„Translations-Konferenz“ von HTW, MVF und DGIV – Thema 1: Diabetisches Fußsyndrom (DFS)

# Erhalt von Extremität, Mobilität und Lebensqualität

Der Innovationsfonds fördert nur solche Projekte, die nach der positiven Evaluation in die Regelversorgung überführt werden können. Doch gibt es viele Projekte, die bereits in Selektivverträgen realisiert sind und die eine nachgewiesene positive Wirkung auf die Versorgung der Patienten haben. Da stellt sich die Frage: „Wie können auch solche Innovationen flächendeckend in der Regelversorgung realisiert werden?“ Mit Antworten darauf beschäftigen sich die „Translations-Konferenzen“, die von „Monitor Versorgungsforschung“ gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV) und der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin auf dem Campus Wilhelminenhof der HTW stattfinden, wobei immer ein evaluiertes Projekt im Mittelpunkt steht. Thema Nummer 1: das „Versorgungsprogramm Diabetisches Fußsyndrom“ im Rahmen eines Add-on-Vertrags nach § 73c SGB V zwischen der AOK Nordost und 26 niedergelassenen Ärzten im Berliner Raum.

>> Seit 2011 werden im „Versorgungsprogramm DFS“ von 26 Ärzten an 16 Standorten, mit einigen blinden Flecken verteilt über das Berliner Stadtgebiet, aktuell 1.439 Versicherte betreut, die am diabetischen Fußsyndrom leiden. Mit Erfolg: Laut Versichertenbefragung 2015 der AOK Nordost unter den Teilnehmern am Versorgungsprogramm zeigten sich mehr als 90 Prozent zufrieden, konnten 2016 positive Evaluationsergebnisse in MVF publiziert und im selben Jahr der MSD-Gesundheitspreis entgegen genommen werden. Ist damit die Welt in Ordnung? Weit gefehlt!

Seit Jahren überlegt sich das Topmanagement der Kasse, so Dr. Werner Wyrwich, Geschäftsbereichsleiter Indikationen der AOK Nordost, mögliche Optionen der Versorgungsverbesserung: Das beginnt bei der regionalen Ausweitung von Selektivverträgen, geht über eine stärkere Abbildung des Versorgungsansatzes DFS im DMP Diabetes und reicht bis zum „Ausrollen“ in die Regelversorgung durch KV-Vergütungsvereinbarungen. Das Problem dabei: In Deutschland gibt es keinen wie auch immer gearteten Mechanismus, der dabei helfen würde, innovative Versorgungsverbesserungen – die evident gezeigt haben, dass sie funkionieren – in die Regelversorgung zu überführen. Erschwerend kommt hinzu, dass es auch keine Verpflichtung für die Kassen gibt, positiv evaluierte Versorgungsansätze (zum Beispiel in Form einer Lizenz) zu übernehmen und diese dann den eigenen Versicherten zur Verfügung zu stellen. Im Gesetzestext steht dazu lediglich, dass der Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung hat, wozu die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Krankenhausbehandlung sowie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zählen. Diese Leistungen müssen nach § 12 SGB V lediglich dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen, müssen demnach ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen zudem das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Im Zusammenhang mit diesem sogenannten „Wirtschaftlichkeitsgebot” wird darum von vielen gesetzlichen Krankenkassen die Meinung vertreten, dass es keinen Anspruch auf die bestmögliche Versorgung, sondern eben nur auf eine angemessene Grundversorgung gibt.

| Wagner-Stadium | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dokumentationen im DMP-Bogen | 2726 | 517 | 166 | 68 | 60 | 24 |
| davon amputiert (Major- und Minor-amputationen) | 16 | 20 | 25 | 18 | 0 | 10 |

Abb.1 : Vergleichende Dokumentation des Fußstatus im DMP Diabetes der AOK Nordost und durchgeführte Amputation. Trotz niedriger Wagner-Stadien in der DMP-Dokumentation kommt es zu Amputationen, trotz schwerer Stadien zu keiner oder wenigen. Aus: Vortrag Wyrwich, 2017

Nicht so die AOK Nordost. „Wir haben bei uns Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem hohen Verständnis für die in unserer Kasse versicherten Patienten“, sagt Wyrwich, stolz darauf, „Mitarbeiter zu haben, die sich mit einer Thematik wie dem DFS in der Tiefe beschäftigen“. Und zwar so intensiv, dass ihnen bei der Auswertung von Routinedaten aufgefallen ist, dass wohl irgendwas in der DMP-Dokumentation nicht stimmen kann, wenn entweder ein Patient bei dokumentierten Wagner-Stadium 0 amputiert werden muss, oder aber bei hohen Wagner-Stadien wie 4 (s. Abb. 1) keine Amputationen erfolgen.

„In der tiefergehenden Analyse der Daten konnten wir feststellen“, so Wyrwich weiter, „dass bei etwa 1.000 unserer Versicherten kein einziges Mal die Untersuchung des Fußes nachgewiesen werden konnte.“ Das heißt aber auch, dass der Fußstatus entgegen den Maßgaben des entspre-



Prof. Dr. Klaus Semlinger, der Präsident der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin (li.), begrüßte die Teilnehmer der ersten „Translations-Konferenz“, die im Gebäude H (Bild rechts: Forschungs- und Weiterbildungszentrum für Kultur und Informatik) auf dem Campus Wilhelminenhof stattfand; gemeinsam veranstaltet von der HTW und „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) – vertreten durch MVF-Herausgeber Dr. Reinhold Roski, Professor für Wirtschaftskommunikation an der HTW – sowie der DGIV, vertreten durch den Vorsitzenden des Vorstands, Prof. Dr. Stefan G. Spitzer, sowie den Moderator der ersten Veranstaltung dieses Formats, Dr. Albrecht Kloepfer, dem Leiter des DGIV-Hauptstadtbüros (re.).


Transla tions-Ko nferenz
VERSORGUNGS FORSCHUNG
htw.
DGIV



In das Thema des Diabetischen Fußsyndroms (DFS) führten ein: Dr. Dirk Hochlenert (li.) vom Ambulanten Zentrum für Diabetologie, Endoskopie und Wundheilung in Köln, der über „Höhen und Tiefen aus 15 Jahren Netzwerkarbeit" referierte, Dr. Christian Klepzig, Leiter der Schwerpunktpraxis im Kleinen Biergrund, Offenbach am Main, der erklärte, „woran ein medizinisches Erfolgsmodell scheitern kann", und schließlich Dr. Ralf-Uwe Häußler, Facharzt für Innere Medizin und Diabetologie, Zertifizierte Fußambulanz, Berlin und Mitglied der AG Fuß der DDG, der bezüglich des Diabetischen Fußsyndroms die ebenso schwierige wie heikle Frage stellte und dann auch beantwortete: „Therapeutische Banalität oder tickende Zeitbombe?"

chenden DMP nicht regelmäßig erhoben wurde, die Dokumentationen entweder ganz fehlten oder nicht plausibel waren und demzufolge auch die eigentlich nötigen Überweisungen an spezialisierte Fachärzte nicht stattgefunden haben.

Eine Möglichkeit wäre es natürlich gewesen, das Disease-Management-Programm Diabetes Typ 2 der AOK Nordost neu aufzusetzen, um damit bestimmte qualitative Schwerpunkte setzen zu können. Der gravierende Nachteil von DMP ist nach Wyrwichs Worten jedoch der mangelnde Spielraum, der Kasse wie Leistungspartnern durch die „recht starre gesetzliche Regelung" vorgegeben ist und die dadurch begrenzte Möglichkeiten bietet, individuelle Anpassungen vornehmen zu können. Zuden werden DMP-Verträge in der GKV meistens kassenübergreifend geschlossen – dies führt häufig zu einem Minimalkonsens, der regionale Besonderheiten unzureichend berücksichtigt. Selektivverträge hingegen hätten durchaus dieses Potenzial und die Möglichkeit, auf versorgungsspezifische Problematiken einzugehen, um „die richtigen Maßnahmen für die richtigen Versicherten mit den richtigen Partnern" zu entwickeln.

Orientiert am PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) wurden daher auf der Basis von belastbaren Daten Maßnahmen entwickelt und deren Umsetzung gewagt: inzwischen mit unbefristeten Einzelverträgen mit – Stand heute – 26 niedergelassenen Berliner Ärzten, die sich vertraglich auf zwei wesentliche Hauptziele verpflichtet haben: die Vermeidung von Amputationen und die Verringerung der Rezidivquote. Aktuell werden durch diese Ärzte knapp 1.440 Versicherte an 16 Standorten betreut.

Einer dieser Ärzte ist Dr. med. Ralf-Uwe Häußler, Inhaber der Zertifizierten Diabetes-Fußambulanz am Teltower Damm, der wie seine Vorredner – Dr. Dirk Hochlenert vom Ambulanten Zentrum für Diabetologie, Endoskopie und Wundheilung in Köln, der über „Höhen und Tiefen aus 15 Jahren Netzwerkarbeit" referierte – die Dringlichkeit des Problems betonte: „Wir rechnen mit 16.000 Menschen mit einer Wunde durch den Diabetischen Fuß pro Jahr allein in Berlin", betonte Häußler, der aus seiner Tagesarbeit berichtete. Unter anderem mit einem Patienten, der zu ihm kam und damit den ersten Kontakt mit einer zertifizierten und spezialisierten Diabetes-Fußambulanz aufgenommen hatte. „Sie sehen, dass nicht nur der dritte Zeh fehlt, sondern auch noch das Metatarsalköpfchen", erklärt der Arzt anhand eines recht eindrucksvollen Bildes:
„Insgesamt ist dieser Fuß durch die sichtbare Amputation schon extrem verändert", wies Häußler nicht nur auf den fehlenden Zeh, sondern auch auf die typische Krallenzehform hin und sagt kopfschüttelnd: „Und so kommt dieser Patient das erste Mal zu uns! Da bleibt einem zuerst einmal die Spucke weg, oder?"



Beispiel: Männlicher Patient, 68 Jahre, BMI 27, DM Typ 2 seit 15 Jahren, HbA1c: 8,8%, Versorgung durch Hausärztin und Diabetes-Schwerpunktpraxis (ohne Fuß-Schwerpunkt), Therapie mit Metformin 2x 1.000 mg, Insulin seit 12 Jahren (ICT). Diagnose: Insulinbehandelter Typ-2-Diabetes mellitus, Diabetische Nephropathie mit Mikroalbuminurie, Diabetische Polyneuropathie, Periphere Arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) Stadium IV und Diabetischer Fuß. Aus: Vortrag Häußler, 2017.

Auf Nachfrage aus dem Auditorium erklärte Häußler, dass der Patient vorher in keiner Schwerpunkteinrichtung behandelt worden sei, obwohl diesem theoretisch sogar eine Vertragslösung in Berlin zur Verfügung gestanden hätte. „Genau für solche Patienten müssen wir Lösungen finden", stellt der Arzt eine erste Forderung auf. Nach einer – zumindest nach Worten des Patienten – Bagatellverletztung hatte dieser eine Notambulanz aufgesucht, war dann 20 Tage stationär in eine Klinik aufgenommen worden, worauf im Anschluss 23 Tage geriatrische Rehabilitation folgten. Dennoch kam er trotz teurer Vakuumverbände und immer noch mit offenem Fuß in die Praxis von Häußler. Und tatsächlich: Zweieinhalb Monate später war der Fuß abgeheilt und der Patient würde sich am liebsten wieder in die Normalität verabschieden; doch – so Häußler – „genau da darf er nicht hin". Denn der Patient sei zwar nun nicht mehr im aktiven, dafür aber nun im inaktiven Stadium seiner Erkrankung.

Genau darum ist nach Häußlers Dafürhalten ein solcher Patient auch ein Beispiel für Strukturprobleme in der DFS-Versorgung. Denn: Dieser Patient hatte vorher nie eine adäquate Schulung zu seinem DFS erhalten. Diese sei zwar in der DMP-Schulung mit enthalten, sei aber irgendwann einmal bei Einschreibung in dieses Programm abgehalten und inzwischen längst vergessen worden. Häußler: „Damit kommen wir gleich zu unserem Berliner DMP und zu dessen Manko." In diesen sei nämlich weder eine Nachschulungsvereinbarung, noch eine Einzelschulungsvereinbarung oder gar eine Wiederholungsschulungsvereinbarung enthalten, wie sie in anderen KVen durchaus üblich sei. Daher Häußlers zweite Forderung: „Das muss dringend nachgebessert werden, damit wir auch solche Patienten auffangen können."

Erschwerdend hinzu kam aber dann bei diesem Patienten noch, dass keine regelkonforme Schuh- und Einlagenversorgung vorhanden war, wohl auch eine Gefäßintervention vor Ulkus-Entstehung fehlte – und als dann alles zu spät war – auch keine initiale schnelle Wundversorgung erfolgte. Häußler: „Dann ist es doch auch kein allzu großes Wunder, dass so etwas schief läuft." Umso mehr, als dass dieser Patient eben nicht darauf geschult worden ist, mit einer vermeintlichen Leicht- oder Bagatellverletzung sofort eine (möglichst zertifizierte) Schwerpunktpraxis für Fußprobleme aufzusuchen.

„Das größte Problem bei diesem Patienten war die fehlende interdisziplinäre, multiprofessionelle und sektorenübergreifende Behandlung", sagte Häußler. Und forderte dies umso mehr für Patienten mit oder mit beginnender DFS, die oft deshalb nur bedingt therapieadhärent seien, weil

## Dr. Dirk Hochlenert: „Höhen und Tiefen aus 15 Jahren Netzwerkarbeit“

>> „Wir haben Patienten, die sich auf sich selbst nicht verlassen können“, begann Hochlenert, der Architekt des Fußvertrags in Nordrhein und Mitgestalter des Berliner „Versorgungsprogramms Diabetisches Fußsyndrom“ der AOK Nordost, seinen Vortrag, den auch er mit einem heftigen Bild und einer traurigen Fallgeschichte startete: Ein 48 Jahre alter Diabetiker hatte seine Füße etwas zu lang an den Kamin gehalten, nur: Er bekam es aufgrund seiner Neuropathie nicht mit, dass er die Füße besser früher vom Feuer



zurückgezogen hätte. Die auf dem Foto noch oberflächlich wirkenden Wunden seien leider durch die Einstrahlung der Hitze sehr tief und brauchten viele Monate bis zum Wundschluss. „Wenn der Schmerz als Signalgeber wegfällt, dann verhält man sich automatisch nicht mehr vernünftig“, erklärt Hochlenert und setzt das vernünftig gedanklich in Anführungsstriche. „So aber haben wir Patienten, die sich auf sich selbst nicht mehr verlassen können.“ Jedoch nicht, weil sie intellektuell dazu nicht in der Lage wären, „sondern weil ihr Warnsystem nicht mehr funktioniert.“

Dieses Beispiel nimmt der erfahrende Diabetologe zum Anlass zu erklären, dass das Gesundheitssystem gerade mit solchen Patienten nicht nur „viel betreuender“ umgehen, sondern regelrecht die Versorgung um sie herum organisieren müsse. Genau das unterscheide die Indikation Diabetischer Fuß von anderen Krankheitsgebieten, in denen der Patient besser selbst als Manager seiner Krankheit aktiv werden kann.

Doch auch der Diabetologe selbst, und sei er noch so erfahren, kommt nach Hochlenerts Erkenntnis schnell an seine Grenzen. „Ein Kardiologe kann im Prinzip die Welt alleine retten“, da er selbst am Katheterplatz stehen oder Echos machen kann. „Aber wir Diabetologen haben das nicht“, sagt Hochlenert. „Wir können keine Schuhe machen, Füße operieren und können nicht podologisch arbeiten und brauchen darum viele und vor allem engagierte Partner.“ Doch genau die seien, weil sie nun einmal engagiert sind, auch oft recht schwierig. Sein Rat aus 15 Jahren Netzwerkarbeit: „Wenn einer immer Ja sagt, ist der zwar nett, aber mit dem können wir eigentlich nichts anfangen. Jemand, der eigene Vorstellungen und Ziele hat ist besser, aber auch anstrengender.“

Ein einfacher Diabetologe oder Hausarzt hat aber nach Hochlenerts Worten auch ein Wissensproblem, weil er als „Stoffwechselkünstler“ nicht automatisch gleich auch ein guter Fußarzt ist. Während des Studiums lernt man vom Diabetischen Fuß nichts und auch die organisatorischen Dinge wie Aufbau eines Netzes machen zwar Spaß, wollen aber auch gelernt sein. Arzt und Pflege sind besonders weitergebildet.

Die Fallzahlen sind so hoch, sodass ein Spezialist pro 150.000 Menschen in der Bevölkerung alle Hände voll zu tun hat. Es seien rund 7 bis 10 Prozent der Bevölkerung Diabetiker, und diese bekommen pro Jahr zu 2-4 Prozent einen akuten Diabetischen Fuß – „nicht nur eine Schwiele mit ein wenig Blut, sondern eine richtige Wunde“. Diese 2-4 Prozent machen aber alleine in Berlin rund 16.000 Betroffene aus.

Die Versorgung des DFS kostet laut der KODIM-Studie (Koster et al.) um die 2,6 Miliarden Euro pro Jahr. Vor allem, weil diese Patienten oft ins Krankenhaus eingewiesen würden. „Die DRG bewegen sich hier schnell im 10.000-Euro-Bereich“, sagt Hochlenert, und setzt dazu: „Also hohe Kosten, ein häufiges Thema, verbunden mit viel Leid.“ Darum müssten eigentlich alle Akteure daran interessiert sein, solche Patienten möglichst hochwertig zu versorgen – bevor sie stationär behandelt und oft genug amputiert werden müssen.

Die Realität sieht aber nur in wenigen Regionen so aus. Eine Veröffentlichung der Amputationszahlen der Stadt Leverkusen, die zeigte, dass sich in Punkto Amputationsrate in den Neunzigerjahren annähernd nichts verbessert hatte, war ein Schock und hat alle aufgerüttelt. Gegen Ende dieser Zeit waren die Vorläufer des DMP eingeführt worden und hatten zumindest nicht direkt einen Einfluss auf die Amputationszahlen. Der Grund dafür: die nach wie vor fehlende Koordination der vielen nötigen Partner, eine mangelnde Ausbildung und wie so oft: das leidige Thema Geld.

Ausgehend von einer ersten Idee in Hamburg war dieser Schock der Ausgangspunkt für die ersten Diabetischen Fuß-Netze, so in Leverkusen und Köln; heute gibt es bereits 7 Netzwerke mit 92 Einrichtungen, in denen rund 60.000 Betroffene versorgt werden und an denen 10 Kassen teilnehmen. Jedoch mit einem recht unterschiedlichen Grad: Während in Köln 80 Prozent der Betroffenen in diesen Verträgen behandelt werden können, sind es bis hin zu 20% in anderen Regionen.

Das ist auch der entscheidende Innovationshinderungsgrund, wie Hochlenert ausmacht: Wenn bei einem noch so gut aufgesetzten Vertrag nicht möglichst viele Kassen mitmachen, „fliegt das ganze Ding nicht los“.

Das sei das Problem des Fußvertrags in Berlin: Hier ist bisher eben nur eine Kasse, eben die AOK Nordost, mit von der Partie. Genau dieser Umstand macht den behandelnden Fuß-Ärzten Probleme, weil sie eben behandelnden Hausärzten und anderen diabetologischen Fachärzten nicht kommunizieren können: „Schickt uns alle Patienten mit diabetischem Fuß.“ Der Grund ist einfach: Deren mühevolle Behandlung kann nach dem Konzept des Fußvertrags, dass dem Rechnung trägt, nicht abgerechnet werden. Der traurige Effekt: Von den rund 16.000 alleine in Berlin lebenden Patienten mit DFS wird derzeit letztendlich nur ein Bruchteil im bestehenden Fuß-Netzwerk (besser) behandelt. Hochlenert: „Das heißt nichts anderes, als dass jeder sozusagen mit angezogener Handbremse fährt.“ In Nordrhein hingegen sei das seit 12 Jahren anders, die Ärzte können von der Behandlung der Fußpatienten leben, sich dafür weiterbilden und ihr Personal auch, da hier 80 Prozent der Versicherten in entsprechende Verträge eingebunden seien. Ein hier tätiger Fußarzt kann dadurch sehr wohl sagen, dass ihm andere Ärzte alle Patienten mit diabetischem Fuß überweisen können, da er mit den wenigen Fällen, die von Kassen nicht bezahlt würden, „schon irgendwie“ klarkomme; will heißen: Die Fußambulanz kann zwar einzelne Spezialleistungen bei diesen Patienten ablehnen, aber letztendlich muss der Patient egal bei welcher Kasse versichert, darauf vertrauen können, dass er so gut wie möglich behandelt wird, auch wenn das auf Kosten der behandelnden Spezialärzte geht – was aber eigentlich auch nicht Sinn der Sache sein kann. <<



Wie eine Krankenkasse mit den Versorgungsherausforderungen umgeht, die DFS auslöst, beleuchtete Dr. Werner Wyrwich, MBA (li.), Geschäftsbereichsleiter Indikationen der AOK Nordost und Dr. Sandra Feldt, die als ehemalige Mitarbeiterin der AOK Nordost den Fußvertrag der Kasse evaluiert und in MVF publiziert hatte. Nach einer ausführlichen Diskussion mit Plenum und Auditorium übernahm Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve (re.), Direktor Klinische Forschung und Akademische Lehre des Vivantes Netzwerk für Gesundheit, die Aufgabe, die Aussagen der Referenten und Diskutanten zusammenzuführen und ein erstes Agreement zum DFS zu entwerfen. Dieses wird in den kommenden Wochen durch die Teilnehmer der Konferenz sowie den Mitgliedern der DGIV konsentiert und dann in MVF veröffentlicht.

sie aufgrund ihrer Polyneuropathie, dem sogenannten Leibesinselschwund, ausgesetzt sind. Durch diese schleichende Veränderung der Sensibilität, gepaart mit zunehmender Schmerzunempfindlichkeit sei das DFS eine „tickende Zeitbombe". Häußler: „Erst die Ulkus-Infektion macht den Zünder scharf und die Makroangiopathie führt dann zur Explosion." Diese Entwicklung sei gerade dann häufiger zu beobachten, wenn ein Patient nicht ausreichend genug in einer zertifizierten Diabetes-Fußambulanz angebunden ist. Doch: Eben nicht nur in irgendeiner diabetologischen Schwerpunktpraxis (oder einer Klinik) ohne das nötige, aber eigens zu erwerbende Know-how.

„Was ist zu tun?", fragte Häußler rhetorisch, weil er gleich selbst die Antwort gab: „Nötig ist eine Stärkung der Regelversorgung unter Berücksichtigung aller Berufsgruppen und Professionen." Dafür gebe es zwar einen Ansatz im Mustervertrag der kassenärztlichen Bundesvereinigung zum DFS, der aber „leider bei unserer KV noch nicht angekommen" sei, womit er geschickt auf bereits von seinen Vorrednern angesprochene „verkrustete Einrichtungen" verweist. Nötig sei zudem die regelhafte Einbindung von qualifizierten ambulanten und einzelnen stationären Fußeinrichtungen als Netzwerkzentren unter der Prämisse „Fördern und Fordern". Vor allem letzteres, weil von den Behandlern eine nachzuweisende Qualifikation gefordert werden müsse. Und Fördern deshalb, da vor allem gut funktionierende DMP wichtig seien, weil diese die Basis für die Arbeit der Schwerpunktpraxen und damit auch die Basis für die Fußambulanz bildeten.

Was zu Häußlers dritter Forderung führte: „Wir brauchen funktionierende Diabetes-DMP auf allen Versorgungsebenen zu vernünftigen Konditionen." Die Versorgung im Bereich Diabetes und DFS basiere in Berlin auf inzwischen vierzehn Jahre alten DMP zum Diabetes-mellitus Typ-2, bei denen die Honorare nie angepasst worden seien: Und das, obwohl beispielsweise die in Arztpraxen tätigen Helferinnen inzwischen im Durchschnitt aller Gehaltsgruppen 32 Prozent mehr und im Osten sogar 55 Prozent mehr verdienen würden. Häußler: „Und wir Ärzte bekommen für unsere Arbeit immer noch dieselben Honorarsätze von damals."

*„Bezüglich der Evidenz hat niemand widersprochen, dass die nicht auch jetzt schon ausreicht, um eine Translation in die Regelversorgung zu fordern."*
***Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, Vivantes***

Diese Forderung ist umso verständlicher, als dass sich die Arbeit von Häußler und seine 25 Kollegen im Add-on-Vertrag für Patienten wie auch für die Krankenkasse lohnen. Nach dem Credo „Extremitätenerhalt first" sei der Aufwand zwar kurzfristig teurer im Vergleich zu Amputationen, aber mittel- und vor allem langfristig sei die bessere Versorgung auch ökonomischer.

Laut einer Veröffentlichung der Ergebnisse des Versorgungsprogramms „Diabetisches Fußsyndrom" im Rahmen eines Add-on-Vertrags der AOK Nordost (MVF 03/2016) steigt das Risiko einer Amputation:

- mit der Nicht-Teilnahme am Vertrag um 16 %
- mit jeder Altersstufe um 12 %
- bei Männern im Vergleich zu Frauen um 29 %
- bei zuvor amputierten Versicherten um 149 %
- bei Insulinpflichtigen um 31 %
- bei Versicherten mit pAVK um 8 %.

Tatsächlich erfolgten in der Interventionsgruppe (IG) 129 Amputationen, wobei rein rechnerisch die Zahl der zu erwarteten Amputationen bei 152 lag. Damit errechnen sich die Inzidenzraten für die ersten Amputationen (in 100 Personenjahren) auf 7,7 in der IG und 13,3 in der Kontrollgruppe (KG) – demnach konnten die Inzidenzraten fast halbiert werden!

Vor allem durch die Verringerung der Krankenhausaufenthalte mit Amputationen konnten im Beobachtungszeitraum (2011-2013) die Kosten in der IG (572 Versicherte) im Vergleich zur KG (1.485 Versicherte) gesenkt werden, führte Dr. Sandra Feldt aus, die für die Evaluation des Vertrags zuständig war, als sie noch für die AOK Nordost tätig war, und die Daten den Teilnehmern der „Translations-Konferenz" aus alter Verbundenheit zu ihrem Ex-Arbeitgeber präsentierte.



Diskussionsrunde (v.li.): Dr. Christian Klepzig, Dr. Ralf-Uwe Häußler, MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, Moderator Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Dirk Hochlenert, Dr. Sandra Feldt und Dr. Werner Wyrwich.

## Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Erhalt von Extremität, Mobilität und Lebensqualität“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/17), S. 26-31; doi: 10.24945/MVF.03.17.1866-0533.2015


## Dr. Christian Klepzig: „Woran ein medizinisches Erfolgsmodell scheitern kann“

>> „Wir sind für Hessen untypisch sehr erfolgreich gestartet“, erinnert sich Klepzig an die Anfänge seiner Netzwerkarbeit mit dem Ziel, auch in Offenbach einen Fuß-Vertrag zu realisieren. Untypisch sei es deshalb gewesen, „weil in Hessen der niedergelassene Diabetologe mit einer KV leben muss, die bis vor fünf Jahren für die Fachgruppe der Diabetologen wenig übrig gehabt“ habe. In Offenbach und einem Teil Frankfurts hingegen gab es die „glückliche Fügung“ die richtigen Partner zu finden – mit „einem starken gemeinsamen Willen, etwas zu verbessern und zu verändern“. Ausgegangen sei das Ganze von Offenbacher Hausärzten, die für ihre Patienten mit DFS eine integrierte Versorgung aufsetzen wollten; doch beileibe nicht aus reinem Altruismus heraus, sondern weil fast jeder Hausarzt froh ist, eine Anlaufstelle zu haben, an die er die betroffenen Patienten guten Gewissens überweisen kann. Da aber zu einer integrierten Versorgung auch der stationäre Bereich gehört, waren schnell zwei Klinikchefärzte in Offenbach und einer in Frankfurt – selbst ein „fußverrückter“ Diabetologe – gefunden, die an diesem Fuß-Netz mitarbeiten wollten. Dazu kamen zwei niedergelassene Diabetologen mit „Liebe zum Fuß“, Klepzig selbst sowie eine „gesetzliche Krankenversicherung, die AOK, die mitgespielt hat“. Dann ging es Schlag auf Schlag:

- 2003 Konzeptionierung des Projekts „Fußambulanz“
- Beginn des Betriebs ab Mitte 2004
- Ab 2005: Wiederholte Vorstellung des Projektes bei GKV
- Ab Mitte 2006: Verhandlungen mit der AOK Hessen
- Seit Juni 2007: IV-Vertrag Diabetischer Fuß

Die Realität holte Klepzig und seine Netz-Partner indes recht schnell ein, da es einen frühen Wechsel der personellen Zuständigkeiten bei der Kasse gab, so dass der eigentlich geplante Projektbeirat, der den Vertrag hätte weiterentwickeln sollen, nie zustande kam, und darum auch bestehende Schwächen des Vertrages nicht nachgebessert wurden. Zudem erfolgte zum 1. Juli 2013 der Verkauf des Offenbacher Klinikums „für die symbolische Summe von einem Euro an einen privaten Klinikbetreiber“, am 1. April 2014 sei der bisherige Chefarzt der Med. Klinik II ersetzt worden und die Fußbehandlung hatte – so Klepzig – „in der Klinikdiabetologie plötzlich keinen Stellenwert mehr“. Mit dem traurigen Effekt vor allem auch für die behandelten Patienten, dass trotz positiver Evaluation und der Erreichung der vereinbarten Vertragsziele zum 30. Juni 2015 die Kündigung des Kooperationsvertrages erfolgte.

Diese Erfahrungen führen Klepzig zu der Forderung, dass es bei Krankenkassen nicht vom Zufall der personellen Besetzung abhängen darf, ob die Versorgung des DFS in entsprechenden Verträgen verbessert wird oder nicht. Zum zweiten müsste es seiner Meinung nach sichergestellt werden, dass „der die Behandlung koordinierende ambulante Diabetologe in die Kliniken insoweit hineinwirken“ können müsste, damit sich „die Strukturen und Abläufe der Versorgungsoptimierung unterordnen“. <<

**Majoramputationen pro 100 Patienten**

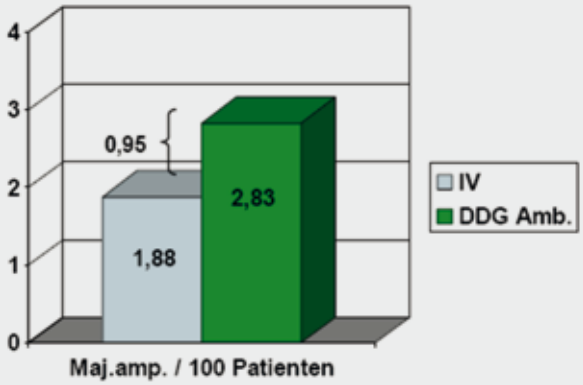



Abb.: Das Delta zwischen Regelversorgung und IV-Versorgung beträgt 0,95 – somit war das Vertragsziel erreicht. Aus: Vortrag Klepzig, 2017.

Die Evaluation zeigte, dass sich bei den Patienten mit Wunden Einsparungen ergeben, die die Programmkosten überstiegen, wobei – naturgemäß bei derartigen Interventionen – in der Phase der Prophylaxe bei den eingeschriebenen Patienten mehr Kosten entstanden sind.

Anzumerken ist jedoch, dass die eingeschriebenen Patienten Merkmale einer fortgeschritteneren Diabeteserkrankung aufwiesen, so waren sie zum Beispiel in höherem Maß insulinpflichtig und benötigten mehr Krankenhausaufenthalte. Darum hatten die beobachteten Mehrkosten in der Prophylaxe mit dem Diabetischen Fuß grossenteils nichts zu tun und wären auch ohne ein DFS-Versorgungsmodul bei diesen Patienten entstanden.“

Das müßte jedoch genauer in Folgestudien untersucht werden, um die Rolle bestimmter Confoundern näher zu erforschen – wie etwa auf die Variable „Insulinpflicht“, da dies bei Diabetikern häufig mit höherem Schweregrad und/oder längerer Diabetesdauer assoziiert ist, was Einfluss auf verschiedene Ergebnisparameter haben wird.

Dennoch, meinte Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, der Direktor Klinische Forschung und Akademische Lehre des Vivantes Netzwerk für Gesundheit, der nach einer ausführlichen Diskussion mit Plenum und Auditorium die schwierige Aufgabe übernommen hatte, ad hoc ein erstes Agreement zum DFS vorzubereiten: „Bezüglich der Evidenz hat niemand widersprochen, dass die schon jetzt ausreicht, um eine Translation in die Regelversorgung zu fordern, genau das werden HTW, DGIV und MVF nun vorbereiten und mit den Teilnehmern der Konferenz sowie den Mitgliedern der DGIV in den kommenden Wochen konsentieren.“ <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

## Literatur


Feldt, S., Riesner, P., Grabley, L.: „Qualifizierte ambulante Versorgung bei Diabetischem Fußsyndrom im Rahmen eines IV-Vertrags“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) 03/16, S. 33-36

Kröger, K., Berg, C., Santosa, F., Malyar, N., Reinecke, H.: Lower limb amputation in Germany – an analysis of data from the German Federal Statistical Office between 2005 and 2014. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 130–6. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0130


## Link

Unter folgendem Kurz-Link finden Sie die Open-Access-Dokumentation (Vorträge/Audiomitschnitte) der „Translations-Konferenz“: http://bit.ly/2oDkILn