Versorgung bei Diabetes im Wandel

Öl ins Getriebe für die Fahrt auf neuen Wegen

Derzeit erleben wir nie da gewesene Veränderungen in der Versorgungsstruktur für Menschen mit Diabetes mellitus. Das ist vordergründig durch die kontinuierlich wachsende Zahl von Betroffenen bedingt, was eine langfristige qualitätsgesicherte Betreuung notwendig und teurer macht. Gerade aber wegen des zunehmenden Kostendrucks sind neue Wege in der Versorgung gefragt. Fast jeder Partner im Versorgungssektor ist sich dessen bewusst, aber alle ziehen für sich unterschiedliche Schlussfolgerungen aus dieser Situation.

Kassen könnten Chronic Care Management vorantreiben

Da haben wir die Krankenkassen. Sie versuchen, sich sowohl als Global Player im Versorgungsmanagement als auch in einzelnen Projekten als „Versorger“ aufzustellen. Wenn auch nicht alle dieser Projekte vorbehaltlos zu unterstützen sind, besteht darin doch ein enormes Potenzial. Krankenkassen haben die Chance, die sektoriell gegliederte Versorgung neu zu gestalten und Barrieren einzureißen.

Eine Option etwa wäre, die unvernünftige Unterbrechung der Prozesse im Bereich Prävention, Versorgung und Rehabilitation zu überbrücken und als ganzheitliches Chronic Care Management aufzustellen. Obwohl das medizinisch und physiologisch Sinn machen würde, gibt es klare gesetzliche Vorbehalte, da Prävention keine Leistung von Krankenkassen ist, und sie der Rechnungshof maßregelt, wenn sie zu viele Versichertenbeiträge in Prävention investieren. Dennoch scheint es so, dass die Kassen heute die stärksten Treiber für die Entwicklung von innovativen Chronic-Care-Management-Programmen sind. Dass Krankenkassen derzeit mit einem guten finanziellen Polster ausgestattet sind, sollte daher genutzt werden. Ein Modell der Zukunft könnte sein, dass Chronic Care Management die Prävention, Versorgung und Rehabilitation eng verknüpft und auf einer Risikostratifizierung der Patienten beruhen lässt.

Notwendig ist, dass die einzelnen Versorger im medizinischen und nicht medizinischen Sektor und in der Organisation der Versorgungsstrukturen an einen Tisch kommen und neue Modelle miteinander diskutieren. Ansonsten kann es sein, dass einzelne Partner zukünftig an Einfluss verlieren.

Mehr Eigenverantwortung und finanzieller Anreiz

Entscheidend wird auch sein, dass Patienten mehr Verantwortung hinsichtlich einer nachhaltigen Lebensstiländerung und Therapie-Adherence übernehmen. Qualitätsmanagement-Programme, die z.B. auf dem wiederholten Messen von Taillenumfang, Gewicht und Blutdruck der Patienten beruhen, können erfolgsabhängig für Anbieter von Präventionsmaßnahmen honoriert werden. Nimmt man den HbA_{1c} dazu, können solche Programme auch in der Diabetologie etabliert werden. Plötzlich werden Adherence und Selbstmanagement des Patienten entscheidend für die wirtschaftliche Entwicklung des Gesundheitssektors. Das ist sehr zu begrüßen, wenn auch für viele neu.

Neue Technik und Wirkstoffe nutzen!

Eine weitere Chance entsteht durch die wachsende Therapievelfalt bei Diabetes mellitus. Als Beispiele seien neue Technologien wie telemedizinisch nutzbare Blutzuckermessgeräte und Insulinpens sowie Schrittzähler genannt, die ganz neue Modelle eines ärztlichen oder nicht ärztlichen Interventionsmanagements erlauben. Hier besteht die Möglichkeit, Patienten unter Ausnutzung dieses Potenzial gezielter, genauer und zeitnah zu einem verbesserten Selbst- und Therapiemanagement zu führen. Das häufig gescholtene „Call Center“ kann sich durchaus in ein telemedizinbasiertes Kompetenzzentrum für Interventionsmanagement wandeln und zum Wohl unserer Patienten und zur Erleichterung der Therapiegestaltung unter Kollegen beitragen.

Auch die medikamentösen Optionen in der Behandlung nehmen zu. Allerdings versucht der Gesetzgeber hier durch die Neuregelung im Rahmen des AMNOG einen Riegel vorzuschieben. Es kann sein, dass wir in 6-Monats-Schritten Zulassungen bekommen und wieder verlieren, sodass hier eine hohe Volatilität beim medikamentösen Diabetesmanagement zu erwarten ist.

Die entscheidende Herausforderung aber wird sein, die 8–10 Mio. Menschen mit Diabetes in Deutschland so zu versorgen, dass sie normal mit hoher Lebensqualität leben und dass v.a. die makro- und mikrovaskulären Komplikationen der Erkrankung verhindert werden können. Wichtig ist die effektive und frühzeitige Risikostratifizierung der Patienten. Hier könnte ein Check-up 35 mit Lipidprofil, HbA_{1c}-Test und FINDRISK-Fragebogen zusätzlich zu den etablierten Elementen sehr nützlich sein.

Es gibt viele Aufgaben, die wir als Diabetesbehandler zu lösen haben. Die Diabetologie wird in 10 Jahren anders sein als heute: technischer und mehr risikostratifiziert. Ich hoffe, dass wir in diesem Prozess auch wieder mehr Zeit gewinnen, um mit unseren Patienten zu reden.

Ihr Peter Schwarz

Professor Peter E.H. Schwarz

Kongresspräsident der DDG-
Herbsttagung 2012
Autor Prävention in Info Diabetologie

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstr. 74, D-01307 Dresden
peter.schwarz@uniklinikum-dresden.de