Forschung zur Versorgung von Diabetes-Patienten in diabetologischen Schwerpunktpraxen:

Ein Resümee nach fünf Jahren winDiab

Neben der Mehrzahl von Patienten mit Typ-1 Diabetes werden mittlerweile auch Patienten mit einem komplexeren Typ-2 Diabetes, Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom sowie schwangere Patientinnen mit einem vorbestehenden Diabetes oder einem Gestationsdiabetes in diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSPen) behandelt und geschult. Um Erkenntnisse über die Prozesse und Ergebnisse daraus zu gewinnen, wurde vor fünf Jahren ein wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Diabetologie mit dem Namen winDiab von Diabetologen selbst gegründet. Seitdem wurden eine Reihe von konkreten und praxisrelevanten Fragestellungen spezifisch für diese Versorgungsebene untersucht und diese Evaluierungen, Spots, Jahresberichte und Register konnten von mehr als 100 DSPen mit fast 160 Diabetologen und ihren Teams in ihrem Praxisalltag durchgeführt werden. Die Ergebnisse haben direkten Einfluss auf die praktische Arbeit der DSPen, denn sie werden in der Kommunikation mit Kostenträgern genutzt und führen zu Änderungen bei der Positionierung von DSPen in der diabetologischen Szene. Auch zukünftig soll die Arbeit von winDiab dazu beitragen, dass die notwendige Bandbreite an diagnostischen und therapeutischen Optionen für die Behandlung von Patienten verfügbar bleibt. Dieser Artikel stellt die Arbeit von winDiab und die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchungen, die in den letzten fünf Jahren durchgeführt wurden, zusammenfassend dar. Gleichzeitig ist er eine Positionsbeschreibung der DSPen und zeigt auf, wie deren Beitrag bei der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Diabetologie sein kann.

>> Die Betreuung von Diabetes-Patienten hat in Deutschland in den letzten fünfzehn Jahren einen tiefgreifenden Wandel erlebt. Während vor diesem Zeitpunkt Patienten mit Diabetes mellitus Typ-1 (T1DM) oder Typ-2 (T2DM) und ausgeprägten Folgeerkrankungen sowie Patienten mit einem diabetischem Fußsyndrom (DFS) und schwangere Patientinnen mit einem vorbestehenden oder einem Gestationsdiabetes (GDM) in universitären Einrichtungen, Krankenhäusern oder allgemeinen internistischen Praxen behandelt wurden, kam es Mitte der 90er Jahre zu einer Veränderung in der spezialisierten Betreuung: Durch die Etablierung von diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSPen) wanderte die Betreuung dieser Versorgungsbereiche von der Klinik in die niedergelassene Versorgung.

Dabei ist bis heute die Definition einer DSP nicht einheitlich: Von der normalen Diabetespraxis mit einem Diabetologen und einer Diabetesberaterin bis hin zu großen ambulanten Diabeteszentren mit drei und mehr Ärzten und einem beachtlichen Personalstamm gibt es die unterschiedlichsten Modelle von DSPen. Eine durchschnittliche DSP betreut etwa 1.000 Diabetes-Patienten im Quartal, mit einer Bandbreite von 400 bis zu 4.500 Patienten im Quartal (s. Jahresbericht winDiab 2013; www.windiab.de).

Bis vor fünf Jahren war wenig über die Arbeit und das Leistungsspektrum der DSPen bekannt, denn es gab weder zuverlässige Angaben zur Anzahl von Patienten noch zur Güte der Behandlung. Die Gründe dafür sind vielfältiger Natur und liegen insbesondere darin, dass

- die akademisch angesiedelte Versorgungsforschung (VSF) andere wissenschaftliche Ziele und Themen verfolgt, als sie bei der Forschung zur Versorgung der Patienten von Interesse sind,
- die Patienten aus der Versorgungsebene 3 (Klinik) in die Ebene 2 (DSP) wanderten, dies aber nicht forschungsmäßig begleitet wurde,
- es keine Struktur gab, die eine eigenständige Forschung auf dieser Ebene organisierten konnte.

Gründung von winDiab

Durch Gründung des wissenschaftlichen Institutes der niedergelassenen Diabetologie (winDiab) durch elf niedergelassene, diabetologisch tätige Ärzte im Jahr 2008 änderte sich die Situation. winDiab ist eine gemeinnützig tätige GmbH, an die sich inzwischen 110 DSPen mit fast 160 Diabetologen als Partnerpraxen angeschlossen haben. Um Partnerpraxis bei winDiab werden zu können, müssen bestimmte Kriterien wie z.B. ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem erfüllt werden.

Die Partnerpraxen finanzieren die Projekte von winDiab mit ihrem Jahresbeitrag (900 Euro pro Diabetologe, Staffelung bei mehreren Diabetologen); das Jahresbudget von winDiab beträgt ca. 125.000 Euro. Aufgrund dieser Art der Finanzierung kann winDiab völlig unabhängig von finanziellen Interessen anderer im Gesundheitswesen wirtschaftender Institutionen arbeiten, so gibt es keinerlei Förderung durch die pharmazeutische Industrie.

Das Ziel von winDiab ist es, die Arbeit der DSPen zu evaluieren und die Vielzahl an Fragestellungen zu beantworten, die sich aus der täglichen Arbeit an und mit den Patienten ergeben. Alle Projekte von winDiab werden unentgeltlich von einem Beirat begleitet, um die eigene Arbeit kritisch durch andere Akteure aus der diabetologischen Szene begleiten zu lassen.

Positionierung von winDiab

Der Alltag als niedergelassener Arzt bringt viele Fragen zum Krankheitsgeschehen und zur Therapie mit sich, bei gleichzeitig geringen Möglichkeiten, sich wissenschaftlich damit auseinanderzusetzen. Kenntnisse zu diesen Fragestellungen sind aber für die Implementierung von Leitlinien und neuen Therapien von essentieller Bedeutung.

Was die einzelne Praxis nicht leisten kann, nämlich die Überprüfung der eigenen Arbeit nach wissenschaftlichen Kriterien und die Durchführung von qualifizierten Untersuchungen, ist durch winDiab möglich geworden. Dadurch unterstützt winDiab den Anspruch der Ärzte an sich selber als Akademiker.

Die Arbeit von winDiab ergänzt die wissenschaftliche Grundlagenforschung und die klinische Forschung um ein wichtiges Element: Die Forschung zur Versorgung von Diabetes-Patienten in der Alltags-Re-

Abkürzungsverzeichnis

DSF - Diabetisches Fußsyndrom, DSP – Diabetes-Schwerpunktpraxis, GDM - Gestationsdiabetes, KV – Kassenärztliche Vereinigung, T1DM - Typ-1 Diabetes, T2DM - Typ-2 Diabetes, winDiab - wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Diabetologie, VSF - Versorgungsforschung

alität. Die Ergebnisse dieser Forschung müssen an die anderen Forschungsebenen im Sinne eines geschlossenen Kreislaufes zurückgemeldet werden, um gemeinsam eine Optimierung der Behandlung von Patienten mit Diabetes zu erreichen (Abb. 1). Bisher fand wissenschaftlicher Transfer nur in eine Richtung statt, (Top down) und es fehlte die Rückkopplung (bottom up).

Die Ergebnisse der winDiab-Studien haben mittlerweile die Aufmerksamkeit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft erhalten, wo diese Art der Forschung und deren Ergebnisse wahrgenommen und zitiert werden. Gleichzeitig werden die Ergebnisse auch von Kostenträgern akzeptiert, insbesondere wegen des konsequenten Verzichts auf Pharmasponsoring. Als deutschlandweites Netzwerk von DSPen liefert winDiab seinen Partnern nicht zuletzt die Möglichkeit, die Zahlen und Ergebnisse der eigenen Praxis mit denen der Kollegen kritisch zu vergleichen (externes Benchmarking).

Projekte von winDiab

Neben regelmäßig wiederkehrenden Projekten wie Jahresbericht und Patientenbefragung werden praxisrelevante Fragestellungen in der Diabetologie mit Hilfe von SPOTs, Studien und Registern beantwortet. Nachfolgend werden alle Projekte der vergangenen fünf Jahre kurz vorgestellt.

Der Jahresbericht

Zur Darstellung der Leistungsfähigkeit der DSPen und zur Ermittlung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Praxen wird einmal jährlich eine zusammenfassende Darstellung von Kenndaten erstellt (Jahresbericht 2013 ist auf www.windiab.de verfügbar). Die Jahresberichte charakterisieren die teilnehmenden DSPen hinsichtlich ihrer Größe, der Anzahl von betreuten Patienten, der durchgeführten Schulungen u.v.m. und sind damit eine Informationsquelle zur Morbidität der Patientenkollektive und zur Schulungsrealität in DSPen.
Die Erstellung der Jahresberichte über die letzten fünf Jahre ermöglicht eine Auswertung der Querschnitts-Zahlen im Längsschnitt über die Zeit hinweg. Die wichtigste Erkenntnis daraus ist, dass die Zahl der in den DSPen behandelten Patienten in den vergangenen fünf Jahren kontinuierlich angestiegen ist, im Mittel um 8% pro Jahr, was bedeutet, dass sich die Zahl der in den DSPen zu betreuenden Patienten innerhalb von zehn Jahren verdoppeln wird.

Patientenbefragungen

Die Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Behandlung und Betreuung in den Partnerpraxen wird durch jährliche, durch die Geschäftsstelle von winDiab organisierten Patientenbefragungen ermittelt. Insgesamt zeigt sich über die vergangenen fünf Jahre eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit den Teams, was wiederum ein wichtiger Teil des Qualitätsmanagements ist.

Spots und Studien

Erstaunlich viele Fragestellungen in der praktischen Diabetestherapie sind bisher nicht oder nicht gut untersucht worden. Dieser Mangel an belastbarem Zahlenmaterial wird auch von Krankenkassen und der Gesundheitspolitik kritisiert, denn für viele Planungen und Modellrechnungen fehlen schlicht die notwendigen Angaben. winDiab hat Methoden entwickelt, um mit einem überschaubaren Aufwand in den Partnerpraxen Daten zu spezifischen Fragestellungen zu erfassen und auszuwerten. Mit regelmäßigen SPOTs (= Kurzerhebungen) werden kleinere, aber praxisrelevante Fragestellungen beantwortet. Dazu erhalten die Partnerpraxen vorbereitete Erfassungsbögen, die so gestaltet sind, dass es selbst im betriebsamen Praxisalltag möglich ist, die erforderlichen Daten zu erfassen und anschließend über die winDiab-Homepage in eine Datenbank einzustellen.

Eine wichtige Frage war z.B. die nach dem tatsächlichen täglichen Insulinbedarf der Typ-2-Patienten im Hinblick auf die Kostenkalkulation für neue und teure Medikamente. Während die offizielle „Daily Defined Dosis“ (DDD) 40 Einheiten Insulin für eine durchschnittliche Typ-2-Insulintherapie beträgt, wurde mit dem SPOT „Realität der Insulintherapie“ (1) ein täglicher Bedarf von im Mittel 68 Einheiten ermittelt. Etwa 20% der Patienten haben einen täglichen Bedarf von 100 Einheiten und mehr, damit liegen die Kosten für eine Insulintherapie nicht mehr bei 1,21 Euro, sondern bei mehr als 3 Euro pro Tag, ein wichtiger Unterschied, der bei der Bewertung von alternativen Therapiemöglichkeiten wie Inkretine berücksichtigt werden muss.

Mit einem SPOT wurde ermittelt, wie viele Patienten aufgrund diabetesbedingter Folgekomplikationen ohne die Versorgungsebene DSP in einem Krankenhaus hätten behandelt werden müssen - eine wichtige Frage in Bezug auf die Bedeutung der Versorgungsebene DSP. Eine Hochrechnung der erhobenen Daten ergab, dass im Durchschnitt 480 solcher Fälle pro Jahr und Praxis in die DSPen überwiesen wurden, was bei 600 DSPen vergleichbarer Größe in Deutschland fast 300.000 Fällen entspricht (2). Dieser Spot gibt zudem Anhaltspunkte dafür, welche Kosten durch die Arbeit der DSPen eingespart werden.

Ein weiterer Spot untersuchte die „Kommunikation an der Schnittstelle Hausarzt - Diabetologe“ (3). Dabei wurde erfragt, was die Patienten bei Erstüberweisung in eine DSP an Informationen mitbringen, um Doppeluntersuchungen und Ressourcenverschwendung zu vermeiden. Die Ergebnisse zeigten, dass fast die Hälfte dieser Patienten ohne Diagnosen, Laborwerte oder einen definierten Behandlungsauftrag in die DSPen kamen, fast 30% hatte keine Angaben zu ihren Medikamenten dabei und jeder Zehnte kam ohne überhaupt irgendeine Information.

Ein aktueller SPOT hat die Alltagsrealität der Pumpentherapie ermittelt (4). Während die Zufriedenheit der Patienten mit dieser Therapieform hoch ist (97% positiv), nutzt nur ca. die Hälfte der Patienten die Features, die moderne Insulinpumpen bieten. Nichtsdestoweniger ist die Stoffwechsellage bei vielen Patienten trotz Pumpentherapie nicht optimal. Gemeinsam mit dem Forschungsverbund Diabetes wurde untersucht, wie hoch die psychische Belastung von Diabetes-Patienten bedingt durch ihre Erkrankung ist (5). Die PADIS-Studie hat bestätigt, dass sich ein höherer Anteil an Patienten mit Diabetes im Alltag überfordert fühlt.

Register

Das Anlegen und Führen eines Registers eignet sich als methodischer Ansatz, um durch eine standardisierte Dokumentation Erkenntnisse aus dem Versorgungsalltag der Patienten zu gewinnen, z.B. zu den Ergebnissen von Schwangerschaften bei Diabetes oder zur Wirksamkeit neuer Medikamente.

GestDiab

Mit dem Schwangerschaftsregister „GestDiab“ führt winDiab die inzwischen größte Erhebung zu Diabetes und Schwangerschaft in Deutschland durch. Mittlerweile sind die Daten von mehr als 5.000 Schwangerschaften erfasst worden (6), mit der Haupterkenntnis, dass nur ca. die Hälfte der jungen Mütter postpartal einen normalen Glukosestoffwechsel aufweist und damit eine hohe Diabetesgefahr bei diesen jungen (20- bis 40-jährigen) Frauen besteht.

In einer aktuellen Untersuchung zur Versorgungsrealität werden die Auswirkungen der neuen Leitlinie zum Gestationsdiabetes (GDM) analysiert, um zu evaluieren, ob durch die Vorgabe, allen Schwangeren ein Blutzuckerscreening auf GDM anzubieten, die Diagnose GDM früher und damit leitliniengerecht gestellt wird. Dieses Projekt wird, erstmalig in der Geschichte von winDiab, von der wissenschaftlichen Fachgesellschaft „Deutsche Diabetes Gesellschaft" (DDG) finanziell unterstützt.

InkreDiab

Unter dem Projektnamen „InkreDiab" wurde die Wirksamkeit von GLP-1-Analoga und DPP-4-Inhibitoren untersucht (7), um die Wirksamkeit dieser neuen Medikamentenklasse zu evaluieren. Die Ergebnisse zeigen, dass bei 50% der Patienten die Therapie mit diesen Medikamenten nach drei Monaten beendet wird und dass die Wirksamkeit dieser Medikamente bei Patienten recht unterschiedlich ist, ohne das sich klare prädiktive Vorhersageindikatoren dafür ergeben haben.

Trotzdem erlauben die Ergebnisse es, einen neuartigen Denkansatz zu verfolgen: Wenn zukünftig ein Patient in die Praxis kommt und auf ein solches Medikament eingestellt wird, ermöglicht ein „Kalkulator" nach Eingabe von Alter, aktuellem HbA1c und BMI eine Aussage dazu, mit welcher Wahrscheinlichkeit welche Absenkung im HbA1c und BMI bei diese individuellen Patienten zu erwarten ist, eine Aussage die für den Arzt und den Patienten von Relevanz ist. In Anbetracht der Tagestherapiekosten der in den letzten Jahren auf den Markt gekommenen Medikamente und den Einsparbemühungen der Gesundheitspolitik wird es zukünftig immer wichtiger werden, Evaluierungen der Wirksamkeit solcher neuen Produkte unter Alltagsbedingungen durchzuführen (DrugDiab). Im Gegensatz zu klinischen Studien, wo ein (hoch-) selektioniertes Probandenpotenzial untersucht wird, werden im Praxisalltag ALLE Patienten therapiert, d.h. auch all diejenigen, die wegen ihres Alters, Begleiterkrankungen, Schwangerschaft etc. in keine Studie aufgenommen werden. Deshalb wird winDiab für jede neue antidiabetische Medikamentenklasse eine solche Evaluation etablieren; aktuell wurde unter dem Projektnamen SGDiab ein Register für SGLT 2-Inhibitoren gestartet.

ICDiab

Diabetologen müssen alle Diagnosen eines jeden Patienten als ICD-Kode dokumentieren, eine Aufgabe, die relativ zeitaufwändig ist. ICD-Kodes beschreiben die Morbidität der Patienten und zeigen den Handlungsbedarf auf. Jede DSP übermittelt pro Quartal 10.000 bis 40.000 ICD-Kodes in einem standardisierten Datenformat zur Abrechnung an die jeweilige KV. Kritisch diskutiert wurde und wird die Kodierqualität und der Sinn dieser Arbeit. Was geschieht mit all den Informationen/Angaben, die aufwändig erfasst werden?

Für das Projekt „ICDiab" hat winDiab ein einfach zu handhabendes Controlling-Tool entwickelt, welches die für die Diabetestherapie relevanten ICD-Kodes am Ende eines Quartals aus der Abrechnungsdatei in den DSPen herausfiltert. Diese Daten werden anschließend per Email in einer verschlüsselten Form an winDiab übermittelt und dort in eine Datenbank eingepflegt. Eine Analyse der ICD-Kodes von >100.000 Patienten ermöglichte die Darstellung von Morbiditäts- und Co-Morbiditätsprofilen (Abb. 2) (8) und erlaubte Aussagen zur Qualität der Kodierung in der individuellen Praxis im Vergleich zum Gesamtkollektiv, sowohl im einzelnen Quartal als auch über alle Quartale hinweg. Eine korrekte Kodierung unterstützt die DSP im Falle von Regressforderungen, da sie eine gute Transparenz der geleisteten Arbeit und des betreuten Patientenkollektives ermöglicht. Solche Aussagen sind zudem wichtig für die Ressourcenplanung z.B. bei Vertragsverhandlungen; es können z.B. belegbare Zahlen angegeben werden, wie viele Patienten mit einem DFS in den DSPen behandelt werden.

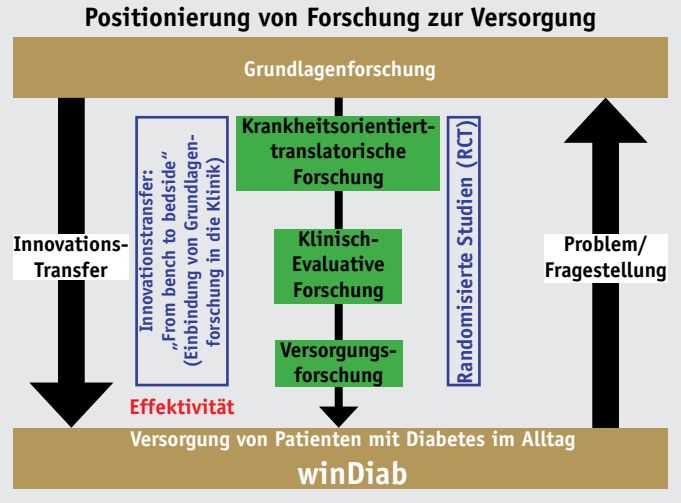


Abb. 1: Positionierung von Forschung zur Versorgung von Patienten mit Diabetes im gesamten Forschungsverbund (modifiziert nach Schrappe/Scriba).

Das Projekt ICDiab hat dazu geführt, dass winDiab einen Selektiv-Vertrag mit der Barmer GEK abgeschlossen hat: Unter dem Projektnamen „DiabCheck" (s.u.) wird ein Pilotprojekt durchgeführt, bei dem die Versicherten dieser Krankenkasse eine optimierte ambulante Behandlung in winDiab-Partnerpraxen erfahren können. Auch andere DSPen können an diesem Projekt teilnehmen, sofern sie die winDiab-Kriterien erfüllen.

Struktur der winDiab-Partnerpraxen

In den Jahresberichten von winDiab gibt es Angaben zu den Strukturen in den Partnerpraxen. Die Berücksichtigung dieser Daten ist deshalb wichtig, weil sie zeigen, welche „Realität" bei allen winDiab-Untersuchungen beschrieben wird. Von den ca. 1.100 DSPen in Deutschland (Quelle: Summe aller auf den Homepages der KVen in Deutschland aufgelisteten DSPen) sind ca. ein Zehntel Partnerpraxen von winDiab. Dabei sind dies die DSPen, die ein dokumentiertes Qualitätsmanagement nachweisen und/oder sich als Schwerpunktpraxis DDG Stufe 1 oder 2, Diabetologicum qualifiziert haben und sich schwerpunktmäßig mit der Betreuung der hier interessierenden Patientenkollektive beschäftigen. Nichtsdestoweniger gilt es deutliche regionale Unterschiede zu berücksichtigen, die meisten Partnerpraxen kommen aus Nordrhein, Westfalen-Lippe und Rheinland-Pfalz. Die Einschränkungen gilt es bei Interpretation aller winDiab-Daten zu berücksichtigen, auch wenn durch die Vielzahl von Patienten, die in den winDiab-Partnerpraxen behandelt werden (fast 100.000 pro Quartal, s. Jahresbericht 2013), wir die Ergebnisse unserer Untersuchungen als repräsentativ betrachten.

Auf die Frage, warum nicht mehr DSPen Partner bei winDiab sind, lautet die Standardantwort der dazu befragten Kollegen: Wegen der Kosten! Auch mangelndes wissenschaftliches Interesse und der Arbeitsaufwand für die Untersuchungen werden genannt.

Forschung ist teuer!?

Analysiert man aus einem eher ungewöhnlichen Blickwinkel, wie teuer eine der bisher acht winDiab-Publikationen (ohne die Jahresberichte), so betragen diese ca. 80.000 Euro pro Publikation. Darin

enthalten sind alle Kosten, die im Laufe eines Projektes anfallen. Strukturkosten wie Geschäftsstelle, Durchführung der Projekte, Datenauswertungen, Erstellen der Berichte, das Führen der Register etc. Die Kosten sind deshalb relativ niedrig, weil der erhebliche Aufwand für die eigentliche Datenerfassung von den Partnerpraxen selber getragen wird. Hier gilt es auch deutliche Limitationen darin zu sehen, wie viel Arbeitszeit man für solche „akademischen" Fragestellungen aufwenden kann. Nichtsdestoweniger wäre es interessant zu wissen, wie „effizient" andere wissenschaftliche Strukturen in der Diabetologie arbeiten und wie hoch deren Kosten pro Publikationen sind.

Es gibt natürlich methodische Schwächen bei dem Ansatz von winDiab: Fehlendes Monitoring der Rohdaten und zu geringes epidemiologisches Know-how führen zu Begrenzungen der Aussagekraft der Daten, was in Anbetracht des engen Finanzierungsrahmens zurzeit nicht anders darstellbar ist. Gleichzeitig liegt jedoch eine erhebliche Stärke darin, dass die Ergebnisse aller Studien und Projekte den Alltag der Patientenbetreuung an einem nicht-selektionierten Patientenkollektiv widerspiegeln - mit anderen Worten: Die winDiab-Ergebnisse zeigen die Realität, wie sie ist und nicht, wie wir sie uns wünschen!

Forschung zur Versorgung in der Praxis gestern, heute und morgen

Daten sind erst mal nur Daten, sie müssen interpretiert und adressiert werden, um aus den Ergebnissen die richtigen Konsequenzen zu ziehen. Aus diesem Grunde nutzt der Berufsverband der niedergelassenen Diabetologen (BVND) die von winDiab gelieferten Daten als Support für seine Arbeit, auch wenn winDiab eine eigenständige Institution ist, die zwar inhaltlich mit dem BVND kooperiert, aber grundsätzlich aus eigenem Antrieb heraus agiert. Auch andere Akteure des Gesundheitssystems wie Krankenkassen und Gesundheitspolitiker können Nutzen bzw. Konsequenzen aus den gewonnen Erkenntnissen ableiten.

Um es ganz bewusst zu wiederholen: Alle Untersuchungen von winDiab werden aus eigener Kraft geplant, organisiert, finanziert, ausgewertet und publiziert. Es stellt sich aber die Frage, ob dies so bleiben kann oder ob es in Zukunft notwendig ist, dass Konzept zu ändern, um qualitativ bessere und quantitativ größere Projekte durchführen zu können?

winDiab deckt eine relevante Lücke in der bisherigen Forschungslandschaft ab. Dies muss anerkannt und die Konsequenzen daraus abgeleitet werden, das gilt insbesondere für die Finanzierung der Arbeit von winDiab. Alle Daten, die winDiab generiert, sind nicht nur für die DSPen relevant, sondern für alle in der Gesundheitspolitik engagierten Organisationen. Wir fordern deshalb eine offene Diskussion zur Finanzierung von Forschung der Versorgung von Diabetespatienten.

In Anbetracht der hohen Kosten, die für die Versorgung von Diabetes-Patienten in Deutschland anfallen (dies sind viele Milliarden Euro pro Jahr und die DSPen sind an der „Verteilung" der Gelder aktiv beteiligt), möchten wir hiermit den „Versorgungs-Cent" anregen: Wenn von jedem Euro, der für die pharmakologische Therapie ausgegeben wird, „ein Cent" für die Forschung zur Versorgung bereitgestellt würde, wäre diese Forschung der Versorgung von Patienten finanziert. Wir wagen die These, dass eine solche, unabhängige Forschung zu erheblichen Einsparungen im Gesundheitssystem führen würde; so würden Untersuchung der Wirksamkeit von neuen Therapien / Medikamenten in der Realität (im Vergleich zu Ergebnissen von RCTs) Hinweise zu deren wirklichen Benefit liefern und wir könnten ermitteln, welche

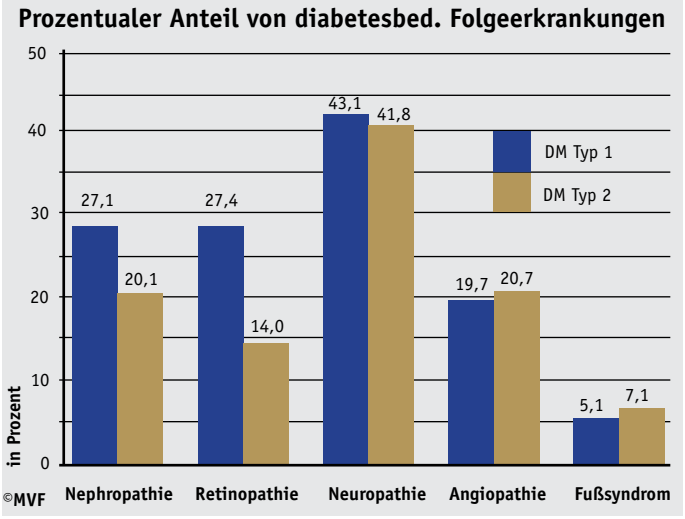


Abb. 2: Prozentualer Anteil von diabetesbedingten Folgeerkrankungen bei 24.187 Patienten mit Typ-1 Diabetes und bei 74.468 Patienten mit Typ-2 Diabetes.

Patienten konkret profitieren würden. Fehlversorgungen könnten auf diese Weise frühzeitig vermieden werden.

Die bisherigen Bemühungen von winDiab, eine eigenständige Finanzierung aus unabhängigen Quellen, z.B. über die Gesundheitspolitik zu schaffen, waren nicht erfolgreich. Es gibt bisher im Rahmen der Finanzierung von wissenschaftlicher Arbeit keine Fördertöpfe für die Forschung zur Versorgung, weil diese schlicht in keine der üblichen Kategorien passt. Es gilt abzuwarten, ob die Gesundheitspolitik den Wert solcher Forschung mehr anerkennt und bereit ist, dafür Gelder zur Verfügung zu stellen.

winDiab hat erheblich dazu beigetragen, dass die Bedeutung der zweiten Versorgungsebene in der Diabetesbehandlung mittlerweile von der Wissenschafts- und Gesundheitspolitik gesehen und anerkannt wird, denn der durch die Arbeit von winDiab ermöglichte Erkenntnisgewinn bleibt nicht auf der theoretischen Ebene „hängen", sondern zielt auf eine unmittelbare Rückkopplung in die Betreuungsebene, z.B. bei Präsentation der Ergebnisse in den lokalen Qualitätszirkeln. Solch eine unmittelbare Rückkopplungsmöglichkeit ist für die praktisch tätigen Diabetologen im Sinne einer konstanten Verbesserung ihrer Arbeit und Qualitätskontrolle wichtig, verlangt aber auch die Bereitschaft, der eigenen Arbeit kritisch gegenüber zu stehen, um im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses daraus konstruktive Aktivitäten abzuleiten und in der Praxis umzusetzen.

Zusammenfassung und Ausblick

Diabetologie findet heutzutage überwiegend ambulant statt, deshalb muss die Forschung zur Versorgung auch in den DSPen erfolgen. winDiab hat in den letzten fünf Jahren belegt, dass eine Reihe von relevanten Fragestellungen durch eine eigenständige Initiative der DSPen beantwortet werden kann und hat damit in diabetologischen Kreisen einen hohen Bekanntheitsgrad erreichen können.

Die Leistungsfähigkeit von winDiab ist nicht nur aus finanziellen Gründen limitiert, die Diabetologen und deren Teams in den Praxen können in Anbetracht ihrer Arbeitsbelastung durch die Patientenversorgung nur ein sehr begrenztes Zeitkontingent für solche Untersuchungen aufbringen. Wenn mehr und qualitativ bessere Untersuchungen durchgeführt werden sollen, bedingt dies eine gewisse finanzielle Kompensation der DSPen.

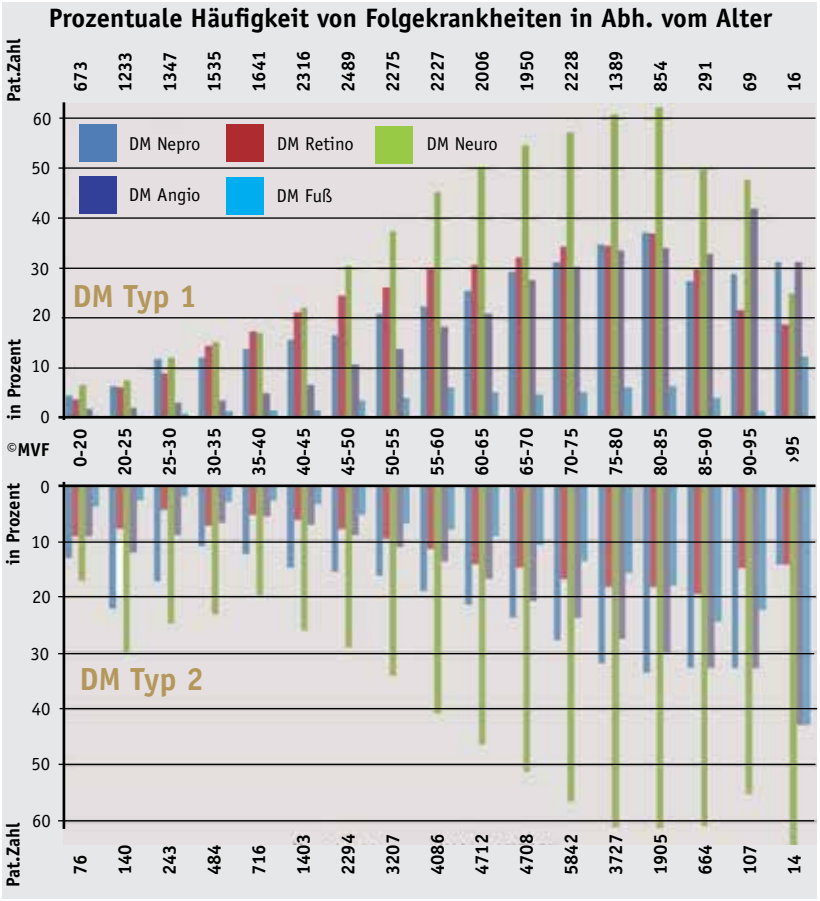


Abb. 3-4: Prozentuale Häufigkeit von Folgekrankheiten bei Typ-1- bzw. Typ-2-Diabetes in Abhängigkeit vom Alter.

Auf die diabetologische Versorgungslandschaft kommen in den nächsten Jahren erhebliche Herausforderungen zu:

- eine ständig steigende Zahl von Diabetes-Patienten, die in den DSPen behandelt werden müssen,
- diese Patienten stellen gleichzeitig eine „Negativselektion" dar, denn es sind diejenigen, die aufgrund ihrer diabetischen Folgeerkrankungen einer besonders intensiven Behandlung und Betreuung bedürfen.
- Gleichzeitig geben zunehmend niedergelassene Diabetologen aus Altersgründen ihre Praxis auf, ohne dass adäquat junge Kollegen nachrücken.
- Die Dokumentations-Anforderungen (z.B. ICD-Kodierung) steigen sukzessive an zulasten der Zeit, die pro Patient aufgewendet werden kann,
- bei sinkender oder auch nur konstant bleibender Vergütung steigt der ökonomische Druck weiterhin an.

Gerade in solch einem Umfeld wird es immer wichtiger werden, anhand von belastbaren Daten die Effektivität und Effizienz der in der ambulanten Diabetologie eingesetzten Diagnostik und Therapie zu belegen. Nur wenn zusätzliches Geld zur Verfügung steht, kann eine adäquate Forschung zur Versorgung geleistet werden. Wir sind davon überzeugt, dass die Evaluierung der Arbeit von DSPen durch winDiab in einem erheblichen Maße dazu beigetragen hat:

- neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu generieren,
- die Arbeit der DSPen darzustellen und dabei deren Selbstwahrnehmung zu verbessern und nach außen zu vertreten,
- die Anerkennung der ambulanten Diabetologie in der DDG zu stärken,
- deren Position in der Versorgungslandschaft zu festigen,
- die Position der Diabetologie im Gesundheitswesen insgesamt mehr in den Fokus der Öffentlichkeit zu rücken.

Durch eine bessere Anbindung und Zusammenarbeit mit der akademischen Welt wollen wir die Qualität der Arbeit von winDiab weiter verbessern, den Ansatz von winDiab konsequent weiterentwickeln und besser als bisher in die diabetologische Forschungslandschaft integrieren. winDiab ist deshalb an einer engeren Zusammenarbeit mit akademischen Einrichtungen im Bereich der Diabetologie und der Versorgungsforschung interessiert.

von: Gabriele Faber-Heinemann*

* Geschäftsführerin winDiab - wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Diabetologen gemeinnützige GmbH

Literatur

1. Faber-Heinemann G, Hess E, Hess G, von Hübbenet J, Kaltheuner M, Krakow D, Lederle M, Molinski M, Nitzsche G, Reuter HM, Scheper N, Simonsohn M, Heinemann L. Realität der Insulintherapie bei Typ 2 Diabetes in Deutschland: Daten aus 41 Schwerpunktpraxen. Diabetes, Stoffwechsel & Herz 5:357-361, 2008
2. Molinski M, Kiwitt-Kortemeier C, Hess E, Hess G, von Hübbenet J, Kaltheuner M, Krakow D, Lederle M, Nitzsche G, Reuter HM, Scheper N, Simonsohn M, Faber-Heinemann G, Heinemann L. Patienten-Behandlung in diabetologischen Schwerpunktpraxen anstelle von Krankenhauseinweisungen: Daten aus 45 Schwerpunktpraxen. Diabetes, Stoffwechsel und Herz 18:163-167, 2009
3. von Hübbenet J, Weber D, Kaltheuner M, Krakow D, Molinski M, Scheper N, Simonsohn M, Faber-Heinemann G, Heinemann L. Umfang der Kommunikation bei der Schnittstelle Hausarzt - Diabetologische Schwerpunktpraxis: Vergleich von DMP-Patienten vs. Nicht-DMP-Patienten. Diabetes, Stoffwechsel und Herz 19:255-259, 2010
4. Reichert D, Weber D, Kaltheuner M, Scheper N, Faber-Heinemann G, Heinemann L. Realität der Insulinpumpentherapie in Diabetesschwerpunktpraxen: Daten von 1142 Patienten aus 40 diabetologischen Schwerpunktpraxen. Diabetes, Stoffwechsel und Herz (in press) 2013
5. Petrak F, Joschko A, Kaltheuner M, Scheper N, von Hübbenet J, Heinemann L, Faber-Heinemann G. Psychische Belastungen und Therapieadhärenz von Patienten mit Diabetes in DSPen. Diabetes, Stoffwechsel und Herz 20:7-14, 2011
6. Adamczewski H, Weber D, Heinemann L, Kaltheuner M. GestDiab 2008: Betreuung von Schwangerschaften in diabetologischen Schwerpunktpraxen. Diabetes, Stoffwechsel und Herz 19:99-109, 2010
7. winDiab. Klinische Wirksamkeit von DPP-4-Inhibitoren und GLP-1-Analoga bei Patienten mit Typ 2-Diabetes mellitus in der Versorgungsrealität: Daten aus 38 diabetologischen Schwerpunktpraxen. Diabetes, Stoffwechsel und Herz 21:357-368, 2012
8. Weber D, von Hübbenet J, Heckermann S, Faber-Heinemann G, Hess E, Hess G, Kaltheuner M, Krakow D, Lederle M, Molinski M, Nitzsche G, Reichert D, Reuter H-M, Scheper N, Simonsohn M, Heinemann L. Morbiditätsprofile von Diabetes-Patienten: Analyse der ICD-Kodierungen von 105.156 Patienten aus 65 diabetologischen Schwerpunktpraxen. Diabetes, Stoffwechsel und Herz 20:357-367, 2011