

Qualität der Versorgung: kennen wir sie?



Pandemie Durch die Corona-Pandemie sind die politisch Verantwortlichen weltweit vor große Herausforderungen gestellt worden. Deutschland ist mit einem blauen Auge davon gekommen – zumindest bislang. Bei der Diabetes-Pandemie sieht das etwas anders aus.

Text: Dr. Herbert Hillenbrand.

Die Corona-Pandemie zeigte schlagartig und weltweit auf, wie die Qualität der Gesundheitssysteme in den Ländern aussieht. Deutschland schneidet dabei recht gut ab, und die Politik hat besonnen reagiert. So schnell und effektiv die Regierung mit dieser blitzartig aufgetretenen Pandemie

reagierte, so muss man sich fragen, wieso wir bei der schon lange herrschenden und weiter stark wachsenden Diabetes-Pandemie wenig erfolgreich dastehen?

St. Vincent und die Folgen

Die WHO mit IDF hatten bereits vor 30 Jahren auf die drohende Diabetes-Pandemie hingewiesen und im Jahre 1989 in St. Vincent eine Konferenz mit Diabetologen und Gesundheitspolitikern aller europäischer Länder durchgeführt. Das Konferenzergebnis war fortan als St.-Vincent-Deklaration ein wichtiger Bezugspunkt für die Diabetologie in Europa. Zum ersten Mal wurden für die Diabetologie konkrete Qualitätsziele formuliert:

„U. a. innerhalb von fünf Jahren die Zahl der Diabetespatienten mit terminaler Niereninsuffizienz mindestens um ein Drittel, die Amputationszahl um 50 Prozent oder die Erblindungsrate um circa 30 Prozent zu vermindern...“

In den darauffolgenden Jahren stellte man fest, dass die Ziele keineswegs so zügig erreichbar wa-

 Redaktion: 06131/9607035

ren, wie ursprünglich angenommen. Stattdessen ist die Diabetes-häufigkeit in der Erwachsenenbevölkerung signifikant gestiegen. Das Grundproblem bei der Weiterverfolgung einer „St.-Vincent-Strategie“ war allerdings die fehlende Datengrundlage. Valide Amputationszahlen, Erblindungszahlen, Schlaganfälle usw. bei Diabetes waren schlicht und einfach kaum vorhanden. So

war es dann auch nicht verwunderlich, dass diese Deklaration mit ihren Zielsetzungen allmählich in Vergessenheit geriet. „Übrig“ geblieben ist bis heute der „Gesundheits-Pass Diabetes“, der millionenfach ausgegeben wurde und wird. Inwieweit diese Pässe konsequent ausgefüllt werden und den Alltag begleiten – man weiß es nicht. Eine Auswertung im Sinne der St.-Vincent-Ziele „Was hat sich verbessert?“ erfolgte nie.

Im Angesicht der weiteren Ausbreitung der Diabetes-Pandemie erfolgten dann im Laufe der Zeit wichtige gesundheitspolitische Maßnahmen, über deren Effektivität allerdings bis heute mehr oder weniger Unklarheiten bzw. Unsicherheiten bestehen. Seit 2002 wurde um ein Präventionsgesetz gerungen und schließlich 2015 durch die Instanzen gebracht. Erfolge bisher in Bezug auf die Eindämmung der weiteren „Ausbreitung“ der Diabetes-Epidemie? Die Wirkungslosigkeit ist offensichtlich, weitere Maßnahmen sind notwendig, ein seit 10 Jahren geforderter Nationaler Diabetesplan soll endlich gestartet werden, so der noch vor der Sommerpause um Bundestag eingereichte und verabschiedete Antrag der Regierungskoalition.

Auf der Haben-Seite von Post St. Vincent ragen die Disease-Management Programme (2002) hervor, die vor allem diese Forderungen aus St. Vincent realisierten:

♦ Strukturierte Diabetikerversorgung (dreistufige Versorgungspyramide, Einbindung von Fachdisziplinen wie Augenärzte, Nephrologen...)

- ◆ Differenziertes, qualifiziertes Schulungsangebot für alle Diabetiker
- ◆ Strukturierte Behandlungsprozesse mit standardisierter Dokumentation und definierten Qualitätszielen

Wo stehen wir, was wissen wir?

Wie definiert sich eine gute Versorgungsqualität? In erster Linie beurteilt man diese durch Vergleiche der Ergebnisqualitäten und hier in erster Linie mit den europäischen Ländern. Damit kommen wir wieder zurück zu St. Vincent.

Wo stehen wir in Deutschland mit den Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Fußamputationen, Nierenversagen, Erblindungen? Sowohl im ambulanten wie auch stationären Sektor wurde in den letzten Jahren die Dokumentationsqualität kontinuierlich gesteigert. Begründen lässt sich dies

vor allem durch eine zunehmende Verknüpfung der Behandlungsdokumentation mit der Abrechnung bzw. Vergütung der erbrachten Leistungen. Bezugspunkt für alle Ergebnisqualitäten ist eine verlässlich dokumentierte Diabetesprävalenz! So können wir heute von einer Diabetes-Prävalenz von ca. 10% in der Bevölkerung und von ca. 500 Tsd. neu Diagnostizierten pro Jahr ausgehen (Diabetes-Surveillance, Bundesgesundheitsblatt Dezember 2019). Dabei handelt es sich um die Daten der ca. 73 Mio gesetzlich Versicherten, über die 9 Mio privat Versicherten wissen wir sehr wenig! Eine verbesserte Datenzuverlässigkeit ist eine wesentliche Voraussetzung zur Beurteilung der nationalen Versorgungsqualität. Leider sieht die Datenqualität für die „St.-Vincent-Zie-

le“ noch unbefriedigend aus. Dies liegt nicht nur daran, dass „nur“ ca. 60% (-70%?) der Diabetiker in die DMP eingeschrieben sind und damit besser dokumentiert sind. Es ist vor allem die oft unzureichende

„Bezugspunkt für alle Ergebnisqualitäten ist eine verlässlich dokumentierte Diabetesprävalenz!“

Dokumentation der Nebendiagnose Diabetes (Typ 2) im Krankenhaus! Auswertungen der BARMER zeigen, dass ca. 30% der Diabetiker mindestens einmal im Jahr im Kranken-

haus behandelt werden und bei ca. 35% der Fälle der Diabetes nicht kodiert wird!

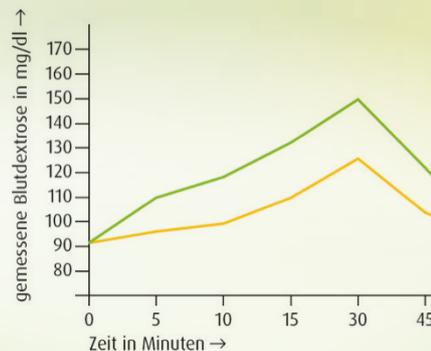
Die Zahlen zu den St.-Vincent-Zielen zeigen über die vergangenen 20 Jahre eine relative Verbesserung verschiedener Indikatoren der Ergebnisqualität auf, denn die Entwicklung der Fußamputationen, Nierenversagen und Erblindungen hat sich von der zunehmenden Dia-

Niedriger Blutzucker? Höchste Zeit für schnellste Energie!

Unterzuckert? Jetzt aber schnell ...

Für einen schnellen Zuckerschub ist Dextrose die erste Wahl, denn die ist schneller im Blut als die meisten zuckerhaltigen Lebensmittel und sofort wirksam. Mit dem Dextrose Drink von Dextro Energy gibt es bewährte Hilfe nun auch in flüssiger Form. Dieser ist speziell auf die Bedarfe von Diabetikern abgestimmt und enthält bei 50 ml Inhalt 18 g Glukose und insgesamt 24 g Kohlenhydrate vergleichbar mit etwa vier Würfel-Täfelchen. Damit steigert er den Blutzuckerspiegel signifikant schneller als zum Beispiel eine Banane. Das ist wissenschaftlich erwiesen!

Herkömmliche Zuckerlösungen sind häufig zäh, klebrig und neutral im Geschmack. Nicht so der Dextrose Drink. Dieser ist besonders flüssig, damit gut trinkbar und punktet im Geschmack mit einer fruchtigen Apfelnote. Das macht Sinn!



Quelle: Universität Freiburg, Abteilung Ernährung, Institut für Sport und Sportwissenschaft (IFS)



- ✓ Lecker-fruchtiger Apfelgeschmack
- ✓ Sehr flüssig, daher gut zu trinken
- ✓ Einfach zu öffnen und wiederverschließbar
- ✓ Mit praktischer Füllstandsmarkierung auf der Rückseite
- ✓ Schnell und direkt



NUR IN DER APOTHEKE!
Dextro Energy Dextrose Drink
PZN 11547598



Bis heute breitet sich die Pandemie Diabetes auch in Deutschland ungebremsst weiter aus.

betesprävalenz entkoppelt. Diese Verbesserungen der Ergebnisqualität sind in erster Linie auf die breite Etablierung der DMP zurückzuführen, denn damit wurden über das dreistufige Versorgungssystem und strukturierter Einbindung weiterer Fachdisziplinen (z.B. Augenärzte) mitentsprechenden Dokumentationen Struktur- und Prozessqualität verbessert.

Status quo oder wie werden wir besser?

Wieder und wieder wird auch von der Politik die Notwendigkeit eines Nationalen Diabetesplans bestätigt. Dabei fokussiert die begleitende Diskussion sehr die Prävention und dabei wiederum das Ernährungsthema. Doch wie sieht es mit den durch die DMP definierten Versorgungsstrukturen und Prozessen aus? Können wir aus den Daten Schwachstellen erkennen, an denen man ansetzen muss, um die Ergebnisqualität zu verbessern? Manche erkannte Schwachstelle im Versorgungsprozess lässt sich leicht abstellen, so als aktuelles Beispiel das Anrecht des Patienten auf eine Zweitmeinung vor einer Amputation. Doch darüber hinaus hat man den Eindruck als verharre das Versorgungssystem im Status quo. Die Diabetesprävalenz nimmt zu, die Teilnehmerzahlen in den DMP steigen entsprechend, die regelmäßigen Auswertungen der DMP zeigen allerdings bei den meisten Indikatoren keine großen Bewegungen mehr im Sinne von Verbesserungen der Prozessqualität. Auffallend ist

nach wie vor die zu niedrige Schulungsquote. Aber allein die Frage, wie man die Schulungsquote erhöhen könnte reicht nicht aus – Quantität und Qualität des großen Versorgungsprozesses „Schulung“ müssen grundlegend analysiert werden. Allein die Tatsache, dass nur evaluierte Schulungsprogramme abgerechnet werden können, sagt nichts aus bezüglich der Prozessqualität im gesamten Versorgungsprozess Diabetes Deutschland!

Dabei stellen sich mehrere Fragen:

- ◆ Bei einer Inzidenz von ca. 500 Tsd./a werden nur ca. 200 Tsd. Patienten pro Jahr geschult (rechnerisch nach den Teilnahmequoten in den DMP).
- ◆ Wie entwickeln sich diese Kollektive geschult-nicht geschult im Laufe der Zeit? Kann man bei den Geschulten eine signifikant bessere Entwicklung des Gesundheitszustands erkennen (= Ergebnisqualität)
- ◆ Welche Patienten nehmen nicht am DMP und nicht an der Schulung teil? Und wie sieht es bei diesen Menschen mit der Ergebnisqualität aus?

Weitere unklare „Qualitäten“ sehen wir an der Schnittstelle zur stationären Versorgungsebene bei Diabetes Typ 2. Während die Versorgungsebene 2 (Schwerpunktpraxis) in den Verträgen klar definiert ist und die Kriterien zur Überweisung (muss

 heinz@kirchheim-verlag.de

bzw. soll) konkret formuliert sind, ist die Ebene 3 recht vage beschrieben: „geeignetes Krankenhaus“ bzw. bei Nichterreichen der HbA1c-Ziele in ein „diabetologisches Krankenhaus“. Abgesehen davon sind bis auf die Indikationen DFS die Kriterien zur Einweisung vage formuliert. Die Realität im Versorgungsprozess sieht dann so aus, dass in jedes Akuthaus Patienten mit Typ-

2-Diabetes eingewiesen werden wegen Begleit- und Folgekomplikationen. Und wie sieht es mit Diabetes als Haupt- oder Aufnahme diagnose aus? Die Versorgungsrealität zeigt ein widersprüchliches Bild! Einerseits schließen immer mehr Diabetes-Abteilungen ihre Diabetologie, da die Zahl der Hauptdiagnosen immer weiter fällt. Auf den ersten Blick deckt sich dies mit den Auswertungen der Kassen, nach denen nur ca. 2,5% der Krankenhausfälle die Haupt- oder Nebendiagnose Diabetes haben. Aber in absoluten Zahlen handelt es sich dabei um 400 000 bis 500 000 Fälle, dabei überwiegend keine Notfälle!

Fazit

Vor 30 Jahren erreichte die Pandemie Diabetes die politische Ebene in Europa. Bis heute breitet sich die Pandemie Diabetes auch in Deutschland ungebremsst weiter

aus. Die quantitativen St.- Vincent-Ziele wurden nicht weiter verfolgt, die Datenlage war schlecht.

Wir haben heute die DMP, es wird mehr und strukturierter dokumentiert, aber die bisher unzureichende

Evaluierung vieler Millionen DMP-Daten und unklare Datenlagen (u.a. Privatversicherte) machen es schwierig, im Sinne von St. Vincent systematisch Qualitätsverbesserungen anzugehen. Der Gesamt-Versorgungsprozess Schulung bedarf bezüglich Effizienz und Effektivität einer kritischen Analyse. Die einer Versorgungspyramide zugrunde liegende Spezialisierung nach oben wird auf der stationären Ebene, so die Zahlen, aufgegeben. Patienten mit Diabetes, Haupt- oder Nebendiagnose, verlieren sich in der Gesamtheit der Allgemein-/Akutkliniken Deutschlands. Eine schnelle Digitalisierung des Gesundheitswesens wird sicherlich ein Teil der Problemlösungen sein!

„Auffallend ist nach wie vor die zu niedrige Schulungsquote.“