

In der letzten Ausgabe des Diabetes Forums wurden bundesweite Trends der Diabetesversorgung diskutiert. Im März sollen nun mögliche Strukturen der Diabetologie im Krankenhaus vorgestellt werden. Dazu konnten wir Prof. Manfred Dreyer gewinnen. Er ist ärztlicher Leiter der Klinik für Innere Medizin des Asklepios Westklinikum Hamburg, Mitglied der Leitlinienkommission der Deutschen Diabetes Gesellschaft und arbeitete als Sachverständiger in der DMP-Arbeitsgruppe des Gemeinsamen Bundes-Ausschusses. Er schildert anhand seiner Klinik die mögliche Organisation der stationären diabetologischen Versorgung. Ein Trend ist die zunehmende Fokussierung der Krankenhäuser auf spezielle medizinische Themenfelder, die dann durch interdisziplinäre Teams fachlich in hoher Qualität betreut werden. In der Expertenfrage gibt Dreyer Empfehlungen für die während einer stationären Behandlung anzustrebenden BZ-Zielwerte.
 Dr. med. Thomas Werner, Dr. med. Johannes Huber

Asklepios Westklinikum Hamburg: im Porträt



Chefärzte:
 Priv.-Doz. Dr. Carsten
 Schneider,
 Prof. Dr. Manfred
 Dreyer,
 Dr. Holger Lawall,
 Priv.-Doz. Dr. Tanja
 Kühbacher (v.l.).

Vorstellung BVKD-Autor Professor Manfred Dreyer arbeitet im Asklepios-Westklinikum Hamburg. Er ist Chefarzt in der Klinik für Innere Medizin. Auf den folgenden Seiten skizziert er seine Klinik und schildert, welche Rolle Spezialisierung und Professionalisierung im Alltag spielt.

Text:
 Prof. Manfred Dreyer.

In den Krankenhäusern findet sich weiterhin eine wachsende Differenzierung innerhalb der Inneren Medizin mit der Bildung neuer eigenständiger Abteilungen. Dies ist der zunehmenden Spezialisierung und Subspezialisierung in diesem Fach geschuldet und folgt dem enormen Zuwachs an Wissen und Techniken.

Strukturelle Entwicklung

Die Spezialisierung und die damit einhergehende profunde Profe-



Redaktion: 06131/96070-35

onalisierung bringen auf der anderen Seite aber auch eine Einschränkung der Versorgung auf ein engeres Fachgebiet mit sich. Damit ist die strukturelle Entwicklung der Krankenhäuser zwar folgerichtig, sie passt aber eigentlich nicht zu der Entwicklung unserer Aufgaben in der Krankenversorgung; Unsere stationär behandelten Patienten werden zunehmend älter und multimorbider. Tatsächlich kommen immer weniger stationäre Patienten mit einer Krankheit für eine spezielle Abteilung zu uns! Um diesen Spagat zwischen der inhaltlich not-

wendigen Spezialisierung und der Professionalisierung einerseits und den für die Krankenversorgung erforderlichen Aspekt der Ganzheitlichkeit andererseits zu gewährleisten, haben wir uns zu einer besonderen Struktur für die Abteilung „Innere Medizin“ in unserem Krankenhaus entschieden.

Wir führten die zuvor bestehenden drei Abteilungen für Innere Medizin zu einer Klinik für Innere Medizin zusammen, in der gemeinsam die Dienstreihen gestellt, Röntgen- und andere Besprechungen durchgeführt werden. Auch Fort- und Weiterbildungen organisieren wir nun klinikweit.

Um innerhalb dieses Zentrums eine ausreichende Spezialisierung und Professionalisierung zu gewähr-

leisten, wurden Schwerpunkte gebildet. Drei dieser Schwerpunkte werden chefärztlich geleitet: Die

„Um Professionalisierung und Spezialisierung zu erreichen, wurden Schwerpunkte gebildet.“

Angiologie durch Dr. Holger Lawall, die Kardiologie durch PD Dr. Carsten Schneider und die Gastroenterologie durch PD Dr. Tanja Kühbacher. Die weiteren Schwerpunkte Palliativmedizin, anthroposophisch ergänzte Medizin, Geriatrie, die Zentrale Notaufnahme und die Intensivstation werden oberärztlich geleitet und unterstehen, ebenso wie die Diabetologie und die Schlafmedizin, dem Leiter der Klinik für Innere Medizin.

Die Schwerpunkte sorgen für die fachliche Spezialisierung. Diese ist abgebildet in den zugeordneten Oberarztstellen mit den Hintergrunddienstreihen und in einzelnen, den Schwerpunkten zugeordneten, Stationen. Anreizsysteme, die eine Konkurrenz der Schwerpunkte untereinander unnötig verstärken würden, wurden eliminiert.

Ein besonderes Augenmerk legen wir auf Multiprofessionalität und interdisziplinäre Zusammenarbeit, auch über die Klinikgrenzen

hinaus, da wir uns auf drei Querschnittsthemen fokussiert haben:

- ◆ Diabetologie, einschließlich angiologischer und kardiologischer Aspekte, sowie gefäßchirurgische Interventionen,
- ◆ Adipositas, einschließlich diabetologischer, schlafmedizinischer und bariatrisch operativer Versorgung,
- ◆ Alterskrankheiten, einschließlich Geriatrie und Kooperation mit fast allen Abteilungen.

In den vergangenen vier Jahren half uns diese Struktur, nicht nur die Versorgung unserer Patienten zu verbessern, sondern auch die Facharztweiterbildung in unserem Hause abwechslungsreicher und umfassender zu gestalten.

Vernachlässigt: Nebendiagnose Diabetes im Krankenhaus

Die Prävalenz des Diabetes mellitus beträgt ca. 8 % in der Gesamtbevölkerung. Da diese Zahl aber mit zunehmendem Alter deutlich ansteigt auf über 20 % bei den über 75-jährigen und das Durchschnittsalter der Krankenhauspatienten bei 78 Jahren liegt und Patienten mit Diabetes mellitus eine höhere Krankenhausfrequenz haben, als jene ohne Diabetes, weisen unter den Krankenhauspatienten 25–30 % mit steigender Tendenz einen Diabetes mellitus auf.

„Die Evidenzlage zur Mitbehandlung des Diabetes als Zweitdiagnose ist überzeugend.“

Standards sind durch die DDG definiert

Für Patienten mit Diabetes mellitus, bei denen diese Erkrankungen in der ambulanten spezialisierten Ebene nicht ausreichend behandelt werden können, stehen spezialisierte Abteilungen und Fachkrankenhäuser sowie Reha-Kliniken zur Verfügung. Die Standards und Prozesse in diesen Einrichtungen sind durch die Deutsche Diabetes-Gesellschaft definiert und werden in entsprechenden Anerkennungsverfahren überprüft. Damit stehen für diese Patientengruppe Qualitätsgesicherte, gute Einrichtungen zur Verfügung.

Demgegenüber müssen wir bei der Versorgung stationärer Patienten mit der Neben-Diagnose Dia-

betes mellitus in den unterschiedlichen Abteilungen der Krankenhäuser mit großen quantitativen und unterschiedlich stark ausgeprägten qualitativen Problemen rechnen: 25 bis 30 % aller stationären Patienten bringen die Neben-Diagnose Diabetes mellitus mit in die Klinik. Bei der Hälfte bis 2/3 dieser Patienten ist eine Anpassung der Diabetestherapie bedingt durch die Haupt-Diagnose oder durch Interventionen in der Klinik erforderlich. Von den knapp über 2000 Kliniken in Deutschland verfügen weniger als 200 über einen Diabetologen und/oder eine Diabetesberaterin oder Assistenten. Die meisten Kliniken verfügen über keine ausreichenden Standards die über ein einfaches Insulin-Korrekturschema hinausgehen.

Evidenzlage zur Mitbehandlung ist überzeugend

Die Evidenzlage zur Mitbehandlung des Diabetes als Zweitdiagnose ist überzeugend: Blutglukosewerte über 180 bis 200 mg/dl (10 bis 11,1 mmol/l) begünstigen das Auftreten unterschiedlicher Komplikationen, insbesondere von Infektionen. Dieses wurde besonders intensiv bei herzchirurgischen Patienten, aber auch bei Patienten mit Pneumonie untersucht. Hypoglykämien, insbesondere schwere, erhöhen

die Krankenhaus-Mortalität deutlich, Glukosewerte unter 50 mg/dl (2,8 mmol/l) nämlich um 28 %.

Schwere Hypoglykämien unbedingt vermeiden

Es ist daher die Aufgabe aller Krankenhäuser in allen ihren Abteilungen, für die große Patientengruppe mit Diabetes mellitus als Neben-Diagnose, Blutglukosewerte mindestens unter 180 mg/dl (10 mmol/l) zu gewährleisten und das Auftreten schwerer Hypoglykämien sicher zu vermeiden. Es ist mehrfach publiziert worden durch welche Strukturen und Prozessen dieses erreicht werden kann. Dabei gilt auch noch, dass die Kosten für diese zusätzli-

@ www.diabetesforum-online.de

chen Strukturen, durch zusätzliche Erlöse mehr aus ausgeglichen werden. Die große Gruppe der Patienten mit Diabetes wird sich auch zunehmend Krankenhäuser auswählen die eine qualitativ gute Mitbehandlung des Diabetes gewährleisten können. Es sprechen also medizinisch-fachliche, prognostische, wirtschaftliche und auch Marketingaspekte dafür Strukturen und Prozesse zu schaffen, welche die entsprechende fachliche Versorgung dieser Patienten in jedem Krankenhaus sichern.

Zu den Strukturen gehört ein Konsiliardienst mit ca. 0,5 Arzt je 400 Betten sowie 1,0 Diabetesberaterin/Assistenten.

i Autor

Prof. Dr. med. M. Dreyer
Leiter Klinik für Innere Medizin
Asklepios Westklinikum Hamburg
Suurheid 20
22559 Hamburg

Bei den Prozessen muss gewährleistet werden dass alle Patienten mit Diabetes identifiziert werden und dazu bei allen Patienten die Blutglukose (oder HbA_{1c}, dieses funktioniert Mahlzeiten-unabhängig ist aber teurer) in der Aufnahme routine bestimmt wird.

Dunkelziffer deutlich senken

Es sollte Standards oder Verfahrensanweisung für folgende Situationen etabliert werden:

- ◆ Auslösen eines diabetologischen Konsils
- ◆ Erstmaßnahmen bei Hypoglykämie
- ◆ Erstmaßnahmen bei Hyperglykämie
- ◆ Perioperatives Diabetes Management
- ◆ Insulintherapie auf der Intensivstation

Mit diesen Strukturen und Prozessen sollten die Patienten mit Diabetes mellitus als Nebendiagnose vollständig erfasst werden und auch die „Dunkelziffer“ bereits vorhandener Sekundärkomplikationen deutlich gesenkt werden. Durch Vermeidung von Komplikationen lässt sich die Verweildauer senken und durch eine bessere Erfassung und Verschlüsselung der Diagnosen im DRG-System lassen sich Mehrerlöse generieren. Eine Akzeptanz für dieses spezielle Diabetesversorgungsmodell kann in allen Bereich und Abteilungen rasch erreicht werden, wenn deutlich wird, dass die Patienten in diesen Bereichen verbleiben und dort vor Ort die bessere Versorgung erfahren.

Konsiliarbetreuung

Sind die Strukturen und Prozesse in dem eigenen Hause vollständig etabliert, lässt sich dieses auch auf Nachbarkrankenhäuser in Form einer Konsiliarbetreuung anwenden. Unsere Klinik betreut die Asklepios-Klinik Altona und die Asklepios-Klinik Barmbek mit zusammen fast 1 000 Betten.