

Protokoll Workshop Netzwerke Diabetischer Fuß Siegburg 26. Und 27.9.2008

Austausch zur Situation:

Rheinland-Pfalz

Die AG Fuß Rheinland-Pfalz hat 2 Verträge mit verschiedenen Kassen abgeschlossen. Die Honorierung im Vertrag mit den Erstkassen über die KV ist ausreichend, die über die AOK nicht. Die Leidenschaft in der Versorgung der Menschen mit DFS wird den Ärzten, die in Regionen mit vielen AOK-Patienten leben, zur Falle. Die Kapazität dieser Ärzte reicht aber nicht, die Versorgung in der Fläche ist nicht gewährleistet.

KV: 58 Euro Erstkontakt, 42 Euro ab W3 in der Woche 1x, 33 Euro w1 und w2 ebenfalls 1x/Woche

AOK: 100 Euro 1x/Quartal ab w2+

Entwicklung stagniert derzeit aus Angst von 2009.

www.ade-rlp.de: Amputationsverhinderungsbogen: Hr. Rümenapf nachfragen, 2.-Meinung dadurch implementiert, Aussage „Bei AOK-Patienten wird eine Majoramputation erst nach Zweitmeinung Prof. Rümenapf bezahlt“ teilbestätigt.

Genossenschaft: Rabattvertrag für Medikation mit BKK in Ludwigshafen, Gelder an KK, Genossenschaft / Teststreifen in ganz Rheinland-Pfalz, Rückvergütung an Verordner

Bremen

Ärztetenetz findet sich

Essen

Wundvertrag in 2 KH und 1 chir. Praxis, wenig wahrgenommen, Luthermann als großes Sanitätshaus und Verbandmaterialienlieferant oft nicht akzeptiert

Chirurgen haben sehr viele Diabetiker im Klientel, Diabetologen können zusammen mit Chirurgen als Problemlöser aufgetreten und HÄ einbinden

Wundmanager treffen sich regelmäßig, abwechselnd in Krankenhäusern, Krankenhauswundmanager haben das gegründet, inzwischen viele auch andere, sehr engagiert.

Knappschafts-KH und Knappschaftsärzte in Prospernetz (Vollversorgung), netzkonforme Aufnahmezeit und netzkonforme Medikation, wird auch pos. bewertet

Hamburg

3 verschiedene Kassenverträge, noch wenig Erfahrung

Westphalen-Lippe

Bad Berleburg, Dr. Günther:

Pilotprojekt, Reha, Patienten, 4-5 Wochen

Reha-Klinik: kostengünstig, lange Liegedauer ohne so hohe Kosten

Kurzzeitpflege: mit kompetentem Pflegedienst zusammen möglich, aber schwierig
Win:

1. Langlieger kosten in Reha-klinik weniger
 2. fühlen sich besser („Kur“)
 3. in der Akutklinik werden Bette frei für neue Patienten
- Statt Begriff Reha: „Postakutklinik“

An Dialyse angeschlossen

Perspektivisch auch von ambulant angesteuert, „intermediate care“, wegen Geschwindigkeit kein Regelweg der Antragstellung

Brandenburg

In 2 Jahren 133 Patienten, 24% Wagner 3 und höher, 50% stationär aufgenommen. 1 einzige Majoramputation, wo 8 erwartet waren. Aus den 7 nicht durchgeführten Majoramputationen 168000 Euro. Durch vermiedene Minoramputationen ergeben sich zudem Einsparungen von 84520 Euro. Die Schwäche dieser Auswertung liegt laut Frau Ribbeck in der niedrigen Fallzahl. Dabei führt eine Majoramputation mehr oder weniger zu großen Veränderungen. Dennoch ist das Ergebnis insgesamt sicher sehr gut.

Köln-Leverkusen

Nach Qualitätsbericht 2006 mit Berechnung der Einsparung an Hand nicht durchgeführter Majoramputationen und stat. Aufenthalte von 4320 Euro wurden weitere Auswertungen aus Routinedaten der AOK und IKK durchgeführt. Diese sind durch die Risikoselektion schwierig, aber belastbarer. Eine eindeutige Berechnung der gesamten Einsparungen ist nicht möglich. Die medizinischen Ergebnisse mit reduzierter Majoramputation, reduzierter Letalität, reduzierter vollstationärer Pflege, reduzierten AU-Zeiten sind aber unstrittig, ebenso, dass es insgesamt zu Einsparungen gekommen ist.

Es ist geplant, dass alle Gruppen von Ärzten in NO, die eine solche Struktur anbieten, den Vertrag wie in Köln-Leverkusen erhalten. Ebenso ist die Integration der chron. Wunde in ihrer Gesamtheit vorgesehen.

Benchmarking der Netze

Das Benchmarking der Netze zeigt Unterschiede in der Versorgung in den Regionen und zeigt auf, an welchen Punkten nachgearbeitet werden könnte. Das Benchmarking zeigt nur Unterschiede auf, diese müssen dann von den Beteiligten vor Ort erklärt und evtl. angegangen werden.

Beispielhaft wurden die frühe Einbindung von Patienten im Wagnersatium 0 und die Einbindung auch von Diabetikern mit führender pAVK besprochen.

Erfahrungen der BARMER

Herr Bierwagen und Herr Schmitt stellen die Situation in 2009 sowie die Erfahrungen der BARMER mit dem Essener Wundnetz und dem Pilotprojekt „chronische Wunde“ dar. Insgesamt ist die Qualität der Versorgung innerhalb der Projekte nicht Gegenstand von Kritik, sondern die fehlende verbindliche Kooperation der beteiligten Leistungserbringer. Ein weitere Voraussetzung für ein erfolgreiches Wundmanagement ist die Entwicklung praktikabler Ansätze zur Evaluierung der Ziele, vor Vertragsstart.

Delegation/Substitution ärztlicher Leistung

Dr. Engels stellt die Möglichkeiten und Grenzen sowohl seitens der Gesetzeslage, als auch seitens der Praktikabilität im Alltag dar. Er erprobt seit Jahresanfang das Tandem-Konzept der Zusammenarbeit, das er darstellt.

Der nächste Workshop findet am 4. und 5. September 2009, wieder von 13.00 bis 13.00 Uhr ebenfalls in Siegburg statt.