

Kommentar zur Nationalen Versorgungsleitlinie „Netzhautkomplikationen“ – Möglichkeiten und Grenzen

Comment on Chances and Limitations of the National Disease Management Guideline „Retinal Complications in Diabetes“

Günther Egidi

Zusammenfassung: In die neue Version der Nationalen Versorgungsleitlinie „Prävention und Therapie von Netzhautkomplikationen bei Diabetes“ wurde eine für Hausärzte wesentliche Veränderung mit der Empfehlung zu den Intervallen zwischen zwei Funduskopien vorgenommen: Bei Patienten mit „bekannt niedrigem Risiko für eine Netzhautkomplikation“ wird ein Intervall von zwei Jahren empfohlen. Es gilt nun, diese interdisziplinäre Abmachung in der Versorgung mit Leben zu füllen und entsprechend wissenschaftlich zu evaluieren.

Schlüsselwörter: Nationale Versorgungsleitlinie; diabetische Retinopathie; Augenärzte; Funduskopie; Schnittstelle

Summary: As part of the new version of the German national disease management guideline on diabetic retinopathy the retinal screening interval employing funduscopy was prolonged to 2 years in patients not on higher risk. This is a relevant change for care of diabetic patients by family doctors. It is now essential to integrate this interdisciplinary agreement in daily care and to evaluate it by research.

Keywords: National Disease Management Guideline on diabetes; diabetic retinopathy; ophthalmologists; screening; interface

Seit Beginn des 21. Jahrhunderts werden in Deutschland Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) unter Leitung des Ärztlichen Zentrums für Qualität (ÄZQ) erarbeitet. In diesen NVL sollten alle relevanten Versorgergruppen, Spezialisten und Hausärzte, Vertreter aus Kliniken und Reha-Einrichtungen vertreten sein. Beratend, wenn auch ohne Stimmrecht, sind zudem Patienten beteiligt. Ziel der NVL ist, ein abgestimmtes Vorgehen vorzugeben; unter Beachtung der jeweiligen Versorgungsebene von Spezialisten und Generalisten.

Damit dieses Konzept bei der Umsetzung der NVL „Netzhautkomplikationen bei Diabetes“ kein frommer Wunsch bleibt, sind im Falle der neu empfohlenen differenzierenden Screening-Intervalle bestimmte Vorausset-

zungen erforderlich: Die Kooperation von Hausärzten und Augenärzten muss mittels des in der NVL vorgeschlagenen Dokumentationsbogens verbessert werden. Denn ohne gegenseitige Information zu den Risiken eines Patienten kann das differenzierte Vorgehen entsprechend dem Risiko des Patienten nicht funktionieren.

Hier sollten die **Hausärzte** immer dann, wenn diese Kommunikation bisher nicht funktioniert, von sich aus aktiv werden und jedem Patienten mit Diabetes bei der Überweisung zum Augenarzt den in der NVL vorgelegten hausärztlichen Dokumentationsbogen mitgeben. Leider konnte dieser, weil die Aktualisierungsarbeiten schon zu weit fortgeschritten waren, nicht mehr zum obligatorischen Bestandteil des DMP

Diabetes gemacht werden. Aber die Empfehlungen zu den Intervallen zwischen zwei Funduskopien wurden ins DMP übernommen.

Eine weitere Möglichkeit dafür, die neuen Empfehlungen in der Realität der Versorgung umzusetzen, besteht darin, dass hausärztliche Qualitätszirkel die Augenärzte aus ihrer Nachbarschaft einladen und das gemeinsame Vorgehen abzusprechen. Dann könnte beispielsweise auf Ebene eines KV-Bezirktes evaluiert werden, wie sich die Abläufe gestalten. Im großen DMP-Bericht Nordrhein könnte zumindest auf Ebene einer Registerstudie nachverfolgt werden, ob sich etwas an Inzidenz und Verlauf der Retinopathie ändert. Zuvor gilt es, wie auch im Artikel von Til Uebel verdeutlicht, den Hausärzten die mögliche Ver-

Dr. med. Günther Egidi ...

... Arzt für Allgemeinmedizin, seit 1999 in hausärztlicher Gemeinschaftspraxis in Bremen niedergelassen; Sprecher der Sektion Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).

längerung des Funduskopie-Intervalls als wesentliche Neuerung der NVL Retinopathie näher zu bringen.

Was ist vonseiten der **Augenärzte** zu dieser Kooperation zu erwarten? Aktuell machen Hausärzte die Erfahrung, dass es Monate dauert, bis ihre Patienten beim Augenarzt einen Termin zur Funduskopie bekommen, wenn dieser aufgrund der Risikostruktur eines Patienten notwendig erscheint. Andererseits zeigt ein kleiner Survey im allgemeinmedizinischen Listserver [1], dass offensichtlich nicht wenige Patienten von den Augenärzten eher engmaschig wieder einbestellt werden, obwohl es aus internistisch-hausärztlicher Sicht und aufgrund des augenärztlichen Vorbefunds dafür keinen Grund gibt.

Möglicherweise spielen dabei wirtschaftliche Überlegungen einiger Augen-

ärzte eine Rolle, individuelle Gesundheitsleistungen wie die Augendruckmessung anzubieten. Nicht selten wird die erste Funduskopie, wenn überhaupt, in Miosis durchgeführt, dann eine Tonometrie, um zu klären, ob der Augendruck eine Pupillenerweiterung erlaubt – und erst im dritten Anlauf findet dann die eigentlich auf der hausärztlichen oder diabetologischen Überweisung erbetene Funduskopie in Mydriasis statt. Dies ist fatal, wenn man bedenkt, dass Diabetes-Patienten oft schwer zum Gang zum Augenarzt zu motivieren sind, nicht selten, weil es ihnen zu lange dauert, bis sie dort einen Termin bekommen.

Was hat zu der Veränderung des empfohlenen Screening-Intervalls im Falle, dass kein erhöhtes Risiko für Schäden am Auge vorliegt, geführt? Seit der ersten Auflage der NVL Retinopathie

sind etliche Studien erschienen, die alle nahelegen, bei Patienten mit guter Stoffwechselkontrolle und unauffälligem Vorbefund gefahrlos das Funduskopie-Intervall zu verlängern [2–13]. Die schwedische Leitlinie zur diabetischen Retinopathie empfiehlt sogar ein 3-Jahres-Intervall [14].

Interessenkonflikte: G.E gibt an, im Frühjahr 2013 ein Honorar vom Profil-Institut für die Teilnahme an einem Experten-Workshop zum Thema „Patienten-Relevanz von Endpunkten in der Diabetes-Therapie“ erhalten zu haben. Von der AOK Bremen hat er im Sommer 2006 ein Honorar für ein Vortragsmodul zu umsatzstarken Medikamenten angenommen. Außerdem erhält er eine extrabudgetäre Honorierung für die Betreuung von Patienten mit Typ-2-Diabetes im DMP.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Günther Egidi
Arzt für Allgemeinmedizin
Huchtinger Heerstraße 24
28259 Bremen
Tel.: 0421 9888280
guenther.egidi@posteo.de

Literatur

- Unveröffentlichte Daten, Rückmeldungen von 25 Teilnehmern an allgemeinmedizinischen Listserver
- Younis N, Broadbent DM, Vora JP, Harding SP. Incidence of sight-threatening retinopathy in patients with type 2 diabetes in the Liverpool Diabetic Eye Study: a cohort study. *Lancet* 2003; 361: 195–200
- Jones CD, Greenwood RH, Misra A, Bahmann MO. Incidence and progression of diabetic retinopathy during 17 years of a population-based screening program in England. *Diab Care* 2012; 35: 592–596
- Misra A, Bachmann MO, Greenwood RH, et al. Trends in yield and effects of screening intervals during 17 years of a large UK community-based diabetic retinopathy screening programme. *Diab Med* 2009; 26: 1040–7
- Forster AS, Forbes A, Dothia H, et al. Changes in detection of retinopathy in type 2 diabetes in the first 4 years of a population-based diabetic eye screening program. *Diab Care* 2013; 36: 2663–9
- Looker HC, Nyangoma SO, Cromie DT, et al. Predicted impact of extending the screening interval for diabetic retinopathy: the Scottish Diabetic Retinopathy Screening programme. *Diabetologia* 2013; 56: 1716–25
- Thomas RL, Dunstan F, Luzio SD, et al. Incidence of diabetic retinopathy in people with type 2 diabetes mellitus attending the Diabetic Retinopathy Screening Service for Wales: retrospective analysis. *BMJ* 2012; 344: e874
- Porta M, Maurino M, Severini S, et al. Clinical characteristics influence screening intervals for diabetic retinopathy. *Diabetologia* 2013; 56: 2147–52
- Soto-Pedre E, Hernandez-Ortega MC, Vázquez JA. Six-year retrospective follow-up study of safe screening intervals for sight-threatening retinopathy in patients with diabetes mellitus. *J Diabetes Sci Technol* 2009; 3: 812–8
- Agardh E, Tababat-Khani P. Adopting 3-year screening intervals for sight-threatening retinal vascular lesions in type 2 diabetic subjects without retinopathy. *Diab Care* 2011; 34: 1318–9
- Chalk D, Pitt M, Vaidya B, Stein K. Can the retinal screening interval be safely increased to 2 years for type 2 diabetic patients without retinopathy? *Diab Care* 2012; 35: 1663–8
- Aspelund T, Þórisdóttir Ó, Ólafsdóttir E, et al. Individual risk assessment and information technology to optimise screening frequency for diabetic retinopathy. *Diabetologia* 2011; 54: 2525–32
- Echouffo-Tcheugui JB, Ali MK, Roglic G, Hayward RA, Narayan KM. Screening intervals for diabetic retinopathy and incidence of visual loss: a systematic review. *Diab Med* 2013; 30: 1272–92
- www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19803/2015-4-12.pdf (letzter Zugriff am 07.04.2016)