



Der herzkranke Diabetiker
Stiftung in der Deutschen Diabetes-Stiftung

Liebe Leserinnen und Leser,

für herzkranken Diabetiker wird im deutschen Gesundheitssystem mehr Geld ausgegeben, als wenn die Kosten für Herzpatienten und die Kosten für Diabetespatienten addiert werden. Das dürfte eine Aussage sein, die bislang noch kei-

ner getroffen hat. Präsentiert wurden die Zahlen zu den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beim Pressegespräch der Stiftung Der herzkranken Diabetiker (DHD) am Welt Diabetesstag 2019 im Haus Deutscher Stiftungen in

Berlin (im Bild von links nach rechts: Dietrich Monstadt, Professor Dr. Wolfgang Motz, Professor Dr. Dr. h. c. Diethelm Tschöpe, Dr. Klaus Reinhardt, Professor Dr. Dr. Wolfram Döhner, Professor Dr. Jürgen Wasem).



Foto: Stiftung DHD

Diabetes und Herzerkrankung – das betrifft 1,8 Millionen der gesetzlich Krankenversicherten

„Der komplikationsfreie Diabetiker ist aus gesundheitsökonomischer Sicht kein besonders auffälliger Zeitgenosse“, meinte Professor Dr. Jürgen Wasem vom Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen. Dieser Patient koste jährlich im Durchschnitt etwa 360 Euro mehr als ein gesetzlich Versicherter ohne Diabetes in gleichem Alter. Aber schon, wenn der Diabetespatient mit Insulin behandelt werde, stiegen die Aufwendungen deutlich. „Und bei Komplikationen steigen die Kosten dann noch einmal sprunghaft an. Dann sind wir im Durchschnitt schon bei 7000 bis 8000 Euro im Jahr.“ Für die GKV ein riesiger Kostenblock seien Patienten mit Diabetes und Herzerkrankung, das betreffe nach Daten der Krankenkassen

immerhin 1,8 Mio. Patienten. Bei ihnen kämen verschiedene zusätzliche Ausgaben dazu, die je nach Morbiditätsgruppe im Schnitt bei 20000 bis 21000 Euro liegen können. „Das sind schon sehr beeindruckende Zahlen. Wir geben zu viel Geld für eine schlechte Versorgung aus“, führte Wasem aus.

Indikator für Versorgungsproblem

„Herzkranken Diabetiker stellen ein großes Risiko für die Krankenkassen dar, weil deren Ausgaben höher sind, als wenn man die Summe der Ausgaben für Diabetes und Herzerkrankungen zusammenzieht.“ Die Interaktion beider

Erkrankungen exponenziere das Risiko. Ein Versicherter mit Diabetes und Herzproblem sei deutlich teurer als ein Patient, der nur eines von beidem habe. „Dies ist ein Indikator für Versorgungsprobleme im System.“ Insgesamt werden rund 16 Mrd. an direkten Kosten für Diabetiker ausgegeben, wobei ein erheblicher Teil davon mit Komorbiditäten assoziiert ist, an vorderster Stelle mit kardiovaskulären Problemen. Aus ökonomischer Sicht sei der herzkranken Diabetiker ein exemplarisches Beispiel für sektor- und indikationsübergreifende Steuerung, die verbessert werden könne. Es würden gute Leitlinien existieren, die nur bruchstückhaft in die Versorgung übersetzt würden. „Dafür mag es rationale Gründe geben. Wenn wir aber

aus Anreizgründen nicht das tun, was zu tun wäre, haben wir ein ethisches Problem“, betonte Wasem. Dann müsse man mit der primären Konsequenz leben, ein schlechteres Outcome zu produzieren. Das werde langfristig zu mehr Folgekosten führen und kurzfristige Einsparungen überlagern.

Eine Pauschale für zwei Fälle

Mit welchen Problemen sich Kliniken der Maximalversorgung auseinandersetzen müssen, skizzierte Professor Dr. Wolfgang Motz am Beispiel zweier Szenarien. Motz ist Mitglied im Kuratorium der Stiftung DHD und ärztlicher Direktor vom Herz- und Diabeteszentrum Mecklenburg-Vorpommern in Karlsburg. „Im ersten Fall wird ein 65-jähriger Patient mit arterieller Hypertonie und Angina pectoris kardiologisch behandelt. Die Klinik führt ein Belastungs-EKG und eine Herzkatheteruntersuchung durch. Der Patient hat zwei Stenosen, er bekommt Drug-Eluting-Stents. Kodiert wird das mit DRG (Diagnosis Related Group) F58B. Je nach Bundesland, bei uns in der Klinik bedeutet das einen Erlös von 3400 Euro.“ Im zweiten Fall habe der 65-jährige Patient kardial das gleiche Krankheitsbild, aber zusätzlich noch Diabetes, der seit 17 Jahren bekannt sei. Abgerechnet werde dann ebenfalls DRG F58B, obwohl dieser Patient länger in der Klinik verweilte und sein Diabetes ergänzend zur kardiologischen Intervention behandelt wurde. Schlussendlich komme dann auch noch der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung; seit 1.1.2020: Medizinischer Dienst, MD) und moniere, warum dieser Patient zwei Tage länger in der Klinik gelegen habe. Das sei leider die Realität in der Versorgung. Fachkenntnisse und Personal für Behandlung und Beratung bei Diabetes werden vorgehalten, aber letztlich nicht vergütet. „Trotzdem machen wir das in Karlsburg, obwohl es sich wirtschaftlich kaum trägt.“

Bessere Allokation der Mittel

Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), erklärte in Ber-

lin: „Die Honorierungs- und Anreizsystematik sowohl im stationären als auch im vertragsärztlichen Bereich ist überholungsbedürftig. Ich meine, gleiches Regelleistungsvolumen über alle Morbiditäten muss sein.“ Man sollte aber zunächst einmal vorurteilsfrei miteinander diskutieren und von der Notwendigkeit vernünftiger und effizienter Versorgung ausgehen – nicht immer sofort mit dem Ansatz, dass Ärzte mehr Geld fordern. „Ich möchte, dass die Allokation der Mittel so stattfindet, dass gesagt werden kann, es wird gute Medizin gemacht“, stellte der BÄK-Präsident in aller Deutlichkeit heraus. Aus Sicht von Reinhardt als Hausarzt, der seit 27 Jahren Patienten in der niedergelassenen Praxis erlebt: „Diabetes und herzkranke Diabetiker gehören neben Skeletterkrankungen und psychischen Problemen zu den großen chronischen Entitäten, die 80 Prozent aller Gesundheitsausgaben überhaupt ausmachen, um die wir uns mit ausreichender Sorgfalt kümmern müssen.“ Das beginne nicht in der Arztpraxis, in der sich manches sicher noch besser machen ließe, es betreffe auch die Primär- und Sekundärprävention, damit Folgen erst gar nicht entstehen. Es liege mitunter auch an der verfügbaren Zeit, die man habe. Ärzte könnten aber sicher noch mehr tun, auch synchron mit anderen Beteiligten. „Wir müssen uns konzertiert auf den Weg machen seitens der Ärzteschaft, auch begleitend, informierend und nicht intervenierend. Wenn wir es nicht tun, werden Kosten auf uns zukommen, die schwierig zu stemmen sein werden.“

Gesicherte Erkenntnisse kommen nicht an

Immer dann, wenn Menschen Diabetes haben, komme das, was an Daten längst gesichert sei, nicht in der Versorgung an, stellte Professor Dr. Dr. h. c. Diethelm Tschöpe von der Stiftung DHD klar. Das betreffe die Therapie mit Hilfsmitteln genauso wie die Entscheidung, ob Stent-Implantation oder Bypass-Operation. Die Verbundleitlinie der europäischen Kardiologen und Diabetologen ernte zwar am meisten Zustimmung, werde aber nach Revision am wenigsten umgesetzt, kritisierte Tschöpe, der auch Klinikdirektor der Diabetologie im

Herz- und Diabeteszentrum NRW in Bad Oeynhausen ist. Warum das so sei, könne aus pathophysiologischer Sicht schwer beantwortet werden, ergänzte Professor Dr. Dr. Wolfram Döhner von der Charité Berlin und Arbeitsgruppenleiter im Deutschen Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK). „In der wissenschaftlichen Welt haben wir viel Zuwachs, in der Welt der Versorgung haben wir mit Problemen der Refinanzierung zu tun.“ Da werde die Evidenz der Wissenschaft von Klinikleitungen, die mehr wirtschaftlich als medizinisch getriggert sind, nicht bereitwillig aufgenommen.

Unterversorgung in der Überversorgung

„Der herzkranke Diabetiker ist ein Beispiel der Unterversorgung in der Überversorgung“, meinte Tschöpe. Dieser Patient passe nicht in eine Tätigkeits-schublade allein, hier brauche es mehr Verknüpfung, eine bessere Allokation der Disziplinen. Bei Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom (DFS) beispielsweise müsse der Angiologe mehr machen als nur Katheter, weil er weiß: Wenn dieser Patient an einer Stelle eine Stenose hat, können auch an anderen Stellen Stenosen sein. Da sollte vielleicht einmal der Kardiologe hinzugezogen werden. Zudem kann es sinnvoll sein, den Hausarzt zu konsultieren, ob in der Vorgeschichte schon Untersuchungen stattgefunden haben, die wichtige Informationen enthalten. In der sich ändernden Kliniklandschaft gebe es mittlerweile regelrechte Exzesse, fügte Professor Dr. Wolfgang Motz hinzu. Mancherorts kommuniziere die Kardiologie schon gar nicht mehr mit der Rhythmologie. „Da wird nur noch gebrannt, gehobelt, gesägt und gelötet, weil das belohnt wird, und andere Sachen bleiben auf der Strecke.“ Für mehr Interdisziplinarität brauche es vor allem einen Rahmen. Das verspreche mehr Nutzen für Patienten und das fordere die Stiftung DHD.

Nationale Diabetes-Strategie vor Abschluss

Einen geeigneten Rahmen wünscht sich auch MdB Dietrich Monstadt von der

CDU, Sprecher der Sektion Diabetes und Vertreter der Arbeitsgruppe Gesundheit im Bundestag. Bei der Nationalen Diabetes-Strategie seien sich die Koalitionspartner einig. Die Strategie werde bald kommen, wenn auch, so der Stand aktuell, in etwas abgespeckter Form. „Der Ernährungsteil wird nun ausgekoppelt, weil der Konsens mit der Ernährungspolitik fehlt. Als Berichterstatter für Adipositas bin ich aber optimistisch, dass Ernährung im Nationalen Adipositasplan eine stärkere Gewichtung findet“, sagte Monstadt. „Zunächst ist damit zu rechnen, dass die nationale Strategie zur Eindämmung des Tsunamis Diabetes Ende des Jahres, spätestens im ersten Quartal 2020 abgeschlossen sein wird.“ Monstadt versicherte, dass die Morbiditätsdimension in der Diabetes-Strategie berücksichtigt werde. Probleme gebe es bei der Anzahl der Lehrstühle Diabetologie für die Ausbildung des Nachwuchses.

DMPs sollen erhalten bleiben

„Wir haben bei Hausärzten auch die Situation, dass an manchen Fakultäten nur vier Stunden Diabetes im Lehrplan vorgesehen sind.“ Über das Vergütungssystem müsse man sich ebenfalls Gedanken machen. Es dürfe nicht sein, dass Klinikdirektoren das Handtuch werfen und reihenweise Abteilungen für Diabetologie geschlossen werden. In der Gesundheitspolitik habe sich Monstadt auch dafür eingesetzt, dass die aufs Coaching zielenden Disease-Management-Programme (DMPs) erhalten bleiben. „Bei den DMPs stellt sich vor dem Hintergrund der Komorbidität Herz und Diabetes die Frage, in welches DMP der herzkranke Diabetiker eingeschrieben wird“, mahnte Tschöpe an. Ein Verbund-DMP sei in Sachsen zuletzt krachend gescheitert. „Utopisch ist, dass der Patient in allen drei Behandlungsprogrammen (DMP Diabetes mellitus, DMP Koronare Herzkrankheit, DMP Chronische Herzinsuffizienz) berücksichtigt wird.“ An Lösungen müsse gearbeitet werden, das könne nicht Aufgabe der Politik sein, da müsse auch die Selbstverwaltung der Ärzteschaft ran, entgegnete Monstadt.



*Katrin Hertrampf
Pressestelle Stiftung DHD
Georgstraße 11
32545 Bad Oeynhausen
E-Mail:
info@stiftung-dhd.de*