



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel



Deutsche Diabetes Gesellschaft



Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.

Positionspapier DDG / DGIM / DGE zu stationären Versorgungsstrukturen

Ausgangslage

In jüngster Zeit werden in Kliniken und Klinikverbänden Abteilungen für Allgemeine Innere Medizin oder für Innere Medizin mit zusätzlichem Schwerpunkt für Diabetes, Endokrinologie und Stoffwechsel aufgelöst oder drastisch verkleinert. Diese Entwicklung betrifft nicht nur Krankenhäuser privater Betreiber, sondern auch kommunale Einrichtungen und ist besonders in städtischen Ballungsräumen zu beobachten (zwei Beispiele neben einigen anderen sind die Asklepios Krankenhäuser in Hamburg und die Städtischen Kliniken in München). Gründe, die für diese Entwicklung vorgebracht werden, sind vor allem ökonomische, die durch eine bislang schlechte Abbildung und Vergütung allgemeininternistischer, diabetologischer und endokrinologischer Leistungen im DRG-System bedingt sind.

Ganz entgegengesetzt zu dieser Entwicklung erhöht sich jedoch durch die demographische Entwicklung mit einer zunehmend alternden Bevölkerung mit chronischen Erkrankungen der Bedarf an allgemeininternistischen und diabetologischen stationären Einrichtungen. Ab 2030 werden mehr als 30% der Bevölkerung älter als 65 Jahre sein und an mehr als einer chronischen nicht übertragbaren Krankheit leiden (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes und muskuloskelettale Erkrankungen). Bei den über 75-Jährigen werden sogar 20-35% von fünf oder mehr chronischen Erkrankungen gleichzeitig betroffen sein. Diese Erkrankungen bei Älteren und Alten kann man keineswegs als „geriatrisch“ einstufen. Sie sind somit auch nicht nur in geriatrischen Abteilungen adäquat zu behandeln.

Bei den chronischen Erkrankungen nimmt besonders der Typ-2-Diabetes zu, derzeit sind ca. 7-8% der Gesamtbevölkerung betroffen, und die absolute Zahl steigt um etwa 300.000 jedes Jahr. Die Zahl der Patienten mit Diabetes ist im Zeitraum von 1988 bis 2012 um 38% gestiegen. In der Altersgruppe der 70-79 jährigen beträgt die Diabetesprävalenz 20%. Jährlich werden >40 000 Amputationen, 2000 Erblindungen und circa 2300 Niereninsuffizienzen mit Dialysepflicht durch Diabetes verursacht. Von den ca. 18.5 Millionen stationär in Deutschland im Jahr betreuten Patienten gibt es ca. 6 Millionen mit der Nebendiagnose Diabetes. Neben dringend notwendigen und breit angelegten Diabetes-Präventionsmaßnahmen sehen die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) einen dringenden Handlungsbedarf in der Sicherstellung und im Ausbau von stationären Versorgungsstrukturen, die garantieren, dass die Betroffenen sektorenübergreifend eine qualitätsgesicherte und interdisziplinäre Behandlung erfahren. Bei multimorbiden komplexkranken Patienten können durch die breiten konservativen Fächer der o.g. Fachgesellschaften Behandlungsziele individuell besser festgelegt, priorisiert und abgestimmt werden. Bei stationär durchgeführten Eingriffen (z.B. Operationen, Gefäßinterventionen) lassen sich so peri-interventionelle Stoffwechsellentgleisungen oder Organfunktions-einschränkungen (z.B. Nierenfunktion) primär verhindern und sekundär effektiver therapieren. Im interdisziplinären und interprofessionellen Ansatz kann so schneller die ambulante Weiterversorgung früher geplant und eingeleitet werden. Hierdurch lassen sich klar neben der eindeutigen Verminderung von Komplikationen, Verbesserung der Outcomes und der Prognose Liegezeiten im stationären

Bereich verkürzen und Kosten im Gesundheitswesen sparen. Bislang werden diese konservativen Komplexbehandlungen nicht adäquat im Fallkostenpauschalen-System der DRGs abgebildet. Insbesondere schlagen hier auch die konsiliarisch durchgeführten Leitungen in anderen Abteilungen (z.B. internistische und endokrinologisch-diabetologische konsiliarische Betreuung in operativen- oder neurologischen Abteilungen) nicht zu Buche.

Für die Aus- und Weiterbildung von allgemein tätigen Internisten ist es sehr wichtig, dass Einrichtungen bestehen bleiben, die die gesamte internistische Weiterbildungszeit anbieten können und den Voraussetzungen für Allgemeine Innere Medizin gerecht werden. Dies ist vor allem für den Erhalt und die Verbesserung der Qualitätsstandards der hausärztlich tätigen Internisten sehr wichtig. Genauso sind diese Einrichtungen für die umfassende Weiterbildung in Diabetologie und Endokrinologie essentiell. Hier droht durch die Abteilungsschließungen ein Engpass, der die Zahl von Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie und Diabetologie empfindlich reduzieren wird. Der daraus resultierende Fachärztemangel wird unabsehbare Folgen für die stationäre und ambulante Patientenversorgung haben.

Was ist zu tun?

Die oben skizzierte Entwicklung zur Prävalenz älterer multimorbider Patienten mit Stoffwechsellankungen in Deutschland macht es zwingend erforderlich, in der stationären Versorgung den zukünftigen Bettenbedarf zu erfassen und adäquate Abteilungsstrukturen vorzuhalten und weiterzuentwickeln, die eine breite interdisziplinäre internistische Versorgung ermöglichen. Diese Versorgung muss durch einen integrativen Ansatz eine abgestimmte und wirtschaftliche Behandlung gerade älterer Menschen mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen weiter sicherstellen und verbessern. Durch die folgenden Punkte kann dieser Ansatz umgesetzt werden:

1. Die von den Fachgesellschaften entwickelten Qualitätskriterien für Einrichtungen in der stationären Versorgung müssen von staatlichen Instituten wie dem IQTiG validiert und in der Fläche ausgerollt werden.
2. Zur Stärkung und Sicherstellung eines "Common Trunk" in der Aus- und Weiterbildung zum Internisten muss der Anteil von stationären Einrichtungen mit Allgemein-Internistischem Schwerpunkt konstant bleiben
3. Stationäre Einrichtungen mit endokrinologisch-diabetologischem Schwerpunkt müssen erhalten und in Regionen mit Unterversorgung ausgebaut werden
4. Verbesserung der Abbildung konservativer Therapien und Komplexbehandlungen im DRG-System.

5. Bei der Definition medizinischer Standards für die Versorgung von Menschen mit Hormon- und Diabeteserkrankungen und anderen chronischen Erkrankungen ist die Einbindung der medizinisch-wissenschaftlichen Expertise durch die Fachgesellschaften unerlässlich.

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen muss vor dem Hintergrund der geschilderten Ausgangslage im individuellen Patienten-Interesse und gesamtgesellschaftlich langfristig medizinisch und wirtschaftlich gesichert werden. Die Innere Medizin und die Endokrinologie-Diabetologie sind als typische Querschnittsfächer besonders interdisziplinär ausgerichtet. Sie haben eine ganzheitliche Sicht auf medizinische Zusammenhänge und Probleme. Durch bereits bestehende Qualifizierungs- und Zertifizierungsprogramme für unterschiedliche Sektoren und Berufsgruppen sind Möglichkeiten für ein Versorgungsnetz geschaffen, das optimal genutzt werden kann.

Prof. Dr. med. Baptist Gallwitz

Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Ulrich R. Fölsch

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Prof. Dr. med. Martin Reincke

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Quellen:

1. Robert Koch Institut. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Gesundheit in Deutschland. Berlin, Nov. 2015.

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf (Zugriff 14.02.2015)

2. Deutsche Diabetes Gesellschaft & diabetesDE – Deutsche Diabetehilfe. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2016. Kirchheim Vlg. Mainz 2016.

http://www.diabetesde.org/fileadmin/users/Patientenseite/PDFs_und_TEXTE/Infomaterial/Gesundheitsbericht_2016.pdf (Zugriff 14.02.2015)

3. Fuchs J, Busch M, Lange C et al. (2012) Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany – results of the German Telephone Health Interview Survey »German Health Update (GEDA) 2009«. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 55: 576–586