Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Präsidentin des Deutschen Bundestages
- Parlamentssekretariat -
11011 Berlin

Sabine Dittmar
Parlamentarische Staatssekretärin
Mitglied des Deutschen Bundestages
HAUSANSCHRIFT Mauerstraße 29, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-1070
FAX +49 (0)30 18441-1074
E-MAIL PStin.Sabine.Dittmar@bmg.bund.de

Berlin, 21. Januar 2025

Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU betreffend „Sachstand in der ambulanten Diabetologie in Deutschland“, BT-Drs. 20/14351

Anlagen: -

Sehr geehrte Frau Bundestagspräsidentin,

auf die Kleine Anfrage übersende ich namens der Bundesregierung die beigefügte Antwort.

Mit freundlichen Grüßen

Deutscher Bundestag **Drucksache 20/14351**

20. Wahlperiode

Antwort der Bundesregierung auf die

Kleine Anfrage

der Fraktion der CDU/CSU

Sachstand in der ambulanten Diabetologie in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Die medizinische Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus hat sich in den letzten 30 Jahren grundlegend verändert. Während zuvor die Betreuung ausschließlich in hausärztlicher Hand lag und nur bei akuten Stoffwechselentgleisungen oder diabetischen Komplikationen klinische Einrichtungen in Anspruch genommen wurden, hat sich sukzessive deutschlandweit ein großes Netz von ambulanten spezialisierten Einrichtungen entwickelt, auch „diabetologische Schwerpunktpraxen“ genannt (vgl. ausführlich zur Geschichte der Diabetologie in Deutschland pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9942084/). Hier wird im Team nach Kenntnis der Fragesteller auf höchstem Niveau und nach modernsten Standards therapiert. Im Zentrum stehen die Diabetesschulung und die intensive, individuelle Beratung und Betreuung auch unter Nutzung von Telemedizin (vgl. Versorgungsoptimierung von Menschen mit Diabetes mellitus mit iscCGM unter Einsatz von Telemedizin; Neumann, Irsigler, Diabetes, Stoffwechsel und Herz 3/2021, 30:153-162).

Die Behandlung in den Diabeteseinrichtungen erfolgt in der Regel nach Indikationsstellung und Zuweisung durch die Hausärzte im Rahmen des Disease-Management-Programms (DMP). Die Diabetesschwerpunktpraxen sind elementarer Bestandteil des DMP-Diabetes mellitus. Die Patientinnen und Patienten in den spezialisierten Einrichtungen haben sich insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels in den vergangenen Jahren kontinuierlich verändert. Die Patientinnen und Patienten sind älter, multimorbider, kognitiv häufig eingeschränkt oder haben Verständnisprobleme aufgrund eines Migrationshintergrundes.

Die Ausbildung in der Diabetologie erfolgte über Jahre primär in klinischen Einrichtungen. Die Weiterbildung muss jedoch zukünftig stärker auch auf ambulanter Ebene in den Schwerpunktpraxen erfolgen. Dies ist sehr zeitaufwendig und erfordert großen Einsatz der Ausbilder (vgl. dazu allgemein u. a. www.aerzteblatt.de/archiv/197670/Diabetes-und-Pflege-Qualitaetsoffensive-gestartet).

Bei der Diabetologie handelt es sich um eine Zusatzbezeichnung und nicht um einen eigene Facharztbezeichnung. Trotz kontinuierlich steigender Anforderungen im Bereich von Glukosemessung, medikamentöser Therapie und zunehmend komplexer Diabetestechnologie (z. B. AID-Systeme) wurde die Zeit für die Zusatzweiterbildung Diabetologie der Landesärztekammern von 18 auf 12 Monate reduziert (vgl. approbatio.de/facharztausbildung/zusatz-weiterbildung-diabetologie/#:~:text=Dauer%20der%20Zusatz%2DWeiterbildung%20Diabetologie,1%20der%20Musterweiterbildungsordnung%20absolviert%20werden). Eine finanzielle Förderung der Weiterbildung in der ambulanten Diabetologie analog der

hausärztlichen Weiterbildung ist nach Kenntnis der Fragesteller derzeit nicht möglich, da die gesetzlichen Voraussetzungen fehlen.

Die demographische Entwicklung vollzieht sich auch in der Ärzteschaft. Ohne weitere Maßnahmen bewegen wir uns nach Einschätzung der Fragesteller auf einen Mangel an diabetologischen Schwerpunktpraxen zu - und das bei einer prognostizieren Verdopplung der Diabetesprävalenz bis 2050 (vgl. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021, www.thelancet.com Published online June 22, 2023 doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01301-6).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie bewertet die Bundesregierung die zukünftige Entwicklung der Diabetesprävalenz? Welche Kenntnisse liegen ihr dazu vor? Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus für die Weiterentwicklung der Versorgung?

Antwort:

Die zukünftige Entwicklung der Diabetesfallzahl in Deutschland hängt vor allem mit dem demografischen Wandel, aber auch mit der weiteren Entwicklung der Neuerkrankungsrate (Inzidenz) von Diabetes in der Bevölkerung sowie mit der Versorgung und dem Selbstmanagement und der damit verbundenen vorzeitigen Sterblichkeit von Menschen mit Diabetes zusammen.

Vorliegende wissenschaftliche Prognosen weisen auf einen Anstieg der Diabetesfallzahlen in den nächsten Dekaden hin, wobei die Prognosen jedoch je nach betrachtetem Szenario zur Entwicklung der Inzidenz und Sterblichkeit teils erheblich voneinander abweichen. Insgesamt ergibt sich nach Einschätzung des Robert Koch-Instituts ein wahrscheinlich steigender, jedoch nicht verlässlich quantifizierbarer Versorgungsbedarf hinsichtlich Diabetes in der Bevölkerung Deutschlands bei gleichzeitig verbleibender Notwendigkeit, die Versorgungsqualität weiter zu verbessern.

2. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Aufgaben, Leistungen und den Stellenwert ambulant spezialisierter Zentren (insbesondere diabetologische Schwerpunktpraxen, Hochschulambulanzen) zur Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus in Deutschland?

Antwort:

Die diabetologischen Schwerpunktpraxen haben einen maßgeblichen Stellenwert in der Betreuung von Menschen mit Diabetes, insbesondere für Menschen mit Diabetes Typ 1, aber auch für Menschen mit Diabetes Typ 2. Nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurden entsprechend der Auswertungen

des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) im Jahr 2023 in Nordrhein circa 89 Prozent der am strukturierten Behandlungsprogramm (Disease Management Programm – DMP) Diabetes Typ 1 teilnehmenden Patientinnen und Patienten in diabetologischen Schwerpunktpraxen betreut oder mitbetreut (Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung, Disease-Management-Programme GbR. (2024). Qualitätsbericht 2023. www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/print/berichte/dmp-berichte/qualbe_dmp_23.pdf?v=1733742742). Für Patientinnen und Patienten im DMP Diabetes Typ 2 spielen die Schwerpunktpraxen insbesondere durch das Angebot von Patientenschulungen sowie im Rahmen der Prävention oder Behandlung des diabetischen Fußsyndroms und bei einer notwendigen Therapieanpassung eine entscheidende Rolle. Bei den Patientenschulungen ist ein Trend dahingehend zu verzeichnen, dass diese zunehmend von diabetologischen Schwerpunktpraxen angeboten werden.

3. Wie bewertet die Bundesregierung die Zusammenarbeit von hausärztlichen und diabetologischen Praxen im Rahmen des DMP?

Antwort:
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt in seiner Richtlinie zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) (DMP-Anforderungen-Richtlinie, DMP-A-RL, www.g-ba.de/richtlinien/83) die allgemeinen sowie die erkrankungsspezifischen Anforderungen an DMP fest. Die Richtlinie enthält in Anlage 1 Anforderungen an DMP für Diabetes mellitus Typ 2, in Anlage 7 Anforderungen an DMP für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 sowie in Anlage 8 gemeinsame Vorgaben an die Dokumentation von Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2. Dies betrifft unter anderem Regelungen zur Koordinierungsfunktion sowie zur Langzeitbetreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des DMP sowie Empfehlungen zur Überweisung von der koordinierenden Ärztin beziehungsweise dem koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung oder zur Mitbehandlung.

Die Anforderungen an DMP Diabetes mellitus Typ 1 enthalten differenzierte Regelungen, die die Belange insbesondere von Kindern und Jugendlichen und auch die Qualifikation der koordinierenden Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen. So müssen die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt oder die koordinierende

Einrichtung diabetologisch besonders qualifiziert sein. In Einzelfällen kann die Koordination auch von Hausärztinnen oder Hausärzten in enger Kooperation mit einer diabetologisch besonders qualifizierten Ärztin, einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt oder einer diabetologisch besonders qualifizierten Einrichtung wahrgenommen werden. Die Regelungen zu Überweisungen enthalten verschiedene Fallkonstellationen, werden aber durch die Bestimmung ergänzt, dass die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung entscheidet. Gleiches gilt für eine etwaige Krankenhauseinweisung.

Insoweit ist im Rahmen der DMP die Zusammenarbeit von hausärztlichen und diabetologischen Praxen im Wesentlichen über die Überweisungskriterien der DMP-A-RL des G-BA geregelt. Nach Kenntnis der Bundesregierung und gemäß der eingeholten Auskunft von der KBV bestehen keine Probleme oder Hürden bei der Zusammenarbeit in der Umsetzung der DMP.

4. Wie bewertet die Bundesregierung die Veränderung der Patientenstruktur in diabetologischen Schwerpunktpraxen im Verlauf der vergangenen Jahre und in der Zukunft?

Antwort:
Zu der Patientenstruktur können Schätzungen aus der Region Nordrhein an-hand der Daten von Patientinnen und Patienten im DMP Diabetes Typ 1, die zum größten Anteil in diabetologischen Schwerpunktpraxen betreut werden, vorgenommen werden: Über die Jahre 2016 bis 2023 lag das durchschnittliche Alter der am DMP Diabetes Typ 1 Teilnehmenden durchgängig bei ca. 48,5 Jahren (Standardabweichung (SD) ca. 17), ein Trend in der Altersstruktur ist nicht zu verzeichnen. Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung lag der Anteil der Frauen bei ca. 45 Prozent, auch hier ist keine relevante Veränderung über die Jahre zu verzeichnen (Quellen: Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung, Disease-Management-Programme GbR. Qualitätsberichte der Jahre 2016 bis 2023). Zu weiteren Patientenmerkmalen liegen aus der DMP-Dokumentation keine Daten vor.

5. Wie bewertet die Bundesregierung den Wegfall klinischer Ausbildungsstätten zur Weiterbildung in der Diabetologie bzw. die Bedeutung der ambulanten Weiterbildung zum Erhalt einer spezialisierten Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus auf höchstem Niveau?
6. Wie bewertet die Bundesregierung, dass die Zusatzweiterbildung Diabetologie von den Landesärztekammern von 18 auf 12 Monate reduziert wurde - trotz kontinuierlich steigender Anforderungen im Bereich der Glukosemessung, der medikamentösen Therapie und im Bereich komplexer Technologien?

7. Wie bewertet die Bundesregierung einen bislang fehlenden Facharzt für Diabetologie? Welche Bedeutung hat dies nach Ansicht der Bundesregierung für die Weiterbildung? Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus insbesondere im Hinblick auf die Förderung der Weiterbildung im Vergleich zu anderen Arztgruppen?

Antwort:
Die Fragen 5 bis 7 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Für die ärztliche Weiterbildung sind die Länder zuständig, die ihre Zuständigkeit auf die Ärztekammern übertragen haben.

Die in die Zuständigkeit des Bundes fallende ärztliche Ausbildung wird bundesrechtlich insbesondere durch die Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) geregelt. Die ÄApprO enthält die Mindestanforderungen an die ärztliche Ausbildung. Eine Konkretisierung der bundesrechtlichen Vorgaben erfolgt durch die medizinischen Fakultäten im Rahmen der curricularen Ausgestaltung. Die medizinischen Fakultäten haben sich auf einen Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) geeinigt, der freiwillige Grundlage der curricularen Ausgestaltung ist.

Der Erwerb von Wissens- und Handlungskompetenzen zu Diabetes mellitus Typ 1 und 2 und weiteren Diabetestypen sind im NKLM explizit aufgeführt.

8. Wie bewertet die Bundesregierung die demographische Altersstruktur der in der Diabetologie tätigen Ärzte? Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus und welche Maßnahmen plant sie diesbezüglich?

Antwort:
Nach Auskunft der KBV ist die Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzweiterbildung (ZWB) Diabetologie aktuell vergleichbar mit der Altersstruktur aller Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung (Vergleichswerte der Gesamtärzteschaft jeweils in Klammern): Zum 31. Dezember 2023 lag das Durchschnittsalter in der Gruppe mit ZWB Diabetologie bei 55,4 Jahren (vgl. 54,1 Jahre). Der Anteil der Personen im Alter von 60 Jahren und älter lag bei 32,7 Prozent (vgl. 33,2 Prozent).

Die Altersindikatoren steigen bei den Diabetologinnen und Diabetologen jedoch etwas schneller als in der vertragsärztlichen Versorgung insgesamt: Im Jahr 2013

lag das Durchschnittsalter noch bei 51,4 Jahren (vgl. 53,3 Jahre) und der Anteil über 60 Jahren bei 14,7 Prozent (vgl. 25,4 Prozent). Im Jahr 2018 lagen die Werte bei 53,6 Jahren (vgl. 54,2) und 21,9 Prozent (vgl. 30,2 Prozent). Die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte mit dieser Zusatzbezeichnung in der vertragsärztlichen Versorgung stieg zwischen 2013 und 2023 von 1.794 auf 2.253.

Erheblich jünger als die Gesamtärzteschaft sind die Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie. Hier liegt das Durchschnittsalter aktuell bei 49,6 Jahren, der Anteil über 60 Jahren bei 11,6 Prozent. 2013 lagen die Werte bei 48,2 Jahren und 9,3 Prozent. Diese Gruppe ist mit aktuell 154 Personen erheblich kleiner als bei der Zusatzweiterbildung, ist aber gegenüber 75 Personen im Jahr 2023 deutlich gewachsen.

9. Wie bewertet die Bundesregierung die Vergütungssituation insbesondere in den diabetologischen Schwerpunktpraxen vor dem Hintergrund steigender Anforderungen an das gesamte Team (z. B. spezialisiertes Fachpersonal) und gestiegenen Kosten?

Antwort:
Die Bundesregierung kann keine Bewertung der Vergütung oder der Vergütungssituation vornehmen. Die ärztliche Vergütung richtet sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM), der durch den Bewertungsausschuss vereinbart wird. Der Bewertungsausschuss wird durch Vertreterinnen und Vertreter der KBV und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und damit durch die Selbstverwaltung gebildet. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat lediglich die Rechtsaufsicht über die Beschlüsse des Bewertungsausschuss. Die Höhe der Vergütung ist ausschließlich eine fachliche Frage und obliegt somit nicht der Überprüfung des BMG.

10. Wie bewertet die Bundesregierung die Struktur der diabetologischen Schwerpunktpraxen, insbesondere die Verankerung in sowohl hausärztlich als auch fachärztlich niedergelassen Praxen?

Antwort:
Nach Auskunft der KBV waren im Jahr 2022 im Rahmen von DMP 51.509 Ärztinnen und Ärzte an der Versorgung von Menschen mit Diabetes Typ 2 und 7.092 Ärztinnen und Ärzte an der Versorgung von Menschen mit Diabetes Typ 1 beteiligt (Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2024). Qualitätsbericht 2023. www.kbv.de/media/sp/KBV-Qualitaetsbericht_2023.pdf). In der Regel nehmen

Ärztinnen und Ärzte, die am DMP Diabetes Typ 1 teilnehmen, auch am DMP Diabetes Typ 2 teil.

Gemäß Auswertung des Bundesarztregisters sind von allen Ärztinnen und Ärzten, die im Rahmen von DMP an der Diabetesversorgung beteiligt sind, 98 Prozent Hausärztinnen und Hausärzte und zwei Prozent Fachärztinnen und Fachärzte (insbesondere fachärztlich tätige Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin).

11. Welche Auswirkungen auf die Versorgungs- und Vergütungssituation hätten die Regelungen im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) auf die in der Diabetologie tätigen Praxen (bitte wenn möglich quantifizieren)?

Antwort:
Auswirkungen auf die Versorgungs- und Vergütungssituation von Schwerpunktpraxen durch die mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vorgesehenen Regelungen sind nicht erkennbar.

12. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung zum Erhalt der Attraktivität der Arbeit in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis?

Antwort:
Im Hinblick auf die bevorstehenden Neuwahlen des Deutschen Bundestages kann hierzu derzeit keine Aussage getroffen werden.

13. Wie bewertet die Bundesregierung die Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus in Kliniken? Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung in diesem Bereich?

Antwort:
Im Rahmen der Krankenhausreform sind umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen vorgesehen. Zentrale Bestandteile der Reform sind die Einteilung der Krankenhausleistungen in Leistungsgruppen, für die jeweils Qualitätskriterien festgelegt werden, sowie die Einführung einer darauf basierenden Vorhaltevergütung. Behandlungsfälle mit Diabetes mellitus als Einweisungsgrund werden insbesondere durch die Leistungsgruppe „Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“ abgedeckt.

14. Wie bewertet die Bundesregierung die Situation, dass nach Kenntnis der Fragesteller auch Menschen mit akuter Blutzuckererhöhung von Kliniken häufig abgewiesen werden und von Diabetesschwerpunktpraxen ambulant durchgehend versorgt werden?

Antwort:

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse im Sinne der Fragestellung vor.