Bessere Therapie für diabetische Patienten im Krankenhaus

Plädoyer für „interstationäre“ Diabetologie

Liebe Leserinnen und Leser,

wenn man Kollegen auf das Thema Diabetestherapie im Krankenhaus anspricht, so entsteht ein sehr heterogenes Bild. Häufig wird angemerkt, dass die Diabetologie ein ambulantes Fach sei und daher die Einstellung des Diabetes im Krankenhaus keine Rolle mehr spielt. Dies stimmt im Hinblick darauf, dass man sich in der Tat bei den meisten Krankenhäusern in Deutschland nicht um die Diabeteseinstellung kümmert. Dabei haben bis zu 40% der stationären Patienten als Nebendiagnose einen Diabetes mellitus.

Erhöhte Blutzuckerwerte sind bei stationären Patienten mit gesteigerter Morbidität, Mortalität und Kosten verbunden. Besondere Aufmerksamkeit erlangte das Thema durch die Studien der Arbeitsgruppe um Grit van den Berghe aus Leuven in Belgien, die für eine normnahe Diabeteseinstellung eine reduzierte Mortalität bei kritisch kranken Personen belegt hatte. Da diese Ergebnisse in Multicenterstudien nicht bestätigt werden konnten und Gefahren mit Hypoglykämien assoziiert werden, fühlen sich viele darin bestärkt, dass der Diabetes im stationären Betrieb eher ein Randthema ist.

Normnahe und normnahe Einstellung des Blutzuckers ist nicht immer dasselbe

Nun sind aktuell zwei Publikationen dazu erschienen. Zum einen ist dies ein systematisches Review zu Studien mit einer intensivierten Insulintherapie bei stationären Patienten [1], zum anderen entsprechende Leitlinien des American College of Physicians (ACP) [2]. Demnach gibt es keine ausreichende Evidenz für den Nutzen einer normnahen Blutglukosekontrolle im Krankenhaus.

Doch Vorsicht, die in den Studien untersuchten Therapieziele und die in den Leitlinien enthalten Empfehlungen für den klinischen Alltag sind von der Realität weit entfernt. Wenn in den Arbeiten von intensivierter Insulintherapie im Krankenhaus gesprochen wird, dann ist eine intravenöse Insulintherapie gemeint, mit der normnahe Glukosespiegel zwischen 80 und 110 mg/dl erreicht werden, während die Glukosewerte in den jeweiligen Kontrollgruppen unter 200 mg/dl lagen. Die ACP-Empfehlungen raten von der intravenösen Insulintherapie ab, wenn es darum geht, bei kritisch kranken Patienten auf Intensivstationen die Blutglukose in den „normnahen“ Bereich zu bringen. Hier sollen Zielwerte zwischen 140 und 200 mg/dl erreicht werden, und für die Realität im Krankenhaus ist dies bereits eine erhebliche Herausforderung.

Genaue Zahlen zur Qualität der Blutzuckereinstellung in stationären Einheiten gibt es nicht. Eine Erhe-

bung der Universitätsklinik Düsseldorf ergab, dass bei mit Insulin behandelten Patienten in nur einem Drittel die perioperativ geforderten Blutglukosemessungen überhaupt gemacht wurden [3]. Analysen der Häufigkeit des Diabetes mellitus anhand der ICD-Codierung zeigen, dass die Prävalenz im Krankenhaus häufig nur halb so groß ist wie in der Allgemeinbevölkerung beschrieben. Dabei müsste sie aufgrund der Alters- und Morbiditätsstruktur stationärer Patienten höher sein als in der Allgemeinbevölkerung.

Die Nachteile der Betrachtung der Diabetologie als ambulantes Fach sind eklatant, da dies zu erheblichen Defiziten in der ärztlichen Ausbildung führt. Und dies fatalerweise bei einer Erkrankung, für die die Prävalenz jedes Jahr steigt. Die mit erhöhten Blutglukosewerten assoziierten Komplikationen wie Wundinfektionen führen zu einer schlechteren Behandlungsqualität und sich daraus ergebenden längeren Klinikaufenthalten. Jedoch ist es auch beim besten Willen schwierig, die Blutglukose prä- und postoperativ gut einzustellen. Grundlage wären korrekte Blutzuckermessungen, die vor den Mahlzeiten und nicht dann erfolgen, wenn es der Stationsalltag erlaubt. Zudem kommt es durch Infektionen, Inaktivität und durch das Absetzen von Metformin zu einer perioperativen Stoffwechselentgleisung. Als Therapie bietet sich dann nur eine dynamische subkutane Insulintherapie an, die sehr individuell angepasst werden muss. Solche Pläne sind in keinem der Krankenhausinformationssysteme (KIS) vorgesehen.

Wir brauchen neue Strukturen für die stationäre Diabetestherapie

Diese Auflistung der Herausforderungen zeigt, dass wir neue Strukturen für die stationäre Diabetestherapie benötigen. Wir brauchen nicht mehr die stationäre Diabetesunit, die schlecht eingestellte Patienten gut einstellt, sondern die „interstationäre“ und interdisziplinäre Diabetologie, die sich wie das Labor oder die Radiologie um alle Patienten kümmert, die erhöhte Blutglukosewerte haben. Diese Abteilungen müssen zusätzlich mit den diabetologischen Schwerpunktpraxen vernetzt sein, damit die poststationäre Nachbetreuung der Patienten gewährleistet ist. Die Zauberworte sind „interdisziplinär“ und „intersektoral“, also fast die Quadratur des Kreises!

Stephan Martin

1. Kansagara et al. Ann Intern Med 2011;154:268–82.

2. Qassem et al. Ann Intern Med 2011;154:260–7.

3. Ley SC et al. Der Diabetologe 2008;4:13–9.

Prof. Dr. med.
Stephan Martin,
Chefarzt für
Diabetologie am
Verbund der Ka-
tholischen Kliniken
Düsseldorf (VKKD)
und Direktor des
Westdeutschen
Diabetes- und
Gesundheitszen-
trums Düsseldorf,
Herausgeber von
Info Diabetologie