

Zu viele Amputationen, Erblindungs-, Dialysefälle Die Versorgung von Diabetikern in Deutschland muss besser werden!

VON M. JECHT

Mit über 60 000 Amputationen pro Jahr liegt Deutschland europaweit im oberen Drittel, in ca. 70% der Fälle sind Diabetiker betroffen. Rund 3000 bis 6000 Diabetiker erblinden jährlich, etwa 20 000 sind dialysepflichtig – alles Folgen eines unzureichend eingestellten Diabetes. Angesichts dieser Zahlen wird klar: Bei der Versorgung von Diabetikern in Deutschland besteht Verbesserungsbedarf.



MMW-Fortbildungsinitiative: Diabetologie für den Hausarzt

Regelmäßiger Sonderteil der
MMW-Fortschritte der Medizin

Herausgeber:

Fachkommission Diabetes in Bayern –
Landesverband der Deutschen Diabetes-
Gesellschaft, Dr. med. Hans-J. Lüddecke (1. Vor-
sitzender), Cosimastr. 2, D-81927 München

Redaktion:

Priv.-Doz. Dr. M. Hummel (Koordination);
Prof. Dr. L. Schaaf (wissenschaftliche
Leitung); Prof. Dr. P. Bottermann; Prof. Dr.
M. Haslbeck; alle München.



Dr. med. Michael Jecht

Oberarzt, Med.
Klinik – Diabetologie,
Gemeinschafts-
krankenhaus Havel-
höhe, Berlin

— Gerade bei Diabetikern steht angesichts der vielen möglichen Komplikationen eine integrierte Betreuung im Vordergrund. Doch stattdessen existieren Fehl- und Unterversorgung: Eine sektorenübergreifende Betreuung zwischen niedergelassenen und Krankenhausärzten findet zu wenig statt, Daten über die Versorgungsqualität sind eher dünn gesät und neue Therapieansätze setzen sich nur langsam durch.

Interessenverbände ziehen bisher nicht an einem Strang

Unterschiedliche Interessenverbände und Partikularinteressen stehen einem gemeinsamen Vorgehen oft entgegen. Dies gilt für die großen Dachorganisationen der Ärzte wie den Hausärzterverband, den Bund Deutscher Internisten (BDI), die Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG), den Bundesverband niedergelassener Diabetologen (BVND), den Bundesverband der Diabetologen

in Kliniken (BVDK), den Bundesverband klinischer Diabetes-Einrichtungen (BVKD) sowie für die Patientenorganisationen, z. B. den Deutschen Diabetikerbund (DDB) und den Bund diabetischer Kinder und Jugendlicher (BdKJ).

Wie sieht die Versorgung aus?

Im Jahr 2002 veröffentlichte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sein Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ [1]. Daraus ging hervor, dass sich die Versorgungssituation von



Bei Amputationen in Deutschland sind zu 70% Diabetiker betroffen.

Diabetikern in den letzten zehn Jahren nicht signifikant verbessert hatte. Die Zielvorgaben der St.-Vincent-Deklaration von 1989 konnten in Deutschland nicht erreicht werden. Die Bundesregierung hat daraufhin DMP-Programme initiiert in der Hoffnung, die Versorgung der Diabetiker zu verbessern. Diese Programme haben Milliarden Euros gekostet – valide Daten zum Nutzen liegen bisher kaum vor.

Von der AOK werden für 2009 2 652 000 DMP-Teilnehmer angegeben, davon allein 1 502 000 Menschen im „DMP Diabetes mellitus Typ 2“. Bei allen Krankenkassen zusammen sind etwa 5,7 Mio. Patienten eingeschrieben, für den Diabetes Typ 2 bedeutet dies etwa 3,2 Mio. Teilnehmer.

Weniger Schlaganfälle bei DMP-Teilnehmern

Eine Analyse der Barmer Ersatzkrankenkasse ergab, dass die Zahl der Schlaganfälle im Jahr 2006 bei DMP-Teilnehmern rund ein Drittel niedriger lag als bei Nicht-DMP-Teilnehmern (8,1 Fälle auf 1000 Versicherte bei männlichen DMP-Teilnehmern vs. 11,4 Fälle bei Nichtteilnehmern; 7,1 bei DMP-Teilnehmerinnen vs. 11,1 bei Nichtteilnehmerinnen). Bei den Fuß- und Unterschenkelamputationen ergibt sich ein noch deutlicherer Vorteil zu-

gunsten der DMP-Teilnehmer (4,5 vs. 7,3 bei männlichen und 1,6 vs. 3,8 Fälle bei weiblichen Versicherten, jeweils bezogen auf 1000 Versicherte) [2, 3, 8].

Insgesamt weisen DMP-Teilnehmer weniger Krankenhausbehandlungen auf, wobei schwere Ereignisse (u. a. Herzinfarkte, -insuffizienz) seltener und leichtere Fälle (z. B. Angina pectoris, chronische KHK) häufiger im Krankenhaus behandelt wurden. Zudem sind die für eine leitliniengerechte Versorgung notwendigen augenärztlichen Kontakte bei DMP-Teilnehmern signifikant höher.

Nach den Endergebnissen der ELSID-Studie der AOK lag die Sterblichkeitsrate bei älteren Diabetikern von 2006 bis 2008 im DMP mit 10,9% deutlich niedriger als bei Patienten in der Regelversorgung (18,8%). Die Autoren betonen allerdings, dass die verringerte Mortalität dem DMP-Programm nicht direkt zugeschrieben werden kann.

Weitere Ergebnisse der ELSID-Studie

- Vor allem Patienten mit mehreren Erkrankungen können vom DMP profitieren. Sie erzielten bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität deutlich bessere Werte als Patienten in der Regelversorgung; Frauen profitierten mehr als Männer.
- Die Kosten für die Versorgung im DMP sind insgesamt etwas niedriger als in der Regelversorgung.
- DMP-Teilnehmer fühlen sich vom Arzt besser versorgt als Nicht-DMP-Teilnehmer. Sie sind mit dem Ablauf und der Organisation ihrer Behandlung deutlich zufriedener. Sie werden z. B. häufiger nach ihren Vorstellungen zum Behandlungsplan gefragt [4–7].

Wurde die interdisziplinäre Versorgung umgesetzt?

Im DMP-Programm ist der Hausarzt der Lotse, der die Patienten einschreibt und betreut. Werden die Behandlungsziele nicht erreicht, ist die Überweisung an den Schwerpunktdiabetologen indiziert (Versorgungsebene 2). Wenn sich auch hier nicht der gewünschte Erfolg einstellt, wird die stationäre Einweisung empfohlen. Aufgrund der anfänglichen Startschwierigkeiten der DMP-Pro-

Tabelle 1

Informationen, die in die diabetologische Schwerpunktpraxis mitgebracht wurden [9]

Informationen	DMP [%]	Nicht-DMP [%]	Gesamt [%]
Laborwerte	62,9	44,2	57,0
Medikamente	72,2	58,6	67,9
Diagnosen	59,1	50,3	56,3
Versorgungsauftrag	56,6	48,6	54,1
Sonstige Informationen	37,3	24,7	33,3
Keine Informationen	8,7	16,8	11,2
Eine Information	14,1	19,9	15,9
Zwei Informationen	18,2	20,5	18,9
Drei Informationen	18,8	17,5	18,4
Vier Informationen	20,2	13,7	18,2
Alle Informationen	20,1	11,6	17,4

gramme wandten sich die Krankenkassen aber direkt an die Diabetesschwerpunktpraxen, um eine hohe Zahl von Einschreibungen zu erreichen. Damit wurden in vielen Regionen die drei Versorgungsebenen nicht eingehalten.

Für die Diabetesschwerpunktpraxen hat sich eine problematische Entwicklung ergeben. Die sicherlich sinnvolle Einrichtung ist nie im EBM der KVen abgebildet worden. Bis heute kämpft der Bundesverband niedergelassener Diabetologen (BVND) dafür, dass durch Schaffung eigener Leistungsziffern eine langfristige finanzielle Absicherung dieser Praxen erreicht wird. Der BVND hat auch erkannt, dass es zwingend bundesweit einheitlicher Kriterien (Struktur- und Prozessqualitätsparameter) bedarf, um dies zu realisieren.

Die Deutsche Diabetes-Gesellschaft hat seit vielen Jahren ein Qualitätsgütesiegel für die Behandlungseinrichtungen der Stufe 1 und 2 geschaffen. Diese Zertifizierung ist aber bis heute nicht von den Krankenkassen akzeptiert worden, weil zu viele Interessengruppen unterschiedliche Ziele verfolgen. Die Schwerpunktpraxen und Diabeteskliniken sind zwar in Vorleistung getreten, bilden in zunehmendem Masse ihre Qualität ab, werden dafür aber nicht ausreichend honoriert.

Im BVND hat sich eine Initiative gebildet (winDiab), die erstmals die Leistungen ihrer Arbeit wissenschaftlich transparent macht. Die Ergebnisse wur-

den zwar von den Krankenkassen zur Kenntnis genommen, eine Umsetzung in Form verbesserter Verträge fand jedoch nicht statt.

In Rheinland-Pfalz hat die AOK vor 15 Jahren ein Projekt initiiert, das flächendeckend Schulungszentren extrabudgetär bezahlt. Der zugrunde liegende Vertrag stellt hohe Anforderungen an die vorzuhaltende Struktur und an eine Abbildung ihrer Leistungen mittels einer Dokumentation durch die FQSD Initiative (Forum für Qualitätssicherung in der Diabetologie). Die Daten werden bezogen auf die Zentren in nicht anonymisierter Form gemeinsam mit dem AOK-Vorstand diskutiert.

In Bayern wurde 2009 ein neuer Strukturvertrag zwischen den Krankenkassen und den bayerischen Diabetesschwerpunktpraxen vereinbart, der eine geringere Bezahlung bedingt, wenn eine teilnehmende Praxis die geforderten Strukturkriterien nicht erfüllt.

Schnittstelle Hausarzt-/diabetologische Schwerpunktpraxis

In einer kürzlich publizierten Arbeit [15], die auf Daten des winDiab-Institutes beruht, konnte bezüglich der Kommunikation von der Hausarzt- zur diabetologischen Schwerpunktpraxis gezeigt werden, dass 11% der Patienten ohne Informationen zur Erstkonsultation und 17% mit allen Informationen kamen. DMP- brachten im Vergleich zu Nicht-DMP-Patienten deutlich mehr Informationen mit (s. Tabelle 1).

Eine Untersuchung, die die Güte des Informationsrückflusses aus der diabetologischen Schwerpunkt- zur Hausarztpraxis untersucht, liegt nicht vor.

Die Zukunft der DMP-Programme

Die Zukunft der DMP-Programme ist unklar. Von den Krankenkassen wird deren Sinnhaftigkeit aber immer wieder betont. Die DMP-Programme werden nach den Ergebnissen der ELSID-, KORA- und Barmer-Studie zu den Versorgungsmerkmalen wohl weitergeführt. Jedoch wird sich der Fokus neben den Qualitätsindikatoren auf leitlinienorientierte Behandlung und eine höhere Patientenorientierung richten.

Nach der Gesundheitsreform wird eine korrekte Verschlüsselung gemäß dem ICD-10-Index eine größere Rolle spielen. Die Anknüpfung an den Morbidity-Rate ist eine Chance für alle – Politiker, Krankenkassen und Ärzte –, ein qualitätsgesichertes, strukturiertes und an den Patientenbedürfnissen orientiertes DMP-System zu schaffen [8].

Wie sind die oben beschriebenen Maßnahmen einzuordnen?

- Die DMP-Programme stellen sicherlich einen sinnvollen, aber noch nicht ausreichenden Schritt dar. Die Versorgung der meist multimorbiden, hochkomplizierten Patienten muss klar auf den drei Versorgungsebenen erfolgen. Dazu ist eine bessere Vernetzung und Realisierung von Schnittstellen notwendig. Initiativen in diese Richtung wurden weder von den Krankenkassen noch von den KVen oder der Politik bisher ausreichend beachtet.
- Es muss ein nationaler Diabetesplan realisiert werden. Erste hoffnungsvolle Anläufe wurden bereits in der zurückliegenden Legislaturperiode durch das Nationale Aktionsforum Diabetes (NAFDM) vom Bundesministerium für Gesundheit aus nicht nachvollziehbaren Gründen abgelehnt. Auch heute noch ist das Ministerium skeptisch.
- Die Diabetologie in Deutschland hat 2009 einen neuen Verband (diabetesDE) geschaffen, der die diabetologischen Aufgaben und Interessen zusammen mit den Betroffenen bündeln

Neuer Verband

Ziele von „diabetesDE“

- Bündelung zahlreicher Aktivitäten,
- die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen verbessern,
- Früherkennung von Diabetes,
- Folgeschäden durch rechtzeitige, qualifizierte und adäquate Beratung minimieren,
- alle in der Diabetologie tätigen Ärzte, Diabetesberater, Psychologen und Podologen qualifizieren,
- Verhaltensänderungen durch Schulungen unterstützen,
- Therapie optimieren,
- Komplikationen effizient behandeln,
- Zahl der Neuerkrankungen reduzieren.

soll (s. Kasten). Vorbilder sind die American Diabetes Association und Diabetes UK. Der Zeitaufwand, um politisch Einfluss nehmen zu können, ist sicherlich größer, als die Gründer dachten. Die Schwierigkeiten in der Umsetzung liegen u. a. daran, dass einzelne Gruppen ihre Einflussbereiche aufgeben oder neu definieren müssen und dass die Kommunikation über die neuen Strukturen noch nicht optimal ist.

- Dass eine Vernetzung für alle beteiligten Gruppen sinnvoll ist, lässt sich eindrucksvoll am „Netzwerk Diabetischer Fuß Köln und Umgebung“ aufzeigen, das 2003 gegründet wurde. 50 Ärzte aus Kliniken, Praxen und aus verschiedenen Fachgebieten kooperieren mit Pflegediensten, Schuhmachern und Podologen. 2008 wurde ein Qualitätszirkel Pflege mit etwa 20 Mitgliedern aus 14 Pflegediensten gegründet. Seit 2003 werden prospektiv Daten erhoben und stichprobenartig kontrolliert.
- Seit 2005 werden auch in Düsseldorf, seit 2006 in Hamburg und seit 2009 in allen verbliebenen Regionen in Nordrhein Patienten in diesen Strukturen behandelt. Die Netzwerke in Nordrhein sind das bisher weitreichendste Projekt, in dem verschiedene Krankenkassen einer Region zusammenarbeiten. Dadurch kann eine annähernd repräsentative

Population abgebildet werden. Die solide Datenbasis, die kontinuierlich auf Seriosität überprüft wird, zeigt erste Ergebnisse: eine Verminderung von Amputationen bei gleichzeitiger Kostenersparnis durch Vermeidung von stationären Einweisungen. Diese Ergebnisse können helfen, in der Diskussion über die Neuordnung des Gesundheitswesens im Sinne einer integrierten Versorgung zu argumentieren [10].

Ausblick: Welche Versorgungsstrukturen sind notwendig?

Die Versorgung von Diabetikern auf drei Ebenen ist auch in Zukunft sinnvoll. Noch nicht optimal ist die Umsetzung der Schnittstellen. Vor allem die Definition der diabetologischen Schwerpunktpraxis muss geschärft werden. Hier leistet der Bundesverband der niedergelassenen Diabetologen (BVND), der einen Katalog mit notwendigen Voraussetzungen fordert, einen zukunftsweisenden Beitrag.

Die Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) hat hierzu im Diabetes-Qualitäts-Modell (DQM) die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt sowie die Dokumentationspflicht beschrieben. Erfüllt eine Praxis die Kriterien, erhält sie die notwendige Anerkennung als Versorgungsstufe 1 bzw. 2 der DDG. Dies stellt eine sinnvolle Basis in der Versorgung dar [11].

Um Folgeerkrankungen optimal zu therapieren, müssen verschiedene Berufsgruppen auf der Grundlage von Kooperationsvereinbarungen und IV-Verträgen zusammenarbeiten. Ein gutes Beispiel dafür ist das „Netzwerk Diabetischer Fuß Köln und Umgebung“ (s.o.).

Literatur unter mmw.de

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Michael Jecht, Oberarzt, Med. Klinik – Diabetologie, Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Kladower Damm 221, D-14089 Berlin, E-Mail: mjecht@havelhoehe.de

Keywords

New Medical Care Structures for Patients with Diabetes in Germany
Diabetes – Complications of Diabetes – Medical Care – Costs