

# Ein-Jahres-Verlauf von Patienten mit „schlecht eingestelltem“ Typ-2-Diabetes

## *One-Year Course of Patients with Poorly Controlled Type 2 Diabetes*

Günther Egidi<sup>1</sup>, Heinz-Harald Abholz<sup>2</sup> für die „Arbeitsgruppe Praxisstudie II“

**Hintergrund:** Ärzte und Patienten mit „schlecht eingestelltem“ Diabetes Typ 2 ( $HbA_{1c} > 9\%$ \*) wurden für den Zeitraum vom 1. Quartal 2013 bis zum 1. Quartal 2015 in einer in der ZFA publizierten Studie untersucht. Ein weiteres Jahr nach Abschluss dieser Studie entschieden die damaligen Studienärzte, ohne dass dies vorher geplant war, dass sie den weiteren Verlauf bei diesen Patienten vom 2. Quartal 2015 bis zum 2. Quartal 2016 analysieren wollten.

**Methoden:** Retrospektive, vorher nicht geplante Dokumentation mit einem dazu entwickelten Dokumentationsbogen zu den in der ersten Studie eingeschlossenen Patienten sowie zu den ärztlichen Maßnahmen nach Abschluss der ersten Studie.

**Ergebnisse:** 14 der ursprünglich 19 teilnehmenden Ärzten nahmen an der jetzigen Studie teil und dokumentierten die verbleibenden 100 Patienten. Bei einem Drittel der Patienten, die ursprünglich in 2013 alle ein  $HbA_{1c}$  von  $> 9$  gehabt hatten, kam es über die Gesamtzeit von 2013 bis zum 2. Quartal 2016, also einschließlich der hier jetzt analysierten Untersuchungszeit, zum Erreichen eines  $HbA_{1c}$  von  $\leq 7,5$ . Ein weiteres knappes Drittel lag zwischen  $> 7,5$  und  $< 9$ , ein letztes Drittel verblieb bei  $> 9$ . Dabei kam es bei einem Drittel der Patienten auch noch nach Abschluss der ersten Studie zu deutlichen Verbesserungen. Kaum ein Patient wurde „schlechter eingestellt“ als zum Zeitpunkt des Endes der ersten Studie. Nur ein Fünftel der Patienten wurde erneut zu einer Schwerpunktpraxis überwiesen. Der Erfolg einer  $HbA_{1c}$ -Senkung dort war ähnlich wie bei ausschließlich durch Hausärzte betreuten Patienten.

**Schlussfolgerungen:** Auch ohne gezielte Intervention, allein über die Teilnahme an einer Studie mit Analyse der eigenen Patienten, kann es zu einer deutlichen Verbesserung des  $HbA_{1c}$ -Wertes bei Diabetes-Patienten mit „schlechter Einstellung“ kommen – ein Effekt, der aus der Qualitätszirkelarbeit bekannt ist.

*Schlüsselwörter: Diabetes Typ 2; Behandlung; schlechte Einstellung; hausärztliche Versorgung*

**Background:** Patients with poorly controlled diabetes ( $HbA_{1c} > 9$ ) were studied for the years 2013 till 2015 in a retrospective documentation-study published in ZFA. One year after publishing this first study, the family doctors who had taken part in the first study, decided to document their patients again in a second retrospective analysis for one year from 2015 to 2016.

**Methods:** Retrospective and primarily not planned analysis by documentation (prepared documentation sheet) of the patients included in the first study with the intention to analyze further developments of  $HbA_{1c}$  and the therapeutic activities of the caring family doctors after the end of the first study.

**Results:** 14 of the primarily 19 Family doctors participated and reported on the left 100 of their patients. A third of the patients with a  $HbA_{1c} > 9$  in 2013 now had one  $\leq 7.5$  and another third had one between  $> 7.5$  and  $< 9$ . The last third stayed with  $> 9$ . Even in the last year, analysed in this paper, a third of the patients reached a better  $HbA_{1c}$  than at the end of the first study. Nearly no one got a worse  $HbA_{1c}$ . Only a fifth of the patients were, again, referred to a specialized doctor. The results of their treatment on  $HbA_{1c}$  was comparable to that of the patients not being referred.

**Conclusions:** Even without any intervention, just only by taking part in a study analysing data of their own patients, it seems possible to come to a respectable lowering the  $HbA_{1c}$  in those patients with a poorly controlled diabetes. This is the effect attributed to taking part in “quality circles”.

*Keywords: diabetes type 2; treatment; bad control; family practice*

<sup>1</sup> Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin, Bremen

<sup>2</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

<sup>3</sup> Die Arbeitsgruppe bestand aus: Abholz H-H, Egidi G, Fischer T, Käst G, Moll J, Müller F, Pömsl J, Rüter G, Schaffran R, Schnurbier C, Schwenke R, Veit I, Voegelé T, Winand W

\* Zur Vereinfachung des Lesens wird auf Prozentangaben verzichtet.

**Peer reviewed article** eingereicht: 30.01.2017, akzeptiert: 10.03.2017

**DOI** 10.3238/zfa.2017.0161-0165

## Hintergrund

Im Jahr 2015 wurde mit 19 Ärzten\*\* eine Studie (Praxisstudie I) zu deren sämtlichen 168 Diabetespatienten mit mindestens über ein Jahr bestehender „schlechter Stoffwechsel-Einstellung“ ( $HbA_{1c} > 9,0$ ) durchgeführt. Über die Ergebnisse der Studie wurde in Heft 3/2016 der ZFA [1] berichtet. Die Frage der jetzt vorgelegten Folgestudie lautet: Was wurde aus diesen Patienten, und was haben die betreuenden Ärzte im Folgejahr nach Durchführung der Praxisstudie I unternommen (Tab 1)?

Beide Fragen basieren auf der Überlegung, dass möglicherweise schon die Tatsache der Teilnahme an der Praxisstudie I selbst zu einer verstärkten Reflexion bei den teilnehmenden Ärzten geführt haben könnte und daher noch einmal versucht worden war, eine „verbesserte Einstellung“ zu erreichen. Die Annahme war, dass allein die Analyse eigener Behandlungsdaten auch zu einem veränderten Behandlungsverhalten führen kann, was ja auch die Grundlage der Arbeit klassischer Qualitätszirkel ist.

## Methoden

Eineinhalb Jahre nach Abschluss der ersten Studie (Praxisstudie I) fragten sich die beteiligten Ärzte, was aus den Patienten der Praxisstudie I geworden war. Dies wurde dann in der hier vorgelegten Praxisstudie II für den Verlauf vom I. Quartal 2015 bis zum I. Quartal 2016 erneut retrospektiv anhand eines neuen vierseitigen Dokumentationsbogens von jedem Arzt zu seinen schon in der Praxisstudie I eingeschlossenen Patienten erneut dokumentiert und umfasste im Wesentlichen das  $HbA_{1c}$  sowie die therapeutischen Maßnahmen (Tab. 1).

Damit war erneut keinerlei Intervention zur Verbesserung der  $HbA_{1c}$ -Einstellung erfolgt – ausgenommen die, dass man als teilnehmender Arzt zuvor in Praxisstudie I an einer Studie zu eigenen Patienten teilgenommen hatte. Zur Rekrutierung der Ärzte sowie zu Durchführung und Art der geforderten Dokumentation, die auch Basis der Praxisstudie II

\*\* Wenn die männliche Form gebraucht wird, geschieht dies ausschließlich aus Gründen der Vereinfachung. Gemeint sind immer Männer und Frauen.

<b>Praxisstudie I</b>	Anzahl der Praxen	19 Praxen
	Anzahl Patienten mit $HbA_{1c} < 9$ mind . 1 Jahr lang	168 Patienten
	Zeitraum	1/2013 bis 1/2015
<i>1 Jahr lang ohne Hinweis auf eine Folgestudie</i>		
<b>Praxisstudie II</b>	Anzahl der Praxen	14 Praxen
	Anzahl Patienten	140 identische Patienten
	Davon war ein $HbA_{1c}$ -Wert vorhanden (die restlichen Pat. sind zu gleichen Teilen: verstorben, Arztwechsel, „unbekannt“)	78 Patienten
	Zeitraum	1/2015 bis 1/2016

**Tabelle 1** Praxisstudien zu „schlecht eingestellten“ Patienten mit Diabetes

waren, wurde ausführlicher in der Publikation der Praxisstudie I berichtet [1].

Da es bei der Studie um eine Offenlegung eigener, auch einer versagenden Behandlung ging, musste oberstes Gebot sein, dass die beteiligten Ärzte zueinander Vertrauen hatten und in einem Maße interessiert am Thema waren, dass sie sowohl teilnahmen als auch sich und den anderen gegenüber ehrliche Antworten hierfür zu geben bereit waren. Zu diesem Zweck wurde im Arbeitskreis „Diabetes“ der DEGAM und bei befreundeten Ärzten von Teilnehmern dieses Kreises bei rund 40 Ärzten angefragt. 19 Praxen nahmen teil.

Zum Auffinden der primär in Praxisstudie I eingeschlossenen Patienten mit einem  $HbA_{1c}$  von  $> 9$  im I. Quartal 2013 hatten die Hausärzte aus ihrer Datenbank alle Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 herauszusuchen, also nicht nur die, die im DMP-Programm geführt wurden. Dann hatten sie nur die mit der von uns definierten „schlechten Einstellung“ in I/2013 und dem Quartal davor in der Studie zu dokumentieren. Gründe, Patienten auszuschließen, gab es

nicht, da diese ja nicht selbst befragt oder erneut untersucht wurden, sondern nur vorliegende Routinedaten benutzt wurden.

Für die Praxisstudie II wurden wiederum nur diese Patienten, sofern sie noch im 1. Quartal 2016 Patienten der Praxis waren, mittels eines von den Teilnehmern hergestellten vierseitigen Dokumentationsbogens dokumentiert. In Praxisstudie II, über die hier berichtet wird, war zu dokumentieren, was aus den Patienten mit ursprünglich „schlechter“ ( $HbA_{1c} > 9$ ) bzw. „sehr schlechter“ ( $HbA_{1c} > 10$ ) Einstellung“ geworden war. Dazu dienten, neben wenigen Patientencharakteristika, ausführliche Daten zu den therapeutischen Aktivitäten des Arztes. Zudem wurden Angaben zu Behandlungszielen, Inhalten und Häufigkeit längerer Gespräche, Einschätzungen zu den Prioritäten der Patienten sowie vermutete Gründe für das Verbleiben oder Verlassen in der Kategorie „schlechter Einstellung“ abgefragt.

Alle Angaben beziehen sich auf den auch in diesem Fall retrospektiv erhobene

$HbA_{1c}$	I/2016	I/2015	I/2013
$> 10$	10 %	9 %	52 %
9–10	28 %	34 %	48 %
$> 7,5$ –9	29 %	39 %	0 %*
$\leq 7,5$	32 %	18 %	0 %*

N = 78 in I/2016 und N = 140 in I/2013;  
\*definitionsgemäß: Im 1. Quartal 2013 musste ein  $HbA_{1c} > 9$  als Einschlusskriterium vorliegen.

**Tabelle 2**  $HbA_{1c}$ -Werte I/2016 im Vergleich zu I/2015 und I/2013

nen Dokumentationszeitraum vom ersten Quartal 2015 (also Abschluss der Praxisstudie I) bis einschließlich zum ersten Quartal 2016 (Tab. 1).

Die Fragebögen waren pseudonymisiert, d.h. für andere als den ausfüllenden Hausarzt war keine Identifikation der Patienten anhand des Bogens möglich. Im Falle eines Fehlens von Daten zu einem Patienten wurden bei Nachfragen der beiden Auswerter und den einzelnen Praxen die pseudonymisierten Kennziffern benutzt.

## Ergebnisse

Von den ursprünglich 19 teilnehmenden Ärzten in Praxisstudie I nahmen noch 14 an der Praxisstudie II teil. Jeweils etwa ein Drittel der Praxen betreute bis zu 5, 5–10 und über 10 Patienten mit „schlechter Einstellung“. Die Zahl war sowohl von der Praxisgröße als vom Prozentsatz „schlecht eingestellter“ Patienten in den Praxen abhängig [vergl.1]. Gründe für eine Nicht-Teilnahme waren Zeitprobleme und Zweifel am Sinn der Anschlussstudie. Mit vollständigem Datensatz auswertbar waren noch 100 der ursprünglich „schlecht eingestellten“ Patienten (zu Ende der Praxisstudie I waren es 140 gewesen). Allerdings war von nur 78 Patienten im 1. Quartal 2016 noch ein HbA<sub>1c</sub>-Wert dokumentiert. Zu etwa gleichen Teilen waren die restlichen Patienten – also die Differenz zu den genannten 100 – verstorben, hatten einen Arztwechsel vorgenommen oder die behandelnden Ärzte wussten nicht, was aus ihnen geworden war.

Tabelle 2 stellt den prozentualen Anteil der Patienten mit ihren HbA<sub>1c</sub>-Bereichen zum jeweilig angegebenen Zeitpunkt dar. Es wird deutlich, dass ein erheblicher Teil der Patienten mit HbA<sub>1c</sub> > 9 bis > 10 schon zum Zeitpunkt des Endes der Praxisstudie I in einer „besseren“ HbA<sub>1c</sub>-Kategorie angekommen war (57 % der Patienten). Die Gruppen der Patienten, die in I/2015 weiterhin „schlecht eingestellt“ waren, blieben danach von I/2015 zu I/2016 fast gleich groß (43 vs. 38 %).

Die Gruppe der „besser eingestellten“ Personen (< 9 HbA<sub>1c</sub>) verändert sich in der Gesamtgröße zwischen I/2015 und I/2016 kaum. Aber innerhalb dieser Gesamtgruppe stieg der Anteil mit ge-

### Überwiesen wurden: 19 Patienten; keine Überweisung erfolgte bei 77 Patienten mit folgenden Gründen

War dort oft genug: 5	
Andere Gründe*: 72	Schlechte Therapie-Adhärenz/andere Ziele: 21
	Multimorbidität/Alter: 18
	„Mache ich selbst“ (der Arzt): 16
	Ablehnung der Überweisung durch Patient: 14
	Verwahrlosung/schwere psychische Erkrankung: 6
*Mehrfachnennungen waren möglich.	

**Tabelle 3** Überweisung oder keine Überweisung in Schwerpunktpraxen (N = 96 Patienten)

wünschter Einstellung ≤ 7,5 HbA<sub>1c</sub> deutlich von 18 % auf 32 %.

Nicht in Tabelle 1 dargestellt ist der auf die Person bezogenen Verlauf. Dieser lässt sich wie folgt angeben: 25 der 78 Patienten sind nach Ende der Praxisstudie I, also von I/2015 bis zur Dokumentation der Praxisstudie II „sehr gut geblieben“ (HbA<sub>1c</sub> ≤ 7,5) (10 Pat.) oder „sehr gut geworden“ (15 Pat.). Hingegen sind 53 der 78 Patienten „schlecht geblieben“ (48 Pat.) oder „schlecht geworden“ (5 Pat.).

## Schwerpunktpraxen

Tabelle 3 stellt die Kooperation mit Schwerpunktpraxen im Berichtsjahr der Praxisstudie II dar: Etwa ein Fünftel der Patienten (19 der auswertbaren 96 mit auswertbaren Daten), die fast alle auch schon zuvor von Schwerpunktpraxen betreut oder dort vorgestellt worden waren, wurden nochmals dahin überwiesen. Bei den ca. 80 % nicht überwiesenen Patienten wurden für eine Nicht-

Überweisung die in der Tabelle 3 angegebenen Gründe benannt.

In Tabelle 4 sind einige der Freitextantworten zu den Gründen einer fehlenden Überweisung festgehalten.

Das Überweisungsverhalten in den teilnehmenden Praxen war unterschiedlich: Häufiger (das entspricht > 20 % der Patienten) überwiesen sechs Praxen, nie oder kaum (das entspricht < 7 % der Patienten) überwiesen acht Praxen.

Wenn es aber zu einer Überweisung gekommen war, so war dies in je der Hälfte der Fälle auf Initiative des Arztes oder nach gemeinsamer Entscheidungsfindung von Arzt und Patient geschehen.

Die Schwerpunktpraxen unternahmen nach Auskunft der teilnehmenden Hausärzte bei den 19 überwiesenen Patienten (Mehrfachnennung möglich): Schulung 7x, Insulin neu/erhöht 7x, neuere orale Antidiabetika 8x, nichts geändert 3x.

In den Freitextantworten zur Beurteilung der Schwerpunktpraxen anhand der Erfahrung mit den hier untersuchten Patienten wurde von den Hausärzten angegeben: „Ist auch an seine Grenzen gekommen“ – „Die schätzten, wie ich, die weitere Therapieintensivierung (Insulin) als nicht machbar ein“ – „Im Wesentlichen hat die Schwerpunktpraxis nicht viel geändert, sondern nur die Patientin mitbetreut“ – „Auf Insulin umgestellt“.

## Was hat der Hausarzt getan

Von den ursprünglich 100 eingeschlossenen und in I/2015 noch in den Praxen behandelten Patienten erhielten nach Auskunft der Hausärzte 50 Patienten nochmals ausführliche Gespräche zur

– Schwere andere Erkrankungen, Diabetes nur Nebenproblem
– Spritzenphobie, Patient nicht bereit, anderswo hinzugehen
– Patient alt und multimorbid
– Patient glaubt die Diagnose Diabetes nicht, will „anders an den Zucker herangehen“.
– Sehr schlechte Compliance, Termine schon bei uns oft nicht eingehalten.
– Will auf keinen Fall Insulin.
– Schlechte Compliance ist herausragendes Problem, fehlender Wille

**Tabelle 4** Warum wurde nicht überwiesen? (aus den Freitextangaben)

**Zahl der Überwiesenen in die Schwerpunkt-Praxis:  
19 Patienten, davon 16 auswertbar**

Davon 1 Patient mit  $HbA_{1c} \leq 8\%$   
– Verbleiben 15 Patienten für eine sinnhafte  $HbA_{1c}$ -Senkung.  
Bei 5 Patienten wurden neu das  $HbA_{1c}$  auf  $\leq 8\%$  gesenkt.  
30% wurden „gut“.

**Ausschließlich vom Hausarzt behandelt:  
62 Patienten mit auswertbaren Daten**

Davon hatten 17 Patienten ein  $HbA_{1c}$  von  $\leq 8\%$   
– Verbleiben 45 Patienten für sinnhafte  $HbA_{1c}$ -Senkung.  
Von diesen wurde bei 9 Patienten das  $HbA_{1c}$  auf  $\leq 8\%$  gesenkt.  
20% wurden „gut“.

**Tabelle 5** Gegenüberstellung des Erreichten bei Patienten in der Praxis und in der Schwerpunktpraxis

Verbesserung ihrer Einstellung; bei 19 Patienten sei nichts Neues unternommen worden. Bei 31 Patienten wurde die Frage nicht beantwortet – überwiegend wegen Arztwechsels oder Tod des Patienten. Wenn etwas getan wurde, so war dies bei 24 Patienten (Mehrfachnennung möglich) eine Medikamentenveränderung, bei sechs eine Diät- und Bewegungsberatung. Motivieren, geduldiges Begleiten sowie psychosomatische Aufarbeitung erfolgten bei 24 Patienten.

### Schwerpunktpraxis und hausärztliches Tun

Tabelle 5 stellt gegenüber, was erreicht wurde. Das Ergebnis kann hierbei nicht mehr als eine Hypothese generieren, denn die Zahl der Ärzte wie auch die der Patienten war sehr klein und zudem möglicherweise nicht repräsentativ. Auch konnte nicht eruiert werden, ob sich zur Schwerpunktpraxis überwiesene Patienten von den nicht überwiesenen in wichtigen Charakteristika des „Krankheitsumgangs“ unterschieden. Schließlich waren auch die überwiesenen Patienten weiterhin mehrheitlich auch noch in der Hausarztpraxis in Betreuung.

### Diskussion

Auch ohne vorab geplante oder auch nur bekannte Intervention kam es auch noch nach der Praxisstudie I zu einer weiteren deutlichen Verbesserung der Stoffwechsellaage für die gesamte Gruppe der untersuchten Patienten. Allerdings blieb im Zeitraum von I/2015 zu I/2016 die noch verbliebene Kerngruppe mit

$HbA_{1c} > 9$  im Wesentlichen gleich. Eine weitere Verschlechterung, gar ein Wechsel in eine „schlechtere Gruppe“ kam nur verschwindend selten vor.

Hingegen wuchs die Gruppe derjenigen, die schon in I/2015 ein  $HbA_{1c} < 9$  hatten, nochmals leicht. Insbesondere innerhalb dieser Gruppe stieg der Anteil innerlich dieser Gruppe stieg der Anteil derjenigen mit  $< 7,5 HbA_{1c}$  deutlich.

Betrachtet man den gesamten Verlauf von I/2013 an und vergleicht dies mit dem I. Quartal 2016, so ergibt sich bei den Patienten mit „schlechter Einstellung“ ( $HbA_{1c} > 9$ ) ein bemerkenswerter Einstellungserfolg über die Zeit (Tab. 2): Ein Drittel ist in die Gruppe mit Werten  $\leq 7,5 HbA_{1c}$  gekommen, ein knappes Drittel in die Gruppe von  $> 7,5$  bis  $< 9 HbA_{1c}$ , und nur ein gutes Drittel blieb in der Gruppe mit „schlechter Einstellung“.

Man darf auf Basis unserer, wenn auch kleinen Ärztesgruppe annehmen, dass auch ohne eine geplante Intervention, allein schon durch die Teilnahme an der Studie, die mit der Analyse der Daten der eigenen Patienten verbunden war, es zu einer Verbesserung der Versorgung und damit der Einstellung geführt hat. Dies entspricht dem postulierten Effekt eines klassischen Qualitätszirkels [2], der mittels der gemeinsamen Analyse der Versorgung einer für die jeweiligen Praxen repräsentativen Patientengruppe eine Verbesserung der Versorgung erreichen soll.

Hervorzuheben ist dennoch, dass die Gruppe der sehr schlecht eingestellten Patienten ( $> 10 HbA_{1c}$ ) über das beobachtete Jahr von 2015 bis 2016 in etwa gleich groß blieb, wenn auch die Größe dieser Gruppe von 2013 bis 2015 deutlich abnahm. (s. Tbl.1 und unter

[1]) Dieser Befund ist vergleichbar mit den Daten aus dem DMP Nordrhein [3] bezüglich der dort „schlecht eingestellten“ Patienten (in Nordrhein definiert als  $HbA_{1c} > 8,5$ ).

Unsere Studie zeigt, dass bei den teilnehmenden, sicherlich eher hoch motivierten und am Thema Diabetes interessierten Ärzten Überweisungen an Schwerpunktpraxen selten waren. Dabei waren diabetologische Schwerpunkt- und Hausarztpraxen bei der Verbesserung der Stoffwechsel-Situation bei rund einem Viertel der Patienten mit ursprünglich „schlechter Einstellung“ ähnlich erfolgreich. Allerdings könnte der Schritt, überhaupt einen Patienten zum Diabetologen zu überweisen, schon wieder ein Selektionskriterium in dem Sinn darstellen, dass v.a. besonders schwierig zu behandelnde Patienten überwiesen wurden.

Es handelte sich bei uns um eine explorative Studie, die zusätzlich durch die Zahl der teilnehmenden Ärzte limitiert ist. In der Praxisstudie II haben zudem nur noch 14 der ursprünglich an Praxisstudie I beteiligten 19 Ärzte teilgenommen. Auch letzteres könnte einen Einfluss auf das jetzige Ergebnis haben, wenn auch keine offensichtlichen Unterschiede (im Fragebogen zu Praxischarakteristika) dieser Ärzte zu den weiterhin teilnehmenden sichtbar sind. Wie erwähnt handelt es sich bei den teilnehmenden Ärzten um ein hoch motiviertes Kollektiv, weshalb eine Generalisierbarkeit auf alle Hausärzte nicht gegeben ist. Allerdings erlaubt die Tatsache, dass wir keine vergleichbaren Studien zum retrospektiv analysierten – und somit von keiner geplanten Intervention abhängenden – Verlauf der Diabetes-Einstellung in Hausarztpraxen gefunden haben, die zudem auf das Handeln der Ärzte gegenüber eben den untersuchten Patienten fokussierten, auch keinen Vergleich zu anderen, insbesondere deutschen Studienergebnissen [s. zur wenigen Literatur dazu:1].

Eine Verzerrung der Ergebnisse durch *regression to the mean*, also eine natürliche Verbesserung von Werten zwischen Einschluss in eine Studie und statistisch zu erwartenden Veränderungen des Wertes, der als Einschlusskriterium galt (hier  $HbA_{1c} > 9$ ) ist aus mehrerlei Gründen unwahrscheinlich bzw. kann nur sehr klein sein: Primäres Einschlusskriterium schon für die erste Studie war

### Dr. med. Günther Egidi ...



... Arzt für Allgemeinmedizin, seit 1999 in hausärztlicher Gemeinschaftspraxis in Bremen niedergelassen; Sprecher der Sektion Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).

eine mindestens schon für ein Halbjahr bestehende „schlechte Einstellung“ ( $> 9$  HbA<sub>1c</sub>) gewesen; damit ist der Effekt einer Werte-Fluktuation reduziert. Im hier untersuchten Zeitraum von 2015 zu 2016 verschlechterte sich nur eine minimale Zahl der Patienten im Vergleich zum Vorjahr, während eine erhebliche Patientenzahl in der Stoffwechselsituation „besser“ wurde. Insofern ist hier nicht von einer nennenswerten Fluktuation um einen Grenzwert herum auszugehen. Aber eine solche Fluktuation um einen gewählten Grenzwert wäre Basis für *regression to the mean*.

### Schlussfolgerungen

Anders als oft angenommen können auch Patienten mit seit langem „schlechter Einstellung“ ihres Diabetes in einen „guten“ HbA<sub>1c</sub>-Bereich mit deutlich geringeren Risiken von Folge-

und Begleiterkrankungen kommen. Allerdings gilt offensichtlich weiterhin, dass bei einer „sehr schlechten Einstellung“ (hier  $> 10$  HbA<sub>1c</sub>) eine Verbesserung eher selten gelingt – zumindest wenn dieser Zustand schon lange besteht. Durch die Freitextantworten der teilnehmenden Ärzte – sowohl in dieser als auch in Praxisstudie I – ist zu vermuten, dass unter den „sehr schlecht eingestellten Patienten“ viele sind, die ganz andere gesundheitliche oder psychosoziale Probleme haben, wodurch die Diabetes-Einstellung nicht prioritär ist.

Uns ist bewusst ist, dass eine „gute Einstellung“ nicht nur (vielleicht sogar eher nachrangig) mittels HbA<sub>1c</sub> zu beurteilen ist, sondern auch Risikofaktoren wie eine Hypertonie, Häufigkeit von Hypoglykämien etc. aber auch das Wohlbefinden des Patienten mit einbeziehen sollte. In der vorliegenden Studie haben wir uns allein aus pragmatischen Gründen auf das HbA<sub>1c</sub> konzentriert.

**Interessenkonflikte:** GE gibt an, 1000 Euro Honorar für die Teilnahme am Expertenworkshop zu patientenrelevanten Endpunkten in der Diabetes-Behandlung 2013 vom Profil-Institut erhalten zu haben. HHA gibt keine Interessenkonflikte an.

### Korrespondenzadresse

Dr. med. Günther Egidi  
Arzt für Allgemeinmedizin  
Huchtinger Heerstraße 24  
28259 Bremen  
Tel.: 0421 9888280  
guenther.egidi@posteo.de

### Literatur

1. Abholz HH, Egidi G, Rüter G für die Arbeitsgruppe „Praxisstudie „schlechte Einstellung“. Unser Umgang mit „schlecht eingestellten“ Patienten mit Typ-2-Diabetes – Eine Beobachtungsstudie von Hausärzten. *Z Allg Med* 2016; 99: 109–115
2. Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J (Hrsg.). *Ärztliche Qualitätszirkel*. 4., erw. und überarb. Aufl. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2001
3. DMP Nordrhein: Qualitätsbericht 2015. [www.kvno.de/downloads/quali/qualbe\\_dmp15.pdf](http://www.kvno.de/downloads/quali/qualbe_dmp15.pdf) (letzter Zugriff am 13.03.2017); insbes. Abb. und Tab. auf S.36



## DEGAM-NEWSLETTER

### Immer gut informiert

Seit einigen Jahren verschickt die DEGAM-Bundesgeschäftsstelle exklusiv an die Mitglieder den E-Mail-Newsletter DEGAM aktuell. Dieser Informationsdienst beinhaltet Neuigkeiten aus dem Präsidium, den Sektionen und Arbeitsgemeinschaften sowie der Leitlinien-Geschäftsstelle und der JADE. Auch aktuelle Mitteilungen zu den Rubriken Personalien, Veranstaltungen und Stellenausschreibungen finden sich im Newsletter. Die bisher versandten Ausgaben können im passwortgeschützten internen Bereich unter

[www.degam.de](http://www.degam.de)

eingesehen werden. Sind auch Sie an den aktuell in der DEGAM diskutierten Themen und Entwicklungen interessiert? Schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Betreff „DEGAM aktuell“ an:

[geschaeftsstelle@degam.de](mailto:geschaeftsstelle@degam.de)