

Literatur

Von Sengbusch S., Eisenmann N., Müller-Godeffroy E., Lange K., Dördelmann J., Erdem A., Menrath I., Borkelmann J., Krasmann M., Kaczmarczyk P., Bertram B., Hiort O., Katalinic A., Frielitz F. (2020). Outcomes of monthly video consultations as an add-on to regular care for children with typ 1 diabetes: a 6-month quasi-randomized clinical trial followed by an extension phase. *Pediatric Diabetes* 2020; DOI: 10.1111/ped.13133

Anhang

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022

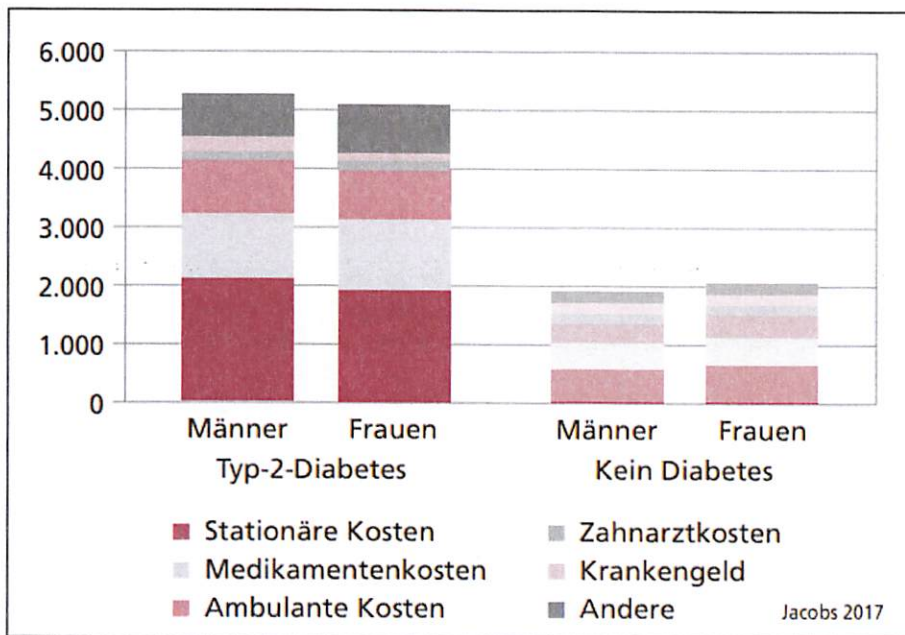


Abb. 1:
Kosten in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems nach Geschlecht für das Jahr 2010

Diese Arbeit legt dar, dass besonders die stationären Kosten bei Menschen mit diabetologischer Stoffwechsellage erheblich höher liegen als bei entsprechender Kontrollgruppe ohne Diabetes mellitus.

werden immer weniger Pflegekräfte intern oder extern im Bereich Diabetes fort- und weitergebildet. Dies bedeutet, dass die adäquate Patientenbetreuung in der Diabetologie mittelfristig in Gefahr ist (Siegel E/Siegel E, 2021).

Hier sehen wir zwei zentrale Forderungen:

Zum einen müssen Anreizsysteme für professionell Pflegende geschaffen werden, sich diabetologisch zu qualifizieren:

1. Finanzierung von Weiterbildungsmaßnahmen zur Entlastung der Einrichtungen
2. Honorierung der erworbenen Qualifikation und des Einsatzes im diabetologischen Bereich für die Absolventen analog einer Fachweiterbildung

Eine zweite Forderung ist die Abbildung von Diabetesberatung und -schulung (sprechende Medizin) in den Honorierungssystemen der Kliniken (DRGs, Prozeduren), um die Implementierung von Diabetesexpertise in den Kliniken zu fördern und zu festigen. Gleichermaßen sollte die weitergehende diabetologische Qualifizierung von Pflegekräften in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen honoriert werden.

3. *Schaffung von Anreizsystemen hinsichtlich der Erfordernisse einer modernen Diabetologie und der Patientensicherheit*

Qualifikationsbedarf (siehe 1)

Pflegerische Zusatzleistungen sind unabdingbar für die Patientensicherheit und zur Unterstützung einer modernen Diabetologie (Stichwort Telemedizin). Der Zusatzaufwand (Anlegen von CGM/FGM-Systemen, Auslesen entsprechender Datenträger, Reaktionen auf Alarmer, Austausch mit Diabetolog*innen/Diabetesberater*innen bezüglich einer Therapieoptimierung) ist derzeit im Leistungskatalog nicht hinterlegt, da dafür aktuell keine Erhebungen/Studien vorliegen. Diese zusätzlichen Aufgaben erweitern das Leistungsspektrum professionell Pflegenden, müssen aber entsprechend honoriert werden.

Der Nutzen telemedizinischer Versorgung ist in der Pädiatrie im Rahmen zum Beispiel der ViDiKi-2.0-Studie gut untersucht und belegt (Sengbusch et al., 2020).

Innovative Angebote könnten auch von examinieren Pflegenden, vor allem in der ambulanten Versorgung und stationären Langzeitbehandlung, begleitet werden. Die Daten von CGM-Systemen, Blutzuckermessgeräten, Insulinpumpen und digitalen Pens könnten von Pflegenden aufbereitet, ausgewertet und in Clouds hochgeladen werden. Erste honorierte telemedizinische Arbeiten sind in der ambulanten Pflege bezüglich Anlage von CGM-Systemen und Auswerten der Daten verankert. Eine Ausweitung wäre auch in der stationären Langzeitpflege sinnvoll, um dann eine optimale und schnelle Kontaktaufnahme zum Diabetesexperten zu gewährleisten. Fort- und Weiterbildung der examinieren Pflegenden und eine adäquate Vergütung sind Grundvoraussetzung für dieses erweiterte Arbeitsfeld.

4. Förderung der Bildung und Verankerung von diabetologischen Netzwerken

Analog den etablierten Palliativ-Netzwerken sollen diabetologische Netzwerke implementiert werden, die sektorenübergreifend die Koordination der Versorgung von Menschen mit diabetologischer Stoffwechsellage steuern und überwachen. Gerade zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen (Akutpflege, Langzeitpflege, diabetologische Expertise im stationären und ambulanten Bereich) führen Überleitungsprobleme zur Gefährdung der Patientensicherheit.

Quelle: Auzanneau, Marie; Fritsche, Andreas; Icks, Andrea; Siegel, Erhard; Kilian, Reinhold; Karges, Wolfram; Lanzinger, Stefanie; Holl, Reinhard W.

Eine bundesweite Analyse aller stationären Fälle mit und ohne Diabetes zwischen 2015 und 2017; Diabetes in the hospital – a nationwide analysis of all hospitalized cases in Germany with and without diabetes, 2015–2017. Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 407-12; DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0151

Ausführungen zu den Forderungen

- 1. Diabetologische Nachqualifikation durch Fort- und Weiterbildung von professionell Pflegenden in jeder ambulanten und stationären Einrichtung der Langzeitpflege, Psychiatrie und in der Akutpflege für eine evidenzbasierte Pflege*

Die Ausbildung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger, Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger*in und neu zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann führt weiterhin zu sehr unterschiedlichen Kompetenzen bezüglich der Versorgung von Menschen mit diabetologischer Stoffwechsellage. Die Ausbildungsstätten (Pflegesschulen, Hochschulen und ausbildende Einrichtungen) sind gesetzlich verpflichtet, die Rahmenlehrpläne für die Theorie und Praxis der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz in Schulcurricula zu modellieren. Das heißt, jede Ausbildungsstätte kann selbst entscheiden, welchen Schwerpunkt der Diabetes mellitus innerhalb ihres Curriculums hat.

Über die Ausbildung hinaus sollen Pflegekräfte diabetologische Kompetenzen im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen erhalten. Diese könnten im Rahmen von klinikinternen oder -externen Bildungsmaßnahmen vermittelt werden.

Um eine diabetologische Fachkompetenz examinierter Pflegekräfte patientennah in allen Bereichen der stationären Versorgung zu gewährleisten, wäre pro Station eine Qualifikation von mindestens zwei Vollzeitstellen examinierter Pflegenden (Vollzeitstelle kann auch durch entsprechende Anzahl von Teilzeitkräften besetzt sein) erforderlich.

Im ambulanten Pflegebereich und in der stationären Langzeitpflege sollten pro Pflegedienst beziehungsweise Pflegeeinrichtung zwei Vollzeitstellen examinierter Pflegenden (Vollzeitstelle kann auch durch entsprechende Anzahl von Teilzeitkräften besetzt sein) diabetologisch fort- oder weitergebildet werden.

In Rehabilitationszentren und Psychiatrien sind gerade diabetologisch erkrankte Menschen über einen längeren Zeitraum und benötigen daher unbedingt die pflegerische diabetologische Expertise bezüglich der Patientensicherheit.

- 2. Schaffung von Anreizsystemen sowohl für Institutionen als auch professionell Pflegenden zur Steigerung der pflegerisch-diabetologischen Expertise*

Im deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2022 wird kritisch über die seit 20 Jahren zu verzeichnende Abwärtsspirale der diabetologischen Expertise in deutschen Kliniken berichtet: Das heißt, es gibt kein Anreizsystem bezüglich diabetologischer Qualifikation. Hier zeichnet sich der Zwiespalt zwischen den steigenden Zahlen an diabetologisch erkrankten Menschen und dem steigenden Versorgungsbedarf in Kliniken ab und andererseits der abnehmenden Anzahl an Diabetesexpert*innen (Diabetolog*innen, Diabetesberater*innen DDG) im stationären Bereich. Zusätzlich

Positionspapier/Forderungen #WeiterbildungWeilPflegerInEsWertSind!

1. Diabetologische Nachqualifikation durch Fort- und Weiterbildung von professionell Pflegenden in jeder ambulanten und stationären Einrichtung der Langzeitpflege, Psychiatrie und in der Akutpflege für eine evidenzbasierte Pflege
2. Schaffung von Anreizsystemen sowohl für Institutionen als auch professionell Pflegende zur Steigerung der pflegerisch-diabetologischen Expertise
3. Schaffung von Anreizsystemen hinsichtlich der Erfordernisse einer modernen Diabetologie und der Patientensicherheit
4. Förderung der Bildung und Verankerung von diabetologischen Netzwerken

Hintergrund zu den politischen Forderungen

Im Rahmen einer bundesweiten Analyse aller stationären Fälle mit und ohne Diabetes in den Jahren 2015 bis 2017 wurden zentrale Ergebnisse publiziert:

- Rund 18 Prozent (circa drei Millionen) der 16,4 bis 16,7 Millionen stationären Fälle hatten eine Haupt- oder Nebendiagnose Diabetes (damit hatte jeder **fünfte Patient** im Krankenhaus einen Diabetes mellitus).
- Die Zahlen beziehen sich auf diagnostizierten und bekannten Diabetes mellitus; wird der **unerkannte** Diabetes mitberücksichtigt, liegt die Prävalenz im stationären Bereich wahrscheinlich noch höher! Und damit auch der Versorgungsaufwand!
- Im Vergleich zu den Fällen ohne Diabetes lag die Verweildauer bei Menschen im Alter von 40 bis 49 Jahren und Typ-1-Diabetes mellitus signifikant höher als bei der Vergleichsgruppe (7,3 Tage versus 4,5 Tage).
- Die Krankenhaussterblichkeit lag in Fällen mit Diabetes mellitus höher als bei den Fällen ohne Diabetes (vor allem in der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre: 3,7 Prozent versus 2,8 Prozent bei den Fällen ohne Diabetes).

Nur 17 Prozent der Kliniken haben eine diabetologische Qualifizierung (DDG-Zertifizierung) in Deutschland. Stoffwechselentgleisungen wie Hypo- und Hyperglykämie und Komorbidität erfordern ein flexibles und individuelles Management im stationären Setting. Die rasante Weiterentwicklung der medikamentösen Therapie des Diabetes mellitus (Insuline, orale Antidiabetika, Inkretine) und die technologischen Neuerungen (Insulinpumpen, Glukosesensoren, Hybridsysteme) erfordern eine Expertise mit stetigem Bedarf der Wissensaktualisierung.

Insgesamt zeigt die Studie auf, dass sich im stationären Setting ein hoher Versorgungsbedarf abzeichnet, um die immer älter werdenden, oft multimorbiden Patienten mit Diabetes mellitus versorgen zu können. Eine unzureichende Versorgung birgt die Gefahr höherer Komplikationsraten und eine längere Liegedauer.