DMP-Teilnehmer.

J. von Hübbenet¹, D. Weber¹, M. Kalthener¹, D. Krakow¹, M. Molinski¹, N. Scheper¹, M. Simonsohn¹, G. Faber-Heinemann¹, L. Heinemann¹

Diabetes Stoffw Herz 2010; 19: 255–259



J. von Hübbenet

Einleitung

Im Rahmen der Aufgabenteilung zwischen der Versorgungsebene 1 und 2 werden Patienten mit Diabetes mellitus vom Hausarzt oder Facharzt im Bedarfsfall zur Betreuung in eine diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) überwiesen. Dort werden die Patienten gezielt in Bezug auf ihren Diabetes behandelt, insbesondere im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMPs). Damit diese Betreuung optimal und im Sinn des Überweisers erfolgt, ist ein strukturierter, problembezogener Informationsaustausch zwischen den beiden Versorgungsebenen erforderlich; dazu gehören neben einem konkreten Versorgungsauftrag die aktuellen Diagnosen, Laborwerte, Medikationen und weitergehende Informationen (z. B. ein Arztbrief, Krankenhausbericht oder DMP-Bogen). Bisher wurde dem Umfang und der Güte der Kommunikation an dieser Schnittstelle wenig Aufmerksamkeit gewidmet, zumindest wurden bei einer Literaturrecherche zu den Stichworten „Schnittstellenmanagement und Diabetologen“ zwar viele Treffer gefunden, aber keine Publikationen mit konkreten Zahlen aus Deutschland zu der hier genannten Fragestellung. Da in anderen Ländern die Versorgungsstrukturen anders aufgebaut sind, gibt es hierzu anscheinend auch keine passenden Untersuchungen im Ausland.

Das wissenschaftliche Institut der niedergelassenen Diabetologen (winDiab) hat sich zum Ziel gesetzt, Informationen zu solchen praxisrelevanten Fragestellungen zu erheben, und hat eine entsprechende (Pilot-)Versorgungsstudie

Zusammenfassung

Einleitung: In bestimmten Situationen werden Diabetiker zur Betreuung in eine diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) überwiesen. Dabei ergibt sich an der Schnittstelle Hausarzt bzw. Facharzt/DSP ein Informationsbedarf. Ziel dieser Untersuchung war es, zu ermitteln, in welchem Umfang notwendige Informationen bei Erstkonsultation in die DSP mitgebracht werden und ob es Unterschiede zwischen DMP- und Nicht-DMP-Patienten gibt.

Methoden: 38 DSPen mit 56 Diabetologen haben über vier Wochen bei allen Erstkonsultationen erfasst, ob die Patienten folgende Informationen mitbringen: aktuelle Laborwerte, Diagnosen, Angaben zu Medikamenten, einen definierten Versorgungsauftrag und weitergehende Informationen.

Ergebnisse: In diesem Zeitraum kamen 925 neue Patienten in die Praxen, dies

entspricht 24,3 ± 14,5 Patienten pro Praxis (Mittelwert ± SD). 14,6 % hatten einen Typ-1-, 85,4 % einen Typ-2-Diabetes. In ein DMP eingeschrieben waren 51,1 % der Patienten mit Typ-1- und 71,4 % der mit Typ-2-Diabetes. Mitgebracht wurden: aktuelle Laborwerte 57,0 %, aktuelle Diagnosen 56,3 %, Angaben zu Medikamenten 67,9 %, definierter Versorgungsauftrag 54,1 %, weitergehende Informationen 33,3 %. Ohne Informationen kamen 11,2 % der Patienten. DMP-Patienten brachten mehr Informationen mit als Nicht-DMP-Patienten.

Diskussion: Mehraufwand und zusätzliche Kosten durch Beschaffung fehlender Informationen könnten durch eine klar definierte Schnittstellenkommunikation vermieden werden.

Schlüsselwörter

Diabetes mellitus, Disease-Management-Programm, Schnittstelle, Hausarzt, diabetologische Schwerpunktpraxis

Communication between General Practitioners and Diabetes Practices in Germany

Summary

Aim: People with diabetes are mainly treated by their local general practitioner (GP). If needed, they are referred to a specialized diabetologic practice (SDP). This requires communication between the GP and the SDP to ensure the patient receives optimal treatment. The aim of this study was to determine the amount of info that is being transferred to the SDP of first referral, and if there is any discrepancy between patients who are members of a disease management programme (DMP) and those who are not.

Methods: Over a period of 4 weeks, 38 SDPs with a total of 56 diabetologists recorded the information new patients brought with them: current laboratory values, diagnoses, list of medications, treatment instruction and additional information.

Results: 925 new patients were documented. This is equivalent to 24.3 ± 14.5 patients per SDP (mean ± SD). 14.6 % had type 1 diabetes and 85.4 % had type 2 diabetes. 51.1 % patients with type 1 diabetes and 71.4 % with type 2 diabetes were in a DMP. The following info were brought by the patients: current laboratory values (57 %), current diagnoses (56.3 %), list of medications (67.9 %), defined treatment suggestions (54.1 %), and additional info (33.3 %). 11.2 % arrived with no information at all. DMP patients came with more info than non-DMP patients.

Conclusion: To avoid extra work and additional costs, clearly defined requirements for communication on referrals should be conceived.

Key words

diabetes mellitus, disease management programme, general practitioner, specialized diabetes practice

1) winDiab – wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Diabetologen, Düsseldorf

initiiert. Dabei wurde innerhalb eines definierten Zeitraums ermittelt, welche Informationen Patienten bei Erstkonsultation in die DSPen mitbrachten und ob es dabei Unterschiede zwischen

Ziel der Versorgungsstudie war u. a., zu ermitteln, welche Informationen Patienten bei Erstkonsultation in die DSPen mitbrachten.

DMP-Patienten und Nicht-DMP-Patienten gibt.

Material und Methoden

An alle 107 winDiab-Partnerpraxen (www.windiab.de) wurde im September 2009 per E-Mail ein Erhebungsbogen zur Datenerfassung geschickt. Die Diabetologen wurden gebeten, bei allen Patienten, die innerhalb von vier Wochen (14. September 2009 bis 9. Oktober 2009) zur

Erstkonsultation in die jeweilige DSP überwiesen wurden, zu notieren, welche Informationen von diesen mitgebracht wurden; es wurde mit Ja/Nein erfasst, ob der Patient überhaupt Informationen zu aktuellen Diagnosen, Laborwerten, Medikationen und weitergehende Informationen (z. B. einen Arztbrief, Krankenhausbericht oder DMP-Bogen) mitbrachte, dabei wurde nicht auf Vollständigkeit geachtet. Zu Erstkonsultationen zählten keine bereits früher in der DSP behandelten Patienten.

Zu jedem Patienten wurden zudem Angaben zu Alter, Größe und Gewicht, Diabetestyp und Diabetesdauer erfasst. Die anonymisiert erhobenen Daten wurden anschließend von der teilnehmenden DSP in eine webbasierte Datenbank eingegeben. Diese Datenbank war über einen für die Partnerpraxen reservierten Bereich der Homepage von winDiab zugänglich. Jede Praxis konnte sich nach Eingabe der Daten ihre Praxisanalyse ausdrucken, um sich einen Überblick über die eigene Praxissituation zu verschaffen. Nach Abschluss der Datenerhebung wurden die

Daten aller Praxen in einer Excel-Tabelle zusammengeführt und ausgewertet. Die Ergebnisse werden als Mittelwert ± SD (Bereich) beschrieben. Für die statistische Analyse wurden der ungepaarte zweiseitige t-Test und der Chi²-Test verwendet. In Anbetracht des Pilotcharakters dieser Studie, bei der nur ein Minimalsatz an Daten erfasst wurde, lag der Fokus der statistischen Analyse auf der Kernfragestellung.

Ergebnisse

Im vierwöchigen Erfassungszeitraum kamen 925 Patienten mit Diabetes zur Erstkonsultation in die 38 teilnehmenden DSPen. Dies entspricht 24,3 ± 14,5 (2–52) Patienten pro Praxis oder 6,1 ± 3,6 (0,5–13) Patienten pro Woche bzw. 1,2 ± 0,7 (0,1–2,6) Patienten pro Tag in einer „typischen“ DSP. 135 Patienten (14,6 %) hatten einen Typ-1-Diabetes und 790 (85,4 %) einen Typ-2-Diabetes. Überwieser waren bei 865 Patienten (93,5 %) der Hausarzt und

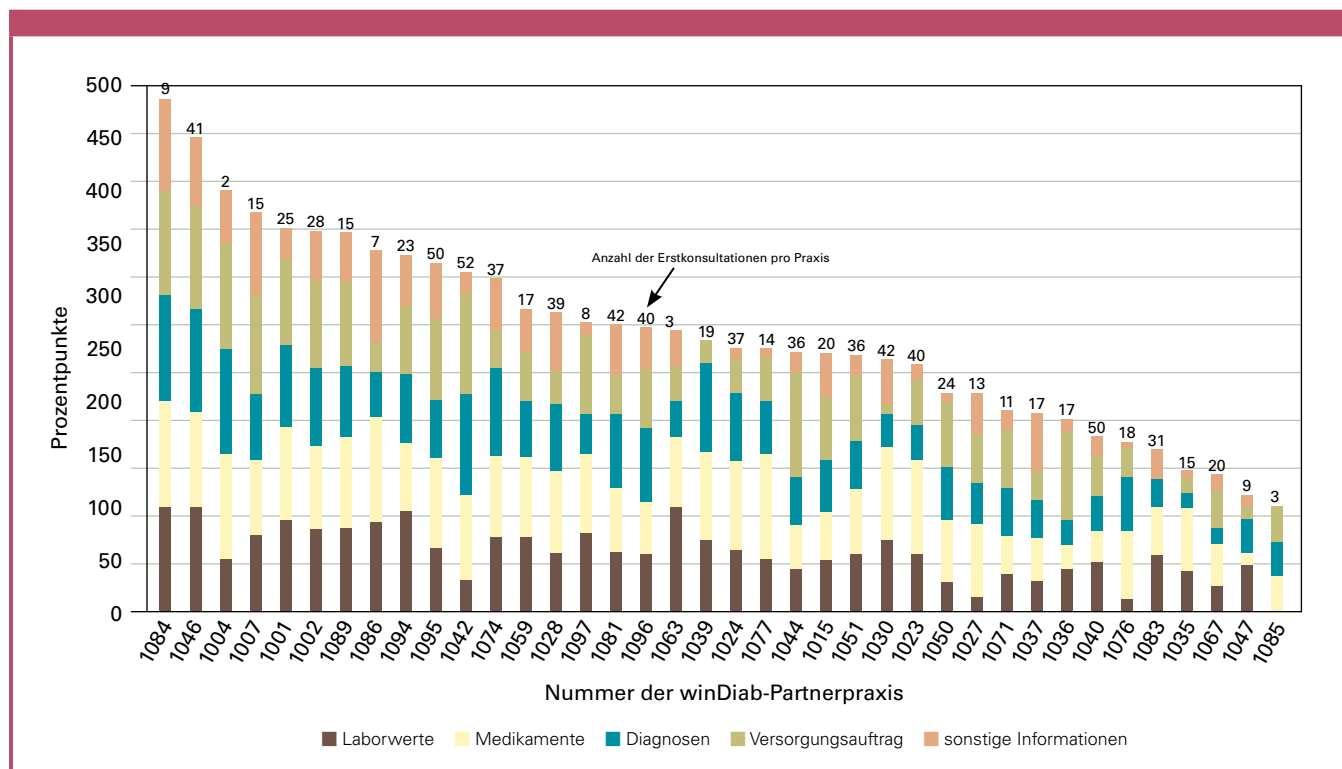


Abb. 1: Darstellung der Häufigkeit, mit der Patienten bei einer Erstkonsultation Informationen von ihrem Überwieser mit in eine diabetologische Schwerpunktpraxis brachten. Dabei wurden für fünf verschiedene Parameter (Laborwerte, Diagnosen, Medikamente, Versorgungsauftrag und sonstige Informationen) jeweils maximal 100 Prozentpunkte vergeben, so dass eine maximale Anzahl von 500 Prozentpunkten erreicht werden konnte. Sortiert wurden die Praxen (winDiab-Nummer der Partnerpraxis auf der X-Achse) anschließend nach der Gesamtzahl der erreichten Prozentpunkte, d. h. je mehr Informationen insgesamt vorlagen, desto weiter links steht die Praxis. Da die Anzahl an Erstkonsultationen pro Praxis differierte, wird die Patientenanzahl bei jeder Praxis angegeben. Dabei wird die theoretische Maximalpunktzahl von 500 Prozentpunkten nicht erreicht, da es Patienten gibt, die bisher keine Medikamente nehmen usw.

Stammdaten	DMP	Nicht-DMP	gesamt
Patientenanzahl	633 (68,4%)	292 (31,6%)	925
männlich	341 (53,9%)	150 (51,4%)	491 (53,1%)
weiblich	297 (46,1%)	142 (48,6%)	439 (46,9%)
Typ-1-Diabetes	69 (51,1%)	66 (48,9%)	135 (14,6%)
Typ-2-Diabetes	564 (71,4%)	226 (28,6%)**	790 (85,4%)
Alter (Jahre)	59,8±14,7	54,4±17,5**	58,1±15,8
Body-Mass-Index (kg/m ²)	31,0±6,6	30,6±7,0	30,9±6,8
Diabetesdauer (Jahre)	7,8±8,0	6,4±9,1*	7,4±8,4
Überweiser Hausarzt	602 (95,1%)	263 (90,1%)*	865 (93,5%)

Tab. 1: Deskriptive Angaben zu 925 Patienten, die zur Erstkonsultation in eine diabetologische Schwerpunktpraxis kamen, und wer diese überwiesen hat. Dabei werden diese Angaben getrennt betrachtet für Patienten, die in ein Disease-Management-Programm (DMP) eingeschrieben waren bzw. nicht (*P<0,05, **P<0,001; ungepaarter zweiseitiger t-Test sowie Chi²-Test).

bei 13 (1,4 %) der Gynäkologe. Bei den restlichen 47 Patienten (5,1 %) waren die Überweiser: Internisten 7 (0,8 %), Kardiologen 4 (0,4 %), Chirurgen 3 (0,3 %), Kinderärzte 3 (0,3 %), Hautärzte 1 (0,1 %), Neurologen 1 (0,1 %) und Sonstige 28 (3,0 %) (dies war die Angabe in den Erfassungsbögen).

Von den Patienten waren 633 (68,4 %) in ein DMP eingeschrieben. Betrachtet man die deskriptiven Charakteristika der DMP-Patienten im Vergleich zu denen der 292 Nicht-DMP-Patienten (Tabelle 1), fällt auf, dass Patienten mit Typ-2-Diabetes häufiger in ein DMP eingeschrieben waren als diejenigen mit Typ-1-Diabetes. Entsprechend weisen die DMP-Patienten ein höheres Alter auf und haben eine längere Diabetesdauer; sie haben aber keinen höheren Body-Mass-Index (BMI). Bei der Diabetesdauer der Patienten gab es eine erhebliche Streubreite (Bereich 0 bis 49 Jahre); dabei wiesen 245 Patienten (26,5 %) eine Diabetesdauer von <1 Jahr auf: 53 (39,3 %) mit Typ-1-Diabetes und 192 (24,3 %) mit Typ-2-Diabetes (P<0,001). Insgesamt betrachtet handelt es sich somit bei mehr als einem Viertel der überwiesenen Patienten um Erstmanifestationen.

Von ihrem Überweiser brachten die Patienten in 88,8 % der Fälle eine Information zu aktuellen Laborwerten, Medikamenten, aktuellen Diagnosen, einen definierten Versorgungsauftrag oder weitergehende Informationen mit (Tabelle 2). Bei sich hatten alle Informationen 161 (17,4 %) Patienten und überhaupt keine Informationen 104 (11,2 %) Patienten

(Kombinationen siehe Tabelle 2). 32 (3,5 %) Patienten hatten nur die Laborwerte bei sich, 53 (5,7 %) nur Angaben zu aktuellen Medikamenten, 12 (1,3 %) nur ihre Diagnosen, 43 (4,6 %) nur einen Versorgungsauftrag und 7 (0,8 %) brachten nur sonstige weitergehende Informationen mit. Zwischen den Praxen zeigten sich nicht nur erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit, mit der Patienten zur Erstkonsultation kamen, sondern auch zur Menge an Informationen, die die Patienten mitbrachten (Abbildung 1).

DMP-Patienten brachten häufiger Informationen im Vergleich zu Nicht-DMP-Patienten mit (Tabelle 2, Abbildung 2). Bei den Patienten, die keine, eine, vier und alle Informationen mitbrachten, gab es Unterschiede zwischen DMP-Patienten und Nicht-DMP-Patienten.

Informationen	DMP	Nicht-DMP	gesamt
Laborwerte	398 (62,9%)	129 (44,2%)**	527 (57,0%)
Medikamente	457 (72,2%)	171 (58,6%)**	628 (67,9%)
Diagnosen	374 (59,1%)	147 (50,3%)*	521 (56,3%)
Versorgungsauftrag	358 (56,6%)	142 (48,6%)*	500 (54,1%)
sonstige Informationen	236 (37,3%)	72 (24,7%)**	308 (33,3%)
keine Informationen	55 (8,7%)	49 (16,8%)**	104 (11,2%)
eine Information	89 (14,1%)	58 (19,9%)*	147 (15,9%)
zwei Informationen	115 (18,2%)	60 (20,5%)	175 (18,9%)
drei Informationen	119 (18,8%)	51 (17,5%)	170 (18,4%)
vier Informationen	128 (20,2%)	40 (13,7%)*	168 (18,2%)
alle Informationen	127 (20,1%)	34 (11,6%)**	161 (17,4%)

Tab. 2: Informationen für den Diabetologen, die 925 Patienten zur Erstkonsultation vom Überweiser mitbekommen haben, aufgeschlüsselt nach DMP-Patienten und Nicht-DMP-Patienten (*P<0,05, **P<0,001; Chi²-Test).

Diskussion

Diese Evaluierung zeigt, dass im Mittel pro Woche 6 bis 7 neue Patienten in einer DSP aufgenommen werden, mehr als ein Patient pro Tag. Der überwiegende Anteil aller Patienten bei Erstkonsultation in einer DSP sind Patienten mit Typ-2-Diabetes. Dabei werden bei weitem die meisten Patienten von ihrem behandelnden Hausarzt überwiesen. Die Menge an Informationen, die dem Diabetologen beim Erstkontakt von dem Patienten vorgelegt werden, variiert beträchtlich: Bei negativer Betrachtung lässt sich feststellen, dass ca. 11 % der Patienten ohne Informationen zur Erstkonsultation kamen, bei positiver Betrachtung zeigt sich, dass ca. 17 % der Patienten alle Informationen mitbrachten, ca. 16 % der Patienten brachten zumindest eine Information mit. Je nach DSP variierte der Umfang des Informationsaustauschs erheblich – dies ist vermutlich den unterschiedlichen lokalen Gegebenheiten geschuldet. Auf lokaler Ebene sind die Kommunikationsstrukturen zwischen

Ca. 11 % der Patienten kamen ohne Informationen zur Erstkonsultation, ca. 17 % der Patienten mit allen Informationen.

Hausärzten und DSPen normalerweise gut etabliert; trotzdem kommen immer wieder Patienten ohne adäquate Infor-

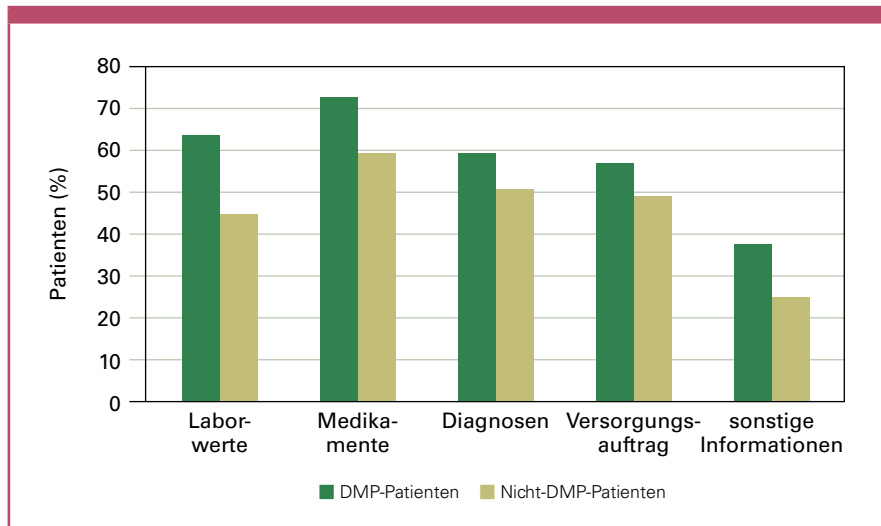


Abb. 2: Anteil der DMP-Patienten und der Nicht-DMP-Patienten, die entsprechende Informationen zur Erstkonsultation mitgebracht haben.

mationen zur Erstkonsultation in eine DSP. Dies bedingt dann eine zeit- und damit kostenaufwendigere Aufnahme-prozedur und ein Informationsdefizit in der DSP mit möglichen negativen Folgen für die Patienten.

Alle winDiab-Partnerpraxen müssen ein eingeführtes Qualitätsmanagement (QM) aufweisen und führen im Rahmen ihres QM-Systems ein strukturiertes Aufnahmeverfahren für alle Erstkonsultationen durch. Dabei wird in vielen Praxen jedem Patienten bereits bei der Terminvergabe ein Anamnesebogen zugeschickt, in dem aufgelistet ist, welche Informationen er mitbringen soll. Diese Vorgaben bewirken vermutlich, dass die in diesen DSPen aufgenommenen Patienten mehr Informationen mitbringen, als sie es ohne ein solches Aufnahmeverfahren tun würden. In diesem Sinne sind die

DMP-Patienten brachten deutlich mehr Informationen zur Erstkonsultation mit als Nicht-DMP-Patienten.

hier ermittelten Ergebnisse vermutlich zu positiv, dies gilt auch für die DMP-Patienten. Es stellt sich aber auch die Frage, ob die überweisenden Haus- oder Fachärzte ihren Patienten möglicherweise mehr Informationen mitgeben, als diese in die DSP tatsächlich mitbringen. Mit anderen Worten: Es gibt keine An-

gaben dazu, wie viele Patienten die ihnen mitgegebenen Informationen einfach zu Hause vergessen haben.

DMP-Patienten brachten deutlich mehr Informationen zur Erstkonsultation mit als Nicht-DMP-Patienten. Die Teilnahme an einem DMP hat somit einen positiven Effekt auf den Umfang der Kommunikation an dieser Schnittstelle. Wie kürzlich gezeigt, weist die Teilnahme an einem DMP zudem eine positive Auswirkung auf die alltägliche Patientenbetreuung auf, die deutlich darüber hinausgeht (2). Da die Frage nach der Teilnahme an einem DMP normalerweise an die Patienten selbst gestellt wird, ist auch nicht garantiert, ob alle Patienten wirklich in ein DMP eingeschrieben sind.

Patienten mit Typ-2-Diabetes sind häufiger in ein DMP eingeschrieben als Patienten mit Typ-1-Diabetes. Dies entspricht der Erwartung und liegt daran, dass Patienten mit Typ-2-Diabetes üblicherweise vom Hausarzt ins DMP eingeschrieben werden, während Patienten mit Typ-1-Diabetes in der DSP eingeschrieben werden. Bei Patienten mit Typ-1-Diabetes trifft man zudem häufiger auf eine DMP-kritische Haltung und es wollen sich nicht alle dieser Patienten einschreiben lassen. Auch dies ist ein Aspekt, den es in weiteren Untersuchungen abzuklären gilt.

Eine unvollständige Informationsweitergabe kann zu suboptimaler Behandlung in den DSPen führen, man denke an Patienten aus bildungsfernen Schichten, bei denen Schwierigkeiten bei der Anamne-

seerhebung bestehen, oder an Migranten mit Sprachproblemen. Dies stellt somit einen kritischen Schwachpunkt dar und eine bessere Strukturierung des Überweisungsprozesses ist anzustreben. So könnte beispielsweise der behandelnde Arzt angehalten werden, bei allen Patienten einen Medikamentenplan zu führen, der im Falle einer Überweisung mitgegeben wird. Durch Ankreuzfelder auf dem Überweisungsschein könnten rasch Angaben zu Laborwerten, Facharzt- und Krankenhausberichten etc. gemacht werden.

Die hier beschriebenen Beobachtungen bieten sich auch an zur Diskussion in Qualitätszirkeln auf lokaler Ebene bzw. sollten auch in DSPen zur systematischen Analyse erkannter Schwachstellen im Rahmen des betrieblichen QM genutzt werden. Dabei hilft der Vergleich/Abgleich der eigenen Situation mit der anderer Praxen (Benchmarking). Interessant wäre auch eine Analyse dazu, wie die Informationsweitergabe in anderen Ländern gehandhabt wird. Eine wiederholte Evaluierung würde es erlauben, Veränderungen/Verbesserungen bei Umfang und Güte der Informationsweitergabe – z. B. durch strukturelle Verbesserungen – zu erkennen. Wenn es gelingt, eine Verbesserung in der Informationsweitergabe zu erreichen, sollte überprüft werden, ob die Erhöhung der Prozessqualität tatsächlich zu einer Verbesserung des medizinischen Outcomes und zu einer Steigerung der Effizienz führt. Perspektivisch gilt es, der Güte der hier beschriebenen Schnittstelle auch bei einer Aktualisierung der DMPs Diabetes mellitus mehr Aufmerksamkeit zu widmen.

Bei dieser Evaluierung ist kritisch anzumerken, dass die hier praktizierte Art der Datenerfassung im Versorgungsalltag der beteiligten winDiab-Partnerpraxen erfolgte, mit allen dabei zu berücksichtigenden Schwächen (siehe Diskussion dazu bei 1). Diese Untersuchung liefert somit im Sinne einer Ist-Beschreibung nur einen ersten Anhalt zum Umfang der Informationsweitergabe an der wichtigen Schnittstelle Hausärzte/DSPen im Rahmen der Versorgungsrealität von Patienten mit Diabetes in Deutschland. Eine detailliertere Evaluierung über einen längeren Zeitraum mit Erfassung von weiteren Angaben wäre sehr wünschenswert und würde es erlauben, eine

Diskussion auf soliderer Basis zu führen. Die beachtliche Streuung der maximal von den DSPen erreichten „Informationspunkte“ (siehe Abbildung 1) wird zumindest zum Teil durch Strukturunterschiede zwischen den DSPen erklärt, wo es anscheinend eine erhebliche lokale Heterogenität gibt. Da nicht gezielt evaluiert wurde, ob die von den Patienten mitgebrachten Diagnoselisten vollständig waren, erhielt die Schnittstelle schon „Informationspunkte“, wenn auf der Überweisung lediglich ein Teil der Diagnosen (vom Praxissoftwaresystem generiert) vorhanden war. Dies ist anscheinend ein im Praxisalltag durchaus relevantes Thema, welches die Qualität der Schnittstelle erheblich beeinträchtigt. In einem selbstkritischen Sinne wäre es auch interessant, den Umfang und die Güte der Informationen zu evaluieren, die der Diabetologe an den Überweiser zurückübermittelt. Bei einer solchen Evaluierung könnte gezielter versucht werden, zu erfassen, in welchem Ausmaß Mehraufwand durch das Fehlen von relevanten Informationen entsteht – und was dies an Belastungen für die Kostenträger bedeutet. Insgesamt zeigt diese Evaluierung, dass die Mehrzahl der Patienten, die zu einer Erstkonsultation in eine DSP überwiesen werden, zwar einen gewissen Satz an Informationen vom Überweiser mitbringen, es aber bei dem Umfang und der Güte der Informationsweitergabe Verbesserungspotential gibt. Patienten, die in ein DMP eingeschrieben sind, brachten auch mehr an Informationen mit; d.h. strukturierte Behandlungsprogramme (mit Vorgaben zur Informationsweitergabe) führen somit zu einer messba-

ren Verbesserung. Eine hohe Qualität dieser Schnittstellen-Kommunikation – die eigentlich „guter Stil“ sein sollte – würde helfen, unnötige Doppeluntersuchungen in den DSPen zu vermeiden, und erleichtert den zügigen Beginn einer adäquaten Therapie bei geringeren Kosten.

Danksagung

Wir danken herzlich den winDiab-Partnerpraxen, die die Daten für diese Untersuchung erhoben haben:

Dr. Jutta Meinhold, Dr. Ewa Maslowska-Wessel, Dr. Rainer Betzholz, Dr. Kerstin Holtappels, Dr. Bidjan Massoudy, Dr. Dietmar Weber, Dr. Georg Krämer, Dr. Heinke Adamczewski, Dr. Burkhard Schmidt, Jörg von Hübbenet, Dr. Nikolaus Scheper, Dr. Dietmar Krakow, Dr. Jürgen Bayer, Dr. Sabine Beck, Dr. Matthias Kaltheuner, Dr. Christoph von Boxberg, Dr. Matthias Molinski, Dr. Peter Puth, Dr. Heike König, Michael Simonsohn, Dr. Thomas Kramann, Dr. Petra Ferber, Dr. Ulrich Scheeren, Dr. Friedhelm Schmitt, Dr. Anita Kortemeier, Cornelia Femers, Dr. Burkhard Rose, Dr. Harald Pohlmeier, Dr. Dirk Lammers, Dr. Gerhard Klausmann, Dr. Ulrich Fricke, Dr. Maria Pollok, Dr. Birgit Böttger, Dr. Elke Redlin-Kress, Dr. Thomas Kress, Dr. Matthias Bohle, Dr. Daniela Petersen-Miecke, Dr. Dirk Schulze, Dr. Michael Verlohren, Dr. Hans-Joachim Verlohren, Dr. Martin Kornmann, Dr. Ralf Kolassa, Dr. Klaus Busch, Dr. Gabriele Wildemann-Gilbert, Dr. Jörg Bechtold, Dr. Christian Malcharzik, Dr. Lothar Skiba, Dr. Rupert Falk, Dr. Arthur Grünerbel, Dr. Matthias Riedel, Dr. Christa Hornung, Dr. Ute

Schubert, Dr. Ute Weritz, Dr. Marga Voss, Dr. Marie-Theres Schäfermeyer, Dr. Carsten Volkery, Dr. Meinolf Behrens, Dr. Renate Biegert, Dr. Martin Reichel, Dr. Jo Thiel.

Die Finanzierung der Durchführung dieser Versorgungsforschungsstudie und deren Auswertung erfolgten ausschließlich durch winDiab und die genannten Partnerpraxen. Lutz Heinemann leitet den wissenschaftlichen Beirat von winDiab und war in dieser Funktion hier aktiv.

Literatur

1. Molinski M, Kiwitt-Kortemeier C, Hess E, Hess G, von Hübbenet J, Kaltheuner M, Krakow D, Lederle M, Nitzsche G, Reuter HM, Scheper N, Simonsohn M, Faber-Heinemann G, Heinemann L: Patienten-Behandlung in diabetologischen Schwerpunktpraxen anstelle von Krankenhauseinweisungen: Daten aus 45 Schwerpunktpraxen. *Diabetes Stoffw Herz* 2009; 18: 163-167
2. Szecsenyi J, Rosemann T, Joos S, Peters-Klimm F, Miksch A: German Diabetes Disease Management Programs are appropriate for restructuring care according to chronic care model. *Diabetes Care* 2008; 31: 1150-1154

Korrespondenzadresse

Gabriele Faber-Heinemann
winDiab gGmbH
Kehler Straße 24
40468 Düsseldorf
Tel.: 02 11/479 1861
Fax: 0211/2 02 69 01
E-Mail: g.heinemann@windiab.de

Manuskript eingegangen: 29. Januar 2010
Manuskript angenommen: 10. April 2010

Interessenkonflikte

Jörg von Hübbenet gibt an, dass er Mitglied im Aufsichtsrat/Beratungsgremium des Unternehmens Bayer Health Care ist, Aktien- oder Kapitalbesitz an den Unternehmen Novo Nordisk, Eli Lilly, Deutsche Bank usw. hat und Zuwendungen/Honorare vom Unternehmen Bayer Health Care erhalten hat.

Dietmar Krakow gibt an, dass er Zuwendungen/Honorare vom Unternehmen Bayer Health Care erhalten hat.

Matthias Molinski gibt an, dass er Zuwendungen/Honorare vom Unternehmen Bayer Vital erhalten hat.

Michael Simonsohn gibt an, dass er Zuwendungen/Honorare von den Unternehmen sanofi-aventis und Astra Zeneca erhalten hat.

Dietmar Weber, Matthias Kaltheuner, Nikolaus Scheper, Gabriele Faber-Heinemann, Lutz Heinemann geben keinen Interessenkonflikt in Bezug auf die Inhalte des Artikels an.

FÜR DIE PRAXIS

Patienten mit Diabetes mellitus werden im Bedarfsfall vom Hausarzt oder Facharzt zur Betreuung in eine diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) überwiesen. winDiab hat in einer (Pilot-)Versorgungsstudie ermittelt, welche Informationen Patienten bei Erstkonsultation in die DSPen mitbrachten.

- 88,8 % brachten Informationen zu aktuellen Laborwerten, Medikamenten, aktuellen Diagnosen, einen definierten Versorgungsauftrag oder weitergehende Informationen mit, alle Informationen hatten 17,4 % der Patienten, keine Informationen 11,2 %.
- DMP-Patienten brachten häufiger Informationen im Vergleich zu Nicht-DMP-Patienten mit.
- ➔ Eine bessere Strukturierung des Überweisungsprozesses ist anzustreben.

Kirchheim-Forum Diabetes

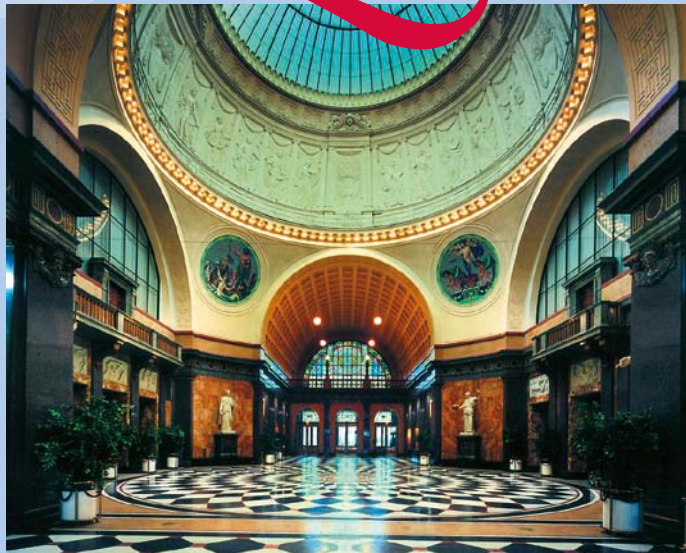
22. – 23. Oktober 2010

Kurhaus Wiesbaden



Themen-Auswahl

- ▶ Leitlinien in der Diabetikerversorgung
- ▶ Langwirksame GLP-1-Mimetika als Behandlungsinnovation
- ▶ Sinn und Unsinn in der Ernährungsberatung
- ▶ Personalisierte Medizin durch genetische Diagnostik
- ▶ Typ-2-Diabetes ohne Insulintherapie



Partner des Forums

- ▶ Deutscher Diabetes Diagnostik Kongress: Diabetes und vaskuläre Dysfunktion
- ▶ VDBD-Fortbildung: Der Alltag mit Diabetes mellitus – gestern, heute, morgen, ein Überblick
- ▶ ZFD-Symposium: Diabetes und Rheuma

▶ **Bitte senden Sie diesen Coupon an:**
Kirchheim-Verlag, Postfach 25 24,
55015 Mainz, Fax: 061 31/9607061

Mehr Infos und Online-Anmeldung
unter: www.kirchheim-forum.de

Tagungsgebühren:

	2 Tage	1 Tag
a) Teilnehmer	130 € (bis 31. 7. 10) 185 € (ab 1. 8. 10)	80 € (bis 31. 7. 10) 100 € (ab 1. 8. 10)
c) Podologen	100 € (bis 31. 7. 10) 150 € (ab 1. 8. 10)	60 € (bis 31. 7. 10) 80 € (ab 1. 8. 10)
d) ermäßigt*	35 € (bis 31. 7. 10) 60 € (ab 1. 8. 10)	35 € (bis 31. 7. 10) 60 € (ab 1. 8. 10)
e) Presse	frei	frei

*Assistenzarzt, Arzthelferin, Diabetes- o. Diätassistentin, Diabetespflegekraft, Krankenschwester, VDBD-Mitglied

Zertifizierung:

✓ Ihre Teilnahme wird von der Landesärztekammer Hessen zertifiziert.

Stornierung:

Änderungen und Stornierungen der Anmeldung bedürfen der Schriftform. Bei Stornierung der Tagungsteilnahme bis zum 30. 9. 2010 wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 25,00 € einbehalten. Bei Stornierungen ab dem 1. 10. 2010 werden keine Gebühren zurückerstattet.

Kirchheim-Forum Diabetes, Wiesbaden 2010

- Ich komme vom 22. – 23. 10. 2010.
- Ich komme am _____ 2010 (Tageskarte).
- Ich bin Podologe
- *Ich bin Assistenzarzt, Arzthelferin, Diät- oder Diabetesassistentin, Diabetespflegekraft, Krankenschwester oder VDBD-Mitglied (bitte Bestätigung beifügen).
- Bitte schicken Sie mir kostenlos das ausführliche Vorprogramm mit allen wichtigen Informationen zu.

Name/Vorname Herr Frau

Institution/Firma (entfällt bei Privatadresse) E-Mail

Straße/Postfach PLZ/Wohnort/Land

Telefon/Telefax Datum/Unterschrift

Ja, ich bin damit einverstanden, dass der Kirchheim-Verlag mich künftig schriftlich per E-Mail oder Telefon über aktuelle Angebote aus seinem Programm informiert. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.