

Verbesserung des Nahtstellenmanagements am Beispiel von Diabetes

Die Anzahl an Personen, die unter chronischen Krankheiten wie Diabetes leiden, steigt unter anderem aufgrund der demografischen Entwicklung. Die Frage nach der strategischen Umsetzung von strukturierten Behandlungsprogrammen gewinnt in diesem Zusammenhang an Relevanz.

*Text: Thomas Czypionka, Fabian Hobodites, Monika Riedel¹,
Institut für Höhere Studien*

Einleitung

Diabetes ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen, deren Typ-2 („Altersdiabetes“) aufgrund von höherer Lebenserwartung und veränderten Lebensgewohnheiten weltweit stark im Zunehmen begriffen ist. Die Störung des Zuckerstoffwechsels führt zu kontinuierlich erhöhten Zuckerspiegeln im Blut. Diese verändern (glykosylieren) Proteine – vor allem der Gefäße –, wodurch die Versorgung aller Organe zunehmend schlechter wird. Wenn die Krankheit undiagnostiziert bleibt oder sie unzureichend behandelt wird, treten umfangreiche und schwerwiegende Folgeerkrankungen auf, die in Sehbeeinträchtigung, Nieren- und Herzversagen sowie Gehunfähigkeit und Amputation münden. Es gibt zwei Hauptformen von Diabetes. Typ-1-Diabetes charakterisiert sich durch einen physischen Mangel an Insulin, der sich oftmals bereits sehr früh im Leben der Patient*innen bemerkbar macht. Um dieses Defizit auszugleichen, sind Patient*innen auf die tägliche Zuführung von Insulin angewiesen. Typ-2-Diabetes resultiert hingegen aus der mangelnden Kontrolle des Blutzuckerspiegels durch die hormonellen Regelkreise. Neben einer genetischen Disposition sind Hauptrisikofaktoren von Typ-2-Diabe-

tes oftmals hyperkalorische Ernährung, Übergewicht und mangelnde physische Aktivität. Typ-2-Diabetes ist die weitaus häufigere Form von Diabetes. Zudem bleibt sie meist auch lange Zeit unentdeckt (World Health Organization, 2021).

Die Versorgung ist vor allem beim Typ-2-Diabetes nicht trivial. Zum Ersten spüren die Patient*innen den erhöhten Blutzuckerspiegel nicht. Die Therapiemotivation und Motivierbarkeit leiden darunter, sodass nicht nur die medikamentöse, sondern auch die immens wichtige nicht-medikamentöse Säule der Therapie (richtige Ernährung, Bewegung) nicht ausreichend umgesetzt werden. Zum Zweiten ergeben sich in der Therapie immer wieder Neuerungen, und auch bei ausreichender Therapieadhärenz sind nicht alle Diabetiker*innen ad hoc gut einstellbar. Rezentos Wissen und viel Geduld und Erfahrung sind in diesen Fällen erforderlich. Zum Dritten erfordern insbesondere bereits eingetretene Organschäden einen multiprofessionellen Ansatz, der vor Herausforderungen in der Koordination, Kommunikation und Adhärenz steht.

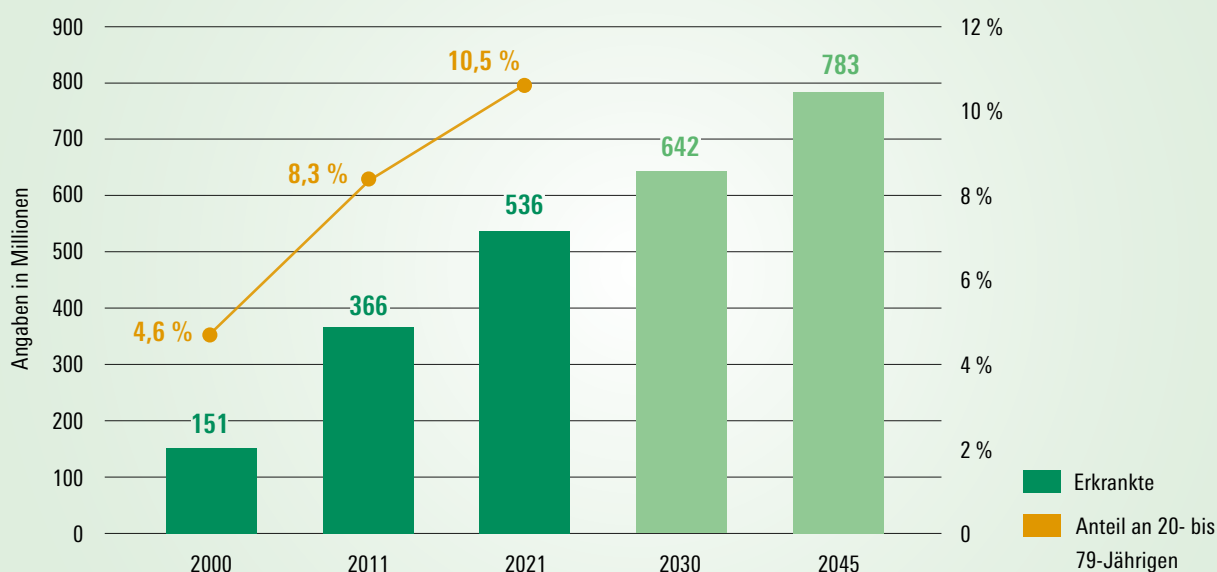
In diesem Zusammenhang kommt Ansätzen der integrierten Versorgung hohe Bedeutung zu.

Diabetes als weltweite Herausforderung für Gesundheitssysteme

Die Zahl der von Diabetes betroffenen Personen wird für das Jahr 2021 weltweit auf circa 536 Millionen Menschen im Alter zwischen 20 und 79 Jahren geschätzt. Das entspricht etwa 10,5 Prozent der Gesamtbevölkerung dieser Altersgruppe (International Diabetes Federation, 2021). Die Anzahl an betroffenen Personen hat sich in den letzten 21 Jahren mehr als verdreifacht. Abbildung 1 stellt diese Entwicklung der weltweiten Prävalenz von Diabetes im Zeitablauf dar und schließt auch die für die Jahre 2030 und 2045 erwarteten Werte mit ein.

Zusätzlich lässt sich der Anteil der von Diabetes betroffenen Bevölkerung zu den verschiedenen Zeitpunkten ablesen. Die internationale Diabetesvereinigung (IDF) prognostiziert für die kommenden Jahrzehnte einen weiteren Anstieg der weltweiten Prävalenz, der in Zusammenhang mit Bevölkerungswachstum und Bevölkerungsalterung gesehen wird. Diese Entwicklung wird eine zunehmende Belastung für die nationalen Gesundheitssysteme darstellen. Bei globaler Betrachtung geht die IDF davon aus, dass bereits jetzt 11,5 Prozent der Gesundheitsausgaben in Zusammen-

Weltweit an Diabetes¹ erkrankte Personen zwischen 20 bis 79 Jahren, Schätzungen und Prognosen der IDF



Quelle: IDF Diabetes Atlas 10th Edition (2021), IDF Diabetes Atlas 5th Edition, IDF Diabetes Atlas 1st Edition. Darstellung: IHS (2021).

¹ Typ-1- und Typ-2-Diabetes.

hang mit Diabetes stehen. In Europa liegt dieser Anteil mit 8,6 Prozent niedriger als im globalen Durchschnitt, trotz überproportionaler Ausgaben pro Person (IDF 2021, Seite 57).

Diabetes gehört zu den maßgeblichen Treibern der weltweiten Sterblichkeit. Im Jahr 2011 verstarben 4,6 Millionen Personen der Altersgruppe 20 bis 79 Jahre an den Folgen von Diabetes. Im Jahr 2021 waren es laut Schätzungen der IDF schon 6,7 Millionen Menschen. Das entspricht 12,2 Prozent der globalen Todesfälle dieser Altersgruppe. Ein Drittel dieser Todesfälle lässt sich der Bevölkerung unter 60 Jahren zuordnen und betrifft somit Personen, die noch im erwerbsfähigen Alter sind (International Diabetes Federation, 2021). Daraus lässt sich ableiten, dass Diabetes auch das vorhandene Arbeitskräftepotenzial verringert.

Ein Blick nach Europa zeigt, dass hier im Jahr 2019 32,3 Millionen Personen mit einer Diabetes-Diagnose lebten. Zudem soll es weitere 24,2 Millionen Personen geben, deren Krankheit noch nicht diagnostiziert

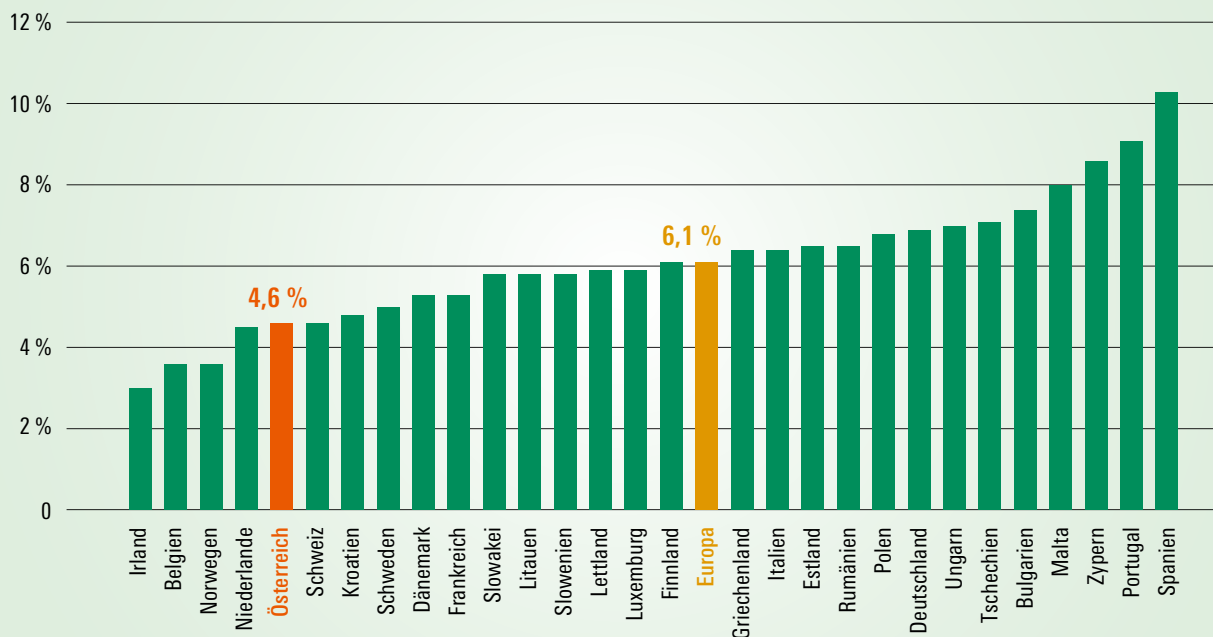
wurde (OECD & European Union, 2020). Auch in Europa ist seit dem Jahr 2000 ein starker Anstieg der absoluten Prävalenz ablesbar, allerdings hat sich in Europa die Zahl der Diabetes-Diagnosen seit dem Jahr 2000 „nur“ verdoppelt und nicht verdreifacht wie in globaler Perspektive. Weiters lassen die vorhandenen Daten Aussagen über geschlechterspezifische Unterschiede zu. Im Jahr 2000 waren noch mehr Frauen von Diabetes betroffen als Männer. 9,5 Millionen Frauen und 7,3 Millionen Männer lebten in diesem Jahr mit einer Diabetes-Diagnose. Inzwischen hat sich dieses Verhältnis umgedreht. Im Jahr 2019 lebten in Europa etwa 16,7 Millionen Männer und 15,6 Millionen Frauen mit Diabetes (OECD & European Union, 2020). Eine Interpretation dieser Entwicklung ist komplex, weil eine Vielzahl von geschlechterspezifischen Faktoren die jeweilige Prävalenz beeinflusst. So sind hormonelle und stoffwechselbezogene Aspekte von Bedeutung, aber auch Erziehung, Einkommen und psychosoziale Faktoren spielen unter anderem wegen ihres Zusammenhangs

mit dem Risikofaktor Adipositas eine Rolle (Kautzky-Willer et al., 2019).

Der österreichische Diabetesbericht von 2017 schätzt die Prävalenz von Diabetes auf rund 7 bis 11 Prozent der Bevölkerung. Weil in Österreich keine zentrale Datengrundlage für die Schätzung der von Diabetes betroffenen Personenanzahl besteht, wurden für diese Schätzung Informationen aus verschiedenen Quellen zusammengeführt (wie die Österreichische Gesundheitsbefragung, Vorsorgeuntersuchungsdaten, Medikamentenverordnungen, aber auch einschlägige Studien). Um eine bessere internationale Vergleichbarkeit zu ermöglichen, werden üblicherweise altersstandardisierte Prävalenzen herangezogen. Sie erlauben aussagekräftigere Vergleiche zwischen Ländern mit unterschiedlichen Altersverteilungen. In Abbildung 2: Geschätzte altersstandardisierte Prävalenz von Diabetes, EU-Länder plus Norwegen

¹ Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter <http://www.ihs.ac.at>.

Geschätzte altersstandardisierte Prävalenz von Diabetes¹, EU-Länder plus Norwegen und Schweiz, Altersgruppe 20–79 Jahre, 2021



Quelle: IDF Diabetes Atlas 10th Edition (2021). Darstellung: IHS (2021).

¹ Typ-1- und Typ-2-Diabetes.

und Schweiz, Altersgruppe 20 bis 79 Jahre, 2021 werden die EU-Mitgliedsstaaten sowie die Schweiz und Norwegen auf Basis der im Diabetesatlas der IDF veröffentlichten Prävalenzen verglichen. Österreich ist in dieser Darstellung hervorgehoben und hat eine altersstandardisierte Prävalenz von 4,6 Prozent, liegt also unter dem Durchschnitt von 6,1 Prozent.

Die Prävalenz sagt jedoch weniger darüber aus, wie gut die Versorgungsstruktur innerhalb eines Landes organisiert ist. Sie beschreibt lediglich die nationalen Unterschiede in der Häufigkeit von Diabetes. Wie schon beschrieben sind Früherkennung und Versorgung von Betroffenen, neben den Fallzahlen, ebenfalls wichtige Dimensionen. Die Häufigkeit von Amputationen und/oder anderen Diabetes-bedingten Folgeerkrankungen spiegeln die Qualität der Diabetesversorgung wider. So sind Amputationen der unteren Extremitäten in etwa 75 Prozent der Fälle auf Diabetes zurückzuführen. In der einschlägigen Literatur wird multisektorale Diabe-

tesversorgung als entscheidende Determinante für die Vermeidung solcher Eingriffe gesehen (Aziz et al., 2020).

Oftmals erfolgt eine Klassifikation solcher Amputationen in kleinere (unterhalb des Fußgelenks) und größere (oberhalb des Fußgelenks) Amputationen. Variationen zwischen verschiedenen Definitionen erschweren jedoch die Vergleichbarkeit im Allgemeinen (Davies et al., 2019). Abbildung 3 liefert einen Vergleich der durchgeführten großen Amputationen in ausgewählten OECD-Ländern. Österreich hat mit 11,4 Amputationen pro 100.000 Personen einen der höchsten Werte aller OECD-Länder und liegt damit auch weit über dem OECD-Schnitt von 6,4. Der hohe Wert könnte jedoch auch auf Unterschiede in der Falldefinition zurückzuführen sein. Aziz et al. (2020) kamen in ihrer Studie zu Amputationen der unteren Extremitäten zu einem weitaus geringeren Wert. Sie berechnen für Österreich eine altersstandardisierte Rate von 6,4 Fällen pro 100.000 Einwohner*innen. Im Gegensatz zu den Da-

ten der OECD wurden in der Analyse von Aziz et al. (2020) nur Patient*innen inkludiert, bei denen die erste Amputation durchgeführt wurde. Folgeeingriffe bei denselben Personen blieben in der Studie unberücksichtigt. Die Daten der OECD erlauben im Vergleich dazu keine Aussagen über die Anzahl der betroffenen Patient*innen, sondern nur über die Anzahl an Eingriffen (OECD, 2021). Die Schätzungen der OECD deuten jedoch ungeachtet der Perspektive darauf hin, dass Teile der österreichischen Versorgung schlechter funktionieren als in anderen Ländern. Eine alternative Interpretation wäre, dass eine hohe Anzahl an kleineren Eingriffen auf präventive Maßnahmen zurückzuführen ist, um größere Amputationen zu verhindern. Weil in Österreich aber eine vergleichsweise hohe Anzahl an größeren Amputationen durchgeführt wird, ist diese Interpretation nicht zulässig. Aufgrund der Unterschiede in den Falldefinitionen können jedoch keine abschließenden Aussagen getroffen werden.

Daten der OECD erlauben mit den für internationale Vergleiche üblichen caveats auch einen Vergleich der auf Diabetes zurückzuführenden Krankenhausaufenthalte pro 100.000 Einwohner*innen. In Abbildung 4 lässt sich diese Anzahl in ausgewählten OECD-Ländern im Jahr 2009 und 2019 ablesen. Aktuelle Daten aus dem Jahr 2020 wurden nicht herangezogen, weil diese sehr wahrscheinlich aufgrund der Pandemie nicht gut vergleichbar sind (OECD, 2021). In nahezu allen Ländern konnte die Anzahl an Krankenhausaufenthalten zwischen den beiden Zeitpunkten verringert werden. Österreich gehört zu den Ländern, in denen es eine sehr starke Reduktion der Diabetes-bezogenen Krankenhausaufenthalte zu verzeichnen gab. Der Wert fiel zwischen 2009 und 2019 von 292,2 auf

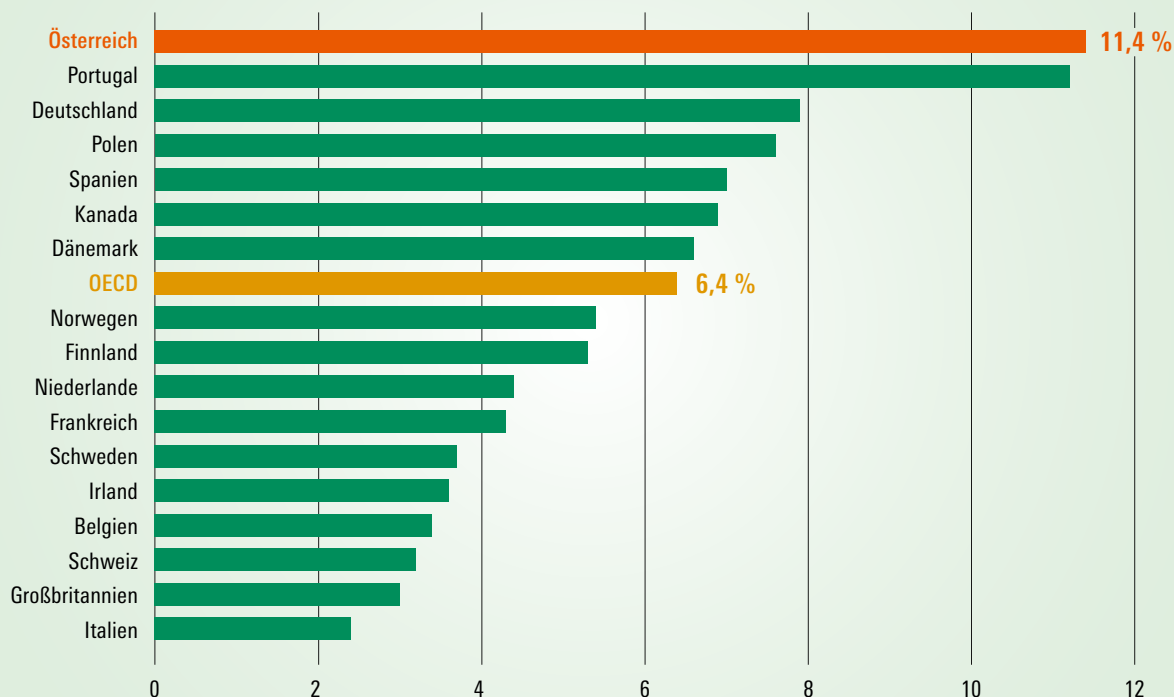
154,8 Aufnahmen pro 100.000 Einwohner*innen. Trotz dieser deutlichen Veränderungen liegt Österreich auch noch 2019 über dem OECD-Schnitt von 127,1 Aufnahmen. Zum Teil sind derartige Länderunterschiede auf die nationale Diabetesprävalenz sowie den Zugang zu Krankenhausressourcen zurückzuführen. Hochwertige Primärversorgung von Diabetes wird jedoch als Mittel gesehen, die Notwendigkeit von Krankenhausaufenthalten zu verringern (OECD, 2021). Die vorliegenden Daten lassen somit darauf schließen, dass das Krankheitsmanagement entlang des Behandlungspfades in Österreich etwas schlechter verläuft als in einigen anderen Ländern.

Auch ein aktueller Bericht des Rechnungshofs gibt Aufschluss über die Versorgungssituation in Öster-

reich. Der Bericht soll den nationalen Status quo evaluieren und Verbesserungspotentiale aufzeigen. In Bezug auf die österreichische Diabetesdokumentation und die Diabetesversorgung werden im Bericht einige Mängel beschrieben. Zum einen wird die Datenlage von Seiten des Rechnungshofes als nicht umfangreich genug charakterisiert. Weder die Verbreitung von Diabetes noch die von Patient*innen in Anspruch genommenen Leistungen könnten in Österreich vollständig abgebildet werden, was mit der nach wie vor in Österreich fehlenden, verpflichtenden und standardisierten Diagnosen-Dokumentation zusammenhänge. Zudem wird auch die österreichische Diabetesstrategie aus dem Jahr 2017 als zu wenig konkret kritisiert. Die Bedeutung von Früherkennung und

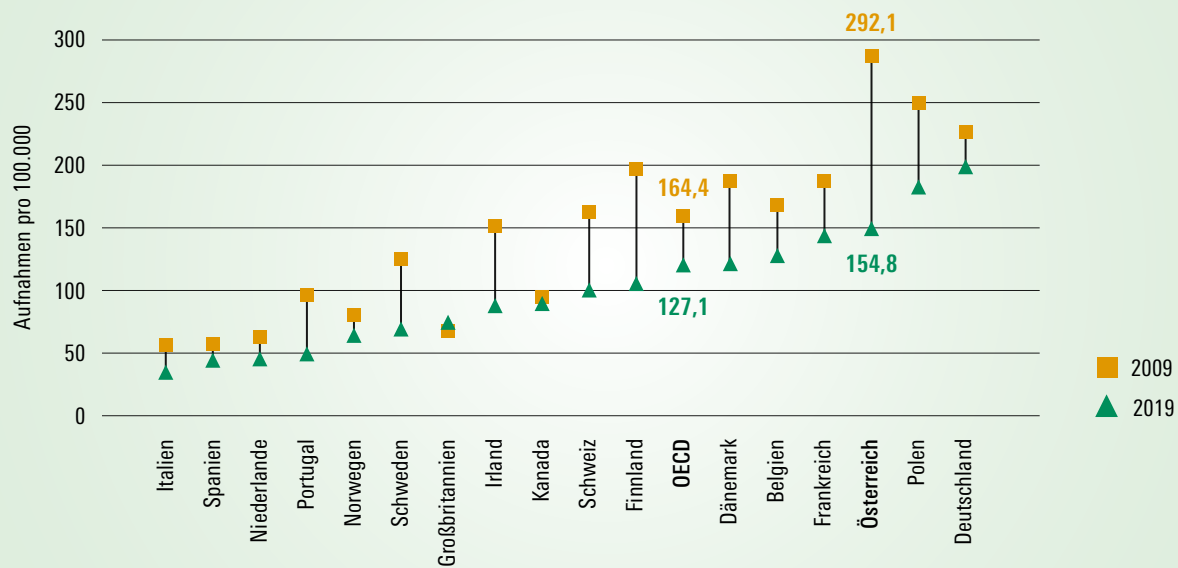
Abbildung 3

Größere Amputationen von unteren Extremitäten pro 100.000 Einwohner*innen, altersstandardisiert, Werte von 2020 oder dem letztverfügbaren Jahr



Quelle: OECD Health Statistics (2021). Darstellung: IHS (2021).

Krankenhausaufnahmen aufgrund von Diabetes¹, pro 100.000 Einwohner*innen, alters- und geschlechterstandardisiert, Werte von 2009 und 2019



Quelle: OECD Health Statistics (2021). Darstellung: IHS (2022).

¹ Typ-1- und Typ-2-Diabetes.

Prävention werde in dieser Strategie zwar anerkannt, beide würden auf der Zielebene jedoch zu wenig definiert. Für verschiedene Faktoren, wie die Verringerung der Wahrscheinlichkeit, an Diabetes zu erkranken, seien keine eindeutigen Indikatoren vorgesehen. Zudem fehle es laut Rechnungshof auch an messbaren Ergebnisindikatoren (Rechnungshof Österreich, 2019). In der Früherkennung werden ebenfalls Verbesserungspotentiale beschrieben. Der Rechnungshof sieht die Wirkung der vorhandenen Vorsorgeprogramme als nicht ausreichend an. Das Angebot der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung wird nur von etwa 13,7 Prozent der Bevölkerung über 18 Jahren wahrgenommen. Zielgruppenorientierte Kampagnen wären ein geeignetes Mittel, um die Nutzung dieses Angebotes zu steigern. Weiters wird bemängelt, dass es abseits dieser allgemeinen Vorsorgeuntersuchung keine weiteren flächendeckenden Initiativen zur Früherkennung von Diabetes gibt. Von Seiten des (damaligen) Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (jetzt: Dachverband der Sozialversicherungsträger)

wurde eingeräumt, dass eine Weiterentwicklung des Einladungssystems bereits vorgesehen sei (Rechnungshof Österreich, 2019). Im anschließenden Kapitel werden internationale Programme vorgestellt, deren Ziel es ist, die Diabetesversorgung gezielter zu organisieren.

Trends in der Versorgung ausgewählter Länder

Ein Blick auf internationale Trends in der Versorgung gibt Einblicke in verschiedene Organisationsformen im Umgang mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes.

Einige Länder streben schon seit längerem danach, besser mit den Folgen von chronischen Erkrankungen umzugehen. Ziel ist es, die behandlungsbezogene Planung zu verbessern und die Kosten, die durch chronische Krankheiten entstehen, besser zu kontrollieren. Disease Management Programme (DMP) sind strukturierte Versorgungspläne, deren Ziel es ist, Betroffene von chronischen Krankheiten zu unterstützen und deren Therapie langfristig zu verbessern. DMPs wurden ursprünglich in den 1990er Jahren von amerikanischen

Pharmaunternehmen sowie privaten Krankenversicherungen eingeführt, um die Nutzung von Medikamenten bei Patient*innen mit chronischen Erkrankungen besser zu steuern (Schang et al., 2016). Heute gibt es bereits in verschiedenen Ländern, abhängig von den Charakteristika der Erkrankung, unterschiedliche DMPs. In der Regel erhalten Patient*innen nach der Diagnose einen individuellen Therapieplan, der auf den Leitlinien des DMP basiert. Der strukturierte Plan hilft sowohl ihnen als auch Behandler*innen dabei, konsequent in Vorsorge und Therapie zu bleiben und Bereiche, die nicht vor Ort angeboten werden, nicht zu vernachlässigen. Praxen führen in der Regel Listen von chronisch Kranken, die der Einhaltung von Kontrollen dienen. Unterstützt werden Behandler*innen in DMPs und auch die Patient*innen in ihrem Selbstmanagement heute häufig elektronisch.

In Deutschland werden derartige Programme seit dem Jahr 2002 angeboten. Das deutsche Gesundheitsministerium entwickelte ein Framework, welches als Grundstein diente. Bis 2010 konnten bereits für sechs ver-

schiedene Indikationen bundesweit DMPs implementiert werden (Schang et al., 2016), einschließlich Programmen für Typ-1- und Typ-2-Diabetes. Auf Basis der national festgelegten Standards wurden für die einzelnen Indikationen einheitliche DMP-Richtlinien ausgehandelt. Dieser Prozess erfolgte in einem Austausch zwischen den verschiedenen Krankenversicherungsträgern und verschiedenen Interessensvertretungen (Schang et al., 2016). Die DMPs funktionieren in freiwilliger Kooperation mit Ärzt*innen, die bestimmte Teilnahme Kriterien erfüllen müssen (Informed Health.org [Internet], 2016). Die Programme werden in der Regel sehr gut angenommen und verzeichnen unter Ärzt*innen eine Teilnahmequote von 75 Prozent bis zu über 95 Prozent (Schang et al., 2016). Bei Diabetes sind laut Schätzungen bereits 50 Prozent der betroffenen Patient*innen eingeschrieben. Informationen zur Therapie und dem Zustand der Patient*innen werden in standardisierter Form an die Krankenkassen übermittelt und von den DMP-Partner*innen ausgewertet (Erlor et al., 2015). Die Anfangsphase der DMP-Initiative wurde von einer Reform des Risikostrukturausgleichs begleitet, die vorsah, dass Sozialversicherungsträger für jede teilnehmende Person zusätzliche finanzielle Kompensation erhielten. Dieser Mechanismus hat dazu beigetragen, dass die unterschiedlichen Trägerorganisationen derartige Programme schnell umsetzen. Für die teilnehmenden Ärzt*innen wurden ebenfalls finanzielle Kompensationen eingerichtet. In DMPs eingeschriebene Patient*innen erhalten zwar keine direkte finanzielle Vergütung, profitieren aber seit 2007 von speziellen Vergünstigungen, wie zum Beispiel niedrigeren Selbstbehalten. Innerhalb des deutschen Frameworks wurde auf diese Weise aktiv versucht, verschiedene Interessensgruppen zur Teilnahme zu motivieren.

In den Niederlanden gab es in den späten 1990er und den frühen 2000er

Jahren unterschiedliche Vorstöße hin zu einem verbesserten Management von chronischen Krankheiten. Diese waren vorwiegend regional organisiert. Im Jahr 2008 wurde in der Versorgung von chronischen Krankheiten ein landesweites Vorgehen umgesetzt (Elissen et al., 2015). Zusätzlich wurde 2010 ein gebündeltes Bezahlmodell für Diabetes, COPD und erhöhtes Gefäßrisiko eingeführt, später auch für Herzinsuffizienz und Geburten. Das bedeutet, dass den Patient*innen das gesamte Versorgungsangebot zur Verfügung steht und zwischen Behandlungseinrichtungen und Krankenkasse als ein Bündel von vordefinierten Leistungen pauschal abgerechnet werden kann, deren Qualität auch nachzuweisen ist. Damit soll den ungünstigen Anreizen bei der Abrechnung einzelner Leistungen bei unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen und der damit einhergehenden Fragmentierung in der Versorgung entgegengewirkt werden. Die Abrechnung erfolgt über verschiedene Versorgungsnetzwerke, sogenannte zorggroepen, welche seit 2010 fast das ganze Land umfassen. Diese Netzwerke aus mehreren Gesundheitsberufen bieten den gesamten Behandlungsverlauf an und verrechnen für jede*n Patient*in eine Pauschale an die Krankenversicherung (Struijs, Mohnen, et al.,

2012). Diabetes gehörte schon in der frühen Entwicklungsphase zu den Krankheiten, bei denen Disease Management Programme etabliert wurden. Um eine patientenzentrierte Behandlung zu ermöglichen, hat die niederländische Diabetesvereinigung ein vierstufiges Modell entwickelt, das eine jährliche Diabetesberatung vorsieht (Elissen et al., 2015). Ziel ist es, individuell angepasste Informationen bereitzustellen und klare Behandlungsziele für das bevorstehende Jahr festzulegen (Vugt et al., 2019). In komplexeren Fällen werden Patient*innen in ein ambulantes Behandlungszentrum überwiesen. Laut einer Evaluierung des RIVM (Nationales Institut für Public Health und Umwelt der Niederlande) stieg die Anzahl an Patient*innen, welche Untersuchungen zu sämtlichen Prozessindikatoren (Blutdruckmessung, Fuß-Screening etc.) durchliefen, seit der Einführung des gebündelten Systems. Im dritten Jahr waren es bereits 73,7 Prozent der Patient*innen, ein erheblicher Anstieg gegenüber dem vorangegangenen Jahr, in dem es noch 68,1 Prozent waren. Es bestanden jedoch noch sehr starke Unterschiede zwischen verschiedenen zorggroepen (Struijs, de Jong-van Til, et al., 2012).

Im dänischen Modell ist die Versorgung von einigen chronischen Krankheiten basierend auf dem

Im dänischen Modell ist die Versorgung von einigen chronischen Krankheiten basierend auf dem amerikanischen Chronic Care Model organisiert. Der Entstehungsprozess wurde von der dänischen Gesundheitsbehörde geleitet.

2012). Seit 2010 sind nahezu alle Allgemeinpraxen Teil dieser Netzwerke. Patient*innen selbst sind nicht immer darüber informiert, dass ihre Behandlung im Rahmen eines DMP verläuft und von einer zorggroep organisiert wird (Struijs, de Jong-van Til, et al.,

amerikanischen Chronic Care Model organisiert. Der Entstehungsprozess wurde von der dänischen Gesundheitsbehörde geleitet. Sie war für die Organisation sowie für die Veröffentlichung der DMP-Richtlinien verantwortlich. Die nationale Strategie

für die Versorgung von chronisch Erkrankten führte 2008 erstmals ein Diabetes-spezifisches Programm ein (Tapager et al., 2020). Mittlerweile gibt es Erweiterungen auf verschiedene chronische Erkrankungen. Jeder der fünf dänischen Regionen war für die Entwicklung und Umsetzung der eigenen DMPs verantwortlich. Diese sind für die häufigsten chronischen Krankheiten vorgesehen. Sämtliche betroffenen Patient*innen sollten in der Folge durch ein spezifisches DMP abgedeckt werden (Frohlich et al., 2015). Patient*innen und Ärzt*innen müssen im Gegensatz zu anderen Ländern nicht explizit teilnehmen, sondern DMPs stellen bei entsprechender Diagnose die Standardversorgung dar. Krankheiten wie Diabetes werden in der Regel zuerst von Allgemeinmediziner*innen diagnostiziert. Patient*innen werden abhängig von den Ressourcen oder der Krankheitsschwere entweder direkt behandelt oder an eine spezialisierte Diabetesklinik oder ein Gesundheitszentrum überwiesen. Gegebenenfalls werden Patient*innen zudem krankheitsspezifische Schulungen angeboten (Frohlich et al., 2015). Ähnlich wie in den Niederlanden gibt es auch in Dänemark spezielle Zentren, die ihren Fokus auf die Versorgung von Diabetes-Patient*innen gelegt haben. Ein konkretes Beispiel ist das Steno-Diabetes-Center in Kopenhagen, welches das größte Zentrum in Skandinavien ist und jährlich mehr als 9.000 Patient*innen behandelt. Zusätzlich wird innerhalb dieses Zentrums auch Weiterbildung angeboten und klinische Forschung betrieben.

Therapie Aktiv – Diabetes im Griff

Seit 2007 gibt es auch in Österreich ein Disease Management Programm, dessen Ziel es ist, Diabetes-Patient*innen eine verbesserte ärztliche Betreuung zu ermöglichen. Das Programm trägt den Namen „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ und wird durch freiwillige Teilnahme der

Ärzt*innen ermöglicht. Konkret sollen durch Therapie Aktiv eine strukturiertere Betreuung und regelmäßige Untersuchungen sowie ein umfassendes Patientenempowerment sichergestellt werden. Seit 2017 wird das Programm von den Krankenversicherungsträgern in allen Bundesländern angeboten. Mit Stand 01.01.2022 nehmen 101.505 Patient*innen sowie 1.963 Ärzt*innen am Programm teil (Therapie Aktiv, 2022). Ziel ist es, durch diese engere Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Patient*innen Diabetes-bedingte Folgeschäden zu vermeiden (Berghold & Riedl, 2019). Über die Therapie Aktiv-Website können interessierte Personen teilnehmende Ärzt*innen in ihrer Umgebung finden und sich auf diesem Weg beim Programm anmelden. Die Teilnahme am Programm ist kostenlos. Neben der verbesserten Patientenversorgung soll die Behandlung von Diabetes auch transparenter werden. Jährliche Dokumentation von medizinischen Daten in Verbindung mit individuellen Zielvereinbarungen ist vorgesehen. Mittlerweile wurde die Wirkung des Programmes mehrfach in der Realität evaluiert. Der Nutzen wurde durch die Medizinische Universität Graz auf Basis von realen Daten in verschiedenen Beurteilungsphasen analysiert.

Die erste Evaluierung des DMP basierte auf Routinedaten der Sozialversicherungsträger aus dem niedergelassenen und stationären Bereich. Die Studienpopulation umfasste Diabetiker*innen, die sich zwischen 01.01.2008 und 31.12.2009 neu in das DMP eingeschrieben haben. Die Kontrollgruppe setzte sich aus Patient*innen zusammen, die vor dem 31.12.2013 nicht im DMP eingeschrieben waren und mehr als 80 Prozent ihrer Kontakte bei nicht DMP-Ärzt*innen hatten. Primäre Endpunkte der Analyse waren die Mortalität und die Gesamtkosten nach einem Follow-up-Zeitraum von vier Jahren. Sowohl in Bezug auf die Mortalität als auch bei den Gesamtkosten gab

es in diesem Beobachtungszeitraum leichte Vorteile zu Gunsten der DMP-Gruppe. Die darauffolgende Langzeitbeobachtung von acht Jahren bestätigte diese Ergebnisse. In der DMP-Gruppe verstarben nach acht Jahren 22,1 Prozent der Patient*innen (1.584/7.181), während in der Kontrollgruppe 29,7 Prozent der Patient*innen verstarben (6.387/21.543). Aufgrund des Studiendesigns gab es jedoch in der ersten Analyse einige Limitationen. Es handelte sich um eine retrospektive Beobachtung, in der viele mögliche Störfaktoren nicht mitberücksichtigt wurden (Berghold & Riedl, 2019). Individuelle Charakteristika wie der sozioökonomische Status der Patient*innen blieben beispielsweise unberücksichtigt.

In einer zweiten Evaluierung des DMP wurde eine größere Menge an Kontrollparametern miteinbezogen als noch in der ersten. Die behandlungsspezifischen Prozessparameter wurden erweitert und die Analyse beinhaltete zudem sozioökonomische Variablen, um individuelle Faktoren besser berücksichtigen zu können. Zur Studienpopulation gehörten alle Personen, die zwischen 01.01.2013 und 31.12.2013 neu in das DMP eingeschrieben wurden. Die Kontrollgruppe bestand aus Personen, die seit 2012 als Diabetiker*innen oder als Risikogruppe eingestuft waren, zu keinem Zeitpunkt im DMP eingeschrieben wurden und deren Daten bis 2016 vorhanden waren. Da nicht alle Daten für alle Personen vorhanden waren, verringerte sich somit die analysierte Personengruppe. Gemäß dieser Auswertung verstarben im Laufe der achtjährigen Beobachtungsperiode 10,6 Prozent der DMP-Gruppe sowie 11,9 Prozent der Kontrollgruppe.

In den verschiedenen Parametern zum Behandlungsverlauf war der Anteil an Patient*innen in der DMP-Gruppe in allen Bereichen höher. Das heißt, dass Personen in der DMP-Gruppe häufiger von den möglichen Gesundheitsdienstleistungen



Über die Therapie Aktiv-Website können interessierte Personen teilnehmende Ärzt*innen in ihrer Umgebung finden und sich auf diesem Weg beim Programm anmelden.

Gebrauch machten. Bei EKG-Untersuchungen war der Unterschied zwischen den Gruppen am größten (77,8 Prozent DMP-Gruppe, 63,0 Prozent Kontrollgruppe). Die niedrigeren Krankenhaustage in der DMP-Gruppe führten aber trotz dieser höheren Inanspruchnahme anderer Leistungen zu niedrigeren pro Kopf-Gesamtkosten. Die Ergebnisse blieben auch nach verschiedenen Sensitivitätsanalysen ähnlich.

In einem Bericht des Rechnungshofs wurden verschiedene Verbesserungspotenziale des Programms hervorgehoben. Vor allem wird die nur langsam voranschreitende Umsetzung kritisiert. Im Jahr 2017 waren lediglich 13 Prozent der potenziellen

Patient*innen im Programm eingeschrieben, von denen nur 9 Prozent aktiv teilnahmen. Im Vergleich dazu waren in Deutschland rund 50 Prozent der Diabetiker*innen bereits in einem DMP eingeschrieben. Auffallend sei auch, dass zum selben Zeitpunkt nur bei 70 Prozent der eingeschriebenen Personen Leistungen des DMP-Diabetes abgerechnet wurden (Rechnungshof Österreich, 2019). Zudem ist in Österreich auch die Anzahl der teilnehmenden Ärzt*innen laut Rechnungshof noch zu gering. In Niederösterreich lag die Teilnahmequote der Ärzt*innen nur bei 27 Prozent. Insgesamt werden in verschiedenen Bereichen Verbesserungspotenziale beschrieben. Entscheidend ist allen

voran eine möglichst hohe Teilnahme von sowohl Ärzt*innen als auch von Patient*innen. Durch gezielte Schulungen könnte auch das Selbstmanagement der Patient*innen gestärkt werden. Der Rechnungshof empfiehlt zudem, die Teilnahme der Ärzt*innen an bundesweit einheitliche Mindeststandards für Aus- und Weiterbildung zu binden (Rechnungshof Österreich, 2019).

Im Vergleich zu anderen Ländern ist auffallend, dass die Entwicklung des DMPs in Österreich sehr dezentral verlief (Schang et al., 2016). In den drei hier vorgestellten Ländern war die Entwicklung der DMPs jeweils an nationale Reformen gebunden. Im Gegensatz zu Dänemark und den Nie-

derlanden erfolgte die Implementierung unter den Ärzt*innen in Deutschland und Österreich auf freiwilliger Basis. Anders als in Österreich wurden jedoch in Deutschland starke Anreize für die verschiedenen Stakeholder geschaffen. In Österreich gibt es für DMP-Patient*innen lediglich im Rahmen der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS) die Möglichkeit, eine Reduktion des ansonsten für Kassenleistungen im niedergelassenen Bereich zu zahlenden Kostenanteils von 20 Prozent auf 10 Prozent zu beantragen (SVS-Satzung § 13 Abs. 3). Damit besteht nur in dieser relativ kleinen Versichertengruppe seitens der Patient*innen ein finanzieller Anreiz zur Teilnahme am DMP. Sowohl bei Patient*innen als auch bei den Ärzt*innen wurden die deutschen DMPs für Diabetes trotz Freiwilligkeit besser aufgenommen. In Österreich gibt es nur wenige ambulante Diabeteszentren. In derartigen Zentren gäbe es die Möglichkeit, verschiedene Prozesse gesammelt abzuwickeln und die Fragmentierung der Gesundheitsleistungen zu vermindern.

Erfahrungen aus der Versorgung in Österreich

Um eine erweiterte Perspektive zu erhalten, wurden acht einzelne qualitative Expert*innen-Interviews geführt,

und zwar mit drei Personen aus dem Bereich Selbsthilfe/Patientenvertretung, drei aus dem Bereich der Behandler*innen (alle in Therapie Aktiv) und zwei mit Vertreter*innen der Sozialversicherung. Erfragt wurden jeweils die Erfahrungen und Verbesserungspotenziale mit Diabetesversorgung aktuell und im Laufe der letzten Jahre im Allgemeinen sowie bei Therapie Aktiv im Speziellen. Diese Interviews stellen gleichzeitig ein Update zu ähnlich gelagerten Interviews im Rahmen einer früheren Studie dar, die unter anderem in Schang et al., 2016 eingeflossen ist. Insgesamt zeigte sich in den Interviews eine erstaunlich hohe Übereinstimmung der Aussagen, sodass nur in jenen Fällen, in denen unterschiedliche Perspektiven zu Tage traten, nach Stakeholdergruppen unterschieden wird.

Die Entwicklung der Diabetesversorgung allgemein in Österreich wurde grundsätzlich sehr positiv gesehen. Fortschritte müssten allerdings sehr mühsam und langwierig erarbeitet werden. Organisatorische Veränderungen im Krankenversicherungsbereich auch im Zusammenhang mit der Sozialversicherungsreform betreffen zum Beispiel eine wahrgenommene Vereinheitlichung und Verbesserung der Bewilligungspraxis, die früher oft als unnachvollziehbar

und unterschiedlich wahrgenommen worden sei, und die Versorgung mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln direkt über die Anbieter, auch wenn stellenweise Versorgungsengpässe aufträten. Außerhalb von Therapie Aktiv und insbesondere außerhalb der Ballungsräume wurden jedoch Koordinierungsprobleme und ein Mangel an Schwerpunktpraxen bzw. -zentren angegeben. Da Therapie Aktiv von vielen Ärzt*innen gar nicht angeboten werde, komme es so auch zu einer starken Ungleichheit in der Versorgung. Nach wie vor problematisch wurde die weitgehend fehlende Diagnosedokumentation² gesehen, was eine Übersicht über die Verbreitung der Krankheit erschwere, sowie in diesem Zusammenhang das späte Reagieren des Gesundheitssystems, weil bei Erkennung oft bereits Folgeerkrankungen vorlägen.

Von allen Gesprächspartner*innen wurde Therapie Aktiv als großer Fortschritt und sehr hilfreich beschrieben. Behandler*innen sahen bei sich selbst und bei den Patient*innen eine konsequentere Therapieverfolgung, welche sich auch in den erreichten Zielwerten widerspiegeln. Patient*innen begrüßten die verbesserte Koordination, Schulungen und Erinnerungen an Termine. Die größten Bedenken in sämtlichen Gesprächen betrafen nicht das Programm an sich, sondern die geringe Abdeckung, weil bei geschätzt 600.000 Diabetiker*innen und etwas über 100.000 eingeschriebenen Personen nach wie vor der weit überwiegende Anteil der Betroffenen nicht vom Programm profitieren könne. Mögliche Ursachen wurden ebenfalls erfragt. Auf Seiten der geringen Beteiligung durch Ärzt*innen dürften zwei Komponenten wesentlich sein, die einander direkt beeinflussen: Viele Einzelpraxen dürften „alle Hände voll“ mit bereits bestehenden Patient*innen zu tun haben. Jedwedes „Mehr“ werde dann von vornherein abgelehnt. Primärversorgungseinheiten (PVE) und größere Praxen hingegen könnten die Arbeit z.B. auf speziell

Zusammenfassung

Bei Diabetes erweisen sich DMPs in vielen Ländern als hilfreich. Das österreichische Programm dürfte inhaltlich gut funktionieren, erfasst aber nach wie vor nur einen kleinen Teil der Betroffenen. Eine Vereinheitlichung des Angebots innerhalb der Sozialversicherung ist durch die Reform zu erwarten, müsste aber auch Diagnose und Behandlungsstandards in allen Settings umfassen. Außerhalb des Programms dürfte die Behandlungsqualität insbesondere abhängig von der Region durchwachsen und damit ungleich sein. Eine breitere Ausrollung sollte bei allen Systempartnern hohe Priorität genießen, weil dies aus Systemperspektive eine Win-win-Situation darstellt: Aufgrund der grundsätzlichen Möglichkeiten zur Prävention der Folgeerkrankungen sind für Individuum und Gesellschaft Kostensenkungen bei gleichzeitig gesteigerter Lebensqualität erzielbar.

geschultes nichtärztliches Personal verteilen. Hinzu komme das sich anscheinend seit Anbeginn haltende Narrativ, dass Therapie Aktiv einen großen administrativen Mehraufwand verursache und schlecht bezahlt sei. Die befragten teilnehmenden Ärzt*innen konnten beides jedoch nicht bestätigen.

Daneben wurde auf organisatorischer Ebene insbesondere bei den Vertretern der Sozialversicherung gefordert, dass Therapie Aktiv letztlich nur die erste Versorgungsebene abbilde und nachgelagerte Strukturen mit eingebunden werden müssten, wobei sowohl Länder als auch Bund sich stärker engagieren müssten. Gemeinsame Standards bei Diagnose und Qualität der Behandlung müssten

settingübergreifend gelten, und es müsste auch eine settingübergreifende elektronische Infrastruktur vorhanden sein.

Innerhalb des Programms zeigte sich, dass alle Behandler*innen über Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Patient*innen berichteten, bei vielen davon würden aber intensive Bemühungen letztlich zum Ziel führen. Hilfreich sei dabei wieder multiprofessionelle Betreuung. Alle Befragten waren sich auch einig, dass die Einbindung nichtärztlichen Gesundheitspersonals einen großen Qualitätssprung darstelle und eine effiziente und effektive Arbeitsteilung ermögliche. Ungleichheiten auch innerhalb des Programms ergäben sich hingegen, weil Ernährungsberatung

bei PVEs häufig kostenlos angeboten werden könne, bei einfachen Praxen hingegen von den Patient*innen meist selbst zu bezahlen sei. Besonders schwierig in der Therapiemotivation würden sich Bewegungsangebote erweisen. Ein Teil der Befragten erkannte dabei in jackpot.fit eine geeignete Unterstützung. Für schwierig einzustellende Patient*innen sei die Rücksprache mit Diabetespezialist*innen hilfreich. —

² Im niedergelassenen Bereich werden derzeit nur die abrechenbaren Leistungen erfasst, nicht aber die Diagnosen der Patient*innen.

Literaturverzeichnis

Aziz, F., Reichardt, B., Sourij, C., Dimai, H.-P., Reichart, D., Köhler, G., Brodmann, M., & Sourij, H. (2020). Epidemiology of major lower extremity amputations in individuals with diabetes in Austria, 2014–2017: A retrospective analysis of health insurance database. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 170, 108477. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108477>.

Berghold, A., & Riedl, R. (2019). Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“. Abschlussbericht Evaluierung. Medizinische Universität Graz, 2019.

Davies, M., Burdett, L., Bowling, F., Ahmad, N., & McClennon, J. (2019). The epidemiology of major lower-limb amputation in England: A systematic review highlighting methodological differences of reported trials. *The Diabetic Foot Journal*, 22, 53–61.

Elissen, A. M. J., Duimel-Peters, I. G. P., Spreeuwenberg, C., Vrijhoef, H. J. M., & Nolte, E. (2015). Assessing chronic disease management in European health systems: The Netherlands (pp. 99–109). World Health Organization.

Erlor, A., Fullerton, B., & Nolte, E. (2015). Assessing chronic disease management in European health systems: Germany (pp. 55–74). World Health Organization.

Frohlich, A., Jacobsen, R., & Cécile, K. (2015). Assessing chronic disease management in European health systems: Denmark (pp. 17–24). World Health Organization.

Informed Health.org [Internet]. (2016). What are disease management programs (DMPs)? In InformedHealth.org [Internet]. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279412/>.

International Diabetes Federation. (2021). IDF Diabetes Atlas – 10th Edition. International Diabetes Federation.

Kautzky-Willer, A., Harreiter, J., Abrahamian, H., Weitgasser, R., Fasching, P., Hoppichler, F., & Lechleitner, M. Geschlechtsspezifische Aspekte bei Prädiabetes und Diabetes mellitus – klinische Empfehlungen (Update 2019). *Wiener klinische Wochenschrift*, 2019, 131(1), 221–228. <https://doi.org/10.1007/s00508-018-1421-1>.

OECD. (2021). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

OECD & European Union. (2020). Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. OECD. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

Rechnungshof Österreich. Diabetes – Prävention und Versorgung. Bericht des Rechnungshofes, 2019.

Schang, L., Thomson, S., & Czipionka, T. (2016). Explaining differences in stakeholder take up of disease management programmes: A comparative analysis of policy implementation in Austria and Germany. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 120(3), 281–292. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.002>.

Struijs, J., de Jong-van Til, J., Lemmens, L., Drewes, H., de Bruin, S., & Baan, C. (2012). Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands: Impact on health care delivery process and the quality of care [Report]. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM. <https://rivm.openrepository.com/handle/10029/261356>.

Struijs, J., Mohnen, S., Molema, C., de Jong-van Til, J., & Baan, C. (2012). Effects of bundled payment on curative health care costs in the Netherlands: An analysis for diabetes care and vascular risk management based on nationwide claim data, 2007–2010 [Report]. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM. <https://rivm.openrepository.com/handle/10029/257206>.

Tapager, I., Hansen, K. S., & Vrangbæk, K. (2020). Conceptualising equity in the impact evaluation of chronic disease management programmes: A capabilities approach. *Health Economics, Policy and Law*, 1–16. <https://doi.org/10.1017/S1744133120000067>.

Therapie Aktiv. Zahlen und Fakten. Therapie Aktiv, 2022. <https://www.therapie-aktiv.at/cdscontent/?contentid=10007.791399&portal=diabetesportal>.

Vugt, H. A. van, Koning, E. J. P. de, & Rutten, G. E. H. M. (2019). Association between person and disease related factors and the planned diabetes care in people who receive person-centered type 2 diabetes care: An implementation study. *PLOS ONE*, 14(7), e0219702. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219702>.

World Health Organization. (2021). Diabetes. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.