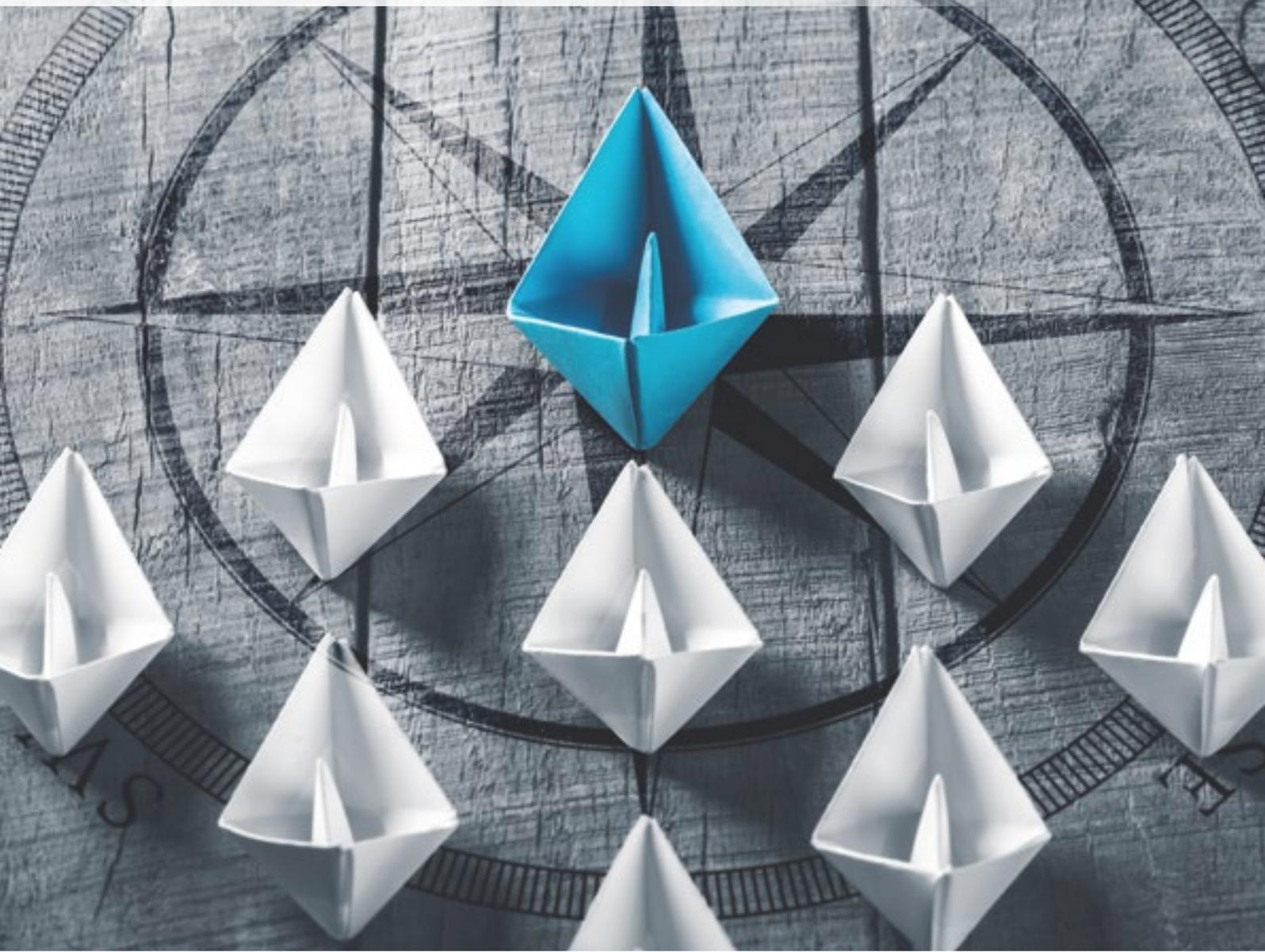


Positionspapier

Positionen des BVND

Bundesverband Niedergelassener
Diabetologen e.V.



Ausgabe 2022

Positionen des BVND

Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V.

Die Themen

- 05 **Was treibt uns eigentlich an? 20 Jahre BVND e.V.!**
- 07 Leitbild und Definition der Diabetologischen Schwerpunktpraxis
Der BVND stellt sich vor
- 12 Der Versorgungsauftrag
Das Leistungsspektrum ist im Versorgungsauftrag verankert
- 15 **Definition einer DSP nach BVND-Akademie**
- 16 Modul: **Adipositas**
- 17 Modul: **Diabetestechnologie – Digital Affine Praxis**
- 18 Modul: **Diabetisches Fußsyndrom**
- 19 Modul: **Geriatric**
- 20 Modul: **Diabetes und Schwangerschaft**
- 21 Modul: **Pädiatrische Diabetologie**
- 22 Modul: **Psychosoziales und Diabetes**
- 24 Modul: **Telemedizin**
- 26 **Digitalisierung**
- 29 **ICD 10 Verschlüsselung in der Diabetologischen Schwerpunktpraxis**
- 36 Das Vergütungsmodell des BVND
Honorierung der Diabetologischen Schwerpunktpraxen
- 39 Qualitätsmanagement QM mellitus
Speziell für Diabetologische Schwerpunktpraxen
- 40 **Diabetologische Schwerpunktpraxen als Weiterbildungsstätten**
- 41 **Die Diabetologische Schwerpunktpraxis als Diabetes-Exzellenz-Zentrum**

Was treibt uns eigentlich an? 20 Jahre BVND e.V.!

Mit dem Jahr 2022 jährt sich die Gründung unserer berufspolitischen Vertretung zum 20. Mal. Ganz sicher ein Grund, um gemeinsam zu feiern! Aber auch ein Grund mehr, um einmal kritisch auf die geleistete verbands- und berufspolitische Arbeit zurückzuschauen. Das Intro zur aktuellen Neuauflage des „BVND Positionspapier 2022“ bietet dazu eine Chance.

Im Jahr 2002 gründeten engagierte niedergelassene Kollegen zur Vertretung ihrer berufspolitischen Interessen einen Berufsverband – den Bundesverband der niedergelassenen Diabetologen BVND. Mit der Vereinsgründung wurde die Basis für eine bundesweite berufspolitische Interessensvertretung der niedergelassenen Diabetologen gelegt. Zielsetzung war es damals, die vorhandenen und bereits bestehenden Landesinteressenvertretungen zu stärken und auf Bundesebene zu bündeln. Eine Aufgabe, die sich nicht geändert hat und an der auch heute nach 20 Jahren Vereinsgeschichte noch gearbeitet werden muss.

Warum sich aber überhaupt in der Verbands- und Berufspolitik persönlich engagieren?

„Nichts geschieht von selbst – alles ist gewollt und muss angestoßen werden!“

Jedes unserer Mitglieder im BVND ist idealerweise getrieben von dem Impuls, die Voraussetzungen für unsere Arbeit als diabetologische Schwerpunkteinrichtungen für un-

sere Patienten zu verbessern – möglichst nicht nur für sich selbst, sondern für alle Diabetologinnen und Diabetologen in Deutschland!

Also die Erfüllung einer **Vision und Mission** der diabetologischen Schwerpunkteinrichtungen in Deutschland!

Die Ablehnung unzureichende Verhältnisse auf Dauer zu ertragen und zu erdulden, ohne selbst einzugreifen, treibt alle niedergelassenen Diabetologen an. Wenn die Diabetologie heute noch nur an Kliniken verortet wäre, die noch vor Jahren ihren Mittelpunkt bildeten, wäre die diabetologische Patientenversorgung schon verschwunden oder zumindest in der heutigen Versorgungsqualität nicht vorhanden. Schritt für Schritt konnten durch niedergelassene Diabetologen Felder „erobert werden“, die heute die Leistungsbasis einer ambulanten diabetologischen Schwerpunkteinrichtung ausmachen. Dabei spielte die Einführung und die Weiterentwicklung – auch unter Beteiligung des BVND – der Disease-Management-Programme (DMP), die im Jahr 2002 mit dem „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ eingeführt wurden, eine wichtige Rolle. Hier wurde das erste Mal die Existenz von diabetologischen Schwerpunkteinrichtungen vertraglich im Bereich der GKV dokumentiert und in der ambulanten Versorgungsrealität festgeschrieben. DMP sind für Menschen mit Diabetes Typ 1 und Typ 2 zur Erfolgsgeschichte geworden. Neben der öffentlichen Anerkennung der Bedeutung dieser diabetologischen

Erkrankungen sind tatsächliche Qualitätsfortschritte in der Behandlung – Stichwort: Diabetesschulung – in die Regelversorgung aufgenommen worden.

2007 schritt die Professionalisierung des BVND mit der Etablierung einer eigenen Verbandsgeschäftsstelle weiter voran. Seit 31.07.2007 begleitet die eigenständige Agentur med info GmbH in Heidenheim den BVND auf seinem verbands- und berufspolitischen Weg. Mit dieser Kooperation wurden die Verbandsfinanzen geordnet, ein Vorstandsverhaltenskodex eingeführt und die notwendigen Beziehungen zur Pharmaindustrie auf transparente compliance-rechtliche Vertragsbedingungen umgestellt.

Die Einführung eines Qualitätsmanagements in diabetologischen Schwerpunkteinrichtungen und die begleitende Definition durch den BVND in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV hat im Jahr 2014 einen weiteren entscheidenden Ankerpunkt der ambulanten diabetologischen Schwerpunkteinrichtungen in der Patientenversorgung gesetzt. Mit der Schaffung der Wort-/Bildmarke „QM mellitus“ hat die niedergelassene Diabetologie ein eigenes Branding und in der Öffentlichkeit beachtetes Statement gesetzt.

Ende 2014 am 4. und 5. Dezember in der 26. Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung konnte der BVND einen weiteren berufspolitischen Erfolg für die im hausärztlichen Bereich abrechnenden niedergelassenen diabetologischen

Zurück
zur
Übersicht

Schwerpunkteinrichtungen mit der Abrechenbarkeit der Chroniker-Ziffer bei fachgleicher Überweisung erzielen. Dieser „monetäre“ Erfolg wirkt bis heute ebenfalls nach.

Was braucht es, um weiter erfolgreich zu sein?

Die wichtigsten Voraussetzungen für langfristigen berufspolitischen Erfolg sind: unendliche Geduld, Kontinuität, klare Positionen und eine funktionierende Interessensvertretung!

Im Vorstand sprechen wir augenzwinkernd von der „10-Jahre-Regel“: alles Wichtige braucht zehn Jahre bis es umgesetzt wird. Zwei Dekaden lang hat der 2002 durch Visionäre gegründete BVND nun bereits sehr gute verbands- und berufspolitische Arbeit für alle niedergelassenen Diabetologinnen und Diabetologen – ob BVND Mitglied oder nicht – geleistet. Beispiele für diese erfolgreiche jahrelange Arbeit gibt es genügend.

Alles, was heute für uns zählt, wurde vor Jahren schon vorbereitet und auf einen kontinuierlichen berufspolitischen Weg gebracht. Alles was zukünftig für uns zählen soll, muss heute auf den gleichen Weg gebracht werden. Leisten kann das nachhaltig nur eine berufspolitische Interessensvertretung aller niedergelassener Diabetologinnen und Diabetologen – so wie der BVND es ist.

Was braucht es sonst noch?

Kontinuität ist das Zauberwort. Personelle Kontinuität genauso wie kontinuierliche Arbeit, so wie sie

durch den BVND über nun 20 Jahre gelebt wurde und wird. Wo auch immer wir für die Sache unseres kleinen Berufsverbandes und beruflichen Feldes als Lobbyisten auftreten, müssen wir uns bekannt machen, geduldig sein, wiedererkannt werden und als selbstverständliche kooperative Ansprechpartner in den Köpfen der Anderen verankert sein. Drohgebärden oder auch verbandsinterne Querelen, die nach außen dringen, können wir uns als sehr kleine berufspolitische Interessensvertretung eines vermeintlich kleinen Faches nicht leisten. Kontinuität und verbandsinterne Geschlossenheit sind mit Sicherheit auch in Zukunft die Geheimnisse erfolgreicher verbands- und berufspolitischer Arbeit.

Und was ist dafür einzusetzen?

Es braucht eine klare Verbandspostionierung und eine unbedingte verbandsinterne Geschlossenheit und das Vertrauen aller Diabetologinnen und Diabetologen in die Arbeit ihrer verbands- und berufspolitischen Vertretung.

Mit der nach 2013 und 2017 jetzt dritten Neuauflage des BVND Positionspapieres wollen wir die Ziele des BVND klar formulieren, Transparenz für alle BVND Mitglieder und solche, die es noch werden wollen, schaffen und für Vertrauen in die verbands- und berufspolitische BVND Arbeit werben.

Wer sich aufgerufen fühlt, seine eigenen Impulse, Visionen und Missionen umzusetzen, ist jederzeit willkommen. Die regionalen diabetologischen Organisationen sollten ebenso wie jedes einzelne Mitglied

ihre Eigeninteressen zurückstellen und im Sinne einer einheitlichen bundesweiten diabetologischen Meinung den BVND unterstützen. Jeden erwartet eine außerordentlich gute persönliche Chemie innerhalb des Verbandes, der auf gegenseitige Unterstützung und auf eine unermüdlich tätige Organisation bauen kann.

Lust zur Unterstützung Ihres BVND? Wir freuen uns auf Ihre Reaktionen zu den mit diesem Heft vorgelegten BVND Positionen!

Die Zukunft der Diabetologie und der Diabetologinnen und Diabetologen ist es wert, sich zu engagieren!

Leitbild und Definition der Diabetologischen Schwerpunktpraxis

Der BVND stellt sich vor

Die Behandlung und Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus erfolgt auf dem Boden der weiter fortschreitenden Ambulantisierung in der medizinischen Versorgung. Die immer komplexeren Betreuungs- und Behandlungsstrategien in der Diabetologie sind – politisch auch so gewollt – weiterhin eine Domäne der ambulanten Diabetologie. Die Gründung des Bundesverbands Niedergelassener Diabetologen e. V. 2002 folgte der Entwicklung der Diabetologie zu einer eigenständigen Entität mit einem fachärztlichen Versorgungsauftrag in der ambulanten Versorgung in Deutschland. Geschätzte 1.100 Schwerpunktpraxen betreuen heute gemeinsam mit ihren Zuweisern aus dem hausärztlichen Bereich die etwa sieben bis acht Millionen Menschen mit Diabetes in Deutschland.

In einer Zeit zunehmender und immer schnellerer gesundheitspolitischer Umwälzungen bedarf es eines starken und bundesweit handlungsfähigen diabetologischen Berufsverbandes mit einem Leitbild, das den hohen aktuellen Versorgungs- und Betreuungsanforderungen von Patienten mit Diabetes gerecht wird. Der BVND legt deshalb hiermit sein aktualisiertes und überarbeitetes Positionspapier vor.

Der BVND tritt ein für eine fachlich hochwertige ambulante Versorgung von Menschen mit Diabetes,

die einer spezialisierten Betreuung bedürfen. Die Erfahrungen aus Gesprächen mit Vertretern der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Kassenärztlichen Vereinigungen, anderen Berufsverbänden sowie Gesundheitsökonomen haben dazu beigetragen, eine Strategie und Positionierung für Diabetologinnen und Diabetologen in der ambulanten Versorgung zu entwickeln, die vorwiegend in Diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSP) tätig sind. Der BVND bringt sich mit seinen Positionen, Vorstellungen und Forderungen regelmäßig im Rahmen von Stellungnahmen und Pressemitteilungen in den gesundheitspolitischen Diskurs ein.

Der BVND steht dafür, die klare Definition des „Querschnittsfaches“ Diabetologie gemeinsam mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – DDH weiter zu entwickeln und aktiv nach außen zu vertreten.

Die Schaffung einer Zusatzbezeichnung Diabetologie auf Facharztstandard ist theoretisch umgesetzt, es gilt jetzt diese Standards in der Diabetesversorgung flächendeckend und sektorenübergreifend mit klar definierten Schnittstellen in unserem föderalistischen Gesundheitssystem umzusetzen. Dieses ist u. a. notwendig, um diabetologischem Nachwuchs Sicherheit für zukünftige Lebensplanungen zu geben.

Da die Honorierung der Versorgung der Menschen mit Diabetes

aktuell sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Regelversorgung nicht adäquat abgebildet ist, kämpft der BVND für eine qualitätsgesicherte, am Versorgungsbedarf orientierte Vergütung der Leistungen, nicht nur in den vorhandenen Gebührenordnungen, sondern ist auch offen für neue Vergütungsmodelle. Nur über eine nachhaltige Sicherung der Finanzierung von ambulanten sowie auch von stationären Versorgungsstrukturen werden ambulante Diabeteszentren langfristig Bestand haben.

Dabei spiegelt die strenge Trennung von ambulanten und stationären Leistungen nicht mehr den Anspruch einer umfassenden Patientenversorgung im Rahmen der personalisierten Medizin wider. Deshalb unterstützt der BVND das Bestreben der DDG, neben den wissenschaftlich ausgerichteten Leitlinien auch patientenzentrierte Leitlinien zu erstellen, die die Behandlungs- und Betreuungspfade für die fachdiabetologische, sektorenübergreifende Versorgung definiert. Dabei entwickelt der BVND auch eigene Vorstellungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen. Das Belegarztwesen stellt dabei für den BVND eine idealtypische Versorgungsform an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dar.

Der BVND unterstützt inhaltlich und personell das Entstehen von Diabeteszentren und Versorgungsnetzen, in denen Menschen mit Diabetes umfänglich entsprechend ihrer individuellen Problemstellun-

gen betreut werden können. Diese Strukturen müssen auch stationäre Einrichtungen einschließen. Auch sektorenübergreifende Versorgung – mit entsprechender Fallführung – von ambulant nach stationär darf in diesem Zusammenhang kein Tabu sein.

Aufgrund des zunehmenden Behandlungsbedarfs multimorbider älterer Menschen muss die DSP einen immer größeren Anteil der Basisversorgung übernehmen. Um diese komplexe Betreuungsleistung erbringen zu können, benötigen wir hochqualifiziertes, an den im praktischen Alltag orientierten Bedürfnissen ausgebildetes medizinisches Fachpersonal.

Der BVND setzt sich für eine Harmonisierung des Anerkennungs- und Zertifizierungssystems in der ambulanten Diabetologie ein.

Der BVND setzt sich für einen bundesweit geltenden **Rahmenkatalog** für die Zulassung als DSP ein.

Patientenzentrierte Versorgungsforschung in der Diabetologie ist unverändert nicht ausreichend in Deutschland verfügbar. Bestehende Initiativen werden vom BVND unterstützt sowie deren weitere Entwicklung mit vorangetrieben. Zusätzlich gibt es eine verbands-eigene Versorgungsforschung.

Der Bedarf an gut ausgebildeten Ärzten, Fachkräften in Assistenz- und Pflegeberufen, Psychologen und Wissenschaftlern wird aufgrund der Zunahme der Volkskrankheit Diabetes weiter spürbar steigen. Aus diesem Grund bringt der BVND sich in die Fort- und Weiterbildung dieser Berufsgruppen aktiv ein und hat mit der Diabetes-Fachangestellten (DFA) ein eigenes Berufsbild im Assistenzbereich entwickelt und konkret umgesetzt. Wie wichtig dem BVND auch in Zukunft eine gezielte

Fort- und Weiterbildung in der Diabetologie ist, zeigt die Gründung einer hauseigenen BVND Fort- und Weiterbildungsakademie.

Der BVND bringt sich zusammen mit der DDG unverändert aktiv in die Nachwuchsgewinnung und -förderung als zentrale Aufgabe der nahen Zukunft ein. Dabei sieht sich der BVND als erster Ansprechpartner für niederlassungswillige junge Diabetologinnen und Diabetologen.

Der BVND versteht sich als berufspolitische Alleinvertretung aller niedergelassenen Diabetologen auf Bundesebene in Deutschland. Er steht für eine qualitätsgesicherte und umfassende ambulante Betreuung gemäß dem Versorgungsauftrag aller Menschen mit Diabetes auf höchstem Niveau. Dabei ist zentrale Aufgabe die Sicherung der Existenzgrundlagen der DSP.

Die komplexen Zusammenhänge von Adipositas, Hypertonie, Fettstoffwechselstörung und Diabetes mellitus im Hinblick auf makrovaskuläre Komplikationen wurden in den letzten gut 35 Jahren erkannt und erforscht. Das damals sogenannte „tödliche Quartett“ bzw. „Syndrom X“ mündet heute in den Begriff „metabolisch-vaskuläres Syndrom“. Aber egal wie „das Kind“ benannt wird: der hohe Anteil der Herzinfarkt- bzw. Schlaganfallrate bei Diabetes mellitus hat zu einer Verschärfung der Leitlinien in Bezug auf die Einstellung der Einzelerkrankungen geführt. Und die weiterhin massiv steigende Tendenz bei den Diabetesneuerkrankungen löst einen immer weiter steigenden Bedarf an qualifiziert ausgebildeten Diabetologen sowohl im stationären als auch niedergelassenen Bereich aus.

Unsere Fachgesellschaft, die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hat mit der Schaffung des Diabeto-

logen DDG 1996 diesem Umstand Rechnung getragen und Fakten geschaffen, die dazu geführt haben, dass auch im Ärztekammerrecht eine fähbare Zusatzbezeichnung „Diabetologe“ fest verankert ist. Der ursprünglich vom BVND favorisierte „Facharzt für Diabetologie“ (im Sinne eines Teilgebietes der Allgemeinmedizin, Inneren Medizin oder Pädiatrie) wird mittelfristig nicht umsetzbar sein und wird vom BVND so auch nicht mehr verfolgt. Gleichwohl soll die Novellierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) in den Landesärztekammern zu einer Aufwertung der Zusatzbezeichnung „Diabetologie“ auf Facharzt-niveau führen. Die durch die Task Force „Diabetologie 2025“ auf den Weg gebrachten Entwicklungen gehen weiter in diese Richtung. Nach Auffassung des BVND sollen diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP) nur noch mit dieser Qualifikation an einer spezialisierten Versorgung teilnehmen können. Dem so qualifizierten Arzt zur Seite steht sein Diabetesteam mit Diabetesberatern und Diabetesberaterinnen, Diabetesassistenten und Diabetesassistentinnen, Diabetologischen Fachangestellten und weiterem Spezialpersonal, das ihn kompetent in der Behandlung und Betreuung der Menschen mit Diabetes und seiner Folgeerkrankungen unterstützt. Einzel- und vor allem Gruppenschulungen (Präsenz, Video) werden von den speziell ausgebildeten Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen für jedes spezifische und moderne Behandlungskonzept durchgeführt. Die dadurch erwartete fortlaufende Motivation und Stärkung (Empowerment) der Patienten – u. a. auch durch zunehmenden Einsatz von Werkzeugen der Digitalisierung und der Telemedizin – ist unverändert eine entscheidende Komponente für den Therapieerfolg und das Geheimnis des Erfolges der DSP.

Die seit 2002 implementierten Disease-Management-Programme (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie auch Zusatzvereinbarungen zur Betreuung von diabetespezifischen Spezialproblemen (Diabetisches Fußsyndrom, Gestationsdiabetes) haben die Lebensqualität und die Versorgung der Menschen mit Diabetes nachweisbar und nachhaltig verbessert. Die notwendige Kooperation zwischen den einzelnen Versorgungsebenen – Grundversorgung im hausärztlichen Bereich (Versorgungsebene 1), weitergehende Betreuung bei Nichterreichen der Zielwerte bzw. Komplikationen in der diabetologischen Schwerpunktpraxis (Versorgungsebene 2) und die spezialisierte Klinik als Versorgungsebene 3 – war und ist so weltweit einzigartig, unverändert zukunftssträftig und für das Wohl der Menschen mit Diabetes u.E. dringend erforderlich. Der BVND wird sich in diesem Sinne für die sinnvolle Fortführung der DMP und deren Weiterentwicklung einsetzen.

Ein scharfes Profil einer diabetologischen Schwerpunktpraxis ist eine unveränderte Herausforderung. Die diabetologische Schwerpunktpraxis muss sich durch ihre Struktur- und Prozessqualität, sowie durch ihr Versorgungsnetzwerk und Leistungskooperationsangebot unverzichtbar für die „diabetologisch grundversorgenden Hausärzte“, machen. Nur so kann die ärztliche Leistung „spezialisierte Diabetesbehandlung“ definiert und der medizinische Versorgungsnutzen durch den fachärztlichen Versorgungsauftrag der DSP gegenüber der Politik, den Kassen und anderen Verbänden vermittelt werden.

Der BVND vertritt also speziell die Interessen der überwiegend mit Diabetespatienten arbeitenden Diabetologen in niedergelassenen Schwerpunktpraxen. Hierbei ist

es gleichgültig, ob die Kollegen für den hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungssektor votiert haben. Allen gemeinsam ist der fachärztliche Versorgungsauftrag und die spezialisierte, prinzipiell fachärztliche, medizinische Tätigkeit auf Zuweisung von Hausärzten.

Ziel des BVND ist es, diesen Diabetologen zu einer Anerkennung, die ihrem Tätigkeitsspektrum gerecht wird, zu verhelfen. Aus Sicht des BVND entspricht dies einer Anerkennung als fachärztliche Schwerpunktdisziplin im Sinne einer Zusatzbezeichnung auf Teillebensniveauebene im Rahmen der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin und der Pädiatrie, wie es durch die Anpassung der MWBO auch unter Mitwirkung des BVND auf den Weg gebracht worden ist.

Die Leistung der diabetologischen Schwerpunktpraxis muss angemessen honoriert werden, um die qualitätsgesicherte Versorgung und Betreuung der über sieben Millionen Menschen mit Diabetes in Deutschland sicherzustellen. Im Rahmen regionaler Besonderheiten und Entwicklungen sind auch auf Grund der föderalen Struktur unseres Gesundheitswesens daneben unverändert regionale Strukturverträge zur umfassenden diabetologischen Versorgung notwendig.

Die Diabetologen in Schwerpunktpraxen werden deswegen weiterhin auf zwei Ebenen verhandeln müssen: die Basisversorgung muss bundesweit und -einheitlich im Rahmen der Gebührenordnungen und DMP Verträgen abgesichert werden; auf regionaler Ebene können und sollen Strukturverträge und Zusatzvereinbarungen geschlossen werden, um auf regionale Entwicklungen und Besonderheiten flexibel reagieren zu können.

Als Bundesverband vertritt der BVND alle diabetologischen Schwerpunktpraxen in Deutschland bei Problemen und Fragestellungen, die auf Bundesebene geklärt werden müssen. Ein aktives Einmischen in regionale Verhandlungen und Fragestellungen seitens des BVND ist nicht nur nicht gewünscht, sondern aus Sicht des BVND grundsätzlich nicht zielführend. Ungeachtet der durch den BVND anerkannten Souveränität jeder einzelnen Landesorganisation muss es aber eine gemeinsam abgestimmte berufs- und gesundheitspolitische Strategie zum Zwecke der Interessensstärkung geben. Der BVND ist auf Wunsch gerne bereit seine Expertise z. B. im Rahmen von Honorarverhandlungen auch auf Landesebene einzubringen. Der BVND als Bundesverband braucht auf Grund unseres föderalen Gesundheitswesens starke Regionalverbände, die in ihrer Region eigenständig agieren und verhandeln können. Die Entwicklung des Verbandes zu einem Dachverband regionaler Landesverbände scheint gewünscht und ist aktuell auf den Weg gebracht, um dem Ziel einer möglichst starken diabetologischen Interessensvertretung weiterhin näher zu kommen. Aktuell wird der BVND überwiegend als DIE Interessensvertretung der niedergelassenen Diabetologen in Deutschland wahrgenommen und wird als Gesprächspartner auf Augenhöhe in nahezu allen Bereichen akzeptiert.

Der Vorstand des BVND hält es für erforderlich und existentiell, dass die niedergelassenen Diabetologen die Qualitätsrichtlinien für die DSP selbst bestimmen, insbesondere in Zeiten, in denen die Politik durch den G-BA mehr und mehr in die Qualitätsentwicklung eingreift. Für die Arbeit der DSP müssen Strukturen und Prozesse weiterhin qualitätsorientiert entwickelt und umgesetzt werden, um für die Patienten

Zurück
zur
Übersicht

ten, die Menschen mit Diabetes, eine höchstmögliche Ergebnisqualität zu erzielen. Diese sind in etlichen DSPn schon etabliert.

Die Definition einer DSP nach den Vorstellungen des BVND orientiert sich dabei auch an dem zukünftig modular aufgebauten Zertifizierungsmodell der DDG, die als unsere Fachgesellschaft den wissenschaftlichen Standard nicht nur inhaltlich medizinisch definieren soll. Eine Zertifizierung nach diesem oder einem adäquaten Modell hält der BVND für unabdingbar, wenn man nachhaltig die Struktur der DSP sichern möchte. Das eigens vom BVND geschaffene Label „QM mellitus“ soll dabei gerne als Vorlage dienen.

Hinsichtlich der strukturellen Voraussetzungen gilt unverändert:

dass an das Diabetesteam folgende Voraussetzungen gestellt werden:

Leiter der diabetologischen Einrichtung muss ein/e in Vollzeit arbeitende/r Diabetologin/Diabetologe DDG bzw. Landesärztekammer (LÄK) sein, wenn deren Ausbildung den Qualitätskriterien der DDG analog ist. Ihm zur Seite stehen verpflichtend mindestens ein/e Diabetesberater/in DDG (Vollzeit). Fakultativ und optional können zusätzlich ein/e Diabetesassistent/in DDG, ein/e Diätassistent/in oder Ernährungsberater/in, ein/e diabetologische/r Fachangestellte/r und 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 zur Diagnostik zugelassenes Point-of-care Blutzucker-Messgerät und fakultativ auch ein Messgerät für den HbA1c Wert sowie die Möglichkeit zum Auslesen und Interpretieren von Pumpen, Selbstmessgeräten sowie CGM-Daten notwendig. Entsprechende Technologie (Teststreifen und -geräte) zur Überprüfung der (Mikro)albuminurie müssen vorhanden sein.

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

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

Die DSP hat die regelmäßige Durchführung der unterschiedlichen anerkannten (Gruppen-) Schulungen 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.

Die Schulung bei Gestationsdiabetes wird, wenn erforderlich, laufend, aber individualisiert angeboten. Spezielle Schulungen wie z. B. die Insulinpumpenschulung, Nutzung und Interpretation von CGM oder die Schulung bei Hypoglykämiewahrnehmungsstörung gehören

mit zum Angebot und werden bei Bedarf durchgeführt. Gefordert wird für all diese Schulungen ein Train-the-Trainer-Seminar sowohl für den Diabetologen als auch die Schulungskraft. Fort- und Weiterbildungen sind für die Praxisinhaber und das gesamte diabetologische Team festgelegt, selbstverständlich und müssen gegenüber den Kostenträgern immer wieder auch nachgewiesen werden. Ebenso sind Hospitationen für den Diabetologen sowie für die nichtärztlichen Mitglieder des Diabetesteam verpflichtet.

Kooperationen mit speziellen Fachärzten wie z. B. Kardiologen, Angiologen, Neurologen, Augenärzte, Nephrologen, Gefäßchirurgen, Psychologen, Radiologen etc. wie auch mit Orthopädienschuhtechnikern und Podologen sind erforderlich und sollen unter Berücksichtigung des Antikorruptionsgesetzes im Gesundheitswesen entsprechend festgeschrieben sein. Eine Zusammenarbeit mit den umgebenden Sozial- und Pflegediensten ist sinnvoll.

Insbesondere die enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten ist zwingend notwendig, da in der DSP die Menschen mit Diabetes grundsätzlich auf deren Überweisung behandelt, beraten und betreut werden (sollen). Nach den Vorstellungen des BVND („Exzellenz-Zentrum“ – Module) müssen wenigstens 50 Prozent der Patienten einer DSP Diabetiker sein. Ziel einer „echten“ DSP muss es sein, eine konstant hohe medizinische Versorgungsqualität anzubieten. Dieses kann nach Meinung des BVND nur bei hohen Behandlungszahlen mit immer wieder neuen Patienten auch dauerhaft gewährleistet werden. Dabei erscheint die Notwendigkeit der „Fallführung“ bei ständig wachsender Komplexität der Diabetesfälle einen immer wich-

tigeren Stellenwert einzunehmen. Damit der Anteil von laufend neuen Patienten mit Diabetes in der DSP weiter gesteigert werden kann – um damit auch einer flächendeckenden Versorgung gerecht zu werden – darf die Entgegennahme einer Überweisung nicht mehr durch einen Honorarabzug bestraft werden.

Die auf den folgenden Seiten befindliche Liste der wichtigsten Merkmale für die Definition der DSP sind als eine schnelle Orientierungshilfe gedacht, die sich an den Modulen (s. o.) orientiert. Die Definition ist eine Selbstverpflichtung der DSPn und hat keine rechtliche Bindungswirkung für bestehende und/oder abzuschließende Verträge.

Die umfassende Dokumentation der Arbeit mittels Qualitätssicherung ist unerlässlich, kann doch nur so die Qualität der Arbeit in der DSP belegt werden.

Der Versorgungsauftrag

Das Leistungsspektrum ist im Versorgungsauftrag verankert

Die Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus ist, auf Grund der hohen Zahl der Betroffenen sowie der oft schwerwiegenden Folgen bei unzureichender Behandlung, eine der wesentlichen Aufgaben unseres Gesundheitssystems. Viele anerkannte Studien und nicht zuletzt die seit 2002 in Deutschland implementierten Disease Management Programme (DMP) haben gezeigt, dass mittels einer umfassenden, qualifizierten und strukturierten Betreuung viel Leid und mittel-/langfristig auch Kosten vermieden werden können.

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

Im Bereich der Digitalisierung haben sich die Diabetes-Schwerpunktpraxen im besonderen Maße weiterentwickelt, da gerade in unserem Bereich neue Therapieunterstützungen ohne Digitalisierung kaum

umsetzbar sind. Hier besteht eine besondere Herausforderung auch älteren und wenig technisch affinen Menschen den Zugang zu neuen Methoden zu ermöglichen.

Die DSP hat zur Erfüllung dieser Aufgaben erhebliche Qualifizierungsarbeit erbracht durch Einstellung und Weiterbildung von qualifiziertem Personal für Schulung und Wundbehandlung. Durch die Infrastruktur mit Schulungsräumen, Fußbehandlungsräumen und den Aufbau von Qualitätsmanagement ist die Schwerpunktpraxis in der Lage, viele akute Probleme ohne Krankenhauseinweisung zu beherrschen.

Auf Grund dieser Strukturen können DSPen 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 Autoimmungeschehens entsteht und sowohl akut (z. B. Ketoazidose, Hypoglykämie) als auch chronisch verläuft. Eine hohe Versorgungsqualität ist hier erforderlich, um Menschen mit Typ 1 Diabetes 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 intensiviertere

Insulintherapie mittels multipler Insulininjektionen, angepasst an die selbstgemessenen Blutzuckerwerte, Therapie der Wahl. Sie ermöglicht einen flexiblen Tagesablauf bei freier Nahrungswahl bei normnaher Blutzuckereinstellung. Zunehmende Bedeutung gewinnt jedoch die Pumpentherapie (CSII), insbesondere die sensorunterstützte Therapie (AID).

Gerade in diesem Bereich ist der technische Fortschritt von einer deutlich besseren Behandlung untrennbar und erfordert ein hohes Maß an Spezialwissen, aber auch technischen Voraussetzungen bei den Behandlern.

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 DSP ist.

Diabetes mellitus Typ 2

Als Diabetes mellitus Typ 2 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die mit einer Insulinresistenz und einem relativen und weiter voranschreitenden 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 bei Erkrankungsbeginn. Wesentliche Aufgabe von DSPen 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 Erstschulung sollte in einer DSP erfolgen, da die Qualität der Schulung neben der Qualifikation der Schulenden maßgeblich von der Regelmäßigkeit der Durchführung, der Gruppengröße, der Gruppenzusammensetzung und der Gesamtzahl der an einer Einrichtung Geschulten abhängt.

Der Gesichtspunkt der Gruppendynamik darf hier nicht vergessen werden: Das Schulungsziel kann nur durch eine individuelle Gruppengestaltung erreicht werden, die eben nur bei einer ausreichenden Anzahl von zu Schulenden sichergestellt werden kann.

Eine Mitbehandlung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 in der DSP ist ebenfalls notwendig bei wiederholtem (zwei aufeinander folgende Quartale) Nichterreichen der Einstellungsziele (z. B. HbA1c) und insbesondere bei einer notwendigen Insulinein-/umstellung, respektive Neueinstellung, aber auch bei einer Typ- und Stadiengerechten Kombinationstherapie mit den modernen Gruppen der Antidiabetika gemäß nationaler Versorgungsleitlinie.

Auf Grund der multifaktoriellen Ursachen und den damit verbundenen multiplen Behandlungsstrategien sollten Patienten mit neu aufgetretenen Folgeerkrankungen ebenfalls in einer DSP vorgestellt

werden. Bei Auftreten multipler Folgeerkrankungen sollte eine kontinuierliche Mitbetreuung in der Schwerpunktpraxis erfolgen, da hier eine multimodale Vorgehensweise mit Erreichung patientenorientierter individueller, gegebenenfalls normnaher, Einstellungsziele angezeigt ist, um eine weitere Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung sowie Zunahme der Pflegebedürftigkeit zu reduzieren.

Diabetes mellitus Typ 3

Diese Sonderformen des Diabetes wie der pankreoprive Diabetes stellen eine besondere Anforderung an den Arzt und gehören in die Hände von Diabetologen und Diabetologinnen.

Besonders bei insulinbedürftiger Ausprägung des pankreopriven Diabetes mellitus ist wegen der unzuverlässigen Nahrungsverwertung oft nur sehr schwer eine zufriedenstellende Stoffwechseleinstellung zu erreichen.

Das Schulungsangebot der DSP richtet sich nach dem individuellen Bedürfnis der / des Betroffenen. Das können Module aus unterschiedlichen Schulungstypen sein.

Folgeerkrankungen, assoziierte Erkrankungen und wesentliche Begleiterkrankungen

Neuaufgetretene Folgeerkrankungen führen in der Regel zur Notwendigkeit von Therapieänderungen, respektive -intensivierungen.

Neben einer notwendigen Therapieoptimierung beim Auftreten der diabetischen Retinopathie, ist auch das Stadium der Retinopathie relevant, da es beispielsweise beim Vorliegen einer proliferativen Retinopathie zur Erblindung durch Hypoglykämien kommen kann.

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. Auch die autonome Neuropathie erfordert einen differenzierten Umgang mit dem Therapieregime, je nach betroffenem Organ.

Gerade aber auch bei fortschreitenden Folgeerkrankungen ist die spezialisierte Betreuung entscheidend für die rechtzeitige Weichenstellung, hier fällt der Schwerpunktpraxis eine entscheidende Rolle in der Koordination der Maßnahmen zu.

Diabetisches Fußsyndrom

Menschen mit diabetischem Fußsyndrom sind Patienten mit peripherer Polyneuropathie und / oder peripherer Angiopathie sowie einem Fußulkus oder Epithelläsionen, die unmittelbar ulkusgefährdet sind; sie sind überhäufig von Amputationen betroffen, verbunden mit dem Verlust an Lebensqualität, der Zunahme an Pflegebedürftigkeit und einer überdeutlich erhöhten Letalität.

Zurück
zur
Übersicht

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 (Zertifizierte ambulante Fußbehandlungseinrichtungen (ZAFE)).

Diabetes und Schwangerschaft

Bei Frauen mit vorbestehendem Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sind Schwangerschaften immer als Risikoschwangerschaften zu werten. Es bestehen erhöhte Risiken für Missbildungen, für Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf und bei der Geburt. Diese Fragen bedürfen daher der besonderen gezielten Betreuung spezialisierter Diabetologen in enger Kooperation mit Geburtswissenschaftlern, 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 (s. Strukturanforderungen an eine DSP), die nur bei entsprechender Strukturqualität einer Einrichtung zu gewährleisten sind (z. B. Zahl und Erfahrung der Diabetesberater/innen, qualitätsgesicherte Glucosebestimmung auf Grund der niedrigen Grenzwerte).

Der BVND steht für die konsequente Umsetzung der Mutterschaftsrichtlinien, in die seit März 2012 das flächendeckende Screening auf Gestationsdiabetes in der 25.-28. SSW (24+0 – 27+6) Eingang gefunden hat.

Versorgung von Kindern mit Diabetes mellitus

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen! Eine flächendeckende Versorgung auf Grund der verhältnismäßig geringen Anzahl der Erkrankten ist rein pädiatrisch nur schwer sicherzustellen. Eine rein pädiatrische Einrichtung hat auf Grund der Erkrankungszahlen große Probleme, die erforderliche Strukturqualität bereit zu stellen. Daher sind auch hier DSPen erforderlich, die ein hohes Maß an Erfahrung im Umgang mit Diabetes Typ 1 haben und sich gleichzeitig auch intensiv um die Betreuung diabetischer Kinder als zusätzliche Spezialisierung bemühen, möglichst in Kooperation mit pädiatrischen Einrichtungen.

Insulinpumpenversorgung

Die 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, oder weitere Begleiterkrankungen wie beispielsweise Unterzuckerungswahrnehmungsstörungen vorliegen.

Eine Insulinpumpenbehandlung ist daher dauerhaft von einer dafür besonders spezialisierten Einrichtung zu erbringen, da nur dadurch ein langfristiger Therapieerfolg zu sichern ist. Diese Einrichtung hat neben einer ausreichenden Zahl von Pumpenpatienten auch über eine hohe technische Expertise zu verfügen: im Sinne der Gleichstellung von Menschen mit Einschränkungen müssen auch für Menschen mit fehlendem digitalen Zugangsmöglichkeiten die Teilhabe an der Möglichkeit zur Pumpenbehandlung sichergestellt werden.

Real-Time-Continuous-Glucose-Monitoring (rtCGM) Versorgung und zukünftige Therapieentwicklungen

Mit der Einführung der rtCGM als Leistung der gesetzlichen Krankenkasse durch den GBA wird die zentrale Rolle der Diabetologen bei der Behandlung der Menschen, die dieser Therapieunterstützung bedürfen, unterstrichen. Hier ist der Berufsverband gefordert, die aktuellen Entwicklungen kritisch zu begleiten und für angemessene Vergütungen neuer Leistungen zu streiten.

Auch hier gilt im Sinne der Gleichstellung von Menschen mit Einschränkungen: Die Schaffung von Möglichkeiten durch die DSPen Menschen mit fehlendem digitalen Zugangsmöglichkeiten die Teilhabe an der Möglichkeit einer rtCGM Therapieunterstützung zu gewährleisten.

Beratungsintensive Sonderprobleme

Menschen mit Migrationshintergrund erkranken ebenfalls in zunehmender Zahl an Diabetes mellitus Typ 2. 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.

Menschen mit kognitiven und intellektuellen Einschränkungen haben besondere Probleme das Selbstmanagement bei der Behand-

lung der Diabeteserkrankung zu übernehmen. Hier sind angepasste Schulungskonzepte – oder auch Einzelschulungen – erforderlich, um diesen Menschen ein Höchstmaß an Selbstständigkeit zu ermöglichen, aber auch um Risiken zu erkennen und geeignete Maßnahmen einzuleiten. Hier ist das besonders ausgebildete Personal von Schwerpunktpraxen erforderlich.

Weiteres Arbeitsgebiet der DSP ist die Behandlung von Menschen mit Hypoglykämiewahrnehmungsstörungen. Hier sind besondere Diagnostik und Schulungen sowie zahlreiche therapeutische Einzelgespräche erforderlich, um rezidivie-

rende 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.

Definition einer DSP nach BVND-Akademie

Die Definition einer diabetologischen Schwerpunktpraxis (DSP) nach den Vorstellungen des BVND hat sich in den vergangenen Jahren grundsätzlich nicht verändert.

Im vorliegenden Positionspapier haben veränderte Rahmenbedingun-

gen und aktuelle sowie erwartete Entwicklungen wie Modernisierung der Kommunikation und technischer Fortschritt Eingang gefunden.

Darüber hinaus haben wir uns entschieden, die „neue“ Definition modular zu gliedern und zu gestalten,

um die aktuell (2021) in der Deutschen Diabetes Gesellschaft ebenfalls stattfindenden Überlegungen im Rahmen der Zertifizierungen zu berücksichtigen und auf diesem Wege unseren Mitgliedern die Zertifizierung durch die Fachgesellschaft zu erleichtern.

Adipositas

Insulinresistenz, Diabetes mellitus und Adipositas sind kausal miteinander verbunden. In 80 % der Fälle sind Übergewicht und Adipositas ursächlich für die Entwicklung eines Diabetes mellitus bei Erwachsenen und bis zu 30 % der adipösen Patienten sind Diabetiker.

Seit Jahrzehnten beobachten wir einen stetigen Anstieg der Häufigkeit dieser beiden Erkrankungen in Deutschland. Insbesondere junge Menschen mit Diabetes mellitus (unter 30 Jahre) sind etwa sieben mal so häufig von Adipositas betroffen wie Menschen ohne Diabetes (♀ 7,6:1; ♂ 6:1). Umgekehrt ist das Risiko, an Diabetes mellitus zu erkranken, für adipöse Menschen etwa auf das Vierfache gesteigert.

Bisher wird die Adipositas zu häufig als Folge eines Fehlverhaltens der Patienten definiert und nicht als Krankheit anerkannt. Das spiegelt sich sowohl in der fehlenden bis schwierigen Kostenübernahme für notwendige Therapien durch die Krankenversicherungen als auch in einem Mangel qualifizierter Behandlungseinrichtungen wieder. Dabei sind die notwendigen Ressourcen in vielen diabetologischen Schwerpunktpraxen vorhanden. Hier erfolgt oft auch die Vor- und Nachbehandlung von Patienten mit Zustand nach bariatrischen und metabolischen chirurgischen Eingriffen.

Der BVND begrüßt daher die Schaffung eines DMP Adipositas. Der enge Zusammenhang von Diabetes und Adipositas erfordert in besonderem Maße ein koordiniertes Vorgehen.

Das Modul Adipositas dient der Sicherung eines hohen, evidenzbasierten Standards von Diagnostik und Therapie übergewichtiger Diabetes-Patienten.

Im Einzelnen sollte eine DSP folgende spezifischen Inhalte bei der Betreuung von Patienten mit Adipositas und Diabetes erfüllen:

1.

Personelle Voraussetzungen

- Schulung durch Diabetesberater/in DDG
 - Zusammenarbeit und regelmäßige Fallbesprechung mit
 - Ernährungsfachkraft (Ernährungsberater/in DGE, Diätassistent/in, Oecotrophologe etc.)
 - Psychologe
 - Physiotherapeut
 - Chirurg, bariatrisch tätig
 - Regelmäßige Teilnahme aller Mitglieder des Behandlungsteams an qualifizierten Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Adipositas (Diagnostik und Therapie) in einem Umfang von jährlich mindestens 8 UE á 45 min, davon können 4 UE auch im Selbststudium unter Nutzung von zertifizierten Online-Kursen abgeleistet werden.*
- * wenn aufgrund gesetzlicher Regelungen notwendig, kann von dieser Vorgabe abgewichen werden.
- QZ zusammen mit Ernährungsmedizinern und Chirurgen, die bariatrische OP vornehmen (wo vorhanden)

2.

Technische Voraussetzungen

- geeichte und regelmäßig kalibrierte Waage (Wiegebereich bis 300 kg)
- geeichtes Körpergrößenmessmittel

- BIA (Bioelektrische Impedanzanalyse) mit validiertem Gerät
- fakultativ: EKG-basiertes Screening auf Vorhofflimmern, Polygraphie, Spiro-(Ergometrie), Sonographie (Abdomen, Gefäße)

3.

Fachliche Voraussetzungen

- Strukturierter Behandlungspfad
- integriertes therapeutisches Konzept, basierend auf den aktuellen Leitlinien zu Diabetes und Adipositas:
 - evidenzbasierter Einsatz nicht-pharmazeutischer und pharmazeutischer Therapiemethoden
 - Angebot von Gruppen- und Einzeltherapie
 - Vor- und Nachbetreuung bariatrisch operierter Patienten

4.

Organisatorische Voraussetzungen

Teilnahme am DMP Adipositas (in Abhängigkeit von den noch zu treffenden Regelungen)

Diabetestechnologie – Digital Affine Praxis

In keinem anderen Fachgebiet der Medizin sind Medizin und Technik so eng verbunden wie in der Diabetologie. Eine Insulintherapie ohne Nutzung von Technik ist unmöglich, die modernen Diagnose- und Behandlungsmethoden führen zu einer immer engeren Verflechtung vor allem auch mit den vom Patienten genutzten Hilfsmitteln. Hierfür ist eine besondere Kompetenz der DSP erforderlich.

Diese muss fortwährend erhalten und neu erworben werden. Es kann daher nicht erwartet werden, dass jede DSP alle auf dem Markt verfügbaren Produkte und Technologien anwendet, eine Grundkompetenz ist jedoch für alle Systeme zu fordern, um im Notfall Hilfestellung geben zu können.

Grundvoraussetzungen

Jede Praxis muss, schon um die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten, bestimmte Grundvoraussetzungen erfüllen. Diese sind Bestandteil des QM-Systems der Praxis und gelten mit Nachweis der Zertifizierung bzw. eines aktuellen externen Audits als erfüllt.

Nur der Vollständigkeit halber sind sie nochmals aufgeführt:

- Vorhandensein einer funktionsfähigen Telematik und deren Nutzung
- Regelmäßige dokumentierte Weiterbildung aller Mitarbeiter in ihrem Verantwortungsbereich und darüber hinaus zu Themen wie Datenschutz und -sicherheit, Gesundheitsvorsorge, Arbeitsschutz, Hygiene etc.

Information / Schulung

- Aufklärung zu digitalen Gesundheitsangeboten
- Einbindung von Angehörigen und Pflegekräften
- Ermittlung der digitalen Kompetenz des Patienten
- Aktive Nutzung von Online-Informationsportalen und
- Anleitung / Anregung von Patienten zu deren Nutzung

Praxismanagement

- Eine Vertreterregelung zur Sicherstellung der digitalen Kompetenz ist vorhanden
- Regelmäßige Schulungen finden statt und sind dokumentiert
- Möglichkeiten und Regelungen zur sicheren digitalen Kommunikation sind vorhanden
- Die Anwendung von Assistenzsystemen zur digitalen Datenerfassung und Weiterverarbeitung ist wünschenswert

Diagnostik / Therapie

Geräte

z. B. (Smart)Pen, Pumpen, AID, CGM, Blutglukose-Messgeräte zur Selbstkontrolle.

- Für alle von der Praxis verordneten und / oder regelhaft betreuten Systeme muss eine Auswertemöglichkeit (Software), bei Pumpen / AID auch eine Software zur Einrichtung / Anpassung vorhanden sein. Im Idealfall ist eine solche Auswertesoftware hersteller- und geräteunabhängig. Da jedoch die benötigten Daten von den Herstellern noch nicht regelhaft geliefert werden, ist dies zurzeit lediglich für die Auswertung von Blutglukose-Messgeräten anwendbar.

Technologien

- Eine verbindliche Regelung zum Umgang mit Cloudsystemen ist vorhanden
- Aktuelle Kenntnis über alle verordnungsfähigen DIGAs im Fachgebiet

Labor

- Einhaltung der GLP-Standards
- Das Präsenzlabor der Praxis wird von einer verantwortlichen, speziell qualifizierten Kraft geleitet
- Es werden zur Diagnostik ausschließlich nach den Vorgaben der RiliBÄK qualitätskontrollierte Labormethoden eingesetzt
- Regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen für diese Methoden, auch wenn das bei Verwendung von unit-use-Reagenzien nicht gesetzlich vorgeschrieben ist
- Regelmäßige Fortbildung aller beteiligten Mitarbeiter

Diabetisches Fußsyndrom

Einleitung

Das diabetische Fußsyndrom ist kein sehr häufiges, aber ein sehr einschneidendes Problem von Menschen mit Diabetes. Es führt nach wie vor viel zu häufig zu Amputationen, insbesondere zu Majoramputationen. Die Lebensqualität von Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom ist deutlich vermindert. Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom haben eine deutlich schlechtere Prognose als Menschen mit Diabetes ohne dieses Problem. Diabetespatienten mit einem diabetischen Fußsyndrom sollten schwerpunktmäßig in den Diabetesschwerpunktpraxen behandelt werden. Voraussetzung hierfür ist eine entsprechende DDG-zertifizierte Fußambulanz.

Folgende Ziele sollen mit der Betreuung in einer spezialisierten Einrichtung erreicht werden:

- Vermeidung von Majoramputationen
- Verhinderung der Wundprogression
- Verkürzung der Wundheilungszeit sowie der Behandlungsdauer
- Verringerung der Rezidivquote
- Vermeidung stationärer Aufenthalte
- Verbesserung der Lebensqualität der Patienten mit diabetischem Fußsyndrom
- Zielgerichteter Ressourcen- und Mitteleinsatz

Strukturqualität

Räumlich technische Mindestvoraussetzungen:

- Fußbehandlungsraum, ausgestattet mit Fußbehandlungsstuhl oder Liege
- Lampe
- digitale Fotodokumentation

- Stimmgabel, Monofilament Reflexhammer
- TIP-THERM
- Oberflächenthermometer
- Dopplergerät
- steriles Instrumentarium
- Verbandsmaterial zur stadiengerechten Wundbehandlung
- Entlastungs- und Verbandsschuhen bzw. Orthesen zur Notfallversorgung
- Hygieneplan einschließlich Berücksichtigung des Umgangs mit Trägern multipel resistenter Keime

Fuß-Versorgung

- Technische Ausstattungen Behandlungsräume: Elektrische Liege, OP-Beleuchtung
 - Doppler- oder Duplex-Sonographie zur Gefäßdiagnostik
 - Arbeitsflächen zu der sterilen Versorgung
 - Chirurgische Instrumente zur Fußversorgung und Wundverschluss
 - Technische Ausstattung zur Verbandschuh- und Orthesen-Versorgung
 - Mindestens 2 Versorgungsräume zur Sicherstellung des Infektionsschutzes (MRSA)
 - Notfalldepot Vorfußentlastungsschuhe und Orthesen
 - Lagerung von Material
 - Vorhalten einer geeigneten Sterilisation Einheit inklusive personeller Struktur
 - Dokumentation Fußversorgung inklusive notwendiger Fototechnik
 - Mobile Ausstattung für „MOFA“*
Wundassistentin DDG
- * Mobile Fußassistentin

Personelle Voraussetzungen der Fußbehandlungseinrichtung:

Mindestens ein qualifizierter Diabetologe DDG oder LÄK mit ausreichender klinischer Erfahrung und entsprechend dokumentierten Patienten sowie mit Nachweis von Kenntnissen in der aktuellen, stadiengerechten Behandlung chronischer Wunden, in der Regel nachgewiesen durch die Zertifizierung als Fußambulanz nach den Richtlinien der DDG.

Wundassistent:

Mindestens ein, besser zwei Wundexperten/-expertinnen mit entsprechender Ausbildung oder Wundtherapeut/in, jeweils mit Nachweis eines entsprechenden Kurses, z. B. zum Wundassistent/in DDG oder eines gleichwertigen Kurses.

Weitere Anforderungen an das ambulante Fußbehandlungszentrum sind entsprechende gelebte Kooperationen mit einem Chirurgen oder mit einer chirurgischen Einrichtung, in der Regel mit gefäßchirurgischem Schwerpunkt sowie Kooperationen mit interventionell tätigen Radiologen oder Angiologen.

Behandlungsziel:

Das Behandlungsziel ist die Reduktion der Majoramputationen, der stationären Aufenthalte, der Rezidive sowie die regionale Abnahme der Fallschwere.

Prozessqualität:

Basis und Mindeststandard ist die jeweils aktuellste Fassung der nationalen Versorgungsleitlinie zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms, Dokumentation und Benchmarking. Wünschenswert ist eine regelmäßige passive und aktive Hospitation.

Geriatric

Einleitung:

Geriatrische Patienten sind definiert durch ein höheres Lebensalter und eine in der Regel damit verbundene Multimorbidität. Alterstypische Funktionseinschränkungen und die erhöhte Gefährdung durch akute und chronische Erkrankungen erfordern eine Therapie, die sich nicht nur auf die Blutglukoseeinstellung, die Reduzierung von kardiovaskulären Risikofaktoren sowie das Management diabetestypischer Folgekomplikationen fokussieren sollte, sondern auch eine funktionsadäquate Differenzierung aller dieser Maßnahmen berücksichtigen muss.

Deshalb muss zur Feststellung von Ressourcen und Defiziten ein geriatrisches Assessment und darauf basierend eine Einteilung der Patienten in funktionelle Gruppen erfolgen. Dann werden die Behandlungsziele gemeinsam zwischen Arzt und Patient abgestimmt.

Behandlungsziele:

- Erhalt der Lebensqualität
=> individuelle Aspekte müssen dabei aktiv erfragt werden
- Vermeidung von Hypoglykämien
- Minimierung von sonstigen Nebenwirkungen und Belastungen durch die Therapie
- Regelmäßige Therapieanpassung nach Überprüfung des Therapieverständnisses (kognitiv, sensorisch, psychisch) sowie der individuellen Möglichkeiten
- Besserung von Begleitkrankheiten
- Vermeidung von Überdiagnostik und -therapie
- Förderung der Therapieadhärenz, insbesondere bei Polypharmazie
- Kompetenzsteigerung der Betroffenen im Umgang mit der Erkrankung

- Verminderung des Krankheitsstigmas
- Vermeidung von Frailty und Sarkopenie
- Berücksichtigung psychischer Komorbiditäten, insbesondere Depression und Demenz

Prozessqualität:

- Strukturierte Verfahren zur Einteilung der Patienten in funktionelle Gruppen (funktionell unabhängig, leicht abhängig, stark abhängig, End of Life)
- Nutzung von Testverfahren des geriatrischen Assessments insbesondere im Hinblick auf Schulung, Bewegung, Ernährung, Pharmakotherapie, Technikeinsatz und Pflegebedarf
- Strukturierte Therapieziel-Korridore u. a. zu HbA1c, BZ präprandial, Blutdruck, Lipiden und Alltagskompetenz
- Strukturierte Diagnostik-, Therapie- und Prophylaxe-Pfade zu wesentlichen Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus (Diabetischer Fuß, KHK, ACS, Apoplex) unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinie „Diabetes im Alter“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Strukturqualität:

a. Räumlichkeit

- barrierefreie Praxis mit ausgewiesenem Stellraum für Geh- und Fahrhilfen der Patienten
- ausreichende Ausstattung von Warte- und Schulungsbereichen auch für Begleitpersonen
- geeignete abgeschlossene Untersuchungsräume (Minimierung von Nebengeräuschen)

- absenkbare Untersuchungs-liegen
- behindertengerechte Toiletten mit klappbaren Aufstehhilfen, für Geh- und Fahrhilfen geeignet
- Raum für jährliches Screening zur kognitiven Leistungsfähigkeit und Depression

b. Technik

- medizinische Standwaage mit Halbrund-Reeling
- EKG
- Pulsdoppler
- Stimmgabel, Monofilament, Reflexhammer, TIP-THERM, Spitz-Stumpf-Testtool
- PVS-integrierte Testverfahren und Dokumentation zu Visus, Gehör, Gebisszustand, Ernährung (MNA®), Depression (GPS = Geriatric Depression Scale), Demez (MMSE, DEMTEC, Geldzähl- und Uhrentest) und Bewegung (Time Up & Go, 5-chair-rise, Semi-Tandem/Tandem-Stand, Tinetti-Test)

c. Personal

- Mindestens 1 Diabetologe/ Diabetologin in Vollzeit mit ausreichender praktischer Erfahrung in der Behandlung geriatrischer Diabetiker
- Mindestens 1 Diabetesberater/ in in Vollzeit mit ausreichender praktischer Erfahrung in der Behandlung geriatrischer Diabetiker
- Nachweis einer regelmäßigen Teilnahme aller Mitglieder des Behandlungsteams an qualifizierten Fortbildungsveranstaltungen und / oder Qualitätssicherungszirkeln zum Thema Diabetes und Alter

Diabetes und Schwangerschaft

Da Diabetes im Zusammenhang mit Schwangerschaften keinen Zeitaufschub duldet, sind hier besondere Betreuungsstrukturen und Schulungskonzepte zu fordern (s. Strukturanforderungen an eine DSP), die nur bei entsprechender Strukturqualität einer Einrichtung zu gewährleisten sind.

Im Einzelnen sollte eine DSP folgende Inhalte bei der Betreuung von Frauen mit GDM sowie Frauen mit Diabetes, die eine Schwangerschaft austragen, erfüllen können:

1. Qualifizierung der Schwerpunktpraxen

- DDG Zertifizierung Stufe 1 oder 2
- Schulung von von Schwangeren mit manifestem Diabetes Typ 1 und Typ 2 nur durch Diabetes-Berater/in, bei GDM auch Diabetes-assistent/in ausreichend
- Teilnahme von Diabetologe / Diabetologin und Diabetes-Berater/in bzw. -Assistent/in an einer Fortbildungsveranstaltung
 - Dauer 2 x 2 h
 - Inhalte
 - Praxismanagement
 - für alle Diabetes-Typen: Stillen, pädiatrische und Neonatologische Aspekte, kontrollierte Gewichtszunahme, Wahl der Entbindungsklinik,
 - GDM Diagnostik, Schulung, Insulintherapie, Langzeitprognose, Postpartale Diabetesnachsorge,
 - Typ 2 DM Epidemiologie, Ernährungsaspekte, Besonderheiten bei Adipositas. Präkonzeptionelle Vorbereitung, Stillen
 - Typ 1 DM Besonderheiten des Blutzuckermanagements

- Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung (pro Jahr pro Teammitglied eine Art kontinuierliches update) – auch online oder
- QZ zusammen mit Geburtshelfern und / oder Pränatalmedizinern

2. Forderung für Mindestbehandlungszahlen bei Typ 1 und Typ 2 DM / GDM

- Behandlung 5 Schwangere mit T1 / T2 pro 3 Jahre / 50 GDM pro Jahr (cave: geforderte Zahl von 50 GDM liegt weit über dem was wir für Weiterbilder nach Muster-WBO fordern – hier: 20(!)Schwangere/Jahr)
- Minimaldatensatz zu diesen Pat. sollte dokumentiert und eingereicht werden.
 - Teilnahme an GestDiab – oder
 - Datensatz GDM, T1 / T2 mit Erfassung von Diagnostik, Diabetes-Risikofaktoren, Behandlungsdaten, Entbindungsdaten

3. Glukosemessung

Sofortige, patientennahe Glukosemessung aus der venösen Vollblutprobe mit einer nach RilibÄK qualitätsgesicherten Messmethodik mit einem zur Diagnostik zugelassenen Point-of-care Messsystem.

4. Strukturierter Behandlungspfad der DSPen nachweisen:

- für T1 / T2
 - Curriculum für Modul Präkonzeptionelle Stoffwechselloptimierung und Schulung
 - Schulungscurriculum während der Schwangerschaft

- inkl. Stillförderung
- Vorbereitung auf Stoffwechselführung während der Geburt und im Wochenbett
- Informationsübermittlung / Brief an Entbindungsklinik
- Konzept für postpartale Versorgung / Erreichbarkeit

- Für GDM
 - Qualitätskontrollierte Labormethode für Diagnostik
 - Diagnostik laut Leitlinie, Terminvergabe innerhalb einer ½ Woche
 - Strukturierte Schulung mit und ohne Insulintherapie (mit Stillförderung)
 - Regelmäßige Fortbildung des Teams
 - Vorbereitung auf Stoffwechselführung während der Geburt und im Wochenbett
 - Informationsübermittlung / Brief an Entbindungsklinik
 - Strukturiertes Vorgehen für postpartales Diabetes Screening

Pädiatrische Diabetologie

Einleitung:

Die Zahl der Neumanifestationen bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus 1 steigt in den letzten Jahren zunehmend stark an. Daneben gibt es, sicher in geringerem Maße, auch eine steigende Zahl von Kindern und Jugendlichen mit einem Diabetes mellitus Typ 2.

Die Zahl der spezialisierten pädiatrischen Behandlungseinrichtungen steigt nicht im gleichen Maße, eher im Gegenteil, so dass Betroffene für eine qualifizierte Einrichtung, insbesondere abseits von Ballungszentren, immer weitere Wege in Kauf nehmen müssen.

Den Goldstandard einer qualifizierten Behandlungseinrichtung definiert die Deutsche Diabetesgesellschaft in ihren Zertifizierungsrichtlinien.

Strukturvoraussetzungen für ambulante Einrichtungen:

- 1 Diabetologe / Diabetologin mit pädiatrischer Erfahrung in Vollzeit (DDG schreibt Pädiater)
Alternativ Kooperation mit einer Pädiatrischen Einrichtung
- 1 Diabetesberater/in in Vollzeit

Sofern nur eine Person vollzeitig nachgewiesen werden kann, ist darüber hinaus die qualitativ entsprechende personelle Sicherstellung der Versorgung auch bei Urlaub / Krankheit / Kündigung nachzuweisen (auch mit Kooperationsvereinbarung möglich). Die Vertretung sollte im Umkreis von max. 30 km tätig sein. Eine Vollzeitstelle entspricht 38,5 Std. / Woche.

- Psychologe in Kooperation

Prozessqualität:

Ambulante Einrichtungen müssen zum Nachweis einer ausreichenden Expertise mindestens einmal pro Quartal strukturierte Behandlungs- und Schulungsprogramme für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 bzw. Typ 1 als Gruppenschulung durchführen. In der Pädiatrie sind altersentsprechende Unterlagen für Patienten und Eltern vorzulegen. Weiterhin gilt für die Pädiatrie: Da Kinder bis etwa 12 Jahre nicht in der Lage sind, die Behandlung eigenverantwortlich durchzuführen, liegt das Schwergewicht auf der Schulung der Eltern. Die strukturierte Behandlung und Schulung der Eltern umfasst ca. 20 – 25 Stunden und wird durch praktische Übungen ergänzt. Die Kinder werden ihrem Entwicklungsstand entsprechend ca. 12 Stunden geschult. Jugendliche, die ihren Diabetes selbst behandeln können, benötigen ca. 20 Stunden Training.

Mindestens jährlich 30 Kinder und Jugendliche mit Diabetes in Dauerbetreuung.

Jährliche Nachweis der Teilnahme an mindestens einer pädiatrisch-diabetologischen Fortbildungsveranstaltungen sowohl für Berater als auch Arzt.

Ergebnisqualität:

Dokumentation im Rahmen der DMP's

Psychosoziales und Diabetes

Für die Therapie und langfristige Prognose von Menschen mit Diabetes mellitus sind somatische und psychosoziale Faktoren gleichermaßen wichtig. Folgende psychosoziale Faktoren sind dabei von zentraler Bedeutung:

- Erwerb von Wissen und Fertigkeiten zur Selbstbehandlung und deren Umsetzung im Alltag
- Emotionale und kognitive Akzeptanz des Diabetes
- Bewältigung des Diabetes und seiner möglichen Konsequenzen in allen betroffenen Lebensbereichen und verschiedenen Krankheitsstadien
- Identifikation und Modifikation von Verhaltensweisen, die einer erfolgreichen Selbstbehandlung entgegen stehen
- Erfolgreicher Umgang mit Krisen und / oder Problemen im Zusammenhang mit der Erkrankung, z. B. psychische Probleme wie Depression, Ängste und Essstörungen

Psychoedukation

Die „Diabetesschulung“ stellt ein wesentliches und unverzichtbares Element der Diabetestherapie dar. Dabei handelt es sich um einen fortgesetzten Prozess, der nicht mit einer einmaligen Basisschulung abgeschlossen ist. Darüber hinaus sind regelmäßig, nicht nur bei schwerwiegenden Änderungen von Diagnose und Therapie, Nach- und Ergänzungsschulungen notwendig. Es sollte auch möglich sein die Indikation zu Schulungsmassnahmen im Rahmen von schwerwiegenden Änderungen der Diagnosen und / oder Therapie weiter zu stellen.

Erkennung und Behandlung von **kognitiven Beeinträchtigungen und Demenz**: passagere kognitive Leistungseinbußen im Rahmen einer Hypoglykämie aber auch bei ausgeprägten Hyperglykämien bewirken

mögliche Folgen für die Arbeitsleistung und Sicherheitsrisiken z. B. im Beruf oder im Straßenverkehr.

Erkennung, **Screening und Diagnostik** sowie Interpunktion von **dementieller Erkrankung bei Diabetes**: Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 weisen ein 2 – 4fach erhöhtes Risiko für eine vasculäre Demenz und ein 1,5 – 2fach erhöhtes Risiko für eine Alzheimerdemenz auf. Für eine frühzeitige Diagnostik ist ein jährliches Demenzscreening erforderlich. Einbeziehung von persönlichem, familiären und beruflichem Umfeld, Angehörige.

Etablierte Kurztests zur Demenzdiagnostik:

- Demenz-Detections-Test (DemTect)
- Mini-Mental-Status-Test
- Uhr-Zeichen-Test
- Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung
- Reisberg-Skalen zur Fremdbeurteilung

Erkennung und Behandlung (optional) von **Abhängigkeitserkrankungen**.

Kenntnis der **Wechselwirkungen zu Alkoholkonsum und Diabetes** (Insulinresistenz, Hypoglykämien).

Screening und Diagnostik von Alkoholabhängigkeit: Bei Menschen mit Diabetes soll regelmäßig der Alkoholkonsum erhoben werden, mit Hilfe von Screeningtest, z. B. Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screeningtest (LAST).

Kenntnis der Auswirkungen von **Rauchen bei Diabetes, Erkennen von Nikotinabhängigkeit**.

Kenntnis der notwendigen **Beratungsschritte bei Nikotinabhängigkeit** sowie Einleiten von therapeutischen Schulung zur Raucherentwöhnung (das können wir leisten).

Schizophrenie

Kenntnis der **Wechselwirkung zwischen Schizophrenie und Diabetes**: Die Prävalenzrate des Diabetes bei Patienten mit Schizophrenie ist etwa doppelt so hoch, wie bei psychisch Gesunden. Die Lebenserwartung ist deutlich verkürzt, eine Hauptursache stellen die kardiovaskulären Erkrankungen dar, deren Entstehung durch die höhere Prävalenz des Diabetes mellitus erheblich gefördert wird. Die erhöhte Suizidrate der Erkrankten trägt nur in geringerem Maße zu der verkürzten Lebenserwartung bei.

Screening auf Diabetes bei Patienten mit Schizophrenie, sowie deren Angehörigen; sie sollten über das Risiko von Gewichtszunahme und Diabetes informiert werden.

Bei Patienten mit Schizophrenie sollen Untersuchungen von Körpergewicht, Taillenumfang, Blutdruck, Nüchternblutglukose und Nüchternblutfetten strukturiert in regelmäßigen Intervallen durchgeführt werden.

Depression

Die Depression ist ein Risikofaktor für die Entwicklung eines Typ 2 Diabetes → erhöhte Inzidenz.

Depressionen werden häufig nicht diagnostiziert. Daher ist die Kenntnis und Anwendung von Screeningmethoden notwendig. Latente Suizidalität i. R. von Stoffwechselentgleisungen sowie deutlich erhöhte Suizidalität bei manifester depressiver Erkrankung:

- Arzt-Patienten-Gespräch als zentrales diagnostisches Instrument
- Fragebogen zum Depressionscreening: (WHO-Five, Allgemeine Depressionsskala (DS))

Kenntnis unterschiedlichen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren inklusive der unterstützenden Begleittherapien und Antidepressiva (falls erforderlich)

Kenntnis und Behandlung (optional) der **Angststörung und diabetesbezogene Ängste (Differentialdiagnostik)**: unspezifische Angststörungen; diabetesbezogene Angststörungen (Hypoglykämieangst; Angst vor Diabetesfolgen / Progredienzangst.

Etwa 20 % der Patienten mit Diabetes weisen erhöhte Angstsymptome auf. Angststörungen bei Patienten mit Diabetes kommen ca. 20 % häufiger als in der Allgemeinbevölkerung vor. Schwere Hypoglykämien erhöhen die Wahrscheinlichkeit für nachfolgende Angststörungen bei Patienten mit Typ 2 Diabetes. Alleinstehende, arbeitslose Frauen mit Diabeteskomplikationen haben ein höheres Risiko für Angstsymptome. Außerdem korreliert Angst mit höherem Alter, niedrigerem Gewicht und Depressionssymptomen.

Kenntnis der Wechselwirkung zwischen Diabetes und komorbiden Angststörungen.

Kenntnis von **Screening**methoden / Symptomatik (ärztliches Gespräch):

- Anzahl, Schweregrad und Dauer der Symptome
- Ausmaß der individuellen Belastung durch die Störung
- Beeinträchtigung des Funktionsniveaus
- Aktuelle diabetesbezogene und allgemeine Entstehungskontext der Angststörung
- Bereits früher aufgetretene Angststörungen, sowie etwaige Behandlungsergebnisse.
- Diagnose einer Angststörung
→ Screening auf Depression,

somatoforme Störung und Substanzabusus

- Kenntnis unterschiedlichen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren inklusive der unterstützenden Begleittherapien

(Die Therapie von Angststörungen bei Diabetes sollten nach Möglichkeit von Therapeuten mit psychodiabetologischen Kenntnissen durchgeführt werden)

Kenntnis von typischen **Essstörungen** und deren Häufigkeit und Zusammenhang mit Diabetes (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa), Kenntnis der Bedeutsamkeit von Insulin-purging und Binge-eating sowie Kenntnis von Wechselwirkungen zwischen Diabetes und Essstörungen und deren Auswirkungen.

Screening:

- „Haben Sie ein Essproblem?“
- „Machen Sie sich Sorgen wegen Ihres Gewichts oder Ihrer Ernährung?“

Kenntnis der psychotherapeutischen Interventionen zur Behandlung von Essstörungen und deren Wirksamkeit.

Telemedizin

Einleitung und Definition

Der Begriff Telemedizin ist nicht einheitlich definiert, findet aber im Kontext einer Diabetes-Schwerpunktpraxis gemäß der Definition der AG Telematik der Bundesärztekammer bereits verbreitete Anwendung.

„Telemedizin ist ein Sammelbegriff für verschiedenartige ärztliche Versorgungskonzepte, die als Gemeinsamkeit den prinzipiellen Ansatz aufweisen, dass medizinische Leistungen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie bei der ärztlichen Entscheidungsberatung über räumliche Entfernungen (oder zeitlichen Versatz) hinweg erbracht werden. Hierbei werden Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt.“

Es stehen Prozesse der telemedizinischen Gesundheitsversorgung wie Telemonitoring, Telekonsil und Telekonsultation für den Patientennutzen im Vordergrund.

Voraussetzungen für die Nutzung von Telemedizin in der DSP

- Datenschutz (www.kbv.de/html/datensicherheit.php) nach DS GVO vom 25.05.2018 und Datensicherheit (www.kbv.de/html/praxis-it.php)
- KBV-IT-Sicherheitsrichtlinie für Praxen / mittlere Praxen / große Praxen
https://www.kbv.de/media/sp/RiLi_75b_Abs_5_SGB_V_Zertifizierung.pdf
- Funktionsfähige Anbindung an die Telematik-Infrastruktur über das PVS
- Firewall / aktueller Virenschutz bei Nutzung von Internetbrowsern / Cloudlösungen

- Regelmäßige Datensicherung aller genutzten Anwendungen
- Klare Verantwortlichkeiten (Administrator) und Weiterbildung aller Nutzer

Ziele der Telemedizin in einer DSP / Patientennutzen

- 1) 24 / 7 zeitversetzte und / oder ortsunabhängige Kommunikation mit der DSP
- 2) vereinfachte administrative Abläufe wie Termin / Rezept / Überweisung
- 3) beschleunigte digitale Diagnostik, Befundmitteilung und Therapieeinleitung
- 4) höhere Behandlungsqualität durch digital strukturierten Workflow
- 5) digitale, jederzeit ortsunabhängig abrufbare Patientendaten in Clouds
- 6) Telemonitoring von Glucoseverlauf / Insulinapplikation u.a. Vitaldaten
- 7) rasche interdisziplinäre Entscheidungen via Telekonsil mit anderen HCP
- 8) (Vorab-) Information über einen potentiellen Behandler / DSP
- 9) Online-Coaching bzw. Schulung über DIGAs / Selbstoptimierung

Wege der Telemedizin in einer DSP

- 1) Telekonsultation / telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt
 - Online-Kontaktformular via Homepage / E-Mail
 - Online-Terminplaner und Rezeptanforderung
 - Digitale Telefonassistenz mit KI-Algorithmen

- Benachrichtigung via SMS nach Online- / Telefonanfrage
- Patientenmessenger mit / ohne Anbindung ans PVS
- digitaler Medikationsplan und Rezept-App
- Telefon- / Videosprechstunde
- Online-Befundmitteilung selbst erhobener Befunde von Patient an Praxis
- Video-Schulung durch Arzt oder Diabetesberaterin
- PraxisApp mit ePA-Funktion, Messenger, Zugriff auf PVS-Daten

2) Telekonsil / telemedizinischer Arzt – Arzt/HCP-Kontakt

- Radiologische Telekonsile bildgebender Verfahren (Arzt – Arzt)
- Telekonsile und/oder Videokonsile über KBV-zertifizierte Videodienste (Arzt – Arzt) zeitgleich oder zeitversetzt mit Bilddaten / digitalem ÜW-Schein
- Telekonsile über KIM und die TI unter Nutzung der QES (eHBA) – (Arzt – Arzt) in der Regel zeitversetzt
- Telekonsile / Videokonsile über KBV-zertifizierte Videodienste mit Heilmittelerbringern oder Pflegediensten zeitgleich oder zeitversetzt mit (Bild-) Datenversand und elektronischer Übermittlung von Verordnungen – Telemedizinischer Hausbesuch / Visite durch VERAH / NÄPA / Wundassistentin der eigenen Praxis bzw. externe Pflegekräfte über sichere Messenger bzw. mit PraxisApp via VPN inkl. digitale Fotodokumentation

3) Telemonitoring von Vitaldaten von Patienten

- Analyse von Blutglukose- und CGM-Daten, die strukturiert über Clouds bzw. Apps der Hersteller erhoben werden bzw. vom Patienten als CSV-Datei versandt werden zur Analyse im praxisinternen Analyseprogramm
- Analyse von Insulin-Applikationsdaten-Daten von Smartpens, Insulinpumpen oder AID, die

- strukturiert über Clouds bzw. Apps der Hersteller erhoben werden bzw. vom Patienten als CSV-Datei versandt werden zur Analyse im praxisinternen Analyseprogramm
- Telemonitoring vom Patienten selbst erhobener Vitaldaten (Blutdruck, Puls, Blutzucker, Gewicht, SpO2, EKG zur VHF-Detektion, Fotos zu Hauterscheinungen und Wundheilungsverläufen etc.) via Smartphone, Smartwatch, elektronischer Waage / Blutdruckgerät bzw. PraxisApp
 - Strukturiert vom Patienten erhobene Vitaldaten (Blutdruck, Puls, Gewicht, Blutzucker, Kohlenhydrate, Energiezufuhr, Energieverbrauch, Bewegungsmuster, Schrittzähler, Schlafanalyse usw.) über HealthApps bzw. gezielte Coaching Apps inklusive strukturierter Medikation mit Bolusrechner zur Insulindosisfindung

Bei der Telekonsultation mit Nutzung von Daten aus dem Telemonitoring und Einbeziehung von Telekonsilen mit anderen Ärzten / Heilmittelerbringern oder assistiert durch Pflegedienste sind die Grenzen fließend zur telemedizinischen Behandlung bzw. zum Telecoaching mit Nutzung von Algorithmen und Elementen der künstlichen Intelligenz.

Hier stehen wir sicher erst am Anfang einer Entwicklung der strukturierten und digital assistierten Vitaldaten-Erhebung durch geeignete Devices mit entsprechenden Analyse-Algorithmen zur Erleichterung der ärztlichen Diagnosestellung und Therapie-Entscheidung bzw. gar automatisierter Diagnose- und Therapievorschlüge. Immer aber muss letztlich die Diagnosestellung und Therapieentscheidung der / die behandelnde Arzt / Ärztin verantworten und Patienten im Umgang mit der Technik z.B. Closed Loop adäquat schulen (Digitalkompetenz).

Digitalisierung

Die Zukunft der Medizin – und damit auch die aller Ärzte aus Praxen und Krankenhäusern, die unmittelbar in der Patientenversorgung aktiv sind – wird wesentlich von der Digitalisierung bestimmt sein. Damit sind viele Chancen, aber auch Gefahren verbunden. Neue Technologien verändern die Diagnostik und die Therapie, aber auch die Arbeitsabläufe in Klinik und Praxis. Allerdings darf dies nicht das Arzt-Patientenverhältnis beeinträchtigen oder gar zerstören. Die Versorgung muss auch in Zukunft allen Menschen offenstehen, auch denen, die keinen Zugang zur neuen Technik haben (unzureichende Internetanbindung, bildungsferne Schicht), sich mit den neuen Techniken nicht zurechtfinden können (zu alt, zu krank) oder weil sie für sich entschieden haben, weiterhin analog zu leben – ohne Smartphone und Apps. Allerdings dürfen die möglichen Vorteile einer digitalisierten Medizin nicht den Menschen mit dem Argument vorenthalten werden, dass nicht alle Menschen an diesen Vorteilen partizipieren können oder wollen.

Die Zukunft der patientenorientierten praktischen Diabetologie ist die Personalisierte Medizin. Der Patient wird durch mobile Datenspeicher (z. B. „Wearables“, Smartphone, Tablets, Watches, Blutzuckermesssysteme, Pumpen, CGM) zum Sammler medizinisch relevanten Daten. Die Interpretation dieser Datenflut entspricht der ursprünglichen Aufgabe von Evidence-Based-Medicine. Durch eine „intelligente“ Datenanalyse mittels Auswertungsalgorithmen werden die individuellen Fakten des einzelnen Patienten analysiert, wie wir es schon heute analog machen. Zukünftig werden die individuellen Daten mit den Daten einer großen Anzahl von Patienten abgeglichen. Dies ermöglicht es, online statistische Aussagen zu der Bedeutung der individuellen (Daten-) Situation machen zu können.

Personalisierte Medizin ermöglicht somit Individualität, anstelle von Durchschnitt und bietet dadurch die Option von angepassten Behandlungsstrategien. Die in Datenbanken gespeicherte wissenschaftliche Literatur wird zum konkreten Fall in Bezug gebracht und steht dem Arzt unmittelbar zur Verfügung. Dies kann zu einer höheren Sicherheit bei Diagnostik und Therapie führen.

Im Honorarsystem muss der Entwicklung Rechnung getragen werden, dass als Folge der Digitalisierung die Personalisierte Medizin Realität wird. In Zukunft wird der Diabetologe mit Hilfe von Big-Data-Analysen erheblich bei Diagnose- und Therapieentscheidung entlastet werden. Hierbei besteht die Gefahr, dass insbesondere von den Kostenträgern versucht wird, den Anteil der sprechenden Medizin zu reduzieren bzw. zu eliminieren.

Nicht alle Lebensumstände spiegeln sich in den gesammelten Daten wider; es droht eine Vereinfachung und Verflachung der Lebenswirklichkeiten. Hier ist und bleibt die individuelle Interpretation der Ergebnisse durch einen erfahrenen Mediziner unentbehrlich. Die Big-Data-Analyse darf den Arzt nicht ablösen, wird aber die Arbeit ergänzen und verändern.

Der Patient wird mit wachsender Selbstverständlichkeit erwarten, dass Produkte, Services und Empfehlungen individuell auf ihn abgestimmt sind und ihm 24 Stunden am Tag und 7 Tage die Woche zur Verfügung stehen. Ein zunehmender Teil der Menschen wird sich von passiven Patienten zu aktiven Gesundheitskunden mit ausgeprägten eigenen Vorstellungen und Wünschen entwickeln.

Gleichzeitig werden viele Patienten, aber auch Mitarbeiter der Gesundheitsbranche, überwältigt und

überfordert sein von der Masse und Komplexität der Angebote, so dass die Begleitung durch Ärzte an Bedeutung gewinnt. Die rasanten Fortschritte in der Medizin werden von vielen nicht nur als positiv wahrgenommen. Die Diskussion zu solchen Entwicklungen beginnt in der Ärzteschaft erst langsam, so dass viele Entwicklungen die Diskussion und die damit verbundene Regulation der Entwicklung überrennen. Unser stark zergliedertes föderales Gesundheitssystem mit Bundesorganisationen, wie BMG, KBV, BÄK, SpIVKK, GBA und neu auch der Gematik, regulieren neben den bundesweit agierenden Krankenkassen und noch über 100 Krankenkassen in 17 KV-Bezirken das Gesundheitssystem. Sie bedienen sich alle zur Beratung unterschiedlicher Institute, Gesellschaften und Beratern. Der Vorteil der Meinungsvielfalt wird durch sehr träge, langwierige und bürokratische Entscheidungsprozesse aufgehoben. Das System fördert Parallelentwicklungen von Technologien, die einerseits nur einem eingeschränkten Kreis bekannt oder zugänglich sind oder ohne Koordination von Datenstandards auf den Markt kommen und somit den Traum einer Interoperabilität der Systeme weiter in die Ferne rücken. Zudem verhindert das System rasche Entscheidungen, wie sie aber in einer digitalen Welt notwendig sind. Solange die Entwicklungszyklen von Innovationen im Bereich von Jahren lag, war die Forderung nach Evaluation und kontrollierten Studien als Entscheidungsgrundlage legitim. Da aber mittlerweile diese Zyklen eher im Bereich von Monaten liegen, können Entscheidungsträger ihre Entscheidungen nicht durch langwierige Evaluationen objektivieren. Die versorgenden Ärzte werden seit Jahren nicht direkt in Entscheidungsprozesse eingebunden.

Da leider immer noch für die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger aller Ebenen eher Evaluationen, klinische Studien und Publikationen wichtiger sind als gesunder Menschenverstand, Praktikabilität und gute Versorgung, werden diese immer der aktuellen Entwicklung hinterherhinken. Dies führt auch leider dazu, dass sinnvolle Innovationen von den Kostenträgern eher als Kostenfaktor gesehen werden und nicht als Chance einer Versorgungsverbesserung. Leider wird uns als Versorger zu selten die Chance gegeben, an der Positionierung von neuen Technologien (z. B. AID) im Gesundheitswesen mitzugestalten.

Viele Probleme und Fragestellungen könnten durch eine entsprechende Versorgungsforschung rasch beantwortet werden. Zudem könnte die Konsequenz von Projekten und Entscheidungen überwacht und ggf. korrigiert werden.

Die Misswirtschaft zeigt sich deutlich an den Entwicklungen der Gematik, die jahrelang keine praktikablen Produkte entwickelt hat, nicht zuletzt, weil wieder zu viele Player mehr damit beschäftigt waren, die Schuld den anderen zuzuschreiben, als lösungsorientiert die Digitalisierung mit nutzbaren Produkten zu fördern. Erst nach Übernahme der Anteilsmehrheit durch das BMG und Änderung der Geschäftsführung nimmt die Entwicklung der Telematik-Infrastruktur Fahrt auf, allerdings mit dem Malus, dass durch die jahrelange Diskussion über die Telematik-Infrastruktur (TI) und die elektronische Gesundheitskarte (eGK) eine mittlerweile veraltete Technologie benutzt werden musste. Die jahrelange Kritik über die veraltete Technologie und mangelnde Sicherheit der Konnektoren trägt nun Früchte, indem sich die Gematik dazu bekannt hat, die Konnektoren bei der nächsten Produktgeneration durch aktuelle Technologie zu ersetzen.

Der Fortschritt muss als eine große Chance für die Patienten, aber auch für das Gesundheitswesen, begriffen werden und nicht nur als reiner Kostentreiber oder Dokumentations- und Fortbildungs-Overkill.

Die Diabetesbehandlung lebt von der Kommunikation im Sinne der sprechenden Medizin, die vorrangige Domäne des Diabetologen bleiben wird. Sie stellt hohe Anforderungen an die Erfahrung und die Ausbildung des Arztes, des gesamten Diabetes-Teams und die technische Ausstattung der Praxis oder Klinik. Der Arzt wird im medizinischen „Informationsdschungel“ zum Coach seines Patienten. Die Arzt-Patienten-Interaktion wandelt sich von der Aufklärung zur Erklärung. Seine Haupttätigkeit wird die Interpretation von Patientendaten sein und das erklärende Coaching gegenüber seinem Patienten. Dies muss sich sowohl in der ärztlichen Fortbildung als auch in der Gebührenordnung für Ärzte widerspiegeln.

Die zunehmende Digitalisierung und Technologisierung im Gesundheitsbereich darf nicht dazu führen, dass eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung zerstört wird. Die Chancen einer zunehmenden Nutzung von elektronischen Medien / Geräten durch die Patienten müssen geeignet begleitet werden. Die medizinische Betreuung der zukünftigen (mehrheitlich geriatrischen) Diabetespatienten wird unterstützt von digitalen Medien (Telemedizin). Es gilt dafür zu sorgen, dass das medizinische Fachpersonal für die komplexe Betreuung multimorbider Menschen im Digitalzeitalter ausgebildet wird.

Von dieser Entwicklung bleibt allerdings ein Teil der Patienten ausgeschlossen: z. B. geriatrische Patienten, Menschen aus sozialschwachen Strukturen oder mit Migrationshintergrund. Gerade solche Patienten

bedürfen weiterhin einer besonderen Zuwendung durch Ärzte und geeignet ausgebildetes medizinisches Personal, damit die Fortschritte in der Medizin nicht an ihnen vorbeigehen.

Global operierende IT-Unternehmen wie Google, Apple, IBM und andere arbeiten fieberhaft an neuen Kooperationen mit Pharma- und Diagnostikfirmen. Dadurch lassen sich Patientendaten und Ergebnisse wissenschaftlicher Studien für die Betreuung von Patienten individualisiert und effizient nutzen – dies verspricht Milliardengewinne! Daten, deren Analyse und ein effektives Daten-Management werden zu einer der größten Produktivkräfte im Gesundheitsmarkt. Hiervon dürfen wir uns nicht abkoppeln lassen.

Eine erhebliche Herausforderung stellen weiterhin die Heterogenität von Datentypen und -qualität sowie die Standards bei der Datenerhebung, -analyse, und -validierung dar. Den sinnvollen Einsatz von digitalisierten Innovationen im Gesundheitswesen blockiert die fehlende Kompatibilität (= Blockierung von Datenaustausch, mangelnde Konnektivität) der Computerprogramme. Eine Standardisierung der Schnittstellen (Interoperabilität) ist deshalb dringend notwendig. Erst die Etablierung von Standards durch die medizinischen/diabetologischen Fachgesellschaften und entsprechende Investitionen in die notwendige Infrastruktur ermöglichen die Datenvernetzung auf allen Ebenen und in allen Regionen. Gefragt ist hier nicht nur die Politik, sondern auch die Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen, Apothekern und Krankenhäusern. Diese müssen sich von einer Innovationsbremse zu einem Innovationsbeschleuniger entwickeln.

Der erste Ansatz hierzu ist sicher die Einführung der elektronischen

Zurück
zur
Übersicht

Patientenakte (ePA). Auch wenn die ePA primär als patientengeführter Dokumentensafe startet, ist jetzt schon der Einsatz von digital ausles- und auswertbaren Dokumenten mit dem XML-Standard vorgesehen. Damit ist der Weg offen, sogenannte medizinische Informationsobjekte (MIO) in die ePA einzubinden. Dies betrifft das eRezept, die eAU, den eMedikamentenplan, wie auch später eine elektronische Diabetesakte (eDA).

Entscheidend für den Erfolg der ePA wird es sein, wie sich die Befüllung der ePA in unseren Work-Flow eingliedert.

Mittlerweile gibt es hunderttausende Gesundheits- und Medizin-Apps – und täglich kommen weitere hinzu. Keiner kann alle Apps kennen und beurteilen, dabei werden in Zukunft immer mehr Patienten ihre Ärzte mit solchen Apps konfrontieren. Viele der Diabetes-Apps verarbeiten und präsentieren Patientendaten in mehr oder weniger geeigneter Form. Kritisch und potentiell gefährlich wird es, wenn eine App Empfehlungen für eine Therapieänderung gibt und damit in die ärztliche Therapiehoheit eingreift. Auch aus rechtlichen Aspekten (= Haftungsgründen) müssen alle therapieempfehlenden Apps eine Zulassung als Medizinprodukt haben. Es besteht Bedarf für eine Clearingstelle, die für das Diabetes-team Apps bewertet und im Einzelfall auch evaluiert. Schulung und Motivation zu Lebensstilveränderungen – Bereiche, die schon immer wesentliche Bestandteile der angewandten Diabetologie waren – lassen sich mit Hilfe von digitalen Medien (Apps, Onlineschulungen) effektiv durchführen und unterstützen.

Auch die Sozialen Medien und das Internet sind inzwischen Alltags-Bestandteil vieler Patienten. Es gibt aber Bedarf an einem „Lotsen“, denn angesichts der Vielfalt von Informa-

tionen (die nicht immer valide sind) ist Hilfestellung nötig bei der Suche nach seriösen und wissenschaftlich belegten medizinischen Ratschlägen und deren Interpretation.

Die patientenorientierte Diabetologie muss eine passende Position in diesen Medien etablieren – simple Ignoranz führt hierbei nicht weiter. Die ungenügende Repräsentanz der patientenorientierten Diabetologie im Internet ist ein Schwachpunkt bei der Kommunikation mit den Patienten.

Diabetesbehandlung ist (auch) eine Datenmanagement-Therapie, und ohne eine geeignete Handhabung und Analyse all dieser Daten ist auf Dauer keine gute Diabetesbetreuung möglich. Die „Digitalisierung der Welt“ findet hier eine ganz konkrete und in ihrer Bedeutung nicht zu unterschätzende Rolle in der Diabetestherapie, insbesondere dann, wenn sie von den Betroffenen selber eingesetzt wird (s. o.). In Anbetracht der Komplexität moderner Insulinpumpen, CGM-Systeme und neuer Entwicklungen wie der künstlichen Bauchspeicheldrüse (Artificial Pancreas), sind neue Konzepte für die ärztliche Fortbildung, das Teamtraining und die Patientenschulung notwendig.

ICD 10 Verschlüsselung in der Diabetologischen 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 EBM mit seiner Pauschalierung bildet die Diabetologischen 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 Diabetologischen Schwerpunktpraxis zu dokumentieren.

Folgende Schlüssel werden von Diabetologischen Schwerpunktpraxen genutzt:

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 (z. B. MODY, pankreopriver DM)
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 werden durch die Diabetologischen Schwerpunktpraxen grundsätzlich als Einzeldiagnosen verschlüsselt und zur besseren Abbildung der unterschiedlichen Erkrankungen mit den zugehörigen *Diagnosen ergänzt.

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*

Stern-Schlüsselnummern als alleinige Schlüsselnummern werden nicht verwendet, sondern immer nur zusammen mit einer anderen, nicht optimalen Schlüsselnummer, die primäre Schlüsselnummer wird in diesem Fall durch ein angehängtes Kreuz durch die Diabetologische Schwerpunktpraxis 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 ist sichtbar, wie wichtig es ist, durch die Diabetologischen Schwerpunktpraxen einen einheitlichen Darstellungsweg vereinbart zu haben.

Um die verschiedenen Schweregrade eines diabetesbedingten Ulcus sowie die Lokalisation zu erfassen, haben sich die Diabetologischen Schwerpunktpraxen, zur Erfassung der Arbeit ihrer Fußambulanzen, auf einen Alternativweg geeinigt:

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	L89.07G
diabetisches Fersenulcus, Wagner 1	L89.17G
diabetisches Fersenulcus, Wagner 2	L89.27G
diabetisches Fersenulcus, Wagner 3	L89.37G
Z. n. diabetischem Fersenulcus	L89.97Z

Noch mehr zum Fuß

Erworbener Hohlfuß [Pes cavus]	M21.60
Erworbener Knick-Plattfuß [Pes planovalgus]	M21.61
Erworbener Spitzfuß [Pes equinus]	M21.62
Erworbener Spreizfuß	M21.63
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	U80.00G !
Sonst diverse Antibiotika-Resistenzen	Siehe U80.xxG !

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

Weitere wichtige Erkrankungen in der Diabetes-Schwerpunktpraxis, die verschlüsselt werden, 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	Essenzielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.91G	Essenzielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
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
--------	--

Gefäßerkrankungen allgemein

I65.2G	Carotisstenose
I69.4G	Folgen eines Hirninfarktes
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 (ohne Beschwerden)
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
Z98.0G	Magen-Bypass

Diabetes in der Schwangerschaft

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

Weitere Codes, die in ICDiab empfohlen und ausgewertet werden, aber nicht genau der offiziellen Version entsprechen

R73G	Prädiabetes (path. oGTT)
Z92.2G	Insulintherapie (eigentlich Dauertherapie mit anderen Arzneimitteln)
Z96.4G oder Z45.1G	Pumpentherapie (Z94.4=Vorhandensein von endokrinen Implantaten; Z45.1=Anpassung und Handhabung einer Infusionspumpe)
Z97.8	Sensortherapie CGM/FGM (eigentlich Vorhandensein sonstiger und nicht näher bezeichneter medizinischer Geräte oder Hilfsmittel)
E88.1G	Lipodystrophie (andernorts nicht klassifiziert)
Z55G	Verständigungsprobleme (z.B. Migrant, geistige Behinderung) (eigentlich Kontakttreffen mit Bezug auf die Ausbildung)

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

Quellenangaben:

- Sozialgesetzbuch V (SGB V)
- Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV)
- ICD-10-GM Version 2017 – 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

Zurück
zur
Übersicht

Das Vergütungsmodell des BVND

Honorierung der Diabetologischen Schwerpunktpraxen

**Die Diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSP) bieten eine spezialisierte und beratungsin-
tensive Leistung an. Die Anforderung an die Struktur und das Personal sind sehr hoch im Vergleich mit anderen Arztgruppen (vergleiche Definition der Schwerpunktpraxis). Um den Versorgungsauftrag der DSP erfüllen zu können, benötigen Schwerpunktpraxen eine entsprechende Vergütung.**

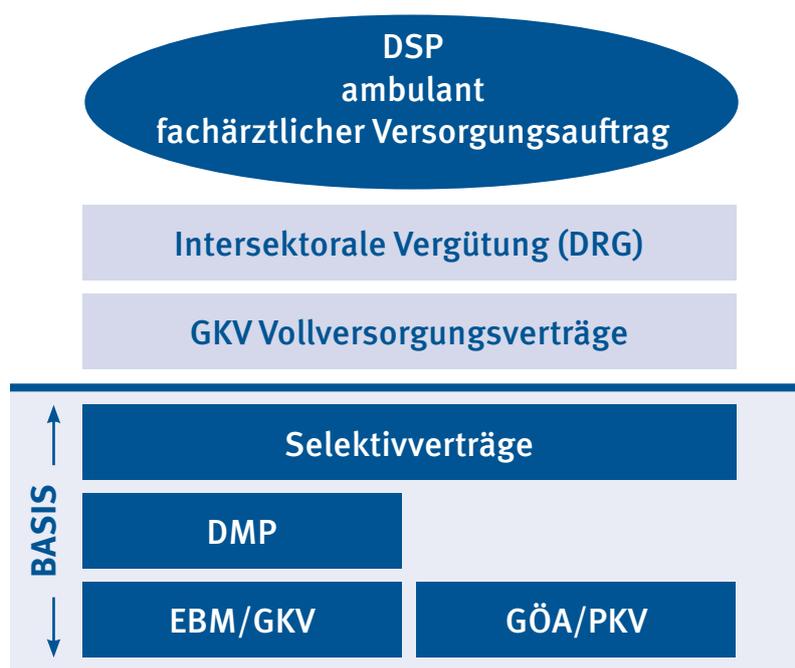
Für einen ärztlichen Berufsverband ist die Sicherung des Honorars seiner Mitglieder von essentieller Bedeutung. Für den BVND, der nur eine relativ kleine Berufsgruppe innerhalb der Landschaft der niedergelassenen Ärzte in Deutschland vertritt, gilt das ganz besonders: typische diabetologische Leistungen finden sich kaum in den momentan gel-

tenden Gebührenordnungen EBM und GOÄ wieder. Diabetologen alimentieren sich ganz wesentlich durch sog. Strukturverträge, die regional unterschiedlich verhandelt, vergütet und damit auch unterschiedlich gültig sind. Die BASIS der DSP Vergütung sind somit der EBM, die GOÄ, die DMP-Verträge und die regionalen Strukturverträge.

Insbesondere dieser Umstand, dass die tragenden BASIS-Finanzierungsgrundlagen dezentral bundesweit und regional zustande kommen, sorgt dafür, dass dem bundesweit agierenden BVND die Aufgabe zufällt, keinen Schaden für die regionalen Vereinbarungen zu verursachen, aber auf der bundesweiten Bühne des EBM, DMP und der GOÄ für ein Maximum an Abrechnungsmöglichkeiten auch in diesen Gebührenordnungen zu sorgen.

Klassisches Beispiel für ein solches Vorgehen war in der Vergangenheit die Sicherung der Abrechnung für die sog. Chroniker-Pauschale bei fachgleicher Über- / Zuweisung für die zu über 80 % im hausärztlichen Bereich abrechnenden diabetologischen Schwerpunktpraxen, die nach Intervention des BVND zusammen mit einigen anderen kleinen Berufsverbänden möglich wurde.

Auch die diabetesspezifischen EBM-Gebührenordnungspositionen (GOP) zum diabetischen Fuß sowie zur Einweisung in CGM-Systeme sind in ihrer Systematik bezogen auf die Einschränkung der Abrechenbarkeit für einen zumindest ansatzweise diabetologisch qualifizierten Kreis im Sinne des BVND.



Zurück zur Übersicht

1. BVND Ausgangslage: Schwerpunktpraxen erbringen spezialisierte fachärztliche Leistungen

Ambulante Diabetologie hat sich in Richtung fachärztlicher Leistung entwickelt. Damit erfüllen die DSP einen ambulanten fachärztlichen Versorgungsauftrag. Die Abrechnung erfolgt überwiegend als Hausärzte aus historisch EBM-bedingten Gründen. Bis auf eine Ausnahme fehlen sowohl im Fach- als auch im Hausärztlichen Bereich diabetes-spezifische Leistungsziffern in EBM und GOÄ.

Ziel des BVND ist es weiterhin, einzelne spezifische GOP bei der geltenden Gebührenordnungen einzubringen, ohne dabei bestehende Sonderregelungen zu gefährden. Bei der noch immer nicht verabschiedeten neuen GOÄ haben wir uns intensiv eingebracht und dort ist unsere Expertise in GOP umgesetzt worden. Ob das Honorar bei der neuen GOÄ am langen Ende dann auch für alle ausreichend gut ist, wird von den weiteren Verhandlungen abhängen.

Der BVND hält eine angemessene Abbildung der Diabetologie in der Gebührenordnung EBM weiterhin für erforderlich und setzt sich mit einer detailliert kritischen EBM Bewertung dafür mit seinen Möglichkeiten ein.

2. BVND EBM Kritik: Fehlende EBM-Gerechtigkeit und Dysfunktionalität im EBM

Alle Ärzte zusammen haben im EBM das gleiche Problem. Und immer mehr Akteure im System merken, dass irgendetwas in der EBM Vergütung schief läuft. Die Krankenkassen zahlen für sich gefühlt immer mehr. Trotzdem bekommen ihre Versicherten weniger, sie warten ewig lang auf Termine und müssen immer weiter fahren, um eine fachärztliche Versorgung

zu erfahren. Aus Ärztesicht steigen Kosten, Hygieneaufwand, Bürokratie und Patientenzahlen deutlich schneller, als die Vergütung und die Ansprüche der Patienten wachsen ins Uferlose.

Diese Entwicklung war vorhersehbar und zwangsläufig. Seit Jahrzehnten arbeiten die Ärzte im EBM mit einer völlig ungeeigneten Preisliste. Die Geldverteilungsmaschinerie hat sich völlig von der tatsächlich notwendigen Versorgung entfremdet, die Bezahlung ist praktisch problemunabhängig geworden. Folgerichtig werden damit auch keine Probleme der Versorgung gelöst. Im Gegenteil, sie entstehen erst durch die dysfunktionale EBM Vergütung.

Der Ruf nach Beendigung der Budgets ist so berechtigt, wie sinnlos. Obwohl im aktuellen Koalitionsvertrag das Budgetende der HÄ – und wo bleiben die Fachärzte? – angedeutet wurde. Trotzdem wird es bei der Geldverteilung bleiben, da eine nicht budgetierte Vergütung ärztlicher Leistungen finanzressourcentechnisch gar nicht möglich ist. Seit Jahrzehnten wird die Struktur angepasst, verändert, reguliert und ist inzwischen so kompliziert geworden, dass nur noch die ganz alten berufspolitischen Haudegen wissen, warum einmal so oder so entschieden wurde. Für alle anderen ist nicht einmal im Ansatz nachvollziehbar, wieso das Honorar-Chaos so ist, wie es ist.

Im EBM geht es um ärztliche Leistungen. Schon diese Tatsache programmiert das Scheitern. Die Bindung an diesen Leistungskatalog (Erlaubnisvorbehalt) grenzt alle nicht aufgeführten Leistungen aus. Der umständliche Zugang neuer Leistungen in den EBM, die Weigerung der Ärzte, neue Leistungen ohne Honorarzuwachs zu akzeptieren und die Weigerung der Kassen neue Leistungen zusätzlich zu bezahlen, führt zu einer dramatischen Überalterung des Leistungskataloges und ist maximal innovationsfeindlich.

Die Kalkulation der ärztlichen Leistung innerhalb des EBM erfolgt ausschließlich auf der Basis der Arztzeit. Je länger ein Arzt für eine Leistung braucht, desto wertvoller wird die Leistung. Was in dieser Zeit tatsächlich geschieht, ist unerheblich.

Die Kalkulationssystematik des technischen und personellen Teils (TL) einer Leistung im EBM wird immer genauer, die letzten Beschlüsse im TSVG zur Fixkosten-Abstufung zeigen den Weg. Die Kosten, die in der Leistungsbewertung stecken, werden zum Durchlaufposten. Damit werden die Ärzte zu angestellten Ärzten mit einer festen Vergütung, die auf die Arbeitszeit abstellt.

Die Honorierung einer Leistungsziffer ist völlig unabhängig vom Patientenproblem. Hat das DRG System im stationären Versorgungssektor zumindest den Anspruch, die Krankheit und die Schwere des Krankheitsbildes abzubilden, ist es in der ambulanten Versorgung völlig egal, warum der Patient in die Praxis kommt. Entscheidend ist, ob es gelingt eine Leistung an ihm zu vollführen.

Aber die (Einzel-) Leistung ist auch nur ein Surrogat, sie ist nur so wertvoll, wie es gelingt, damit einen Leistungskomplex zu aktivieren. Die Bildung von Leistungskomplexen führt dazu, dass es wirtschaftlich sinnvoll ist, den Komplex mit geringstmöglichem Aufwand auszulösen.

Die Gebührenordnung berücksichtigt nicht, mit welchem Gesamtaufwand ein Patientenproblem gelöst wird. Deshalb ist es oft sinnvoll eine teure Leistung zu veranlassen, als eine einfache Leistung selbst zu erbringen, um damit das Budget zu schonen.

Die EBM Vergütung berücksichtigt nicht, oder nur in Ausnahmefällen, ob eine Leistung schon vorher und ggf. wie oft schon erbracht wurde. Der Quartalsbezug ermöglicht eine kontinuierliche Wiederholung und fördert die permanente Einbestellung von Halbgesunden und Risikopatienten.

Der EBM adressiert nicht den Behandlungsanlass eines Patienten. Ob dieser zur Kontrolle eines stationären Krankheitsbildes nach einem Jahr kommt oder ob als Notfall mit dem Sanitäter ohne vorher anzurufen schwerkrank in der Praxis aufschlägt, ist dem EBM (oder war bis zum TSVG) völlig egal. Ursache ist die ebenfalls anlasslose Budgetierung aller Gesamtleistungen (RLV).

Diese katastrophale Fehlkonstruktion der Vergütung hat langsam und beinahe unmerklich ihre verheerende Wirkung entfaltet. Die Ärzte stehen also an einem Scheideweg: Entweder ändern wir die Spielregeln der ärztlichen Vergütung von Grund auf oder wir gehen zwangsläufig den Weg als quasi angestellte Ärzte der Krankenkassen in eine immer weiter regulierende Staatsmedizin.

Der BVND ist davon überzeugt, dass die Ärzteschaft nur den Hauch einer Chance hat, das System der ambulanten Versorgung zu drehen, wenn wir unsere Patienten mitnehmen, wenn Menschen und Patienten darauf vertrauen können, dass sich eine „gute“ Versorgung auch für uns Ärzte lohnt. Im Moment will doch keiner von uns seinen Patienten wirklich erklären, unter welchen Bedingungen Ärzte im ambulanten Bereich vergütet werden.

Deshalb gilt für die Zukunft den ersten Aufschlag des TSVG zu einer anlassbezogenen Vergütung (ALT / NEU, TSS Patient, Hausarztüberweisung oder offenen Sprechstunde) weiterzuentwickeln. Das ist jetzt die zukünftige Aufgabe der Berufsverbände und (insbesondere) damit auch die Aufgabe des BVND. Dabei

müssen sicher auch abseitige Wege geprüft werden, wenn eine nächste Generation von Vertragsärzten in DSP ihre Patienten auf einem ethisch angemessenen Niveau behandeln wollen.

3. BVND Honorarziele: Leistungsbezogene und leistungsgerechte Vergütung

Diabetologische Schwerpunktpraxen erbringen eine qualitativ hochwertige Leistung. Aufbauend auf verbindlichen Struktur- (und ggf. 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.

Der BVND wird auch zukünftig für spezielle Leistungsziffern eintreten, die die bestehenden DMP, Struktur- und Selektivverträge nicht belasten. Die DSP muss in ihrer Honorierung unabhängig von Änderungen der Honorarverteilung im EBM werden, da dies stets neue Verhandlungen um eine leistungsadäquate Vergütung auslöst. Eine DSP muss auch in der EBM-Vergütung erkennbar sein. Dazu brauchen Schwerpunktpraxen einen festen Platz im EBM-Gefüge, um nicht zwischen den Haus- und Facharztzöpfen im Niemandsland zu landen. Gleiches gilt auch für die GOÄ.

Die Diabetologische Schwerpunktpraxis findet sich in der wohnortnahen, fachärztlichen Versorgungsebene wieder und wertet ihre ambulante Leistung als eine fachärztliche Tätigkeit.

Um als Bundesverband keinen „Schaden“ in den Regionen anzurichten, ist der aktuell schon geführte Austausch zwischen den Landesverbänden und dem BVND weiterhin kontinuierlich erforderlich. Dieses nicht zuletzt deshalb, um die Arbeit der beim BVND angesiedelten Honorarclearingstelle inhaltlich und vom Umfang her weiter zu optimieren. Ziel der Clearingstelle ist es u. a. kurz- und mittelfristig strategisch gedachte Verhandlungsbлаupausen zu entwickeln, um die Position der regionalen Verhandlungsführer zu stärken.

Nur durch einen engen Austausch bei dieser sensiblen Honorarthermatik werden wir als kleine Berufsgruppierung unseren Zielen näherkommen!

Qualitätsmanagement QM mellitus

Speziell für Diabetologische Schwerpunktpraxen

Bereits seit dem Jahr 2006 unterstützt der BVND die Qualitätsentwicklung in Diabetologischen Schwerpunktpraxen und hat dafür mit QM mellitus ein eigenes Label geschaffen, um den besonderen Aufwand sinnvoller Doppelzertifizierungen von allgemeinem Praxismanagement und diabetesspezifischem Qualitätsmanagement zu würdigen.

Zahlreiche Diabetologen und deren Assistenzpersonal haben unsere QM mellitus-Kurse absolviert. Um Praxen den Einstieg in das diabetesspezifische Qualitätsmanagement zu erleichtern, aber auch um im befruchtenden gegenseitigen Austausch zu bleiben, hat der BVND im weiteren Verlauf die DSP-Workshops initiiert.

Grundlage ist hierbei die Stufe 2 des Zertifizierungsmodells der DDG (Diabetologikum DDG), in dem die Struktur- und Prozessqualität beschrieben sind. Der BVND hat dazu für die Diabetologische Schwerpunktpraxis ein Handbuch QM mellitus entwickelt. Dieses ist die Zusammenführung von QEP® – Qualität und Entwicklung in Praxen der KBV und der Qualitätsanforderungen der Stufe 2 (Diabetologikum) der DDG, alternativ die Kombination von DIN ISO und Stufe 2 DDG. Der Weg zur Implementierung eines entsprechenden QM wird vom BVND begleitet.

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 Pro-

zessqualität zur Anerkennung als Behandlungszentrum der Stufe 2 (= Diabetologikum) abgebildet.

Seit 2021 hat die KBV auf Grund rechtlicher Zwänge die QEP-Zertifizierung ausgesetzt und sucht nach einem alternativen Weg der Anerkennung. So muss auch der BVND sein Zertifizierungsmodell überdenken, der alleinig verbliebene Weg über die Kombination Diabetologikum mit DIN ISO kann nicht abschließend sein.

Da auch die DDG ihre Zertifizierungsmodelle derzeit überarbeitet, wird auch der BVND sein Qualitätssiegel QM mellitus weiterentwickeln.

Hierzu wird die AG Qualität des BVND nach Wegen suchen, die Mitgliedschaft in die Entwicklung des Modells miteinzubinden.

Diabetologische Schwerpunktpraxen als Weiterbildungsstätten

Weiterbildung

Inzwischen ist die neue Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer nahezu in allen Bundesländern umgesetzt.

Damit ist es möglich, die Zusatzbezeichnung Diabetologe / Diabetologin LÄK aber auch Diabetologe / Diabetologin DDG in ausschließlich ambulanter Weiterbildung zu erwerben.

Bei bisher fehlender finanzieller Förderung diabetologischer Weiterbildungsabschnitte im ambulanten Bereich durch die KVen ist eine Beschäftigung der Ärzte in Weiterbildung für die meisten Praxisinhaber wirtschaftlich nicht darstellbar.

Allerdings eröffnet die neue Weiterbildungsordnung jetzt auch die Möglichkeit einer ambulanten Weiterbildung in der Inneren Medizin neben dem Weg der Allgemeinmedizin.

Ein halbes Jahr diabetologische Weiterbildung wurde sowieso in diesen Fachbereichen integriert.

Kollegen und Kolleginnen, die bereit sind, sich der dringend notwendigen Qualifizierung des Nachwuchses zu stellen, sind daher dringend aufgefordert, sich parallel um eine Weiterbildungsberechtigung Innere Medizin bzw. Allgemeinmedizin zu bemühen. Kollegen und Kolleginnen, die bereits 1 – 2 Jahre in der Praxis arbeiten, sind dann auch in der Lage, im anschließenden nicht geförderten Zeitraum ihr Gehalt zu verdienen. Parallel dazu müssen intensive berufspolitische Anstrengungen erfolgen, dass auch die Zusatzbezeichnung Diabetologie als förderungswürdig eingeschätzt wird.

Die AG Qualität und Weiterbildung engagiert sich hierbei, um Schwerpunktpraxen bestmöglich zu unterstützen.

Die Diabetologische Schwerpunktpraxis als Diabetes-Exzellenz-Zentrum

Eine Zukunftsvision

Ausgehend von dem hier vorgelegten Positionspapier ist es an der Zeit, die Vision eines Diabetes-Exzellenz-Zentrums vorzustellen, welches mit höchstem Qualitätsanspruch patientenorientiert und unter Nutzung aller Facetten moderner digitaler Kommunikation, klar strukturierter Behandlungsabläufe und sozialmedizinischer Patientenzentrierung diabetologische Probleme löst.

Dieses Exzellenz-Zentrum zeichnet sich einerseits darin aus, bestmögliche Behandlungsangebote für alle relevanten Patientenliegen einschließlich der Schnittstelle zur intersektoralen Behandlung in Kooperation mit zahlreichen anderen medizinischen Professionen machen zu können.

Andererseits besteht seine Exzellenz in einer DDG-Zertifizierung gekoppelt mit einem externen Audit entsprechend dem Diabetologikum DDG und es ist Weiterbildungsstätte sowohl für den Diabetologen DDG als auch für den Erwerb der Zusatzbezeichnung Diabetologie nach Kammerrecht.

Es deckt die im Positionspapier beschriebenen Problemfelder ab:

- Diabetes und Schwangerschaft
- Pädiatrische Diabetologie / Transition
- Digitalisierung / Telemedizin
- Diabetes und Psychosoziales
- Diabetisches Fußsyndrom
- Diabetes und Geriatrie

Das Diabetes-Exzellenz-Zentrum gewährt strukturell durch Multiprofessionalität und größere Organisationseinheiten unter Einbindung telemedizinischer Behandlungsplattformen eine zumindest virtuelle 24 / 7-Betreuung im Sinne des „Diabetes-Doc on demand“.

Die Einbindung eines solchen Exzellenz-Zentrums mit strukturierter diabetologischer Ersteinschätzung im Notfall unter Einbeziehung von Telemedizin ermöglicht wohnortnahe intersektorale Behandlung unter Vermeidung von Krankenhausbehandlung.

Hier muss aber durch neuartige Organisationsformen wie Interprofessionelle Gesundheitszentren und Hybrid-DRGs Arztleistung nach Facharzt-Standard, pflegerische und Vorhalteleistung auskömmlich finanziert sein.

Der BVND Vorstand

Vorsitzender

Dr. med. Nikolaus Scheper
Bergstraße 167 | 45770 Marl
Tel.: 02365 32620
Fax: 02365 381277
✉ n.scheper@bvnd.de

Stellv. Vorsitzende

Dr. med. Dorothea Reichert
Am Grossmarkt 4 | 76829 Landau
Tel.: 06341 146660
Fax: 06341 146661
✉ d.reichert@bvnd.de

Stellv. Vorsitzender

Dr. med. Ralf-Uwe Häußler
Teltower Damm 23 | 14169 Berlin
Tel.: 030 805 811 88
Fax: 030 805 811 89
✉ u.haeussler@bvnd.de

Schatzmeisterin

Antje Weichard
Diabeteszentrum Magdeburg-Haldensleben
Lübecker Straße 105 | 39124 Magdeburg
Tel.: 0391 25199642
Fax: 0391 725199643
✉ a.weichard@bvnd.de

Schriftführer

Dr. med. Gerhard Klausmann
Elisenstraße 28 | 63739 Aschaffenburg
Tel.: 06021 34270
Fax: 06021 342720
✉ g.klausmann@bvnd.de

Beisitzer

Michael Naudorf
Josefstraße 5a | 51789 Lindlar
Tel.: 02266 463490
Fax: 02266 4634918
✉ m.naudorf@bvnd.de

Beisitzer

Dr. med. Iris Dötsch
Joachim-Friedrich-Straße 46 | 10711 Berlin
Tel.: 030 89044580
Fax: 030 89091258
✉ i.doetsch@bvnd.de

Beisitzer

Toralf Schwarz
Weinhold-Arkade 4 | 04442 Zwenkau
Tel.: 034 20332187
Fax: 034 203629848
✉ t.schwarz@bvnd.de

Kassenprüfer

Dr. Jörn Rose
Turmstraße 32 | 10551 Berlin
Tel.: 030 755669800

Kassenprüfer

Hans-Joachim Herrmann
Marktplatz 3 | 55270 Schwabenheim
Tel.: 06130 941880
Fax: 06130 9418820

Mitgliedsantrag



BUNDESVERBAND
NIEDERGELASSENER
DIABETOLOGEN E. V.

Hainenbachstr. 25
89522 Heidenheim
oder per Fax an 07321 94691-40

- Ja**, ich möchte **ordentliches Mitglied** des BVND werden (600 EURO/Jahr).
- Ja**, ich möchte **ordentliches Mitglied als angestellte(r) Ärztin / Arzt** werden (300 EURO/Jahr bzw. 1. Beitragsjahr 150 EURO/Jahr).
- Ja**, ich möchte **assoziertes Mitglied** werden (50 EURO/Jahr).
- Ja**, ich möchte **passives Mitglied** werden (20 EURO/Jahr).

(Erläuterungen zu den jeweiligen Mitgliedschaften finden Sie auf der folgenden Seite).

Praxisanschrift
Titel, Vorname, Name: _____
Praxis/Firma: _____
Straße; Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____
Homepage: _____
Tel.: _____ Fax: _____
Privatanschrift
Straße; Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____
Tel.: _____ Fax: _____
Geb. Datum: _____

Das Mitglied willigt mit seinem Beitritt zum Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. in die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und gegebenenfalls Weitergabe seiner Daten ein, nur soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben des Verbandes erforderlich ist (§ 28 BDSG). Der BVND sichert absolute Vertraulichkeit und Sicherheit der von ihm verwalteten Daten zu.



Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V.

Geschäftsstelle
c/o med info GmbH
Hainenbachstraße 25
89522 Heidenheim

Telefon: 07321 9469190
Telefax: 07321 9469140
E-Mail: mail@bvnd.de
Internet: www.bvnd.de

VR-Nr.: VR 661143
Amtsgericht Ulm

Bankverbindung
Deutsche Apotheker- u. Ärztebank
Konto: 5 433 460
BLZ: 300 606 01
IBAN: DE57 3006 0601 0005 4334 60
BIC: DAAEDEDXXX

Vorsitzender
Dr. Nikolaus Scheper

Stellv. Vorsitzende
Dr. Dorothea Reichert
Dr. Ralf-Uwe Häußler

Schatzmeisterin
Antje Weichard



Ort, Datum

Unterschrift

Zurück
zur
Übersicht

Ordentliche Mitglieder: In eigener Praxis niedergelassene Diabetologinnen und Diabetologen	600,- Euro pro Jahr
Ordentliche Mitglieder: Angestellte Ärztinnen und Ärzte in einer Einzelpraxis, einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem Medizinischen Versorgungszentrum in ärztlicher Hand.	300,- Euro pro Jahr (Voraussetzung ist, dass mindestens eine Vollmitgliedschaft in der Einrichtung existiert) im 1. Jahr der Mitgliedschaft beträgt der Mitgliedsbeitrag für Angestellte Ärzte 150,- Euro
Assoziierte Mitglieder: Angestellte Ärztinnen und Ärzte in einer Einzelpraxis, einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem Medizinischen Versorgungszentrum in ärztlicher Hand. Diese Mitglieder haben kein aktives Stimmrecht.	50,- Euro pro Jahr (Voraussetzung ist, dass mindestens eine Vollmitgliedschaft in der Einrichtung existiert)
Passive Mitglieder (nicht mehr beruflich tätige Mitglieder)	20,- Euro pro Jahr

Ja, ich interessiere mich für eine Mitgliedschaft in der Diamed Genossenschaft des BVND.

Ja, ich interessiere mich für eine Mitgliedschaft in der AND / BVND-Akademie.

SEPA-Lastschriftmandat	Mandatsreferenz: (wird von Geschäftsstelle eingetragen)
<p>Titel; Name; Vorname: _____</p> <p>Straße; Haus-Nr.: _____</p> <p>PLZ; Ort: _____</p> <p>Kreditinstitut: _____</p> <p>IBAN: DE ____ ____ ____ ____ ____ ____</p> <p>BIC: _____</p>	

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE51ZZZ00000454854

Hiermit ermächtige ich den Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, den Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzerklärung

Das Mitglied willigt mit seiner Unterschrift und seinem Beitritt zum Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e. V. in die Verarbeitung seiner Daten ein, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben und Zwecke des Verbandes erforderlich ist.

Der BVND sichert absolute Vertraulichkeit und Sicherheit der von ihm verwalteten Daten zu. Sofern die Verarbeitung dieser Daten im Rahmen einer Auftragsverarbeitung erfolgt, ist ein entsprechender Vertrag mit einer Verpflichtung auf den Datenschutz abgeschlossen.

Die Daten werden zur Erfüllung der Zwecke gem. § 2 Nr. 1 der Satzung des Verbandes nur so lange gespeichert, wie es zur Erfüllung der o.g. Zwecke oder geltenden Rechtsvorschriften erforderlich ist. Sollte das Mitglied die Löschung seiner Daten wünschen, werden die Daten unverzüglich gelöscht, soweit der Löschung nicht rechtliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen. Das Mitglied erklärt mit seiner Unterschrift, dass es die Einwilligung in die Datenverarbeitung freiwillig und in Kenntnis seiner Rechte als betroffene Person nach der DSGVO – in Form eines Auskunftsrechts, Recht auf Berichtigung oder Löschung der Daten, Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und insbesondere Recht auf Widerruf der erteilten Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft – erteilt. Sofern das Mitglied mit der beschriebenen Vorgehensweise nicht einverstanden ist, kann es bei der zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörde eine Beschwerde einreichen.

Impressum

Herausgeber:

Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V.

BVND Geschäftsstelle:

med info GmbH

Hainenbachstr. 25 | 89522 Heidenheim

☎ 07321 9469190

📠 07321 9469130

✉ mail@bvnd.de

🌐 www.bvnd.de

Redaktionsleitung:

Dr. med. Nikolaus Scheper

Redaktion:

Frank Wallbrecht (v. i. S. d. P.)

Autoren:

BVND Vorstand

Layout:

Silke Hermann

Bildnachweise:

Titelbild, S. 34:

© Philip Steury Photography/Shutterstock.com

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dieser Publikation überwiegend entweder die männliche oder die weibliche Form gewählt. Selbstverständlich ist bei der Anwendung des generischen Maskulinums bei der Berufsbezeichnung auch die Diabetologin bzw. der Diabetologe gemeint.

Gast-Autoren ist es freigestellt, das generisches Maskulinum zu verwenden oder individuell zu gendern.

Bei Gebrauch der Abkürzung „BVND“ ist immer der „BVND e.V.“ gemeint.

