

Protokoll des

3. Nationalen Workshops „Netzwerke Diabetischer Fuß“ der Initiative „Fußnetz Deutschland“ 7.-8.9.2007 in Köln

Beim diesjährigen Workshop trafen sich 24 Ärzte aus Klinik und Praxis sowie aus der Forschung sowie Krankenkassenvertreter zu einem Erfahrungsaustausch und zur Weiterentwicklung der Netzwerkidee. Neben dem Austausch standen Benchmarkingfragen und die Evaluation der Kosten im Mittelpunkt.

Austausch der Netze

Folgende Teilnehmer und Netze präsentierten ihre Struktur

mit Vertrag zur Integrierten Versorgung

Dr. Schliffke: Lauenburg
Dr. Klepzig: Offenbach
Dr. Klimke: Düsseldorf
Dr. Raabe: Brandenburg

Ohne Vertrag bisher

Dr. Mütze: Leipzig
Dr. Limberg: Bad Wildbach
Dr. Förster: Gießen
Dr. Schöll: Stuttgart
Dr. Drewes: Essen
Dr. Thienel: Quakenbrück

Bei den Netzen ohne Vertrag kristallisiert sich eine Ebene heraus, wo es darum geht, in einer Region vom „ich“ zum „wir“ zu kommen. Eine zweite Gruppe von Netzen hat bereits eine klare, gemeinsam verstandene Struktur und ist in Verhandlungen mit Kostenträgern.

Die Netze mit Vertrag haben sehr verschiedene Strukturen und Modalitäten entwickelt. Die Netze in Nordrhein und Hamburg verwenden eine einheitliche Dokumentation. Zu dieser ist eine Schnittstelle in Entwicklung, die es ermöglicht, dass andere Erfassungsprogramme Daten in einer einheitlichen Form aufnehmen, prüfen und weitergeben. Mit einem Hersteller (Axaris) besteht ein Vertrag, mit den weiteren bestehen Gespräche.

Benchmarking der Netze untereinander

Ziel

Darstellung der Struktur und der Arbeit Netze insgesamt
Darstellen / Lernen aus den Unterschieden

Parameter

Die beschriebenen Items werden 1x / Kalenderjahr erhoben

Netzcharakteristika

Parameter	Einheit	Beschreibung
Einwohnerzahl	Anzahl	Anzahl der Einwohner der Vertragsregion
Fläche	Qm ²	Fläche der Vertragsregion
Zahl der Hauptbehandler	Anzahl	Zahl der patientenführenden Institutionen
Beteiligte Fachgruppen	Aufzählung	Beteiligte Fachgruppen im Netz, mit denen mindestens schriftliche Kooperationsvereinbarungen bestehen

Patienten

Parameter	Einheit	Beschreibung
Prophylaxepatienten	Anzahl	Anzahl der Patienten, bei denen die lediglich Prophylaxen vorgenommen wurden
Akutpatienten	Anzahl	Anzahl der Patienten, bei denen Behandlungen von Akutläsionen (Wagner 1 oder höher oder akuten DNOAP) vorgenommen wurden
Alter	Alter	Mittleres Alter aller Patienten
Prophylaxefälle	Anzahl	Anzahl der prophylaktischen Behandlungen (vom Beginn der prophylaktischen Betreuung als DFS Wagner 0 im Netz bis zum Auftreten einer Akutläsion)
Akuterkrankungsfälle	Anzahl	Anzahl der Akuterkrankungsfälle (vom Beginn der Betreuung als akutes DFS im Netz bis zum belastungsstabilen Wundverschluß)
Knochenbeteiligung	Anzahl	Anzahl der Akuterkrankungsfälle mit Wunden mit Knochenbeteiligung (Wagner 3-5, Untermenge des vorherigen Parameters)
Akut - DNOAP	Anzahl	Anzahl der Akuterkrankungsfälle mit akuter DNOAP
Akut - DNOAP Deformität	Anzahl	Anzahl der Akuterkrankungsfälle mit akuter DNOAP und dadurch bedingter Deformität (Levin 3, Untermenge des vorherigen Parameters)
Nierenersatztherapie	Anzahl	Anzahl der Akuterkrankungsfälle mit Nierenersatztherapie
pAVK	Anzahl	Anzahl der Akuterkrankungsfälle mit Dopplerindex < 0,9 an Arteria dorsalis pedis UND Arteria tibialis posterior ODER klinisches Äquivalent
Amputationen Obersch.	Anzahl	Amputationen Obersch.
Amputationen Untersch.	Anzahl	Amputationen Untersch.
Amputationen Fuß	Anzahl	Amputationen Fuß
Amputationen Mittelfuß	Anzahl	Amputationen Mittelfuß
Amputationen Vorfuß	Anzahl	Amputationen Vorfuß
Amputationen Zehe	Anzahl	Amputationen Zehe
Tod	Anzahl	Anzahl der Akuterkrankungsfälle, die im Lauf der Behandlung verstarben
Lost	Anzahl	Anzahl der Akuterkrankungsfälle, zu denen kein Behandlungsende und -ergebnis ermittelt werden konnte
WH-Zeit	Tage	WH-Zeit
pTA	Anzahl	pTA
Bypass	Anzahl	Bypass
dfs_1_Jahr_Propylaxe	Anzahl	Erkrankungsfreies Überleben (=disease free survival =dfs) nach einem Jahr Propylaxe
dfs_1_Jahr_Rezidiv	Anzahl	Erkrankungsfreies Überleben (=disease free survival =dfs) nach einem Jahr Rezidivprophylaxe (Untermenge des vorherigen Parameters)

Benchmarks, die daraus ermittelt werden

Benchmark	Erklärung
Einwohner/Fläche	Einwohner/Fläche
Einwohner/Hauptb.	Einwohner/Hauptb.
Prophylaxepatienten / 100000	Anzahl der Patienten, bei denen die lediglich Prophylaxen vorgenommen wurden / 100000 Einwohner
Akutpatienten / 100000	Anzahl der Patienten, bei Akutbehandlungen (Wagner 1 oder höher oder akuten DNOAP) vorgenommen wurden / 100000 Einwohner
Alter	Mittleres Alter aller Patienten
Akuterkrankungsfälle	Anzahl der Akuterkrankungsfälle (vom Beginn der Betreuung als akutes DFS im Netz bis zum belastungsstabilen Wundverschluß)
Knochenbeteiligung	Prozentsatz der Akuterkrankungsfälle mit Wunden mit Knochenbeteili-

	gung (Wagner 3-5, Untermenge des vorherigen Parameters)
Akut-DNOAP	Prozentsatz der Akuterkrankungsfälle mit akuter DNOAP
Akut-DNOAP Deformität	Prozentsatz der Akuterkrankungsfälle mit akuter DNOAP und dadurch bedingter Deformität (Levin 3, Untermenge des vorherigen Parameters)
Nierenersatztherapie	Prozentsatz der Akuterkrankungsfälle mit Nierenersatztherapie
pAVK	Prozentsatz der Akuterkrankungsfälle mit Dopplerindex < 0,9 an Arteria dorsalis pedis UND Arteria tibialis posterior ODER klinisches Äquivalent
Verhältnis W1+W2 / W3+W4	Verhältnis Wundpatienten ohne Knochenbeteiligung zu solchen mit Knochen- oder Gelenkbeteiligung
Amputationen	Anzahl der Amputationen in Prozent der Akutbehandlungsfälle
OS	Prozentsatz der Oberschenkelamputationen in Prozent der Amputationen
US	Prozentsatz der Unterschenkelamputationen in Prozent der Amputationen
Fuß	Prozentsatz der Fußamputationen in Prozent der Amputationen
Mittelfuß	Prozentsatz der Mittelfußamputationen in Prozent der Amputationen
Vorfuß	Prozentsatz der Vorfußamputationen in Prozent der Amputationen
Zehen	Prozentsatz der Zehenamputationen in Prozent der Amputationen
Major/Minor	Verhältnis der Major- zu Minoramputationen
Tod/Akutläsion	Prozentsatz der verstorbenen Patienten mit Akutläsion
Lost/Akutläsion	Prozentsatz der verlorenen Patienten mit Akutläsion
WH-Zeit/Akutläsion	Mittlere Wundheilungszeit bei Akutläsion
rein ambulante über Wagner 2	Prozentsatz der rein ambulant behandelten Patienten mit Wunden und Knochenbeteiligung
Revask/pAVK	Revaskularisationen in Prozent der pAVK bei Akutläsion
Verhältnis Bypass/PTA	Verhältnis Bypass/PTA
EFÜ 1 Jahr Prophylaxe	Erkrankungsfreies Überleben nach einem Jahr Prophylaxe in Prozent der Prophylaktischen Behandlungen
EFÜ 1 Jahr Rezidiv	Erkrankungsfreies Überleben nach einem Jahr Rezidivprophylaxe (Untermenge des vorherigen Parameters) in Prozent der Rezidivverhindernden Behandlungen

Benchmarking der Chirurgen in Netzwerken Diabetischer Fuß

Dies geschieht über die Definition einer Marker – Läsion, die mit einem eigenen Dokumentationsitem kenntlich gemacht wird und zu der die Art des chirurgischen Eingriffs festgehalten wird. Die Markerläsion ist die „Zehenkuppenläsion bei Zehenfehlstellung“. Die Art des Eingriffs ist: „keiner/Tenotomie der FLS/Hohmann/Andere“. Das Ergebnis läßt sich dann aus der ohnehin erfolgenden Dokumentation ermitteln. Die wird aufgeschlüsselt nach „Amputation“, „Transferläsion“ (entsprechend einer neuen Läsion der Zehenkuppe nach Tenotomie oder Homann), „Rezidiv“ (entsprechend einer neuen Läsion ohne Tenotomie oder Homann).

Separate Abrechnungsnummer (zum Abgleich)

Kostenevaluation – Fallstricke

Die Evaluation der Kosten könnte sich zu einer Überlebensfrage für die Netze entwickeln. Daher wurden bereits seit Jahren intensive Bemühungen gestartet, ein glaubwürdiges und verzerrungsfreies Modell dazu zu finden. In der Regelversorgung sind die Patient mit DFS aber wegen fehlender eigener ICD-Nummer für das DFS und fehlender typischer Medikation nicht verzerrungsfrei aufzuspüren. Bei den Patienten in der Netzversorgung ist die Zuweisung an sich ein Faktor, der eine starke Selektion und damit Verzerrung in sich birgt. Die kompetente Versorgung führt schließlich auch zu einer verstärkten Zuweisung von schwer erkrankten Patienten von außerhalb der eigentlichen Netzregion. Rechnerische Korrekturen lassen sich dazu nicht mit ausreichender Sicherheit durchführen, da die entscheidenden Schweregradparameter (wundheilungsrelevante pAVK und das Wagnerstadium) in der Regelversorgung nicht erfaßt werden.

Der Vergleich einzelner Erkrankter in der Netzversorgung mit solchen in der Regelversorgung läßt zudem Effekte des Netzes auf die Versorgungsqualität der Region außer Acht. Die Netzärzte berichten, dass die ganz schweren Fälle bei Menschen, die in der Netzregion leben, zunehmend verschwinden, da in der Folge einer intensiven Kontaktpflege mit den Hausärzten eine frühe Überweisung erfolgt und die Kosten viel komplexerer Krankheitsstadien vermieden werden.

Die Fragestellung, welchen Effekt der Wechsel einer ungeordneten Versorgung zu einer strukturierten Versorgung durch ein Netz für die Versicherer und ihre Versicherten hat, läßt sich nur durch eine Studie mit einer wirklichen Zufallsstichprobe in der Regelversorgung und in der Netzregion ermitteln.

Kostenevaluation der Netzwerktätigkeit in Köln-Leverkusen

In Ermangelung der Möglichkeit eines glaubwürdigen Vergleichs mit der Regelversorgung aus Routinedaten wurden erwartete Effekte berechnet. Dabei wurden die Netzversorgung einer, aus epidemiologischen Daten bestimmten Regelversorgung der Region gegenüber gestellt. Dabei macht die Einsparung aus nicht erfolgten Majoramputationen 1392000 € Einsparungen und die vermiedener stationärer Aufenthalte 880619 € aus.

Prof. Schramm: ein Open-Source Projekt zur Entwicklung eines Kostenmodells zum DFS

Prof. Schramm schlägt vor, ein gesundheitsökonomisches Simulationsmodell zum Diabetischen Fuß mit Daten der DFS-Netze zu entwickeln, das als Open Source im Internet zur Verfügung gestellt wird. Dieses Modell würde Simulationen von Verbesserungen in Strukturen, die von denen der dateneinspeisenden Institutionen nicht zu verschieden sind, erlauben. Es könnte den dateneinspeisenden Institutionen Erkenntnisgewinn über weitere Optimierungsmöglichkeiten bringen und wurde sehr wohlwollend aufgenommen.

Es löst leider unser Problem der Kostenevaluation im Verhältnis zur Regelversorgung nicht, da dort keine strukturierten Daten erhoben werden oder sonst wie zur Verfügung stehen.

Vorschlag Dr. Limberg: Forum zum auch fallbezogenen fachlichen Austausch

- In geschütztem Bereich von Diabetes News
- mit Bildern, die zuverlässig keine Personenzuordnung erlauben dürfen (nur Fuß oder Wunde zu sehen)
- Moderator
- Antwort innerhalb 2 Tagen wenn möglich
- Beim Eintreffen neuer Nachrichten automatische Emails an alle Forummitglieder
- Richtlinie mit ausdrücklichem Hinweis, Bemerkungen zum bisherigen Behandlungsverlauf nicht zu machen (diesbezügliche Vorschläge nur direkt an das betreffende Mitglied), um rechtliche Schwierigkeiten im Zusammenhang mit evtl. Behandlungsfehlern nicht zu verursachen.

Der Vorschlag wurde ausführlich diskutiert, würde eine Lücke in unserer bisherigen fachlichen Diskussion schließen und wurde einhellig begeistert aufgenommen.

Protokollant Dr. D. Hochlenert, Köln