Stationäre Diabetologie 2030: Alles im **Blick**

Der medizinische Blick

Wenn man den Hochrechnungen glauben will, wird sich in Deutschland die Anzahl der Menschen mit Diabetes durch Alterung der Bevölkerung in den nächsten Jahren bis auf 12 Millionen erhöhen. Das bedeutet auch, dass Menschen mit Diabetes häufiger im Krankenhaus behandelt werden müssen. Welche Rolle spielt dabei eine spezielle bettenführende Diabetologie?
Die übergroße Anzahl der stationär zu behandeteln Menschen mit Diabetes kommt primär nicht wegen ihrer Stoffwechselerkrankung in die Kliniken. Die Behandlungsdauer im Krankenhaus richtet sich in der Regel nach der Grunderkrankung. Eine passagere Insulinbehandlung bei akuten Erkrankungen oder perioperativ sollte jeder Internist umsetzen können.
Zahlen der BARMER-Krankenkasse aus 2019 zeigen, dass nur 2,4% der bei ihr versicherten Diabetiker rein diabetesbedingte Krankenhausbehandlungen benötigten. Wir sprechen also von etwa 100 000 Patienten im Jahr mit der Hauptbehandlungsdiagnose Diabetes mellitus – verteilt auf aktuell etwa 1 900 Kliniken. Mathematisch sind das etwa 50 Patienten im Jahr oder 3 im Monat für jedes Krankhaus. Die stationär wegen ihrer Stoffwechselerkrankung behandelten Menschen haben in der Regel sehr komplexe und/oder spezifische Probleme (z.B. Motivations- und Anpassungsstörungen, Depressionen, häufige Hypoglykämien, Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörungen, Bedienfehler der Diabetes-Devices, komplexe Folgeerkrankungen, Diabetisches Fußsyndrom). Die Behandlungsdauer im Krankenhaus ist deutlich länger als bei den Patienten mit Diabetes als Nebendiagnose. Um gute Behandlungsergebnisse zu erzielen, ist die Zusammenarbeit eines erfahrenen Teams unterschiedlicher Akteure notwendig. Damit solche Teams an Klinken etabliert werden können, sollte eine größere Anzahl von Patienten behandelt werden. Unter Annahme einer 35-Betten-Station sind das etwa 100 Diabetiker im Monat. Das macht 1 200 im Jahr. Dann würden im Schnitt etwa 80 Krankenhäuser mit spezialisierter Diabetologie in Deutschland genügen. Die „big five“ der stationären Diabetologie behandeln heute deutlich mehr als 100 Patienten mit Diabetes im Monat, so dass eher weniger Kliniken benötigt werden. Es spricht vieles für eine weitere Zentralisierung der stationären Diabetologie.

Der ökonomische Blick

1972 wurde im Krankenhausfinanzierungsgesetz eine duale Finanzierung von Kliniken festgelegt (Investitionen: Bund + Land / Betriebskosten: Krankenkassen). Es gibt allerdings einen riesigen Investitionsstau. Besserung sollen Krankenhausstrukturfond und Krankenhauszukunftsgesetz bringen. Eine detaillierte Betrachtung sprengt den Rahmen dieses Editorials. Fakt ist, dass vor der Corona-Pandemie nur 60 % der Häuser wirtschaftlich arbeiten konnten. Bei 13% bestand Insolvenzgefahr! Durch die Pandemie ist die Belegung der Kliniken deutlich zurückgegangen. Da Einnahmen im DRG-System in der Regel über eine Mengenausweitung der versorgten Patienten gesichert wurden, wird der ökonomische Druck auf die Kliniken wachsen. Das 2003 eingeführte DRG-System als Abrechnungsbasis stationärer Behandlungen berücksichtigt keine „diabetologische Infrastruktur“ der Kliniken. Alle 1 900 Häuser rechnen gleich ab. Es gibt derzeit keinen Kostentrenner. Der Patient mit einer Hypoglykämie und vier Tagen Liegedauer wird so abgerechnet wie ein komplexer, sehr aufwändiger Fall, der länger als eine Woche stationär behandelt wird. Jeder kann sich ausmalen, wie der ökonomische Stellenwert der stationären Diabetologie mit ihren geringen Margen ist.

Der Ausblick

Da eine Selbstregulation des „Gesundheitsmarktes“ mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Lücken in der stationären Versorgung komplexer Diabetesfälle führen wird, kann nur ein gesundheitspolitischer Ansatz die noch vorhandene Infrastruktur zur Behandlung dieser Volkskrankheit erhalten. Dabei wäre eine zentrumsbasierte Organisation sowohl medizinisch als auch ökonomisch sinnvoll.

Dr. Thomas Werner

„Um gute Behandlungsergebnisse zu erzielen, ist die Zusammenarbeit eines erfahrenen Teams unterschiedlicher Akteure notwendig.“