

W. A. Scherbaum
H. Hauner

Versorgung von Menschen mit Diabetes in Deutschland – wo stehen wir heute?

Care provision of persons with diabetes in Germany: what is the present position?



Prof. Dr. W.A. Scherbaum,
Düsseldorf



Prof. Dr. H. Hauner,
Düsseldorf

Der Diabetes mellitus hat sich in den letzten Jahrzehnten zur führenden Volkskrankheit entwickelt, die inzwischen rund 10% der deutschen Bevölkerung betrifft. Die Konsequenzen sind beträchtlich: Diabetiker haben

ein stark erhöhtes Risiko für mikrovaskuläre Folgekrankheiten, wie Retinopathie, Nephropathie und Neuropathie. Ebenso ist das Risiko für arteriosklerotische Komplikationen, wie Herzinfarkt, Schlaganfall und periphere arterielle Verschlusskrankheit bei Diabetikern gegenüber Nicht-Diabetikern auf über das Doppelte erhöht. Die gesundheitsökonomischen Folgen dieser Epidemie sind dramatisch. Bis zu 25% der Ausgaben in den Gesundheitssystemen der Industrieländer müssen für Menschen mit Diabetes mellitus aufgewendet werden (1). Dabei schlagen vor allem die Kosten für die weitgehend vermeidbaren Folgeerkrankungen zu Buche, die die Aufwendungen für die eigentliche Diabetestherapie deutlich überschreiten (6).

Die St. Vincent-Deklaration und ihre Konsequenzen

Die Qualität der medizinischen Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus wurde erstmals in der zweiten Hälfte der 80er Jahre in größerem Umfang thematisiert. Dabei wurde rasch deutlich, dass die betroffenen Menschen zu wenig vom Kenntnisstand der Medizin profitierten, also ein Umsetzungsproblem bestand. Die daraus resultierende St. Vincent-Deklaration von 1989 formulierte erstmals ehrgeizige Ziele und Aktionspläne, um die damals höchst unbefriedigende Qualität der medizinischen Versorgung von Menschen mit Diabetes zu verbessern (14). Obwohl die konkreten Ziele nicht realisiert werden konnten, war es das große Verdienst dieser Initiative und ihrer Befürworter, zunächst Aufmerksamkeit für dieses Thema geschaffen und viele Aktivitäten auf unterschiedlichen

Ebenen angestoßen zu haben, die sich langfristig sehr positiv ausgewirkt haben. So z.B. einige Aktivitäten der Deutschen Diabetes-Gesellschaft wie die Etablierung des Diabetologen DDG, der Diabetesberaterin bzw. Diabetesassistentin DDG und die Zertifizierung von qualifizierten Schulungs- und Behandlungseinrichtungen. Daneben waren die Einführung evaluierter Schulungsprogramme und des Gesundheitspasses Diabetes wichtige Meilensteine, um die Qualität der Diabetesversorgung zu verbessern.

Hat sich die Diabetikerversorgung in Deutschland wirklich verbessert?

Da Versorgungsforschung in Deutschland wegen fehlender Ressourcen kaum stattfindet, stehen nur wenige Daten zur Beantwortung dieser Frage zur Verfügung. Danach hat sich die Struktur- und Prozessqualität in den letzten 15 Jahren deutlich verbessert. Während im Jahr 1988 nur bei 8% aller Diabetiker im Laufe des Jahres eine HbA1c-Messung abgerechnet wurde (3), stieg der Anteil auf rund 60% im Jahr 2001. Auch die Blutzuckerselbstkontrolle wird von insulinbehandelten Patienten heute wesentlich häufiger und intensiver genutzt als dies 1988 der Fall war. Allerdings führt die große Mehrheit der nicht insulinbehandelten Diabetiker weiterhin keinerlei Stoffwechselfkontrolle durch. Auch wichtige Screeningmaßnahmen zur Erkennung von diabetestypischen Komplikationen werden so gut wie nicht (Mikroalbuminuriebestimmung) oder völlig unzureichend (Fundoskopie) eingesetzt. Gerade die Betreuung von Menschen mit Typ-2-Diabetes ist unbefriedigend bzw. auf einem Niveau, der bestenfalls einer Minimalversorgung entspricht. Inwieweit sich die Ergebnisqualität verbessert hat, ist weniger gut zu beantworten, da die wenigen Studiendaten widersprüchlich sind. So zeigt eine Studie aus Jena, in der die Diabetestherapie und ihre Ergebnisse von 1994/95 mit der Situation 1989/90 verglichen wurde, dass trotz eines gewachsenen Aufwands und Ressourcenverbrauchs der mittlere HbA1c-Wert nicht verbessert werden konnte: Eine Ausnahme bildeten Patienten, die von Diabetesspezialisten betreut wurden (12). Eine ähnlich schlechte Stoffwechselfeinstellung fand sich bei Diabetikern, die in hausärztlichen Praxen betreut wurden (4).

Korrespondenz

Prof. Dr. med. W. A. Scherbaum, Prof. Dr. med. H. Hauner · Deutsches Diabetes-Forschungsinstitut · Aufm Hennekamp 65 · 40225 Düsseldorf

Bibliografie

Dtsch Med Wochenschr 2003;128:1159–1160 · © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0012-0472

Neuere Untersuchungen lassen sich dahingehend interpretieren, dass bei strukturierter Betreuung eine bessere Stoffwechselein- stellung erzielt werden kann. So wurde bei den deutschen Teil- nehmern der CODE-2-Studie, die im Jahr 1998 untersucht wur- den, ein deutlich günstigerer mittlerer HbA1c-Wert von 7,5% be- richtet (7). Noch bessere Ergebnisse wurden kürzlich bei sächsi- schen Patienten gefunden. Wie Schulze et al. in ihrem Beitrag in diesem Heft darstellen, lag der mittlere HbA1c-Wert im 4. Quar- tal 2001 bei 6,8%. Diese Studie ist ein wichtiger Hinweis dafür, dass ein strukturiertes, integriertes Betreuungsmodell zumin- dest kurzfristig zu einer Stoffwechsel- und Blutdruckverbesse- rung führt. Zur Versorgung von Patienten mit Typ-1-Diabetes ist derzeit nur eine bevölkerungsbasierte Studie verfügbar, die 1995/ 96 in Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurde. Ihre Ergebnisse zeigten, dass die überwiegende Mehrzahl dieser Personen eine Schulung erhalten hatte, eine intensivier- te Insulintherapie betrieb, regelmäßige Blutzuckermessungen durchführte und regel- mäßig an Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Fol- geschäden teilnahm. Der mittlere HbA1c-Wert lag in dieser Gruppe allerdings bei 8,0% (2). Im Vergleich mit anderen europä- ischen Ländern ist die Versorgung von Typ-1-Diabetikern in Deutschland exzellent (1). Die vorgestellten Studien und nicht veröffentlichte Daten, z.B. von Teilnehmern am Diabetesstruktur- vertrag Nordrhein, legen nahe, dass sich die Stoffwechselkontrol- le vor allem von Patienten, die im Rahmen von strukturierten Di- abetesverträgen betreut wurden, verbessert hat. Inwieweit sich dies in einer niedrigeren Inzidenz von diabetestypischen Komplika- tionen niederschlägt, bleibt abzuwarten. Immerhin ermutigen diese Zahlen zur Hoffnung, dass die neuen strukturierten Be- handlungskonzepte zu einer Verbesserung der Versorgungsquali- tät führen können. Das in diesem Heft vorgestellte retrospektive Studiendesign von Martin und Mitarbeitern könnte geeignet sein, auf breiter Ebene versorgungsrelevante Behandlungsabläufe in der Praxis zu registrieren und gezielte Steuerungsmaßnahmen zu entwickeln (8). Dass in der Versorgung von Patienten mit Diabe- tes in den letzten Jahre Fortschritte erzielt wurden, zeigen auch die Ergebnisse von Untersuchungen zur Arzneimittelversorgung. Dem Beitrag von Rathmann und Giani in diesem Heft lässt sich entnehmen, dass die Pharmakotherapie von Diabetikern, die 1998 im Rahmen des Bundesgesundheits surveys identifiziert wurden, weitgehend den aktuellen Behandlungsempfehlungen entspricht. Bei der Behandlung einer begleitenden Hypertonie oder Dyslipidämie liegt allerdings eine Unterversorgung vor, die im Vergleich zu früheren Studien geringer geworden ist (9).

Disease Management Programm Typ-2-Diabetes

Aus verschiedenen Überlegungen, die hier nicht alle zu erörtern sind, wurde in den letzten Jahren vor allem von Seiten der Kos- trenträger das Konzept von sog. Disease Management Program- men für chronische Krankheiten propagiert. Im Grunde handelt es sich nur um einen neuen Namen für die bereits praktizierte strukturierte Diabetestherapie mit dem Unterschied, dass der Hausarzt im Mittelpunkt des Versorgungskonzepts steht und als Primärarzt der wichtigste Betreuer von Menschen mit Typ-2- Diabetes bleibt. Kontrovers diskutiert werden in diesem Kontext die inhaltliche Ausgestaltung einschließlich der anzustre- benden Therapieziele sowie die Vernetzung mit Diabetespezia- listen im ambulanten wie im stationären Bereich. Im Beitrag von Hauner et al. in diesem Heft wurde erstmals ein neu entwi-

ckeltes Diabetessimulationsmodell eingesetzt, um die Auswir- kungen unterschiedlicher Therapieziele auf das Komplikations- risiko abzuschätzen. Die derzeitige Diskussion legt nahe, dass noch ein gewisser Überarbeitungsbedarf besteht, und es bleibt zu hoffen, dass sich alle Teilnehmer stärker als bisher um eine pragmatische und finanzierbare Lösung bemühen. Das derzeit verabschiedete DMP Typ-2-Diabetes kann nur als Basispro- gramm verstanden werden. Es stellt sich jetzt die Aufgabe, für bestimmte problematische Gruppen von Diabetikern spezifi- sche, medizinisch sinnvolle und ökonomisch tragbare DMP's zu entwickeln und modellhaft im Sinne eines individuellen medi- zinischen Case Managements zu implementieren.

Diabetes-Leitlinien – Wie weit sind wir in Deutschland?

Die DDG hat seit 1999 13 evidenzbasierte Leitlinien zu verschie- denen Aspekten des Diabetes mellitus publiziert. Diese Leitlinien sollen dazu dienen, ärztliche Entscheidungen und medizinische Abläufe bei Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Langzeitbe- treuung des Diabetes zu unterstützen (11). Der Prozess der ärzt- lichen Entscheidungsfindung schließt jedoch nicht nur die Sicht des Arztes, sondern auch die gleichberechtigte Abstimmung mit den Anforderungen des Patienten ein (Shared Decision Making). Dazu hat das Deutsche Diabetes-Forschungsinstitut Düsseldorf unter der Schirmherrschaft der Deutschen Diabetes Union (DDU) und mit Unterstützung durch das Bundesministerium für Ge- sundheit und Soziales (BMGS) ein Internet-basiertes Patienten- und Bürgerinformationssystem implementiert (www.diabetes-deutschland.de), das diesen Zielen dient und stark frequentiert wird. Was jetzt noch zu tun ist Strategien und Projekte zur Imple- mentierung der Diabetes-Leitlinien auf den Gebieten der medizi- nischen Versorgung, aber auch der Aus- und Weiterbildung.

Integrierte Versorgung – das Modell der Zukunft!

Es besteht kein Zweifel darüber, dass für eine Verbesserung der Ver- sorgung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fach- disziplinen sowie eine an die jeweiligen medizinischen Notwendig- keiten angepasste Abstimmung zwischen verschiedenen Versor- gungsebenen (Hausarzt-Facharzt-Krankenhaus-Reha) erforderlich ist. Besonders deutlich kommen die derzeitigen Defizite auf dem Ge- biet der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms zum Vorschein. Die vorliegenden Daten zeigen, dass die Amputationshäufigkeit bei Diabetikern gegenüber Nichtdiabetikern 30–40fach erhöht ist und dass sich die Zahl der Amputationen in den letzten 10 Jahren nicht reduziert hat. Hier wäre dringend zu empfehlen, ein spezifisches Di- sease-Management-Programm im Rahmen einer integrierten Ver- sorgung aufzulegen. Eine weitere Herausforderung sind die vielen Patienten mit Diabetes mellitus, die wegen akuter kardiovaskulärer Komplikationen, z.B. wegen eines akuten Koronarsyndroms oder eines Herzinfarkts in kardiologischen Abteilungen behandelt werden. Über ein Drittel der Herzinfarktpatienten haben einen Diabetes mel- litus und sind diesbezüglich nicht suffizient behandelt. Hier ist eine Einbindung des Diabetologen in die internistische Gesamtbetreuung erforderlich. Somit besteht Bedarf für zusätzliche Betreuungspro- gramme, die auf Patienten mit spezifischen Problemen zugeschnit- ten sind und die von den geplanten DMPs nicht zu leisten sind.

Literatur im Internet unter: www.thieme-connect.de