

4. apv-Anwendertreffen

18.06.04, Universität Ulm, Oberer Eselsberg, Albert-Einstein-Allee 47

Ergebnisprotokoll

1. APV Benchmarking 06/2004: 36 Einrichtungen haben Daten übermittelt, davon 26 aus dem ambulanten/akuten Versorgungsbereich und zehn Rehabilitationseinrichtungen. Seit Januar 2003 wurden 4859 Patienten mit 12106 Verlaufsuntersuchungen erfaßt. Insgesamt liegen in der Datenbank derzeit 22431 Datensätze von 7886 Patienten vor. Ausführliche anonymisierte graphische Auswertungen werden jedem beteiligten Zentrum in Form eines folders zur Verfügung gestellt. Im Detail diskutiert werden die Heterogenität der teilnehmenden Einrichtungen und die erfreuliche Tendenz der deutlichen Verbesserung der Dokumentation adipositaspezifischer Komorbidität (Blutdruck, Lipidstatus, Glucoseregulation) im Behandlungsjahr 2003 gegenüber 2001/02. Zur Auswertung der Komorbiditätsprävalenz werden derzeit folgende Referenzwerte herangezogen:**Lipidstatus:** Gesamtcholesterin < 220 mg/dl / 5,7 mmol/l, HDL-Cholesterin > 35 mg/dl / 0,9 mmol/l, LDL-Cholesterin < 150 mg/dl / 3,9 mmol/l, Triglyzeride < 150 mg/dl / 1,72 mmol/l; **Blutdruck:** "Update on the 1987 Task Force Report on High Blood Pressure in Children and Adolescents: a working group report from the National High Blood Pressure Education Program. National High Blood Pressure Education Program Working Group on Hypertension Control in Children and Adolescents." Pediatrics. 98 (1996): 649-658; **Glucoseregulation/ Diabetes** entsprechend der WHO-Kriterien.

Bei Anwendung dieser Referenzwerte weisen 20% der Patienten des Behandlungsjahres 2003 mit einem BMI > 97. Perzentile eine systolische Hypertonie auf, 9,3% haben ein erhöhtes Gesamtcholesterin, 13,5 % ein erniedrigtes HDL-Cholesterin, 8,8% ein erhöhtes LDL-Cholesterin und 22% der Patienten haben erhöhte Serumtriglyzeride. Von 885 Patienten des Behandlungsjahres 2003 lagen Daten eines oralen Glucosetoleranztestes (oGTT) vor, von diesen Patienten hatten 0,9% einen diabetischen Nüchternblutzucker, 4,8% eine gestörte Glucosetoleranz (2h-Wert) und 0,6% der Patienten erfüllten die Kriterien eines manifesten Diabetes im oGTT (BZ > 200 mg/dl nach 2h).

Abgestimmt wurde über die Auswertung zusätzlicher Risikofaktoren: Zusätzlich ausgewertet werden zukünftig Transaminasen (Referenzwerte werden im Rahmen der Leitlinien-Revision der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter festgelegt). Zunächst nicht ausgewertet werden psychosoziale Risikofaktoren.

Von 4789 Patienten aus dem Behandlungsjahr 2003 liegen mindestens zwei Beobachtungen vor, die mittlere Beobachtungsdauer liegt bei 0,52 Jahren. Für die Auswertung und Beurteilung des Therapieverlaufes werden in Abstimmung folgende Regeln festgelegt:

- Ziel für eine aussagekräftige Verlaufsbeurteilung ist eine Beobachtungsdauer von mindestens zwölf Monaten.
 - Als cut off-Wert für einen Therapieerfolg wird eine Veränderung des BMI-SDS von $-0,2$ im Verlauf eines Jahres festgelegt.
 - Ausgewertet werden nur solche Patienten, bei denen als Behandlungsziel „Therapie“ in apv festgelegt wurde. Um eine praxisnähere Handhabbarkeit der Festlegung des Behandlungszieles zu ermöglichen, wird in der nächsten apv-Version die Möglichkeit geschaffen, das Behandlungsziel bei jeder Vorstellung im Verlauf von „Diagnostik“/„Beobachtung“ auf „Therapie“ zu verändern (jedoch nicht in der Gegenrichtung).
 - Aufgrund der unterschiedlichen infrastrukturellen Voraussetzungen erfolgt die Auswertung von „Langzeitverläufen“ in ambulanten Einrichtungen separat von Nachbeobachtungen von Patienten in Rehabilitationseinrichtungen. Als Zukunftsvision wird die Möglichkeit der „Wiederfindung“ von Patienten in einem vernetzten apv-System formuliert.
 - Zur Verbesserung der langfristigen Patientenbetreuung soll eine der nächsten apv-Versionen eine automatische Benachrichtungsfunktion enthalten, die es ermöglicht, gezielt Patienten anzuschreiben, für die länger als zwölf Monate keine Verlaufsdaten dokumentiert wurden.
2. Die aktuelle Version apv 1.8 enthält gegenüber den Vorgängerversionen erneut eine Vielzahl neuer Funktionen und Detailverbesserungen. Vorgestellt werden u.a. die Möglichkeit der Eingabe von Diagnosen mit ICD 10-Verschlüsselung, die erweiterte Funktionalität der Textbausteine, die Möglichkeit der Eingabe von Messungen der Körperzusammensetzung, die erweiterten Möglichkeiten der Auswertung und

Erarbeitung von Patientenstatistiken sowie die Möglichkeit der flexiblen Briefkopffänderung. Folgende Weiterentwicklungsziele wurden von der Anwenderversammlung nach Diskussion und Abstimmung festgelegt:

- Entwicklung einer Schnittstelle zu Microsoft Word, die es ermöglicht, in apv dokumentierte Daten automatisiert in bestehende Arztbriefvorlagen (insbesondere wichtig im Rehabilitationsbereich) zu übernehmen.
- In apv erstellte Verlaufsgrafiken sollten in einem gängigen Grafikformat speicherbar und somit auch in anderen Dokumenten verwendbar sein.
- Als Entwicklungsziel für eine spätere Programmversion wird die Möglichkeit des „Einfrierens“ von Einheitendefinitionen festgelegt.
- Gestellte Zusatzdiagnosen sollten im Rahmen eigener Statistiken auswertbar werden (z.B. über ICD 10-Codes).
- Als zusätzlicher Risikoparameter wird eine automatische Berechnung des HOMA zur Bestimmung der Insulinresistenz aufgenommen.
- Ebenfalls geschaffen wird ein Feld/ eine checkbox zur einfachen Dokumentation der Akanthosis nigricans.

Folgende Erweiterungsmöglichkeiten wurden diskutiert, bedürfen jedoch weiterer Vorarbeiten oder Abstimmung: Zusatzdokumentation Psychologie/ Sport/ Ernährung (derzeit über eigene Masken möglich, perspektivisch nach Freischaltung der bereits in apv angelegten KGAS-Masken), Dokumentation früherer anthropometrischer Daten (z.B. gelbes Untersuchungsheft).

3. Folgenden geplanten wissenschaftlichen Untersuchungen mit dem Datenbestand der apv-Datenbank stimmt die Anwenderversammlung zu: Untersuchung der Prävalenz von Risikofaktoren des Metabolischen Syndroms durch Herrn Lob, Osnabrück, geplante Publikation in der Zeitschrift „Pädiatrische Praxis“; Auswertung von Verlaufsbeobachtungen durch Herrn Stachow, Sylt. Desweiteren sollen Abstracts zu den Jahrestagungen der Deutschen Adipositasgesellschaft (DAG) in Hamburg im Oktober, sowie der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Endokrinologie (APE) in Bergisch-Gladbach im November eingereicht werden. Die Erarbeitung des Abstracts für die Jahrestagung der DAG übernimmt Frau Müller aus Wiesbaden, für die Tagung der APE wird ein Abstract von Herrn Denzer, Ulm, erstellt. Derzeit bestehen keine Änderungsvorschläge zu Umgang und Verwendung der apv-Daten. Eine Diskussion

zur Zusammensetzung des apv-Gremiums wird für das nächste Anwendertreffen anberaunt.

4. Für Programmentwicklung, intensive Programmpflege, Anwendersupport, Auswertungen und Benchmarking stehen derzeit nur sehr beschränkte finanzielle Mittel zur Verfügung. Unter den momentanen Rahmenbedingungen ist in der nächsten Zeit nur eine beschränkte Entwicklungsarbeit („maintenance“) möglich. Über folgende Schritte zur weiteren Sicherung der Finanzierung von apv wurde diskutiert und positiv abgestimmt:
 - Vorstellung des apv-Projektes im Beirat der DAG
 - Verhandlungen mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
 - Verhandlungen mit der Fa. Roche (u.a. Xenical/ Orlistat)
 - Anfrage an die Fa. Becel durch Frau Kolbe

5. Das nächste apv-Anwendertreffen findet entweder im Rahmen der Jahrestagung der DAG in Hamburg oder der APE in Bergisch-Gladbach statt. Die endgültige Terminfestlegung und entsprechende Einladungen erfolgen über den apv-email-Verteiler.

Protokoll:

C. Denzer,

Ulm, den 08.07.04