

Positionen des Bundesverbands Niedergelassener Diabetologen e.V.

- Interne Strukturen im BVND
- Definition der
Diabetologischen Schwerpunktpraxis
- Der Versorgungsauftrag
- Qualitätsmanagement QM mellitus
- Schnittstellen
- Diabetes-Schulung
- ICD 10 Verschlüsselung
- Das Vergütungsmodell des BVND

EINLEITUNG

Die Diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) hat im deutschen Gesundheitssystem eine Sonderstellung. Bei der Tätigkeit der Schwerpunktpraxis handelt es sich um eine spezialisierte fachärztliche Patientenversorgung auf Überweisung vom Hausarzt. Gleichzeitig sind über 60 Prozent der Schwerpunktpraxen selbst der hausärztlichen Versorgungsebene zugeordnet (zur Entwicklung der ambulanten Diabetologie siehe den Beitrag Seite 8). Und obwohl es in Deutschland über 7 Millionen Diabetiker gibt, findet sich in der Abrechnungssystematik der gesetzlichen Krankenversicherung, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab, nur eine einzige diabetesspezifische Gebührenordnungsposition – nämlich den Diabetischen Fuß. Die übrige Versorgung ist in Diabetesvereinbarungen mit den Krankenkassen, in DMP- und Strukturverträgen geregelt. Dadurch ist eine unübersichtliche Vertragslandschaft entstanden, die regional riesige Unterschiede aufweist.

Der Bundesverband Niedergelassener Diabetologen tritt ein für eine hochwertige fachärztliche Versorgung von Menschen mit Diabetes, die eine spezialisierte Betreuung benötigen. Der BVND hat – insbesondere in den letzten zwei Jahren – intensiv an der Positionierung der Diabetologischen Schwerpunktpraxis gearbeitet. Die Erfahrungen aus Gesprächen mit Vertretern der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Kassenärztlichen Vereinigungen, anderen Berufsverbänden, Gesundheitsökonomien haben dazu beigetragen eine Strategie für die Diabetologische Schwerpunktpraxis zu entwickeln. In verschiedenen Stellungnahmen und Papieren hat der BVND seine Positionen klargemacht. Das Ergebnis ist dieses Positionspapier, das den Standpunkt des BVND zusammenfasst.

Mit dem Positionspapier möchte sich der BVND mit seinen Zielen bei Ihnen vorstellen.

Wir geben Antworten auf die Fragen:

- Welche Ziele hat der BVND?
- Was ist eine Diabetologische Schwerpunktpraxis?
- Wie sieht der Versorgungsauftrag der DSP aus?
- Wie sieht diabetesspezifisches Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung aus?
- Wie sehen die Schnittstellen zur hausärztlichen Versorgung und zur stationären Versorgung aus?
- Wie muss die Patientenschulung organisiert sein?
- Welche Rolle spielt die Diagnosekodierung? Und was tut der BVND für die richtige und vollständige Verschlüsselung?
- Wie stellt sich der BVND die Vergütung der DSP vor?
- Welche Forderungen hat der BVND?
- Wir wünschen viel Spaß beim Lesen und freuen uns auf den Austausch mit Ihnen.

INTERNE STRUKTUREN IM BVND

Der BVND stellt sich vor

Die Behandlung und Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus erfolgt heute überwiegend im ambulanten Bereich. Während eine notwendige Insulinbehandlung eines Diabetikers vor 20 Jahren noch überwiegend den stationären Einrichtungen vorbehalten war, so ist diese vielschichtige Therapieoption heute eine Domäne der niedergelassenen Diabetologen. Die Gründung des Bundesverbands Niedergelassener Diabetologen e. V. 2002 folgte der Entwicklung der Diabetologie zu einem eigenständigen fachärztlichen Gebiet in der ambulanten Versorgung. Circa 1.100 Schwerpunktpraxen betreuen heute gemeinsam mit den Hausärzten die etwa sieben Millionen Diabetiker in Deutschland.

Die komplexen Zusammenhänge von Adipositas, Hypertonie, Fettstoffwechselstörung und Diabetes mellitus im Hinblick auf makrovaskuläre Komplikationen wurden in den letzten 30 Jahren erkannt und erforscht. Das damals sogenannte „tödliche Quartett“ bzw. „Syndrom X“ mündet heute in den Begriff „metabolisch-vaskuläres Syndrom“. Der Anstieg der Herzinfarkt- bzw. Schlaganfallrate insbesondere auch bei Diabetes mellitus hat die Fachgesellschaften alarmiert und zu einer Verschärfung der Leitlinien in Bezug auf die Einstellung der Einzelkrankungen geführt. Auch hier ist die Tendenz der Erkrankten steigend und somit werden auch in Zukunft qualifizierte niedergelassene Diabetologen benötigt.

Diesen neuen Erkenntnissen und den weiterhin steigende Erkrankungszahlen der Menschen mit Diabetes hat die Deutsche Diabetes Gesellschaft Rechnung getragen und 1996 die Ausbildung zum Diabetologen DDG gefördert. Dieser Facharzt für Diabetologie, der für die Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus, seinen Folgeerkrankungen und assoziierten Erkrankungen verantwortlich zeichnet, soll nach Auffassung des BVND in Zukunft zum überwiegenden Teil in diabetologischen Schwerpunktpraxen tätig sein. Ihm zur Seite steht sein Diabetesteam mit Diabetesberater/-innen und Diabetesassistenten/-innen, das ihn kompetent in der Behandlung und Betreuung der Menschen mit Diabetes unterstützt. Einzel- und vor allem Gruppenschulungen werden von den speziell ausgebildeten Mitarbeitern/-innen für jedes spezifische Behandlungskonzept durchgeführt. Die fortlaufende Motivation und Stärkung, so genanntes Empowerment, der Patienten ist eine entscheidende Komponente für den Therapieerfolg.

Die ab dem Jahr 2003 implementierten Disease-Management-Programme Diabetes mellitus Typ 2 und Typ 1 haben die Lebensqualität der Menschen mit Diabetes weiter verbessert. Die notwendige Kooperation zwischen den einzelnen Versorgungsebenen – Grundversorgung im hausärztlichen Bereich, weitergehende Betreuung bei Nichterreichen der Zielwerte bzw. Komplikationen in der diabetologischen Schwerpunktpraxis, der sogenannten Versorgungsebene 2 und die spezialisierte Klinik als Versorgungsebene 3 – war und ist zukunftssträchtig und für das Wohl der Menschen mit Diabetes dringend erforderlich. Der BVND wird sich für die sinnvolle Fortführung der DMPs einsetzen.

Sicher werden heute noch die Honorierungsverträge regional geschlossen, jedoch sind im deutschen Gesundheitssystem eindeutige Zentralisierungstendenzen zu erkennen. Auf der Nachfrageseite der Krankenkassen werden Fusionen durch den Gesundheitsfonds weiter beschleunigt. Für die in Zukunft immer bedeutsamer werdenden überregionalen Vertragsverhandlungen müssen die Diabetologen aufgestellt sein, um eine entsprechende Honorierung unserer Leistungen zu erreichen.

Wie definiert sich eine Diabetologische Schwerpunktpraxis? – Wen vertritt der BVND?

Eine Schärfung des Profils der Diabetologischen Schwerpunktpraxis ist eine der zentralen Herausforderungen der nächsten Zeit. Die diabetologische Schwerpunktpraxis muss sich durch ihre Struktur- und Prozessqualität gegen die „nebenbei auch Diabetiker behandelnden Hausärzte“, abgrenzen. Nur so kann das Produkt „spezialisierte Diabetesbehandlung“ definiert und gegenüber

der Politik, den Kassen und anderen Verbänden vermittelt werden.

Der BVND vertritt also speziell die Interessen der überwiegend mit Diabetepatienten arbeitenden Diabetologen in niedergelassener Schwerpunktpraxis. Hierbei ist es gleichgültig, ob die Kollegen für den hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungssektor vortiert haben. Allen gemeinsam ist die spezialisierte Tätigkeit auf Zuweisung von Hausärzten und somit prinzipiell fachärztlich. Eine primär hausärztliche Betreuung findet auch bei den hausärztlich niedergelassenen Diabetologen überwiegend nicht statt.

Ziel des BVND ist es, diesen Diabetologen zu einer Anerkennung, die ihrem Tätigkeitspektrum gerecht wird, zu verhelfen. Aus Sicht des BVND entspricht dies einer Anerkennung als fachärztliche Schwerpunktdisziplin. Dazu gehört auch, dass der Facharzt für Diabetologie in der ärztlichen Weiterbildungsordnung verankert werden muss.

Die Leistung der Diabetologischen Schwerpunktpraxis muss angemessen honoriert werden. Der BVND ist davon überzeugt, dass sich diabetologische Leistungen in Zukunft im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, also im Kollektivvertrag, abbilden müssen, um die qualitätsgesicherte Versorgung und Betreuung der über acht Millionen Diabetiker in Deutschland sicherzustellen. Um auf regionale Besonderheiten und Entwicklungen einzugehen, sind daneben weiterhin regionale Strukturverträge zur umfassenden diabetologischen Versorgung notwendig.

Die Diabetologen in Schwerpunktpraxen werden also in Zukunft auf zwei Ebenen verhandeln müssen: die Basisversorgung muss im Kollektivvertrag gesichert werden; auf regionaler Ebene können und sollen Strukturverträge und Zusatzvereinbarungen geschlossen werden, um auf regionale Entwicklungen flexibel reagieren zu können. Um dies zu leisten, muss sich der BVND strukturell anpassen.

Als Bundesverband sollte der BVND möglichst alle Schwerpunktpraxen in Deutschland erfassen, damit er in der Politik für alle sprechen kann. Gleichzeitig braucht es starke Regionalverbände, die in ihrer Region eigenständig agieren und verhandeln können. Die Mitgliederversammlung hat mit dem Satzungsneubeschluss die notwendigen Voraussetzungen geschaffen. Der BVND ist nun Dachverband der Landesverbände der niedergelassenen Diabetologen. Im nächsten Jahr sollen die Strukturreformen abgeschlossen werden, in dem neue Landesverbände gegründet werden oder bestehende Regionalverbände an den BVND herangeführt werden. Die aktuelle Mitgliederentwicklung zeigt, dass der BVND auf dem richtigen Weg ist. Im Jahr 2009 hat der BVND neue Mitglieder gewonnen und hat damit aktuell 530 Mitglieder (Stand: Januar 2010).



Dr. Eva-Maria Fach
1. Vorsitzende des BVND
Rosenheim



Dr. Hans-Martin Reuter
2. Vorsitzende des BVND
Jena



Dr. Bernd Donaubauer
Schatzmeister des BVND
Oschatz



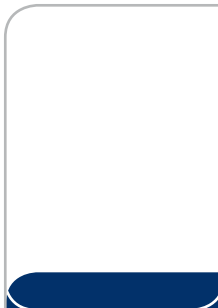
Dr. Michael Simonsohn
Vorstandsmitglied
Frankfurt



Dr. Gerhard Klausmann
Vorstandsmitglied
Aschaffenburg



Dr. med. Dorothea Reichert
Vorstandsmitglied
Landau



Stephan A. Schreiber
Vorstandsmitglied
Quickborn



Dr. med. Nikolaus Scheper
Vorstandsmitglied
Marl



Michael Horst
Geschäftsstellenleiter
Heidenheim

Positionen des BVND

- >>> Die Diabetologische Schwerpunktpraxis arbeitet mit überwiesenen Patienten gemäß Schnittstellendefinition. <<<
- >>> Eine Diabetologische Schwerpunktpraxis erfüllt die Anforderungen der Definition des BVND in Bezug auf Strukturen und Prozesse und Leistungsspektrum. <<<
- >>> Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung sind Bestandteil der Definition einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis.<<<
- >>> Die Behandlung einer Volkskrankheit wie Diabetes muss im ambulanten Bereich erfolgen. <<<
- >>> Die Diabetologische Schwerpunktpraxis stellt ein umfassendes Versorgungsangebot gemäß dem Versorgungsauftrag sicher. <<<
- >>> Die strukturierte Diabetesschulung ist eine wesentliche Säule bei der Behandlung von Menschen mit Diabetes. <<<

Forderungen und Ziele des BVND

- >>> Sicherung der Versorgungsqualität von Patienten mit Diabetes mellitus <<<
- >>> Etablierung eines Facharztes für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten in den Weiterbildungsordnungen der Bundes- und Landesärztekammern <<<
- >>> Einführung der Diabetologie in den EBM als eigenes Kapitel <<<

DEFINITION DER DIABETOLOGISCHEN SCHWERPUNKTPRAXIS

Struktur- und Leistungsmerkmale der Diabetologischen Schwerpunktpraxis

Es hat sich gezeigt, dass die Schärfung des Profils der Diabetologische Schwerpunktpraxis unbedingt notwendig ist, um den kommenden Anforderungen der Vertragsgestaltung mit den Kostenträgern gerecht zu werden. Hier ist bei Nichterfüllung eine spürbare Abstaffelung der Betreuungspauschale vorgesehen. Höhere Qualitätsanforderungen werden Grundlage für die zukünftige Honorierung sein.

Der Vorstand des BVND hält es für erforderlich und existentiell, dass die niedergelassenen Diabetologen die Qualitätsrichtlinien für die Diabetologische Schwerpunktpraxis bestimmen, und ihnen nicht irgendwelche, von den Kostenträgern festgelegten, übergestülpt werden. Für die Arbeit der Di-

abetologische Schwerpunktpraxis müssen Strukturen und Prozesse qualitätsorientiert entwickelt und umgesetzt werden, um für die Patienten, die Menschen mit Diabetes, eine höchstmögliche Ergebnisqualität zu erzielen. Diese sind in etlichen Diabetologische Schwerpunktpraxis's schon etabliert.

Eine externe Zertifizierung ist für das Erreichen der Stufe 2 der Deutschen Diabetes-Gesellschaft erforderlich. Diese ist für alle diabetologischen Schwerpunktpraxen wünschenswert. Für die Anerkennung der Stufe 1 ist die Überprüfung der Unterlagen durch den Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung (QSW) der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) ausreichend.

An das Diabetesteam werden folgende Voraussetzungen gestellt: Leiter der Einrichtung muss ein Diabetologe DDG bzw. Landesärzte Kammer (LÄK) sein. Ihm zur Seite stehen

Definition

Die Anforderungen an eine Diabetologische Schwerpunktpraxis sind in einer Vielzahl von Verträgen in unterschiedlicher Weise geregelt. Der BVND sieht es als seine Aufgabe an, den Standard für eine Diabetologische Schwerpunktpraxis festzulegen. In der folgenden Aufzählung sind die aus Sicht des BVND obligaten Merkmale mit einem Häkchen gekennzeichnet. Der Tatsache, dass einzelne Praxen einen höheren Standard erfüllen bzw. ein breiteres Leistungsspektrum anbieten, ist durch zusätzliche fakultative Merkmale Rechnung getragen.

Übersicht:

- ✓ **Leistungsspektrum der Diabetologische Schwerpunktpraxis**
- ✓ **Strukturqualität**
- ✓ **Prozessqualität**
- ✓ **Ergebnisqualität**

Leistungsspektrum der Diabetologische Schwerpunktpraxis

- ✓ Ambulante Neueinstellungen und kontinuierliche Betreuung von DM Typ 1 sowie diab. Kinder
- ✓ Ambulante Neueinstellung von DM Typ 2, Betreuung bei Entgleisung sowie kontinuierliche
- ✓ Betreuung bei Komplikationen
- ✓ Interdisziplinäre Betreuung von schwangeren mit Diabetes
- ✓ Diagnostik und Management von Gestationsdiabetes
- ✓ Insulinpumpeneinstellungen und -ambulanz
- ✓ Fußambulanz
- ✓ Management der makro- und mikrovaskulären Folgeerkrankungen
- ✓ Schmerztherapie der PNP
- ✓ permanentes Angebot sämtlicher erforderlicher Schulungen
- ✓ Einzelberatungen durch Diabetesberater/in, Diabetesassistent/in oder Diätassistent/in
- ✓ Akutes Fußsyndrom – Ulcera, Gangrän, Infektion
- ✓ Etablierung von Selbsthilfegruppen und Diabetikersportgruppen
- ✓ Durchführung von Diabetikertagen
- ✓ Durchführung von hausärztlichen
- ✓ Qualitätszirkeln
- ✓ Kontinuierliche Erreichbarkeit/Vertretungsregelung
- ✓ Diagnosebezogene verhaltensmedizinische Interventionen

Notfallversorgung

- ✓ Schwere und/oder gehäufte Hypoglykämie
- ✓ Stoffwechselentgleisungen mit Hyperglykämie
- ✓ Beginnende Ketoacidose
- ✓ Erstmanifestation Typ 1 -Diabetes
- ✓ Erstmanifestation eines entgleisten Typ 2 -Diabetes
- ✓ Gestationsdiabetes
- ✓ Insulinpumpenstörung
- ✓ Etablierung von Selbsthilfegruppen und Diabetikersportgruppen
- ✓ Durchführung von Diabetikertagen
- ✓ Durchführung von hausärztlichen Qualitätszirkeln
- ✓ Kontinuierliche Erreichbarkeit / Vertretungsregelung
- ✓ Diagnosebezogene verhaltensmedizinische Interventionen

Strukturqualität

Personelle Voraussetzungen

- ✓ Diabetologe DDG (Vollzeit) bzw. Zusatzweiterbildung der einzelnen Landesärztekammern
- ✓ Diabetesberater/-in DDG (Vollzeit)
- ✓ Hygienebeauftragte/r DDG
- Fakultativ Diätassistent/-in
- Fakultativ Wundmanager/-in
- Fakultativ Diabetesassistent/-in

Räumliche Voraussetzungen

- ✓ Beratungsraum für Diabetesberater/-in
- ✓ Schulungsraum für Gruppenschulung
- ✓ Fußraum
- Fakultativ Lehrküche

Technische Voraussetzungen

- ✓ Stimmgabel, Monofilament, Tiptherm, Reflexhammer
- ✓ Handdoppler
- ✓ BZ-Messgerät – Nasschemie
- ✓ Medien für Schulungsraum
- ✓ EKG
- ✓ Sonographie
- ✓ Blutdrucklangzeitmessung
- Fakultativ HbA_{1c} – Messgerät
- Fakultativ Kontinuierliche Blutglukosemessung
- Fakultativ Fußambulanzausstattung nach AG-Fuß
- Fakultativ Ergometrie
- Fakultativ Langzeit-EKG

Prozessqualität

- ✓ Vorrat an Gesundheitspässen Diabetes
- ✓ EDV Programm zur Dokumentation und Qualitätssicherung
- ✓ Definierte Prozessabläufe an jedem Arbeitsplatz mit Arbeitsplatzbeschreibung (individuell im Team erarbeitet und in regelmäßigen Teamsitzungen evaluiert)
- ✓ Zuweisung von Zuständigkeiten
- ✓ (diabetesspezifisches) Qualitätsmanagement

DEFINITION DER DSP

verpflichtend ein/e Diabetesberater/in DDG. Fakultativ können zusätzlich ein/e Diabetesassistent/in DDG, ein DiätassistentIn oder Ernährungberater/in, ein/e Wundmanager/in das Team ergänzen.

Als Ausstattung benötigt die Praxis ein Beratungszimmer und Schulungsräume mit entsprechendem Schulungsmaterial und einen nach den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft Fuß (AG Fuß) der DDG speziell ausgestatteten Fußraum.

Selbstverständlich ist ein Blutzuckermessgerät in Nasschemie und fakultativ auch ein Messgerät für den HbA_{1c} Wert sowie ein Gerät zur kontinuierlichen Blutglucosemessung (CGMS) notwendig. Teststreifen zur Überprüfung der Mikroalbuminurie müssen vorhanden sein.

An weiteren Möglichkeiten zur Diagnostik sind neben den zwingend vorhandenen Untersuchungsgeräten zur Überprüfung der Fußpulse und Nerven am Fuß das Vorhandensein eines Dopplers, eines Sonographiegerätes, eines EKG, eventuell einer Ergometrieinheit und einer Blutdrucklangzeitmessung sinnvoll.

Die Prozesse, die in der Diabetologische Schwerpunktpraxis regelmäßig ablaufen wie die leitliniengerechte Behandlung der verschiedenen Formen des Diabetes mellitus und seiner Folge- und assoziierten Erkrankungen einschließlich des Gestationsdiabetes, sind beschrieben.

Die Diabetologische Schwerpunktpraxis hat die Durchführung der unterschiedlichen Schulungen in einem bestimmten Turnus zu gewährleisten, um die Schulungsqualität zu sichern. Hier zählen die Schulungen für Typ 1 Diabetiker genauso, wie für Typ 2 Diabetes mit und ohne Insulin, die Medias 2 Schulung, die prandiale Insulintherapie und die intensivierte konventionelle Insulintherapie für Typ 2 Diabetiker und die Hypertonieschulung, wobei die ICT Schulung für Typ 1 und Typ 2 Diabetes, die Medias 2 Schulung und die Hypertonieschulung mindestens halbjährlich erfolgen muss.

DEFINITION DER DSP

Die Schulung bei Gestationsdiabetes wird, wenn erforderlich, laufend angeboten. Spezielle Schulungen wie z. B. die Insulinpumpenschulung (Subito) oder die Schulung bei Hypoglykämiewahrnehmungsstörung (BGAT oder Hypos) sind mit im Angebot und werden bei Bedarf durchgeführt. Gefordert wird ein Train-the-Trainer-Seminar bei jeglicher Schulung sowohl für den Diabetologen als auch die Schulungskraft.

Fort- und Weiterbildungen sind für die Praxisinhaber und das gesamte diabetologische Team festgelegt, ebenso sind Hospitationen für den Diabetologen und für die DiabetesberaterIn bzw. -assistentIn verpflichtend.

Kooperationen mit speziellen Fachärzten wie z. B. Kardiologen, Angiologen, Neurologen, Augenärzte, Nephrologen, Gefäßchirurgen, Psychologen, Radiologen etc. wie auch mit Orthopädienschuhtechniker und Podologen sind erforderlich und festgeschrieben.

Insbesondere ist die Zusammenarbeit mit den Hausärzten zwingend notwendig, da in der Diabetologische Schwerpunktpraxis die Menschen mit Diabetes auf deren Überweisung behandelt, beraten und betreut werden. Wenigstens 50 Prozent der Patienten einer Diabetologische Schwerpunktpraxis müssen Diabetiker sein. Eine Zusammenarbeit mit den umgebenden Sozialdiensten ist sinnvoll.

Auf diesen Seiten finden Sie die wichtigsten Merkmale der Definition als Liste. Die Definition ist eine Selbstverpflichtung und hat keine rechtliche Bindungswirkung für bestehende Verträge.

Die dringende Dokumentation der Arbeit mittels Qualitätssicherung ist unerlässlich. Kann doch durch diese Daten die Qualität der Arbeit in der Diabetologische Schwerpunktpraxis belegt werden. Aktuell erarbeitet eine Arbeitsgruppe des BVND unter Mitwirkung von DPV und FQSD einen definierten Datensatz, der von jeder Diabetologische Schwerpunktpraxis wünschenswerter Weise zu dokumentieren ist.

Patientenerstaufnahme

Terminvergabe nach Interventionsgrund!

- ✓ Aufnahmebogen
- ✓ Erstuntersuchung – (ggf. Spritzstellen!)
- ✓ Ausstellen / Überprüfung GP Diabetes
- ✓ Überprüfen schon vorhandener BZ-Messgeräte, Pen, Kanülen
- ✓ Abklärung: notwendige Schulung
- ✓ Schulungsmotivation
- ✓ fakultativ Ernährungsbogen
- ✓ Status Folgeerkrankung
- ✓ Veranlassung von erweiterter Diagnostik
- ✓ ein Arztbrief an Zuweiser pro Überweisung

Auftragsklärung

- ✓ Ein-/Umstellungsnotwendigkeit
- ✓ Schulungsbedarf
- ✓ Behandlung von Folge- bzw. assoziierten Erkrankungen

Verpflichtendes Schulungsangebot

- ✓ Typ 1 (ICT) > 1 x / Quartal
- ✓ Typ 2 (ICT) > 1 x / Quartal
- ✓ Typ 2 ohne Insulin / CT > 1 x / Quartal
- ✓ GDM (kontinuierliches Angebot)

Schulungsangebote in der Diabetologische Schwerpunktpraxis (BVA 10/08)

- ZI Schulungen ohne und mit Insulin (CT)
- MEDIAS 2
- Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen
- Linda
- ICT Programm für Typ 1 bzw. Typ 2 Diabetes
- Bloodglucose Awareness (BGAT)
- Hypertonie

Weiteres Schulungsangebot

- Insulinpumpe -SUBITO
- Disco
- Barfuss
- Neuros
- Nephros
- Venus
- DIAMAND
- Hypos

Schulungen

- ✓ Voraussetzung für die Durchführung von Schulungen ist bei allen Programmen, dass Arzt und Schulungskraft am Curriculum bzw. am Train-the-Trainer Seminar teilgenommen haben
- ✓ Unterschiedliche Programme je nach Diabetestyp und Therapieform
- ✓ Schulungen bei besonderem Bedarf
- ✓ TN – Zahl n. Maßgabe des Curriculums
- ✓ Homogenität der Gruppe!

Fort- und Weiterbildung

- ✓ Praxisinterner Fortbildungsplan (QM)
- ✓ aktive und passive Hospitationen (Diabetologe, Diabetesberaterin)

Praxisinhaber:

- ✓ Jahrestagung bzw. Herbstkongress DDG (2 Tage)
- ✓ Vorgeschriebene Fortbildungen von KV bzw. LÄK

Teammitglieder

- ✓ Anerkannte ganztägige FB einmal pro Jahr
- ✓ Schulungsfortbildung

Kooperationsvereinbarungen

- ✓ Fachärztlich niedergelassene Kollegen wie Kardiologe, Nephrologe, Neurologe, Angiologe, Augenarzt, Gynäkologe, Radiologe, (Zahnarzt)
- ✓ Klinikabteilungen, wie z. B. Gefäßchirurgie, interventionelle Radiologie
- ✓ Pflegedienst
- ✓ Psychologe
- ✓ Podologe/-in
- ✓ Orthopädienschuhmacher /-Techniker

Dokumentationspflicht

- ✓ FQSD
- Gesundheitspass Diabetes
- DMP Diabetes Typ 2 bzw. Typ 1
- DPV
- Benchmark-Studien
- WinDiab

Zusammenfassung Strukturqualität

- ✓ Die diabetologische Schwerpunktpraxis arbeitet vorzugsweise in einer geordneten Kooperation mit Hausärzten auf Überweisung!
- ✓ Der Anteil an Diabetikern beträgt mindestens 50 % der Patienten pro Diabetologe, mindestens aber 50 DMT1 und 300 DMT2

Qualitätsmanagement

- ✓ QM vom Gesetzgeber vorgeschrieben
- ✓ DQM® von der Fachgesellschaft für die Anerkennung der Versorgungsstufe 1 und 2 bindend

Ergebnisqualität

- Leitlinien
- Nationale Versorgungsleitlinien
- DDG
- ADA
- Richtlinien

DER VERSORGUNGS-AUFTRAG

Das Leistungsspektrum ist im Versorgungsauftrag verankert.

Die Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus ist auf Grund der hohen Zahl der Betroffenen und auf Grund der oft schwerwiegenden Folgen bei unzureichender Behandlung eine der wesentlichen Aufgaben unseres Gesundheitssystems. Viele anerkannte Studien haben gerade in den letzten Jahren gezeigt, dass mittels einer umfassenden, qualifizierten Betreuung hier viel Leid und mittelfristig auch Kosten vermieden werden können.

Die Behandlung einer chronischen Erkrankung muss vorwiegend im ambulanten Bereich erfolgen. Als wesentliche Säule dieser Behandlung hat sich die Diabetologische Schwerpunktpraxis etabliert, die die erforderliche Struktur- und Prozessqualität aufgebaut hat, um ein umfassendes Versorgungsangebot sicherzustellen. Sie kann die nötigen Interventionen bei Neumanifestation, Entgleisungen und Folgeerkrankungen erbringen, bei Problemfällen den Hausarzt durch kontinuierliche Mitbetreuung entlasten. Aufgaben der Diabetes-Schwerpunktpraxis sind die Schulung von Menschen mit neumanifestiertem Diabetes, Schulung von Risikogruppen, Schulung von Patienten Diabetesproblemen, in Kooperation mit den Hausärzten der Patienten.

Die Diabetologische Schwerpunktpraxis hat zur Erfüllung dieser Aufgaben erhebliche Qualifizierungsarbeit erbracht durch Einstellung und Weiterbildung von qualifiziertem Personal für Schulung und Wundbehandlung. Dadurch ist die Schwerpunktpraxis in der Lage viele akute Probleme ohne Krankenhausweisung zu beherrschen, mittels Schaffung der Infrastruktur mit Schulungsräumen und Fußbehandlungsräumen, der technischen Voraussetzungen und Aufbau von Qualitätsmanagement.

Auf Grund dieser Strukturen können Diabetes-Schwerpunktpraxen eine umfassende Versorgung von Menschen mit Diabetes gewährleisten.

Diabetes mellitus Typ 1

Als Diabetes mellitus Typ 1 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die schicksalhaft aufgrund einer Zerstörung der Betazellen in der Regel im Rahmen eines Autoimmun-schehens entsteht und sowohl akut

(z. B. Ketoazidose, Hypoglykämie) als auch chronisch verläuft. Eine hohe Versorgungsqualität ist hier erforderlich, um den oft noch jungen Menschen ein möglichst normales Leben mit normaler Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung zu ermöglichen.

Im Gegensatz zum Diabetes mellitus Typ 2 kann der Diabetes Typ 1 nur durch die in diesen Fällen lebensnotwendige Insulingabe behandelt werden. Weltweit anerkannt ist für diese Menschen die intensivierete Insulintherapie mittels multipler Insulininjektionen (oder Pumpenbehandlung), angepasst an die selbstgemessenen Blutzucker-Werte, Therapie der Wahl. Sie ermöglicht einen flexiblen Tagesablauf bei freier Nahrungswahl bei normnaher Blutzuckereinstellung.

Da Patienten mit Typ 1 Diabetes eine erheblich höhere Blutzuckerschwankungsbreite haben, bedarf es im Umgang mit der Erkrankung eines Mindestmaßes an Erfahrung, weshalb die Behandlung eines Diabetes mellitus Typ 1 grundsätzlich Aufgabe der Diabetologischen Schwerpunktpraxis ist.

Diabetes mellitus Typ 2

Als Diabetes mellitus Typ 2 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die mit einer Insulinresistenz und einem relativen Insulinmangel einhergeht, die ca. 90 Prozent der Zahl der an Diabetes Erkrankten betrifft. Die Erkrankung ist chronisch progredient. Nicht zuletzt auf Grund der stetig steigenden Inzidenzrate, wird der Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Typ 2 Diabetes von den Vertragspartnern ein hoher Stellenwert beigemessen.

Seit der St. Vincent Deklaration haben Menschen mit Diabetes ein verbrieftes Recht auf Schulung mit Erkrankungsbeginn. Wesent-

liche Aufgabe von Diabetologischen Schwerpunktpraxen ist daher Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 bei Bekanntwerden der Erkrankung angemessen zu schulen, um ihnen damit von Anfang an den sinnvollsten Umgang mit ihrer Erkrankung zu ermöglichen. Die Ersts Schulung sollte in einer Diabeteschwerpunktpraxis erfolgen, da Qualität der Schulung neben der Qualifikation der Schulenden maßgeblich von der Regelmäßigkeit der Durchführung, der Gruppenstärke und der Gesamtzahl der an einer Einrichtung Geschulten abhängt.

Eine Mitbehandlung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 in der Diabetologischen Schwerpunktpraxis ist ebenfalls notwendig bei wiederholtem (zwei folgende Quartale) Nichterreichen der Einstellungsziele z. B. HbA_{1c} und insbesondere bei der notwendigen Insulineinstellung.

Auf Grund der multifaktoriellen Ursachen und damit auch Behandlungsstrategien sollten Patienten mit neu aufgetretenen Folgeerkrankungen ebenfalls in einer Schwerpunktpraxis vorgestellt werden. Bei Auftreten multipler Folgeerkrankungen sollte eine kontinuierliche Mitbetreuung in der Schwerpunktpraxis erfolgen, da hier eine multifaktorielle Vorgehensweise mit Erreichung normnaher Einstellungsziele angezeigt ist, um eine weitere Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung sowie Zunahme der Pflegebedürftigkeit zu reduzieren.

Folgeerkrankungen, assoziierte Erkrankungen und wesentliche Begleiterkrankungen

Neu aufgetretene Folgeerkrankungen führen in der Regel zur Notwendigkeit von Therapieänderungen.

Neben der Therapieoptimierung beim Auftreten der diabetischen Retinopathie, ist hier relevante Frage die Form der Retinopathie, da bei der proliferativen Retinopathie Hypoglykämien zur Erblindung führen können.

Bei der Nephropathie ist die frühzeitige Diagnose und darauf folgende therapeutische multifaktorielle Intervention für die Prognose, Dauer der Dialysefreiheit, von entscheidender Bedeutung.

Das Auftreten einer Neuropathie verlangt ebenfalls nach einer differenzierten Intervention, da zahlreiche Studien zeigen, dass dadurch Amputationsraten deutlich gesenkt werden können. Aber auch die autonome Neuropathie erfordert einen differenzierten Umgang mit dem Therapieregime, je nach betroffenem Organ.

Diabetisches Fußsyndrom

Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom, das sind Patienten mit peripherer Polyneuropathie und oder peripherer Angiopathie so-

wie einem Fußulkus oder Epithelläsionen, die unmittelbar ulkusgefährdet sind, sind überhäufig von Amputationen betroffen, verbunden mit dem Verlust an Lebensqualität, der Zunahme an Pflegebedürftigkeit und einer überdeutlich erhöhten Letalität.

Seit der St. Vincent – Deklaration ist die Halbierung der Amputationszahlen bei Menschen mit Diabetes mellitus verschriftetes Ziel. In einzelnen regionalen Vereinbarungen konnte gezeigt werden, dass dieses Ziel bei entsprechenden Versorgungsstrukturen zu erreichen ist.

Zur Versorgung von Menschen mit diabetischem Fußsyndrom sind besondere Struktur- und Prozessqualifikationen vorzuhalten. Die Versorgung dieser Patienten ist daher Aufgabe von dazu besonders spezialisierten Einrichtungen.

Diabetes und Schwangerschaft

Bei Frauen mit vorbestehendem Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sind bei Schwangerschaften immer als Risikoschwangerschaften zu werten. Es bestehen erhöhte Risiken für Missbildungen, für Komplikation im Schwangerschaftsverlauf und bei der Geburt. Diese Fragen bedürfen daher der besonderen gezielten Betreuung spezialisierten Diabetologen in enger Kooperation mit Geburtmedizinerinnen, Neonatologen, Hebammen, Augenärzten und gegebenenfalls weiteren Fachdisziplinen.

Sowohl die Missbildungs- als auch die Komplikationsrate lässt sich durch eine normnahe Blutzuckereinstellung, möglichst bereits präkonzeptionell normalisieren.

Eine normnahe Blutzuckereinstellung ist auch für Frauen, die während der Schwangerschaft an einem Gestationsdiabetes erkranken, unbedingt zu erreichen. Die Risiken für Mutter und Kind sind im Rahmen der HAPO-Studie erneut belegt worden.

Da Schwangerschaften keinen Zeitaufschub gewähren, sind hier besondere Betreuungsstrukturen und Schulungskonzepte zu fordern, die nur bei entsprechender Strukturqualität einer Einrichtung zu gewährleisten sind. (zum Beispiel Zahl und Erfahrung der Diabetesberater/innen, qualitätsgesicherte Glucosebestimmung auf Grund der niedrigen Grenzwerte.)

Versorgung von Kindern mit Diabetes mellitus

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, andererseits ist eine flächendeckende Versorgung auf Grund der verhältnismäßig geringen Anzahl der Erkrankten nur schwer sicherzustellen. Eine rein pädiatrische Einrichtung hat auf Grund dieser Zahlen große Probleme die erforderliche Strukturqualität bereit zu stellen. Daher sind Diabetologische

Schwerpunktpraxis erforderlich, die ein hohes Maß an Erfahrung im Umgang mit Diabetes Typ 1 haben und sich gleichzeitig auch intensiv um die Betreuung diabetischer Kinder bemühen, als zusätzliche Spezialisierung.

Insulinpumpenversorgung

Insulinpumpentherapie ist eine besondere Behandlungsform, die nur in Frage kommt, wenn der Blutzucker mit einer konventionellen Insulintherapie nicht ausreichend einstellbar ist. Es handelt sich daher um Patienten, bei denen ein besonders labiler Stoffwechsel besteht, sowie weitere Begleiterkrankungen wie beispielsweise Unterzuckerungswahrnehmungsstörungen.

Eine Insulinpumpenbehandlung ist daher dauerhaft von einer dafür besonders spezialisierten Einrichtung zu erbringen, da nur dadurch ein langfristiger Therapieerfolg zu sichern ist.

Beratungsintensive Sonderprobleme

Menschen mit Migrationshintergrund sind in zunehmender Zahl an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt. Auf Grund der häufigen Sprachbarriere, aber besonders auch auf Grund des anderen kulturellen Hintergrunds, stellen sich besondere Probleme bei der Einstellung und Schulung, für deren Lösung es spezialisierter Einrichtungen bedarf. Die erfolgt in spezialisierten Schwerpunktpraxen.

Menschen mit kognitiven und intellektuellen Einschränkungen haben besondere Probleme das Selbstmanagement bei der Behandlung der Diabeteserkrankung zu übernehmen. Hier ist eine angepasste Schulung erforderlich, um diesen Menschen ein Höchstmaß an Selbstständigkeit zu ermöglichen, aber auch Risiken zu erkennen und geeignete Maßnahmen einzuleiten. Hier ist besonders geschultes Personal von Schwerpunktpraxen erforderlich.

Weiteres Arbeitsgebiet der Diabetologischen Schwerpunktpraxis ist die Behandlung von Menschen mit Hypoglykämiewahrnehmungsstörungen. Hier sind besondere Diagnostik und Schulungen, sowie zahlreiche therapeutische Einzelgespräche erforderlich, um schwere Hypoglykämien und deren Folgen zu verhindern.

Auf Grund der vielfältigen Folgen des Diabetes und der dadurch großen Zahl an benötigten Spezialisten in verschiedenen Fachgebieten, ist besondere Aufgabe der Schwerpunktpraxen der Aufbau zahlreicher vernetzter Kooperationen, um auch Patienten mit multiplen Komplikationen einen auf sie abgestimmten Behandlungsplan mit einheitlicher Linie zu ermöglichen.

QUALITÄTSMANAGEMENT QM MELLITUS

Speziell für Diabetologische Schwerpunktpraxen

Bereits seit dem Jahr 2006 bietet der BVND ein spezielles QM-Programm für Diabetologische Schwerpunktpraxen an. Zahlreiche Diabetologen und deren Assistenzpersonal haben unsere QM mellitus-Kurse erfolgreich absolviert und haben sich mit der Thematik Qualitätsmanagement ausführlich auseinandergesetzt.

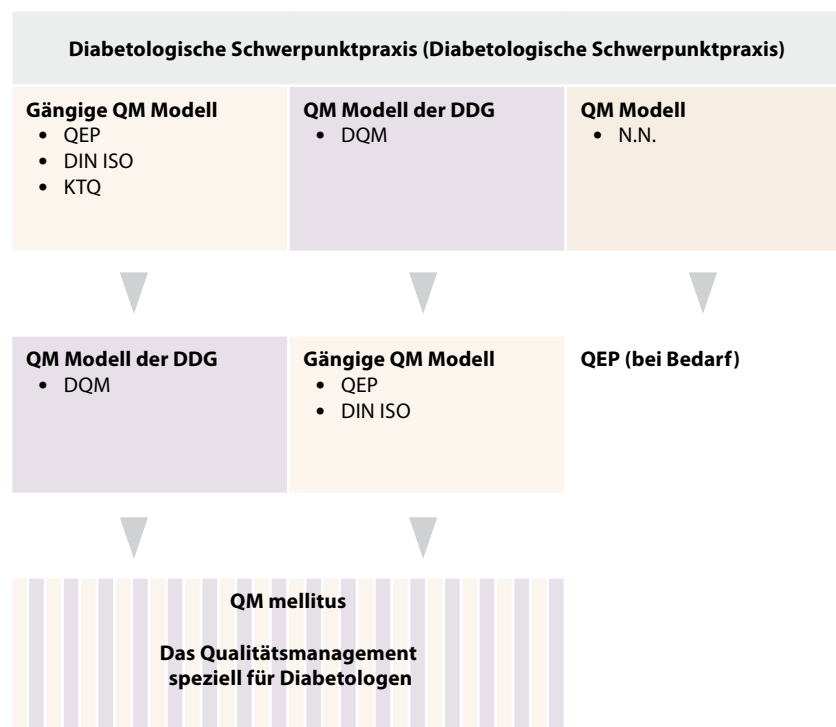
Grundlage ist hierbei das Diabetes-Qualitäts-Modell (DQM[®]) der DDG, in dem die Struktur- und Prozessqualität beschrieben ist. Der BVND hat dazu ein für die Diabetologische Schwerpunktpraxis spezielles QM-System QM mellitus entwickelt. Dieses ist die Zusammenführung von QEP[®] – Qualität und Entwicklung in Praxen der KBV und DQM[®] der DDG. Der Weg zu dem entsprechenden QM wird vom BVND begleitet. Die Umsetzung wird mittels des Qualitätsmanagements QM mellitus (QEP[®] + DQM[®]) oder Diaprofi (DIN ISO + DQM[®]) erleichtert und für die Praxen, die den Weg mit gehen wollen, wird zur Anpassung eine Übergangsfrist ermöglicht werden.

In diesen Qualitätsmanagementprogrammen ist sowohl die gesetzliche Verpflichtung für Qualitätsmanagement, wie auch die von der Deutschen Diabetes-Gesellschaft für die diabetologische Schwerpunktpraxis vorgeschriebene Struktur- und Prozessqualität im Diabetes-Qualitäts-Modell (DQM[®]) abgebildet.

Die im Gesundheitswesen gängigen QM-Modelle (unter anderem DIN ISO[®], QEP[®], KTQ[®]) sehen den Qualitätsschwerpunkt vorwiegend im Praxismanagement, in der Organisation von Abläufen und in der Personalführung. Fachspezifische Inhalte sind dagegen wegen der verschiedenen Kundengruppen nicht möglich. Im Fall der Diabetologen wurden von der Deutschen Diabetesgesellschaft (DDG) qualitätsrelevante Kennzahlen und Forderungen erarbeitet, die eine diabetologische Schwerpunktpraxis bezüglich ihrer Qualität auszeichnet. Daraus entstand dann das Qualitätsmanagementmodell DQM[®]. DQM beinhaltet vor allem die Prozesse, die konkret im Zusammenhang stehen mit der Arbeit in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis. Hier geht es neben den strukturellen Anforderungen um die medizinischen Prozesse und Kennzahlen die in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis von Bedeutung sind.

Der BVND empfiehlt deshalb beide QM-Modelle, nämlich QEP[®] und DQM[®]

Um Ihnen den Einstieg ins Qualitätsmanagement zu erleichtert und eine Arbeitsgrundlage zu schaffen, hat der BVND gemeinsam mit der erfahrenen Unternehmensberatung Dr. Raidl GmbH & Co. KG ein Musterhandbuch für alle Vorgaben nach QEP[®] und DQM[®] erstellt, in dem Muster für alle Vorgaben nach beiden QM-Modellen hinterlegt sind. So kann jede Praxis anhand von Musterprozessen die Arbeit in Ihrer eigenen Praxis reflektieren und die beispielhaften Muster individuell auf die Praxis anpassen und so den Schreibaufwand minimieren.



Schnittstellen zwischen Diabetologische Schwerpunktpraxis und zertifizierter Klinik

Stationäre Diabeteseinrichtung

Entsprechend dem Grundsatz: Ambulant vor stationär sollte die Einweisung von Patienten zu einer diabetesspezifischen Therapie nur durch Diabetes-Schwerpunktpraxen, möglichst mindestens anerkannt nach Stufe 1, besser aber 2 der DDG, in ebenfalls DDG anerkannte stationäre diabetologische Einrichtungen erfolgen.

Hierzu ist eine zunehmende Zertifizierung in den Versorgungsstufen 1 beziehungsweise 2 der DDG in Praxis und Klinik zu fördern.

Ausnahmen sind Diabetische Notfälle:

- Ketoazidose mit Koma
- Protrahierte Hypoglykämie
- Diabetischer Fuß bei drohender Sepsis oder kritischer Ischämie

bei denen die Einweisung in jedes Akutkrankenhaus erfolgen kann. Dieses sollte dann aber eine spezialisierte Weiterversorgung gewährleisten nach Beherrschung der Akutkomplikation, gegebenenfalls durch Nachweis von Kooperationen.

- nach Klärung und Beseitigung der Ursache der Hypoglykämien
- nach Entbindung und gegebenenfalls Neueinstellung des DM

Schnittstellen Hausarzt

Ambulante Diabeteseinrichtung

- Patienten mit neuentdecktem Diabetes mellitus zur Ersteinstellung gekoppelt mit einer intensiven ambulanten Schulung
- Diabetiker, bei denen eine Ersteinstellung auf Insulin erforderlich ist
- Bereits insulinbehandelte Typ 2 Diabetiker zur Umstellung auf eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie
- Diabetiker zur Umstellung auf eine Insulinpumpentherapie
- Erstmanifestation einer diabetischen Retinopathie, einer Nephropathie resp. positiver Mikroalbuminurie, einer Neuropathie und eines DFS
- Patienten mit diabetischen Fußläsionen
- Diabetiker, bei deren Stoffwechselkontrolle der HbA_{1c} länger als sechs Monate höher als sieben einhalb Prozent liegt
- Diabetiker, bei denen der Zielblutdruck von maximal 140 zu 80 mm Hg über mehr als sechs Monaten nicht erreicht wurde
- geplante diabetesbedingte stationäre Behandlung mit Ausnahme von Notfällen
- Diabetikerinnen mit Kinderwunsch zur Beratung und intensiven Betreuung
- Schwangere Diabetikerinnen und Frauen mit einem Gestationsdiabetes in Zusammenarbeit mit einem spezialisierten Gynäkologen
- der Typ 1 Diabetiker kann auf direktem Weg in die Diabetologische Schwerpunktpraxis
- gehäufte Hypoglykämien bzw. eine schwere Hypoglykämie

Die Rücküberweisung erfolgt gemäß dem Überweisungsgrund

- nach Ersteinstellung bzw. Therapieumstellung und Schulung
- nach Erreichen des individuellen Zielwertes des HbA_{1c}
- nach Einstellung des Blutdrucks auf die Zielwerte
- nach Einleitung einer Therapie bei Folgeerkrankungen
- nach Klärung und Beseitigung der Ursache der Hypoglykämien
- nach Entbindung und gegebenenfalls Neueinstellung des DM

DIABETES-SCHULUNG

Schulung und Therapie gehören in eine Hand

Schulungsprogramme für Menschen mit Diabetes mellitus, implementiert in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts durch die Gruppe um Prof. Michael Berger, haben sich zu einem unverzichtbaren und erfolgreichen Werkzeug in der Therapie der Betroffenen entwickelt.

Schulung ist eine Säule der Behandlung

Der Nutzen dieser strukturierten Schulungs- und Behandlungsmaßnahmen ist mittlerweile unbestritten. Eine weitgehende Selbstbehandlung, Eigenverantwortung und Mitentscheidung der Betroffenen hinsichtlich der Therapie, abgestimmt mit dem jeweiligen Behandler, werden damit überhaupt erst möglich. Neben der intensiven individuellen Beratung durch Arzt und besonders qualifiziertes nichtärztliches Assistenzpersonal sowie den individuellen medikamentösen Therapien hat sich die strukturierte Diabetesschulung zur wesentlichen Säule bei der Behandlung von Menschen mit Diabetes entwickelt.

Patientenschulung durch die Schwerpunktpraxis

Dabei geht es nicht um die reine Wissensvermittlung. Wichtiger Inhalt dieser Maßnahmen, die in zahlenmäßig begrenzten Kleingruppen mit einer möglichst homogenen Struktur stattfinden, ist das Training verhaltensändernder Maßnahmen und der dazu notwendigen praktischen Fähigkeiten zur selbständigen und eigenverantwortlichen Diabetesbehandlung. Da dieses ein wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil der Gesamttherapie ist, bedarf es eines hohen Maßes an Erfahrung der Schulenden, vor allem aber der engen partnerschaftlichen Abstimmung zwischen Schulendem und behandelndem Arzt. Es ist also die Gemeinschaftsleistung eines gut eingespielten und aufeinander eingestellten Teams erforderlich, um langfristige Therapieerfolge durch die Schulung zu erreichen und zu sichern.

Schulung und Therapie gehören in eine Hand

Bundesweit sind aus unterschiedlichen Gründen Schulungsvereine unterschiedlichster Art entstanden, unter anderem auch, um eine zunehmende und immer größer werdende Anzahl von Betroffenen einer strukturierten Schulung zuzuführen. Diese Schulungsvereine werden in der Regel von

mehreren Ärzten besetzt, die Gruppenhomogenität ist häufig nicht gewährleistet und somit sind zentrale Anforderungen an eine qualitativ hochstehende Schulungsmaßnahme oft nicht erfüllt. Dieses gilt ebenso für alle Angebote von Therapie losgelösten Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen anderer Organisationen!

Analog zu den Teams der Hausarztpraxen, von denen Patienten mit Diabetes ohne Insulin strukturiert geschult werden, ist eine weitergehende Diabetesschulung und -therapie für Patienten mit Insulin in einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis nach Definition des BVND gegeben, ebenso in klinischen Einrichtungen, die nach Qualitätskriterien der Fachgesellschaft schulen. Daher sind Diabetes-Schulungen eine der zentralen Aufgaben von Schwerpunktpraxen!

ICD 10 VERSCHLÜSSELUNG

In der Diabetes –Schwerpunktpraxis

Die Verpflichtung zur Verschlüsselung besteht sowohl stationär als auch ambulant per Bundessozialgesetz seit Jahren. Seit der letzten Gesundheitsreform ist die Weiterleitung der ICD 10 Kodierung durch die KVen an die Krankenkassen gesetzlich verankert in §295 SGB V.

Auch die genaue ICD 10 Verschlüsselung des komplexen Krankheitsbildes des Diabetes mellitus mit seinen Folge- und assoziierten Erkrankungen gehört zu der notwendigen Dokumentation.

Der neue EBM mit seiner Pauschalierung bildet die Diabetes-Schwerpunktpraxis mit ihren oft multimorbiden Patienten und den dafür erforderlichen Behandlungsaufwand nicht ab.

Die ICD 10 Kodierung bietet den Schwerpunktpraxen mit ihren oft multimorbiden, behandlungsintensiven Patienten die Möglichkeit durch eine korrekte Erfassung der Erkrankungen und Folgeerkrankungen ihrer Patienten die Besonderheit der Diabetesschwerpunktpraxis zu dokumentieren. Je genauer wir als Schwerpunktpraxen codieren, um so genauer können wir die Multimorbidität unsere Patienten darstellen.

Vier-stellige Codes führen zu einer DX-Gruppe und damit zu einer HMG mit dadurch ausgelöstem Morbuzuschlag. Wichtig dabei ist, dass die Diagnose in zwei Quartalen im Jahr als gesichert, also mit G markiert, auftaucht, für den Zuschlag zählt der höchste verschlüsselte Schweregrad.

Fünf-stellige Codes und *Sterndiagnosen bilden die Praxisbesonderheit noch besser ab.

Welche Schlüssel sind für uns wichtig?

Die Diabetesschlüssel vor dem Punkt . :

E steht für endokrine Erkrankung

E10	für Typ 1
E11	für Typ 2
E12	für Diabetes in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung
E13	für sonstiger, näher bezeichneter Diabetes mellitus
E14	für nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus (wird möglichst in der Schwerpunktpraxis nicht oder fast nicht vorkommen)

Die Schlüssel nach dem Punkt .

– die vierte Stelle – Folgeerkrankungen – Morbi-RSA relevant

E1x.0x	für Koma
E1x.1x	für Ketoazidose
E1x.2x	mit Nierenkomplikationen
E1x.3x	mit Augenkomplikationen
E1x.4x	mit neurologischen Komplikationen
E1x.5x	mit peripheren vaskulären Komplikationen
E1x.6x	mit sonst näher bezeichneten Komplikationen
E1x.7x	mit multiplen Komplikationen
E1x.8x	mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
E1x.9x	Ohne Komplikationen

Folgeerkrankungen sind grundsätzlich möglichst als Einzeldiagnosen zu verschlüsseln und zur besseren Abbildung der unterschiedlichen Erkrankungen mit den zugehörigen *Diagnosen zu ergänzen.

Die * Diagnosen

E1x.2	diabetische Nephropathie	N08.3*
E1x.3	diabetischer Katarakt	H28.0*
	diabetische Retinopathie	H36.0*
E1x.4	Amytrophie	G73.0*
	autonome Neuropathie	G99.0*
	Mononeuropathie	G59.0*
	Polyneuropathie	G63.2*
E1x.5	periphere Angiopathie	I79.2*
E1x.6	diabetische Arthropathie	M14.2*
	Neuropathische diabetische Arthropathie	M14.6*

Wichtig für den Morbi-RSA, das G nicht vergessen, wenn die Diagnose gesichert ist.

Stern-Schlüsselnummern dürfen nicht als alleinige Schlüsselnummern verwendet werden, sondern immer nur zusammen mit einer anderen, nicht optimalen Schlüsselnummer, die primäre Schlüsselnummer wird in diesem Fall durch ein angehängtes Kreuz gekennzeichnet.

Die Schlüssel nach dem Punkt.

– die fünfte Stelle –

E1x.x0	für nicht als entgleist bezeichnet
E1x.x1	für als entgleist bezeichnet

Besonderheit unter E1x.7_ - hier findet sich neuerdings der diabetische Fuß und wird als 5.Stelle für den Morbi-RSA einfach „abgeschnitten“, ist also nur Morbi-RSA relevant, wenn die Angiopathie (E1x.5xG) oder die Neuropathie (E1x.4xG) verschlüsselt wird:

- .72 mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
- .73 mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
- .74 mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
- .75 mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

Gerade am Beispiel Fuß wird sichtbar, wie wichtig es ist, einen einheitlichen Darstellungsweg zu vereinbaren.

Um die verschiedenen Schweregrade eines diabetesbedingten Ulcus sowie die Lokalisation zu erfassen, muss man sich, zur Erfassung der Arbeit unserer Fußambulanzen, eines Alternativwegs bedienen:

Lokalisationen außer Ferse		
•	diabetisches Ulcus, Wagner 0	L89.08G
•	diabetisches Ulcus, Wagner 1	L89.18G
•	diabetisches Ulcus, Wagner 2	L89.28G
•	diabetisches Ulcus, Wagner 3	L89.38G
•	Z.n. diabetischem Ulcus	L89.98Z
Ferse		
•	diabetisches Fersenulcus, Wagner 0	L89.17G
•	diabetisches Fersenulcus, Wagner 1	L89.27G
•	diabetisches Fersenulcus, Wagner 2	L89.37G
•	diabetisches Fersenulcus, Wagner 3	L89.47G
•	Z.n. diabetischem Fersenulcus	L89.97Z
Noch mehr zum Fuß		
•	Fußdeformität	M21.6G
•	Krallenzehen	M20.4G
•	Hallux valgus	M20.1G
•	Z.n. Zehenamputation	Z89.4G
•	Z.n. Vorfußamputation	Z89.4G
•	Z.n. US-Amputation	Z89.5G
•	Z.n. OS-Amputation	Z89.6G
•	Rollstuhlpflichtigkeit	Z99.3G
•	MRSA-Infektion	U80.0G !

Auch die Niereninsuffizienz lässt sich ergänzend differenzierter erfassen (zusätzlicher Zuschlag):

Diabetische Nephropathie mit Mikroalbuminurie	N18.1G
Diabetische Nephropathie mit Makroalbuminurie	N18.1G
Diabetische Nephropathie, leichtgr. Niereninsuffizienz	GFR 60-90 N18.2G
Diabetische Nephropathie, mäßiggr. Niereninsuffizienz	GFR 30-60 N18.3G
Diabetische Nephropathie, hochgr. Niereninsuffizienz	GFR 15-30 N18.4G
Diabetische Nephropathie, terminale Niereninsuffizienz	GFR < 15 N18.5G
Dialysestatus, langfristig abhängig	Z99.2G

Weitere wichtige Erkrankungen in der Diabetes-Schwerpunktpraxis, die verschlüsselt werden sollten, sind:

Art. Hypertonie

I11.00G	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I11.01G	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I11.90G	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I11.91G	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I10.90G	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.91G	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise

(Unterschiedliche HMG's, auch daher zu differenzieren)

Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung oder Enzephalopathie

I12.9G	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz
I12.90G	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I12.91G	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I13.9G	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I13.90G	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I13.91G	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise

Herzinsuffizienz

I50.9G Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet

Gefäßkrankungen allgemein

• I65.2G	Carotisstenose
• I69.4G	alter Apoplex
• I25.9G	KHK
• I25.2G	Zustand nach Myocardinfarkt
• Z95.1G	Zustand nach ACVB-Op
• Z95.5G	Zustand nach Stentimplantation coronar
• Z95.88G	Zustand nach peripherem Bypass
• Z95.88G	Zustand nach Stent peripher

PAVK speziell

I70.2G	pAVK, Mediasklerose
I70.20G	Gehstrecke >200m
I70.21G	Claudicatio, Gehstrecke <200m
I70.22G	Ruhschmerzen
I70.23G	mit Ulzeration
I70.24G	mit Gangrän

Depression als Begleiterkrankung beim Diabetes

F32.9G	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet
--------	--

Fettstoffwechselstörungen

E78.0G	reine Hypercholesterinämie
E78.1G	reine Hypertriglyceridämie
E78.2G	gemischte Hyperlipidämie

Adipositas

E66.9G	weitere Differenzierung möglich, z.B. nach BMI – Klassen
E66.90G	Body-Mass-Index von 30 bis unter 35
E66.91G	Body-Mass-Index von 35 bis unter 40
E66.92G	Body-Mass-Index von 40 und mehr

Schwangerschaft beim Diabetes

O24.0G	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft: Vorher bestehender Diabetes mellitus, primär insulinabhängig (Typ-1-Diabetes)
O24.1G	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft: Vorher bestehender Diabetes mellitus, nicht primär insulinabhängig (Typ-2-Diabetes)
O24.4G	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend

Diese Aufstellung von ICD 10 Codes in der Schwerpunktpraxis umfasst wesentliche vorkommende Erkrankungen. Sie wurde ohne Anspruch auf Vollständigkeit und ohne Gewähr für Richtigkeit, unter Benutzung der Originalquellen, sorgfältig erstellt, um Kollegen in der Schwerpunktpraxis bei der Verschlüsselung zu unterstützen.

Quellenangaben:

- Sozialgesetzbuch V (SGB V)
- Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV)
- ICD-10-GM Version 2009 - Systematisches Verzeichnis
- Bundesversicherungsamt:
So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds
- Bundesversicherungsamt:
Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV vom 03.07.2008 nebst Anlagen
- Bundesversicherungsamt:
Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds vom 14.11.2008

DAS VERGÜTUNGSMODELL DES BVND

Honorierung der Diabetologischen Schwerpunktpraxen

Die diabetologischen Schwerpunktpraxen bieten eine spezialisierte und beratungsintensive Leistung an. Die Anforderung an die Struktur und das Personal sind höher als in einer Hausarztpraxis (vergleiche Definition der Schwerpunktpraxis). Um den Versorgungsauftrag der Diabetologische Schwerpunktpraxis erfüllen zu können, benötigen Schwerpunktpraxen eine entsprechende Vergütung. Die Vorstellungen des BVND fassen wir hier stichwortartig zusammen.

1. Ausgangslage

Schwerpunktpraxen erbringen spezialisierte Leistungen

Ambulante Diabetologie hat sich in Richtung quasi-fachärztlicher Leistung entwickelt. BVND verfolgt das Ziel eigener Facharztschaft. Mindestens sollte der EBM für eine entsprechende fachärztliche eigene Abrechnung geöffnet werden.

Abrechnung überwiegend als Hausärzte

Abrechnung erfolgt nach den Abrechnungsziffern des hausärztlichen Versorgungsbereiches (EBM 2008 III. a 3 Ziffer 3.2).

Pauschalierung des EBM 2008 hat durch Wegfall der Gesprächsziffern erhebliche Verluste verursacht

Schwerpunktpraxis ist überwiegend auf Überweisung tätig. Damit fällt nur die Versichertenpauschale bei Überweisungen (03120 bis 03122) an. Die hohe Beratungsintensität der Betreuung chronisch kranker Diabetiker hat die Abrechnungsmöglichkeiten des gleichen Abrechnungsbereiches im EBM 2000 Plus (insbesondere 03120 – Beratung, Erörterung und/oder Abklärung) vollständig wegfallen lassen.

Teilausgleich durch Sonderregelung zur „Chroniker-Ziffer“

Aktuell ist die Sonderregelung zur Berechnung des sogenannten „Chronikerzuschlages“ durch diabetologische Schwerpunktpraxen durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 17. Oktober 2008 bis zum 31. Dezember 2009 verlängert worden.

2. Kritik

Fehlende EBM-Gerechtigkeit

In den diabetologischen Schwerpunktpraxen, vor allem in denen der nahezu ausschließlich spezialisierten Versorgung, findet sich eine hohe Verdichtung außerordentlich

beratungs- und betreuungsintensiver Patienten. Die Pauschalierung im hausärztlichen Abrechnungsbereich des EBM berücksichtigt dies nicht.

Höhere Morbiditätsdichte, also höherer Beratungsaufwand.

Gleiche Arbeitszeit, geringerer Patientenschnitt.

Hausärztlicher Fallwert berücksichtigt höheren Leistungsaufwand nicht

Auch die Systematik der Regelleistungsvolumina belastet diabetologische Schwerpunktpraxen, weil durch ihre Zuordnung zum hausärztlichen Abrechnungsbereich „schafft“ die Diabetologische Schwerpunktpraxis, weil auf Überweisung [...] pro Behandlungsfall nur einen geringeren Abrechnungswert.

3. Ziele

Leistungsbezogene und leistungsgerechte Vergütung

Diabetologische Schwerpunktpraxen erbringen eine qualitativ hochwertige Leistung. Aufbauend auf verbindlichen Struktur (und gegebenenfalls Prozess-) Qualitäten muss die Vergütung leistungsgerecht sein.

Qualität der Versorgung – Element der Vergütungsbemessung

Der BVND unterstützt insoweit die Bemühung der KBV, Vergütung und Qualität zueinander ins Verhältnis zu bringen.

Absicherung der vorgehaltenen Praxisstrukturen bei Übernahme differenzierter Versorgungsaufträge

Ohne eine mindestens mittelfristige Absicherung der Einnahmemöglichkeiten einer Praxis ist eine verlässliche Planung gerade im Bereich qualifizierter Leistungserbringung nicht möglich.

4. Umsetzung

Vorteil und Nachteil eines pauschalen Systems

Pauschalierung bedeutet immer Nivellierung, also fehlende Berücksichtigung differenzierter Strukturen. Diese fehlende Differenzierung erlaubt es im Regelfall aber auch, Leistungen einer Praxis im Wege der „Quersubventionierung“ auszugleichen.

Koppelung von Vergütungspauschalen an Leistungsinhalte

Verbindet man differenzierte Leistungsinhalte mit Vergütungspauschalen, nähert man sich einer [...] bei der Berechnung dieser Vergütungspauschalen muss dann auf Dauer aber eine betriebswirtschaftliche Kalkulation zugrunde gelegt werden, damit angesichts der Differenzierung keine Defizite erarbeitet werden.

Koppelung von Vergütungsanteilen an Qualitätsparameter

... Vergütungsbestandteilen. Angesichts des chronischen Krankheitsbildes ist die Verwendbarkeit von Qualitätsparametern [...] Orientierung an Zielwerten des HBA_{1c} im Verhältnis zur Komplikationsanhäufung in den diabetologischen Schwerpunktpraxen zeigt, wie schwierig die Vereinbarung von Qualitätszielen im Einzelfall ist.

Vergütungsverhandlungen in vorhandener Systematik

Eine Umsetzung sollte auf den bekannten Systematiken erfolgen. Dies gilt einmal, weil verlässliche betriebswirtschaftliche Bewertungen der Schwerpunktpraxis nicht vorliegen, zum anderen, weil das „Bekannte“ auch als vertraut gelten kann. [...] Einerseits die Pauschalen des EBM und an die bekannten Vergütungen der verschiedenen Verträge zur Umsetzung der DMP Diabetes Typ 1 und 2 zur Verfügung.

5. Vorschläge

Grundpauschale zur Diabetikerversorgung
Zusatzpauschalen entsprechend spezieller Teilversorgungsaufträge
Orientierung der Vergütungswerte an bekannten Vergütungselementen:

- Grundpauschale
- hausärztliche Versichertenpauschale
- Chronikerpauschale
- Betreuungspauschale DMP
- Ersts Schulung (Krankheit und Verhalten)
- Dokumentation
- Zusatzpauschalen
- Diabetischer Fuß
- Pumpeneinstellung
- Gestationsdiabetes
- Schulungen
- Kinder

6. Vor- und Nachteile

Aufbau auf bestehenden Vereinbarungen und deren Vergütungen

Verwendbarkeit im EBM (vgl. Neuregelung HIV in Abschnitt 30.10) ebenso wie in Verträgen nach § 73 c oder §§ 140 a ff. SGB V [...] kann in Abschnitt 30.10 in das Kapitel 30 des EBM 2008 aufgenommen. Der Versorgung mit eigenen Abrechnungsziffern versehen. Wäre auch für die Leistungen der Diabetikerversorgung [...] bar, so dass nach wie vor die Forderung zur Aufnahme einer Sondervergütung für diabetologische Schwerpunktpraxen im EBM gestellt werden kann und darf. Die bisherigen Bemühungen des BVND, mit einer eigenen „Qualitätsziffer“ den Ausgleich der ausgeschriebenen zum EBM 2008 zu betreiben, wären hierin einzubringen.

modulare Teile bieten eigene Vergütungsgrundlage für Add-On-Verträge Die [...] im Jahre 2009 Gesundheitsfonds und möglicherweise eintretenden „roll-back“ nach der Bundestagswahl hat bisher nur zur Möglichkeit geführt, Add-On-Verträge zu verhandeln. Diese beschränken sich auf einzelne Leistungen, bei denen Kassenvertreter unmittelbare Kostenersparnispotenziale vermuten.

Abgrenzung vom Gesamtbudget möglich, da EBM-Pauschalen in der Grundpauschale berücksichtigt wie Abgrenzung zwischen Verträgen nach §§ 73 b 73 c oder 140 a ff. SGB V zum Gesamtbudget erfolgen soll. Der Bewertungsausschuss hat bisher nur Grundsätze für das Jahr 2009 verabschiedet. Der Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom Januar 2009 ist durch die KBV massiv angegriffen worden. In Baden-Württemberg herrscht massiver Streit über den Berechnungsweg der KV hinsichtlich der von Hausärzteverband und Medi abgeschlossenen Selektivverträge.

unzureichende Absicherung betriebswirtschaftlicher Grunddaten (Kosten Stadt/Land; Kostenstruktur einzelner Praxen) Wie bei allen Pauschalierungen liegt hier die Schwäche des Vorschlages, werden doch beispielsweise großstädtische spezialisierte Praxen gleich zu Praxen mit niedrigerer Kostenstruktur behandelt. Hier muss die Verhandlung im jeweiligen Regionalbereich Abhilfe schaffen.

Anfang vom Ende der „Quersubventionierung“

Kosten der Erreichung der Qualitätsparameter unzureichend berücksichtigt (beispielsweise Evaluation, Ausbildung, Löhne, Verwaltung) Noch unberücksichtigt sind die Kosten der Umsetzung von Qualitätsparametern. Dies gilt insbesondere für Software, Computerausstattung, Zeitaufwand und Qualifikation beispielsweise Wundassistentinnen beim DFS).

**Herausgeber:
Bundesverband
Niedergelassener
Diabetologen e. V.**

BVND Geschäftsstelle
c/o med info GmbH
Hainenbachstraße 25
89522 Heidenheim
Fon 07321 94 99 19
Fax 07321 94 98 19
Mail mail@bvnd.de
Web www.bvnd.de

Redaktionsleitung:
Dr. Eva-Maria Fach

