

Leserbrief zum CME-Beitrag „Netzhautkomplikationen bei Diabetes mellitus – mehr Erfolg durch Interdisziplinarität“ von Dr. med. Marvin Lucas Biller, Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Kohnen et al. im HÄBL 03/2024, S. 150ff

„Das Screening auf diabetische Retinopathie funktioniert nicht“

Im oben genannten Artikel weisen die Autoren zurecht darauf hin, dass Patienten mit Diabetes mellitus interdisziplinär ärztlich betreut werden müssen. Erforderlich sind regelmäßige augenärztliche Kontrollen und eine stadiengerechte Diagnostik und Therapie.

Als niedergelassener Diabetologe möchte ich auf ein gravierendes Problem hinweisen, auf das die Autoren nicht eingehen: Das Screening auf diabetische Retinopathie funktioniert nicht, zumindest nicht in Frankfurt. Das mussten wir am Beispiel einer Kohorte von 265 gesetzlich versicherten Patienten feststellen (siehe Exp Clin Endocrinol Diabetes 2023;131:182–186):

- Das von der Diabetes-Schwerpunktpraxis eingeleitete Screening auf diabetische Retinopathie wurde bei weniger als 50 % der Patienten abgeschlossen, obwohl dem Augenarzt ein vollständig ausgefüllter NVL-Überleitungsbogen vorgelegt wurde.
- Ein Viertel der untersuchten Patienten leisteten eine Zuzahlung von über 60 Euro, obwohl der Augenarztpraxis ein gültiger Überweisungsschein vorgelegt wurde.

Nach Präsentation und Publikation dieser Arbeit wurde festgestellt, dass dieses Problem in vielen anderen Regionen ähnlich anzutreffen ist. Patienten werden regelmäßig genötigt, Untersuchungen vorneh-

men zu lassen, die sie nicht brauchen und nicht wollen. Das eigentliche Screening auf diabetische Retinopathie scheint dabei unterzugehen, ein Befund wird nicht erstellt. In einem besonders schwerwiegenden Fall hat eine meiner Patientinnen verschiedene Untersuchungen für insgesamt 230 Euro machen lassen. Zuvor sei sie vom Augenarzt gefragt worden: „Wollen Sie etwa blind werden?“ Sie erhält eine Rente von 670 Euro/Monat.

Dr. med. Bernardo Mertes

Facharzt für Innere Medizin,
Diabetologe DDG/LÄK, Leiter CCB Diabetes Centrum Bethanien, Belegarzt am Agaplesion Krankenhaus Bethanien

Antwort der Autoren

Sehr geehrter Herr Dr. Mertes, in Ihrem Leserbrief weisen Sie mit Verweis auf die unter Ihrer Mitwirkung entstandene Studie zurecht darauf hin, dass die augenärztliche Vorsorge bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes noch immer unzureichend ist.

Im Rahmen der im Frankfurter Raum durchgeführten Studie mit 265 gesetzlich versicherten und an Diabetes erkrankten Teilnehmenden konnte zusammenfassend gezeigt werden, dass ein leitliniengerechtes augenärztliches Screening (einschließlich ärztlicher Untersuchung mit Funduskopie und schriftlicher Berichterstattung an den Zuweiser) nur in 46 % der Fälle erfolgte. Eine Funduskopie (mit oder ohne Bericht) erfolgte bei 72 % der Teilnehmenden. Bei etwa 28 % aller Eingeschlossenen fand trotz Aufklärung über die Wichtigkeit der augenärztlichen Vorsorge und daraufhin erfolgter formell korrekter Zuweisung im darauffolgenden Sechsmonatszeitraum keine augenärztliche Vorstellung statt. Insgesamt veranschaulichen diese Zahlen den hohen Nachholbedarf in der Etablierung einer

flächendeckenden qualitativen augenärztlichen Vorsorge bei Diabeteskranken, den wir mit unserem CME-Fortbildungsartikel ebenfalls primär adressieren wollen (vgl. HÄBL 03/2024).

Wie Sie in Ihrer Publikation beschreiben, sind mögliche Gründe für die Defizite mannigfaltig: Trotz einer guten Aufklärung über die Wichtigkeit der Vorsorge erfolgte diese im Verlauf zu selten, was einerseits (wie von Ihnen beschrieben) an der Unterschätzung der möglichen Konsequenzen für die Sehkraft durch die Betroffenen liegen kann, andererseits jedoch deutlich häufiger durch die Hürden der augenärztlichen Terminvergabe bedingt ist. Letztere ergeben sich vor allem durch wiederholte Zurückweisungen (oftmals begründet durch ein erhöhtes Patientenauftreten) und, sofern eine Terminvergabe möglich ist, lange Wartezeiten.

Ihrer Arbeit ist zu entnehmen, dass 85 % aller Teilnehmenden der Studie in augenärztlichen Praxen vorstellig wurden, was die Wichtigkeit des ambulanten Sektors bei der augenärztlichen Diabetesvorsorge unterstreicht. Um die Terminvergabe zu

erleichtern, sollte (auch angesichts der zu erwartenden demografischen Entwicklungen) eine Ausweitung der ambulanten Kapazitäten erwogen werden.

Gleichzeitig sollten die ambulant und in den Kliniken tätigen Kollegen durch Optimierung ihrer Betriebsabläufe und Etablierung von Spezialsprechstunden eine möglichst hohe Kapazität für derartige Patientenkollektive anstreben, was jedoch in den vielen Fällen bereits geschieht. Eine schriftliche Rückmeldung in Form eines Befundes an den Zuweiser ist, wie in unserem Artikel beschrieben, eine zentrale Säule der interdisziplinären Zusammenarbeit und sollte immer erfolgen. Möglicherweise kann hier auch seitens des Zuweisers eine schriftliche Erinnerung (in Form eines standardisierten Bogens) an den Patienten mitgegeben werden, um die Rate an Befundausstellungen zu erhöhen. Auf augenärztlichen Fortbildungen und Kongressen sollte die Wichtigkeit des (schriftlichen!) interdisziplinären Austauschs, der durch die einschlägigen Fachgesellschaften ebenfalls betont wird, weiterhin und zukünftig noch stärker betont werden.

Sie sprechen in Ihrem Leserbrief auch an, dass etwa 25 % der Studienteilnehmenden eine Zuzahlung im Rahmen ihrer augenärztlichen Vorstellung geleistet haben. Dazu ist prinzipiell zu sagen, dass jeder versicherten Person eine adäquate augenärztliche Vorsorge im Rahmen ihrer Diabeteserkrankung zusteht. Eine Spaltlampenuntersuchung mit Funduskopie ist dabei durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt und in den meisten Fällen ausreichend, um typische diabetische Veränderungen (z. B. eine Rubeosis iridis oder Netzhautveränderungen) zu erkennen.

Da die Sehorgane jedoch verschiedene altersbedingte Veränderungen durchlaufen, liegen bei Patienten mit Diabetes in vielen Fällen augenärztliche Komorbiditäten vor, die bei der Screeninguntersuchung auffallen und eine weitergehende Diagnostik sinnvoll erscheinen lassen können. An dieser Stelle ist es für die behandelnden Augenärzte sehr wichtig, derartige Veränderungen vor dem Patien-

ten klar und scharf von typischen Diabetesveränderungen abzugrenzen, damit keine Verwirrung bezüglich der Notwendigkeit dieser Untersuchungen im Rahmen der Diabetesvorsorge aufkommt. Leider wird eine derartige klare Abgrenzung jedoch nicht allen (teils komplexen) ophthalmologischen Krankheitsbildern gerecht. In Einzelfällen kann eine weiterführende apparative Diagnostik (wie eine OCT-Bildgebung, die zumeist nicht von der Krankenkasse übernommen wird) auch im Rahmen der augenärztlichen Diabetesvorsorge sinnvoll sein, um bestimmte Veränderungen (wie z. B. die Intensität eines Makulaödems) oder zeitliche Veränderungen im Verlauf genauer und präziser beurteilen zu können. Solche Fälle sollten jedoch sehr streng abgewogen und nur im klaren Bedarfsfall seitens des Augenarztes auch konkret empfohlen werden. Dabei sollte der potenzielle Mehrwert klar geschildert und kontextualisiert werden. In keinem Fall sollten Patienten Untersuchungen erhalten, die keinen oder

einen im jeweiligen Zusammenhang unverhältnismäßig geringen Mehrwert bieten. Auch das Ausüben von Druck auf den Patienten sollte selbstverständlich vermieden werden! Im Zweifel handelt es sich beim Diabetes-Screening zumeist nicht um einen Notfall, weshalb das Einholen einer Zweitmeinung vor Durchführung von weiteren Untersuchungen sinnvoll sein kann.

Insgesamt sind weiterhin große interdisziplinäre Herausforderungen vonnöten, um die Qualität und Flächendeckung des augenärztlichen Diabetescreening zu verbessern. Augenärztliche und internistische Kollegen sind genau wie die Politik angehalten, sich des bekannten Problems zeitnah und mit hoher Priorisierung anzunehmen.

Dr. med. Marvin Lucas Biller
Dr. med. univ. Klemens Paul Kaiser
Dr. med. Elena Plawetzki
Dr. med. Julian Bucur
Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Kohnen

Leserbrief zum Editorial von Dr. med. Edgar Pinkowski und Co-Editorial von Dr. med. Wolf Andreas Fach, HÄBL 11/2024

Gedanken nach 45 Berufsjahren

Ich zolle denen Respekt, die sich für die Ärzteparlamente aufstellen lassen und wertvolle Zeit dafür aufbringen. Sie müssen weiter den Spagat zwischen Interessensvertretung der KollegInnen und auch der PatientInnen aushalten. Der Präsident der Landesärztekammer Hessen Dr. med. Edgar Pinkowski, dessen Arbeit gegen die Windmühlen der Umstände sehr zu würdigen ist, bezieht als Vertreter der Ärzteschaft wiederholt Stellung. Genauso wie auch Kollege Dr. med. Wolf Andreas Fach die derzeitige Zerreißprobe zutreffend beschreibt.

Der Begriff Teamgeist im Sinne eines kollegialen Miteinanders der ärztlichen Berufsausübung in Kliniken und Praxen stammt aus einer früheren Welt mit anderen als den derzeitigen Werten. Eine „verfasste Krankenkassenlobby“ mit all den Versprechungen den (meist unwisenden, ggf. auch gleichgültigen) Versicherten gegenüber und den gesetzlich abgesetzten Forderungen und Zwangs-

maßnahmen gegenüber uns „Leistungserbringern“ (da kann es schon gar keinen Teamgeist mehr per Definition geben) behält als immer noch bestehender Wasserkopf aus noch derzeit über 90 Krankenkassen (1990 waren es noch über 1.100) die Oberhoheit – auch mit Hinweisen auf den sog. Sicherstellungsauftrag und den Appell an das ärztliche Ethos. Was regelmäßig folgt, sind Anstrengungen zur Beschwichtigung eines wieder neu erkannten Problems, in der Regel für irgendeine Arztgruppe nicht von Vorteil. Bemerken wir nicht das Aufeinanderprallen dieser verschiedenen Welten?

Dringend notwendige wirtschaftliche Planungssicherheit ärztlicher Tätigkeit in niedergelassener Praxis oder im Krankenhaus darf sich nicht an Gewinnsucht gewisser Medizinkonzerne oder außerärztlicher „Player“ orientieren. Das Schwungrad dreht sich ungebremst jeglicher Erkenntnisse in eine Zukunft, die von politischer und gesellschaftlicher Seite, aber auch von

philosophischer und ethischer Seite zum zwingenden Umdenken hinsichtlich einer Teambildung schreit. Die heutigen „Machtstrukturen“ sind offenkundig. Die Hilflosigkeit – die von den meisten so empfundene – muss einem neuen WIR im empathischen Sinne Platz machen, was es gesellschaftlich neu zu definieren gilt. Da können wir von den Strukturen humanitärer Projekte (Rotes Kreuz, Malteser, Johanniter, Ärzte ohne Grenzen) vielleicht etwas lernen. NGOs, die orientiert an „alten“ Werten Menschlichkeit in die Zukunft retten – und das fängt in der Basisarbeit an mit vielen kleinen Projekten miteinander. Vielleicht wäre die verpflichtende Wiedereinführung eines einjährigen sozialen Dienstes ein Schritt in die richtige Richtung – ein Schritt, der von Politikern leise angesprochen wird, aber schnell wegen äußeren Gründen infrage gestellt wird.. Hier wünsche ich mir Mut in Planung und Durchhaltevermögen auf lange Frist.

Dr. med. Peter C. Rainer, Fulda