



Qualitativ hochwertige klinische Diabetologie in einer zukünftigen sektorenübergreifenden Versorgung sichern!



„Burden of Disease“ bewältigen

Diabetes mellitus zählt zu den wichtigsten Volkskrankheiten, die heute und in Zukunft zu bewältigen sind.

So weist etwa die Krankheitsgruppe Diabetes mit Insulintherapie mit 3,87 Mrd. Euro das höchste Zuweisungsvolumen im Gesundheitsfonds auf. Schätzungen zufolge wird es 2040 in Deutschland etwa 11,5 Millionen Diabetiker geben. **Jährlich benötigen derzeit etwa 200.000 Patienten eine stationäre Behandlung wegen ihres Diabetes und rund 2,5 Mio. Diabetiker werden mit anderen Hauptdiagnosen in Krankenhäusern behandelt** (Auzanneau M et al. 2021).

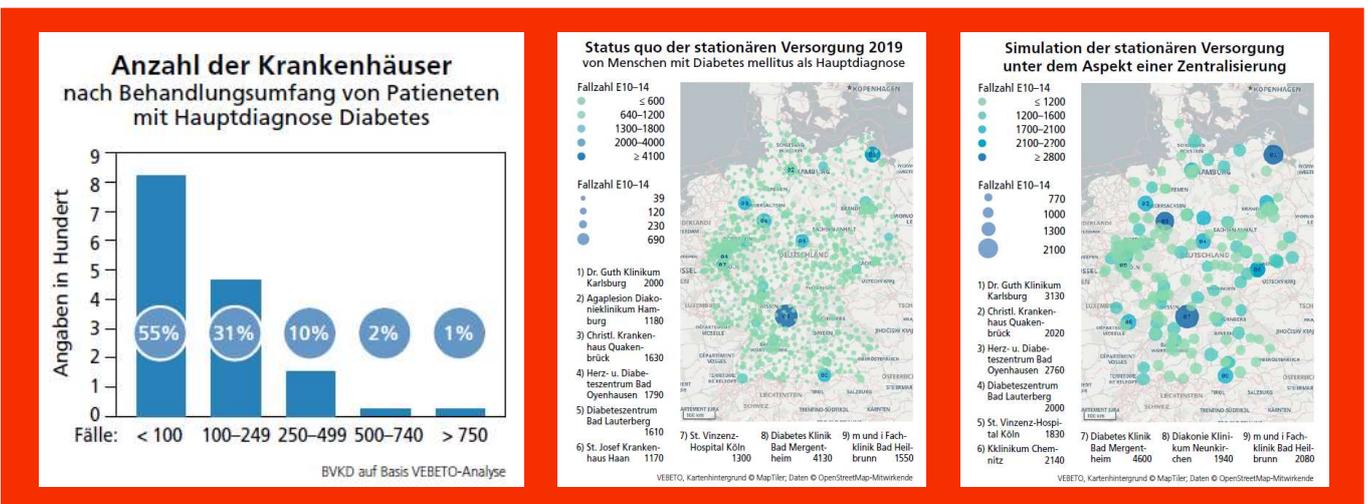
Eine umfassende Krankenhausreform ist richtig und wichtig – Diabetes darf nicht übersehen werden

Aktuelle Reformschritte gehen grundsätzlich in die richtige Richtung: Ausreichend Klinikpersonal ist ebenso notwendig wie eine **modernisierte Bedarfsplanung, qualitätsorientierte Spezialisierung, Zentralisierung** und Digitalisierung. Alle Möglichkeiten zur Verlagerung in die ambulante Versorgung müssen ausgeschöpft und die sektorenübergreifende Versorgung muss ausgebaut werden.

Leider wird die **Diabetologie** bei zentralen Reformfragen der Krankenhausversorgung **zu wenig beachtet**. Trotz aller Ambulantisierungsziele müssen die wenigen Patienten (<3% aller Diabetiker als Hauptdiagnose) mit **stationärem Behandlungsbedarf qualitativ hochwertig** versorgt werden. Die **Kosten der spezialisierten Infrastruktur**, die in wenigen Häusern mit entsprechender Spezialversorgung entstehen, müssen adäquat abgebildet werden, um weitere Schließungen von diabetologischen Abteilungen zu verhindern.

Potenziale zur qualitätsorientierten Zentralisierung nutzen

Ein **Großteil** der mit Hauptdiagnose Diabetes mellitus stationär Behandelten wird in **Einrichtungen mit nur rudimentären oder keinen diabetologischen Strukturen** betreut!



Unsere Reformvorschläge

Durch konsequente Umverteilung könnte die **Bündelung in diabetologischen Kompetenzzentren** gelingen. Der Betrieb einer 20-Betten-Station würde eine Mindestmenge an jährlichen Behandlungsfällen von 750 Fällen versorgen können, die eine Vorhaltung der entsprechenden Expertise ökonomisch sinnvoll ermöglicht. Die flächendeckende Versorgung wäre mit dieser Mindestmenge an Behandlungszahlen gewährleistet.

Es sollte eine **24h/7d-Qualitätsversorgung** sichergestellt werden. Dabei sollten zentrale Aufgaben wie **Telekonsile**, insbesondere zur Mitbehandlung von **Diabetikern**, die wegen anderer Hauptdiagnosen in **nicht diabetologisch qualifizierten Kliniken** behandelt werden, obligatorisch werden. Die stärkere Vernetzung mit der ambulanten Versorgung in Richtung einer rund-um-die-Uhr kooperativen und digital unterstützten sektorenübergreifenden Versorgung ist ebenso notwendig wie kooperative Strukturen in der **Aus- und Weiterbildung**.

Mögliche Finanzierung

Denkbar wäre eine additive Vergütung des vorzuhaltenden Spezialpersonals ähnlich den Pflegekräften und/oder eine **Basisvergütung durch** einen Zentrumszuschlag (bzw. der zukünftigen **Vorhaltekosten**). Dazu müsste **seitens Politik und/oder GBA die Etablierung großer Diabeteszentren forciert** werden. Krankenhäuser ohne spezielle diabetologische Infrastruktur sollten finanziell entsprechend geringere Erlöse generieren können.