



# Reformvorschläge zur stationären Versorgung

**Stellungnahme** Die BARMER hat im Herbst 2021 Reformvorschläge für eine Weiterentwicklung der stationären Versorgung und der Krankenhausfinanzierung veröffentlicht (Straub C, Repschläger U, 2021). Hierbei wurden Ideen für eine Planung der Krankhauslandschaft nach Versorgungsstufen, Perspektiven für eine sektorenübergreifende Versorgung und die Implementation eines Volume-Outcome-Zusammenhanges in die Planungen aufgezeigt. Der Bundesverband klinischer Diabeteseinrichtungen - DIE Diabetes-Kliniken e.V. (BVKD) begrüßt und unterstützt ausdrücklich diese Vorschläge. Mit der nachfolgenden Stellungnahme sollen die Implikationen einer solchen Reform am konkreten Beispiel der stationären Diabetologie durchdekliniert werden.

*Text:*  
Dr. Thomas Werner,  
Dr. Karin Overlack,  
Dr. Christian Graf.

**D**er Einfachheit halber beschränken wir uns in diesem ersten Ansatz auf stationäre Fälle mit Hauptdiagnose Diabetes und verzichten auf eine Subdifferenzierung z.B. nach Notfällen, Fußbehandlungen oder konservativer Diabetes-Therapie, eben-

so auf eine Unterscheidung in Diabetes Typ I und II. In der Analyse werden ergänzende Anforderungen sichtbar, um eine Krankenhausreform im Sinne des BARMER-Konzepts erfolgreich umzusetzen.

 Redaktion: 06131/9607035

## Patienten mit Diabetes im stationären Kontext

Im Zuge der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung wird in den nächsten Jahren die Anzahl von Patienten mit Diabetes mellitus weiter steigen. Schätzungen gehen von

deutschlandweit 11,5 Millionen Betroffenen bis zum Jahr 2040 aus (Tönnies T, Rathmann W, 2021).

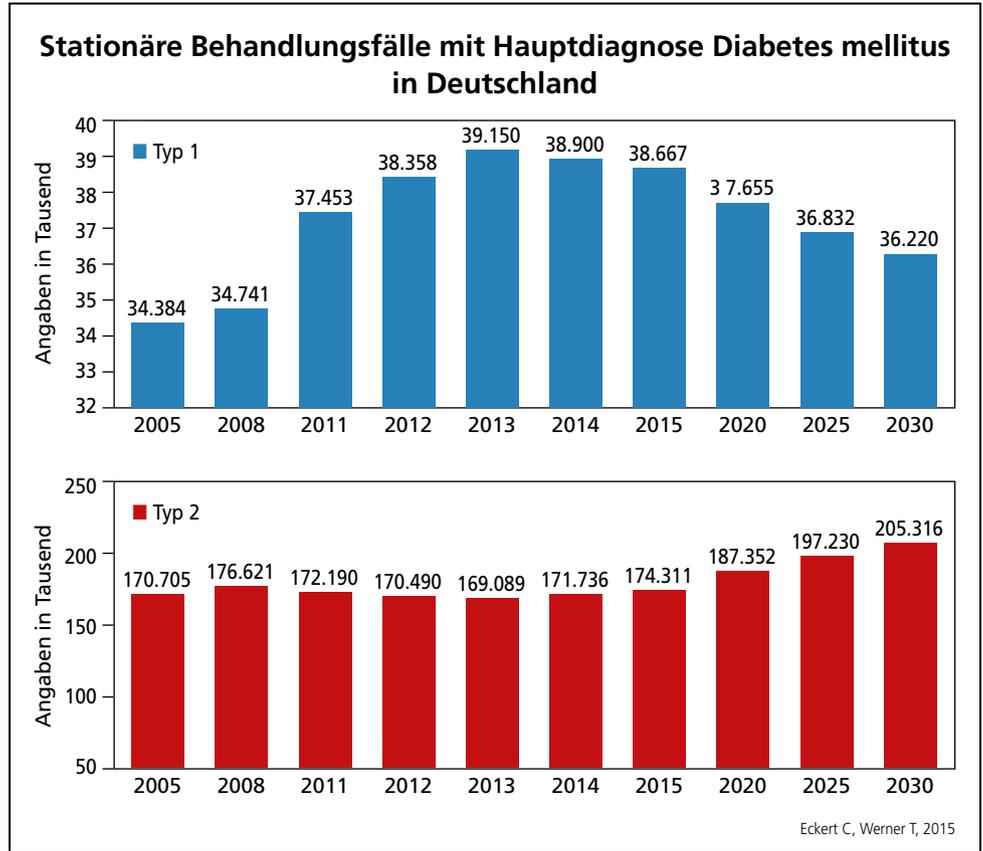
Diese Patientengruppe hat ein hohes Risiko, sich einer Krankenhausbehandlung unterziehen zu müssen. Da der medizinische Fortschritt auch in der Diabetologie zu einer Diversifizierung und Technisierung der Therapie geführt hat, sind die Ansprüche an Mitarbeiter der Diabetesteams hoch und werden in Zukunft weiter steigen (Werner T, 2022).

 heinz@kirchheim-verlag.de

Dem Anstieg der Patientenzahlen, der zunehmenden Komplexität der Erkrankten und den umfangreicheren Therapiemöglichkeiten steht der Abbau diabetologischer Expertise in den Kliniken der letzten Jahre gegenüber. Dieser ist überwiegend ökonomisch begründet und wird dadurch getrieben, dass die Kalkulationslogik des DRG-Systems die Vorhaltung spezieller Infrastruktur für Diabetespatienten in einer überschaubaren Anzahl an speziell dafür ausgestatteten Einrichtungen nicht adäquat abbildet. Die Kosten dieser spezialisierten Infrastruktur, die in wenigen Häusern mit entsprechender Spezialversorgung entstehen, werden sozusagen durch die Behandlung vieler Diabetiker in Häusern ohne diese Infrastruktur verwässert. Mit Verschwinden jedes Spezialversorgers nimmt diese finanzielle Abwärtsspirale zu. Dies hat – auch getrieben durch eine begrüßenswerte deutlich verbesserte Versorgung durch niedergelassene Ärzte, insbesondere diabetologische Schwerpunktpraxen – zu einer weitestgehenden Verdrängung ehemals stationär erbrachter diabetologischer Leistungen in den ambulanten Bereich geführt.

*„Die Ambulantisierung im Bereich der Diabetologie ist weit vorangeschritten.“*

Die Ambulantisierung im Bereich der Diabetologie ist somit weit vorangeschritten. Zahlen der



BARMER zeigen, dass nur etwa 2 bis 3 Prozent aller Diabetespatienten (Gesamtprävalenz) eine diabetesbedingte stationäre Behandlung erhalten (Overlack K et al., 2021). Bundesweit gehen wir auch zukünftig von mindestens 200 000 jährlichen Fällen mit der Notwendigkeit einer Versorgung im Krankenhaus wegen der Hauptdiagnose Diabetes mellitus aus. Diese Patienten gilt es, qualitativ hochwertig und diabetologisch spezialisiert, zu versorgen.

Allerdings zeigen die zitierten und andere Krankenkassendaten auch, dass etwa ein Drittel aller Diabetiker mindestens einmal jährlich aus anderen medizinischen Gründen stationär behandelt werden, wobei der Diabetes als Begleiterkrankung zwar behandlungsbedürftig ist, jedoch häufig nicht in der Kodierung der Krankenhäuser erscheint. Dies ergibt auf die GKV hochgerechnet rund 2,5 Mio. Be-

handlungsfälle von Diabetikern mit anderen Hauptdiagnosen (Auzanneau M et al. 2021). Auch diese Patienten müssen während ihres stationären Aufenthalts diabetologisch qualifiziert versorgt werden.

Diese doppelte Herausforderung, nämlich die qualitätsgesicherte diabetologische Versorgung bei stationären Hauptbehandlungen einerseits sowie bei diabetologischen Begleiterkrankungen andererseits, ist durch ein Krankenhaus-Reformkonzept der Zukunft zu adressieren (Abb.1).

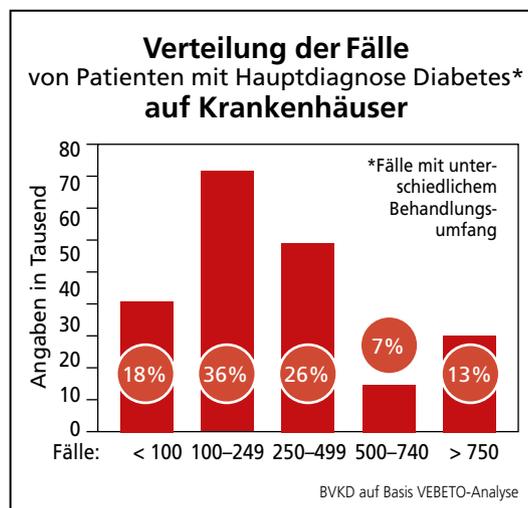
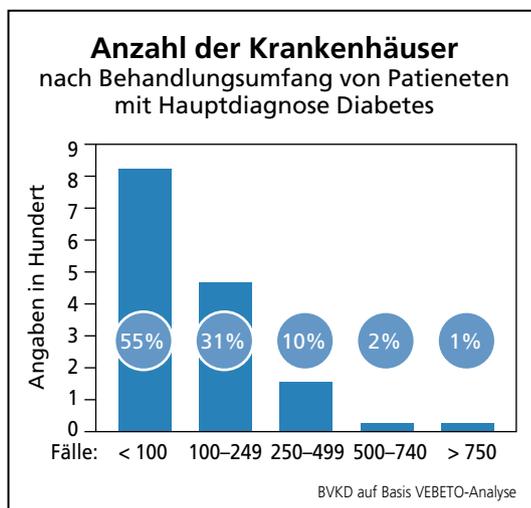
**Status Quo der stationären Versorgung von Patienten, die wegen Diabetes im Krankenhaus behandelt werden**

Im Folgenden betrachten wir die verhältnismäßig wenigen Fälle, in denen Patienten wegen ihres Diabetes mellitus stationär behandelt werden. Gerade in diesem Kontext spielt die Vorhaltung spezieller Infrastruktur für die Qualität der Versorgung eine entscheidende Rolle.

Der BVKD hat eine Analyse der

*Abb.1: Extrapolation und Prognose der stationären Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Diabetes mellitus Typ 1 (Blau) und Typ 2 (Rot) bis 2030 für die Bundesrepublik Deutschland.*

Abb.2a+b: Anzahl der Krankenhäuser, die Patienten mit Hauptdiagnose Diabetes behandeln und Verteilung der Fälle auf diese Krankenhäuser (2019, Qualitätsberichtsdaten) nach Anzahl der behandelten Fälle (BVKD auf Basis VEBETO-Analyse).



öffentlich zugänglichen Qualitätsberichtsdaten in Auftrag gegeben, um Transparenz über die Versorgungslandschaft zu erlangen. Insgesamt gibt es derzeit 1.466 Krankenhaus-Standorte in Deutschland, an denen 2019 mindestens ein stationärer Fall mit der Hauptdiagnose Diabetes (ICD-Bereich E10–E14; ICD-Codes, welche Diabetes verschlüsseln) berichtet wurde. An 655 Standorten wurden mindestens 100 Fälle co-

diert, an 195 Standorten mindestens 250 und an 42 Standorten mindestens 500. Nur an 20 Standorten wurden 750 Fälle oder mehr berichtet (Abb.2).

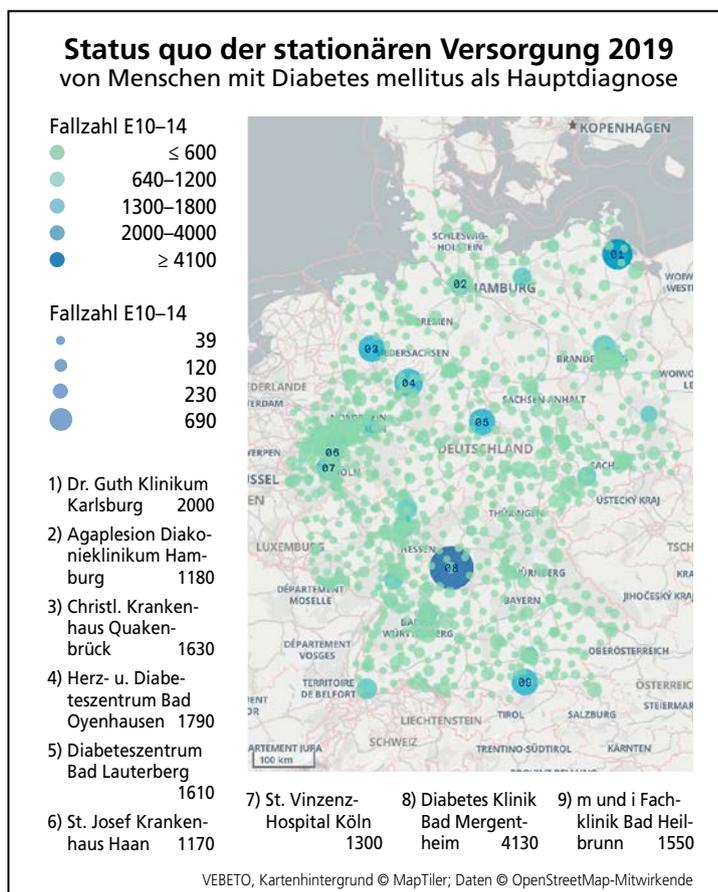
In mehr als 85% der Krankenhäuser, die Patienten wegen Diabetes behandeln, werden weniger als 250 Fälle pro Jahr versorgt. An diesen in Bezug auf Diabetesversorgung kleinen Häusern wurden jedoch mehr als 50% der stationären Fall-

zahlen mit Hauptdiagnose Diabetes behandelt. Umgekehrt betreuen nur gut 1% der Kliniken mehr als 750 Fälle. In diesen Häusern wurden aber angesichts deren Größe immerhin 13% der Fälle mit Hauptdiagnose Diabetes (35.942 von 199.661 berichteten Fällen) behandelt.

Abb. 3 zeigt die regionale Verteilung der Krankenhausversorgung von Patienten mit der Hauptdiagnose Diabetes in 2019 nach Anzahl der in den Krankenhäusern diesbezüglich versorgten Patienten.

Ein Großteil der mit Hauptdia-

Abb.3: Status quo der stationären Versorgung 2019 von Menschen mit Diabetes mellitus als Hauptdiagnose. Der Übersichtlichkeit halber werden hier nur Standorte mit mindestens 36 Fällen dargestellt. Diese Schwelle ist so gewählt, dass 97,5% aller stationären Fälle durch die gezeigten Standorte abgedeckt werden.



Redaktion: 06131/9607035

gnose Diabetes mellitus stationär Behandelten wird somit in Einrichtungen betreut, die nur über rudimentäre oder keine diabetologischen Strukturen verfügen. Gerade bei besonderen diabetologischen Problemstellungen ist zur Gewährleistung der Behandlungsqualität eine hohe Spezialisierung der Behandlungsteams notwendig. Diese können in Krankenhäusern mit niedrigen Behandlungszahlen nicht etabliert werden. Die Forderungen des BARMER-Papiers (Straub C, Repschläger U, 2021) nach einer Steigerung von Qualität und Patientensicherheit durch stärkere Spezialisierung und Konzentration ist somit gut nachvollziehbar. Wie dies im Bereich der Diabetologie aussehen könnte, zeigt die folgende Untersuchung.

**Szenario zur weiteren Ausrichtung der hochspezialisierten stationären Diabetologie**

VEBETO führte im Auftrag des BVKD eine Studie durch, um eine konsolidierte Versorgungsstruktur zu simulieren, in der jeder Versorger, der Patienten mit der Hauptdiagnose Diabetes behandelt, in der Endstufe mindestens 750 Fälle für ICD E10–E14 erreicht. Diese Größenordnung wurde BVKD-seitig gewählt, da sie in etwa dem Betrieb einer 20-Betten-Station speziell für Diabetiker entspricht. Die Fallzahl wird als geeignet angesehen, um eine personelle Infrastruktur sowohl an fachärztlicher diabetologischer Expertise als auch an z.B. Ernährungs-/Diabetesberaterinnen und -beratern vorzuhalten, die fachlich und wirtschaftlich sinnvoll erscheint und auch eine entsprechend durchgängige Betreuung aller Patienten durch diese Berufsgruppen sicherstellt.

*„Als Ausgangspunkt wurden die Fallzahlen an allen deutschen Krankenhaus-Standorten ermittelt.“*

Als Ausgangspunkt wurden die Fallzahlen an allen deutschen Krankenhaus-Standorten für das Jahr 2019 ermittelt. Standorte mit der kleinsten Fallzahl für E10–E14 wurden aus der Versorgung entfernt und die Fälle des entfernten Standortes auf die umliegenden in diesem Segment Fallzahl-stärkeren Versorger umverteilt. Bei gleichbleibender Gesamtzahl der Patienten erhöht sich die Fallzahl der verbleibenden Versorger entsprechend. Die Simulation wurde beendet, wenn alle verbleibenden Versorger mindestens 750 Fälle hatten. Zwischen den einzelnen Hauptdiagnosen innerhalb des Bereichs E10–E14 wurde aus Gründen der einfacheren Analyse nicht unterschieden. Die aktuelle Marktposition eines Standortes ging in dieser Simulation nicht in die Umverteilung ein. Es wurde insofern nicht z.B. unterstellt, dass ein heute für Patienten und Zuweiser

überproportional attraktiver Standort auch künftig aus einem weiteren Umfeld mehr Patienten zieht als die umliegenden Häuser und somit überproportional wächst. Die modellierten Patienten richten sich also nur nach der PKW-Fahrzeit zu den verbleibenden Versorgern. Es ergibt sich eine deutlich bereinigte Landschaft der spezialisierten stationären Diabetes-Versorgung (Abb.4).

Im Ergebnis der Simulation entsteht eine regional ausgeglichene Versorgungsstruktur für Patienten, die mit Hauptdiagnose Diabetes mellitus stationär behandlungspflichtig werden. Von den aktuell 1.466 Standorten blieben fiktiv deutschlandweit 174 Kliniken, die dann eine spezialisierte diabetologische Infrastruktur vorhalten müssen. Mit dieser Simulation wäre der Vorschlag z.B. des BAR-MER-Papiers nach unterschiedlichen Versorgungsstufen und Spezi-



© DDC M&E Media - Fotolia

alisierung der Kliniken umsetzbar. Die Steuerung könnte über eine sukzessive Verschärfung von Anforderungen an Mindestmengen und Strukturqualität der versorgenden Krankenhäuser erfolgen. Als Zielvoraussetzung für diejenigen Häuser, auf die sich die Leistungen künftig kondensieren könnten, erscheint den Autoren bzgl. Menge eine Größenordnung von 750 Fällen/Jahr sinnvoll. Bzgl. der speziellen perso-

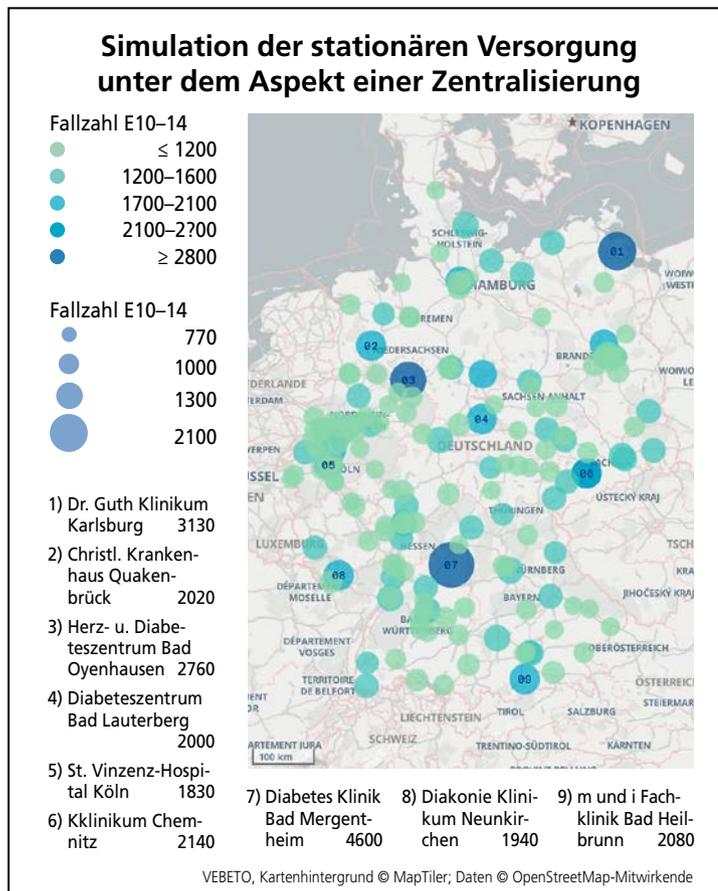


Abb.4: Simulation der stationären Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus als Hauptdiagnose unter dem Aspekt einer Zentralisierung. Annahme, dass alle verbleibenden Versorger mindestens 750 Fälle im Jahr behandeln. Die Zentralisierung auf bestimmte Krankenhaus-Standorte ist rein fiktiv und berücksichtigt nicht etwaige strategische Ausrichtungen von Häusern einer Region.

Tab 1: personelle Mindestanforderungen an ein Diabetesteam bei 750 Diabetes-Hauptdiagnosefällen/Jahr.

Zwingend notwendiges Fachpersonal	Mindestanzahl
Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie	3,0
Diabetesberater	3,0
Psychologe	0,5

Quelle: BVKD.

nellen Infrastruktur für eine daraus resultierende ca. 20-Betten-Station erachten wir die in Tabelle 1 dargestellte Mindestanforderung für notwendig.

Für die verbliebenen Einrichtungen ist eine sichere Finanzierung notwendig, die mit dem derzeitigen System der Abrechnung nicht gewährleistet ist und sich in der aktuellen DRG-Logik auch erst sukzessive und mit jeweiligem zeitlichem Versatz einstellen würde. Denkbar wäre insofern alternativ/additiv eine gesonderte Vergütung des vorzuhaltenden Spezialpersonals ähnlich den Pflegekräften und/oder eine Basisvergütung durch einen Zentrumszuschlag. Dazu müssten Diabeteszentren in den Katalog der zuschlagsberechtigten GBA-Zentren aufgenommen werden.

### Mitbehandlung von Diabetikern mit anderen stationären Hauptdiagnosen

In den vorliegenden Ausführungen bleibt die unzweifelhaft auch optimierungsbedürftige Infrastruktur für die Versorgung der vielen Patienten, die nicht wegen, sondern mit Diabetes stationär behandelt werden und die von einer Mitbehandlung des Diabetes im Zuge ihres stationären Aufenthalts profitieren, vorerst unberücksichtigt. Ebenso muss weiterhin gewährleistet sein, dass Diabetiker im Zuge einer Notfallsituation am nächstgelegenen Krankenhaus lebensrettend behandelt werden.

Vorstellbar wäre insofern, dass die knapp 200 diabetologischen Spezialversorger auch in diesen Zusammenhängen zusätzliche Aufgaben übernehmen könnten. Es böte sich z.B. der Ausbau eines digitalen Konsiliarsystems mit Telekonsilen oder Mikroschulungen per Videokonsil an. Dies müsste im Sinne einer Rundumversorgung

„Für die verbliebenen Einrichtungen ist eine sichere Finanzierung notwendig.“

(24h/7d/Wo) ermöglicht werden. Neben den geforderten zentralisierten stationären Diabetes-Spezialversorgern sind hier auch ambulante Leistungserbringer (z.B. diabetologische Schwerpunktpraxen) als Partner denkbar. Voraussetzung ist die Erfüllung definierter Qualitätsstandards. Um eine hohe Qualität der vorgeschlagenen Strukturen sicherzustellen, sind personelle und strukturelle Mindestanforderungen notwendig. Diese könnten sich an bereits etablierten Zertifikaten der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) orientieren. So gibt es bereits seit Jahren den durch spezifische Audits (nach DIN-ISO oder KTQ) zu erwerbenden Titel eines Diabetologikums DDG“.

@ heinz@kirchheim-verlag.de

Damit wären weitere Forderungen des BARMER-Papiers berücksichtigt: Ausbau der Digitalisierung der Krankenhäuser und Aufbau eines sektorenübergreifenden, qualitäts- und bedarfsorientierten Versorgungsstrukturplanung unter Berücksichtigung von Erreichbarkeit und Wirtschaftlichkeit.

## Zusammenfassung

Mit unserem Statement wollen wir die im BARMER-Papier vorgeschlagenen Ideen aufgreifen und auf die stationäre Behandlung von Patienten mit der Volkskrankheit Diabetes herunterbrechen. Unter Nutzung bereits etablierter Strukturen ist es u.E. möglich, den geänderten Anforderungen im Gesundheitssystem Rechnung zu tragen. Die Schaffung einer zentrumsbasierten stationären diabetologischen Versorgung böte viele Vorteile und neue Ansatzpunkte. Eine Umsetzung der Forderungen kann sicher nur behutsam und sukzessive erfolgen und benötigt einen entsprechenden gesundheitspolitischen Rahmen als Katalysator. An diesem Diskurs möchten wir uns gerne konstruktiv beteiligen und die Diabetologie weiterhin als Vorreiter in der Gesundheitsversorgung einbringen.

### Literatur:

- Straub C, Repschläger U, Reformvorschläge für eine Weiterentwicklung der stationären Versorgungsstrukturen und der Krankenhausfinanzierung. 2021 (heruntergeladen als: [bifg\\_ePaper\\_krankenhausstrukturreform.pdf](#)) DOI 10.30433/ePGSF2021.005
- Tönnies T, Rathmann W: Epidemiologie des Diabetes in Deutschland. In: Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2020. Die Bestandsaufnahme. Hrsg. DDG und diabetesDE, Deutsche Diabetes Hilfe. Kirchheim Verlag Mainz, 2021: 9-16.
- Werner T, Rother I, Custonja M, Fillips K: Diabetes-Devices im Krankenhaus-Alltag. Diabetes-Forum, 2022;34(5):41-43.
- Overlack K, Weck M, Werner T, Eckhard M: Zukunftskonzept der stationären Diabetologie. Diabetes-Forum, 2021;33(11):34-38.
- Eckert C, Werner T. Prognose der stationären Behandlungszahlen für Diabetes mellitus in den Bundesländern. Diabetes Forum 2015;27(12):37-39.
- Auzanneau M, Fritsche A, Icks A, Siegel E, Kilian R, Karges W, Lanzinger S, Holl RW: 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



### i Autoren

Dr. Thomas Werner,  
Dr. Karin Overlack,  
Dr. Christian Graf,  
Vorstand BVKD