

Diabetes mellitus in der Klinik - Stellungnahme des Fachbeirates Diabetes des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg

Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus im Krankenhaus:

**Votum zum Erhalt der diabetologischen Fachabteilungen und der
fachärztlichen Versorgung sowie der Weiterbildungsmöglichkeiten.**

Sachverhalt:

Häufigkeit von Diabetes mellitus im Krankenhaus in Baden Württemberg

Die Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus wird als eine Domäne der ambulanten Medizin angesehen, die Häufigkeit und Notwendigkeit der Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus im Krankenhaus werden dabei unterschätzt. Das ist darin begründet, dass aufgrund in öffentlich zugänglichen Daten zu „Diabetes mellitus“ nur diejenigen stationären Patienten sicher abgebildet werden, deren **Haupt**diagnose Diabetes mellitus für die stationäre Behandlung ursächlich ist. Patienten mit einem „unkomplizierten Diabetes“ werden in der Regel ambulant behandelt, erst bei Komplikationen erfolgt eine stationäre Aufnahme. Bei einer stationären Aufnahme werden die Patienten je nach Art der Diabetes-Folgekomplikation jedoch der entsprechenden Fachabteilung (Kardiologie, Angiologie, Chirurgie, Nephrologie) zugewiesen, obwohl der Diabetes mellitus ursächlich für die Komplikation ist. Da aufgrund der Vorgehensweise bei der Erfassung der stationären Patienten der jeweilige Behandlungsfall erfasst wird, wird aus den öffentlich zugänglichen Daten nicht deutlich, ob derselbe Patient mit Diabetes mellitus mehrfach in einem Jahr stationär behandelt wurde z.B. wegen mehrfacher Blutzuckerentgleisungen.

Laut öffentlich zugänglichen Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (1) wurden im Jahr 2016 in Baden-Württemberg 25.266 Patienten mit Hauptdiagnose Diabetes mellitus in Krankenhäusern vollstationär mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus behandelt. Insgesamt wurden im Jahr 2016 in Baden-Württemberg 2.262.607 Patienten vollstationär behandelt. Somit ist in dieser Erhebung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes nur jeder 90. Patient im Krankenhaus ein Patient mit Hauptdiagnose Diabetes mellitus. Die Nebendiagnose Diabetes mellitus wurde bei Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung mit Wohnort in Baden-Württemberg im Jahr 2016 insgesamt 282.040 Mal kodiert (Statistisches Bundesamt, Wiesbaden). Dies würde bedeuten, dass jeder 8 Patient in Baden-

Württemberg mit der Nebendiagnose Diabetes mellitus stationär im Krankenhaus behandelt wird.

Um zu überprüfen, wie hoch die Zahl an bekannten und unerkannten Diabetespatienten ist, die in einem Krankenhaus behandelt werden, wurde bei allen Patienten, die in einem repräsentativen 4-wöchigen Zeitraum im Jahr 2016 in der Universitätsklinik Tübingen stationär aufgenommen wurden, die Haupt- und auch die Nebendiagnose Diabetes erfasst. Zusätzlich wurde bei jedem Patienten über 18 Jahren in allen Abteilungen des Universitätsklinikums der HbA1c Wert bestimmt, um auch Patienten mit bislang unerkanntem Diabetes oder Hinweis auf eine beginnende Diabeteserkrankung zu erfassen (2). Die Verteilung der Patienten mit Diabetes mellitus in den einzelnen Abteilungen des Klinikums wird in Abbildung 1 dargestellt. Nach dieser Erhebung hatten im Durchschnitt 22,2 Prozent der stationär behandelten Patienten am Universitätsklinikum Tübingen eine Diabeteserkrankung, somit ca. jeder 4. Patient.

Eine retrospektive Analyse am Klinikum Stuttgart bestätigt diese Zahlen: dort ergab sich eine Rate von rund 30 Prozent der stationär behandelten Patienten mit der Diagnose Diabetes mellitus (unveröffentlichte Daten, persönliche Kommunikation). In einer anderen Untersuchung in vier Krankenhäusern außerhalb Baden-Württembergs wurden innerhalb von 8 Monaten Daten von 6067 Patienten erfasst, die in diese Krankenhäuser aufgenommen wurden. Die Gesamtprävalenz von bekanntem und neu diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 2 betrug hier sogar 40,5 Prozent (3).

Nimmt man die Daten der Tübinger Untersuchung als Grundlage, so ergibt sich bei jährlich knapp 2,3 Millionen stationär behandelten Patienten in Baden-Württemberg und einer Häufigkeit von 22,2 Prozent Patienten mit Diabetes mellitus eine hochgerechnete Anzahl von jährlich ca. 500.000 in baden-württembergischen Krankenhäusern stationär behandelten Patienten mit der Diagnose Diabetes mellitus.

Die aufgeführten Zahlen aus Tübingen und Stuttgart sind nicht flächendeckend erhoben und daher nicht, repräsentativ für kommunale und universitäre Krankenhäuser in Baden-Württemberg. Es scheint möglich, dass aufgrund der bisher üblichen offiziellen Erhebungen die Zahl der stationären Patienten mit Diabetes mellitus in Krankenhäusern unterschätzt wird. Dies könnte zu einer Unterschätzung des zukünftigen Bedarfs an diabetologischen Fachabteilungen im Krankenhaus, von Ausbildungsstellen für Fachärzte für Diabetologie und schließlich zu negativen Folgen in der adäquaten Betreuung und Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus führen. Weitere repräsentative Erhebungen sollten dies künftig weiter untersuchen.

Diabetes mellitus als häufige Todesursache - jeder fünfte Baden-Württemberger stirbt an Diabetes mellitus

Wie oben aufgeführt, könnte es in der öffentlichen Wahrnehmung zu einer Unterschätzung der Zahl der stationären Patienten mit Diabetes mellitus in Baden-Württemberg kommen. Es könnte auch die durch Diabetes mellitus verursachte Sterblichkeit unterschätzt werden. Im „Maßnahmenplan zur Umsetzung des Gesundheitsziels Diabetes mellitus Typ 2 Risiko senken und Folgen reduzieren“ (4) wird ausgeführt, wie die diabetesbedingten Todesfälle für die Todesursachenstatistik derzeit erhoben werden.

„Die Todesursachenstatistik erfasst die Anzahl der Verstorbenen mit einem bestimmten Grundleiden, welches als Todesursache als ursächlich für den Tod anzunehmen ist. Das Grundleiden wird dabei für jeden Verstorbenen nach fest vorgegebenen Regeln aus den Angaben auf der amtlichen Todesbescheinigung ermittelt. Regelbedingt wird in der Todesursachenstatistik pro Patient jeweils nur das Grundleiden ... aufgeführt.

Wesentliche weitere Erkrankungen, die die Todesursache bei einem Menschen mit Diabetes möglicher Weise beeinflusst haben, werden so nicht gesondert ausgewiesen. Dadurch kann bei der Ermittlung der Sterbefälle in unmittelbarer Folge von Diabetes die Aussagekraft der Todesursachenstatistik hinsichtlich der Krankheitslast bei Diabetes, die im Wesentlichen durch Begleiterkrankungen verursacht ist, eingeschränkt sein.“

Im Jahr 2013 sind in Baden-Württemberg auf Grundlage der so ermittelten Zahlen des statistischen Bundesamtes pro 100.000 Sterbefälle 30 Menschen an Diabetes mellitus gestorben (4). Eine im Jahr 2017 erschienene Analyse des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung hat jedoch herausgefunden, dass in Deutschland tatsächlich gut ein Fünftel aller Todesfälle auf das Konto von Diabetes mellitus geht (5). Es sterben also pro 100.000 Sterbefälle 20.000 Menschen an Diabetes mellitus und seinen Folgen.

Auch hier könnte durch die offiziellen Todesursachenstatistiken des Bundes und der Länder ein unvollständiges Bild gezeichnet und die durch Diabetes mellitus verursachte Sterblichkeit unterschätzt werden.

Drohende Unterversorgung aufgrund unzureichender diabetologischer Expertise im stationären Bereich

Wie im „Maßnahmenplan zur Umsetzung des Gesundheitsziels Diabetes mellitus Typ 2 Risiko senken und Folgen reduzieren“ (4) dargelegt, ist die ambulante Betreuung und Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus in Baden-Württemberg gut. In Deutschland wird in 17 Prozent der Krankenhäuser eine adäquat zertifizierte Diabetesexpertise vorgehalten (6). Spezifische Zahlen für Baden-Württemberg existieren hier nicht, angesichts einiger bestehender diabetologischer Fachabteilungen an Krankenhäusern scheint die Versorgung jedoch mehr qualitätsgesichert, bzw. strukturierter organisiert als bundesweit zu sein.

Es ist allerdings festzustellen, dass die Abteilungen mit diabetologischer Expertise (Fachabteilung, Zertifizierung durch die DDG) in Baden-Württemberg klinikintern immer mehr unter Druck geraten und durch „wirtschaftlich interessantere“ Fachabteilungen ersetzt werden. Der Patient mit Diabetes mellitus hat nur dann einen Bedarf stationär behandelt zu werden, wenn er aufgrund weiterer Behandlungen/Erkrankungen oder im ambulanten System nicht mehr bedarfsgerecht versorgt werden kann. Im DRG-System werden insofern – richtigerweise - nur die Patienten mit Diabetes erfasst, bei denen ein Behandlungsbedarf besteht, der im ambulanten System aus medizinischen Gründen nicht mehr geleistet werden kann. Insofern ist es schwierig, die Diabetesbehandlung als eigenes Feld insbesondere unter dem Ansatz der präventiven Aspekte im stationären Bereich vorzuhalten. Daten aus Studien belegen jedoch, dass gerade eine adäquate Behandlung auch der „Nebendiagnose“ Diabetes mellitus die Genesung von Patienten beschleunigt, die Sterblichkeit reduziert und auch die Dauer der Krankenhausaufenthalte verkürzt (7). Deshalb ist es gerade bei dieser Erkrankung ausgesprochen wichtig, dass so dem Patienten und dem System Leid und Kosten erspart werden. Insofern ist eine qualifizierte Behandlung der Patienten mit Diabetes mellitus und damit die Vermeidung von Komplikationen wichtig.

An den Universitätskliniken in Deutschland gibt es im Jahr 2017 lediglich 6-8 selbstständige Lehrstühle für Diabetologie mit unabhängigen, bettenführenden Abteilungen, in Baden-Württemberg sind es deren zwei (Universität Tübingen und Heidelberg). Somit sehen die ADBW, die DDG und der VDBD sowohl die diabetologische Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus, als auch die Aus- und Weiterbildung des pflegerischen und ärztlichen Nachwuchses gefährdet. Dies sieht auch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in einem Statement so (8) und fordert, dass stationäre Einrichtungen mit endokrinologisch-diabetologischem Schwerpunkt erhalten bleiben und in Regionen mit Unterversorgung ausgebaut werden sollen. Der VDBD teilt diese Ansicht und sieht auch die Dringlichkeit, dass Diabetesberater/innen für die Versorgung o.g. Patienten eingesetzt werden.

Ein Abbau an Fachabteilungen für die Diabetesbehandlung in den Krankenhäusern könnte dazu führen, dass nur noch eine unzureichende Zahl an Ärztinnen und Ärzten eine entsprechende Zusatzqualifikation erwerben können. Zeitlich versetzt wird dies zu erheblichen Versorgungsengpässen im ambulanten Bereich führen und dadurch die bisher gute Versorgungslage in Baden-Württemberg auch im ambulanten Bereich nicht mehr zu halten sein.

Eine optimale Therapie von Patienten mit der (Neben-) Diagnose Diabetes mellitus im Krankenhaus verhindert Komplikationen (3). Diabetes und seine assoziierten Folgeerkrankungen machen eine interdisziplinäre Therapie der stationären Patienten notwendig. Dazu ist der Erhalt von qualifizierten diabetologischen Fachabteilungen in den Kliniken dringend nötig (1; 6).

Votum

Der Fachbeirat Diabetes Baden-Württemberg sieht es als seine Aufgabe, die Politik auf die Bedeutung der stationären Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus und auf die Notwendigkeit der Sicherstellung einer adäquaten Versorgung der Patienten mit Diabetes mellitus im Krankenhaus hinzuweisen. Zudem könnten die diabetesbedingten Todesfälle durch offizielle Statistiken in erheblichem Maße unterschätzt werden.

Der Fachbeirat Diabetes Baden-Württemberg bittet die Landesregierung sich dafür einzusetzen, dass

- diabetologische Schwerpunkte an Kliniken erhalten bleiben
- diabetologische Fachabteilungen strukturell unterstützt werden
- die Weiterbildung Diabetologie in der Klinik und Ambulanz gefördert wird, um auch mittelfristig die stationäre und ambulante diabetologische Versorgung bedarfsgerecht sicherzustellen.

Ansprechpartner

Professor Dr. med. Andreas Fritsche
Universität Tübingen
Institut für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen
des Helmholtz Zentrums München an der Universität Tübingen
Deutsches Zentrum für Diabetesforschung (DZD eV.)

Professor Dr. med. Ralf Lobmann
Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie
Geriatrisches Zentrum Stuttgart
Klinikum Stuttgart – Bad Cannstatt

Literatur

(1) <http://www.gbe-bund.de>

Abruf am 2.6.2018 Diagnosedaten der Krankenhäuser (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen):

(2) Kufeldt J, Kovarova M, Adolph M, Staiger H, Bamberg M, Häring HU, **Fritsche A**, Peter A. Prevalence and Distribution of Diabetes Mellitus in a Maximum Care Hospital: Urgent Need for HbA1c-Screening. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2017 Jul 27. doi: 18.8.2017

(3) HbA1c-Messung zum Zeitpunkt der Aufnahme zur Bestimmung der Prävalenz des Typ-2-Diabetes (T2DM) bei Krankenhauspatienten in Deutschland Diabetologie und Stoffwechsel 2016; 11 - FV14 DOI: 10.1055/s-0036-1580761

(4) Maßnahmenplan zur Umsetzung des Gesundheitsziels „Diabetes mellitus Typ 2 Risiko senken und Folgen reduzieren“ auf Landesebene Baden-Württemberg. Herausgeber: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg <http://www.gesundheitsdialog-bw.de/service/publikationen/> 10.1.2018

(5) Jacobs E, Hoyer A, Brinks R, Kuss O, Rathmann W. Burden of Mortality Attributable to Diagnosed Diabetes: A Nationwide Analysis Based on Claims Data From 65 Million People in Germany. Diabetes Care. 2017 Dec;40(12):1703-1709. doi: 10.2337/dc17-0954.

(6) Fritsche A. Diabetes mellitus in der Klinik: Mehr Strukturen schaffen. Dtsch Arztebl 2017; 114(41): [16]; DOI: 10.3238/PersDia.2017.10.13.04

(7) Moghissi ES, Korytkowski MT, DiNardo M, Einhorn D, Hellman R, Hirsch IB, Inzucchi SE, Ismail-Beigi F, Kirkman MS, Umpierrez GE. American Association of Clinical Endocrinologists and American Diabetes Association consensus statement on inpatient glycemic control. American Association of Clinical Endocrinologists; American Diabetes Association. Diabetes Care. 2009 Jun; 32(6):1119-31

(8) Positionspapier der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) zu stationären Versorgungsstrukturen <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/gesundheitspolitik/stellungnahmen/browse/2.html> 18.8.2017

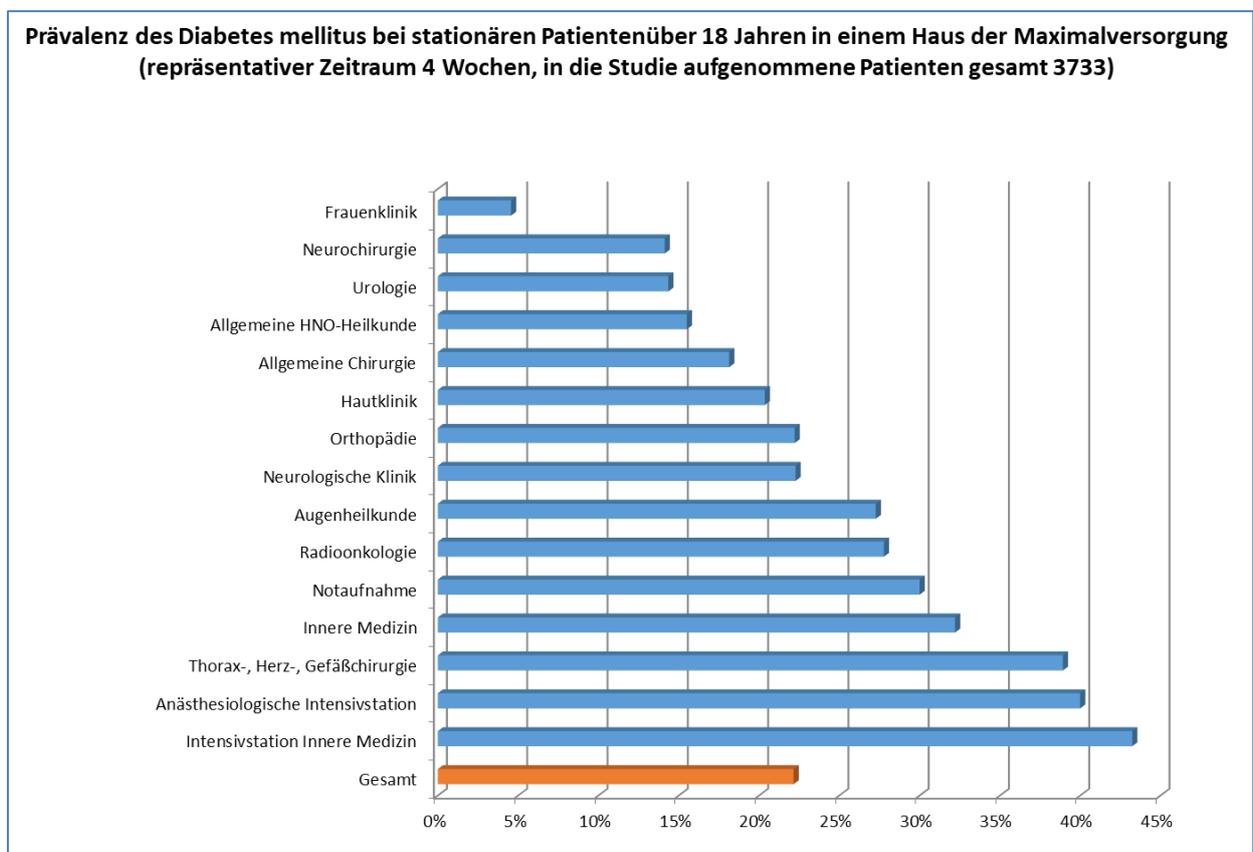


Abbildung 1