



# DRGs für die ambulante Diabetologie

Ein neues Buch von Diabetologen für Diabetologen



**D**ie in dem neuen Buch zur TEMPO-Studie® vorgestellten Ergebnisse sollen einen Beitrag leisten zur aktuellen wissenschaftlichen Diskussion um Patientenklassifikationssysteme, Diagnosis Related Groups und Disease-Management-Programme beim Diabetes mellitus.

## Dokumentationsbasis

Im Rahmen der TEMPO-Studie® wurden alle bekannten Diagnosen von Haupt- und Begleiterkrankungen, die klinischen Befunde, Befundentwicklung und resultierende Behandlungskosten erfasst. Ausgelegt als Beobachtungsstudie unter Praxisbedingungen, in der sämtliche in den teilnehmenden Zentren behandelten Diabetiker prospektiv über den Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurden, sind differenzierte Aussagen sowohl über die Effizienz der Versorgung, die Therapiestrategien und die damit verbundenen Kosten einer spezialisierten Behandlung möglich.

Die TEMPO-Studie® ermöglicht damit erstmals eine detaillierte und umfassende Beschreibung der Behand-

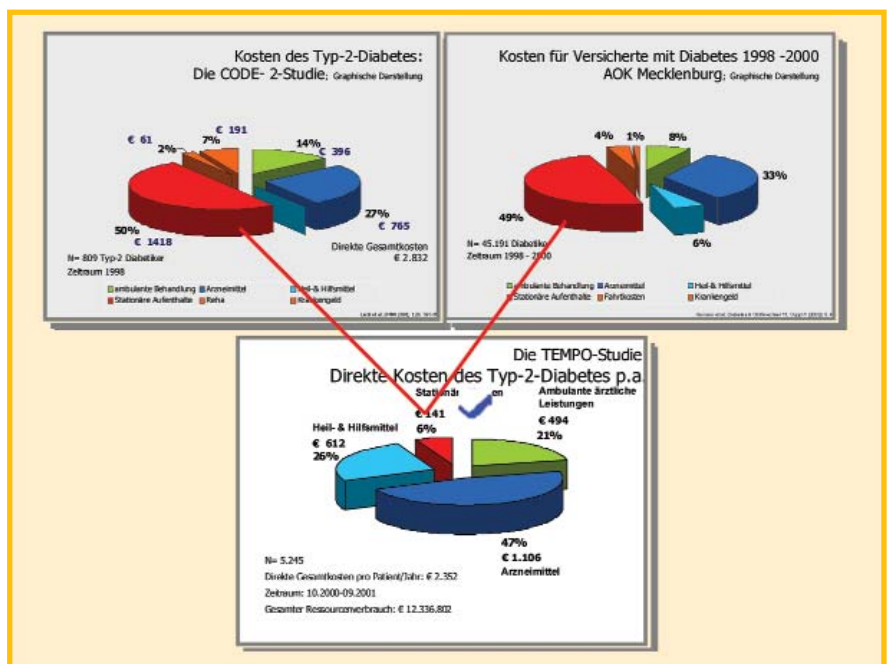
lung des Diabetes mellitus in der ambulanten diabetologischen Versorgung.

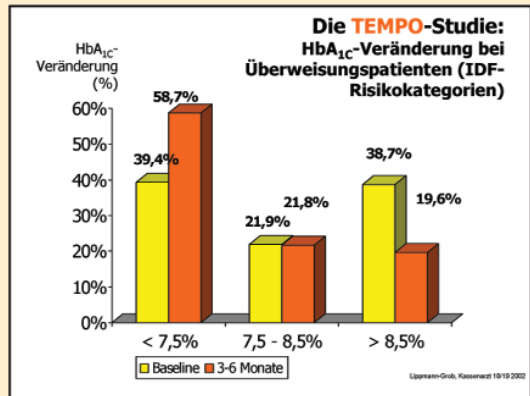
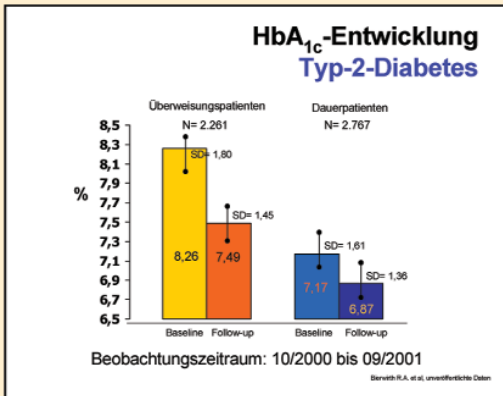
## Kosten der Behandlung in der diabetologischen Schwerpunktpraxis (DSP)

Die auf der Ebene der Schwerpunktpraxis berechneten Ergebnisse der

TEMPO-Studie® zeigen im Vergleich zu anderen Untersuchungen deutliche Unterschiede hinsichtlich der Behandlungskosten.

Den in der CODE-2-Studie ermittelten durchschnittlichen jährlichen Gesamtkosten in Höhe von € 2.832 bei überwiegend hausärztlich betreuten Typ-2-Diabetikern stehen im Rahmen





der TEMPO-Studie® mittlere jährliche direkte Gesamtkosten der spezialisierten Behandlung in Höhe von €2.352 gegenüber. Insbesondere die Aufwendungen für stationäre Behandlung unterscheiden sich in beiden Untersuchungen erheblich (TEMPO: € 141 versus CODE-2: € 1.418).

Die offensichtlich erheblichen Einsparungen im stationären Sektor wurden allerdings durch höhere Aufwendungen bei Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln in der DSP „bezahlt“. So machen die Kosten für Arzneimittel und Heil- und Hilfsmittel bei der jährlichen Behandlung des Typ-2-Diabetikers mit 73% einen erheblichen Teil der Gesamtkosten aus. Bei den Typ-1-Diabetikern lag der Anteil an Arzneimittel- und Heil- und Hilfsmittelkosten sogar bei über 80% der Gesamtausgaben.

### Die Therapie und die Ergebnisse

Die Grenzen der oralen Diabetestherapie werden in diesem Buch genau so aufgezeigt wie die Effektivität einer Umstellung oder einer Intensivierung der Behandlung.

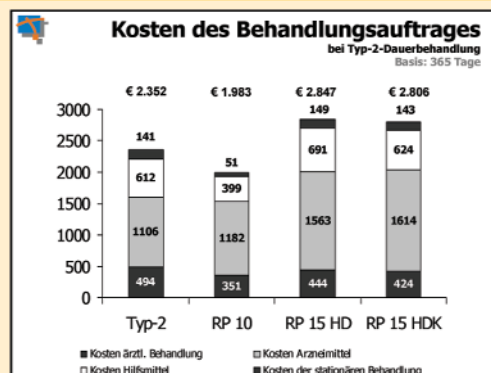
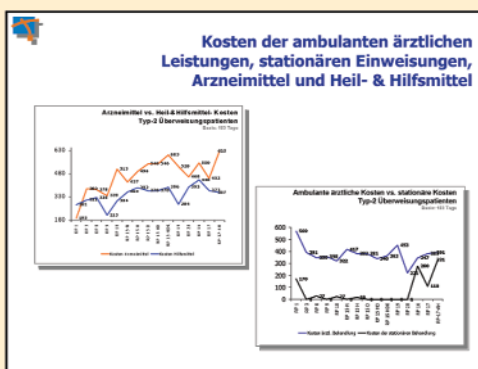
Dabei leisten innovative orale Antidiabetika wie Glitazone und Glinide einen ebenso großen Beitrag wie modifizierte Insuline (kurzwirksame Insulinanaloge etc.) und innovative Insulinstrategien (Supplementäre Insulintherapie, SIT). Komorbidität, Notwendigkeit, Ergebnis und Kosten der Therapie sind daher eng miteinander verbunden.

Die Ergebnisse der TEMPO-Studie® veranschaulichen die in der Schwerpunktpraxis innerhalb von 3 bis 6 Monaten erzielbare Ergebnisqualität bei zugewiesenen Typ-2-Diabetikern. So konnte der Anteil an Patienten mit einem HbA<sub>1c</sub>-Wert von < 7,5% im Zeit-

raum der Mitbehandlung von anfänglich 39,4% auf einen Anteil von 58,7% erhöht werden. Nach erfolgreicher Stoffwechseleinstellung kehren diese Patienten in die Obhut des Hausarztes zurück und wiederum „neue“ Patienten werden zur Schulung und zur Stoffwechseleinstellung zugewiesen. Diese Patientenströme sollten zukünftig bei der Interpretation der in einer Schwerpunktpraxis erzielbaren Ergebnisqualität unbedingt berücksichtigt werden.

### Die Patientenklassifikation

Die Ergebnisse der TEMPO-Studie® zeigen deutlich, daß eine Bewertung von Therapieverfahren ausschließlich nach EBM-Standards den Forderungen nach einem bestmöglichen Kosten-Nutzen-Verhältnis bei der Behandlung von Diabetikern nicht oder nur unzureichend gerecht werden kann.





Es liegt nahe, vor der Entscheidung für eine bestimmte Therapieform das komplexe und vielschichtige Bild des Diabetes mellitus durch eine stärkere Diagnosebeachtung

■ in trennscharfe Kategorien – d.h. in diabetesspezifische Risikoprofile – zu stratifizieren

und die Wahl der Therapie von dem Grad der Komorbidität, der Krankheitsdauer und den Risikofaktoren abhängig zu machen.

Im Rahmen der Überlegungen zum Aufbau eines Patientenklassifikationssystems im ambulanten Diabetes-Sektor hat sich die TEMPO-Studiengruppe für die internationale Klassifikation der Krankheiten gemäß ICD 10 („International Classification of Diseases“) entschieden. Als primäres Einteilungskriterien wurde die Diabetesform (= Hauptdiagnose) festgelegt. Weitere Komplikationen inklusive Progressionsstadien wurden der Hauptdiagnose untergeordnet.

#### Die 3 Ebenen des Patientenklassifikationssystems im ambulanten Diabetesbereich:

1. Hauptdiagnose (Typ-1- oder Typ-2-Diabetes)
2. Betreuungsstatus (Überweisungspatient oder dauerbetreuter Diabetiker)
3. Risikoprofil (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention)

#### Komplexziffer für die ambulante ärztliche Leistung

Die Berechnung der Kosten für die ambulante ärztliche Leistung liefert über alle Profile auffallend homogene Ergebnisse, so daß sich hieraus Komplexpauschalen für die zeitlich befristete Betreuung von Überweisungspatienten und/oder die kontinuierliche Dauerbetreuung von „Stammpatienten“ ableiten lassen.

#### Kombinierte Budgets für ambulante ärztliche Leistungen, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel

Bei den Arzneimitteln sowie den Heil- und Hilfsmitteln – den größten Kostenblöcken in der DSP – ist dagegen eine Vereinbarung der Kostenträger mit Leistungserbringern ohne eine vorherige Analyse des Praxis-Case-Mix für beide Vertragspartner eher riskant. Für die Berechnung solcher kombinierter Budgets (Arzneimittel + ärztliche Leistung) wäre zunächst eine Praxisanalyse sinnvoll.

Angesichts des hohen Kostenanteils von 73 % der Gesamtkosten bei Typ-2- und 80 % der Gesamtkosten bei Typ-1-Diabetikern ist ein Honorierungsmodell auf der Basis eines derart kombinierten Budgets sowohl für die Kostenträger (im Sinne der Ausgabenstabilisierung) als auch für die DSP als Leistungserbringer (für einen gezielten bedarfsorientierten Arzneimittel-Einsatz) sehr interessant und vielversprechend.

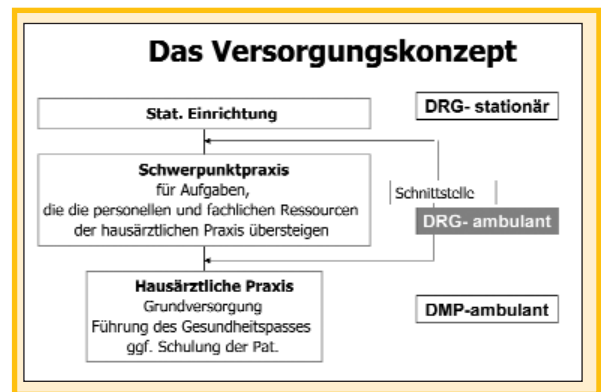
#### DMP versus DRG

Die im Rahmen von TEMPO entwickelten Risikoprofil-gestützten ambulanten DRGs könnten dem niedergelassenen Diabetologen (= Spezialisten) die freie Therapieentscheidung ermöglichen und bieten gleichzeitig dem Kostenträger ein überschaubares und kalkulierbares Ausgabenvolumen.

Vor diesem Hintergrund sind ambulante DRGs für die diabetologische Schwerpunktpraxis als Ergänzung zu den DMPs der allgemeinärztlichen Versorgungsebene zu sehen. Damit hätten die Kostenträger die Möglichkeit, die ambulante Versorgung chronischer Erkrankungen auf zwei Ebenen zu steuern.

#### Fazit

Die in diesem Buch vorgestellten Ergebnisse aus der qualitätssichernden Dokumentation der TEMPO-Studie® bestätigen den Therapieerfolg durch die spezialisierte Behandlung und Betreuung in der DSP. Spezifische Analysen und Zuordnungen zu Risikoprofilen ermöglichen darüber hinaus für die unterschiedlichen Patientenprofile detaillierte Aussagen zu eingesetzten Therapie- und Behandlungsstrategien wie auch zur erzielten Ergebnisqualität.



Neben den medizinischen Ergebnissen wird es in naher Zukunft möglich sein, fundierte pharmakoökonomische Analysen zu verschiedenen Therapiestrategien durchzuführen.

Auf diese Weise kann der Leser dieses Buches sich ein umfassendes Bild von der Leistungsfähigkeit einer ambulanten diabetologischen Schwerpunktpraxis machen und/oder Eindrücke über zukünftige leistungsorientierte Honorierungsmodelle auf der Basis von Patientenklassifikationssystemen und DRGs gewinnen.

Hier bekommen Sie das Buch:

Firma AkPro GmbH  
Waldweg 13  
36199 Rotenburg  
Fax.: 06623 919365, akpro.de