

29. Juli 2006

Diabetologica germanica, quo vadis?

Statement eines Hausarztes zum DMP Typ 1, der nach dem Willen von Koordinierungsausschuss, AOK, KV und insbesondere auch des ADBW in Zukunft „nur noch in Einzelfällen“ die Koordinierungsfunktion für Typ-1-Diabetiker übernehmen soll.

Nun ist die lähmende Diskussion zwischen Fachärzten für Allgemeinmedizin und Internisten, wer der bessere Primärarzt ist, also endlich entschieden: es ist der Diabetologe DDG. Als Hausarzt freue ich mich über diese Entscheidung aus unseren politischen Gremien: auf dem Land sind derzeit bereits viele Hausarztpraxen verweist. Dringend benötigen wir ambitionierte Kollegen, die in die Grundversorgung einsteigen. Wie dies mit der geforderten, finanziell erstaunlich gut geförderten, Massenversorgung in Einklang zu bringen ist, bleibt mir verborgen.

Geehrte Kolleginnen und Kollegen innerhalb der DDG. Natürlich verbindet sich mit dem Begriff Diabetologe DDG ein Qualitätsanspruch bei demjenigen, der ihn trägt. Aber für messbare Qualität steht ein solcher nicht und stand er nie. Qualität, und nicht nur die im Sinne der Evidenz basierten Medizin, verlangt auch immer Qualitätskontrolle, Fehleranalysen und Optimierungsstrategien. Leider Dinge, die dieser schöne Titel niemals repräsentierte. Ganz im Gegenteil: So hat insbesondere die ambulante Diabetologie in Vergangenheit vollständig darauf verzichtet, Beweise für die Überlegenheit einer spezifischen Betreuung für Problempatienten im Sinne von Reduktionen diabetesbedingter Endpunkte, zu erbringen. Diesem kleinen, aber volkswirtschaftlich so wichtigen Teil der ambulanten Endokrinologie, fehlt seit langem der wissenschaftliche Anspruch, deutliche Qualitätssprünge, wie sie einst in St Vincent formuliert wurden, anzubieten. Aufgefallen ist da eher die unnötige Pharanähe manch eines Kollegen. Nun ist an diesen Dingen sicher selten der Einzelne, schon gar nicht der ambitionierte Haus- oder Diabetesarzt schuld. Aber in gleicher Weise, in der manch Primärbetreuer seine Funktion nicht sachgerecht erfüllt, sind fachärztliche Großpraxen entstanden, die ureigenste Primärarztspflichten übernehmen und Basisdiagnostik neben oft unnötiger Spezialdiagnostik in der Routine anbieten. Das ist nicht nur teuer, sondern auch ineffizient: Termine für Problempatienten sind oft nur mit langer Wartezeit zu bekommen und Notfälle können schon aus logistischen Problemen heraus nicht umgehend versorgt werden. Wie auch, liegen doch diese Praxen meist in den Großstädten, was wieder eine enge Betreuung von Pflegebedürftigen und Schwerstkranken in ländlicher Umgebung vollkommen ausschließt. Aber genauso, wie der Hausarzt nicht um eine Professionalisierung seiner Diabetikerbetreuung herumkommt, er wird in Zukunft eher häufiger mit Problemsituationen seiner Diabetiker konfrontiert sein, wird sich die fachärztliche Diabetologie fragen lassen müssen, welchen Vorteil sie denn gegenüber der hausärztlichen Kollegen einerseits oder der offenen Klinikambulanz andererseits bietet. Sehr laut wird heute schon auf politischer Ebene der Effizienz-mangel im deutschen System angeprangert, leiser hat bereits das stationäre System begonnen mit lokalen Integrationsverträgen das international präferierte „Shared-Care“ Modell auch in Deutschland zu etablieren. Evaluiert, können einige Zentren schon jetzt deutlich bessere Ergebnisse präsentieren.

Noch mal zum DMP Diabetes Typ1 in der baden-württembergischen Lesart: 50 Typ1-Diabetiker bedeuten bei 5% Typ-1-Anteil 1000 Diabetiker, das bedeutet bei nur 2 Arzt-Patienten-Kontakten: 666 Kontakte pro Monat; 166 Kontakte pro Woche; 32 Kontakte pro 8(?) -Stunden-Tag. Dabei hat noch kein Endokrinologe andere Patienten betreut, Urlaub oder gar Fortbildungsfrei genommen. Teilzeitarbeitende Kollegen bleiben sowieso außen vor. Jeder von Ihnen weiß um die Zeit weit jenseits von zwei Quartalsterminen, die man in dekompenzierte Situationen beim Diabetiker investieren muss, egal ob Typ 1 oder 2, Fuß, Herz oder Nierenproblem. Keine Praxis, die diese DMP-Kriterien erfüllt, kann glaubhaft aufzeigen, dass es ihr nur um die Versorgung medizinischer Notfall- und Problemsituationen geht und damit eine Alternative zu der oft sonst nicht vermeidbaren stationären Therapie böte. Jedoch: notwendige Standarddiagnostik, für die man kaum mehr als seine fünf Sinne benötigt, bedarf ebenso wenig, wie eine individuelle Risikoabwägung, endokrinologisches Facharzniveau.

Schade, die von vielen verhassten DMPs böten die Chance, eine Qualitätskontrolle in einem glaubhaften Hausarzt-Spezialisten-Modell aufzubauen. Anstelle wie jetzt, vorhandene Mittel in unglaubliche Großpraxen zu schleusen, wäre das DMP Diabetes Typ-1 die Chance gewesen, zum einen eine verpflichtende Weiter- und Rücküberweisung sowie Kommunikation zwischen den Parteien zu etablieren, zum anderen aus den Fehlern anderer DMP zu lernen. Anstelle Hausärzte auszuschließen, hätte man die Primärarztversorgung in die Pflicht nehmen, die Sekundärversorgung wirksam auf Ergebnisse kontrollieren und mit dem Erreichten das reformbedürftige DMP-Diabetes Typ2 überarbeiten können.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Til Uebel,
am PC versandt

.....