

Dr. med. Andreas Lueg, Hameln
Heike Meyer, AOK Niedersachsen

Gemeinsame Zielvereinbarung zeigt Wirkung

Diabetes mellitus: Erste Datenanalyse lässt auf deutliche Zunahme von Folgeuntersuchungen durch Diabetes-Strukturvertrag schließen

Seit Mitte der 90er Jahre besteht in Niedersachsen bereits ein Vertrag, der die Struktur und das Leistungsangebot der Diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSP) regelt. Mit Einführung der Disease Management Programme (DMP) ab 2002 in Deutschland wurde auch der DSP-Vertrag angepasst. Gerade im Bereich Diabetes mellitus haben die Programme zu einer strukturierteren und vollständigeren Untersuchung der Patienten mit Diabetes mellitus beigetragen. Darauf weist eine erste Sichtung von DMP-Dokumentationen des seit 1. April 2012 angepassten bestehenden DSP-Strukturvertrages zwischen der KVN und den Primärkassen in Niedersachsen hin.

Auf der Basis der Daten aus den DMP hatte sich eine Arbeitsgruppe aus Diabetologen, Vertretern der KVN und der Primärkassen (AOK, BKK, LKK, IKK, Knappschaft) gebildet, um einen neuen Diabetes-Strukturvertrag für Niedersachsen zu gestalten. Das gemeinsame Ziel: die Verbesserung der medizinischen Versorgung für Patienten mit Diabetes mellitus. Dazu wurde eine Zielvereinbarung getroffen. Sie sah insbesondere vor, dass die Erfüllungsquote für wichtige Untersuchungen auf Folgeschäden (siehe Tabelle 1) gesteigert werden sollte. Um eine ausreichende Fokussierung zu erreichen, wurden drei Untersuchungen als Kontrollparameter ausgewählt:

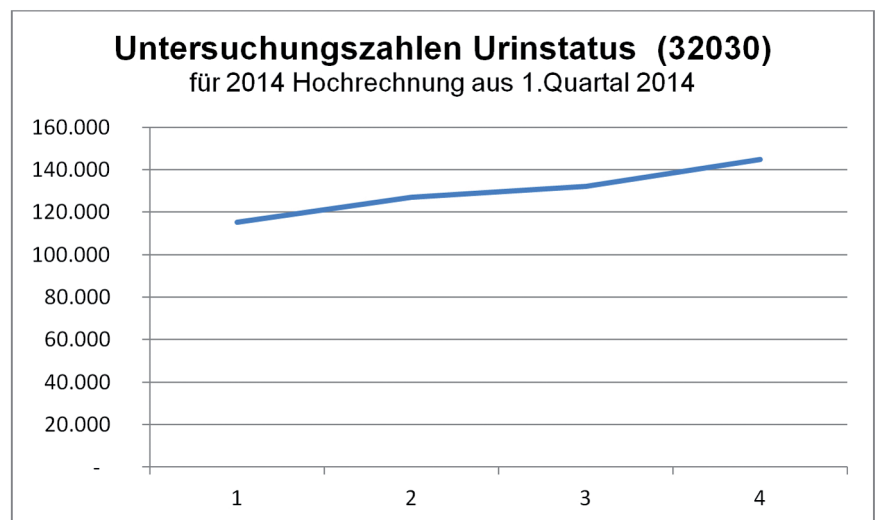
- ▶ die Urintestung auf Mikroalbuminurie,
- ▶ die jährliche augenärztliche Funduskopie und
- ▶ die Mitbehandlung durch diabetologische Fußambulanzen bei auffälligem Fußstatus.

Im Vordergrund bei der Auswahl stand die Relevanz der jeweiligen Untersuchung für die weitere Behandlung und das langfristige Wohl der Patienten.

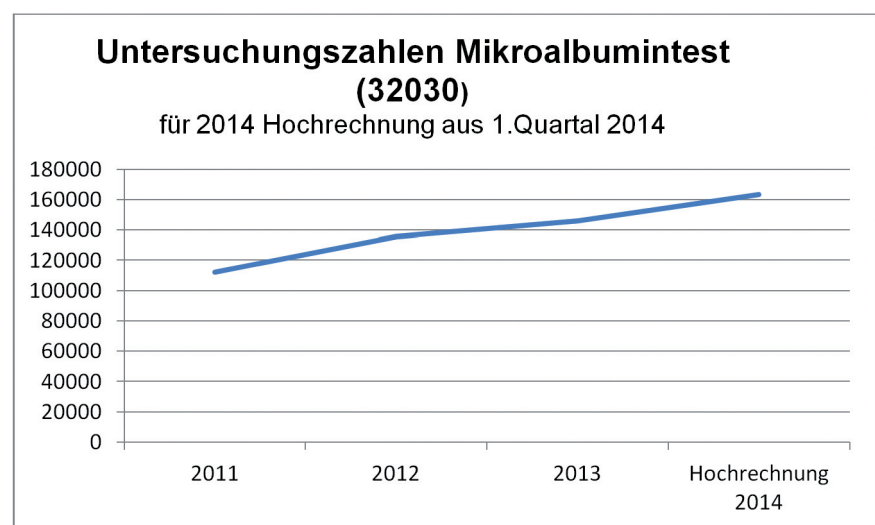
Kontrollparameter

Am Beispiel der Mikroalbuminurie als wichtiger Marker für das kardiovasku-

läre Outcome und damit einer besonderen Hochrisikokonstellation wurden erste Auswertungen vorgenommen. Darüber hinaus ist die Mikroalbuminurie die erste Stufe einer diabetischen Nephropathie. Das frühzeitige Erkennen der Mikroalbuminurie ist von großer Bedeutung, da diese durch geeignete Interventionen (Verbesserung der



Grafik 1: Abgerechnete Untersuchungen in der DSP: Urinstatus



Grafik 2: Abgerechnete Untersuchungen in der DSP: Mikroalbuminurie-Testung

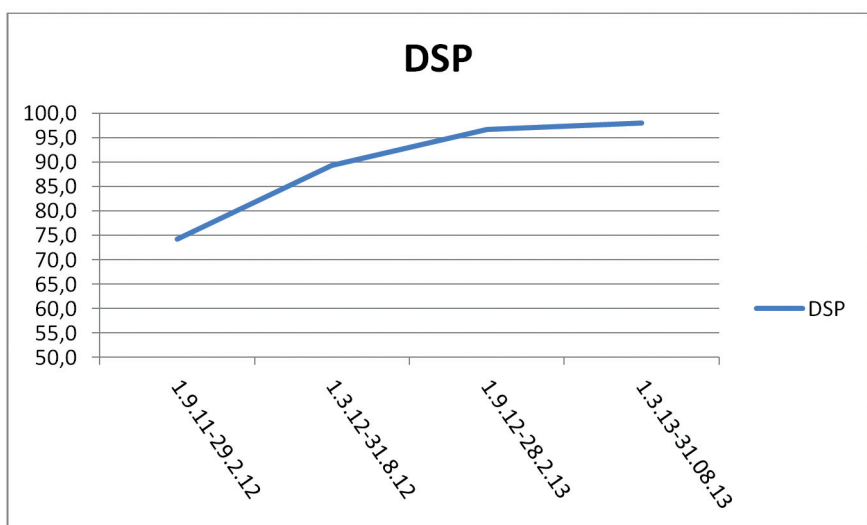


QS-Ziele	QS-Indikatoren	Grundgesamtheit
Diabetes Typ 1		
Hoher Anteil von Patienten ohne diabetische Nephropathie mit jährlicher Bestimmung der Albuminausscheidung im Urin	Anteil der Patienten ab dem 11. Lebensjahr, bei denen jährlich Albumin im Urin gemessen wird unter Patienten ohne bereits bestehende diabetische Nephropathie Zielwert: ≥ 90 Prozent	Alle eingeschriebenen Patienten ab 11 Jahren mit einer DMP Teilnahmedauer von mind. 12 Monaten und ohne bereits bestehende Nephropathie
Diabetes Typ 2		
Hoher Anteil an jährlichen augenärztlichen Untersuchungen	Anteil der in den letzten 12 Monaten vom Augenarzt untersuchten Patienten unter allen eingeschriebenen Patienten Zielwert: ≥ 90 Prozent	Alle eingeschriebenen Patienten mit einer DMP-Teilnahmedauer von mind. 12 Monaten
Diabetes Typen 1 und 2		
Mitbehandlung durch eine Diabetologische Fußambulanz bei auffälligem Fußstatus	Anteil der Patienten, die an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung überwiesen werden, unter den Patienten mit auffälligem Fußstatus Zielwert: ≥ 75 Prozent	Alle eingeschriebenen Patienten mit auffälligem Fußstatus und Wagner 2-5 oder Armstrong C/D

Tabelle 1: Qualitätsziele im Diabetes-Strukturvertrag mit den Primärkassen

Diabeteseseinstellung, Optimierung der Blutdruckeinstellung, Nikotinkarenz, Gewichtsreduktion, u.a.m.) zurückgebildet werden kann. Im ungünstigsten Fall stehen am Ende die terminale Niereninsuffizienz und die Dialysepflichtigkeit.

Ein derart ungünstiger Verlauf ist leider nicht selten; die Diabetiker machen unter den Dialysepatienten bereits mehr als die Hälfte der Fälle aus. Die Dialysebehandlung stellt für die Patienten eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität dar und ist zugleich ein erheblicher Kostenfaktor im Gesundheitswesen. Die Studien zu Behandlungskosten zeigen eindeutig, dass den größten Kostenpunkt die aufwändige Behandlung der Folgeschäden darstellt. Ein für die Kostenträger besonders interessanter Aspekt: Die Vermeidung von Folgeschäden führt damit zu einer Win-Win-Win-Situation: Patient, Arzt und Kostenträger profitieren gleichermaßen.



Grafik 3: Anstieg der im DMP-Bogen dokumentierten Untersuchungen auf Mikroalbuminurie bei Typ-1-Diabetes (Quelle: Qualitätsberichte DMP)

Erfüllungsquoten

Bei der Analyse im Rahmen der DMP-Auswertung 2010/11 zeigte sich, dass die angestrebten Untersuchungszahlen nicht erreicht worden waren. Der gemeinsame Konsens der Beteiligten war deshalb, die Zieler-

reichung hier auf über 90 Prozent zu steigern.

Die Gründe für die unzureichende Zielerreichung sind vielfältig: Zum einen gab es unterschiedliche Interpretationen bei der Dokumentationsroutine, zum anderen sind die notwendigen

Schritte aber auch unterlassen worden, weil der Fokus auf anderen Behandlungsthemen lag.

Durch ein vom Verband der niedergelassenen Diabetologen Niedersachsens (VNDN) durchgeführtes Dokumentationsstraining konnten Schwierigkeiten bei der Dokumentation ausgeräumt werden. Die gemeinsame Zielvereinbarung im Rahmen des Strukturvertrages mit den Primärkassen unterstrich zudem die Wichtigkeit der Zielerreichung.

Im Jahr 2014 haben wir dann in einer Analyse der DMP-Daten der diabetologischen Schwerpunktpraxen die Zielerreichung für alle drei Untersuchungen nach Einführung des neuen Diabetes-Strukturvertrages überprüft. Hat der Vertrag zu einer Steigerung der Untersuchungszahlen geführt? Das sehr erfreuliche Ergebnis: Das vereinbarte Ziel wurde für die Testung auf Mikroalbuminurie erreicht. Die Untersuchungsfrequenz wurde deutlich gesteigert (Grafik 3).

Für die Durchführung der Mikroalbuminurietestung sind die diabetologischen Schwerpunktpraxen unmittelbar verantwortlich, weil diese Untersuchung in der jeweiligen Praxis direkt erbracht und auch mit einer Abrechnungsnummer des EBM abgerechnet wird. Dadurch eignet sich dieser Parameter besonders für die Unterschei-

dung von Dokumentationsverbesserung und Untersuchungssteigerung.

Es zeigte sich ein Anstieg der Untersuchung auf Mikroalbuminurie um 45 Prozent.

Im gleichen Zeitraum stieg auch die Zahl der Untersuchungen des Urinstatus um 26 Prozent an. Beide Untersuchungen werden zumindest bei der ersten Testung gemeinsam durchgeführt. Deshalb ist der gemeinsame Anstieg entsprechend der täglichen Praxis zu erwarten.

Damit ist die Zielerreichung für die Mikroalbuminurie-Testung über die tatsächlich vermehrte Durchführung dieses Screenings erreicht worden. Die Verbesserung der Dokumentationsdurchführung spielte dabei nur eine untergeordnete Rolle (Grafik 1 und Grafik 2).

Fazit

Die gemeinsame Initiative von Diabetologen, Kassenärztlicher Vereinigung und den Primärkassen hat zu einer Verbesserung des Screenings auf Folgeschäden geführt. Die angestrebte Zielerreichung von über 90 Prozent für die augenärztliche Funduskopie (bei Diabetes mellitus Typ 1) und das Screening auf Mikroalbuminurie wurden erreicht. Auch die Mitbehandlung der Patienten mit auffälligem Fußstatus (Zielwert:

mind. 75 Prozent) in den DSP wurde für DM 1 erreicht.

Die Zielerreichung ist auf eine reale Erhöhung der Untersuchungshäufigkeit zurückzuführen und nicht durch die Verbesserung der Dokumentationsgüte zu erklären. Dies konnte am Beispiel des Mikroalbumin-Screenings gezeigt werden.

Der Diabetes-Strukturvertrag mit den Primärkassen (AOK, BKK, LKK, IKK, Knappschaft) hat somit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus in Niedersachsen geführt.

Wir sind also auf dem richtigen Weg. Nun gilt es, die Verträge weiter zu entwickeln und die Qualitätsparameter weiter zu beobachten. Ziel des gemeinsamen Vorgehens ist die Verbesserung der Versorgung zur Vermeidung von Folgeerkrankungen – eine echte Herausforderung bei steigender Prävalenz, die sich nur durch das Zusammenwirken aller Beteiligten steuern lässt.

Dr. med. Andreas Lueg
Hameln
Heike Meyer
AOK Niedersachsen