Mitteilung des Senats vom 15. Februar 2000

Versorgungsstrukturen für Diabetiker im Land Bremen

Die Fraktionen der SPD und der CDU haben unter Drucksache 15/185 eine Große Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die Große Anfrage wie folgt:

1. Welche lokalen Versorgungsstrukturen für Diabetiker gibt es im Land Bremen im ambulanten und stationären Bereich (für Typ 1 und Typ 2-Diabetiker) bezüglich der Prävention, der Behandlung, der Rehabilitation und Schulung?

- a) Für Erwachsene
- b) Für Kinder

A) Prävention¹

Folgende Maßnahmen werden bei folgenden Institutionen angeboten bzw. durchgeführt:

Primärprävention

Im ambulanten ärztlichen Bereich erfolgen

- Blutzuckertests (BZ-Tests) im Rahmen des GKV-finanzierten Gesundheits-Check-up;
- Harnzuckertests im Rahmen der Mutterschafts-Vorsorgeuntersuchungen;
- Blut- und Harnzuckertests nach Maßgabe des Arztes bei Verdacht auf metabolisches Syndrom, bei Adipositas oder in Diabetes-Risikofamilien.

Zahlen über durchgeführte Tests und deren Ergebnisse liegen nicht in auswertbarer Form vor.

Daneben gibt es vereinzelt Angebote von Apotheken sowie der Selbsthilfegruppe der Diabetiker.

Die genannten Vorsorgemaßnahmen beschränken sich auf Menschen mit Verdacht auf Typ-2-Diabetes. Für Kinder bzw. alle Typ-1-Diabetiker gibt es keine Präventionsmaßnahmen.

Sekundärprävention

Durch den Patienten

Den Hauptanteil bei der Sekundärprävention i. S. einer Verhinderung von (weiteren) Folgeerkrankungen übernehmen die Patienten, insofern als sie regelmäßig BZ-und/oder Harnzucker-Selbstmessungen durchführen.

¹ Die Aussagen zur Versorgungssituation von Diabetikern beziehen sich vorrangig auf eine im Sommer 1999 vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales durchgeführte Befragung niedergelassener Ärzte, die über eine Qualifikation von Patientenschulungen verfügen und Krankenhäuser mit internistischen Abteilungen in der Stadtgemeinde Bremen. Eine vergleichbare Befragung für die Stadt Bremerhaven wird empfohlen.

Durch den Hausarzt

Quartalsweise bzw. jährlich sollen Hausärzte die empfohlenen Kontrolluntersuchungen bzw. Überweisungen zum Facharzt veranlassen. Bei Kindern wird ein Teil der Laboruntersuchungen vom niedergelassenen Kinderarzt durchgeführt.

Durch das Krankenhaus im Falle eines stationären Aufenthalts

Die Krankenhäuser veranlassen Maßnahmen entsprechend den anerkannten Behandlungsstandards.

B) Behandlung

Im niedergelassenen Bereich

5 % der Bremer Bevölkerung, d. h. ca. 30.000 Menschen sind von Diabetes betroffen, ca. 90 % davon sind Typ-2-Diabetiker. Es gibt in Bremen-Stadt acht, in Bremerhaven keine internistischen Ärzte mit Zusatzfort- bzw. -weiterbildung zum „Diabetologen DDG“ bzw. Endokrinologen, die schwerpunktmäßig Diabetes behandeln.

Der Großteil der diagnostizierten Patienten befindet sich in hausärztlicher Behandlung. Die Anzahl von Diabetes-Patienten pro Praxis ist sehr unterschiedlich, nämlich zwischen schätzungsweise zehn und 300 Patienten in hausärztlichen, bis zu 1000 in diabetologischen Facharztpraxen. Auch die Behandlungsfrequenz und -qualität divergiert deutlich unter den Hausärzten.

Kinder mit Diabetes werden in Bremen i. d. R. zur Einstellung und ambulanten Weiterbehandlung vom Pädiater in die beiden stationären Diabetes-Fachabteilungen in den ZKH St.-Jürgenstraße und Bremen-Nord überwiesen.

Im stationären Bereich

Im Land Bremen werden Diabetiker in Krankenhäusern mit internistischen Abteilungen versorgt. In Bremerhaven ist kein Krankenhaus von der diabetologischen Fachgesellschaft, der DDG, als Behandlungs- und Schulungseinrichtung zertifiziert, ein Krankenhaus hat einen entsprechenden Antrag gestellt.

Bremen verfügt über drei Krankenhäuser (ZKH Nord, ZKH St.-Jürgen-Str., ZKH Ost), die von der diabetologischen Fachgesellschaft, der DDG, als Behandlungs- und Schulungseinrichtung zertifiziert sind; zwei der Kliniken für Typ-1- und Typ-2-Patienten, eine ausschließlich für Typ-2-Patienten. Damit weist Bremen eine vergleichsweise hohe Dichte an diabetologischen Spezialabteilungen auf. Außerdem wurde im Rahmen der arbeitsteiligen Koordinierung unter den Bremer Krankenhäusern im ZKH Bremen-Nord der Schwerpunkt „Endokrinologie/Spezielle Diabetologie“ etabliert. Der Leiter der Abteilung verfügt — als einziger Arzt in der stationären Behandlung von erwachsenen Diabetikern — über eine (stark eingeschränkte) Ermächtigung zur ambulanten Behandlung ausgewählter Fälle. Die drei genannten Krankenhäuser halten insgesamt ca. 30 tagesklinische Plätze vor, knapp die Hälfte davon in der 1998 gegründeten „Gastroenterologischen Tagesklinik“ am ZKH St.-Jürgen-Straße, die überwiegend Diabetiker behandelt.

Zwei der drei pädiatrischen Standorte in Bremen haben diabetologische Abteilungen für Kinder mit Diabetes Typ 1; beide verfügen über umfassende Ermächtigungen zur ambulanten Behandlung. In Bremerhaven werden Kinder mit Diabetes vorrangig im Krankenhaus Am Bürgerpark versorgt.

In den zertifizierten Krankenhäusern werden im Rahmen der Behandlung Maßnahmen der Sekundärprävention, der Rehabilitation sowie Patientenschulungen durchgeführt.

Die anderen, nicht zertifizierten Bremer Krankenhäuser bieten nur zum Teil strukturierte Schulungen (s. u.) an.

C) Schulung

Erwachsene Typ-1-Diabetiker können in Bremen ausschließlich teil- oder vollstationär, in Bremerhaven nur vollstationär an einer strukturierten Patientenschulung teilnehmen. „Schulung“ gilt jedoch nicht als Einweisungsgrund, so dass diese Patientengruppe, sofern kein stationärer Behandlungsbedarf besteht, in Bremen keine Möglichkeit hat, an einer strukturierten Schulung teilzunehmen.

Typ-2-Diabetiker können in Bremen nur im Rahmen einer hausärztlichen Kurz-Schulung eine ambulante strukturierte Schulung absolvieren. Allerdings bestehen in Bremen bzgl. der ärztlichen Vergütung durch die Krankenkassen große Unterschiede, so dass eine Patientenschulung z. T. keinen finanziellen Anreiz für den Arzt bedeutet.

Kinder und ihre Eltern nehmen an den in den o. g. stationären pädiatrischen Einrichtungen angebotenen Schulungen teil. Ca. alle zwei Jahre können die Kinder und Jugendlichen Aufbauschulungen besuchen, die dem fortschreitenden kognitiven Reifungsprozess angepasst sind.

An den Bremer Krankenhäusern werden keine ambulanten Schulungen angeboten.

D) Rehabilitation

Rehabilitative Maßnahmen für Diabetiker werden im Land Bremen weder im stationären noch im ambulanten Bereich vorgehalten. Von den führenden Experten werden sie allerdings auch nicht als notwendig erachtet. Die Anzahl Bremer Patienten, die Diabetes-Spezial- oder Rehabilitationskliniken im Umland aufsuchen bzw. aufsuchen möchten, wird als gering eingeschätzt.

Diabetiker nehmen allerdings insofern Rehabilitationsangebote in Anspruch, als sie bestimmte Folgeerkrankungen, wie beispielsweise Herzinfarkt oder Schlaganfall, erleiden. Ihr Anteil an diesen beiden Patientengruppen, die in besonders großem Ausmaß Rehabilitationsmaßnahmen benötigen, ist relativ hoch, so dass erwartungsgemäß der Diabetes als Grunderkrankung die Ursache für viele Rehabilitationsmaßnahmen in Spezialeinrichtungen sein dürfte. Dabei steht jedoch nicht die Behandlung der Stoffwechseleinstellung im Vordergrund, sondern die Rehabilitation der durch die Folgeerkrankungen eingetretenen Sekundär-Schäden.

2. Wie gestaltet sich der Übergang zwischen ambulanter hausärztlicher, ambulanter spezialärztlicher und stationärer bzw. rehabilitativer Betreuung?

Gibt es verbindliche Leitlinien und Behandlungsstandards? Wenn ja, werden diese im Land Bremen umgesetzt?

Übergänge zwischen den Versorgungsebenen

Im Gegensatz zu vielen anderen Bundesländern, in denen sich inzwischen Konzepte mit definierten Versorgungsaufträgen durchgesetzt haben, bleibt es in Bremen der Initiative des Hausarztes und/oder des Patienten überlassen, wann welche Behandlungsformen auf welcher Versorgungsebene in Anspruch genommen werden. Dies kann Qualitätseinbußen in der Versorgung nach sich ziehen:

- komplizierte Krankheitsverläufe bzw. latente Folgeerkrankungen des Diabetes können manifeste irreversible Gesundheitsschäden zur Folge haben, die vermeidbar gewesen wären, wenn der Hausarzt rechtzeitig eine Überweisung zum diabetologischen Facharzt veranlasst hätte;
- Patienten, die ambulant behandelbar wären, werden am niedergelassenen diabetologischen Facharzt vorbei direkt ins Krankenhaus eingewiesen.

Im pädiatrischen Bereich werden erstdiagnostizierte Kinder i. d. R. grundsätzlich vom niedergelassenen Pädiater zur Langzeitbehandlung in die Krankenhäuser überwiesen.

Behandlungsstandards und Leitlinien

Im Bereich Diabetes liegen seit langem anerkannte Behandlungsstandards vor und seit einigen Jahren auch wissenschaftlich fundierte Leitlinien. Letztere haben inzwischen in allen neuen Ländern Gültigkeit. Sie enthalten u. a. Indikationsrichtlinien für gezielte Überweisungen zum Diabetologen bzw. zurück zum Hausarzt und für stationäre Einweisungen sowie Behandlungsempfehlungen. Diese Leitlinien sind in Bremen nicht eingeführt. Nach Angaben der Krankenhäuser wird im stationären Bereich nach anerkannten Behandlungsstandards therapiert. Inwieweit niedergelassene Praxen sich an Behandlungsstandards orientieren, ist nicht dokumentiert und schwer einzuschätzen. Im Hinblick auf eine strukturierte Kooperation zwischen den Versorgungsebenen werden die bestehenden Leitlinien in Bremen nicht umgesetzt.

3. Bestehen strukturelle Defizite in der Versorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern?

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales sieht folgende Defizite:

Defizite bzgl. niedergelassener Arztpraxen

- Es findet nur vereinzelt Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und niedergelassenen Diabetologen statt, vermutlich insbesondere aufgrund der Konkurrenz um Patienten. Diese Tatsache führt z. T. zu suboptimaler Patientenversorgung sowie zu unnötigen und kostenaufwendigen Krankenhauseinweisungen.
- Viele Hausärzte therapieren nicht auf dem Stand der Wissenschaft. Vorsorgeuntersuchungen und Schulungen werden häufig nicht in adäquater Frequenz durchgeführt bzw. veranlasst.
- Der Einheitliche Bewertungsmaßstab als „Honorarordnung“ der niedergelassenen Ärzteschaft lässt eine adäquate Diabetes-Behandlung in der Hausarztpraxis unter medizinischen finanziellen Aspekten nicht zu; insbesondere Ärzte mit vielen Diabetes-Patienten überschreiten ihr Budget schnell, was entweder durch Verdiensteinbußen oder Minderung der Versorgungsqualität kompensiert werden muss.
- Mangels Alternativen werden teilweise Patienten, die ambulant diabetologisch behandelbar wären, vom Hausarzt ins Krankenhaus eingewiesen.

Im Rahmen der Krankenhausversorgung

- Die Kooperation zwischen Hausarzt und Krankenhaus ist kaum strukturiert: Einweisungsdiagnosen und -unterlagen sind oft nicht vollständig und außerdem nicht standardisiert, so dass es zu Doppeluntersuchungen kommt; Arztbriefe werden z. T. nicht zeitnah angefertigt, so dass die Kliniknachsorge durch den Hausarzt nicht abgestimmt erfolgen kann.
- Die Behandlungskonzepte auf beiden Versorgungsebenen sind häufig nicht ausreichend koordiniert.
- Jugendliche bzw. junge Erwachsene werden grundsätzlich nur stationär pädiatrisch behandelt.

Im Schulungsbereich

- In der Bundesrepublik gelten 85 % aller Diabetiker als ungeschult; es gibt keine Anhaltspunkte dafür anzunehmen, die Zahlen lägen für Bremen günstiger.
- Es hat sich keinesfalls bei allen Hausärzten als Selbstverständlichkeit etabliert, jeden Diabetes-Patienten nach Erstdiagnose einer strukturierten Schulung zuzuführen, wie es alle Behandlungsstandards empfehlen.
- Die gängigen ambulanten Hausarztschulungen sind
 - a) vom zeitlichen Umfang zu knapp,
 - b) zu wenig auf die Motivationsproblematik ausgerichtet,
 - c) nicht in ein langfristiges Schulungskonzept mit regelmäßigen Auffrischungen eingebettet.

Die Vergütung ist uneinheitlich unter den Krankenkassen. Das Honorar für einen Primärkassen-Versicherten ist nicht kostendeckend und stellt keinen Anreiz für den Arzt dar.

- In Bremen fehlt es an Strukturen für ambulante Schulungen: ein privates Schulungszentrum kann nicht von Bremer Versicherten genutzt werden, weil alle Bremer Krankenkassen die Kostenübernahme der zweitägigen Intensiv-Schulungen ablehnen. An den Krankenhäusern sind ambulante Schulungen nicht möglich. Es ist zu vermuten, dass diese Defizite ebenfalls zu unnötigen Krankenhauseinweisungen führen.

4. Hat der Senat Erkenntnisse, inwieweit vergleichbare Defizite auch für die Versorgung anderer Patientengruppen mit chronischen Erkrankungen vorliegen?

Der Senat geht davon aus, dass insbesondere die Problematik der Schnittstellen und der Kommunikation zwischen den wenig flexibilisierten Versorgungsebenen unseres Gesundheitssystems alle chronisch Kranken, die in lebenslanger ärztlicher Behandlung stehen, betrifft. Insofern lassen sich viele der aus der Diabetes-Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse — wenn auch in unterschiedlichen Ausprägungen — auf andere chronische Erkrankungen übertragen.

5. Welche Möglichkeiten sieht der Senat zur Beseitigung dieser Defizite?

Im Hinblick auf die Versorgungsstrukturen für Diabetiker sieht der Senat folgende Möglichkeiten:

- Auf Anregung des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wird derzeit unter Leitung der Ärztekammer Bremen und Beteiligung der KV und des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales eine Diabetes-Kommission eingerichtet. Diese Diabetes-Kommission soll sich als Steuerungsgruppe etablieren, in der Vertreter aller relevanten Gruppen wie Patienten, Haus- und Fachärzte, Krankenhausgesellschaft, Heilberufsgruppen sowie Krankenkassen ein integriertes Versorgungskonzept mit gestuften Behandlungsebenen nach dem Vorbild erprobter Modelle erarbeiten.
- Im Rahmen eines vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales initiierten und in Kooperation mit der Ärztekammer und der KV durchgeführten Fachgesprächs haben die Betriebskrankenkassen und der Verband der Angestellten-Krankenkassen (vdak) im Land Bremen ihre Bereitschaft erklärt, einen seit zwei Jahren flächendeckend durchgeführten und teilweise evaluierten Modellversuch aus einer anderen KV-Region auf seine Transfermöglichkeit auf Bremer Verhältnisse hin zu prüfen und ggf. die Finanzierung für ihre Versicherten zu übernehmen.

Darüber hinaus ist eine Reihe von einzelnen Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation angezeigt, deren Umsetzung in der Verantwortung der Diabetes-Kommission liegt. Der Senat geht davon aus, dass die im Diabetes-Bericht des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales vorgeschlagenen Maßnahmen im Rahmen der Tätigkeit der Diabetes-Kommission aufgegriffen werden.

6. Welches sind die Gründe dafür, dass Bremen das einzige Bundesland ist, in dem neue, kooperative Versorgungsstrukturen nicht dem Bedarf entsprechend entwickelt und diabetologische Schwerpunktpraxen nicht anerkannt sind?

1. Die Kassenärztliche Vereinigung hat sich insbesondere in den Jahren 1997/1998 bemüht, mit den Krankenkassen Schulungsvereinbarungen abzuschließen; die Primärkassen haben damals mit Hinweis auf zu hohe Kosten bei ungünstiger Versichertenstruktur abgelehnt, den inzwischen üblichen höheren Vergütungssatz für ihre Versicherten zu übernehmen. Diese begrenzte Initiative war insofern nur zum Teil erfolgreich, was die KV veranlasst hat, ihre Initiativen zur Optimierung der Diabetes-Behandlung gegenüber den Krankenkassen einzustellen.
2. Es gab in der Vergangenheit zahlreiche Initiativen des Deutschen Diabetikerbundes, mit der KV über die Anerkennung von Diabetologischen Schwerpunktpraxen ins Gespräch zu kommen. Außerdem stellten einige von Diabetologen geführte Praxen den Antrag auf Anerkennung, der von der KV abgelehnt wurde.