

Finanzierung in der Diabetologie

Kann eine qualitativ hochwertige stationäre Diabetologie flächendeckend kostenneutral sichergestellt werden?

Dr. Thomas Werner, Dr. Karin Overlack, Dr. Christian Graf und Prof. Matthias Weck



© fizkes – stock.adobe.com

Finanzierung in der Diabetologie

Kann eine qualitativ hochwertige stationäre Diabetologie flächendeckend kostenneutral sichergestellt werden?

Von Dr. Thomas Werner, Dr. Karin Overlack, Dr. Christian Graf und Prof. Matthias Weck

Eine große Anzahl von stationär behandelungspflichtigen Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus und immer komplexere Therapien fordern hochqualifizierte Diabetes-Behandlungsteams. Um diese ohne explodierende Mehrkosten zu etablieren, ist eine neue Organisation der Diabetologie in Krankenhäusern notwendig. Wir schlagen eine zentrumsbasierte stationäre diabetologische Versorgung vor und zeigen anhand von Hochrechnung öffentlich zugänglicher Zahlen, wie dies flächendeckend unter Nutzung etablierter Strukturen aussehen könnte.

Keywords: Finanzierung, Strategie, Spezialisierung

Der Bundesverband klinischer Diabeteseinrichtungen – DIE Diabetes-Kliniken e.V. (BVKD) hat untersucht, unter welchen Umständen eine hochwertige stationäre Diabetesbehandlung in Zukunft sicherzustellen ist. Aus gesundheitspolitischer Sicht werden folgende Aspekte bezüglich einer künftigen Gestaltung der deutschen Krankenhauslandschaft zu berücksichtigen sein:

1. ambulant vor stationär
2. strukturelle Planung in unterschiedlichen Versorgungsebenen

3. Zentralisierung zur Sicherstellung einer hohen Qualität
4. Beibehaltung der flächendeckenden Versorgung
5. sektorübergreifende Versorgung
6. Begrenzung der finanziellen Mittel

Wie kann man die stationäre Diabetologie in dieses Bild einordnen?

Im Zuge der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung wird in den nächsten Jahren die Anzahl von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus weiter steigen. Schätzungen gehen von deutschlandweit 11,5 Millionen Betroffenen bis zum Jahr 2040 aus .

Da der medizinische Fortschritt auch in der Diabetologie zu einer Diversifizierung und Technisierung der Therapie geführt hat, sind die Ansprüche an Mitarbeitende der Behandlungsteams hoch und werden in Zukunft weiter steigen. Dem Anstieg der Patientenzahlen, der zunehmenden Komplexität der Erkrankten und den umfangreicheren Therapiemöglichkeiten steht der Abbau diabetologischer Expertise in den Kliniken in den letzten Jahren 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 weiteren Spezialversorgers nimmt diese finanzielle Abwärtsspirale zu. Dies hat zu einer weitestgehenden Verdrängung ehemals stationär erbrachter diabetologischer Leistungen in den ambulanten Bereich geführt.

Die Ambulantisierung im Bereich der Diabetologie ist bereits erfolgt

Zahlen der BARMER zeigen, dass jährlich etwa zwei bis drei Prozent aller Diabetespatienten (Gesamtprävalenz) eine diabetesbedingte stationäre Behandlung erhalten. Dies ergibt wegen der hohen Anzahl an Erkrankten bundesweit mindestens 200.000 Fälle, die mit Hauptdiagnose Diabetes im Krankenhaus behandlungspflichtig sind. Bei diesen Patienten ist eine qualitativ hochwertige und diabetologisch spezialisierte Versorgung notwendig. Krankenkassendaten zeigen auch, dass etwa ein Drittel aller Diabetiker mindestens einmal jährlich

aus anderen medizinischen Gründen in ein Krankenhaus eingewiesen wird. Auf die GKV hochgerechnet ergibt das jedes Jahr rund 2,5 Mio. Behandlungsfälle von Diabetikern, die nicht wegen ihrer Stoffwechselerkrankung, sondern mit anderen Hauptdiagnosen in Kliniken aufgenommen werden. 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.

Wie sieht die stationäre diabetologische Versorgungslandschaft aus?

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 Einfachheit halber verzichten wir auf eine Subdifferenzierung z.B. nach Notfällen, Fußbehandlungen oder eine Unterscheidung der unterschiedlichen Diabetestypen.

Insgesamt gibt es derzeit 1.466 Krankenhaus-Standorte in Deutschland, an denen 2019 mindestens ein stationärer Fall mit der Hauptdiagnose Diabetes (E10-E14; ICD-Codes, welche Diabetes verschlüsseln) berichtet wurde. An 655 Standorten wurden mindestens 100 Fälle codiert, an 195 Standorten mindestens 250 und an 42 Standorten mindestens 500. Nur an 20 Standorten wurden 750 Fälle oder mehr berichtet. In mehr als 85 Prozent der Krankenhäuser, die Patienten wegen Diabetes behandeln,

als 750 Fälle. In diesen Häusern wurden aber angesichts deren Größe immerhin 13 Prozent der Fälle mit Hauptdiagnose Diabetes (35.942 von 199.661 berichteten Fällen) behandelt (► Abb. 1).

Ein Großteil der mit Hauptdiagnose 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. Hier sind die politischen Forderungen nach einer Steigerung von Qualität und Patientensicherheit durch stärkere Spezialisierung und Konzentration gut nachvollziehbar.

„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.“

Wie könnte eine Zentralisierung der stationären Diabetologie aussehen?

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,

„Ein Großteil der mit Hauptdiagnose 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.“

weniger als 250 Fälle pro Jahr versorgt. An diesen in Bezug auf Diabetesversorgung kleinen Häusern wurden jedoch mehr als 50 Prozent der stationären Fallzahlen mit Hauptdiagnose Diabetes behandelt. Umgekehrt betreuen nur gut ein Prozent der Kliniken mehr

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 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 fallzahlstärkeren Versorger umverteilt. Bei gleichbleibender Gesamtzahl der Patienten erhöht sich die Fallzahl der verbleibenden Versorger entsprechend. 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 (► Abb. 2).

Die Steuerung könnte über eine sukzessive Verschärfung von Anforderungen an Mindestmengen und Strukturqualität der versorgenden Krankenhäuser erfolgen.

Wie könnte die spezialisierte Struktur finanziert werden?

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 zeitlichen 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. Krankenhäuser ohne spezielle diabetologische Infrastruktur sollten finanziell geringere Erlöse generieren können.

Welche Aufgaben könnten die zentralisierten Einrichtungen übernehmen?

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 Videokonferenz an. Dies müsste im Sinne einer Rundumversorgung (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“. Damit wären gesundheitspolitische Forderungen berücksichtigt: Ausbau der Digitalisierung der Krankenhäuser und Aufbau einer sektorenübergreifenden, qualitäts- und bedarfsorientierten Versorgungsstrukturplanung unter Berücksichtigung von Erreichbarkeit und Wirtschaftlichkeit.

Zusammenfassung

Mit unserem Statement wollen wir vorgeschlagene 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 beim Verfasser

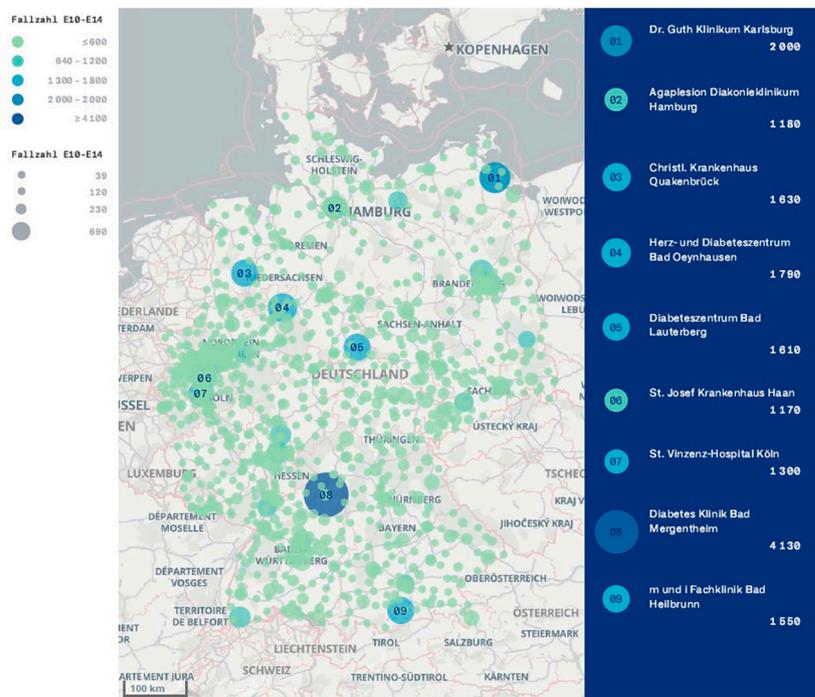


Abb. 1: Status quo der stationären Versorgung 2019 von Menschen mit Diabetes mellitus als Hauptdiagnose. Der Übersichtlichkeit halber werden nur Standorte mit mindestens 36 Fällen dargestellt. Damit sind 97,5% aller stationären Fälle durch die gezeigten Standorte abgedeckt.

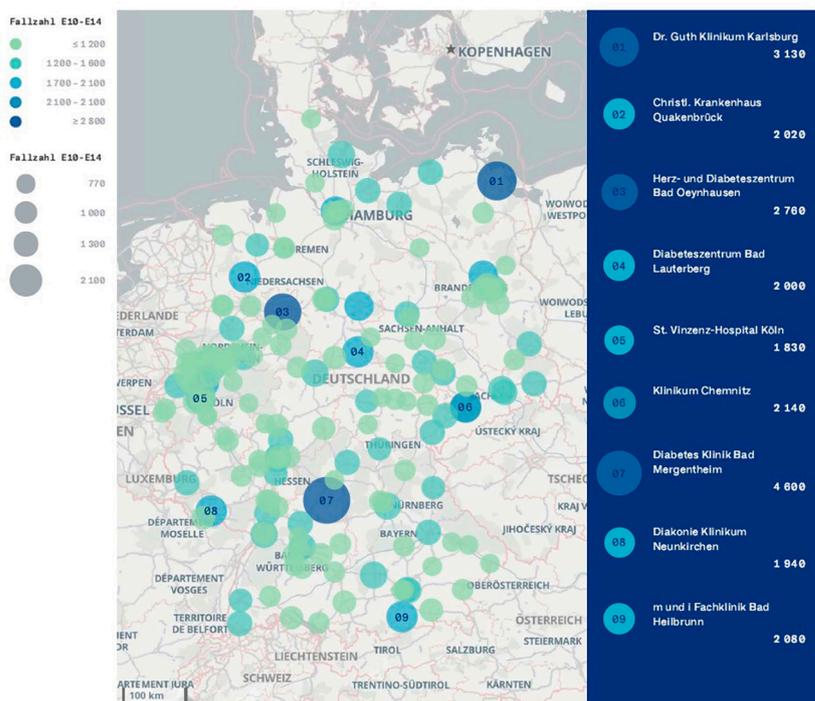


Abb.2: Simulation der stationären Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus als Hauptdiagnose unter dem Aspekt einer Zentralisierung. Annahme, dass alle verbleibenden Versorger mindestens 750 Fälle im Jahr behandeln. Die Zentralisierung auf bestimmte Krankenhaus-Standorte ist rein fiktiv und berücksichtigt nicht etwaige strategische Ausrichtungen von Häusern einer Region.

Dr. Thomas Werner

1. Vorsitzender BVKD und
 Chefarzt Diabeteszentrum Bad Lauterberg
 Diabeteszentrum Bad Lauterberg
 Kirchberg 21
 37431 Bad Lauterberg
 sekretariat@diabeteszentrum.de