Diabetes Mediendialog 2012

Vom Einzelwert zur Therapie-Managementkultur

Dass die Therapie von Diabetes eine der schwierigsten aller Erkankungen ist, ist seit langem bekannt. Das liegt zum einen daran, dass der von Diabetes betroffene Mensch sehr lange Zeit nichts spürt, was sich nicht unbedingt positiv auf die Compliance auswirkt. Dabei gilt bei Diabetes wie bei vielen anderen Indikationen: Je früher die Erkrankung diagnostiziert wird, je eher eine adäquate Therapie – einhergehend mit Lebensstiländerungen - einsetzt, desto höher sind die Erfolgschancen, ein möglichst langes beschwerdefreies Leben zu führen. Dazu braucht es zum einen die Einsicht, den Lebensstil zu ändern, zum zweiten eine adäquate Medikation und drittens die Möglichkeit, überhaupt sowohl frühzeitig, als auch schnell und zeitnah Einfluss nehmen zu können. Die bietet einzig und allein die Blutzuckerselbstkontrolle, mit deren Ergebnissen ein Diabetiker seinen Diabetes steuern kann. Dieses individuelle Selbstmanagement muss jedoch ergänzt werden durch ein sektorenübergreifendes Diabetes Management, wie es im Fokus des „Diabetes Mediendialogs" stand, den einmal mehr das Unternehmen Roche Diagnostics veranstaltet hat, das sich selbst auf den Weg von einem Diagnostic-Anbieter zum Diabetesmanagement-Provider begeben hat.

>> Die seit 1965 mögliche Blutzuckerselbstbestimmung gilt einerseits nicht nur als der wichtigste Meilenstein in der Diabetes-Therapie, sondern ist andererseits auch Grundlage der modernen Therapiestrategien und auch Disease-Management-Programme für Diabetes. Sie ist aber andererseits seit 2009 mit einem negativen Abschlussbericht des IQWiG zu Harn- und Blutzuckermessstreifen und einem im März 2011 ebenso negativen Beschluss des G-BA behaftet, der einen seit 1. Oktober 2011 mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger aktiven Erstattungsausschluss nach sich zog.

Dass es in der Medizin nichts ungewöhnliches ist, wenn Innovationen von der Erfindung bis zur Anerkennung einen langen Weg gehen müssen, beschrieb Prof. Dr. Florian Steger, Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin in Halle, an den Beispielen der Anatomiegeschichte des 16. Jahrhunderts, der Bakteriologiehistorie der zweiten Hälfte des 19. bzw. ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts sowie der Prionhypothese eines nukleinsäurefreien infektiösen Agens aus dem Jahre 1982 und der Entdeckung des Helicobacter pylori als Ursache des gastroduodenalen Ulcus durch Marshall und Warren im Jahre 1983.

Obwohl diese Beispiele nun überhaupt nichts mit Diabetes zu tun haben, zeigen sie nach Steger indes medizinhistorisch sehr prägnant auf, warum auch gehaltvolle und innovative Ideen lange, mit zahlreichen Irrungen und Wirrungen versehene Wege von der Idee bis zur Umsetzung in die Praxis vor sich haben. Seine rhetorische Frage, ob „das Selbstbild der immer innovationsfreudigen, dem wissenschaftlichen Fortschritt verpflichteten und streng objektiven Medizin - besonders der praktizierten Medizin - der medizinhistorischen Realität standhalten" kann, beantwortet Steger ziemlich eindeutig mit zwei Statements: „Fortschritt hat es bei der Umsetzung in die medizinische Praxis schwer" und „Innovation und Qualität von Ideen sind keine Garanten für eine rasche Umsetzung in der medizinischen Handlungspraxis". Steger weiter: „Alle vier Beispiele können zeigen, wie schwierig es gute, richtige und später zum Teil als außerordentlich wegweisend erachtete Ideen auf dem Weg zur Umsetzung in der Praxis hatten. Insofern kann die These, Fortschritt habe es in der Medizin leicht, vor allem dann, wenn innovative Ideen in der praktizierten Medizin zur Anwendung gebracht werden sollen, nicht aufrechterhalten werden." Innovation habe es vielmehr recht schwer, wenn innovative Ideen in der Medizin zur Anwendung kommen sollen - unabhängig von Qualität und Innovationskraft einer Idee.

Welche Innovationshemmnisse sind es nun, die der Umsetzung eines auf vom Patienten generierten Daten basierenden Diabetes Managements entgegenstehen? Das sind sicher die in den Beispielen Stegers formulierten mentalen Beharrungsvermögen von Autoritäten und Strukturen. Das ist aber auch die Art und Weise, welche Erfahrungen und Anwendungen in der Praxis Anklang finden und welche nicht. „Hier haben wir eine Möglichkeit, Innovationen zu fördern oder zu bremsen", führte Moderator Prof. Dr. Oliver Schnell, Geschäftsführender Vorstand der Forschergruppe Diabetes am Helmholtz-Zentrum München, in der anschließenden Diskussion aus. Seine Meinung: „Innovationen kommen häufig aus der Praxis."



Prof. Dr. Florian Steger, Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin, Halle.

Eine solcher Innovationsschritt ist das Diabetes Management. Es ist entstanden aus der Erkenntnis, dass einerseits die Therapieziele von Diabetespatienten immer noch zu selten erreicht werden und die alleinige Fokussierung auf neue Behandlungsoptionen und den $HbA1_c$-Wert nur selten zum gewünschten Erfolg führt, wie Schnell in seinem Vortrag zum Diabetes Management erklärte, dem er die Unterzeile „elektronische Spielerei oder ganz neue Prozesskultur" verlieh. Seine feste Überzeugung: „Die individuelle Bandbreite der Glukoseprofile bei Diabetespatienten offenbart sich erst durch die Blutzuckerselbstkontrolle." Sie decke auch auf, was - Stichwort glykämische Variabilität - durch den $HbA1_c$ nicht sichtbar werde: Hypoglykämien und postprandiale Blutglukoseexkursionen.

Studien wie „INCA", „STeP", „DECIDE" (s. MVF 03/11) oder die neue „ROSSO-in-Praxi" verdeutlichten, wie ein innovatives Management von Blutglukosewerten das Outcome von Diabetespatienten verbessern kann. Aber nicht nur therapeutische Parameter wie $HbA1_c$ und Körpergewicht würden laut Schnell signifikant verbessert. Es steige auch die Lebensqualität nachhaltig an; ein Faktor, der ebenso wie allgemeines Wohlbefinden im Ausland eine weitaus größerer Rolle spiele als hierzulande.



Blick ins Auditorium des „Mediendialogs 2012“ in Hohenkammer bei München.

All diese Studien zeigen nach Worten Schnells, wie strukturierter Einsatz der Blutglukoseselbstmessung inklusive Visualisierung, Präsentation und Trendanalyse der Ergebnisse den Weg für ein optimiertes Diabetes Management bereiten. Die Studien seien aber auch Beispiel und Motor für Schrittinnovationen, die den erfolgreichen Einsatz einer elektronisch basierten Diabetes-Management-Software ermöglichen. Doch die könnte nur dann, wenn sie gut in Schulungs- und Teamstrukturen der Diabetesbetreuung eingebettet sei, ihr Potenzial voll entfalten. Wenn dies aber gelänge, sei die Basis für eine erfolgreiche Weiterentwicklung des Diabetes Managements „auf dem Weg zu einer personalisierten Medizin in großer Effizienz und bei hoher Zufriedenheit der Patienten“ geschaffen. Schnells Conclusio: „Diabetes Management lässt sich somit auffassen als Beispiel einer neuen Prozesskultur, die deutlich über rein elektronische Lösungen hinausreicht.“

Vorteile eines IT-gestützten Diabetes-Datenmanagements

Dass Diabetes Management aber auch eine ganz elementare elektronische Lösung darstellt, beschrieb Dr. Wolfgang Hauth, niedergelassener Arzt in einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis in Alzey, in seinem Vortrag „Diabetesdatenmanagement und Prozesse - Anforderungen an ein Informations- und Wissensmanagement in einer Praxis“. Seiner Erfahrung nach könne die medizinische Versorgung von Menschen mit Diabetes als einer sehr heterogenen Patientengruppe mit ihren höchst unterschiedlichen Diabetesproblemen nur erfolgreich sein, wenn die Expertise zahlreicher Professionen in einem einrichtungsübergreifenden Behandlungspfad organisiert sei. Doch ebenso müsste gewährleistet sein, dass entlang des Behandlungspfades die relevanten Informationen über den Patienten auch zeitgleich mit dem Patienten am Ort des Geschehens seien, wozu nach Hauth einrichtungsintern einige Herausforderungen bewältigt werden müssten.

Dazu gehörten eine einrichtungsinterne Prozesslandschaft, aber ebenso die Entwicklung von Kooperationen sowie die Steuerung von Informationen und die gemeinsame Wissensentwicklung. Hauths Plädoyer für eine durchgängige IT-Infrastruktur: „Im täglichen Ablauf brauchen Ärzte und Diabetesberaterinnen in einer Praxis Unterstützungsinstrumente, um die auf sie einprasselnde Flut an Informationen richtig zu kanalisieren und zu verwenden.“

Ein wichtiger Teil ist für Hauth das elektronische Diabetes-Datenmanagement, das seiner Ansicht nach mit dafür sorgt, eine valide Datenbasis für die therapeutischen Entscheidungen in der Beratung von Menschen mit Diabetes zu bekommen. Es beschleunige die Aufbereitung der Daten, schaffe die Zeitressourcen, um sich mit dem Patienten zu beschäftigen, erhöhe aber auch edukativ die Bedeutung der Stoffwechselkontrolle. Darum hat er in seiner Praxis einen festen Prozess beschrieben, wie Diabetesdaten aufzubereiten sind, welche Funktionen die Diabetesberaterinnen haben, wann welche Daten erhoben und wann dem behandelnden Arzt



Prof. Dr. Oliver Schnell, Forschergruppe Diabetes am Helmholtz-Zentrum München.



Dr. Wolfgang Hauth, niedergelassener Arzt in einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis in Alzey,

vorzulegen sind.

Ein mikroskopisch kleines Beispiel dieser Prozesskette beginnt bereits dann, wenn ein Patient, die Praxis betritt:

1. Das Tagebuch wird entgegengenommen
2. Das Blutzuckermessgerät wird inspiziert (z.B. Sauberkeit)
3. Ggf. wird eine Gerätekontrolle vorgenommen
4. Die gepeicherten Daten werden ausgelesen
5. Die Daten werden bewertet
6. Ein Korrekturvorschlag wird in die elektronische Patientenakte (EPA) eingetragen
7. Ggf. wird ein Beratungstermin vereinbart

Schon dieser erste Schritt-Prozess führt nach Hauth nicht nur zu einer besseren Datenqualität, sondern auch zu einer Zeitersparnis, weil die Daten, die eine schnelle Übersicht über die Stoffwechselqualität garantieren, nicht mehr händisch übertragen werden müssen. Doch ebenso würden die Blutzuckermessgeräte, die durch den Prozess zwingend mitgebracht würden, durch den Patienten auch besser gepflegt.

Alles in allem stellt für Hauth ein IT-gestütztes Diabetes-Datenmanagement einen „kritischen Erfolgsfaktor" dar, der sich vor allem in folgenden Punkten manifestiert:

- Information und Wissen (Strategie)
- Prozessorientierung (Effektivität)
- Ressourcenorientierung (Effizienz)
- Qualität der Teamarbeit (shared view)
- Berufszufriedenheit

Das, was in der Diabetes am Anfang steht, ist beispielsweise im Therapiemanagement in der Indikation Epilepsie schon gang und gäbe, wie Dr. rer. nat. Thomas Peckmann, Manager Healthcare von Desitin in Hamburg, vortrug.



Dr. rer. nat. Thomas Peckmann, Manager Healthcare von Desitin Arzneimittel, Hamburg.

IT-gestütztes Therapiemanagement ist keine Vision

Um die Diagnosestellung und Therapieentscheidung bei dieser schwierigen Indikation mit ihren rund 30 verschiedenen Syndromen und Unterarten zu erleichtern, hat Desitin in Zusammenarbeit mit der Klinik für Epileptologie der Universität Bonn (Prof. Dr. med. C. E. J. Elger - siehe MVF 06/11) und einer Arbeitsgruppe aus niedergelassenen Neurologen und Nervenärzten des BVDN den „EPI-Scout" entwickelt. Das Programm, das von medomus Technologien & Services GmbH entwickelt wurde, gibt anhand der Eigen- und Fremdanamnese des Patienten Hinweise auf die Anfallsart und - bei einem epileptischen Anfall - das zugrundeliegende Syndrom an und macht dann, entsprechend der Leitlinie, Vorschläge für eine mögliche Pharmakotherapie. Zusätzlich bietet die Software auch noch Hinweise für die korrekte ICD-10-Kodierung sowie umfangreiche Dokumentationsmöglichkeiten. Darüber hinaus können alle Informationen über standardisierte Schnittstellen in das jeweilige Arztinformationssystem übertragen werden.

Und für das Therapiemanagement stellt das Hamburger Unternehmen kostenlos den elektronischen Anfallskalender „EPI-Vista" online zur Verfügung. Darin kann der Patient neben seinen Anfällen die Medikation und viele weitere Informationen dokumentieren. Herzstück der von der dr.heydenreich GmbH in Greifswald entwickelten Software ist eine Übersichtsgrafik, in der alle Informationen in einen zeitlichen Zusammenhang gesetzt werden, was eine unmittelbare Beurteilung des Krankheitsverlaufs auch über lange Zeiträume ermöglicht. Ebenso hat der Patient die Möglichkeit, seinem Arzt oder einer Klinik Einblick in seinen Anfallskalender zu gewähren: Doch auch der Arzt kann seinerseits Einträge hinzufügen, so dass eine vollständige Dokumentation im Sinne einer Krankenakte entsteht.

EPI-Vista ist zudem Bestandteil des ersten Vertrags der Integrierten Versorgung (IV) nach §140a-e SGB V für Kinder und Jugendliche mit einer Epilepsie in Schleswig-Holstein. Dessen Vertragspartner sind die Knappschaft, die Deutsche Gesundheitssystemberatung und die Desitin als erstes Pharmaunternehmen in der IV überhaupt.

Und was ist bei Diabetes? Hier werden erste Gespräche geführt, wie Ralf Kai Decker, Leiter Marketing & Sales, Roche Diagnostics Deutschland, im folgenden Interview (siehe Seite 17 ff.) beschreibt. <<



Dr. Heinz-J. Rüßmann, niedergelassener Arzt in ei-ner Diabetologischen Schwerpunktpraxis in Dinslaken und teilnehmender Arzt an der „Vision"-Studie.

Erste Ergebnisse der „Vision"-Studie

Den „Einfluss von Diabetesmanagement auf medizinische Parameter und Prozessqualität" erforschte die von Roche initiierte „Vision"-Studie. In „**Vision**" - ein rekursives Akronym aus „**V**eryday benefit of **i**nformation management with the Accu-Chek **S**mart P**i**x system concerning the quality of **o**ut-patient diabetes treatmen**t**" - sollte von Hausärzten die Wirksamkeit eines einfachen Informationsmanagement-Tools (am Beispiel des „Accu-Chek SmartPix"-Systems zur Datenübertragung und Visualisierung von Blutzuckerdaten) bei der Behandlung von 914 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 beurteilt werden.

Die Studie ergab eine deutliche Verbesserung der Prozessqualität bei Therapieentscheidungen durch Informationsmanagement. So war nach Angaben der Ärzte durch die Nutzung von „Accu-Chek SmartPix":

- der Zeitbedarf für Therapieentscheidungen bei 61 % der Patienten reduziert (nur bei 10 % erhöht)
- die Qualität der Therapieentscheidungen bei 79 % der Patienten verbessert (nur bei 1 % verschlechtert)
- die Kommunikation mit den Patienten bei 76 % der Fälle verbessert
- die Compliance der Patienten in 61 % der Fälle verbessert
- in 64 % der Fälle eine strukturierte Blutzuckerselbstmessung erzielt worden.

Ebenso ergab sich sowohl für Typ-1 (T1D) als auch Typ-2-Patienten (T2D) im Verlauf der Studie eine signifikante und anhaltende Senkung des $HbA1_C$-Wertes im Vergleich zur Baseline, wenn auch der Effekt bei Patienten mit T2D (Mittel: 0,88%) ausgeprägter war als bei jenen mit T1D (Mittel: 0,61%). Rüßmanns Fazit: „Die Studie hat aufgrund der hohen Fallzahl eine große Aussagekraft." Aufgrund des beobachtenden Charakters spiegelt die Studie laut Rüßmann die Alltagssituation in der hausärztlichen Behandlung sehr gut wider; wenn ihr auch der Kontrollarm fehlt, der aus „Vision" ein RC-Trial machen würde.

Ralf Kai Decker, Leiter Marketing & Sales, Roche Diagnostics Deutschland:

„Vom Messpunkt zum medizinischen Nutzen“

Das Unternehmen Roche Diagnostics Deutschland veranstaltet seit zwei Jahren das wissenschaftliche Symposium „Diabetes Mediendialog“ in Fortführung der „Elmauer Gespräche“. In diesem Jahr stand das Metathema „Diabetes Management“ mit der Fragestellung „Eine unterschätzte Innovation?“ im Fokus der Veranstaltung, zu der rund 50 Fach- und Publikumsjournalisten gekommen waren. Das Programm spannte sich von der Darstellung aktueller Studienergebnisse über das Diabetes Management im Praxisprozess bis hin zur Betrachtung der ökonomischen Bedeutung aus Sicht einer Krankenkasse sowie der Fragestellung, welche Innovationshemmnisse die Umsetzung neuer Ideen in der Medizin generell entgegenstehen.

>> In seinem Vortrag „Innovationen in der Medizin: Paradigmen wechseln langsam“ (s. S. 14) hat Prof. Dr. Florian Steger vom Institut für Geschichte und Ethik der Medizin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sehr plausibel aufgezeigt, warum es oft sehr lange dauert, bis innovative Ideen in die praktische Alltagsversorgung eingehen. Was sind die Innovationshemmnisse beim Diabetes Management, das diesmal im Fokus ihres jährlichen „Diabetes Mediendialogs“ stand?

Die Hemmschwelle im Diabetes Management ist aus meiner Sicht vor allem dem Fakt geschuldet, dass es zwar viele Ärzte gibt, die einen hohen Nutzen im Diabetes Management für ihre Patienten und ihre Praxisorganisation sehen, aber ebenso viele, die sich immer noch auf den Standpunkt stellen und sagen: „Das kostet mich nur Zeit.“

Und Zeit ist eben Geld.

Aber ebenso eine Frage der richtigen Delegation an die richtigen Angestellten mit der entsprechenden Qualifikation.

Die Diabetesberaterinnen müssen aber schon Disease-Management-Programme und Schulungen betreuen. Und nun auch noch Diabetes Management?

Daraus entsteht zuerst einmal ein Spannungsfeld. Das wird dann aufgelöst, wenn Arzt und Diabetesberaterinnen erkennen, dass Diabetes Management nichts anderes ist als ein sehr strukturierter Behandlungspfad innerhalb der Praxis. Richtig implantiert kostet dieses strukturierte Herangehen keine Zeit, sondern verschafft dem Arzt sowohl die Zeit, als auch die Freiheit, sich den Aufgaben widmen zu können, für die er höchst qualifiziert ist; während all die Aufgaben, für die er im Prinzip überqualifiziert und damit – aus ökonomischer Sicht - einfach zu teuer ist, zurück- oder bei Bedarf eben auch vordelegiert werden können.

„Es ist im Endeffekt das einzig vernünftige, Standardprozesse an Diabetesberaterinnen zu delegieren.“

Dieser Workflow bedeutet eine oft hohe Anfangsinvestition.

Aber eine, die sich in Effektivität und Effizienz auszahlt. Andererseits gibt es aber auch noch viele Ärzte, die mit ihrem Workflow noch gar nicht so fit sind, wie sie es sein müssten.

Es gibt eben ein Manko in der Prozessoptimierung, was das Beratungsunternehmen A.T. Kearney (s. „MA&HP“ 02/12) in einer aktuellen Studie im Prinzip dem ganzen Gesundheitssystem bescheinigt, allen voran dem Krankenhaus- und Arztsektor, in dem die ärztliche Kompetenz zu einem immens hohen Prozentsatz in Verwaltung fehlallokiert wird.

Das Thema Prozessoptimierung ist im Bereich Gesundheit noch ziemlich neu, auch wenn die Industrie da schon sehr viel weiter ist als andere Akteure im System. Doch Prozessoptimierung kann man aus zwei Sichtweisen betrachten. Aus jener der Ökonomie, also wenn – nun übertragen auf Diabetes Management - ein Arzt zu Recht sagt, dass ihm der Faktor Zeit wichtig ist, weil er eine bestimmte Zahl an Patienten behandeln muss, um eine wirtschaftliche Basis zu erreichen. Oder aus jener der Qualität, die sicher für wesentlich mehr Ärzte das tragende Argument sein wird. Die Kunst wird es aber in jedem Fall sein, mit weniger Zeiteinsatz eine noch bessere Therapie als bisher erzeugen zu können.

Wie wollen oder können Sie das unterstützen?

Indem wir viel stärker als bisher in die Prozessberatung gehen. Wir werden Ärzten helfen, ihre Praxisabläufe konsequent zu optimieren – so sie dies denn wollen. Das beginnt schon damit, dass unbedingt sichergestellt werden muss, dass der Patient auch wirklich mit seinem Blutzuckermessgerät in die Praxis kommt. Das erfordert Kommunikation. Wenn er das Gerät mitbringt, was derzeit leider viel zu häufig nicht der Fall ist, müssen die in ihm gespeicherten Daten ausgelesen werden - entweder gleich am Empfang oder im Labor, in dem andere Parameter erhoben werden. Diese Daten müssen dann in einen Workflow integriert werden. Zuerst muss sich die – natürlich entsprechend geschulte - Diabetesberaterin mit den dann visualisierten Daten auseinandersetzen und diese für den Arzt nach unterschiedlichen Kriterien aufbereiten.

Was sicher den Willen benötigt, ärztliche Leistungen zu delegieren.

Aber nur die, die man auch wirklich delegieren kann. Schon heute gibt es in einigen Praxen Diabetesberaterinnen, die einen großen Teil des Diabetes Managements erledigen. Das geht bis dahin, dass sie Therapie- und Insulinanpassungen selbst vornehmen; der Arzt im Prinzip nur noch drüber schaut und unterschreibt. Das ist natürlich von Arzt und Arzt und Praxis zu Praxis verschieden. Doch im Endeffekt ist es das einzig vernünftige, Standardprozesse an Diabetesberaterinnen zu delegieren. Doch das wird nur gelingen, wenn gleichzeitig festgelegt wird, wann und wo der Arzt ins Spiel kommt – nämlich dann, wenn wichtige Entscheidungen getroffen werden müssen oder die ausgelesenen Daten so aus dem Ruder laufen, also wirklich ein gut ausgebildeter Arzt gefragt ist. Wer sich an eine solche Struktur hält, bekommt im Gegenzug ein Mehr an Effizienz, um die es uns im Sinne der Qualität, aber auch der Ökonomie gehen muss.

Nun wird das Gros der Patienten nicht beim auf die Indikation geschulten Diabetologen behandelt, sondern beim Hausarzt.

Der höchste Nutzen an Versorgungsqualität wird darum therapeutisch als auch ökonomisch beim Hausarzt zu erzielen sein, denn die meisten diabetologischen Schwerpunktpraxen arbeiten schon ziemlich strukturiert.

Die Gretchenfrage wird lauten: Wie können Sie den vollversorgenden Hausarzt davon überzeugen, dass ein stärkerer Grad an Automatisierung und Prozessoptimierung eben nicht seine ärztliche Selbstbestimmung

einschränkt, sondern ihm Zeit und Freiheiten verschafft.

Alleine das automatische Einlesen der elektronisch verfügbaren Daten und die erst dadurch mögliche Blickdiagnostik helfen schon, zu einer besseren Therapie zu kommen. Beispielsweise hat die STEP-Studie deutlich gezeigt, dass der normal geschulte Hausarzt mit einem Diabetespatienten wenig macht, weil er sich – das ist aber nur zu vermuten - nicht sicher genug ist, welche Therapieanpassung er überhaupt ansteuern soll. Darum wird es wohl en gros eher so sein, dass erst dann eine - eigentlich früher nötige und dann auch wesentlich sinnvollere - Therapieanpassung geschieht, wenn es zu einer stärkeren Entgleisung gekommen ist. Denn erst dann wird sich der Patient aktiv beim Arzt melden, vielleicht aber auch zum Diabetologen oder am Ende ins Krankenhaus gehen.



Dieser Etagenwechsel kostet Geld.

Das ist vor allem eine vertane Chance. Denn der Patient verliert Zeit, Lebensqualität und Steuerbarkeit. Gerade in der Diabetologie gilt: Je früher eine vernünftige Therapie einsetzt, desto besser sind die Aussichten. Auch das hat die STEP-Studie klar gezeigt: Auch ein normal geschulter Hausarzt kann mit Blickdiagnostik auf gut aufbereitete Visualisierungen erkennen, worum es geht. Damit bekommt der Hausarzt das Maß an Informationen, mit dem er eine Therapieveränderung vornehmen kann.

Also wird es darum gehen, dem „Normal-Arzt" ein Mindestmaß an Informationen an die Hand zu geben, das ihn befähigt, sinnvolle Therapieveränderung vorzunehmen, anstatt einfach zu warten, bis wirkliche Entgleisungen eskalieren, um die sich dann schon ein Spezialist kümmern wird. Können Sie sich denn ein stringentes Modell vorstellen, auf Grund dessen sehr schnell leitlinienbasierte Entscheidungshilfen gegeben werden können? Gerade für niedergelassene Ärzte, die im Zweifel eben nicht ein sehr strukturiertes Fachwissen parat haben wie Diabetologen?

Darauf versuchen wir aus Industriesicht hinzuarbeiten. Dazu muss es aber eine entsprechende Leitlinie geben, in der eine strukturierte Testung vorgeschrieben ist.

Nun werden Kritiker sagen: Klar, weil das das Geschäft von Roche ist.

Das ist auch richtig. Teststreifen waren unser Business und sind es auch noch heute. Doch während früher nahezu unstrukturiert getestet wurde, haben wir - auch durch den AMNOG-Prozess - erkannt, dass strukturierte Testungen viel mehr Sinn machen - was übrigens auch neuere Studien zeigen. Doch dafür braucht man erst einmal Patientencluster.

Und die gibt es nicht?

Es gibt die schon, nur haben sie bei uns – anders als beispielsweise in Italien oder Finnland - noch keinen Eingang in Leitlinien gefunden.

Wozu braucht man Patientencluster?

Die Einteilung in Typ 1 oder Typ 2 Diabetes reicht einfach nicht mehr. Wer Diabetes effizient behandeln will, muss differenzierter vorgehen, denn nur dann wird höchste diagnostische Transparenz ermöglicht, die im zweiten Schritt beste therapeutische Ableitungen erlaubt.

Dazu benötigen Sie in der Fachwelt erst einmal einen Konsens.

Der ist leider ein wenig schwierig zu bekommen. Wir bringen natürlich in unseren Advisory-Working- und Opinion-Leader-Groups viele diabetologische Koryphäen in ganz Deutschland zusammen. Hier wurden auch schon einzelne Vorschläge erarbeitet, die dann über die Gruppen-Leitungen via Konsensuspapiere an die jeweiligen Fachverbände gegangen sind.

Womit wir beim Anfang wären: Wo sind denn die größten Widerstände zu verorten?

Vielleicht sind andere Länder einfach etwas stringenter organisiert. Bei uns gibt es einfach kein Gremium, das allgemeingültige Leitlinien verabschiedet. Was nicht heißen soll, dass überhaupt nichts passiert. Es gibt ja Leitlinien, die durchaus differenzierte Therapien vorsehen; aber eben keine, die eine stärkere Differenzierung in der Diagnostik vorsehen, auf Basis deren Ergebnisse erst eine effizientere Therapie umgesetzt werden kann.

In Konsequenz könnte es sinnvoll sein, das Diabetes Management von einem manuellen auf einen automatisierteren Status zu überführen.

Was heute schon möglich wäre. Moderne Blutzuckermessgeräte sind so etwas wie kleine Computer. Wenn ein Patient eine strukturierte Testung durchführen muss, könnte der Arzt oder der Patient das auf dem Blutzuckermessgerät eingeben, das ihn dann aktiv an die Messung erinnert. So würde ein 7-Punkte-Profil – also eine Messung an 7 Tagen die Woche zu den immer gleichen Zeitpunkten – wesentlich genauer umgesetzt werden können.

Quasi eine Art Patientensteuerung über die Hardware?

Absolut richtig. Auch wenn wir das Patienten-Selbstmanagement nennen. Das würde mit unseren Geräten schon heute funktionieren. Es ist natürlich so, dass wir hier einen veritablen Innovationsvorsprung haben, weil wir uns eben seit vielen Jahren, ja Jahrzehnten immer wieder mit der Frage beschäftigt haben, wie man aus diagnostischen Werten einen noch höheren therapeutischen Nutzen ziehen kann. Einen einzelnen Messpunkt zu generieren, ist doch heutzutage keine Innovation mehr.

Was auch die berechtigte Kritik an der Blutzuckermessung widerspiegelt.

Das haben wir schon immer gesagt: Der Messpunkt an sich bringt ja auch keinen Zugewinn. Erst wenn aus Daten ein therapeutischer oder medizinischer Mehrwert abgeleitet wird, entsteht Nutzen. Genau damit beschäftigen wir uns.

Der Weg verläuft in ihrem Falle vom Teststreifen, über den über Hardware ermöglichten diagnostischen Messpunkt zu einem Versorgungssystemanbieter. Ist die Zeit reif, sich von einem Produkt- hin zu einem - sagen wir - „Prozesskultur-Enabler" im Bereich des Disease Managements zu entwickeln?

Wir gehen durchaus davon aus, dass unsere Zukunft als Diabetes

Management-Provider zu sehen ist. Wer das sein will, braucht zum einen Basisleistungen: Eben eine einfache und sichere Messung, die möglichst qualitativ hochwertige Messpunkte erzeugt.

Was aber heute fast jeder Anbieter kann.

Fast jeder. Das ist heute nur mehr das Eintrittsticket in den Markt. Doch darüber hinaus kommen auch nur ganz, ganz wenige. Nur der, der den nötigen Versorgungsprozess in seiner Gesamtheit und Komplexität begreift, kann einerseits für den Patienten aus einem generierten Wert den höchsten medizinischen Nutzen und andererseits für sein Unternehmen die höchste Wertschöpfung erzeugen.

Das führt Sie ganz klar weg von dem klassischen, tradierten Geschäftsmodell eines Diagnostika-Anbieters.

Wir werden uns viel stärker als früher am medizinischen Mehrwert orientieren und messen lassen müssen. Anders gesagt: Nur wenn wir den medizinischen Mehrwert messbar machen, werden wir sicherstellen können, dass wir auf dieser Basis fair honoriert werden.

Wer diese Nutzen-Argumentation nicht stichhaltig generieren kann, könnte sein Geschäftsmodell auch dahingehend optimieren, Messpunkte mit dem günstigst zur Verfügung stehenden Blutzuckermessgeräten und Teststreifen zu erzeugen. Stichwort: Teststreifen der Kategorie B.

Man kann damit einen Blutzuckerwert generieren, der in einer gewissen Bandbreite sogar eine akzeptable Qualität ergibt. Wem reicht das heute noch? Wer in der Überleitung eines Wertes in eine sinnhafte Therapieoptimierung eine Chance erkennt, sollte darüber nachdenken.

„Wir werden uns viel stärker als früher am medizinischen Mehrwert orientieren und messen lassen müssen."

Und stratifizieren.

Wenn aus einer Testung sowieso keine Konsequenz gezogen wird, reicht die billigst mögliche. Am besten wäre es für das gesamte Gesundheitssystem, dafür gar kein Geld auszugeben. Darum bin ich an dieser Stelle dem G-BA sogar dankbar, dass er mit seiner letztjährigen Entscheidung der Verschwendung einen Riegel vorgeschoben und den verschreibenden Arzt angehalten hat, sich wesentlich exakter mit dem Diabetes zu beschäftigen. Auch das ist absolut im Einklang mit den Ergebnissen der STEP-Studie, die klar gezeigt hat, dass mit einem strukturierten Einsatz an Teststreifen ein besserer Outcome erzeugt werden kann. Der Begriff „Outcome" ist an dieser Stelle elementar, weil eben nicht der Teststreifen oder der damit gewonnene Wert an sich wichtig ist, sondern einzig und alleine die damit mögliche Effizienzsteigerung.

Im Endeffekt müssen Sie von der Einzelhonorierung eines Teststreifens auf eine Gesamthonorierung per integrierter Vertragsform kommen.

Ob das eine integrierte Vertragsform sein muss, sei dahingestellt. Wichtig ist ein Entlohnungssystem, welches den medizinischen Mehrwert belohnt, den man klinisch belegen können muss. Ein solches Honorierungssystem, das natürlich auch den Arzt einschließen muss, wäre in der Diabetologie sehr wünschenswert und für das gesamte Gesundheitswesen ein großer Schritt.

Gibt es erste Ansätze?

In anderen Indikationen gibt es durchaus Vorreiter; und in der Diabetologie sind wir am Start. Aber ich will hier nicht zu viel verraten.

Auch weil Sie sich an einem Scheideweg für die Industrie befinden?

Die Hauptfrage lautet doch: Wer kann, wer nicht? Und wer kann wann?

Verfügen Sie denn über die richtigen Studien, die diesen Mehrwert evidenzbasiert aufzeigen können? Wenn ich mir die neue, von Roche initiierte „VISION"-Studie ansehe, fehlt zum Beispiel ein Kontrollarm, der diese Studie zu einem RC-Trial der nun einmal höchsten Evidenzklasse machen würde.

Ziel der Studie war es, einen guten Einblick in die Versorgungsrealität zu erhalten und Real-World-Daten zu gewinnen. Die Vorgaben der Studie an die Patientenbetreuung wurden deshalb auf ein Minimum reduziert und ein Pre/Posttestdesign ohne Kontrollgruppe gewählt.

Gibt es noch andere zu identifizierende Innovationshindernisse, die sich in Deutschland etabliert oder im System auch manifestiert haben?

Es gibt heute noch eine Ärzte- und auch Patientenschaft, die altersbedingt einfach gewisse Hemmnisse gegenüber IT-Lösungen hat - dazu gehört modernes Diabetes Management als Ausformung einer elektronisch gestützten Prozesskultur nun einmal. Doch je mehr jüngere Ärzte und Patienten mit den neuen Medien und den dazu gehörigen Hardwares wie Smartphones und Navigationsgeräten heranwachsen, werden Berührungsängste schwinden und irgendwann der Nutzen überwiegen.

Verlangt eine so grundlegende Veränderung eine Incentivierung?

Das Incentive für den Arzt ist ein Mehr an Ökonomie bei einer verbesserten Therapie in Einklang mit höherer Patienten-Zufriedenheit. Darüber hinaus könnte man Ärzten natürlich auch finanzielle Anreize verschaffen, wenn sie ihren normalen Praxisablauf entsprechend verändern. Man sollte auch über eine Erstattungsfähigkeit für Diabetes Management nachdenken, sofern belegt werden kann, dass hier medizinischer Mehrwert generiert wird. Damit wären schon viele Hürden genommen.

Welche Wege gehen Sie zur Zeit?

Der Weg führt uns zunächst zu den Kassen, die immer mehr erkennen, dass über Diabetes Management weniger Spätfolgen ermöglicht oder eben Etagenwechsel verzögert werden können. Mit zunehmender Diabetes-Inzidenz wird man an der Erkenntnis nicht vorbeikommen, dass die Diabetes-Epidemie nur durch konsequente Prozessoptimierung finanzierbar sein wird.

Da hilft die Ökonomie?

Kassen wissen genau, dass ein schlecht eingestellter Patient, wenn er hospitalisiert werden muss, schon im ersten, auf alle Fälle im zweiten Jahr mehr Kosten verursacht, als jedes Diabetes Management im Vorfeld.

Könnten Sie sich vorstellen, den Prozesskreis des Diabetes Managements als eigenständige Therapieoption zuzulassen?

Absolut. Dazu muss aber im Gesundheitssystem die Erkenntnis wachsen, dass nur strukturierte Kreisläufe wirkliche Effizienzen bringen. Das heißt auch, dass Sektorengrenzen überwunden und an den Übergängen Shake-Hand- und Abrechnungs-Vereinbarungen etabliert werden müssen. Da - böse gesagt - die einzig nachwachsende Ressource die Diabetiker sind, wird aber kein Gesundheitssystem auf dieser Welt um nur so erzeugbare Effizienzgewinne herum kommen. Deswegen ist nach meiner Ansicht die Zeit einfach reif, aus einzelnen Messpunkten oder einzelnen Medikationen zu neuen Prozesskulturen zu kommen.

Danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier