

pharmazeutische medizin 2

Arzneimittelprüfung

Überarbeitung der ‚Clinical Trials Directive‘ – kleiner oder großer Fortschritt?

Versorgungsforschung und Pharmakoökonomie

AMNOG – Chancen für eine bessere Versorgung oder wieder bloß Kostendämpfung?

Berichte + Analysen + Meinungen

Personalisierte Medizin – Wenn das Labor die Therapie bestimmt



DGPharMed

Deutsche Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin e.V.

TEIL 2 und Schluss: Diabetes mellitus – häufiger als die Grippe, tödlicher als AIDS

Diabetes mellitus: Lücken und Defizite in der Versorgung

Die Versorgung von Typ-2-Diabetikern steht vor großen Herausforderungen. Welche das im Einzelnen sind und welche Positionen dabei die Beteiligten – Patienten, Ärzte, Krankenkassen und Industrie – gegenwärtig einnehmen und zukünftig einnehmen könnten, das wurde in einer Bachelorarbeit ausgeleuchtet, die an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg in Lörrach entstanden ist. Die Ergebnisse wurden für diese Zeitschrift zusammengefasst – der erste Teil zu Methode, Zielen und Ergebnissen sowie zur Versorgung und zu Disease-Management-Programmen erschien in der Ausgabe 1-2011. Nachfolgend erscheint der zweite und letzte Teil dieser Zusammenfassung.

I Sarah Schmieder, Duale Hochschule Baden-Württemberg, Lörrach

Lücken in der Versorgung

Die Wahrnehmungen und Bedürfnisse der Beteiligten des Gesundheitssystems sind in hohem Maße heterogen. Überdies wurden Bereiche ermittelt, in denen selbst innerhalb einer Gruppe von Befragten unterschiedliche Ansichten existieren. Diese Erkenntnisse erschweren die Entwick-

entrüstenden und provozierenden Zitate wider und weitet das Feld der Handlungsoptionen dahingehend aus, nicht nur unterstützende Angebote für Patienten, sondern darüber hinaus Zusatzangebote für die anderen Beteiligten zu entwickeln. Die heterogene Wahrnehmung der Befragten verdeutlicht, dass Handlungsbedarf bei allen Beteiligten festzustellen ist.

Die Hypothese, dass es trotz guter Versorgung zahlreiche Lücken gibt, lässt sich mit den Ergebnissen der Frage „Gibt es Lücken in der Versorgung, die bisher noch nicht gedeckt sind?“ bestätigen. Die Abbildung 4 visualisiert alle aufgeführten Lücken, gegliedert nach der Häufigkeit der Nennung.

Defizite beim Hausarzt

Im Folgenden wird gesondert auf die konstatierten Defizite in den Bereichen Überweisung, Know-how von Hausärzten und Pflegeeinrichtungen, Patientenmotivation sowie Schulungen eingegangen.

Eine Lücke, welche von über 62 Prozent der Interviewteilnehmer (n=25) aufgezeigt wurde, ist die mangelnde Überweisung von Haus- an Fachärzte. Dies läge laut Aussage des Vertreters ei-

ner Betriebskrankenkasse daran, dass die chronisch Kranken eine Dauereinnahmequelle für die Praxis darstellen. Demgemäß sei es kein Wunder, dass der Arzt diese nicht zum Facharzt überweisen wolle. Der Vertreter einer Schwerpunktpraxis bestätigt diese Problematik und erklärt: „Die Lücken gibt es deshalb, weil die Versorgung nicht bindend ist. Wenn der Hausarzt mit dem Diabetiker nicht zurechtkommt, gibt es keine Leitlinie, in der steht, wann er zum Facharzt überweisen muss.“

Hinzu kommt das mangelnde Know-how der Hausärzte, das verstärkt vonseiten der Patienten und der Schwerpunktpraxen kritisiert wird. Der Patientenvertreter eines DDB Landesverbandes untermauert die These: „Das ist nicht so, wie es sein sollte. Die niedergelassenen Ärzte haben recht wenig Ahnung von Diabetes. [...] Behandlungen werden sehr schnell abgehandelt. Die Behandlungsarten sind sehr hinterwäldlerisch – so kann man heutzutage eigentlich keinen Diabetes mehr behandeln.“

Ferner werden die Aspekte Motivation und Selbstmanagement (42,5%, n=30) akzentuiert und decken infolgedessen einen signifikanten Handlungsbedarf auf. Während die Ärztevertreter



Leiter einer Schwerpunktpraxis: „Der Typ-2-Diabetiker ist ja nicht umsonst Typ-2-Diabetiker.“

lung der Handlungsoptionen und die Schaffung einer Win-win-Situation für alle Beteiligten.

Die vorhandene Frustration der Interviewpartner spiegelt sich in den teils

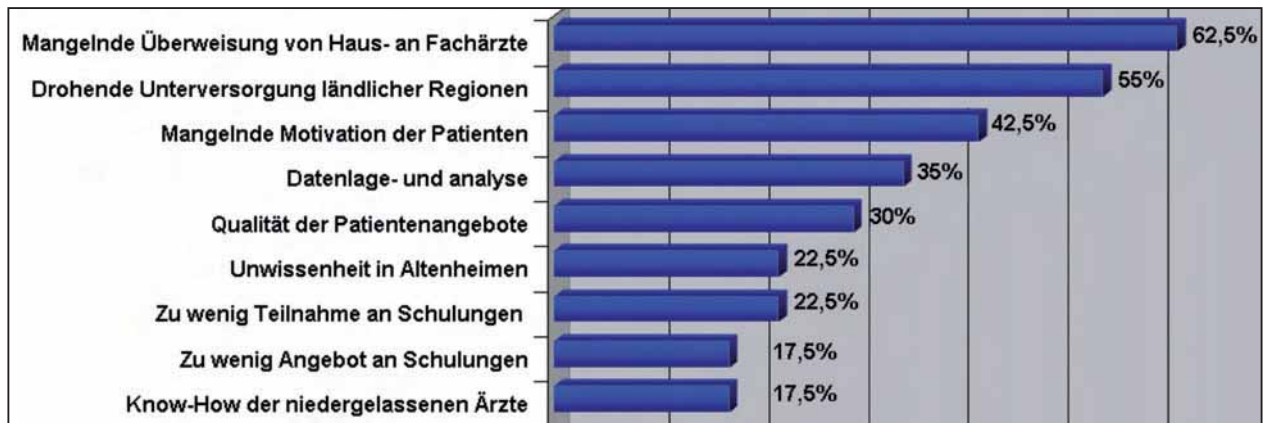


Abbildung 4 | „Gibt es Lücken in der Versorgung, die bisher noch nicht gedeckt sind?“ [Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an die Aussagen aller Interviewpartner (n=40)]

das Erfordernis zusätzlicher Angebote überwiegend im Bereich der langfristigen Unterstützung sahen, fokussierten die Vertreter der Patienten auf die psychologische Behandlung und Betreuung. Die Vertreterin einer Betriebskasse empfand dies als großes Problem, „weil die Leute einfach keinen Bock haben.“ Es sei frustrierend, sich immer wieder mit dem Thema auseinanderzusetzen, an dem man schon seit 20 Jahren scheitert. Der Leiter einer Schwerpunktpraxis sowie die Vorsitzende eines DDB Landesverbandes pflichteten dieser Aussage ebenfalls bei: „Der Deutsche bewegt sich nicht gerne. Da kommen die wildesten Ausreden.“ „Der Typ-2-Diabetiker ist ja nicht umsonst Typ-2-Diabetiker. Wir haben ungemein viele Angebote, um die Patienten zu motivieren. Das ist wie Trial & Error. Da muss man ziemlich frusturationsresistent sein.“

Für die geschilderte Problematik der Patientenmotivation sahen die Interviewten keine optimale Lösung. Die Erkenntnisse des analysierten Themenblockes deuten jedoch auf die Notwendigkeit hin, dass die alleinige Motivation der Patienten langfristig nicht ausreicht. Handlungsbedarf besteht ebenfalls im Bereich der Motivation der Ärzte, da diese unwillkürlich und direkt Einfluss auf das Verhalten der Patienten nehmen. Solange sich die Ärzte der Bedeutsamkeit ihres Auftretens nicht bewusst sind, wird sich die homogene Frustration, die durch die Ärztevertreter aufgezeigt wurde, weiterhin negativ auf die Haltung der Patienten auswirken.

Schulungen unterschiedlich bewertet

Ein weiteres Defizit betrifft das Thema „Schulungen“, das von den Befragten sehr unterschiedlich wahrgenommen wurde. Während alle interviewten Vertreter von Krankenkassen das Angebot und die Teilnahme an Diabeteschulungen für Patienten positiv einschätzten, behaupteten 90 Prozent der Ärztevertreter (n=9), dass zwar viele Schulungen angeboten werden, die Patienten diese jedoch fast nicht wahrnehmen. Der Vertreter eines Hausarztverbandes beschrieb das Verhalten der Patienten folgendermaßen: „Schulungen bringen den Leuten nichts, die sie eigentlich brauchen, weil die nicht hingehen. Die Patienten werden erst hellhörig, wenn sie ihre Spätschäden haben. Wenn’s denen zu viel wird, dann bleiben die einfach weg. Da denkt man manchmal, man macht sich zum Hirsch.“

Im Unterschied dazu behaupteten 70 Prozent aller befragten Patientenvertreter (n=7), dass es ein zu geringes Angebot an qualitativ hochwertigen Schulungen gibt. Der Vertreter eines DDB Landesverbandes stellte fest: „Ärzte empfehlen keine Schulungen. Die Arzthelferinnen sagen, man soll weniger essen und sich mehr bewegen. Deshalb kommen viel zu wenige in den Genuss von adäquaten, strukturierten Schulungen.“

Die zitierten Aussagen verdeutlichen die fehlende Kommunikation und Transparenz im System und decken Handlungsbedarf auf.

Telemedizin als Chance

Eine Option, die Informiertheit der Patienten zu verbessern und sie zeitgleich zu motivieren und langfristig zu betreuen, bietet die Telemedizin. Die Telemedizin ist eine Möglichkeit, die Überwachung bzw. Kontrolle der Patienten und deren Betreuung langfristig auf hohem Niveau aufrechtzuerhalten.

Der Nutzen der Telemedizin wird in den aggregierten Aussagen geschildert. Als Vorteile der Telemedizin wurden angegeben: Verbesserung der Stoffwechseleinstellung, Erhöhung der Motivation, Verbesserung der Versorgungs- und Lebensqualität, Reduktion der Folgeerkrankungen, Detektion von kardialen und anderen Akut-Ereignissen sowie Reduktion der Kosten.

Gleichwohl belegen Studien, dass in Deutschland lediglich 35 Prozent der potenziellen Kunden die Bereitschaft mitbringen, sich umfassend telemedizinisch betreuen zu lassen [19]. Eine Reihe interdependenter Faktoren (Datenschutz, gläserner Patient etc.) rufen bei den Befragten eine gewisse Skepsis hinsichtlich telemedizinischer Verfahren hervor. Nichtsdestotrotz stimmten bei der Frage, ob sie zur Teilnahme an einem Telemedizinprojekt bereit sind, 65 Prozent mit „ja“ und entkräften somit die Angaben der Literaturrecherche. Abbildung 5 veranschaulicht die Aufteilung der Antworten in den Subkohorten.

Auffallend ist, dass die Patientenvertreter mit 80 Prozent (n=8) die größte Teilnahmebereitschaft aufweisen, während die Ärzte- und Krankenkassenvertreter der Telemedizin kritischer

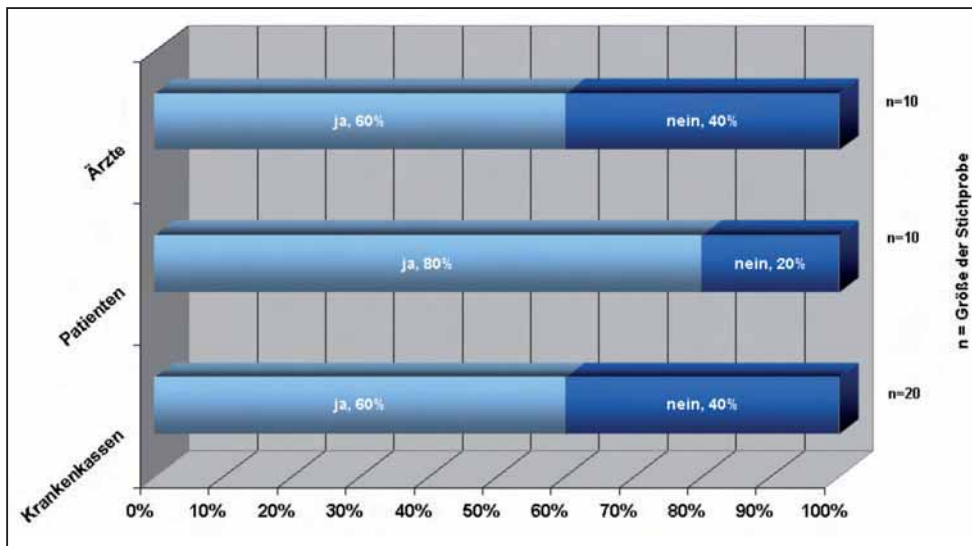


Abbildung 5 | „Würden Sie an einem Telemedizinprojekt teilnehmen?“ [Quelle wie in Abb. 4]

gegenüberstehen (jeweils 60 Prozent Teilnahmebereitschaft). Nichtsdestotrotz liegen die Antworten aller Subkohorten deutlich über dem Wert (35 Prozent) der publizierten Studien.

Die folgenden Zitate verdeutlichen die heterogenen Ansichten der Teilnehmer:

Die Vertreterin einer Krankenkasse würde ein Pilotprojekt sofort unterstützen und begründete dies wie folgt: „Wir werden die Situation haben, dass wir die engmaschige, flächendeckende Versorgung nicht mehr gewährleisten können. Und dann muss was passieren. Egal ob Arzt zu Patient oder Patient zu Arzt [...] da ist Telemedizin eine optimale Lösung.“

Auch der Vertreter einer Schwerpunktpraxis steht einem Telemedizin-Projekt positiv gegenüber, wies jedoch zugleich auf Verbesserungspotenzial hin. „Man sollte den Patienten nicht davon entlasten, seine Werte aufzuschreiben. Das ist sonst wie so eine zusätzliche Service-Leistung. Der Patient sitzt da, frisst und bewegt sich nicht – der Zucker wird gemessen, andere kümmern sich schon – das heißt, er wird noch fauler, noch träger und kümmert sich gar nicht mehr. Das halte ich nicht für gut. Der Patient muss sich aktiv mit seinen Werten auseinandersetzen. [...] Dann wird daraus ein stimmiges Bild.“

Diskussion und Fazit

Vor dem Hintergrund der steigenden Prävalenz chronischer Erkrankungen,

des demografischen Wandels und der steigenden Kosten für die Krankheitsversorgung erscheint eine Entlastung des Gesundheitssystems durch geeignete Maßnahmen zwingend notwendig. Die aufgezeigten Defizite in der Diabetesversorgung bieten vielfältige Möglichkeiten, eine solche Entlastung im Indikationsgebiet Diabetes mellitus herbeizuführen und dabei zugleich die Versorgungsqualität zu steigern. Deutlich wird vor allem die fehlende Transparenz und die mangelnde Kohärenz der Wahrnehmungen, die durch eine verstärkte Kommunikation verbessert werden könnten.

Der Diabetes mellitus Typ 2 ist eine chronisch progrediente Erkrankung und erfordert vom Patienten ein äußerst hohes Maß an Selbstdisziplin und Eigenverantwortung. Die Auswertung der Interviews zeigt klar die zukünftigen Handlungsfelder auf, um die Versorgung von Diabetikern nachhaltig zu verbessern:

- Verbesserung der Compliance und Adherence im Sinne einer Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten
- Verbesserung der Motivation der an der Behandlung Beteiligten, dazu zählen Haus- und Fachärzte, Psychologen, Ernährungsberater und Bewegungstherapeuten
- Zukunftsvisierende, transparente Programme, die ein vernetztes Handeln ermöglichen und die Kooperation der Beteiligten fördern
- Einsatz von Telemedizin, die eine neue Chance bietet, die Versorgung

von Diabetikern nachhaltig und langfristig zu verbessern

Um diese Handlungsfelder adäquat zu bedienen erscheint es notwendig, dass sich die Beteiligten – Patienten, Ärzte, Krankenkassen und Industrie – stärker aktiv in den Versorgungsprozess einbringen. Dabei sollte es zu einem Umdenken im Rollenverständnis der Beteiligten kommen. Insbesondere die Patienten werden eine deutlich aktivere Rolle einnehmen müssen. Dessen unge-

achtet müssen auch die Leistungsbroughter stärker als bisher in die Verantwortung genommen werden – die Ergebnisqualität wird zunehmend zum Gradmesser ihrer Leistung. Die Rolle der Krankenkassen im Versorgungsgeschehen wird ebenfalls neu definiert werden müssen, auch sie werden sich aktiver in die Versorgung einschalten müssen. Eine intensivere Kooperation im Versorgungsmanagement mit der Industrie wurde in der Befragung von allen Gruppen begrüßt. |

Der Teil 1 dieses Beitrags – Schmieder S.: „Realität der Versorgung im Indikationsgebiet ‚Diabetes mellitus‘“; pharmazeutische medizin 2011; 13(1):55–58 – sowie die Literaturliste können in der Redaktion angefordert werden unter: boebue@boebue.de

AUTORIN



Sarah Schmieder ist Bachelor of Arts BWL -Health Care Management; bei ihrer Bachelorarbeit wurde sie durch Professor Dr. Frank Andreas Krone, Duale Hochschule Baden-Württemberg, Lörrach, betreut.

Kontakt
sarah.schmieder@gmx.de