



# Krankenhausreform- und Krankenhaustransparenzgesetz - Chancen und Risiken

**Was bedeutet die Reform für die ambulante Diabetesversorgung?**

Antje Weichard

FÄ für Allgemeinmedizin, ZB Diabetologie, Diabetologin DDG

Magdeburg

BVND-Vorstandsmitglied

Berlin, 09.05.2024

# Was bedeutet die Reform für die ambulante Diabetesversorgung?

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen vom 13.03.2024  
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

## Wesentliche Elemente:

- 1) **Versorgungslevel von I bis IIIU**
- 2) **60+5 Leistungsgruppen** (Modell NRW)  
Mindestanforderungen Struktur- und Prozeßqualität
- 3) **60%ige Vorhaltepauschale inkl. Pflegepersonalkosten - zumindest ab Level I, aber Mindestvorhaltezahlen**
- 4) **stationäre Diabetesversorgung nur noch in Level II-III-Krankenhäusern**  
Strukturanforderungen Leistungsgruppe Komplexe Endokrinologie und Diabetologie  
(mind. **2 FÄ** für Innere Medizin, **Endokrinologie** und Diabetologie **24/7/365**)
- 5) **Level I – gar keine spezifische diabetologische Expertise** Strukturanforderungen weder FA mit ZB Diabetologie / Diabetologe DDG noch Diabetes-Edukations-Fachkräfte
- 6) **Level II-Krankenhäuser - u.U. pflegerisch geleitet, keine definierte ärztliche Strukturqualität, aber Weiterbildungsstätten**



# Was bedeutet die Reform für die ambulante Diabetesversorgung?

## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II-Krankenhäuser)

### Neuer § 6b KHG

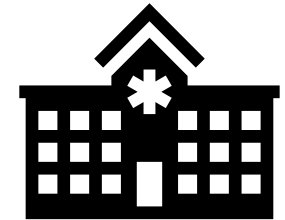
- stationäre und sektorenübergreifende Leistungen möglich
- auch für neu in den Krankenhausplan aufgenommen Einrichtungen

### Neuer § 115g SGB V

#### Sektorenübergreifende Leistungen sind:

1. Ermächtigung zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung
2. ambulantes Operieren nach § 115b,
3. medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h - NEU
4. belegärztliche Leistungen
5. Übergangspflege nach § 39e SGB V – max. 10Tage
6. Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V oder bei Pflegegrad teilstationäre oder Kurzzeitpflege nach § 41/42 des SGB XI

### Mischung aus Krankenhaus, Pflegeheim und MVZ



Finanzierung via SGB V und SGB XI

3)+5) +6) sollen pflegerisch geleitete selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des SGB XI zugelassen sind

# Was bedeutet die Reform für die ambulante Diabetesversorgung?

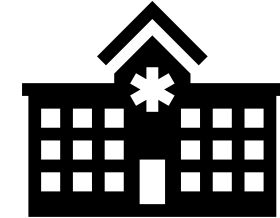
## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II-Krankenhäuser)

### Neuer § 115g SGB V – Vereinbarung zwischen

1. Stationäres Mindestangebot  
**Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie**
2. **weitere LG stationäre Innere Medizin und Geriatrie**  
**Allgemeine Chirurgie oder weiterer LG nach § 135e**
3. **stationäre Leistungen mit telemedizinischer Unterstützung** von kooperierendem Krankenhaus höheren Levels mit entsprechenden Leistungsgruppen
4. Vergütung durch **fallzahlabhängige Tagesentgelte**

**Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit, Dokumentation für ambulante Versorgung, ambulantes Operieren und medizinisch-pflegerische Versorgung §115h** und an die **Kooperation mit Vertragsärzten**

**Anpassung der Zulassung mindestens alle zwei Jahre** gemäß Stand der medizinischen Erkenntnisse



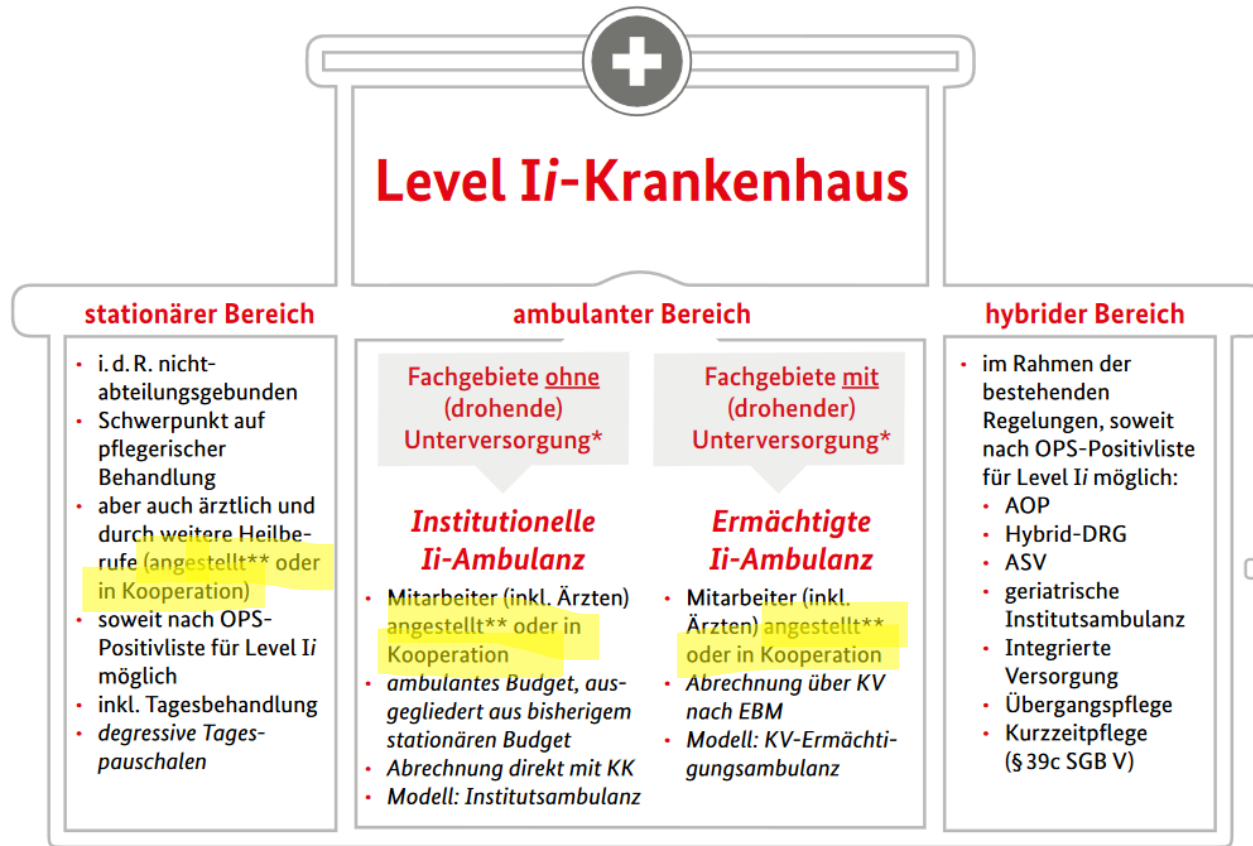
### Neuer § 115h SGB V

#### Medizinisch-pflegerische Leistung

1. Pat. mit **besonderem medizinischem und pflegerischen Bedarf** aufgrund **individueller Verfassung, persönlicher Lebenssituation,** wegen bestehender **Vor- oder Begleiterkrankungen**
2. **ärztliche Leistungen** von **Vertragsärzten mit Kooperationsvereinbarung** erbringbar

# Was bedeutet die Reform für die ambulante Diabetesversorgung?

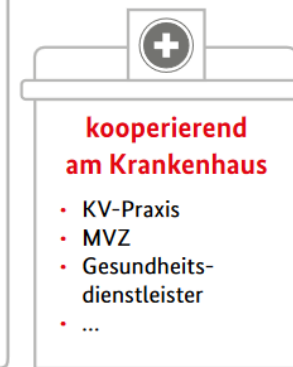
„Abschaffung der doppelten Facharztschiene“



## Neuer § 116a SGB V

### Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

KV-Ermächtigung zur **fachärztlichen Versorgung** bei **(drohender) Unterversorgung oder lokalem (drohendem) Versorgungsbedarf**



KV-Ermächtigung zur **hausärztlichen Versorgung**

bei **ungesperrem hausärztlichen Versorgungsbereich**

(80% der hausärztl. Versorgungsbereiche)

\* festgestellt durch Landesausschuss nach Versorgungsgrad

\*\* flexible Tätigkeit im ambulanten und stationären Bereich

„Hybrid-Arzt“

# Was bedeutet die Reform für die ambulante Diabetesversorgung?

## Chancen für die ambulante (und sektorenübergreifende) Diabetes-Versorgung

- 1) Erhalt bedarfsnotwendiger **grundversorgende kleine Krankenhäuser Level II** in Flächenländern (Erreichbarkeit binnen 30min PKW-Fahrzeit) - Allgemeine Innere Medizin und Chirurgie (**20% Diabetesprävalenz** des betreuten Klientels) **Kooperation mit Diabetes-SPP diabetologische Versorgung** gewährleisten
- 2) **Medizinisch-pflegerische Versorgung von Diabetespatienten** nach 115h mit Hilfe von DiabetologInnen aus Diabetes-Schwerpunktpraxen mittels **Honorarvertrag oder Anstellung**
- 3) **Belegärztliche Versorgung** als Vertragsarzt mit **Honorarvertrag oder Anstellung** für Innere Medizin mit ZWB Diabetologie oder Chirurg mit Kompetenz zur **operativen Versorgung des Diabetes-Fußsyndroms, ggf. als Hybrid-DRG oder für ambulante Operationen nach §115b**
- 4) **Telemedizinische Betreuung von Diabetes-Patienten** in sektorenübergreifenden Pflegeeinrichtungen (Finanzierung?)
- 5) Gewährleistung **sektorenübergreifender diabetologischer** ärztlicher und pflegerischer **Weiterbildung** in Level I-Krankenhäusern und damit attraktiverer Arbeitsplatz

# Was bedeutet die Reform für die ambulante Diabetesversorgung?

## Risiken für die Diabetes-Versorgung im Lichte von KHVVG und GVSG

### (Gesundheitsversorgungs-Stärkungsgesetz)



- 1) Gefährdung der ambulanten Diabetes-Schwerpunktpraxen als **Rückgrat der ambulanten diabetologischen Versorgung**
- 2) Diabetologen als fallführendem „Hausarzt“ des komplex kranken Menschen mit Diabetes droht **Verlust der Versicherten- und Chronikerpauschale** sowie eine **abgestaffelte Vorhaltefinanzierung**, da Entbudgetierung der Hausärzte an neue Bedingungen geknüpft ist
- 3) **Bedingungslose Öffnung** der öffentlich geförderten Level II-Krankenhäuser für die **ambulante hausärztliche Versorgung** auch ohne (drohende) Unterversorgung und Honorierung aus dem Vertragsarzt-Topf – „cherry picking“ in Krankenhaus-Institutsambulanzen ohne gesicherten Facharzt-Status Diabetologie
- 4) **Aufwändige ambulante Betreuung** multimorbider und geriatrischer Diabetes-Patienten **inklusive Hausbesuchstätigkeit** verbleibt (schlecht honoriert) bei den niedergelassenen Vertragsärzten
- 5) **Ungleiche Finanzierungsgrundlagen** für Vertragsärzte (EBM, fehlende Vorhaltefinanzierung) und stationäre Strukturen (2,5 Milliarden jährlich aus dem Transformationsfond)
- 6) Ungesicherte dauerhafte Finanzierung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, da keine Vorhaltepauschale sondern **(fallzahlabhängige) Tagesentgelte**
- 7) Keine Förderung für **Koordinierungs- und Fallmanagement-Aufgaben** inklusive **telemedizinische Betreuung** von Diabetes-Patienten in sektorenübergreifenden Einrichtungen- ausschließlich für Hochschulkliniken
- 8) **Gefährdung** einer hochwertigen **diabetologischen Weiterbildung**, damit **Gefährdung von PatientInnen**