

Versorgungsqualität bei Gestationsdiabetes in Deutschland

Matthias Kaltheuner
DDG Tagung 2019

„Schwangerschaftsverlauf bei Diabetikerinnen ähnlich wie bei Nichtdiabetikerinnen“ St. Vincent Deklaration 1989

Qualität in den verschiedenen Ebenen

Individuelle Behandlung – interinstitutionell – Strukturen -
Controlling

Agenda

- Inzidenz des GDM, um wie viele Frauen geht es?
- Strukturen und Prozesse der Versorgung, wer versorgt?
- Vertragsrealität
- Ergebnisse Beyerlein, GestDiab, IQTIG, unser IQTIG Antrag,
- Fazit

Inzidenz des GDM

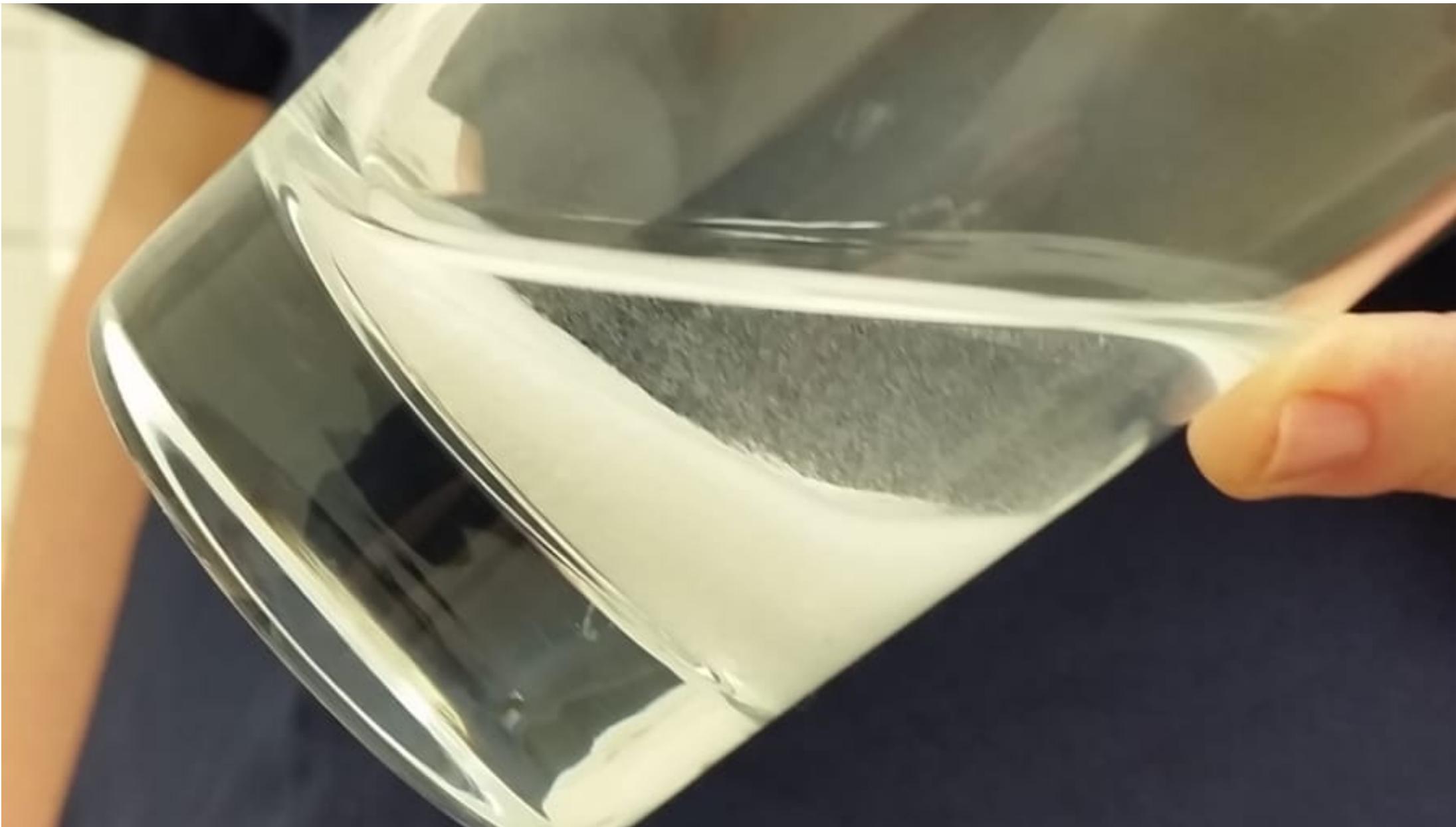
um wie viele Fälle handelt es sich?

- IQTIG 2017: 761481 Entbindungen
 - GDM bei 5,9% der Entbindungen = ca. 45.000 Fälle
- Melchior et al. 2018
 - GDM bei 13,2% der Schwangerschaften = ca. 100.000 Fälle
- KVNo 2017/18
 - 10,96% GDM Behandlungsfälle in DSPen bez. auf Lebendgeborene
 - Es fehlen die PKV Fälle, + 5-10% =11,5-12,1%
 - Es fehlen Fälle mit Behandlung außerhalb der DSPen
 - Eine Publikation ist in Arbeit
- Wir gehen in der GestDiab AG von ca. 12-13% aus

Strukturen und Prozesse zur Diagnostik und Behandlung

Die Diagnostik erfolgt vermutlich weitgehend in gynäkologischen und diabetologischen Praxen

- Grundsätzlich stehen hochwertige Verfahren zur Verfügung
- Der GCT verpasst 30% der Nüchternglukoseerhöhungen
- Die Instruktionen zum und die Handhabung des oGTT müssen den Standards entsprechen
- Bei POCT Messungen ist eine interne und externe Qualitätssicherung nötig
- Bei Versand der Blutproben müssen mehrfachgepufferte Medien mit Natriumfluorid und Citratpuffer zur Glykolysehemmung benutzt werden
- Die Herstellung von Glukoselösungen vor Ort kann zu Qualitätsverlusten führen





Strukturen und Prozesse zur Diagnostik und Behandlung

Die Diagnostik erfolgt vermutlich weitgehend in gynäkologischen und diabetologischen Praxen

- Grundsätzlich stehen hochwertige Verfahren zur Verfügung
- Die Instruktionen zum und die Handhabung des oGTT müssen den Standard entsprechen
- Bei POCT Messungen ist eine interne und externe Qualitätssicherung nötig
- Bei Versand der Blutproben müssen mehrfachgepufferte Medien benutzt werden
- Die Verwendung von Glukoselösungen vor Ort kann zu Qualitätsverlusten führen
- Die Interpretation der Ergebnisse erfordert spezifische Kenntnisse und Erfahrung

Die Qualität dieser Strukturen und Prozesse liegt in der Verantwortung der jeweiligen Institution. Daten liegen mir nicht vor.

Wie hoch ist die Testquote?

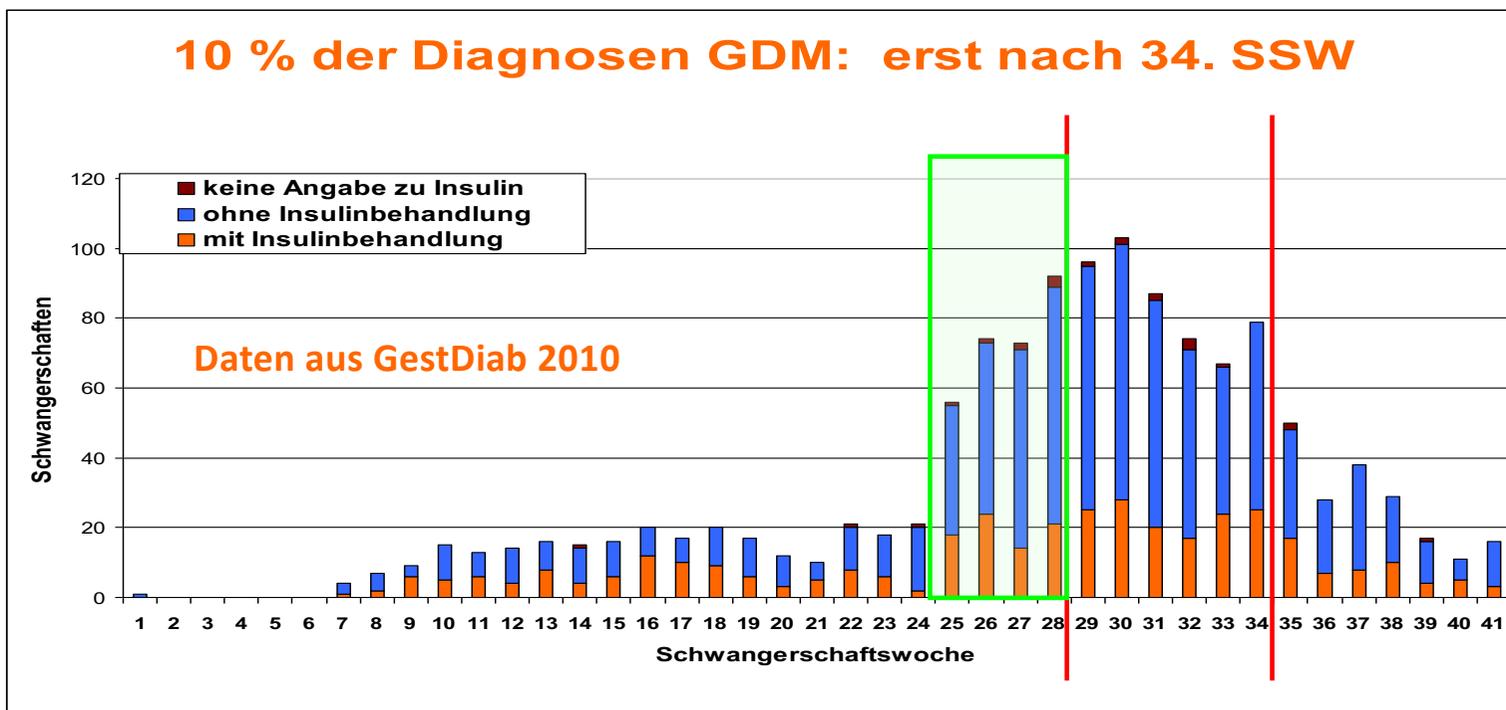
Melchior et al.:

- 80,8% der Schwangeren wurden getestet
 - 63,3% nur GCT (GOZ 01776)
 - 12,7% zusätzlich ein oGTT (GOZ 01777)
- Die Zählung der Abrechnungsziffern 01776 und 01777 ist problematisch, da nur zw. 24.+0 und 27.+6 SSW abrechenbar.

Erfolgt die Testung auf GDM zum richtigen Zeitpunkt?

- Risikopatientinnen sollen im ersten Trimenon getestet werden.
- Eine zu späte Testung nach der 28. SSW verpasst den Einfluss auf die Gewichtsentwicklung
- Ca. 30% der GestDiab Teilnehmerinnen mit GDM hatten keine Risikofaktoren

10 % der Diagnosen GDM: erst nach 34. SSW



Diagnosekorridor	Frühschwangerschaft	SSW 24+0 bis 27+6	SSW 28+0 bis 33+6	Nach SSW 34+0 als ein Zeitraum, in der die Therapie kaum noch etwas erreichen kann
2016-2018	20%	49%	27%	3%
2013-2015	21%	39%	33%	7%
2010-2012	23%	30%	36%	11%
davor	24%	28%	37%	11%

Behandlung des GDM

- Erfolgt vermutlich überwiegend in DSPen
- Diätetisch, Bewegung, mit Insulin, nur sehr ausnahmsweise mit Metformin
 - Aufklärung
 - Diätetische Beratung
 - Blutglukosemessung
 - Begleitung
 - Insulinindikationsstellung
 - Einleitung der Insulintherapie
 - Kommunikation Gyn - DSP
- Die Insulinbehandlungsquote soll nach DDG LL 2018 20-30% betragen.
 - GestDiab 2017: 29%
 - Ist dies ein Qualitätskriterium?
- Wir wissen nicht wie hoch der Behandlungsanteil außerhalb der DSPen ist.
 - Entbindungsabteilungen berichten von einem sehr geringen Anteil.

Vertragssituation

- Nach den GestDiab Daten sind 7-8 Kontakte pro Schwangerschaft nötig. Diese und die nötige Schulung sind durch den EBM nicht abgedeckt.
- Nach Daten des BVND liegen nicht in allen KVen DMP Module für die GDM Behandlung vor. Das Honorar ist sehr unterschiedlich.
- Die Vertragssituation ist also sehr inhomogen.
- Die postpartale Testung ist relativ aufwendig und erfordert mehr Beratung als honoriert wird.
- Eine Schwerpunktbildung hat eine ökonomische Dimension.

Ergebnisse

- Unbehandelter GDM führt zu häufigeren Komplikationen
- Die Behandlung senkt die Komplikationsquote (Studien: ACHOIS, Mild-GDM)
- Die Qualitätssicherung Geburtshilfe des IQTIG fragt nach präkonzeptionellem Diabetes und GDM, korreliert die Zustände aber nicht mit Prozessen und Ergebnissen
- winDiab hat im August 2018 einen Antrag auf sekundäre Datenverwertung gestellt, um diese Fragen für ganz Deutschland beantwortet zu bekommen
- Beyerlein et al. haben die bayerische Regionalauswertung analysiert

Publikation von Beyerlein et al. 2018

Table 1 Prevalences and crude odds ratios (OR) with 95% CI of adverse pregnancy outcome in deliveries of mothers with pre-gestational / gestational diabetes vs. no diabetes (reference) in Bavarian hospitals, 2001–2007 and 2008–2016

Outcome	Mothers not affected with diabetes		Mothers with pre-gestational diabetes		Mothers with gestational diabetes		OR pre-gestational diabetes [95% CI]		OR gestational diabetes [95% CI]	
	2001–2007 (n =725 767)	2008–2016 (n =931 388)	2001–2007 (n =3348)	2008–2016 (n =7130)	2001–2007 (n =11 472)	2008–2016 (n =37 065)	2001–2007	2008–2016	2001–2007	2008–2016
Stillbirths	0.35% (n =2541)	0.30% (n =2790)	0.66% (n =22)	0.55% (n =39)	0.34% (n =39)	0.26% (n =98)	1.88 [1.24, 2.87]	1.83 [1.33, 2.51]	0.97 [0.71, 1.33]	0.88 [0.72, 1.08]
Early neonatal deaths	0.16% (n =1,176)	0.13% (n =1,224)	0.15% (n =5)	0.24% (n =17)	0.13% (n =15)	0.08% (n =29)	0.92 [0.38, 2.22]	1.82 [1.12, 2.93]	0.81 [0.49, 1.34]	0.60 [0.41, 0.86]
Preterm delivery (<37 weeks)	8.68% (n =62 999)	8.62% (n =80 305)	17.59% (n =589)	16.10% (n =1148)	12.06% (n =1384)	11.04% (n =4092)	2.25 [2.05, 2.46]	2.03 [1.91, 2.17]	1.44 [1.36, 1.53]	1.32 [1.27, 1.36]
Malformations	1.54% (n =11 173)	1.29% (n =12 046)	2.60% (n =87)	1.91% (n =136)	2.34% (n =268)	1.64% (n =607)	1.71 [1.38, 2.11]	1.48 [1.25, 1.76]	1.53 [1.35, 1.73]	1.27 [1.17, 1.38]
Large for gestational age	8.69% (n = 63 047)	8.38% (n =78 022)	24.25% (n =812)	23.42% (n =1670)	16.99% (n =1949)	13.26% (n =4916)	3.37 [3.11, 3.65]	3.35 [3.17, 3.54]	2.15 [2.05, 2.26]	1.67 [1.62, 1.73]
Low Apgar score at 5 min (<7)	1.04% (n =7513)	1.18% (n =11 011)	1.97% (n =66)	2.24% (n =160)	1.50% (n =172)	1.38% (n =510)	1.92 [1.51, 2.46]	1.92 [1.64, 2.25]	1.46 [1.25, 1.70]	1.17 [1.07, 1.28]
Low umbilical cord pH (<7.1)	1.79% (n =13 006)	1.72% (n =16 047)	3.17% (n =106)	2.96% (n =211)	2.05% (n =235)	1.91% (n =707)	1.79 [1.48, 2.18]	1.69 [1.34, 2.13]	1.15 [1.01, 1.31]	1.11 [1.03, 1.20]

„No significant improvement appears to have taken place in the management of pregnant women with pre-gestational diabetes during the last decade, while the rates of several adverse perinatal outcomes were markedly reduced in pregnant women with gestational diabetes.“

GestDiab Feedback -bericht

Feedback-Bogen für Praxis:

Version vom : 21.11.2018

Alle Prozentangaben beziehen sich auf die Fallzahl mit Daten dazu.

Ihre Praxis hat im Jahr 2017

Insgesamt (alle Praxen) wurden

Die wichtigsten Zahlen aus Ihrer Praxis:

Anteil Diagnosen GDM, die nach der 34. SSW gestellt wurden:

Insulinbehandlungsquote:

Anteil Postpartaler OGTT (ohne Pat.mit manif.Diab.):

Anteil mit vorliegenden Entbindungsberichten: (nur Einlinge)

davon Anteil Entbindung durch Sectio: (nur Einlinge)

Large for gestational age (LGA)

Small for gestational age (SGA)

1028

201

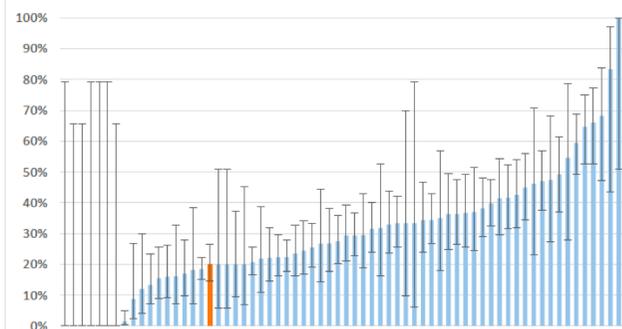
Schwangerschaften mit GDM dokumentiert.

5466

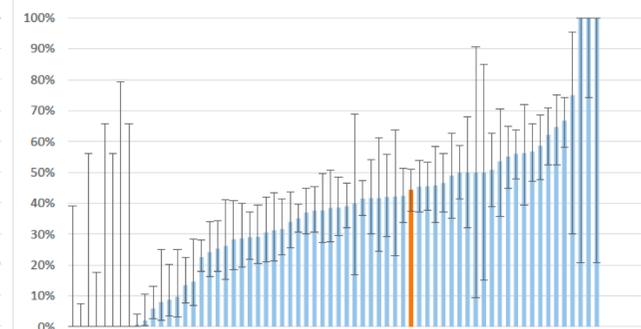
Schwangerschaften mit GDM dokumentiert.

Ihre Praxis		alle Praxen	
n	%	n	%
9	4,5%	171	3,1%
33	19,9%	1355	28,8%
86	44,1%	1922	37,1%
130	67,0%	3141	59,6%
51	39,8%	1029	35,3%
19	14,2%	436	14,6%
11	8,2%	239	8,0%

Insulinquote der Praxen
(mit 95%-Konfidenzintervall)



Quote postpartaler OGTT
(mit 95%-Konfidenzintervall)



GestDiab - Ergebnisqualität

- Die Ergebnisse weichen bei GDM nicht sehr von der Qualitätssicherung Geburtshilfe ab
- Die Datenqualität ist aber nicht ausreichend für eine ausreichend sichere Aussage.

Ergebnisse

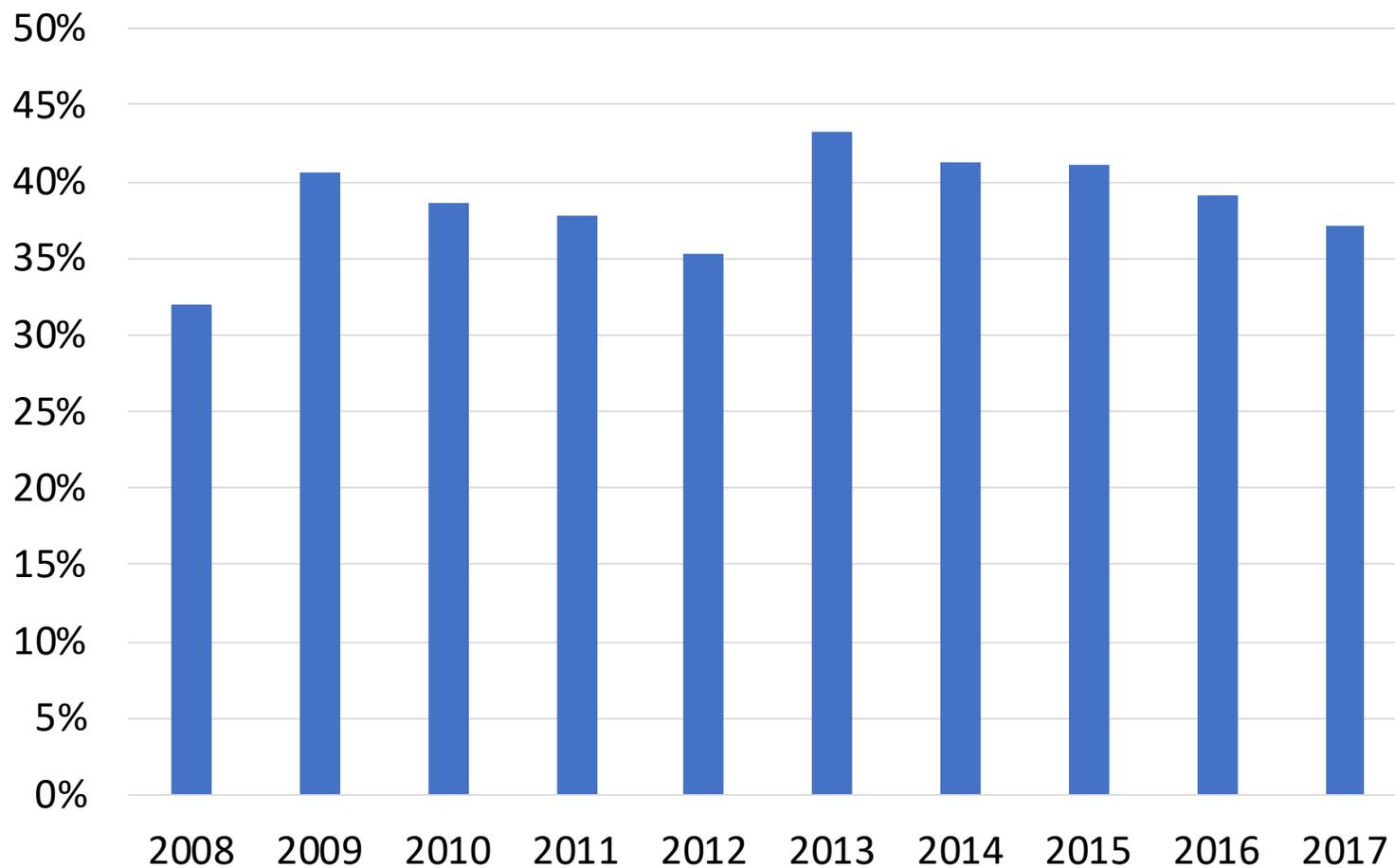
GestDiab 2015

Gestdiab 2015	GDM		Typ 1		Typ 2		Perinatalstatistik
Entbindungsdaten	n	in %	n	in %	n	in %	IQTIG 2015
n=	3684		92		103		714691
Mehrlingsschwangerschaften	84	2,3%	0	0,0%	2	1,9%	3,8%
Einlingsschwangerschaften insgesamt	3544		87		97		96,20%
Entbindungsbericht der Einlingsschwangerschaften liegt vor bei	2402	68%	75	82%	82	79,6%	
Spontangeburt/vaginale Geburt	1274	57,1%	15	20,0%	30	36,6%	60,78%
Einleitung der Geburt	618	27,7%	32	42,7%	20	24,4%	
Sectio caesarea	837	37,5%	38	50,7%	38	46,3%	32,23%
davon Sekundäre Sectio c. nach Einleitung	238	28,4%	20	52,6%	8	9,8%	
Vaginal operative Entbindung	120	5,4%	4	5,3%	1	1,2%	6,83%
Gestdiab 2015	GDM		Typ 1		Typ 2		Perinatalstatistik
Daten zum Neugeborenen	n	in %	n	in %	n	in %	IQTIG 2015
Frühgeburtlichkeit (Entbindung vor vollendeter 37.SSW)	205	8,3%	21	28,0%	12	14,6%	7,78%
Gesamtzahl Aborte und Totgeborene Kinder	12	0,5%	17	22,7%	17	20,7%	
Schulterdystokie	20	0,8%	3	4,0%	0	0,0%	
Neugeborene \geq 4000 g	287	12,0%	21	28,0%	12	14,6%	9,87%
Neugeborenes mit sehr niedrigem Gewicht (\leq 1500 g)	11	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	1,50%
Verlegung auf die Perinatalstation	296	12,3%	29	38,7%	16	19,5%	10,80%
Unterzuckerung des Neugeborenen	170	7,6%	14	18,7%	2	2,4%	
Fehlbildungen des Kindes	28	1,2%	0	0,0%	1	1,2%	
Apgar Score 10 min unter 8	1	1,1%	1	1,3%	0	0,0%	

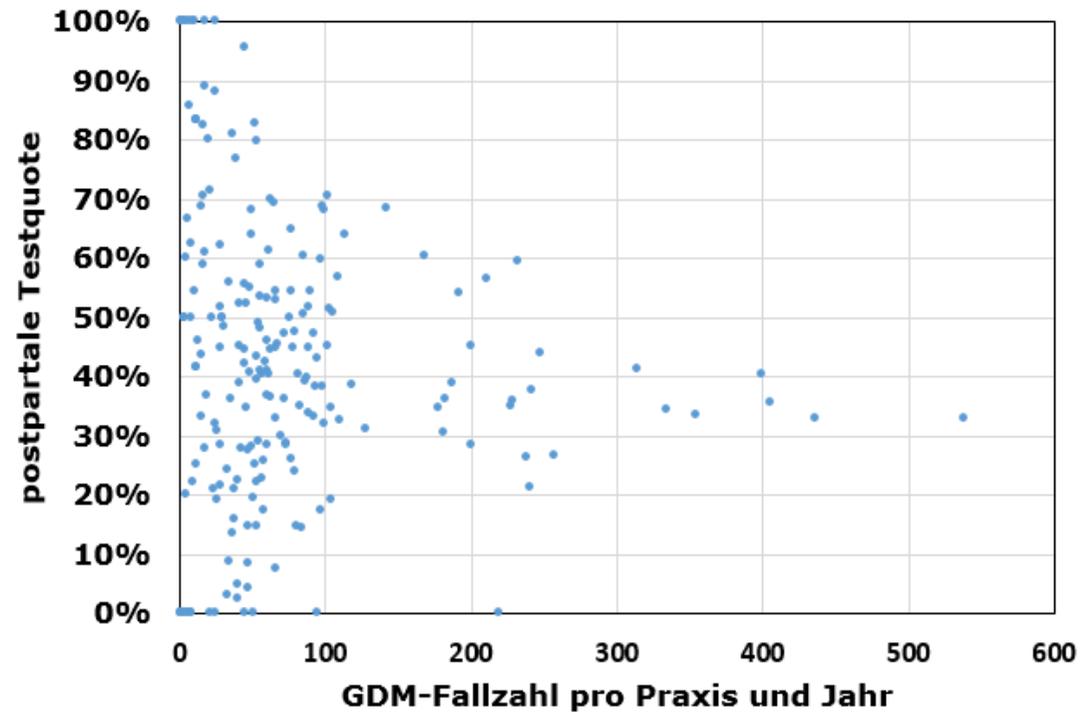
Postpartale Nachsorge

- Postpartales Diabetesscreening
 - oGTT 6. – 12. Woche postpartal
- Langfristige GDM Nachsorge
 - Jährliche venöse Nüchtern glukose + HbA1c, ggf. oGTT
 - Wer führt diese Untersuchungen durch?
 - Wie ist die Quote der Durchführung?
 - Wie sind die Ergebnisse

Quote postpartale Diagnostik 2008-2017in GestDiab



Postpartale Testquote in GestDiab 2016



nach Fallzahl pro DSP
und Jahr:

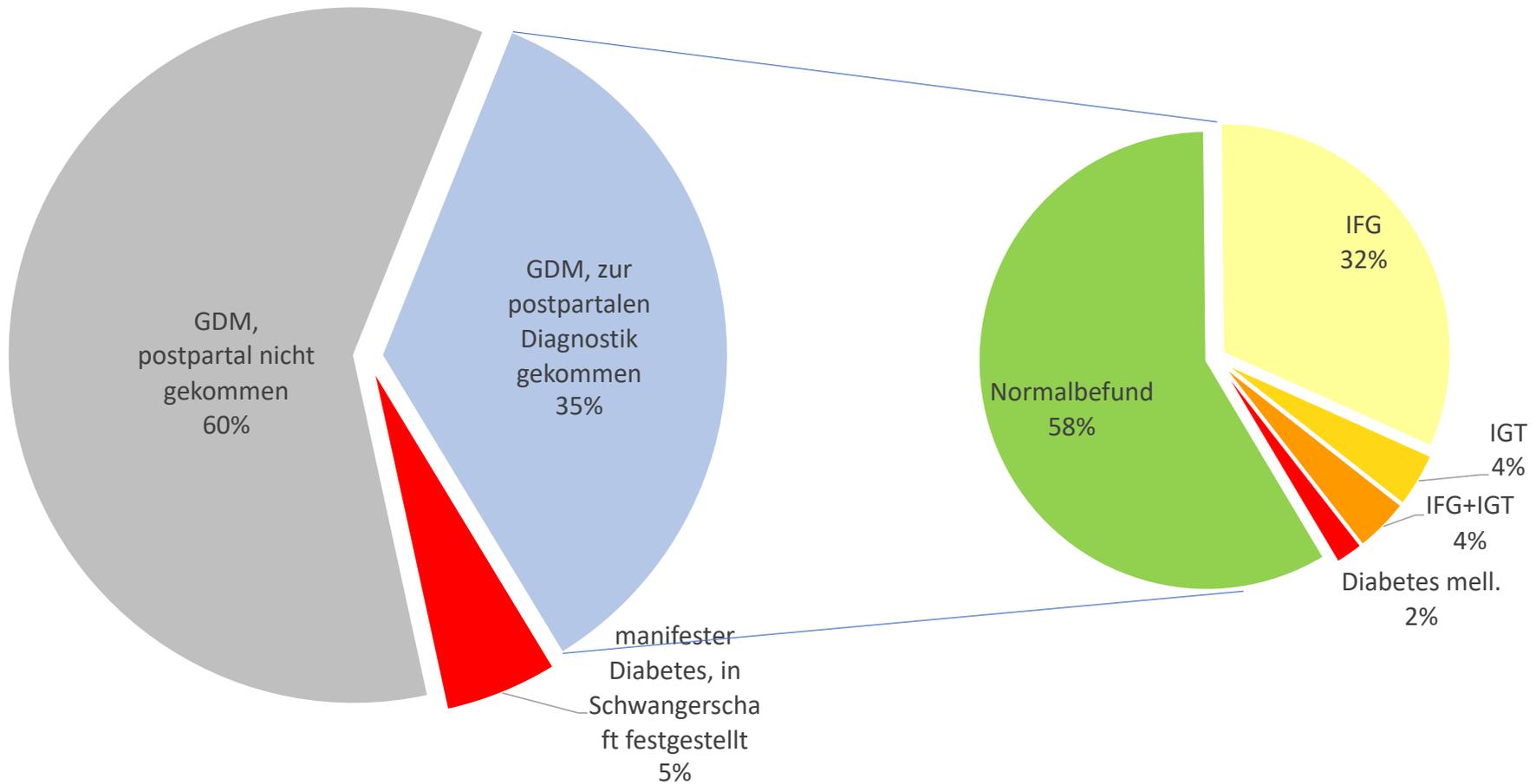
Bei hohen Fallzahlen
zwischen

30% und 40%

Postpartale Diagnostik

GestDiab Daten 2017

GestDiab



66 Praxen, 5466 Schwangerschaften

Fazit 1

- Der GestDiab Feedbackbericht bietet den Einrichtung sehr viel Informationen, die Teilnahme an dem Register führt zu einer Strukturierung der Behandlung.
- Die Kooperationsqualität ist nicht systematisch untersucht, die Kooperation Gyn-DSP scheint überwiegend zu funktionieren, eine bessere Datenzusammenführung in eAkten könnte den Informationsfluss verbessern.
- Die vertraglichen Strukturen sind bundesweit sehr inhomogen und z.T. unzureichend, die Bedeutung des GDM wird z.T. unangemessen wahrgenommen.

Fazit 2

- Das Controlling auf der Institutionsebene (GestDiab) ist hoch effektiv und effizient. Es wird bislang freiwillig durchgeführt und wird von den Leistungserbringern finanziert.
- Das regionale und nationale Controlling erfolgt völlig unzureichend.
- Für Bayern wurde eine Verbesserung der Ergebnisse bei GDM gezeigt.
- Die Möglichkeiten der Qualitätssicherung Geburtshilfe werden bislang nicht genutzt.
- Unser Antrag beim IQTIG wird viele neue Erkenntnisse liefern.
- Das geplante GestDiNa basic Projekt wird viele Fragen zur Nachsorge beantworten.