



DRG's für die ambulante Diabetologie?!

Risikoprofilanalysen
bei
Typ-2-Diabetikern in der
Diabetologischen Schwerpunktpraxis

C. Münscher, F. Potthoff;

R.A. Bienwirth, K. Funke, M. Grüneberg,
M. Huptas, P. Kron, B. Leinhos,
B. Lippmann-Grob

Die in diesem 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.

TEMPO fokussiert speziell auf die Versorgungsebene der **ambulanten diabetologischen Schwerpunktpraxis**. Ziel der Studie waren sowohl Untersuchungen zur therapeutischen Effektivität (Glukose-/ Lipidstoffwechsel, Blutdruck) als auch eine detaillierte Analyse des Ressourcenverbrauchs bei der Behandlung von Diabetikern.

Dokumentationsbasis:

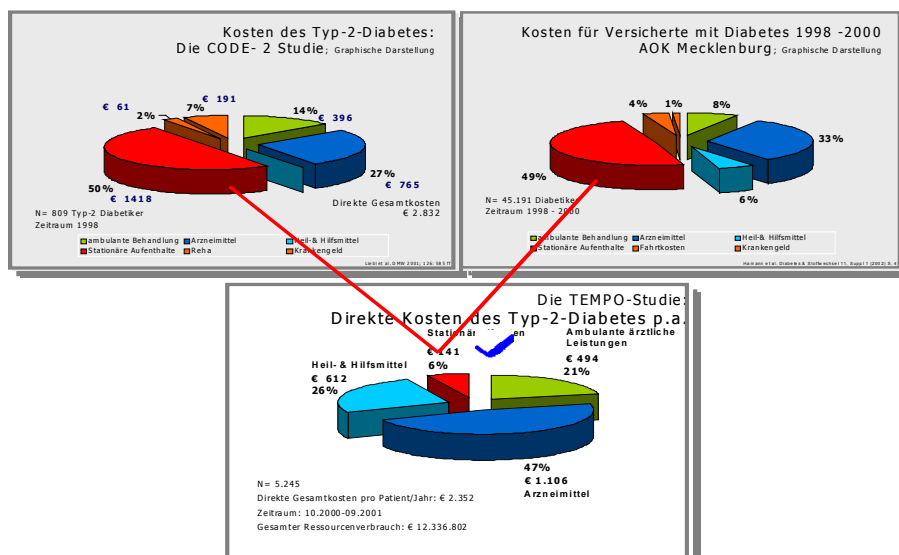
Im Rahmen der Studie wurden alle bekannten Diagnosen von Haupt- und Begleiterkrankungen, die klinischen Befunde, Befundentwicklung und resultierende Behandlungskosten erfasst. Ausgelegt als Beobachtungsstudie unter Praxisbedingungen, in der sämtliche in den teilnehmenden Zentren behandelten Diabetiker 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 Behandlung des Diabetes mellitus in der ambulanten diabetologischen Versorgung.

Das Projekt wurde durch ein hohes Maß an qualitätssichernden Maßnahmen wie Studienprotokoll, EDV-basierte Dokumentation mit integrierten Plausibilitäts-Checks, einheitliche Definition der Diagnostik und Befunderhebung sowie externe Monitoring-Besuche begleitet. Dabei umfasst die TEMPO-Studie[®] einen repräsentativen Querschnitt an Typ-2-Diabetikern. Das dokumentierte Patientenkollektiv ist hinsichtlich Altersspektrum und Diabetesdauer annähernd vergleichbar mit publizierten Daten aus anderen Studien

Die Kosten der Behandlung in der 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,-). Parallel wurden die hohen Aufwendungen für die stationäre Behandlung in der CODE-2 Studie (50% der Gesamt-Kosten) durch die Analysen der AOK-Daten aus dem Diabetesvertrag in Mecklenburg-Vorpommern bestätigt.

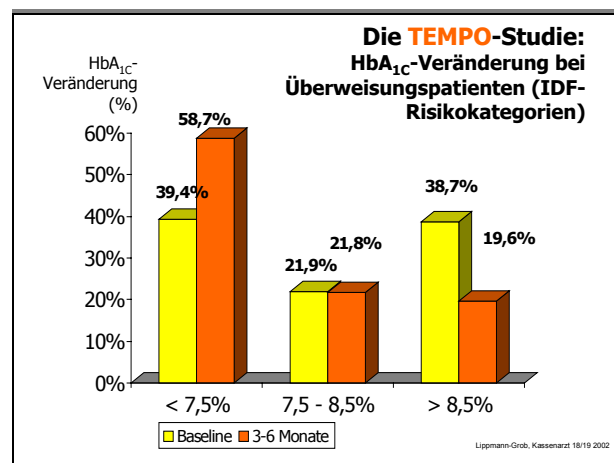
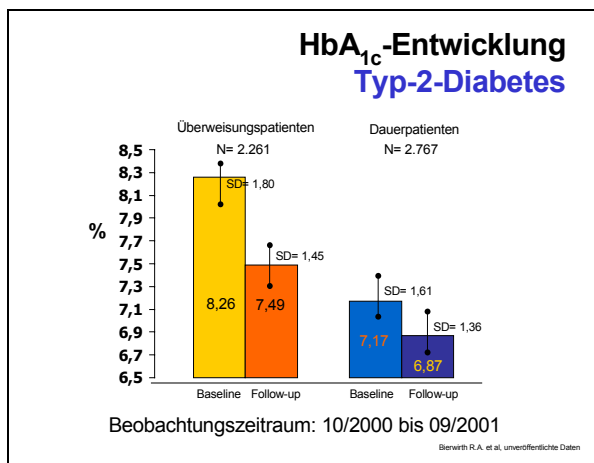


Die offensichtlich erheblichen Einsparungen im stationären Sektor wurden allerdings durch hohe Aufwendungen bei Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln in der DSP „bezahlt“. So machen die Kosten für Arzneimittel und Heil- und Hilfsmittel bei der jährlichen Behandlung des Typ-2-Diabetikers mit **73%** 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 genauso aufgezeigt wie die Effektivität einer Umstellung oder einer Intensivierung der Behandlung. Dabei leisten neuwertige orale Antidiabetika wie Glitazone und Glinide ebenso einen großen Beitrag wie modifizierte Insuline (kurzwirksame Insulinanaloge etc.) und innovative Insulinstrategien (Supplementäre Insulintherapie, SIT).

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_{1c}-Wert von < 7,5% im Zeitraum 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 bei der Interpretation der in einer Schwerpunktpraxis erzielbaren „mittleren HbA_{1c}-Werte“ pro Bezugszeitraum unbedingt berücksichtigt werden.



Die Patientenklassifikation:

Die Ergebnisse der TEMPO-Studie[®] weisen schließlich klar darauf hin, 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 wird. Zukünftig sollte daher viel stärkere Diagnosebetrachtung (einschließlich der Begleiterkrankungen und ihrem Schweregrad) dem Entscheidungsprozess für die geeignete Therapiewahl zugrunde liegen. Dies gilt im besonderen Maße für Patienten, die zeitlich begrenzt mit einem definierten Behandlungsauftrag die Schwerpunktpraxis aufsuchen.

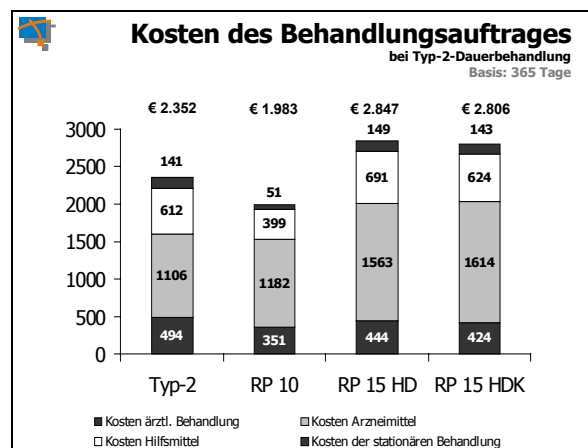
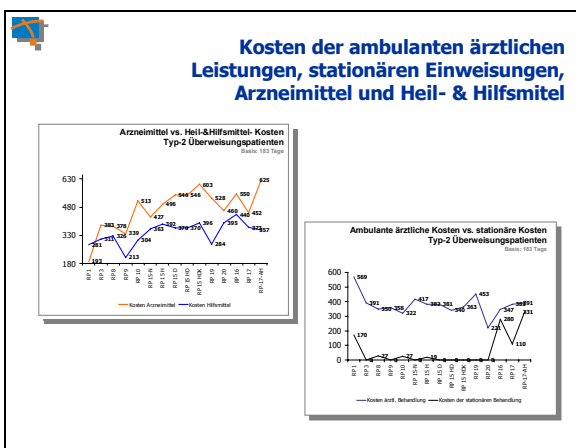
Es liegt somit nahe, das komplexe und vielschichtige Bild des Diabetes mellitus

- ✓ in trennscharfe Kategorien – d. h. in **diabetesspezifische Risikoprofile** – zu stratifizieren und
- ✓ auf erzielte **Ergebnisqualität** und **Ressourcenverbrauch** zu analysieren.

Im Rahmen der Überlegungen zum Aufbau eines Patientenklassifikationssystems im ambulanten Diabetes-Sektor hat sich die TEMPO-Studiengruppe schließlich für die internationale Klassifikation der Krankheiten gemäß ICD 10 („International Classification of Diseases“) als Basis für eine Einteilung in Risikoprofile 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 / 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 kombinierten 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.

Kombinierte Budgets und stationäre Kosten

Die stationären Einweisungen verursachen in Abhängigkeit vom Komplikationsstatus oft erhebliche Kosten. In der Vergangenheit haben die DSP's gezeigt, dass sie im Rahmen ihres Versorgungsauftrages die Kosten für stationäre Aufenthalte erheblich reduzieren können.

Leistungs- und Ergebnis-orientierte Vergütung

Die Effizienz einer Behandlung in der DSP lässt sich anhand des HbA_{1c}-Wertes als wichtigstem Parameter für die Einstellung des Glukosestoffwechsels schon heute belegen. Speziell bei Überweisungspatienten könnte daher ein Ziel-Bonus für das Erreichen normnaher Werte in einem vorgegebenen Zeitrahmen diskutiert werden. Bei dauerbetreuten „Stammpatienten“ wäre ein Bonus für die langfristige Stabilisierung aller Stoffwechselfparameter auf einem Jahresdurchschnittswert mit maximalen Ausschlagsgrenzen für einzelne abweichende Werte denkbar.

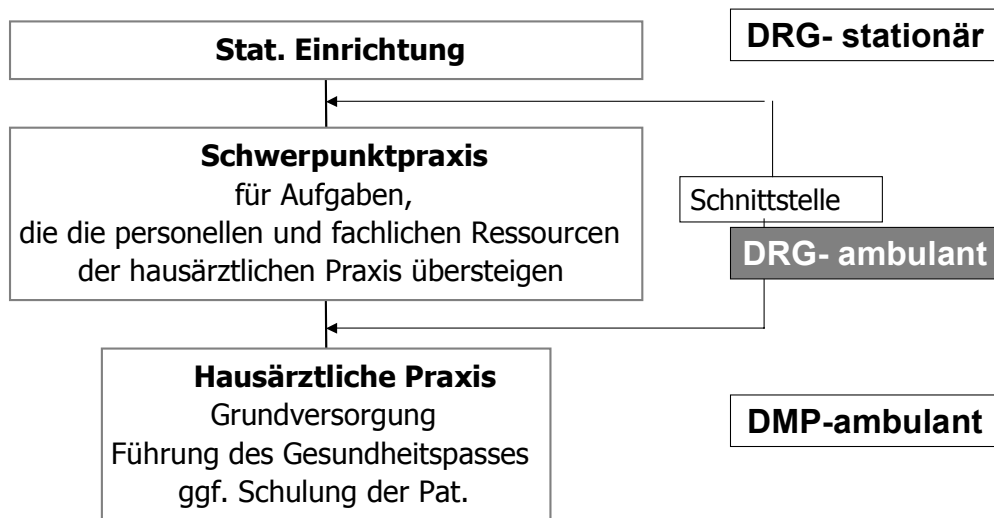
DMP versus DRG

In der aktuell geführten Diskussion um die Einführung von Disease-Management-Programmen (DMP's) mit ‚Evidence Based Medicine‘-basierten Therapiestrategien werden überwiegend Argumente zu Sinn und Zweck einer qualitativen Diabetesversorgung ausgetauscht. Die rationale Diskussion um die notwendige Struktur einer qualitativ hochwertigen Diabetikerversorgung ist dabei leider zunehmend in den Hintergrund gerückt.

Bisher lag der Versorgungsauftrag der diabetologischen Schwerpunktpraxis bei überwiesenen Patienten in aller Regel in der Stoffwechselkontrolle und Optimierung der Therapie. Auftraggeber war der überweisende Hausarzt, der die medizinische Notwendigkeit zur Überweisung an einen Spezialisten festgestellt hatte. Der Spezialist – ambulant oder stationär – wurde damit betraut, eine detaillierte Diagnose zu erarbeiten und eine entsprechende Therapie zu beginnen oder umzustellen. Die in diesem Rahmen durchgeführten Therapieanpassungen erwiesen sich dabei als genauso heterogen wie das Patientenbild des Typ-2-Diabetikers, was sich in der Zuordnung der Patienten zu einer Vielzahl von Risikoprofilen widerspiegelt.

Die im Rahmen von TEMPO entwickelten Risikoprofil-gestützten ambulanten DRG's ermöglichen dem niedergelassenen Diabetologen (= Spezialisten) die freie Therapieentscheidung und bieten gleichzeitig dem Kostenträger ein überschaubares und kalkulierbares Ausgabenvolumen. Vor diesem Hintergrund sind ambulante DRG's für die diabetologische Schwerpunktpraxis als Ergänzung zu den DMP's der allgemeinärztlichen Versorgungsebene zu sehen. Sie ermöglichen den Kostenträgern, die ambulante Versorgung chronischer Erkrankungen auf zwei Ebenen zu steuern.

Das Versorgungskonzept



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 pharmakonomische Analysen zu verschiedenen Therapiestrategien durchführen.

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.