

„Spezialisierte Diabeteskliniken sollten auch in der ambulanten



Im Gespräch mit Dr. Christian Graf, BARMER, Leiter der Abteilung „Versorgungsmanagement und Prävention“.

Interview: Dr. Herbert Hillenbrand.

Ziele Qualität der Diabetikerversorgung in Deutschland - kennen wir die überhaupt? Seit der St.-Vincent-Deklaration 1989 mit der Formulierung konkreter, quantitativer Qualitätsziele gibt es immer wieder Versuche, über einen Nationalen Diabetesplan die Diabetikerversorgung in Deutschland systematisch zu verbessern. Dabei verheddert man sich immer wieder in der Diskussion und Bewertung einzelner Maßnahmen, z.B. im Bereich der Ernährung. Man kann den Eindruck haben, die beteiligten Akteure haben die grundsätzlichen Ausgangsfragen dazu aus dem Blick verloren:

- Wie ist die Qualität der Diabetikerversorgung in Deutschland?
- Wohin und wie soll Qualitätsentwicklung betrieben werden? D.h., wie sehen die nationalen Qualitätsziele aus?

Mit dem Thema Versorgung und Versorgungsmanagement bei Diabetes beschäftigen Sie sich ja schon seit vielen Jahren. Daten zur Diabetikerversorgung bzw. zur Versorgungsqualität haben Sie schon häufig präsentiert, u.a. in der langen Reihe der Kirchheim-Foren Diabetes. Durch die Gründung eines neuen Instituts für Gesundheitssystemforschung („bifg“) will die BARMER Defizite und Fehlentwicklungen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung noch gezielter aufdecken. Das verspricht ja auch für das große Versorgungsgebiet Diabetes Fortschritte.

Als große Versorgerkasse hat Die BARMER sehr viele Daten auch zur Versorgung ihrer Versicherten mit Diabetes. Wie würden Sie insgesamt die Versorgungsqualität der Diabetiker in Deutschland beurteilen?

Zunächst einmal verzeichnen wir weiterhin einen Anstieg der Diabetes-Prävalenz von Jahr zu Jahr. Nach unseren Auswertungen betrug dieser Anstieg allein in den letzten 5 Jahren alters- und geschlechtsstandardisiert rund 8%, sodass wir in 2019 9,2% Diabetikeranteil haben – auf die gesamte GKV umgerechnet sind das 6,7 Millionen Menschen. Die alters- und geschlechtsstandardisierte Betrachtung ist dabei sehr wichtig, um die Alterung der Gesell-



Redaktion: 06131/9607035

schaft als mutmaßliche Ursache des Prävalenzanstiegs datentechnisch zu isolieren. So stellen wir fest, dass nur 24% der Zunahme an Diabetesdiagnosen durch die demographische Entwicklung erklärbar ist.

Versorgung eine größere Rolle spielen“

Allerdings sollte das nicht vorschnell als ein „Versagen der Prävention“ bewertet werden. Vielmehr sehen wir in der ambulanten Versorgung mehr Diabetes-Kodierungen in frühen Krankheitsstadien. So werden mittlerweile über 30% der ambulant kodierten Diabetes-Patienten nicht-medikamentös therapiert. Auch sinkt der relative Anteil z.B. der Majoramputationen oder Niereninsuffizienzen, was in erster Linie ein Beleg für die Zunahme „leichterer“ diagnostizierter Diabetes-Fälle ist. Durch die gestiegene Aufmerksamkeit für frühe Diagnostik gehen wir auch davon aus, dass die früher viel beschworene „Dunkelziffer“ heute deutlich niedriger ist. Jedoch mit großen regionalen Unterschieden! Auf der Bundesländerebene schwankt die alters- und geschlechtsstandardisierte Diabetes-Prävalenz zwischen 11,7% (Sachsen-Anhalt) und 7,9% (Schleswig-Holstein), mit regionalen Spitzenwerten von 5 bis über 13 Prozent.

Dieser Wandel in der Diagnostik und folglich auch im Spektrum der Krankheitsstadien hat natürlich auch große Auswirkungen auf die Versorgungsergebnisse und deren Messung. Hinzu kommt die Zunahme hochbetagter, multimorbider Patienten, bei denen Folgekrankungen und Akutereignisse nicht nur diabetesbedingt zum Tragen kommen. Ohne hinreichende Betrachtung dieser Veränderungen könnten schnell Fehlschlüsse in Bezug auf die Entwicklung der Versorgungsqualität gezogen werden.

Was sind für Sie Qualitätsindikatoren anhand deren Sie Versorgungsqualität Diabe-

tes bewerten bzw. sogar messen?

Auf den ersten Blick erscheint es einfach, etwa die klassischen Outcome-Parameter einer Diabetes-Erkrankung, Fußamputationen, Niereninsuffizienzen, Herzinfarkte, Schlaganfälle oder gar die Mortalität zu betrachten. In einem komplexen Versorgungsgeschehen, in dem vor allem Multimorbidität und ein steigendes Durchschnittsalter der Patient*innen die Realität bestimmen, ist das aber nur bedingt aussagekräftig.

Schaut man hingegen auf Prozessparameter, so fällt vor allem auf, dass Patienten, die bei einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis in Behandlung sind, häufiger geschult sind, häufiger ein Diabetes-Tagebuch führen, bessere Kenntnis des HbA_{1c}-Wertes haben, Augen und Füße regelmäßiger untersucht bekommen und natürlich auch häufiger im DMP eingeschrieben sind. Alle diese Faktoren hängen letztlich miteinander zusammen.

Die DMP haben sicherlich die Versorgungsqualität der Versicherten mit Diabetes verbessert. Sie müssten dies auch im Vergleich zu Ihren nicht in die DMP eingeschriebenen Versicherten sehen können?

In der Vergangenheit haben wir für Teilnehmer in den DMP eine signifikant niedrigere Rate der genannten „Endpunkte“ – Amputationen, Niereninsuffizienz, Herzinfarkt, Schlaganfall, Mortalität – festgestellt als für nicht teilnehmende Diabetiker. Diese Ergebnisse sind

eindeutig und werden lediglich dadurch relativiert, dass wir mit den verfügbaren statistischen Methoden eine „real life evidence“ im Sinne von Ursache und Wirkung

@ heinz@kirchheim-verlag.de

immer nur bedingt abbilden können. Alle retrospektiven Verfahren zur Adjustierung von Teilnehmern und Nichtteilnehmern können nur Einflussfaktoren korrigieren, die datentechnisch abgebildet sind. Was ist aber etwa mit der Motivation der Patienten? Ebenso die „Motivation“ oder „Leitlinien-Affinität“ bei den Behandlern? Wenn wir unterstellen, dass bei freiwilliger Teilnahme in den DMP vor allem Ärzt*innen und Patient*innen mit überproportionaler Bereitschaft zu einem strukturierten, aktiven und nachhaltigen Krankheitsmanagement zu finden sind, können die besseren Behandlungsergebnisse auch partiell ein Selbstselektionseffekt sein, den wir aus allen verfügbaren Daten nicht erkennen können. Dafür spricht übrigens auch die höhere Schulungsquote, der höhere Anteil an Patienten, die in einer DSP mitbehandelt werden und sogar die höhere Kodierqualität in den DMP. Die Frage ist immer: Wurde die Diabetes-Behandlung durch die DMP besser oder findet sich die „bessere Diabetes-Behandlung“ sozusagen systematisch in den Programmen. In jedem Fall könnte man aber aus der Performance in den DMP lernen, um „best practice“ möglichst flächendeckend zu verbreiten. Besonderes Augenmerk verdienen dabei auch Patienten, die nur teilweise in den DMP eingeschrieben sind, also z.B. wegen versäumter Schulungen oder Quartalsuntersuchungen wieder ausgeschrieben werden müssen. So sehen wir bei Betrachtung der Patienten, die

„Wir sehen in der ambulanten Versorgung mehr Diabetes-Kodierungen in frühen Krankheitsstadien.“



Die Schulung – ein elementarer Bestandteil in den DMPs.

im vergangenen Jahr mindestens einen Tag am DMP teilnahmen, bundesweit eine Quote von 68%. Weit überdurchschnittlich bei rund 75% liegen hierbei Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Sachsen, am unteren Ende mit nur knapp über 60% Bayern, Hessen, das Saarland und Mecklenburg-Vorpommern. Ganzjährig eingeschrieben sind hingegen bundesweit nur 59% der Diabetes-Patienten. Die genannten Spitzenregionen kommen hier auf Werte um 67%, die Regionen mit den niedrigsten Einschreibequoten auf etwas mehr als 50%. Ziel sollte es sein, vor allem die schwer motivierbaren Teilnehmer besser in den Programmen zu halten und damit strukturiertes, aktives und nachhaltiges Diabetesmanagement vor allem dort zu fördern, wo noch Nachholbedarf besteht.



Erfolgsfaktor: das qualifizierte nicht-ärztliche Praxispersonal in die tägliche Arbeit einbinden.

Im Rückblick auf die letzten zehn Jahre: Wo sehen Sie Verbesserungen in der Versorgungsqualität Diabetes und wo stagniert die Qualitätsentwicklung?

Die DMP sind eine wichtige Grundlage, die aber kontinuierlich gepflegt und weiterentwickelt werden muss. Eine konsequente Patienten- und Prozessorientierung, die auch die systematische Einbindung des qualifizierten nichtärztlichen Praxisper-

sonals mit einschließt, lässt sich nur bedingt verordnen, erscheint aber insgesamt ein wichtiger Erfolgsfaktor zu sein! Gezielte Qualitätsentwicklung, z.B. nach dem Vorbild des „Chronic Care Model“ wäre daher auch in den DMP geboten.

Weiterhin sollte die Digitalisierung und Vernetzung sowohl zwischen Arzt und Patient als auch zwischen den Behandlungsebenen offensiv vorangetrieben werden. Drittens brauchen wir noch mehr als bisher eine sektorenübergreifende Ausrichtung in der Diabetesversorgung. Kliniken müssen noch besser in eine qualitativ hochwertige Versorgung von Diabetespatienten einbezogen werden. Telemedizinische Konsile zwischen Fachkliniken und anderen Kliniken und Praxen sowie gemeinsame elektronische Prozesse wie z.B. ein elektronischer Medikationsplan zur Erkennung und Vermeidung von Risiken in der Arzneimitteltherapiesicherheit gilt es flächendeckend zu etablieren.

Mit den DMP wurde auch für die Patienten mit Diabetes die dreistufige Versorgungs pyramid e für den Versorgungsprozess zugrunde gelegt. Hat sich diese Versorgungs pyramid e in der Routine der Versorgung bewährt bzw. wo müsste diese Versorgungsstruktur noch optimiert werden?

Insgesamt muss man feststellen, dass die „dritte Versorgungsebene“, also diabetologisch spezialisierte Kliniken nur einen geringen Anteil an der Versorgung in den DMP haben. Das liegt vor allem daran, dass der größte Teil der Diabetesversorgung

ambulant erfolgt. Nur ca. zwei Prozent aller Diabetespatienten werden pro Jahr mit einer Hauptdiagnose Diabetes mellitus stationär behandelt. Hingegen kommen etwa ein Drittel aller Diabetiker ein- oder mehrmals jährlich wegen anderer

„Diabetologisch spezialisierte Kliniken haben nur einen geringen Anteil an der Versorgung in DMPs.“

Behandlungsanlässe ins Krankenhaus. In diesen Fällen wird der Diabetes häufig auch nicht als Nebendiagnose kodiert. Mutmaßlich wird Diabetes als „Begleiterkrankung“ also bei vielen

stationären Behandlungen vernachlässigt – eindeutig ein Ansatz zur Qualitätsverbesserung!

Diese stationäre Versorgung erfolgt jedoch zumeist nicht in den diabetologisch spezialisierten Einrichtungen oder Fachabteilungen. Das bedeutet, dass wir eher die diabetologische Qualität im Querschnitt betrachten sollten und überlegen, wie spezialisierte Kliniken ihr Wissen gezielt fallbezogen an anderen Kliniken transportieren können. Mit telemedizinischen Konsilen etwa findet an anderer Stelle z.B. in der Intensivmedizin ein strukturierter Informationsaustausch mit hochspezialisierten Expert*innen statt. Diese Modelle, die teilweise im Innovationsfonds erprobt werden, haben nicht zuletzt in der Corona-Pandemie schon Schule gemacht.

Spezialisierte Diabeteskliniken sollten auch in der ambulanten Versorgung eine größere Rolle spielen. Schließlich geht auch die Aus- und Weiterbildung in der Diabetologie maßgeblich von den klinischen Spezialisten aus. Diesen Bereich zu schwächen, würde den Fortbestand der Diabetologie langfristig auch in der ambulanten Versorgung gefährden.

Vielen Dank für das Gespräch!