Fazit

- Für eine gut funktionierende Überleitung zwischen der ambulanten Versorgung und der Klinik ist eine aussagekräftige Überleitungsdokumentation auf beiden Seiten – ärztlich und pflegerisch – essenziell.
- Im Überleitungsbogen müssen u. a. genaue Angaben zum Diabetes-Typ, zum Essverhalten, zur medikamentösen Therapie und zum Diabetes-Selbstmanagement enthalten sein.
- Wiedereinweisungen („Drehtüreffekte“) können ein Zeichen für Fehler im Schnittstellenmanagement sein.

Empfehlungen zur Überleitung

Für die Überleitung von Pflegebedürftigen mit Diabetes können Handlungsempfehlungen aus den benannten Praxisproblemen und den bereits formulierten gesetzlichen Regelungen abgeleitet werden, die auch mit weniger bürokratischem Überbau realisierbar sind. Die Überleitung sollte möglichst durch spezialisiertes Fachpersonal, d. h. in der Klinik durch eine Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik) und in den Pflegeeinrichtungen durch eine Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit), verantwortet werden. Dieses spezialisierte Personal sollte als Ansprechpartner mit Kontaktdaten in einem speziellen Überleitungsbogen benannt werden, damit langfristig eine enge institutionenübergreifende Zusammenarbeit und eine kontinuierliche Verbesserung der Überleitung gesichert ist.

In Anlehnung an bereits gut erprobte Dokumente des internen Diabetes-Kon-

sils, wie sie für die Zertifizierung „Klinik für Diabetes-Patienten geeignet (DDG)“ verwendet werden, wurde im Arbeitskreis Diabetes-Pflege-Management der Arbeitsgemeinschaft Geriatrie & Pflege der DDG ein Überleitungsbogen entwickelt, der die wichtigsten Diabetes-bezogenen Informationen zusammenfasst (S. 29).

Checkliste zum gebündelten Informationsaustausch

Der Überleitungsbogen dient dem direkten Informationsaustausch zwischen Klinik und Pflegeeinrichtung und enthält neben krankheits- und therapiebezogenen Daten Aussagen darüber, ob eine Diagnose bekannt oder neu diagnostiziert wurde. Außerdem gibt er Auskunft darüber, inwieweit der Diabetes-Patient selbstständig im Umgang mit seiner Erkrankung ist. Dem Überleitungsbogen ist ebenfalls zu entnehmen,

ob bereits eine Verordnung für den Pflegedienst vorliegt oder eine weitere Prüfung nötig sein sollte und inwieweit ein Diabetologe in die Betreuung einbezogen ist. Um die Übersichtlichkeit zu wahren und den Dokumentationsaufwand so gering wie möglich zu halten, ist der Bogen als Checkliste konzipiert und nur in wenigen Bereichen auf Freitext zur Ergänzung ausgerichtet.

Literatur bei den Autoren.

Lars Hecht
RED-Institut GmbH
Mühlenkamp 5,
23758 Oldenburg
hecht@rd-institut.de

Katja Hodeck
Leitung des AK Diabetes-Pflege-Managements
AG Geriatrie & Pflege
DDG; c/o IIGM GmbH
Allee der Kosmonauten
33g; 12681 Berlin
k.hodeck@iigm.de

Mehr Infos Online

Den Bogen „Überleitungsdokumentation bei Diabetes mellitus“ können Sie unter folgendem Link herunterladen:
<http://bit.ly/2zkv15P>

Höherer HbA_{1c} auch im Alter mit höherer Mortalität assoziiert

Die HbA_{1c}-Ziele sind für ältere Typ-2-Diabetiker weniger strikt als für jüngere. Nach US-Daten geht aber auch bei ihnen ein Wert über 8% mit einer erhöhten Sterblichkeit einher.

Mediziner um Priya Palta, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, haben Daten von 7.333 über 65-Jährigen der Kohorten NHANES III und Continous NHANES ausgewertet, darunter 1.279 mit einem diagnostizierten Diabetes.

Im Vergleich zu Diabetikern mit einem HbA_{1c} < 6,5% hatten Patienten ab einem

Wert von 8% ein deutlich erhöhtes Risiko, während des Follow-ups zu sterben: Bei 8,0–8,9% war ein Plus von 60%, ab 9,0% von 80% zu verzeichnen. Im Vergleich zu Nichtdiabetikern mit einem HbA_{1c} von 5,0–5,6% war bei Diabetikern mit sich verschlechternder Blutzuckerkontrolle ein kontinuierlicher Anstieg des Sterberisikos festzustellen.

Ziel unter 8% anstreben

„Unsere Ergebnisse stützen die Vorstellung, dass eine bessere glykämische Kontrolle wichtig ist, um die Sterblichkeit zu senken“, schreiben Palta und Kollegen. Dementsprechend sei es sinnvoll, bei gesünderen älteren Diabetikern einen HbA_{1c} unter 8% anzustreben. Angesichts der differierenden Ergebnisse in verschiedenen Alterssubgruppen und der widersprüchlichen Datenlage bestehe allerdings auch die Notwendigkeit, das Therapieziel in Abhängigkeit von Restlebenserwartung und Begleiterkrankungen individuell anzupassen. *bs*

Palta P et al. Diabetes Care 2017;40:453–60