

Systematische Analyse der Versorgungssituation bei Diabetes mellitus in Deutschland

***Arbeitspapier als Ergebnis des Workshop Versorgungsstruktur
der Klausurtagung des Nationalen Aktionsforums Diabetes mellitus zur
Umsetzung der Diabetes-Agenda 2010 in Deutschland***

Stephan Martin ¹ und Rüdiger Landgraf ²

¹ Deutsche Diabetes-Klinik, Deutsches Diabetes-Zentrum, Leibniz-Institut an der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

² Diabeteszentrum, Medizinische Klinik Innenstadt, Klinikum der Universität München

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Stephan Martin
Deutsches Diabetes-Zentrum
Leibniz-Institut an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Auf'm Hennekamp 65
40225 Düsseldorf

Tel.: 0211-3382-232 Fax: 0211-3382-360

E-Mail: martin@ddz.uni-duesseldorf.de

Danksagung

Der Workshop wurde von der Deutschen Diabetes-Union (für die Deutsche Diabetes-Gesellschaft, den Deutschen Diabetiker Bund, den Bund diabetischer Kinder und Jugendlicher und den Verband der Diabetesberatungs- und Schulungsberufe in Deutschland) koordiniert * und organisiert. Finanziell wurde der Workshop unterstützt durch die WHO über die Deutsche Diabetes-Klinik und der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Rheumatologie des Universitätsklinikums Düsseldorf in der Funktion als WHO Collaborating Centre in Diabetes und die Aventis-Foundation.

* Fußnote: Die Koordination des Nationalen Aktionsforums Diabetes mellitus wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert.

1. Einleitung

Am 7. Oktober 2004 wurde in Berlin das **Nationale Aktionsforum Diabetes mellitus** gegründet. In diesem Kooperationsverbund finden sich Vertreter aus allen notwendigen Schlüsselorganen und -organisationen zusammen. Diese sollen gemeinsam Strategien und Programme zur Verbesserung der Situation im Bereich des Diabetes mellitus entwickeln. In diesem Zusammenhang fand am 17./18.12.04 in Berlin ein Workshop zum Thema Versorgungsstruktur unter Leitung von Prof. Stephan Martin (Düsseldorf) und Prof. Rüdiger Landgraf (München) statt. Diesen Workshop haben Vertreter verschiedener Vereinigungen und Gruppierungen, die bei der Diabetesversorgung eine wichtige Rolle spielen, mitgestaltet. Bei diesen handelte es sich um: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Deutsche Diabetes-Stiftung, AOK Bundesverband, Roche Diagnostics GmbH, AG „Diabetes und Sport“ der DDG, Deutsche Diabetes-Union, Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG), Deutscher Diabetiker Bund, Ausschuss Dokumentation, Qualitätssicherung und Informationstechnologie der DDG, Verband der Diabetesberatungs- und –Schulungsberufe, Vertreter der Fachdisziplinen Nephrologie, Pädiatrie und Orthopädie, Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschland, Hausärzterverband e. V., Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Verband der Krankenversicherten Deutschland e.V. Alle Institutionen und ihre Vertreter sind im Appendix aufgelistet.

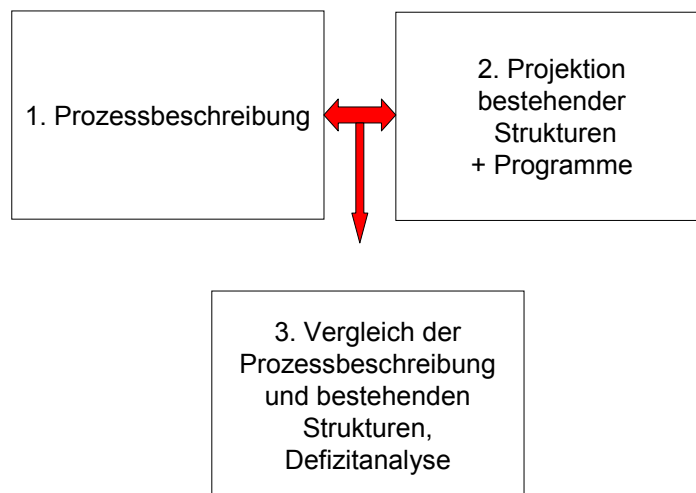
Im Rahmen dieses Workshops wurde ein systematischer Abgleich einer optimalen Diabetesversorgung mit den vorhandenen Versorgungsstrukturen erarbeitet. Die Ergebnisse werden in dieser Arbeit präsentiert, um durch eine öffentliche Diskussion die Konsensfähigkeit der dargestellten Inhalte zu prüfen. Auch wenn in dem Workshop Vertreter von vielen Organisationen anwesend waren, sind möglicherweise wichtige Bereiche oder Maßnahmen für eine optimale Versorgung von Personen mit Diabetes unberücksichtigt geblieben.

Anmerkungen, Änderungs- und Ergänzungsvorschläge können bis 30. Juni 2005 an den Korrespondenzautor übermittelt werden. Anschließend wird versucht die vorgeschlagenen inhaltlichen Ergänzungen oder Änderungen einzuarbeiten, sofern eine Konsensfähigkeit gegeben ist. Sämtliche Kommentare werden anschließend unter Nennung des Verfassers im Appendix aufgeführt.

2. Methodik des Workshops

In der ersten Phase des Workshops wurde losgelöst von bestehenden Versorgungsstrukturen für die Bereiche der ambulanten Diabetesversorgung, der stationären Diabetesversorgung und der Qualitätssicherung eine Idealkonstellation diskutiert (Abb. 1). Die Ereignisse wurden in einer Prozessbeschreibung zusammengefasst, auf die in einer zweiten Diskussionsrunde bestehende Programme und Strukturen projiziert wurden. In einer dritten Phase des Workshops wurden Prozessbeschreibung und bestehende Strukturen abgeglichen und der Bedarf einer Optimierung bestehender Programme bzw. die Entwicklung von neuen Maßnahmen oder einer Schaffung von neuen Strukturen diskutiert.

Abb. 1: *Systematisches Vorgehen des Workshops*



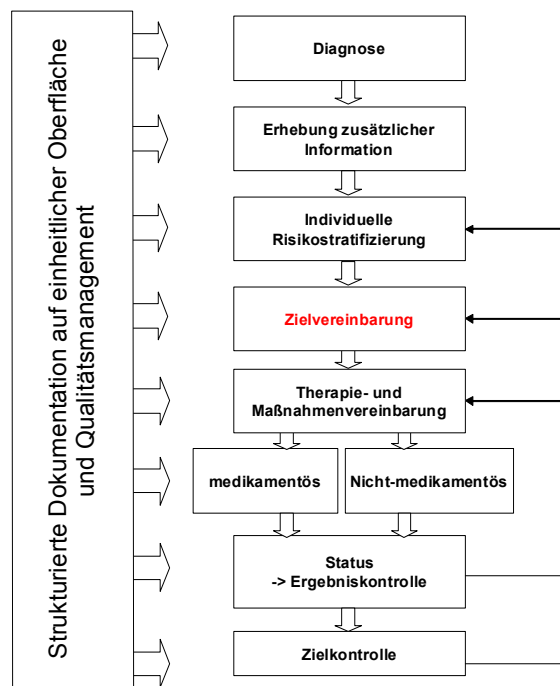
3. Ergebnisse

3.1. Darstellung der Idealvorstellung

3.1.1 Ambulante Diabetesversorgung

Für die ambulante Diabetesversorgung wurde eine Prozessbeschreibung erarbeitet, die bei der Erstdiagnose des Diabetes mellitus Typ 2 beginnt (Abb. 2).

Abb. 2: Prozessbeschreibung bei ambulanter Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus



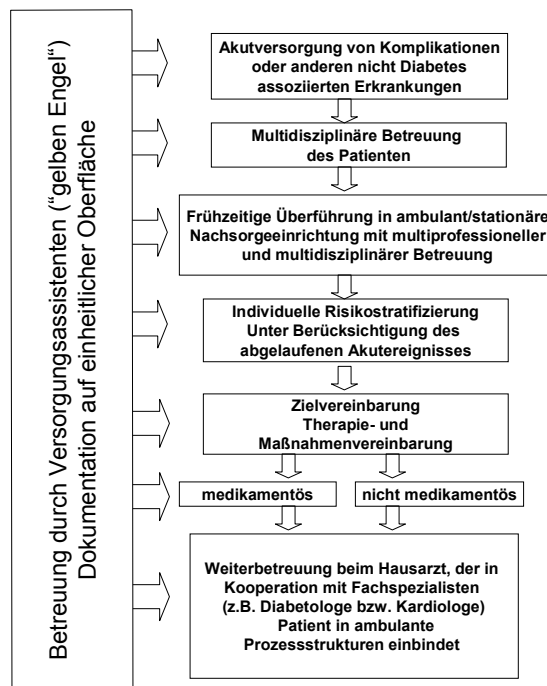
An die Diagnose sollte sich die Erhebung zusätzlicher Informationen anschließen, bei denen weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren sowie Folge- bzw. Begleiterkrankungen erfasst werden. Zusätzlich wurde die Notwendigkeit der Berücksichtigung des psychosozialen Umfeldes mit möglichen psychischen Störungen sowie die Motivationslage und der Sozialstatus des Patienten betont. Basierend auf diesen Informationen sollte eine individuelle Risikostratifizierung erfolgen mit dem Ziel, die künftige Prognose des Patienten und die Möglichkeiten einer Verbesserung zu erfassen. Auf Grundlage der medizinischen Diagnose, psychosozialen Informationen und der individuellen Risikostratifizierung sollte gemeinsam mit dem Patienten eine Zielvereinbarung getroffen werden. Diese wurde als wesentlicher Schritt definiert, da nur auf dieser Basis entsprechende Maßnahmen zur Vermeidung von wahrscheinlichen Ereignissen ergriffen werden können. Die Zielvereinbarung mündet in einer

Therapievereinbarung, in die verschiedene Maßnahmen der nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Therapie sowie Selbstkontroll-Maßnahmen einmünden. Insbesondere bei den nicht-pharmakologischen Maßnahmen wurde hervorgehoben, dass die Änderung des Lebensstils ein zentraler therapeutischer Schritt ist, der unter Nutzung anderer, nicht ärztlicher (z.B. Diabetesberater/in, Diabetesassistent/in, Arzthelfer/in, Altenpfleger/in) oder nicht medizinischer Einrichtungen (z.B. Fitness-Einrichtungen, Sportclubs, Selbsthilfegruppen, Motivationstraining) erfolgen sollte. Nach individuell zu definierenden Zeiträumen sollte eine Ergebniskontrolle der Therapieziele erfolgen mit anschließender Überprüfung der Ziel- und Therapievereinbarungen. Wenn die Ziel- oder Therapievereinbarungen nicht erreicht wurden, muss überprüft werden, ob diese modifiziert werden müssen. Auch bei Erreichen der Therapievereinbarungen kann es möglicherweise zu einer Änderung der Risikostratifizierung kommen, so dass auch hier neue Ziel- bzw. Therapievereinbarungen getroffen werden müssen. Eine durchgehende strukturierte Dokumentation auf einer einheitlichen Oberfläche, die von allen an dem Prozess beteiligten Personen eingesehen bzw. angewendet werden kann (definierte Lese- und Schreibrechte), wurde als dringende Maßnahme zum Qualitätsmanagement definiert (s.u.).

3.1.2 Stationäre Diabetesversorgung

Die Prozessbeschreibung der stationären Diabetesbetreuung wurde am Beispiel eines Patienten mit akutem Myokardinfarkt bei bestehendem Diabetes diskutiert (Abb. 3).

Abb. 3: Prozessbeschreibung bei stationärer Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus und akuten Komplikationen



In diesem Fall wird der Patient in einer spezialisierten Einrichtung (z.B. interventionelle Kardiologie) behandelt. Hier werden Diagnose und Therapie der Akutkomplikationen eingeleitet. Bei der Idealvorstellung sollte der Diabetes durch eine multidisziplinäre Betreuung des Patienten mitbehandelt werden, um eine z.B. eine normnahe Blutglukose-Einstellung in der Akutphase zu erreichen und so die Gesamtprognose des Patienten zu verbessern. Da Patienten zu diesem Zeitpunkt ausführlichen Schulungen, Ziel- oder Therapievereinbarungen nicht zugeführt werden können, sollte lediglich eine problemorientierte Information des Patienten über die Zusammenhänge erfolgen. Unmittelbar nach Abschluss der Akutbehandlung sollte ein solcher Patient an eine qualifizierte, multiprofessionelle bzw. multidisziplinäre Diabetes-Schwerpunktpraxis oder einem Diabetes-Zentrum überwiesen werden. In Frage kommen auch modifizierte Reha-Einrichtungen oder ambulante/stationäre diabetologische Tageskliniken. In dieser Einrichtung sollten Untersuchungen zur Erstellung einer Gesamtdiagnose mit Analyse von Komplikationen wie auch den wichtigen, im Bereich der ambulanten Versorgung schon definierten psychosozialen Faktoren erfolgen. Am Ende dieses Prozesses sollte eine Ziel- und Therapievereinbarung stehen, die mit dem Hausarzt abgestimmt werden

muss. In diesen Zentren muss die Möglichkeit Diabetologen, Diabetesberater und Diabetesassistenten auszubilden etabliert werden, zumal Ausbildung und praktisches Training in der neuen Klinikfinanzierung im Rahmen von DRG's in den Kliniken zunehmend zu kurz kommt. Anschließend sollte der Patient der unter 1.1 dargestellten ambulanten Betreuung zugeführt werden. Somit kann die sich anschließende Status- bzw. Ergebniskontrolle im Rahmen der ambulanten Diabetesversorgung stattfinden. Dabei muss zusätzlich eine interdisziplinäre Behandlung der speziellen Grunderkrankung (z. B. koronare Herzerkrankung) in Kombination mit dem Diabetes erfolgen. Eine strukturierte Dokumentation der Prozessabläufe mit der Möglichkeit der Einsicht durch alle Beteiligten wird auch hier gefordert. Bei dem Transfer des Patienten von der Akuteinheit zur Intermediärversorgung bis zur ambulanten Betreuung wurde die Begleitung durch einen Versorgungsassistenten (eines sogenannten "gelben Engels") gefordert, der zum einen den Patienten emotional sowie logistisch betreut und zum anderen die Prozessabläufe kontrolliert und steuert.

3.1.3 Qualitätsmanagement

Neben den ethischen Ansprüchen ärztlichen Handelns, bestehen gesetzliche (Sozialgesetzbuch V), wissenschaftliche, berufsständische und ökonomische Verpflichtungen zum Qualitätsmanagement. Dieses verpflichtet zu Transparenz der eigenen Leistung durch Dokumentation und Evaluation der eigenen Qualität. Evidenzbasierte Leitlinien, Empfehlungen und Standards sind die Basis in der Betreuung für die von Menschen mit Diabetes und seinen schwerwiegenden Komplikationen. Die Qualität der eigenen Leistung muss im Diabetesteam, in Qualitätszirkeln und auf regionaler Ebene diskutiert werden, um Verbesserungspotenziale zu erarbeiten, Lösungsansätze umzusetzen und diese über kontinuierliches Monitoring zu überprüfen. Qualitätsmanagement erfordert Offenheit und muss für **alle** Beteiligten im Gesundheitswesen zu einem vertrauensbildenden Prozess werden. Ein externes Audit ist dabei ein wesentlicher Bestandteil.

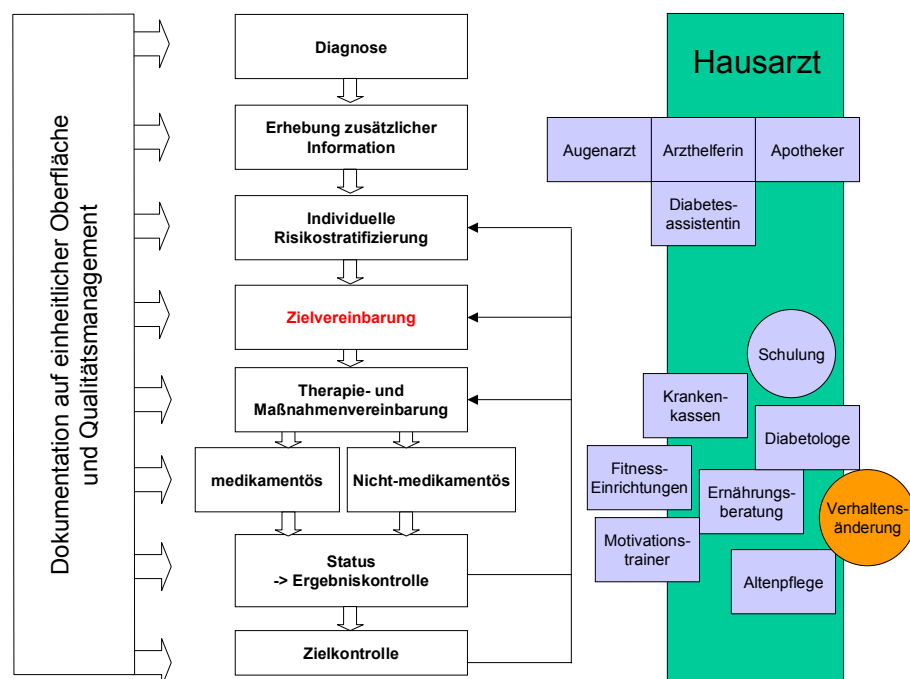
Bei der Diskussion des Qualitätsmanagements wurde neben einer einrichtungsinternen Qualitätssicherung auch eine überregionale Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der relevanten Behandlungsdaten gefordert.

3.2. Projektion der vorhandenen Versorgungsstrukturen auf die Idealvorstellungen

3.2.1 Ambulante Diabetesversorgung

Bei der Diskussion der Prozessstrukturen wurden bereits vorhandene Strukturen berücksichtigt und dabei der Hausarzt als die Institution gesehen, bei der sämtliche Informationen zusammenlaufen könnten (Abb. 4).

Abb. 4: *Projektion der vorhandenen Versorgungsstrukturen auf die Prozessbeschreibung der ambulanten Diabetesversorgung*



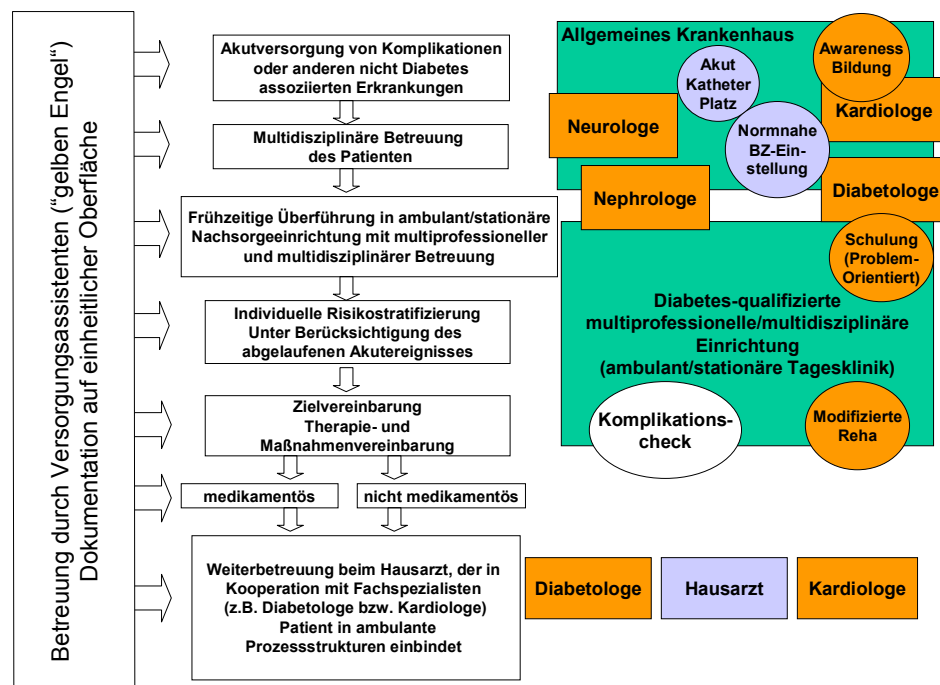
Bei diesem sollte die Diabetesdiagnose systematisch und leitliniengerecht erfolgen. Bei der Erhebung der zusätzlichen Informationen zur Gesamtdiagnose wurde die Bedeutung des Arzt-Patienten-Gesprächs in den Vordergrund gestellt. Aber auch hier sollten zusätzliche Informationen durch andere Personen (Arzthelfer/in, Apotheker, Angehörige, Augenarzt u.a.) eingeholt werden, die während der Behandlung Kontakt zu den Patienten haben. Auch die individuelle Risikostratifizierung sowie die Ziel- und Therapievereinbarung sollten in enger Absprache mit dem Hausarzt erfolgen. Bei den Therapiemaßnahmen wurde die Verhaltensänderung im Zusammenhang mit der Schulung als wesentlicher Punkt diskutiert. Hierzu sollten Diabetologen, Krankenkassen, Ernährungsberater, Fittesseinrichtungen, Altenpflege, möglicherweise

auch Motivationstrainer und die Angehörigen der Patienten eingebunden und die Umsetzung bei der vom Arzt definierten Intervention unterstützen.

3.2.2 Stationäre Diabetesversorgung

Für die Behandlung des Patienten mit einer akuten Komplikation (z.B. Myokardinfarkt) wurde bereits auf der Intensivstation der multidisziplinäre Einsatz von Kardiologe, Diabetologe, und anderen Fachdisziplinen wie z.B. Nephrologe gefordert (Abb. 5).

Abb. 5: Projektion der vorhandenen Versorgungsstrukturen auf die Prozessbeschreibung bei der stationären Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus und akuter Komplikation (Beispiel: Myokardinfarkt)



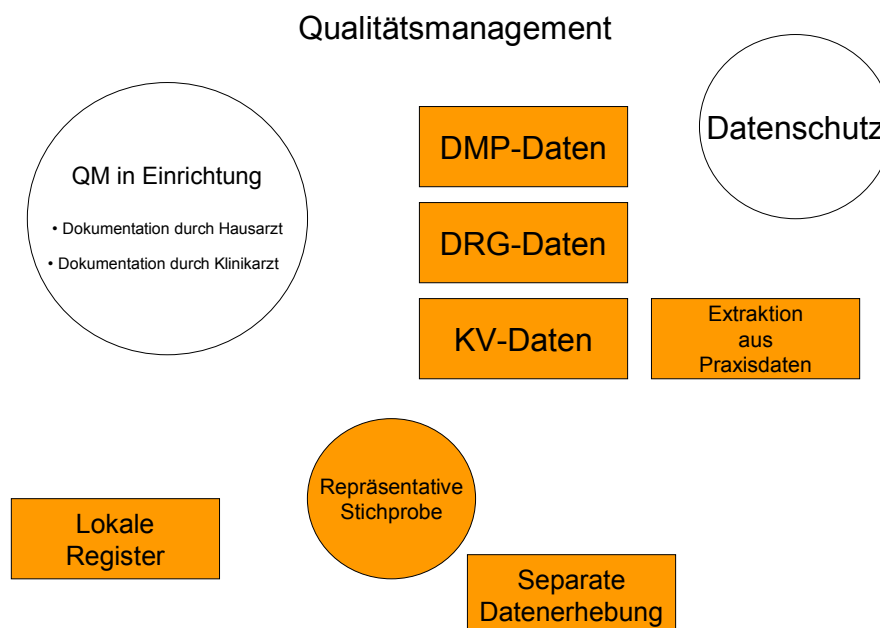
Hier sollte auch die Krankenschwester bzw. die Intensivschwester in die Umsetzung der normnahen Einstellung eingebunden werden. Dazu sollten z.B. Insulinanpassungsschemata in die Hand der Intensivschwestern und -pfleger gelegt werden, die in Abhängigkeit vom aktuellen BZ eigenständig die intravenöse Insulintherapie modifizieren um eine normnahe Stoffwechseleinstellung zu erzielen. Die weitere Versorgung des Patienten nach Abschluss der intensivmedizinischen Betreuung sollte je nach Ausmaß der Grunderkrankung in einer modifizierten Reha-Einrichtung ambulant, stationär oder teilstationär erfolgen. In dieser sollten die Fachdisziplinen wie Kardiologie, Diabetologie, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Fitnessbetreuung mit Einbezug von Angehörigen eng kooperieren, um den Patienten zu einer

Lebensstiländerung zu bewegen. Nach einem akuten Ereignis, das im Zusammenhang mit dem Diabetes mellitus steht, sind Patienten dazu besonders sensibilisiert. In dieser Einrichtung sollten Risikostratifizierung und Vereinbarung von Therapiezielen und -maßnahmen erfolgen. Nach Abschluss dieser Phase sollte der Patient zum Hausarzt überwiesen werden, der in Interaktion mit einem Diabetologen und Kardiologen die weitere Risikostratifizierung mit anschließender Status- und Ergebniskontrolle vornimmt (siehe 2.1).

3.2.3 Qualitätsmanagement

Die bestehenden Dokumentationen durch Hausärzte, Klinikärzte sowie von DMP-Daten, DRG-Daten und KV-Daten wurden aufgeführt. Zusätzlich vorhandene lokale Register zur Erfassung von Amputationen bzw. Erblindungen wurden diskutiert (Abb.6).

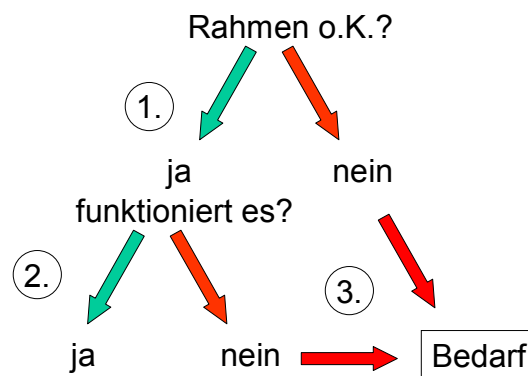
Abb. 6: Projektion der vorhandenen Datenerfassung und Anforderungen bzw. Hinderungsgründe



3.3. Vergleich von Idealvorstellungen und Versorgungsrealität

Nach der Projektion der Versorgungsstrukturen auf die Idealvorstellung wurden in einem ersten Schritt die einzelnen Komponenten zuerst dahingehend überprüft, ob der gesetzliche bzw. aktuelle strukturelle Rahmen den Anforderungen entspricht (Abb. 7).

Abb. 7: *Prinzipielles Vorgehen bei Vergleich von Idealvorstellungen und Versorgungsrealität*



Wenn hier kein Ergänzungsbedarf bestand, wurde in einem zweiten Schritt überprüft, ob dieser Punkt in der Praxis funktioniert. Sowohl bei Defiziten in den gesetzlich-strukturellen Bedingungen oder bei der praktischen Durchführung wurde in einem dritten Schritt der Bedarf definiert. In einem sich daran anschließenden vierten Schritt muss in einer breiten Diskussion in den beteiligten Institutionen überprüft werden, ob bereits an Vorschlägen für eine Abhilfe gearbeitet wird. Falls dies nicht der Fall ist, sollten minimale bzw. optimale Anforderungen definiert werden.

3.3.1 *Diskussion der ambulanten Versorgung*

3.3.1.1 *Erstdiagnose*

Unter Berücksichtigung des bestehenden gesetzlich-strukturellen Rahmens wurde festgestellt (Tab. 1.1), dass die Erstdiagnose zu spät gestellt wird und häufig unzureichende Messverfahren (nur Nüchtern-Blutglukose, nicht OGTT) eingesetzt werden. Zusätzlich würden die Messungen mit nicht validierten Verfahren (z. B. Blutglukose-Selbstkontrollgeräte) durchgeführt. Eine unzureichende Diagnostik des Diabetes würde sowohl im Krankenhaus, beim Hausarzt aber auch bei den Spezialdisziplinen (z.B. Kardiologie) erfolgen. Hierzu wurde der Bedarf gesehen, die Qualitätsanforderungen neu zu definieren. Insbesondere wurde die Aufnahme des OGTT in den gesetzlichen Leistungskatalog gefordert. Das im Rahmen des DMP notwendige Einschreibungsverfahren zur strukturierten Behandlung wurde generell als hinderlich bewertet und eine Vereinfachung gefordert.

Die aktuellen Strukturen erlauben es zwar verfahrenstechnisch, den Diabetes zu diagnostizieren, bei der praktischen Umsetzung erfolgt dies aber nicht systematisch bei Risikopatienten, z.B. Patienten mit metabolischem Syndrom oder KHK-Patienten. Zusätzlich wurde hier der Bedarf einer besseren Differenzialdiagnostik von Typ 1- und Typ 2 Diabetes definiert. Es wurde angeregt, zu definieren, dass eine konsequente Früherkennung von Personen mit Diabetes im Rahmen von Präventionsmaßnahmen erfolgen sollte.

3.3.1.2 *Gesamtdiagnostik*

Bei der "Gesamtdiagnostik" (Tab. 1.2) wurde für den gesetzlich-strukturellen Rahmen, insbesondere beim DMP-Programm, eine unzureichende Nephropathie-Diagnostik erkannt. Das Abfragen des psychosozialen Umfeldes sowie der Motivationslage des Patienten wurde als unzureichend bewertet. Die hierfür im Vergütungsrahmen vorgesehene Zeit sei zu knapp bemessen und müsse durch eine Änderung der Vergütung dem tatsächlichen Aufwand angepasst werden.

Als Faktoren, die zwar strukturell möglich sind, aber in der Praxis nicht funktionieren, wurden eine unzureichende Gefäßdiagnostik, das Fehlen des Screenings auf metabolisches Syndrom (insbesondere Hypertonie und Dyslipoproteinämie), eine unbefriedigende Retinopathie- und Neuropathiediagnostik bei zu langen Wartezeiten bei den Fachärzten (z.B. Augenärzten) genannt.

3.3.1.3 Risikostratifizierung

Bei der Risikostratifizierung (Tab. 1.3) wurden keine gesetzlich strukturellen Defizite gesehen. Es wurde begrüßt, dass das DMP-Programm eine solche Risikostratifizierung ausdrücklich fordert.

Bei der praktischen Umsetzung wurde bemängelt, dass der wissenschaftliche Hintergrund vielen Ärzten nicht bekannt sei und spezielle evidenzbasierte Risikorechner (z. B. UKPDS- oder PROCAM Risikorechner) oder evidenzbasierte Risikoanalysen (z. B. Mellibase) kaum eingesetzt würden. Eine Koppelung solcher Systeme mit der Praxissoftware bzw. DMP-Datenmanagementsystemen sollte erfolgen, auch wenn die Werkzeuge noch nicht abschließend evaluiert sind. Die Nutzung von Ergebnissen im Arzt-Patienten-Gespräch wurde zur Motivation empfohlen.

3.3.1.4 Ziel- und Therapievereinbarungen

Im Bereich der Zielvereinbarungen bzw. der Therapievereinbarungen (Tab.1.4) wurde erneut festgestellt, dass im strukturell gesetzlichen Rahmen eine zu geringe Zeit für das Arzt-Patienten-Gespräch vorgesehen ist. Zusätzlich wurde die fehlende Einbindung von professionellen Raucherentwöhnungsprogrammen als Defizit definiert.

Für die Praxis wurde das Fehlen einer adäquaten Gesprächstechnik für die Patientenmotivation definiert. Zusätzlich sei in der täglichen Praxis der Bereich der Lebensstiländerung, d.h. Abbau von Übergewicht und verstärkte körperliche Aktivität als integraler Bestandteil der nicht-medikamentösen Maßnahmen wie auch die Raucherentwöhnung völlig unterbewertet. In diesem Zusammenhang wurde auch die fehlende Einbindung des Assistenzpersonals und anderer nicht-medizinischer Institutionen als Defizit definiert.

3.3.1.5 Maßnahmen

Bei den Maßnahmen (Tab. 1.5) wurden ebenfalls die fehlenden professionellen Strukturen zur Umsetzung der nicht-medikamentösen Therapie und die zu geringe Zeit für das Arzt-Patienten-Gespräch als Defizit genannt.

Auch bei der praktischen Umsetzung der Ergebniskontrolle (Tab. 1.6) sowie der Überprüfung der Ziel- und Therapievereinbarung (Tab.1.7) wurden ähnliche Punkte wie bei der Zielvereinbarung bzw. Therapievereinbarung (Tab.1.4) genannt.

3.3.2 *Diskussion der stationären Diabetesversorgung*

3.3.2.1 *Akutversorgung auf Intensivstation*

Bei der Diskussion des gesetzlich-strukturellen Rahmens wurden bezüglich der Betreuung des Patienten bei einer Akutkomplikation (z.B. Myokardinfarkt) wurden die fachspezifischen Abteilungsstrukturen in Krankenhäusern als defizitär empfunden (Tab. 2.1). Um eine multidisziplinäre Betreuung des Patienten zu erreichen, sind hier neuartige integrative, fachübergreifende Versorgungsstrukturen im stationären Bereich dringend notwendig. Es wurde darauf hingewiesen, dass Patienten mit Diabetes zum Teil eine unzureichende Behandlung ihrer Stoffwechselkrankheit erfahren würden. Bei Diabetespatienten sollten innovative medizinische Anwendungen wie z.B. Drug-Eluting-Stents in verstärktem Maße eingesetzt werden, falls diese bei Patienten mit Diabetes im Vergleich zu nicht-diabetischen Personen eine stärkere Wirksamkeit zeigen. Damit könnten möglicherweise Folgeuntersuchungen und Folgekosten für Komplikationen (z.B. Restenose) reduziert werden.

Bei der praktischen Umsetzung wurde die Einbindung von Assistenzpersonal wie Krankenschwestern bzw. Intensivschwestern bei der normnahen Blutglukose-Einstellung gefordert. Insbesondere die intravenöse Insulintherapie sollte vermehrt delegiert werden, zumal entsprechende Anpassungsschemata bereits vorliegen.

3.3.2.2 *Diabetesqualifizierte, multiprofessionelle, multidisziplinäre Einrichtung*

Hier sollten neue Strukturen geschaffen werden, z.B. interdisziplinäre Abteilungen, diabetesqualifizierte Krankenhäuser oder modifizierte Reha-Einrichtungen (Tab.2.2). In der postintensiven Betreuung sollten die bereits im Bereich der ambulanten Diabetesversorgung beschriebenen Punkte Risikostratifizierung, Ziel- und Maßnahmenvereinbarungen sowie Einleitung von Maßnahmen der nicht-medikamentösen und medikamentösen Dauertherapie wesentliche Bestandteile sein.

Bei der Diskussion der praktischen Umsetzung wurde die konventionelle Abteilungsstruktur in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen als Defizit genannt, weil sie die interdisziplinäre Behandlung behindert. Komplikations-Check, Awareness-Bildung, problemorientierte Schulung sowie interdisziplinäre Ansätze, den Patienten nach der Akutmaßnahme systematisch auf die Ursachen seiner Erkrankung hinzuweisen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, fehlen.

3.3.2.3 *Transfer zu Hausarzt*

Für den Transfer des Patienten von der Klinik zum Hausarzt wurden keine wesentlichen strukturellen bzw. gesetzlichen Defizite erkannt.

In der Praxis wird vom Hausarzt nach Abschluss der stationären Betreuung die interdisziplinäre Betreuung nicht im geforderten Maße durchgeführt (Tab.2.3). Häufig werden in der Klinik begonnene Therapieschemata in der Praxis nicht fortgesetzt oder qualitätsmindernd geändert. Andererseits lässt die Transferqualität von der Klinik zum Hausarzt und umgekehrt sehr zu wünschen übrig.

3.4. *Qualitätsmanagement*

3.4.1 *Qualitätsmanagement in den Kliniken*

Der gesetzliche Rahmen schreibt Maßnahmen vor, die jedoch unzureichend ausgearbeitet wurden und in der Praxis keine Anwendung gefunden haben (Tab.3.1).

3.4.2 *Überregionale Qualitätssichernde Maßnahmen*

Aufgrund des Datenschutzes sind große Hindernisse vorhanden, eine systematische Qualitätssicherung auf regionalem bzw. überregionalem Bereich darzustellen (Tab.3.2). Hier wurde die Überprüfung des Datenschutzes im Interesse der Patienten angeregt. Im Zusammenhang mit den bestehenden Strukturen wurden lokale Register bzw. eine separate Datenerhebung einer repräsentativen Stichprobe angeregt. Dies ist in Einzelstudien bereits erfolgt und könnte systematisiert werden.

4. Schlussfolgerung

Der hier dargestellte systematische Abgleich einer idealen Versorgung von Personen mit Diabetes mit den bestehenden Versorgungsstrukturen ergibt eine Vielzahl an Defiziten. Dabei liegen diese zum Teil in Unzulänglichkeiten im gesetzlich-strukturellen Rahmenbedingungen, zum anderen aber auch in der praktischen Umsetzung der bereits möglichen Maßnahmen. Im Anbetracht der großen medizinischen, aber auch gesundheitsökonomischen Sprengkraft des Diabetes mellitus und seinen Folgeerkrankungen muss kritisch diskutiert werden, ob dazu nicht neu zu entwickelnde Institutionen (z.B. Netzwerkbildung, flächendeckende Versorgungszentren) benötigt werden, die den Hausarzt und die Krankenhäuser bei der Betreuung von Personen mit Diabetes unterstützen. Durch diese Maßnahmen ist zu hoffen, dass die notwendige integrierte Versorgung von Personen mit Diabetes flächendeckend gewährleistet wird.

Appendix

Liste der Teilnehmer / Unterzeichner

Jutta **Bürger-Büsing**, Bund Diabetischer Kinder und Jugendlicher e.V.
Henning **Franke**, Roche Diagnostics GmbH
Dr. Peter **Froese**, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
Ulla **Gastes**, Deutsche Diabetes-Stiftung
Professor Bertram **Häussler**, IGES GmbH / CSG - Clinische Studien Gesellschaft mbH
Dr. Steffen **Hilfer**, AOK-Bundesverband - Stabsbereich Medizin
Dr. Georg **Holfelder**, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.
Professor Reinhard **Holl**, Deutsche Diabetes-Union / Bund Diabetischer Kinder und Jugendlicher e.V.
Rosmarie **Johannes**, Deutsche Diabetes-Union / Deutscher Diabetiker Bund e.V.
Dr. Wolf-Rüdiger **Klare**, Initiativgruppe/AG der Deutschen Diabetes-Gesellschaft "Diabetes und Sport" e.V.
Volker **Krempel**, Deutscher Diabetiker Bund e.V. - Bundesvorsitzender
Professor Rüdiger **Landgraf**, Ausschuß Dokumentation, Qualitätssicherung und Informationstechnologie der Deutschen Diabetes-Gesellschaft
PD Dr. Karin **Lange**, Medizinische Hochschule Hannover - Abt. Medizinische Psychologie / Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diabetologie
Dr. Holger **Lawall**, Klinikum Karlsbad-Langensteinbach
PD Dr. Rainer **Lundershausen**, Regionalgesellschaften der DDG: Thüringer Gesellschaft für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten e.V.
Professor Stephan **Martin**, Deutsches Diabetes-Zentrum, Leibniz-Institut an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Gudrun **Michels**, Deutsche Diabetes-Union / Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe
Dr. Uta **Müller**, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
Dr. Ulrike **Rothe**, Berufsverband Deutscher Diabetologen / Sächsische Gesellschaft für Stoffwechsel und Endokrinologie
Dipl. Med. Hans-Jürgen **Schreckling**, Diabetes Klinik Bad Mergentheim
Dietmar **Simoneit**, Deutsche Diabetes-Union / Deutscher Diabetiker Bund e.V.
Professor Eberhard **Standl**, Deutsche Diabetes-Union e.V. - Präsident
Dr. Diethard **Sturm**, Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands - Hausärzteverband e.V.
Wilhelm **Thelen**, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Professor Diethelm **Tschöpe**, Herz- und Diabeteszentrum NRW / Ordinarius der Universitätsklinik der Ruhr-Universität / Stiftung "Der herzkranke Diabetiker" in der DDS
Dr. Ingbert **Weber**, Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland
Prof. Hans Henning **Wetz**, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.
Heinz **Windisch**, Verband der Krankenversicherten Deutschlands e.V.