

# Hausärztliche Betreuung der Menschen mit Diabetes

Diethard Sturm

Deutscher Hausärzterverband, Hohenstein-Ernstthal

Die an Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen sind überwiegend älter und haben parallel mehrere Krankheiten – sie sind „multimorbid“. Ein Großteil dieser Patienten wird im Hausbesuch oder im Heim betreut. Dadurch tragen die Hausärzte die Hauptlast der medizinischen Betreuung der Typ-2-Diabetiker, die eine umfassende und wohnortnahe komplexe Betreuung brauchen. In Abhängigkeit von der Ergebnisqualität kooperieren sie mit Diabetologen und anderen Spezialisten.

## Ziel: fachlich und psychosozial kompetent!

Die Hausärzte haben sich in der strukturierten Weiterbildung und in der Fortbildung für die Betreuung der Menschen mit Diabetes und mit Multimorbidität qualifiziert. Zielstellung der hausärztlichen Fortbildung ist, dass jeder Patient von seinem Hausarzt gleichermaßen fachlich und psychosozial kompetent betreut wird. Ein Herausqualifizieren einzelner Hausärzte zu einer Zwischenstufe zwischen Hausarzt und Diabetologe entspricht nicht den Qualitätsprinzipien der hausärztlichen Betreuung. Durch das Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband wurden Fortbildungskonzepte ausgewählt und zertifiziert, die für den Hausarzt besonders geeignet sind. Ein Fortbildungskorridor sichert die ganze Breite hausärztlicher Kompetenz. Jetzt werden immer mehr Fortbildungsangebote von den Hausärzten selbst entwickelt. Der Bedarf an Fortbildung der Hausärzte im Zusammenhang mit der Erkrankung Diabetes mellitus liegt vor allem

- ▶ in den Gesprächsfertigkeiten,
- ▶ in den Kenntnissen zur Beratung der Lebensführung,
- ▶ in der Förderung des Empowerments der Patienten.

Gerade dieses ist zugleich eine Reserve, durch weitgehende Selbstständigkeit der chronisch Kranken die Hausarztpraxen zu entlasten.

Darüber hinaus wird Rechnung getragen der evidenzbasierten Medizin, der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen und der Vermeidung von

**Die Hausärzte tragen die Hauptlast der medizinischen Betreuung der Typ-2-Diabetiker, die eine wohnortnahe Betreuung brauchen.**

Risiken durch noch unzureichend gesicherte Arzneimittel – auch in der Fortbildung. Diese Grundsätze fließen in die nunmehr vom Institut für hausärztliche Fortbildung selbst entwickelten Fortbildungsprogramme ein. Im Fortbildungsmodul „Diabetesmanagement“, das sich mit Risikostratifizierung, Blutzuckerselbstmessung und Patientenschulung sowie der evidenzbasierten Therapie beschäftigt, soll die Beteiligung des Patienten an den Entscheidungen und an der Selbstkontrolle gefördert werden. 20 Referenten wurden auf dieses Thema vorbereitet. Auch auf dem ersten Kongress des Instituts für hausärztliche Fortbildung wurde dieses Thema vorgetragen und diskutiert. Selbstverständlich erfolgen die Entwicklung und Durchführung der hausärztlichen Fortbildung im engen Zusammenwirken mit Diabetologen und anderen Fachgebietsärzten. Patienten werden hier noch zu wenig einbezogen, bei anderen Themen sind Patienten als Fortbilder von Ärzten tätig. Sie werden dafür von ihren Organisationen geschult.

**In manchen Gebieten sind Patienten als Fortbilder der Ärzte tätig. Sie werden dafür von ihren Organisationen geschult.**

### **Strukturverträge brachten Ordnung**

Hausärztliche Qualitätszirkel werden seit 1994 durchgeführt und weiterentwickelt. Sie sind in den Strukturverträgen und den DMP-Verträgen vereinbart. Besonders bewährt haben sich die Fallbesprechungsgruppen (Prof. Siebolds), die am besten der hausärztlichen Arbeitsmethodik entsprechen und das Fallverständnis bei der hausärztlichen Problemlösung abbilden. Diese Qualitätszirkel erarbeiten fallbezogene Therapiekonzepte und verfolgen den weiteren Behandlungsverlauf bei den vorgestellten Patienten.

Strukturverträge haben das Zusammenwirken der Hausärzte mit Diabetologen und anderen Spezialisten auf der Grundlage von Leitlinien geordnet und gefördert. Die sächsischen Leitlinien wurden beispielhaft gemeinsam erarbeitet: von Repräsentanten aller an der Betreuung beteiligten Gruppen – von Patientenvertretern über die Hausärzte bis hin zu den Spezialisten; folglich sind sie von diesen auch gemeinsam erfolgreich umgesetzt. Die Leitlinie beschäftigt sich besonders mit den Schnittstellen zwischen hausärztlicher und spezieller diabetologischer Betreuung. Eine weitere Leitlinie entstand in gleicher Weise zum Metabolischen Syndrom und verwirklicht damit einen breiteren und zugleich auch präventiv orientierten Ansatz.

### **Belegter Erfolg!**

Die Einführung der mit dem Risikostrukturausgleich verbundenen Disease-Management-Programme zur Betreuung der Typ-2-Diabetiker

**DMP: Ein Schritt zur besseren Akzeptanz sind die vereinbarten Möglichkeiten zur elektronischen Datenübermittlung.**

führte zu sehr differenzierten Reaktionen bei allen Beteiligten. Das positive Anliegen einer strukturierten und qualitätsgesicherten Betreuung mit abgestimmten Schnittstellen, definiert entsprechend der erreichten Betreuungsergebnisse, wurde von den Belastungen durch ausufernde Dokumentation und formalistische Fehlersuche überschattet. Die neuen Elemente wie Risikostratifizierung und individuelle Therapievereinbarung gingen dabei unter. Obwohl mittlerweile die Datenmenge reduziert und die Dokumentation vereinfacht worden ist, sind die Probleme noch nicht vollständig beseitigt. Ein weiterer Schritt zu besserer Akzeptanz und geringerem Aufwand abseits vom Patienten sind die in einigen Bundesländern vereinbarten Möglichkeiten zur elektronischen Datenübermittlung. Die automatische Übernahme der elektronischen Dokumentation ist ein weiterer Schritt, damit das eigentliche Anliegen wieder in den Vordergrund rückt. Die Verträge des Hausärzteverbandes unterstützen das Anliegen einer qualitativ hochwertigen, strukturierten Betreuung chronisch Kranker, darunter auch der Menschen mit Diabetes, durch Verpflichtung zur Beteiligung an DMP und an der hausärztlichen Fortbildung.

Der Deutsche Hausärzteverband unterstützte die Einführung der DMP durch ein gemeinsam mit anderen Fachgruppen erarbeitetes Manual für die Hausärzte, gefördert vom AOK-Bundesverband. Dennoch entspricht die Orientierung auf einzelne Krankheiten nicht der hausärztlichen Arbeitsweise und auch nicht der Mehrheit der hausärztlichen Patienten. Diese sind multimorbid. Deswegen wird im Deutschen Hausärzteverband an einem DMP „Multimorbidität“ gearbeitet.

Bisherige Auswertungen der DMP-Dokumentationen lassen einen Trend zur besseren Prozessqualität und zur Verbesserung der Surrogatparameter erkennen. Eine Bewertung anhand von Endpunkten ist noch nicht möglich.

### **Früherkennung: nicht zufriedenstellend**

Die Früherkennung der an Diabetes Erkrankten ist noch nicht zufriedenstellend gelöst, da viele Versicherte die Angebote zur Gesundheitsuntersuchung nicht wahrnehmen. Die Hausärzte sind aufgrund der ungenügenden Strukturierung der ambulanten Betreuung (freie Wahl der Betreuungsebene durch den Versicherten, nicht umgesetzte Berichtspflicht der Fachärzte gegenüber dem Hausarzt) nicht in der Lage, eine regelmäßige Kontrolle des Gesundheitszustandes und eine Risikoeinschätzung vorzunehmen. Also müssen über Aufklärung der Bevölkerung und mittels Einbeziehung vieler Dienstleister und Meinungsbildner die Erfassungsquote und Früherkennung weiterentwi-

ckelt werden. Die besten Ergebnisse erwarten wir vom Screening in der unmittelbaren familiären Umgebung des Menschen mit Diabetes. Daran und an weiteren Aktivitäten zur besseren Prävention und Früherfassung wird sich der Deutsche Hausärzteverband über das von ihm mitgegründete Deutsche Präventionsnetz beteiligen. In den hausarztbasierten integrierten Versorgungsangeboten spielen die Beteiligung an den DMP, die Prävention und die strukturierte Fortbildung eine wesentliche Rolle zur fortlaufenden Qualitätssicherung.

Eine weitere Aufgabe ist die flächendeckende Sicherung des Schulungsangebots: Dazu verfolgen wir das Konzept der Schulungsgemeinschaften der Ärzte, um die Einzelpraxen zu entlasten und eine Schulung zeitlich nahe an einer Veränderung des Gesundheitszustandes zu sichern. Entsprechende Beispiele werden durch den Hausärzteverband bekannt gemacht. Neue Versorgungsformen erleichtern den Zusammenschluss von Hausärzten zu Schulungsgemeinschaften.

**Die besten Ergebnisse erwarten wir vom Screening in der unmittelbaren familiären Umgebung des Menschen mit Diabetes.**

## **Das Fazit**

Die beste Qualität und Bewältigung der umfassenden Aufgaben zur Verminderung von Komplikationen und Folgeerkrankungen bei den Erkrankten sehen wir im gleichberechtigten Zusammenwirken der Patienten mit ihren Vereinigungen, von Hausärzten und allen Spezialisten. Eine Verminderung bürokratischer Belastungen ist allerdings dringend erforderlich, damit alle Hausärzte diese neuen Formen der Betreuung auch umsetzen und bewältigen können. Dazu wird an einer Praxismanagement- und Kommunikationssoftware gearbeitet, welche bessere Patienteninformation, verminderte Bürokratie und Qualitätssicherung gleichermaßen berücksichtigt. Medizinische Fachangestellte erhalten die Möglichkeit einer Zusatzqualifikation, um auch im Hausbesuch wie in der Praxis Patienten mit eigenständigen Aufgaben betreuen zu können. Dazu ist die ständige Mitarbeit in der Praxis unerlässlich.

*Dr. med. Diethard Sturm  
Deutscher Hausärzteverband  
Stellvertretender Bundesvorsitzender  
Weinkellerstraße 20  
09337 Hohenstein-Ernstthal*