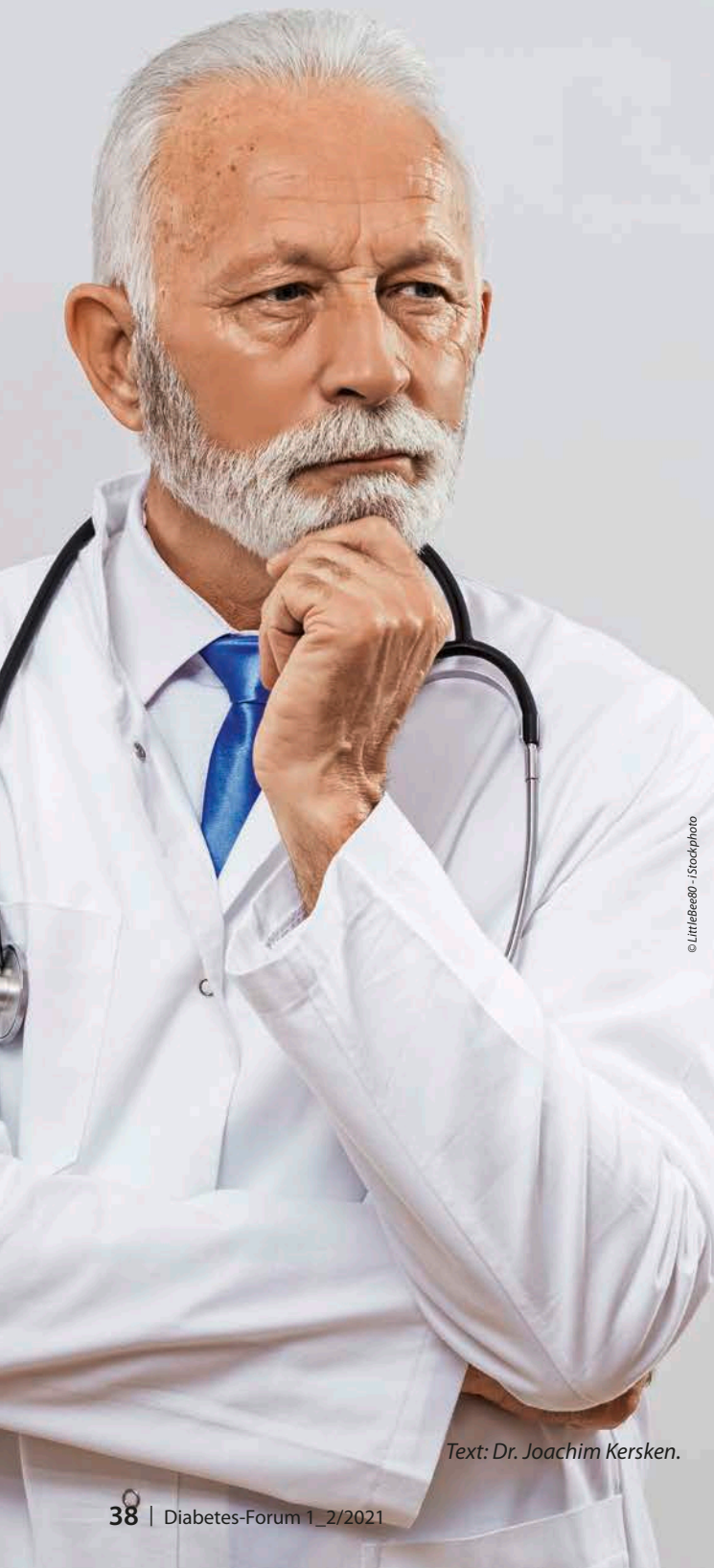


Diabetes in der Klinik – ein Diskussionsbeitrag



Überblick In verschiedenen Regionen Deutschlands haben sich spezielle diabetologische Bereiche in Kliniken etabliert, entweder integriert in größere Bereiche wie Gastroenterologie, in einer größeren Allgemeinen Inneren Medizin oder auch mal selbstständig. Die Eindrücke über die Arbeit in den anderen Einrichtungen ist interessant, motivierend und auch wertschätzend. Doch lesen Sie selbst.

Auch hier sollte nun wieder ein Beitrag Platz finden über einen klinisch diabetologischen Schwerpunkt in Stadtlohn im Westmünsterland. Ein kleiner Landkreis, von Nord nach Süd mit einer Ausdehnung von etwa 50 km, im Westen an die Niederlande grenzend, mit einigen kleinen und mittelgroßen Städten, eingebunden in eine ländliche Struktur. In diesem Kreis gibt es seit 2013 eine klinische Diabetologie, zunächst in Ahaus, seit zwei Jahren in Stadtlohn, mit interdisziplinärem ambulantem und klinischem DFS-Schwerpunkt innerhalb des Klinikums Westmünsterland.

© LittleBees80 - iStockphoto

„Die klinische Diabetologie als eigenständiger Bereich wird immer mehr zurückgebaut.“

Der Autor des angefragten Artikels hat sich entschieden, gerade weil in seiner Wahrnehmung über Jahre die klinische Diabetologie mit dem Rücken zur Wand steht, sich

grundsätzlich zur Situation und Perspektive klinischer Diabetologie Gedanken zu machen, wie auch zur Indikation klinischer Behandlungsnotwendigkeit bei Diabetes mellitus. In Gesprächen mit anderen KlinikdiabetologInnen kommt immer wieder heraus: zunehmende Signale, dass die klinische Diabetologie

als eigenständiger Bereich im DRG-Zeitalter zurückgebaut wird und keine Zukunft hat (zu lange Liegezeiten, frühzeitige Amputation ist lukrativer, Fuß/DFS können auch die

Chirurgen, Stoffwechsel macht jeder Internist).

Leider erfüllen hier Politik, Kostenträger und Patientenverbände nicht ihre Aufgabe, sich auch für eine leitliniengerechte klinische, qualifizierte Versorgung von Menschen mit Diabetes und diabetischer Fußkrankung einzusetzen.

Text: Dr. Joachim Kersken.

Hierbei geht es nicht um die sogenannte „Spitzenmedizin“ zwischen Forschung und Patienten-



Redaktion: 06131/9607035

versorgung, insbesondere an universitären Zentren, sondern um die Möglichkeit einer flächendeckenden klinischen Diabetologie.

Erübrigt sich die Notwendigkeit einer eigenständigen flächendeckenden klinischen Diabetologie?

Während in den 80er und 90er Jahren mit dem Aufkommen und der Etablierung strukturierter Schulungsprogramme Patienten häufig noch 5 oder 14 Tage stationär aufgenommen wurden, auch mangels ambulanter Strukturen (damals praktisch noch keine ambulante Diabetologie) und vor dem Aufkommen der Diabetespraxen, ist in den letzten Jahren ein großer und wesentlicher Bereich der diabetologischen Patientenversorgung – vermutlich zu Recht – überwiegend aus den Kliniken verschwunden. Diabetologie und die medizinische Versorgung der Patienten findet überwiegend in ambulanten Versorgungsstrukturen statt. Zunehmend häufiger trifft dies auch für die ärztlich diabetologische Weiterbildung zu.

Die Realität der Versorgung von Menschen mit Diabetes und aktuelle Probleme der klinischen Diabetologie

1. Häufig fällt am Entlasstag der seit Tagen oder während des gesamten Klinikaufenthaltes anhaltend erhöhte Blutzucker von über 300 mg% auf.
2. Diabetes oder eine hyperglykämische Stoffwechsellaage fallen gar nicht auf, es fällt allenfalls die Wundheilungsstörung auf.
3. Oft wird der Blutzucker in einer Klinik erst gar nicht gemessen, eine Diabetesanamnese nicht erfragt und somit ein bestehendes Problem nicht erkannt.

4. Hat eine Klinik diabetologische Strukturen oder nicht - die Honorierung ist gleich! Auch ohne Diabetologe, Diabetesberater/in oder Wundassistent/in können diabetologische Hauptdiagnosen zur Stoffwechselversorgung oder zum Fuß erbracht und abgerechnet werden.
5. Häufig werden Patienten mit DFS oder Stoffwechsellage in ungeeigneten Kliniken versorgt. Hierunter sind Kliniken ohne diabetologische Strukturen zu verstehen.
6. Die allgemeine Pflege und die nicht-spezialisierte ärztliche Versorgung hat wenig Expertise hinsichtlich neuerer Entwicklungen der Stoffwechselkontrolle und der differenzierten Therapie. Hier sind auch unzureichende Erfahrungen mit den unterschiedlichen Wirkprofilen der Insuline zu nennen.
7. In vielen Regionen können Menschen mit diabetologischem Versorgungsbedarf ambulant nicht ausreichend versorgt werden, weil die Diabetespraxis geschlossen hat, nicht erreichbar ist, keinen Patienten mehr annimmt oder sehr lange Wartezeiten hat.
8. Kassen wie Politik halten sich seit Jahren vordergründig aus den Strukturen der Kliniken heraus und Kliniken selber wollen sich am Liebsten nicht in ihre (Geschäfts-)Politik hineinreden lassen – dazwischen steht die medizinische Versorgung der Menschen mit Diabetes, die qualifiziert versorgt werden müssen.
9. Klinikleitungen sehen ihre Aufgabe nicht in der Sicherstellung einer bestimmten medizinischen Versorgung der Bevölkerung (wäre das nicht Aufgabe von Politik und Kassen?), sondern das (Über-)Erreichen und den Ausbau einer eigenen Wirtschaftlichkeit.
10. Die Wertigkeit diabetologischer klinischer Leistungen im DRG-System (auch Zuhören, Spre-

chen, Einüben von Techniken mit den Patienten, Behandlung/Koordinierung beim DFS) bei tendenziell längerer Liegedauer ist im Verlauf der vergangenen 16 Jahre geringer geworden oder eine Klinik kann in einer vergleichbaren Zeit mit ggfs. geringerem Aufwand einen höheren Ertrag erzielen.

Erforderliche Strukturen einer klinischen Diabetologie

1. Mindestens zwei Vollzeitstellen Diabetesberatung, davon mindestens eine mit dem Hintergrund ernährungsmedizinische Betreuung/Diätassistentin
2. Mindestens zwei Vollzeitstellen Diabetologin/Diabetologe
3. Wundassistentin, Podologin
4. Psychologin als Teil des unmittelbaren diabetologischen Teams oder mit direktem Zugang
5. Eine zusammenhängende Station, mindestens 20 Patienten
6. Zugriff auf eine Intensivstation
7. Qualitätsgesicherte Stoffwechselkontrolle
8. Beratungsraum mit erforderlichen Medien und Schulungsmaterial
9. Fußbehandlungsraum
10. Zertifizierung der Fachgesellschaft: Diabeteszentrum für Typ 1 und Typ 2 Diabetes sowie klinische Fußbehandlungseinrichtung und diabetesgeeignetes Krankenhaus

Indikationen zur stationären Behandlung in der Diabetologie

1. Patienten mit elektiver Hauptaufnahmediagnose Diabetes mellitus sollten nur in einer



i Autor

Dr. Joachim Kersken
Chefarzt, Facharzt für Innere Medizin, Diabetologie
Krankenhaus Maria-Hilf Stadtlohn,
Vredener Straße 58,
48703 Stadtlohn

i Denkanstoß

Der Text ist hervorgegangen aus Diskussionen mit zahlreichen klinischen DiabetologInnen und nicht als abgeschlossenes Konzept formuliert, sondern er ist gedacht als Anstoß zu einer Diskussion über die Zukunft einer flächendeckenden klinischen Diabetologie.

Klinik mit diabetologischen Strukturen versorgt werden: Diabeteszentrum und Fußbehandlungseinrichtung.

2. Schwere, chronische Stoffwechsellage und qualifizierte therapeutische Intervention mit Herausnahme des Patienten aus dem Alltag ohne Möglichkeit diese ambulant und wohnortnah zu behandeln
3. Hypoglykämie, hyperosmolare Stoffwechsellage und Ketoacidose
4. Nichterreichen, Nicht-Vorhandensein einer qualifizierten ambulanten Diabetologie und dringlicher Interventionsbedarf zur Stoffwechselverbesserung



© EscorLux - Stockphoto

Klinische Diabetologie: wohin geht der Weg?

5. Individuelle Situationen, die hierzu führen, können sein: kulturelle und sprachliche Hürden, dementielle Entwicklung, Diabetesintegrationshindernisse, psycho-soziale Belastungen
6. Nichterreichung des individuellen Therapieziels in ambulanter hausärztlicher Betreuung und Betreuung in einer Diabetespraxis
7. Behandlung und Koordinierung der Diagnostik und Behandlung des DFS (interdisziplinäre Strukturen zur DFS-Versorgung mit Chirurgie, Orthopädie, Angiologie, Gefäßchirurgie)
8. Insulinpumpentherapie
9. Komplexe Einstellungsprobleme in der Schwangerschaft, Akutversorgung schwangerer Frauen mit Diabetes
10. Altersdiabetologie, Umgang mit besonderen Anforderungen im Alter

Klinische Diabetologie – ein Vorschlag

1. Etwa pro 500 000 Einwohner einer Region ist eine (eigenständige) klinische Diabetologie erforderlich. Für Deutschland bedeutet dies etwa 160 eigenständige diabetologische, klinische Abteilungen.
2. Bei einer gegenwärtigen Prävalenz von 8% der Bevölkerung mit einer diabetischen Stoffwechsellage wären dies über alle Diabetestypen etwa 40 000 Menschen mit Diabetes in einer Region mit ungefähr 500 000 Einwohnern.
3. Etwa 2% der Menschen mit Diabetes werden pro Jahr mit der Hauptaufnahmediagnose Diabetes stationär behandelt.
4. Hierzu kommt eine nicht unerhebliche Zahl Patienten mit der oft nicht oder unzureichend erkannten/dokumentierten und unzureichend kompensierten Stoffwechsellage in anderen klinischen Situationen wie insbesondere Kardiologie, chirurgische Bereichen, Geriatrie oder akuten Infektionen und gestörter Nahrungsaufnahme.
5. Dies bedeutet rechnerisch und orientierend mindestens 800 stationäre Diabetesbehandlungen/Patienten mit der Hauptdiagnose Diabetes pro Jahr in der oben definierten Region. Sicher wird es immer kleinere und größere klinische Abteilungen und eine in ihrer Vielfalt sehr unterschiedlich aufgestellte klinische Diabetologie geben. Eine derart große Diabetologie wird eine ausreichende Facharztkapazität sowie die diabetologische Weiterbildungsoption vorhalten.

Denkbar und sinnvoll wären auch

1. Die Öffnung der spezialisierten Kliniken zur Patientenversorgung und Ausbildung für die ambulante Diabetologie – wie es auch umgekehrt möglich ist.

2. Diabetologie in seiner großen fächerübergreifenden Breite soll in der Zusatzweiterbildung nicht nur klinisch (wie besonders Ketoacidose, schwere Hypoglykämie, komplexe DFS-Betreuung) oder nur in ambulanten Strukturen (wie besonders Schulungsprogramme jedweder Art), angeboten werden sondern gleichwertig und ergänzend in beiden Bereichen.
3. Kliniken ohne eigene diabetologische Strukturen werden telemedizinisch und konsiliarisch von einer etablierten klinischen Diabetologie mitbetreut (ohne ökonomischen Nachteil für eine Seite). Grundsätzlich könnte dies auch eine mit mehreren Diabetologen/-innen besetzte Diabetespraxis sicherstellen.
4. Telemedizinische Versorgungsmodelle für Anfragen von Hausärzten (u.a. bei Nichterreichbarkeit der Diabetespraxis)
5. Telemedizinische Ansprechbarkeit qualifizierte diabetologische Erreichbarkeit für Pflegeeinrichtungen – was tun bei akuter Entgleisung, auch in Kooperation mit Diabetespraxen.

Verbessernde Veränderungen werden nicht durch DiabetologInnen und deren Fachverbände und durch Kliniken alleine entwickelt und umgesetzt werden. Auch der Markt wird es in Zukunft, wie auch in der Vergangenheit gesehen, nicht rich-

@ heinz@kirchheim-verlag.de

ten. Beruhigend ist, dass jedes Zeitalter eine Ende hat – sicher auch das Zeitalter der DRG-Bemessung von Krankheiten und klinischer Versorgung und der hierdurch bedingten Ökonomisierung. Vielleicht stehen wir hier gerade an einem Ende und einem Anfang.

Zur Planung und Entwicklung flächendeckender diabetologischer Strukturen werden Politik und Kostenträger unterstützt, ja angetrieben durch die Fachgesellschaft und Patientenverbände, bessere Rahmenstrukturen vorzugeben.