

Gemeinsame Stellungnahme zur Umsetzung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG)
gedacht als „Tischvorlage“ für politische Gespräche insbesondere auf Länderebene

Was die Politik auf Bundes- und Landesebene jetzt dringend umsetzen muss, um die Versorgung von 9 Mio. Menschen mit Diabetes zu sichern:

- **Erhalt diabetologischer Fachabteilungen, insbesondere DDG-zertifizierter Einrichtungen mit ihrem Fachpersonal (Ärzt*innen und diabetesversierte Pflegende sowie Gesundheitsfachkräfte mit Diabetesexpertise, wie Diabetesberater*innen und Diabetesassistent*innen), in allen Bundesländern zur flächendeckenden qualifizierten Versorgung.**
- **Sicherung der diabetologischen Weiterbildung in entsprechenden Fachabteilungen**
- **Komplexe Diabetologie (LG2) soll je nach Zuschnitt der Abteilung von Fachärzt*innen Endokrinologie und Diabetologie und /oder Fachärzt*innen Innere Medizin mit ZWB Diabetologie durchgeführt werden können.**
- **Sicherstellung einer flächendeckenden stationären und ambulanten, qualifizierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes an Kinderkliniken.**
- **Überprüfung und Weiterentwicklung des Grouper-Algorithmus und Anpassung an die eigentlichen Ziele des KHVVG (Krankenhausplanung über Leistungsgruppen)**
- **Bundesweite Etablierung des DDG-Standards „Klinik mit Diabetes im Blick DDG“, insbesondere in Gebieten ohne Universitätsmedizin oder ohne nahegelegene Kliniken mit Vorhaltung einer Komplexen Diabetologie (LG 2).**
- **Berücksichtigung vulnerabler und besonders versorgungsbedürftiger Patientengruppen (z.B. Kinder, Schwangere, multimorbide Patient*innen, z. B. mit Diabetischem Fußsyndrom) im Primärarztsystem durch Betreuung in spezialisierten Diabetes-Schwerpunktpraxen**
- **Implementierung einer Komplexpauschale „Diabetisches Fußsyndrom“**
- **Adäquate Vergütung der Weiterbildung von Diabetolog*innen LÄK / DDG**

1. Leistungsgruppenvorschläge der DDG – kurze Erklärung zu LG 1 und dem Kompromiss zu LG 2

Die Erwachsenen-Diabetologie wird im KHVVG durch die **Leistungsgruppe 1 (LG 1 - Allgemeine Innere Medizin)** und die **Leistungsgruppe 2 (LG 2 - Komplexe Endokrinologie und Diabetologie)** abgebildet.

Für die **LG 1** (Allgemeine Innere Medizin) sind 3 „Fachärzt*innen für Innere Medizin“ vorgesehen. Die DDG fordert die Zusatzweiterbildungen der LÄK und der DDG in den Erfüllungsschlüssel aufzunehmen, so dass ein*e Fachärzt*in mit Zusatzweiterbildung Diabetologie (Diabetolog*in DDG oder LÄK) anrechnungsfähig sein sollte. Ferner sollte mindestens eine diabetologisch versierte Pflegefachkraft, idealerweise eine Gesundheitsfachkraft mit Weiterbildung zur Diabetesassistent*in oder Diabetesberater*in vorhanden sein.

Für die **LG 2** (Komplexe Endokrinologie und Diabetologie) sind im Gesetzentwurf mindestens 2 „Fachärzt*innen Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“ sowie 1 „Fachärzt*in Innere Medizin“ gefordert. Die DDG hat an das BMG, die KBV und den G-BA geschrieben, dass die flächendeckende Versorgung stationärer Diabetespatient*innen allein mit den derzeit wenigen Fachärzt*innen für Endokrinologie und Diabetologie unerreichbar ist. Die DDG hat im Konsens mit der DGE vorgeschlagen, dass für diabetologische Abteilungen in LG 2 auch 2 Internist*innen mit Zusatzweiterbildung Diabetologie (DDG oder LÄK) möglich sein sollen. Dies gilt dann für die kompetente Betreuung komplexer Patient*innen mit Diabetes mellitus und entspricht der Ärztekammer-rechtlichen Anerkennung der Diabetes-Fachkompetenz auf FA-äquivalentem Niveau einer Zusatzweiterbildung (ZWB).

Im Entwurf zum Koalitionsvertrag steht nun, dass „dort, wo es medizinisch sinnvoll ist, die Leistungsgruppen in Bezug auf ihre Leistungs- und/oder Qualitätsvorgaben verändert werden können“. Aus dem Leistungsgruppenausschuss kommen ermutigende „Signale“, dass unsere Vorschläge für die Veränderung von LG 2 hinsichtlich der Diabetologie gehört werden.

Unser Ziel und unsere Forderung sind, dass mindestens die DDG-zertifizierten Abteilungen mit ihrem Fachpersonal (Ärzt*innen und Pflegenden sowie Gesundheitsfachkräfte mit Diabetesexpertise, wie Diabetesberater*innen und Diabetesassistent*innen) erhalten bleiben, da hier nachweislich gezeigt werden konnte, dass sie eine bessere Versorgung von Diabetespatient*innen gewährleisten. Die komplexe Diabetologie soll je nach Zuschnitt der Abteilung von Endokrinolog*innen und /oder Diabetolog*innen (Facharzt oder Zusatzweiterbildung) durchgeführt werden.

Kinder und Jugendliche gelten als besonders vulnerable und sensible Gruppe unter den Menschen mit Diabetes. Weil sich insbesondere ein Typ-1-Diabetes oft in diesem Lebensabschnitt manifestiert, erfolgt in dieser Altersspanne eine entscheidende Weichenstellung, die das weitere Leben mit einem Diabetes nachdrücklich prägt.

Rund 4.000 Kinder und Jugendliche erkranken jährlich in Deutschland neu an einem Typ-1-Diabetes. Die Versorgung muss einerseits flächendeckend sichergestellt, andererseits aber auch ausreichend qualifiziert angeboten werden können, um den speziellen Bedürfnissen dieser Altersgruppe gerecht

zu werden. In jedem Fall müssen die diabetologischen Versorgungsstrukturen unbedingt an eine pädiatrische Einrichtung angebunden sein. In aller Regel sind dies Kinderkliniken mit der Möglichkeit einer stationären und ambulanten Versorgung über Klinikambulanzen.

Voraussetzungen für eine adäquate Akut- und Langzeitversorgung sind ein multiprofessionelles Team unter Leitung diabetologisch erfahrener Ärzt*innen, die Mitarbeit einer Gesundheitsfachkraft mit Weiterbildung Diabetesberater*in DDG sowie die Kooperation mit Mitarbeiter*innen aus dem psychosozialen Bereich. Idealerweise sollte die Einrichtung seitens der DDG als Diabeteszentrum oder Diabetes Exzellenzzentrum zertifiziert sein.

Zentrale Forderung: Sicherstellung einer flächendeckenden stationären und ambulanten, qualifizierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes an Kinderkliniken.

2. Fall-Zuordnung zu den Leistungsgruppen – erste Erfahrungen mit dem LG-Groupier

Mit dem KHVVG sollte der Versuch unternommen werden, Abteilungsstrukturen aufzulösen und durch Leistungsgruppen zu ersetzen, denen wiederum entsprechende Vorhaltepauschalen zugeordnet werden. Der Groupier konterkariert diesen Ansatz in seiner derzeitigen Funktion jedoch grundlegend.

Die Funktionsweise des Leistungsgruppen-Groupiers kurz erläutert:

Anders als vielfach angenommen, werden nicht einzelne DRGs einer Leistungsgruppe zugeordnet, sondern DRGs können in verschiedenen Leistungsgruppen landen. Die Definitionshandbücher zum Leistungsgruppen-Grouping sehen ein zweistufiges Verfahren zur Ansteuerung der Leistungsgruppen vor:

- gemäß einer Kombination aus Diagnosen, Prozeduren und Alter (ähnlich DRG-Grouping-Logik)
- gemäß der Fachabteilung mit der längsten Verweildauer (FAB-Schlüssel), sofern nicht im ersten Schritt bereits eine Leistungsgruppe angesteuert wurde.

Die Ansteuerung der LG 2 im Erwachsenenbereich erfolgt für alle diabetologischen Fälle, inkl. des diabetischen Fußsyndroms (DFS), fast ausschließlich über den kodierten FAB-Schlüssel der Fachabteilung mit der längsten Verweildauer und selten (da bisher aufgrund der fehlenden Erlösrelevanz kaum kodiert) durch eine direkte Ansteuerung über die Kodierung der multimodalen Komplexbehandlung (OPS-Code 8-984.3). Die LG2 wird somit fast nur angesteuert, wenn der FAB-Schlüssel 0153 (Diabetologie) verwendet wurde. Kliniken, die die Fälle unter dem allgemeininternistischen FAB-Schlüssel führen, finden die Fälle der Diabetologie, inkl. des diabetischen Fußsyndroms, dann komplett in der LG1 (Allgemeine Innere Medizin) wieder.

Wir weisen darauf hin, dass diabetologische Fälle zwar sowohl in LG 1 als auch in LG 2 abgerechnet werden können, die Sichtbarkeit der Diabetologie im Angebot einer Klinik jedoch nur durch Vorhalten der LG 2 garantiert ist. Dies hat gleichermaßen Auswirkung auf die Weiterbildungen und

somit die Sicherung des diabetologischen ärztlichen Nachwuchses, weil nur in LG 2 die entsprechenden fachärztlichen Strukturanforderungen zwingend vorgehalten werden müssen.

Die DDG setzt sich politisch sowohl für die Absicherung diabetologischer Strukturen im Bereich der LG 1 als auch der LG 2 ein. Einrichtungen, die die Kriterien für die Einstufung in die LG 2 und die Strukturkriterien für die Kodierung der OPS-Ziffer 8-984 „Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes“ erfüllen, möchten wir ermutigen, die OPS-Ziffer 8-984 bereits im Jahr 2025 möglichst zahlreich zu kodieren. DDG und BVKD planen die Beauftragung einer Datenanalyse, um die Kosten-Trenner künftig aufzeigen zu können.

In diesem Zusammenhang informiert die Kommission Kodierung & DRGs darüber, dass die für die Abrechnung des OPS-Kodes 8-984 geforderten drei Therapiebereiche (Physiotherapie, Psychologie, Diabetes-Beratung, Medizinische Fußpflege/Podologie, soziale Interventionen) auch das nahezu überall vorhandene Entlass-Management als Erfüllungskriterium im Bereich „Soziale Intervention“ anrechnungsfähig ist.

Anders als bei den Erwachsenen erfolgt die Fallzuordnung in der pädiatrischen Diabetologie nicht über den FAB-Schlüssel. Stattdessen steuern die Fälle von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes im Prinzip vollumfänglich in die LG 46 (Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin). Es ist ausgeschlossen, Kinder und Jugendliche mit Diabetes in die LG 2 zu steuern, auch nicht durch die im Kinderbereich sehr häufig (da erlössteigernd) kodierte multimodale Komplexbehandlung. Die pädiatrische Diabetologie erfordert künftig durch das Ansteuern der LG 46 (Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin) die Erfüllung der dortigen Strukturvoraussetzungen mit mindestens 3 Facharzt*innen für Kinder- und Jugendmedizin.

3. Zertifizierte Einrichtungen sichern Qualität

Mindestens jeder fünfte Mensch, der stationär im Krankenhaus behandelt werden muss, hat einen Diabetes. Das führt häufig zu anderen Behandlungsabläufen und Therapieumstellungen, die wiederum mehr Patientenmonitoring notwendig machen, ebenso zu Komplikationen mit folgebedingt längerem Krankenhausaufenthalt. Menschen mit Diabetes haben ein 2,6-faches Risiko für einen frühzeitigen Tod als Menschen ohne Diabetes. Ihre Lebenserwartung ist im Durchschnitt um etwa fünf bis sechs Jahre kürzer als bei gleichaltrigen Personen ohne Diabetes. Etwa jeder fünfte Todesfall in Deutschland ist mit einem Typ-2-Diabetes assoziiert.

Die DDG zertifiziert Krankenhäuser mit spezialisierter Diabetesbehandlung und deren Teams aus Facharzt*innen, Diabetesberater*innen und Wundmanager*innen. Patient*innen mit Diabetes profitieren von der Expertise dieser DDG-zertifizierten Krankenhaus-Fachabteilungen, wie eine neue Untersuchung zeigen konnte. In die retrospektive Datenanalyse sind alle Krankenhausaufnahmen von Personen ≥ 20 Jahre entsprechend der DRG-Statistik 2021-2023 eingeflossen, davon ca. 8 Millionen Krankenhausaufnahmen von Menschen mit Diabetes. Verglichen wurden Krankenhäuser ohne DDG-Zertifikat (n=1113) und Krankenhäuser mit DDG-Zertifikat (n=302). Für diese 302 Krankenhäuser mit einem Zertifikat der Deutschen Diabetes Gesellschaft konnten bessere klinische Ergebnisse, z. B. eine niedrigere Krankenhaussterblichkeit bei Hauptdiagnose Diabetes, aufgezeigt werden, obwohl sie Patienten mit höherer Krankheitslast behandeln.

Im Koalitionsvertrag wird „den Ländern zur Sicherstellung der Grund- (Innere Medizin...) und Notfallversorgung im ländlichen Raum Ausnahmen und erweiterte Kooperationen“ zugesagt. Gerade für die Sicherstellung der stationären Versorgung von Diabetespatient*innen in der Breite im ländlichen Raum und in strukturschwachen Regionen sollte nach den Ergebnissen unserer Versorgungsstudie daher verstärkt die Etablierung von DDG-zertifizierten Abteilungen einschließlich Konsiliardiensten ("Diabetes Unit") gefordert werden, damit die klinischen Outcomes weiter verbessert werden können

4. Liegt die Lösung in der Ambulantisierung?

Vom Grundsatz her kann ein Primärärztsystem die speziellen Anforderungen der Diabetologie gut erfüllen. Notwendig ist allerdings, dass Schnittstellen klar definiert sind und dass für Menschen mit Typ-1-Diabetes und weiteren speziellen Diabetesformen (wie z.B. MODY, Gestationsdiabetes, Diabetes bei Pankreaserkrankungen, weitere genetische Formen) die fallführende Steuerung durch die Diabetes Schwerpunktpraxis erfolgt.

Dieses Prinzip wird gegenwärtig im Rahmen der DMP- und Diabetes-Verträge bereits gelebt, es könnte und sollte jedoch einfacher gestaltet werden. Menschen mit Diabetes sind eine sehr heterogene Patientengruppe, die nur die gemeinsame Eigenschaft erhöhter Blutzuckerwerte eint, die jedoch auf ganz unterschiedlichen Krankheitsursachen beruht.

Die Behandlungen des Typ-1-Diabetes und der o.g. speziellen Diabetesformen erfordern umfangreiche diabetologische Spezialkenntnisse und eine besondere personelle und technisch-materielle Ausstattung, wie sie in den anerkannten Diabetes Schwerpunktpraxen vorgehalten wird. Diese Patient*innen sind in der Regel auf eine Insulintherapie angewiesen, die bereits heute zu 80% als Insulinpumpentherapie erfolgt. In diese Gruppe fallen auch Menschen mit genetisch bedingten Diabetes-Formen und solche nach Pankreasentfernung. Für die Versorgung dieser Patient*innen ist in einem Primärärztsystem die Fallsteuerung in der diabetologischen Schwerpunktpraxis zwingend erforderlich.

Eine weitere besonders vulnerable Patientengruppe, deren Fallführung nicht in der hausärztlichen Versorgung erfolgen kann, sind Schwangere. Jährlich erkranken ca. 60.000 Frauen (8,2% der Schwangeren) an Gestationsdiabetes und haben dadurch ein mehr als siebenfach erhöhtes Risiko, später an einem manifesten Diabetes zu erkranken. Im Falle eines Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) ist eine engmaschige „primärärztliche“ Betreuung über maximal vier aufeinanderfolgende Quartale durch zwei Fachgebiete (Gynäkolog*in / Diabetolog*in) erforderlich, da auch das Risiko für Stoffwechselerkrankungen und gravierende Geburtskomplikationen für das Neugeborene durch die Stoffwechsellage der Mutter stark ansteigt.

Menschen mit Typ-2-Diabetes können primär von Hausärzt*innen betreut werden. Wünschenswert wäre eine fachärztliche diabetologische Vorstellung bei Diagnosestellung zum Zweck der Sicherung der Diagnose, Klassifikation, Risikostratifizierung, Schulung und Therapieeinleitung. Bei Änderung der Risikokonstellation (z.B. Begleit- und Folgeerkrankungen, Komplikationen und Multimorbidität) oder

bei Therapieanpassung ist eine fallführende Betreuung in der Diabetes Schwerpunktpraxis notwendig.

Eine ausschließliche Ambulantisierung der Diabetestherapie ist aus mehreren Gründen nicht zielführend. Zum einen gibt es Krankheitskonstellationen (z. B. Ketoazidosen, Diabetisches Fußsyndrom), die nicht oder nur schwer ambulant diagnostiziert und therapiert werden können und Notfälle, eine 24/7-Vorhaltung erforderlich machen.

Weiterhin sind die stationären Krankenhausstrukturen mit diabetologischer Expertise sowohl in der LG 1 als auch insbesondere in der LG 2 unabdingbar. Werden Patient*innen mit Diabetes aus dem ambulanten Bereich mit einer nicht diabetesspezifischen Diagnose in ein Krankenhaus aufgenommen, ist diabetologische Expertise zur Fortführung und Anpassung der Therapie zwingend notwendig. Die leider immer wieder erlebte Situation, dass aufgrund fehlender Fachexpertise Therapien inkorrekt deeskaliert oder eskaliert werden, kann nur durch die Vorhaltungen einer diabetologischen Expertise verhindert und somit Schaden von Patient*innen und Kosten für das Gesundheitssystem abgewendet werden.

Ein weiteres wichtiges Themenfeld ist die Weiterbildung. Stationäre und ambulante Strukturen funktionieren nur, wenn das Nachrücken von Nachwuchsfachkräften sichergestellt ist. Dies ist durch die im KHVVG vorgesehenen Änderungen bedroht. Die ambulante Weiterbildung im Bereich der Diabetologie wird bisher überhaupt nicht finanziert. Ein weiteres, noch nicht abschätzbares Risiko liegt in einer drohenden Unterfinanzierung, wenn die im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vorgesehenen Änderungen am Bedarf vorbei und ohne Berücksichtigung der für die Versorgung notwendigen, bereits etablierten Strukturen erfolgt. Bestehende Lösungen für die Sicherstellung der Nachwuchsqualifizierung gilt es zu erhalten. Die DDG hat einen Standard, der an Weiterbildungsstätten zu stellen ist, definiert.

5. Wo drückt der Schuh? Spezialfall Diabetisches Fußsyndrom

Eine der schwerwiegenden Folgen eines Diabetes ist das Diabetische Fußsyndrom (DFS), welches nicht selten zu Amputationen führt. Für eine erfolgreiche DFS-Behandlung bedarf es hochspezialisierter Expertise und die zeitnahe Zuweisung in eine spezialisierte ambulante oder stationäre Fußbehandlungseinrichtung, wie die zertifizierten Fußbehandlungseinrichtungen der DDG. Dort kümmert sich ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Behandlungsteam mit abgestimmten Behandlungspfaden zum DFS (orientiert an nationalen und internationalen Leitlinien und Praxisempfehlungen) um die evidenzbasierte Versorgung.

Für die Abrechnung dieser Leistungen fordern DDG und BVKD eine „Komplexpauschale Diabetisches Fußsyndrom DFS“. Damit wäre nicht nur eine qualifizierte DFS-Versorgung in Deutschland umsetzbar, sondern endlich auch der gesetzlichen Vorgabe im SGB V im Rahmen der Regelungen zu den DMP Diabetes Rechnung getragen: DFS-Patienten sollen in spezialisierten Einrichtungen behandelt werden. Und auch die Empfehlungen des G-BA im Rahmen der Richtlinie zur Zweitmeinung vor Amputationen bei DFS vom 21.05.2021 würde Beachtung finden, denn hier hat der Gesetzgeber erstmalig auf die zertifizierten Fußbehandlungseinrichtungen der DDG als Kompetenzzentren zu DFS-Versorgung hingewiesen.

Wünschenswert wären transsektoral gut vernetzte und miteinander kooperierende Behandlungsstrukturen, d.h. stationäre Einrichtungen müssen ambulante zertifizierte Kooperationspartner*innen vorweisen und ambulante entsprechende stationäre. Immanent wichtig ist ein schneller Zugang zu spezialisierten Fußbehandlungseinrichtungen (für Patient*innen und Zuweisende). Dies muss im geplanten Primärarztssystem zwingend Berücksichtigung finden, denn durch Studiendaten ist klar belegt, dass die Versorgung von DFS-Patienten in transsektoralen spezialisierten Fußbehandlungseinrichtungen zu signifikant besseren Behandlungsergebnissen führt (bezogen auf Minor- und Major-Amputationen, Sterberisiko, Zeit bis zur Abheilung einer Wunde, Häufigkeit der Krankenhauseinweisungen etc.). Dafür hält die DDG digitale Lösungen mit schnellen und niederschweligen Zugangsmöglichkeiten für Patient*innen, Angehörige und Zuweisende für essenziell, wie z.B. das Modellprojekt „Telemedizinisches Fachkonsil DFS“ vor. Hier liegt auch eine erhebliche Chance zur Kosteneinsparung für das Gesundheitssystem.

Stand: 2025-05-07