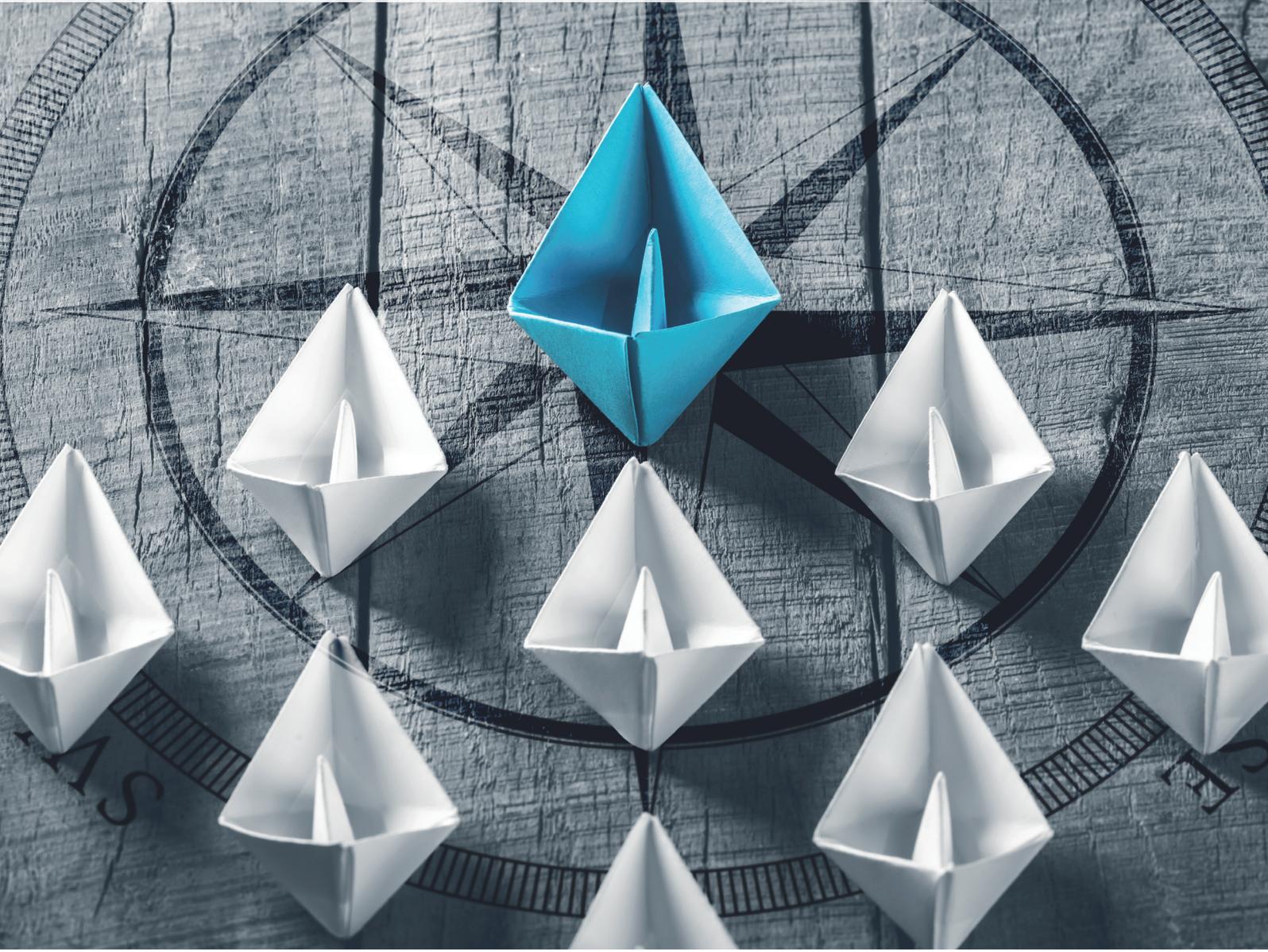


Positionspapier

Positionen des BVND

Bundesverband Niedergelassener
Diabetologen e.V.



Ausgabe 2025

Positionspapier zum Download:



Positionen des BVND

Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V.

Die Themen

- 05 Leitbild und Definition der Diabetologischen Schwerpunktpraxis
Der BVND stellt sich vor
- 09 Der Versorgungsauftrag
Das Leistungsspektrum ist im Versorgungsauftrag verankert
- 12 Modul: **Adipositas**
- 13 Modul: **Diabetestechnologie – Digital Affine Praxis**
- 15 Modul: **Diabetisches Fußsyndrom**
- 17 Modul: **Geriatric**
- 18 Modul: **Diabetes und Schwangerschaft**
- 19 Modul: **Pädiatrische Diabetologie**
- 20 Modul: **Psychosoziales und Diabetes**
- 22 Modul: **Telemedizin**
- 24 **Digitalisierung**
- 27 **ICD 10 Verschlüsselung in der Diabetologischen Schwerpunktpraxis**
- 35 Das Vergütungsmodell des BVND
Honorierung der Diabetologischen Schwerpunktpraxen
- 38 Qualitätsmanagement
für Diabetologische Schwerpunktpraxen
- 39 **Diabetologische Schwerpunktpraxen als Weiterbildungsstätten**
- 40 **Die Diabetologische Schwerpunktpraxis als Diabetes-Exzellenz-Zentrum**
Das „Ist“- und eine Zukunftsversion

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 Diabetologie e. V. im Jahre 2002 (damals als Bundesverband Niedergelassener Diabetologen) 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.

Der BVND legt deshalb hiermit sein aktualisiertes und überarbeitetes Positionspapier vor.

In einer Zeit zunehmender und immer schnellerer gesundheits-politischer 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 tritt ein für eine fachlich hochwertige ambulante Versorgung von Menschen mit Diabetes, die einer spezialisierten Betreuung

bedürfen. Erfahrungen aus mehr als 20 Jahren berufspolitischer Arbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen, 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 nicht nur regelmäßig in den gesundheits-politischen Diskurs ein, er gestaltet das Umfeld der ambulanten, aber auch stationären Diabetologie aktiv mit. Das gelingt nur im engen Schulterschluss mit unserer Fachgesellschaft und durch die Unterstützung unserer Mitglieder.

Der BVND steht dafür, die klare Definition des „Querschnittsfaches“ Diabetologie gemeinsam mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) aber auch mit diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und dem Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) weiterzuentwickeln und aktiv nach außen zu vertreten.

Die Schaffung einer Zusatzbezeichnung Diabetologie auf Facharztstandard ist erfolgt, es gilt jetzt diese Standards in der Diabetesversorgung flächendeckend und sektorenübergreifend mit klar definierten Schnittstellen in unserem föderalistischen Gesundheitssystem umzu-

setzen. Dieses ist auch notwendig, um diabetologischem Nachwuchs Sicherheit für seine Lebensplanung 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.

Der BVND unterstützt inhaltlich und personell das Entstehen von Diabeteszentren und Versorgungsnetzen,

in denen Menschen mit Diabetes umfangreich entsprechend ihren individuellen Problemstellungen betreut werden können. Diese Strukturen müssen auch stationäre Einrichtungen einschließen. Eine klar am Therapieziel orientierte sektorenübergreifende Versorgung – mit entsprechender Fallführung durch die Schwerpunktpraxis – kann einiger der heutigen Versorgungsprobleme lösen. Sie erfordert aber auch ein Überdenken bisheriger Finanzierungsmodelle. Die von der Politik geforderte Primärärztliche Versorgung kann vom Grundsatz her kann die speziellen Anforderungen der Diabetologie gut erfüllen. Notwendig ist allerdings, dass Schnittstellen klar definiert sind und dass für Menschen mit Typ-1 und Typ-3 Diabetes die primäre Steuerung durch die Schwerpunktpraxis erfolgt.

Aufgrund des zunehmenden Betreuungsbedarfs 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 sowie deren weitere Entwicklung werden vom BVND unterstützt.

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, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes mellitus im Hinblick auf makrovaskuläre Komplikationen wurden in den letzten Jahrzehnten erkannt und erforscht. Der hohe Anteil der Herzinfarkt- bzw. Schlaganfallrate bei Menschen mit 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 Diabetologen DDG 1996 diesem Umstand Rechnung getragen und Fakten geschaffen, die dazu geführt haben, dass auch im Ärztekammerrecht eine führungsfähige Zusatzbezeichnung „Diabetologie“ fest verankert ist. Der ursprünglich vom BVND favorisierte „Facharzt für Diabetologie“ ist mittelfristig nicht umsetzbar. Im Rahmen der stetigen Weiterentwicklung der Musterweiterbildungsordnung bleibt jedoch ein Fernziel die Etablierung eines Fachgebietes Diabetologie, das den spezifischen Bereich der Diabetologie – mit Einschluss der Kinderdiabetologie und der Prävention umfassend abdeckt.

Nach Auffassung des BVND sollten diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP) nur noch nach bundesweit gleichen Kriterien zur spezialisierten Versorgung zugelassen werden. Dem entsprechend qualifizierten Arzt zur Seite steht sein Diabetesteam mit Diabetesberaterinnen und -beratern, Diabetessassistenten und -assistentinnen, Diabetologischen Fachangestellten und weiterem Spezialpersonal, das ihn kompetent in der Behandlung und Betreuung der Menschen mit Diabetes und dessen 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 zukunftssträchtig 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 Kolleginnen und Kollegen für den hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungssektor votiert haben. Allen gemeinsam ist der fachärztliche Versorgungsauftrag und die spezia-

lisierte, 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 Teilleistungsniveau 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. Dabei liegt unser Augenmerk auch auf einer Vereinheitlichung der Vertragslandschaft. DMP-Verträge müssen in Zukunft bundesweit ausgehandelt werden und sich dabei jeweils an den progressivsten bestehenden Vereinbarungen orientieren. Im Rahmen regionaler Besonderheiten und Entwicklungen haben jedoch auch auf Grund der föderalen Struktur unseres Gesundheitswesens daneben unverändert regionale Strukturverträge ihre Berechtigung.

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 Souveränität jeder einzelnen Landesorganisation muss es aber eine gemeinsam abgestimmte berufs- und gesundheitspolitische Strategie zum Zwecke der Interessensstärkung geben. 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 ist aktuell auf den Weg gebracht, um dem Ziel einer möglichst starken diabetologischen Interessensvertretung weiterhin näher zu kommen. Wir haben erreicht, dass der BVND als DIE Interessensvertretung der niedergelassenen Diabetologen in Deutschland wahrgenommen und wird als Gesprächspartner auf Augenhöhe in nahezu allen Bereichen akzeptiert wird.

Der 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, 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 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.

Hinsichtlich der strukturellen Voraussetzungen gilt unverändert das 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. 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 minimal 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 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.

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 kardiorespiratorische Polygraphie kann dies sinnvoll ergänzen.

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 Schulungen zu gewährleisten, um die Schulungsqualität zu sichern. Das Portfolio und die Kenntnis der Schulenden müssen

dabei strukturiert auf dem aktuellen Stand gehalten werden. 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 ver-pflichtend.

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 Kooperation 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 wichtigeren 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 qualitätsgesicherte Dokumentation der Tätigkeiten mittels 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 erfolgt vorwiegend im ambulanten Bereich. 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. Inzwischen hat auch die Digitalisierung im Bereich der Schulungen im Sinne von Videoschulungen bzw. Videosprechstunden mit den Patienten durchgesetzt, um eine sinnvolle, flächenübergreifende und auch zügige und engmaschige Betreuung sicherzustellen.

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 Autoimmungschehens 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 Dia-

betes Typ 1 nur durch die in diesen Fällen lebensnotwendige Insulingabe behandelt werden. Weltweit anerkannt ist für diese Menschen die intensivierete 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 Ersts Schulung 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 Einschrän-

kung 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 darauffolgende 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 Therapie regime, 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, auch in der Kooperation mit der hausärztlichen Praxis.

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.

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 Geburtshelfern, 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 Erkranktenzahlen 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. Dieses gilt auch für die neuen AID-Systeme.

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 Behandlung 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 rezidivierende 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.

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 siebenmal 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 wider. 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. Die Lifestyleempfehlungen für Adipositas und Typ-2-Diabetes decken sich in wesentlichen Punkten und lassen sich damit sehr gut kombinieren.

Der BVND begrüßt daher die Einführung des DMP Adipositas zum 1. Juli 2024. Der enge Zusammenhang von Diabetes und Adipositas erfor-

dert in besonderem Maße ein koordiniertes Vorgehen.

Das DMP-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

Die Medizin ist von einer kontinuierlichen Digitalisierung gekennzeichnet, sowohl in Diagnostik als auch Therapie. Wie 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.

Aus berufspolitischer Sicht muss weiterhin gefordert werden, dass die Anwendung von Technologien in der Arztpraxis und insbesondere der Diabetestechnologien aufwands- und bürokratiearm als auch ohne Zusatzkosten für die Praxis umgesetzt sind. Dies bedeutet auch, dass diese Technologien (rt-CGM, AID; Smartpens, CSII) herstellerunabhängig ausgelesen werden können. Dies ist seit Jahren eine zentrale Forderung des BVND.

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:

- Regelungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit, insbesondere zur IT-Sicherheit mit jeweils klarer Regelung der Verantwortlichkeiten
- Ausschließliche Nutzung sicherer Kommunikationswege (mit Ausnahme der Kommunikation mit Behörden, falls so gefordert)
- Vorhandensein eines Praxisverwaltungssystems mit Audittrail (Nachverfolgungen von Änderungen)
- Vorhandensein einer funktionsfähigen Telematikinfrastruktur und deren Nutzung
- Regelmäßige dokumentierte Weiterbildung aller Mitarbeiter in ihrem – 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 (z.B. digitale Anamnese, digitale Aufklärung, Formulare und Checklisten)
- Die Praxis nutzt regelhaft die Kommunikation über eArztbrief, eKonsil, Terminbuchung via TSS 116117 zur Kommunikation mit anderen Fachgebieten.
- Medikamentenverordnungen erfolgen regelhaft als eRezept, mit Ausnahme von Teststreifen

- und Hilfsmitteln
- Künftig: Nutzung der ePA und des eMP

Diagnostik / Therapie

Geräte

z. B. (Smart)Pen, Pumpen, AID, rt-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 (siehe voranstehend).

Technologien

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

Labor

- Einhaltung der GLP-Standards (Gute Laborpraxis)
- Das Präsenzlabor der Praxis wird von einer verantwortlichen, speziell qualifizierten Kraft geleitet
- Es werden zur Diagnostik ausschließlich nach den Vorgaben der RiliBAK 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
- Digitale Verarbeitung der Labor-daten über Order-Entry-Systeme der Laborgemeinschaften
- Künftig: Einstellung von Labordaten in die ePA

Diabetisches Fußsyndrom

Das diabetische Fußsyndrom ist ein komplexes, chronisch rezidivierendes und mit zunehmendem Alter häufigeres Krankheitsbild bei Menschen mit Diabetes, welche an (diabetischer) Neuropathie und/oder Angiopathie leiden. Die Lebenszeitprävalenz beträgt 25-35% bei Menschen mit Diabetes. Diabetesbedingte Fußulzera (= Wunde unterhalb des Knies) bei Menschen mit diabetischer Neuro- und/oder Angiopathie sind für 80% aller nicht-traumatischen Amputationen am Fuß ursächlich. Die Prävalenz des Diabetes-Fußsyndroms liegt ausweislich aktueller DMP-Daten (Nordrhein 2023) bei ca. 9,2% aller Menschen mit Typ 2-Diabetes.

Eine seltene Sonderform stellt hier die Charcot-Neuro-Osteo-Arthropathie dar, welche häufig fehldiagnostiziert wird. Hierbei kommt es aufgrund fehlenden oder reduzierten Schmerzempfindens nach Bagatelltrauma bei Menschen mit diabetischer Neuropathie zur chronischen Überlastung des Fußskeletts mit schweren Knochen- und Gelenkveränderungen bis hin zu Frakturen und Wunden.

Da in der Regelversorgung die Ursache einer diabetischen Fußwunde oder der Charcotfuß oft nicht adäquat erkannt und behandelt wird, finden noch immer viel zu häufig Amputationen oberhalb des Sprunggelenks statt.

Dadurch ist nicht nur die Lebensqualität von Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom deutlich vermindert, sondern diese haben ein sehr hohes kardiovaskuläres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko vergleichbar mit Malignom-Patienten (10% Mortalität nach 1 Jahr, 90% nach 10 Jahren). Das Rezidivrisiko für eine Fußwunde liegt bei 50% nach 3 Jahren. Daher sprechen wir auch nicht von Heilung sondern Remission eines Diabetes-Fußsyndrom von einer akuten in eine stabile Phase.

Aufgrund der Komplexität der Erkrankung, der ungünstigen Prognose und des hohen Ressourcenverbrauchs sollten Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom in einer besonderen Versorgungsebene, der multidisziplinären DDG-zertifizierten Diabetes-Fußambulanz, einer spezialisierten Schwerpunktpraxis, betreut und behandelt werden. Folgende Ziele sollen mit dem Screening auf Risikopatienten im Rahmen des DMP und Betreuung in einer spezialisierten Fußbehandlungseinrichtung erreicht werden:

Behandlungsziele

- Vermeidung des Erstulcus durch Erkennen des Hochrisiko-Fußes im Rahmen der DMP-Untersuchungen und zu veranlassender

Prävention (Podologie, Schuhversorgung)

- Vermeidung von Amputationen oberhalb des Sprunggelenks (inklusive des Rechts auf Zweitmeinung vor geplanter Amputation)
- Verhinderung der Wundprogression
- Verkürzung der Wundheilungszeit sowie der Behandlungsdauer
- Erhalt der Mobilität trotz Entlastung
- Verringerung der Rezidivquote
- Vermeidung stationärer Aufenthalte
- Verbesserung der Lebensqualität der Patienten mit diabetischem Fußsyndrom
- Vermeidung von Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Verlust von Autonomie
- Zielgerichteter Ressourcen- und Mitteleinsatz

Strukturqualität

Personelle Voraussetzung der Fußbehandlungseinrichtung

- Mindestens ein qualifizierter Diabetologe DDG oder LAK mit ausreichender klinischer Erfahrung und entsprechend dokumentiertem Patientengut 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.

Empfehlung: Fortbildung zum Koordinationsarzt für das Diabetes-Fußsyndrom

- Mindestens ein, besser zwei Fuß- und Wundassistenten / -innen DDG oder Wundexperten / -innen mit vergleichbarer Ausbildung bezüglich des Diabetes-Fußsyndroms.
- ärztliche und wundtherapeutische Vertretungsmöglichkeit

Räumlich-technische Mindestvoraussetzungen der Fußbehandlungseinrichtung

Raum/Räume ausschließlich zur Wund-Behandlung, ausgestattet mit:

- Fußbehandlungstuhl oder Liege
- OP-Lampe
- digitale Fotodokumentation
- Instrumenten zur neurologischen Diagnostik (Stimmgabel, Monofilament Reflexhammer, TIP-THERM)
- Oberflächenthermometer
- ABI-Gerät und / oder Hand-Dopplergerät, ggf. Doppler- oder Duplex-Sonographie
- steriles chirurgisches Instrumentarium bzw. Möglichkeit zur Instrumentensterilisierung
- Verbandmaterial zur stadiengerechten Wundbehandlung
- Entlastungs- und Verbandsschuhe bzw. Orthesen zur Notfallversorgung

Hygieneplan einschließlich Berücksichtigung des Umgangs mit Trägern multiresistenter Keime

Prozessqualität

Basis- und Mindeststandard – Orientierung der Einrichtung an den aktuellen IWGDF-Guidelines (<https://iwgdfguidelines.org/guidelines-2023/>), den aktuellen Praxisempfehlungen der DDG sowie der Oppenheimer Erklärung.

Weitere Anforderungen an das ambulante Fußbehandlungszentrum sind entsprechende gelebte Kooperationen mit

- 1) Radiologie / Angiologie / Gefäßchirurgie
- 2) Chirurgie / Orthopädie / Dermatologie
- 3) Orthopädie-Schuhmachermeister*in / -techniker*in
- 4) Podologie
- 5) Stationäre zertifizierte Fußbehandlungseinrichtung

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
- Ordnung 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 Untersuchungsliegen

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

b. Technik

- medizinische Standwaage (ideal: mit Halbrund-Reling)
- EKG
- Pulsdoppler
- Stimmgabel, Monofilament, Reflexhammer, TIP-THERM, Spitz-Stumpf-Testtool
- Testverfahren und Dokumentation zu Visus, Gehör, Gebisszustand, Ernährung (MNA), Depression (GPS = Geriatric Depression Scale), Demenz (MMSE, DEMTEC, Geldzahl- und Uhrentest) und Bewegung (Time Up & Go, 5-chair-rise, Semi-Tandem/Tandem-Stand, Tinetti-Test) – möglichst PVS-integriert

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 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 Schwangeren mit manifestem Diabetes Typ 1 und Typ 2 nur durch Diabetes-Berater/in, bei GDM auch Diabetesassistent/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 Pränatalmedizinerinnen

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

- Behandlung 5 Schwangere mit T1/ T2 pro 3 Jahre.
- Behandlung 20 GDM pro Jahr, alternativ 50 GDM pro 3 Jahre.
- 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 Rilibak qualitätsgesicherten Messmethodik mit einem zur Diagnostik zugelassenen Point-of-care Messsystem.

4. Strukturierter Behandlungspfad der DSPen nachweisen:

- für T1 / T2
 - Curriculum für Modul Präkonzeptionelle Stoffwechsoptimierung, Schwangerschafts-

- planung und Umstellung der Medikation bei T2/Metabolischem Syndrom unter Beachtung der KI von Medikamenten in SS und Stillzeit, Schulung der Frauen mit Kinderwunsch
- Schulungscurriculum während der Schwangerschaft inkl. Stillförderung
- Vorbereitung auf Stoffwechselführung während der Geburt und im Wochenbett
- Informationsübermittlung / Brief an Entbindungsklinik
- Präpartale SS-Planung bei Kinderwunsch im Hinblick auf Medikamente, z.B. OAD/GLP1, die in der SS kontraindiziert sind.
- Konzept für postpartale Versorgung / Erreichbarkeit

- Für GDM
 - Qualitätskontrollierte Labormethode für Diagnostik
 - Diagnostik laut Leitlinie, Terminvergabe innerhalb einer Woche
 - Strukturierte Schulung mit und ohne Insulintherapie (mit Stillförderung)
 - Regelmäßige Fortbildung des Teams 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 geringem 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

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 entgegenstehen
- 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 fortlaufenden Prozess, der entgegen den momentanen vergütungstechnischen Vorstellungen der Kostenträger nicht mit einer einmaligen Basisschulung abgeschlossen ist: regelmäßige Nach- und Ergänzungsschulungen sind notwendig – nicht nur bei schwerwiegenden Änderungen von Diagnose und Therapie. Es sollte immer auch möglich sein, die Indikation zu Schulungsmaßnahmen im Rahmen von schwerwiegenden Änderungen der Diagnosen und / oder Therapie weiter als honorartechnisch vorgesehen 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 Vermeidung von **dementieller Erkrankung bei Diabetes**: Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 weisen ein 2 – 4fach erhöhtes Risiko für eine vaskuläre Demenz und ein 1,5 – 2fach erhöhtes Risiko für eine Alzheimerdemenz auf. Für eine frühzeitige Diagnostik ist ein jährliches Demenzscreening unter Einbeziehung von persönlichem, familiären und beruflichem Umfeld sowie Angehörigen erforderlich.

Etablierte Kurztests zur Demenzdiagnostik:

- Demenz-Detections-Test (DemTect)
- Mini-Mental-Status-Test
- Uhr-Zeichen-Test
- Geldzähltest nach Nikolaus
- Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung
- Reisberg-Skalen zur Fremdbeurteilung des Schweregrades einer dementiellen Erkrankung

Abhängigkeitserkrankungen

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

Screening und Diagnostik von Alkoholabhängigkeit:

Bei Menschen mit Diabetes soll regelmäßig der qualitative und

quantitative Alkoholkonsum erhoben werden, z.B. auch mit Hilfe von Screeningtests wie dem Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screeningtest (LAST).

Kenntnis: die Auswirkungen von **Rauchen bei Diabetes, Erkennen von Nikotinabhängigkeit**.

Kenntnis: die notwendigen **Berattungsschritte bei Nikotinabhängigkeit** sowie Einleiten von therapeutischen Schulungsmaßnahmen zur Raucherentwöhnung (das können wir leisten!).

Schizophrenie

Kenntnis der **Wechselwirkung zwischen Schizophrenie und Diabetes**:

Die Prävalenzrate des einer Diabeteserkrankung bei Patienten mit Schizophrenie ist etwa doppelt so hoch, wie bei psychisch Gesunden. Die Lebenserwartung ist in dieser Patientengruppe deutlich verkürzt. Eine Hauptursache stellen die kardiovaskulären Erkrankungen dar, deren Entstehung durch die höhere Prävalenz des Diabetes mellitus erheblich gefördert wird. Die erhöhte Suizidrate dieser Erkrankten trägt nur in geringerem Maße zu der verkürzten Lebenserwartung bei; trotzdem oder gerade deswegen sollte das **Screening auf Diabetes** bei Patienten mit Schizophrenie sowie deren Angehörigen bekannt sein: sie sollen über das Risiko von Gewichtszunahme und Diabetes informiert werden. Bei Patienten mit Schizophrenie sollen Untersuchungen von Körpergewicht, Taillenumfang, Blutdruck, Nüchternblutglukose und Lipidstatus strukturiert in regelmäßigen Intervallen durchgeführt werden.

Depression

Die Depression ist ein Risikofaktor für die Entwicklung eines Typ 2 Diabetes und führt bei diesen Patienten dementsprechend zu einer erhöhten Diabetesinzidenz.

Depressionen werden häufig nicht diagnostiziert; daher ist die Kenntnis und Anwendung von Screeningmethoden notwendig. Es besteht eine latente Suizidalität i. R. von Stoffwechsellentgleisungen sowie deutlich erhöhte Suizidalität bei manifester depressiver Erkrankung:

- Arzt-Patienten-Gespräch als zentrales diagnostisches Instrument
- Fragebogen zum Depressionsscreening: (WHO-Five, Allgemeine Depressionsskala (DS), PHQ-9-Fragebogen)

Notwendig ist auch die Kenntnis der unterschiedlichen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren inklusive der unterstützenden flankierenden Begleittherapien und Antidepressiva (falls erforderlich). Die Therapie von Angststörungen bei Diabetes sollten nach Möglichkeit von Therapeuten mit psychodiabetologischen Kenntnissen durchgeführt werden.

Das gilt auch für die Kenntnis und Behandlung (optional) der **Angststörungen** sowie 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 Frau-

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

Screeningfragen (z.B.):

- „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/2020-12-16_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-Algorithmus
- Benachrichtigung via SMS nach Online- / Telefonanfrage
- Patientenmessenger mit / ohne Anbindung ans PVS
- digitaler Medikationsplan und Rezept-App, eRezept
- 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 UW-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 / NAPA / 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 Diagnosedstellung und Therapie-Entscheidung bzw. gar automatisierter Diagnose- und Therapievorschlüge. Eine wesentliche Voraussetzung für eine lückenlose Einbindung von Vitaldaten in die Therapieentscheidung ist immer noch nicht gegeben: Interoperabilität. Über ein standardisiertes Datenaustauschformat (das ja bereits vorliegt) müssen die Daten aller Systeme zumindest auslesbar sein, eine bidirektionale Schnittstelle wäre wünschenswert.

Immer aber muss letztlich die Diagnosedstellung 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 Risiken 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), 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 relevanter 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 (Da-

ten-) 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. Dies wäre jedoch genau der falsche Weg. Gerade durch die zunehmende Anzahl an Informationen zum Beispiel über den Blutzuckerlauf in Zusammenschau mit Aktivitäten ergibt sich die Notwendigkeit einer wesentlich umfangreicheren und gezielteren Auswertung zusammen mit den betreuten Menschen mit Diabetes. Hier ist und bleibt die individuelle Interpretation der Ergebnisse durch einen erfahrenen Mediziner unentbehrlich, KI kann dabei gegenwärtig und wahrscheinlich auch in der Zukunft nicht im Sinne einer Zeitersparnis wirken. Die sich ergebenden neuen Möglichkeiten dürfen und können den Arzt nicht ablösen, werden 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 ist naturgemäß langsamer als die Geschwindigkeit der Entwicklung, so dass sowohl die gegebenenfalls nötige Regulation als auch die Evaluierung in gewohnter Form nicht möglich sind.

Unser stark zergliedertes föderales Gesundheitssystem mit Bundesorganisationen, wie BMG, KBV, BAK, GKV-Spitzenverband, GBA, Gematik uva. erschwert dies zusätzlich. Die für unsere ärztliche Tätigkeit entscheidenden Verträge werden in 17 KV-Bezirken mit über 100 Krankenkassen, die zum Teil bundesweit agieren, geschlossen. 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. Andererseits verhindert das System rasche Entscheidungen, wie sie aber in einer digitalen Welt notwendig sind. Solange die Entwicklungszyklen von Innovationen im Bereich von Jahren lagen, 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 viele 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 zuzuschieben, als lösungsorientiert die Digitalisierung mit nutzbaren Produkten zu fördern. Erst nach Übernahme der Anteilsmehrheit durch das BMG und Änderung der Geschäftsführung hat die Entwicklung der Telematik-Infrastruktur Fahrt aufgenommen, 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 Kosten für diese Versäumnisse belasten das Gesundheitssystem unnötig. Während e-Rezept und e-AU bei allen Unzulänglichkeiten immerhin weitgehend reibungslos funktionieren, hat es die elektronische Patientenakte (ePA) noch lange nicht zur Marktreife gebracht. Auch hier erleben wir gerade den Versuch, ein unfertiges Produkt, koste es, was es wolle, einzuführen. Die Zeit, die wir dann damit verschwenden, dem Patienten zu erläutern, dass nicht durchsuchbare pdf-Dokumente den gleichen Wert haben wie fehlende Dokumente, ist nicht nur verschwendet, sie geht zu Lasten der Versorgung gesetzlich Versicherter. Dass die Dokumente unstrukturiert in der Akte abgelegt werden, verschlimmert die Situation noch. Daher haben wir die Hoffnung, dass nach Ende der Pilotphase nicht die Einführung der ePA, sondern deren grundlegenden Überarbeitung steht.

Dennoch: Digitalisierung und technologischer Fortschritt müssen als eine große Chance für die Patienten, aber auch für das Gesundheitswesen, begriffen werden und nicht 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 von Menschen mit Diabetes in der Zukunft 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 Milliarden Gewinne! 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 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), welche von der DDG entwickelt wird. Entscheidend für den Erfolg der ePA wird es sein, wie sich deren Befüllung in unseren Workflow eingliedert.

Mittlerweile gibt es tausende 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 potenziell 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 Diabetesteam 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 Alltagsbestandteil vieler Patienten. Es gibt aber Bedarf an einem „Lotsen“, denn angesichts der Vielfalt von Informationen (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 selbst 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, behandlungssensitiven Patienten die Möglichkeit durch eine korrekte Erfassung der Erkrankungen und Folgeerkrankungen ihrer Patienten die Besonderheit der Diabetologischen Schwer-

punktpraxis zu dokumentieren. Dies ist einmal mehr wesentlich, da es die Komplexität unserer Arbeit abbildet.

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 Fußambulanz, 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

Lokalisationen 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 !

Begleiterkrankung beim Diabetes

F32.9G	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet
N48.4G	Erektile Dysfunktion (+ Z70 Sexualberatung)
Z73	Krankheitsverarbeitungsstörung mit
F43.2	Anpassungsstörung bei Diabetes

Weitere wichtige Diagnosen der DSP

Z96.4	Vorhandensein einer Insulinpumpe
Z45.88	Handhabung einer Insulinpumpe
Z97.8	Vorhandensein eines rtCGM
Z83.3	Diabetes in der Familienanamnese
Z72.9	Probleme bei der richtigen Lebensführung
Z55	„Sprachbarrieren bei der Therapieführung“ / Verständigungsprobleme

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
Z33	Schwangerschaftsfeststellung als Nebenbefund

Wichtige zusätzliche Alltagsdiagnosen (Akutdiagnosen)

E88.1	Lipohypertrophie (E65)
U69.70	Milde Hypoglykämie, als nicht rezidivierend bezeichnet (BZ < 60mg/dl / 3,3mmol/L)
U69.71	Milde Hypoglykämie, als rezidivierend bezeichnet (BZ < 60mg/dl / 3,3mmol/L)
U69.72	Schwere Hypoglykämie, ohne Koma (BZ < 60mg/dl / 3,3mmol/L)
U69.73	Schwere Hypoglykämie, mit Koma (BZ < 60mg/dl / 3,3mmol/L)
U69.74	Hypoglykämie Wahrnehmungsstörung
U69.75	Insulinresistenz bei Typ 1 Diabetes (> 18 Jahre) Insulinbedarf von 1 IE/Kg KG/Tag oder mehr bei Laborchemisch nachgewiesenen Insulinmangel (C-Petid negativ)
Z71	Inanspruchnahme DSP (Beratung zu Therapie und Verhalten)
R73	pathologischer OGT, Prä-Diabetes

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

I10.90G	Essenzielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.91G	Essenzielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
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
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
I50.00G	Rechtsherzinsuffizienz, Primär!
I50.01G	Rechtsherzinsuffizienz, Sekundär!
I50.02G	Rechtsherzinsuffizienz, NYHA 1
I50.03G	Rechtsherzinsuffizienz, NYHA 2
I50.04G	Rechtsherzinsuffizienz, NYHA 3
I50.05G	Rechtsherzinsuffizienz, NYHA 4
I50.10G	Linksherzinsuffizienz, NYHA 1
I50.11G	Linksherzinsuffizienz, NYHA 2
I50.13G	Linksherzinsuffizienz, NYHA 3
I50.14G	Linksherzinsuffizienz, NYHA 4

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

I70.20G	pAVK, Mediasklerose (ohne Beschwerden)
I70.21G	Gehstrecke >200m
I70.22G	Claudicatio, Gehstrecke <200m
I70.23G	Ruheschmerzen
I70.24G	mit Ulzeration
I70.25G	mit Gangrän

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	Grad I: Body-Mass-Index von 30 bis unter 35
E66.91G	Grad II: Body-Mass-Index von 35 bis unter 40
E66.96G	Grad III: Body-Mass-Index von 40 bis unter 50
E66.97G	Grad III: Body-Mass-Index von 50 bis unter 60
E66.98G	Grad III: Body-Mass-Index von 60 und mehr
E66.94G	Adipositas bei Kindern bis 18 Lj
E66.95G	extreme Adipositas bei Kindern bis 18 Lj
E88.9	Metabolisches Syndrom
Z98.0G	Magen-Bypass

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

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 die Qualifikation des Personals sind sehr hoch im Vergleich mit anderen Arztgruppen. Um den Versorgungsauftrag der DSP erfüllen zu können, benötigen Schwerpunktpraxen eine entsprechende Vergütung.

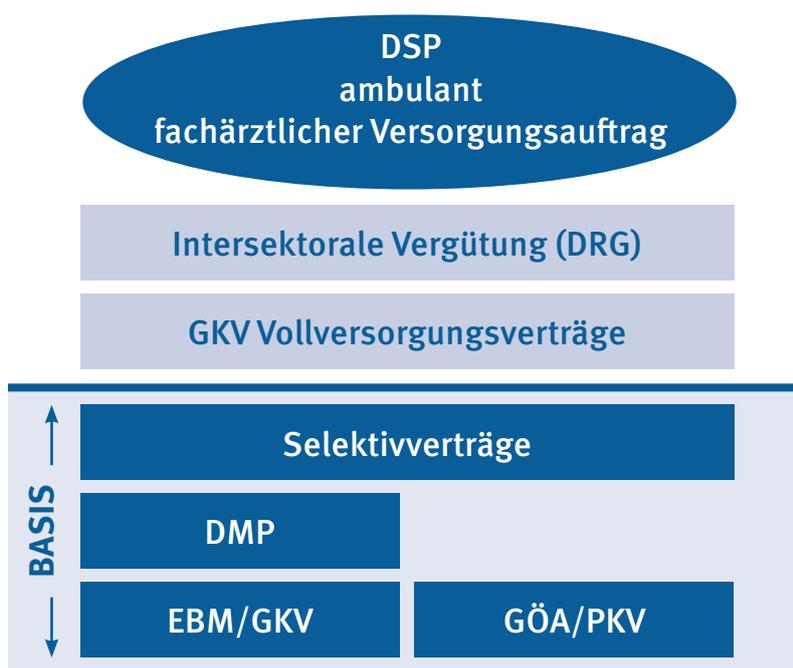
Für einen ärztlichen Berufsverband ist die Sicherung des Honorars seiner Mitglieder von essentieller Bedeutung. Für den BVND, der nur eine relativ kleine Berufsgruppe innerhalb der Landschaft der niedergelassenen Ärzte in Deutschland vertritt, gilt das ganz besonders. Typische diabetologische Leistungen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

EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) und GOÄ (Gebührenordnung Ärzte) wieder. Diabetolog:innen alimentieren sich ganz wesentlich durch Strukturverträge, in denen vergleichbare Leistungen regional verhandelt und deshalb meistens unterschiedlich vergütet werden.

Die Basis der DSP-Vergütung sind somit der EBM, die GOÄ, die Verträge in den Disease Management Programmen (DMP) und weitere meist nur regionale Strukturverträge. Insbesondere der Umstand, dass die tragenden Finanzierungsgrundlagen dezentral bundesweit und regional zustande kommen, sorgt dafür, dass dem bundesweit agierenden BVND die Aufgabe zufällt, auf sich abzeichnende schlechte regionale Vereinbarungen möglichst schon im Vorfeld von Verhandlungen hinzuweisen und sie zu verhindern.

Auch zum Schutz von regional bestehenden Verträgen mit leistungsgerechter Honorierung sollten Vertragsabschlüsse in anderen KV-Bezirken mit fehlender oder nur geringer Honorierung verhindert werden. Als Beispiel hierfür können die Behandlung und Schulung von Frauen mit Gestationsdiabetes oder die Behandlung von Menschen mit einem Diabetischen Fußsyndrom genannt werden. Regionale Verhandlungen zum DMP und anderen Strukturverträgen sollten sich immer am Maximum der Abrechnungsmöglichkeiten im bundesweiten Vergleich orientieren.

In der Vergangenheit konnte durch Anstoß und/oder Intervention des BVND mehrfach ein positives Ergebnis bei der Einführung oder Veränderung von Gebührenordnungspositionen im EBM erreicht werden:



Die Möglichkeit zur Abrechnung der Chroniker-Pauschale bei fachgleicher Über-/Zuweisung war für die im hausärztlichen Bereich abrechnenden diabetologischen Schwerpunktpraxen - abhängig vom KV-Bezirk sind das immerhin 80-98% - essentiell.

Dies konnte zusammen mit einigen anderen kleinen Berufsverbänden ermöglicht werden. Auch die Einführung einer diabetesspezifischen EBM-Gebührenordnungsposition (GOP 02311) zum diabetischen Fußulkus kam auf Betreiben und unter maßgeblicher Mitarbeit des BVND zustande. Das gilt auch für die GOP 03355 (Anleitung zur Selbstanwendung eines Systems zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung - rtCGM).

1. BVND Ausgangslage: Schwerpunktpraxen erbringen spezialisierte fachärztliche Leistungen

Die ambulante Diabetologie hat sich in den letzten 30 Jahren sehr stark in die Richtung fachärztlicher Leistungen entwickelt. Damit erfüllen die DSP einen ambulanten fachärztlichen Versorgungsauftrag. Aus historischen Gründen erfolgt die Vergütung der DSP im EBM aber immer noch im Hausarztbereich. Hier fehlen aber, bis auf zwei Ausnahmen (GOP 02311 und 03355), diabetesspezifische Leistungsziffern.

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, ohne allerdings dabei bestehende Sonderregelungen zu gefährden.

Auch bei der noch immer nicht verabschiedeten neuen GOA haben wir uns intensiv eingebracht und dort

ist unsere Expertise in diabetesspezifische Gebührenpositionen umgesetzt worden. Da in der neuen GOÄ die Gesprächsleistungen besonders gefördert werden sollen und bisher nicht vorhandene spezifische Leistungen der DSP berücksichtigt werden, sollte sich das Honorar für alle ambulant tätigen Diabetolog:innen auf jeden Fall verbessern.

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

Praktisch alle Arztgruppen haben mit dem EBM das gleiche Problem. Sie arbeiten im Hamsterrad der Leistungsexplosion, es folgt dem aber keine adäquate EBM-Vergütung. In der ambulanten Versorgung steigen Kosten, Hygieneaufwand, Bürokratie und die Patientenzahlen deutlich schneller, als die Vergütung angepasst wird. Seit Jahrzehnten arbeiten die Ärzt:innen im EBM mit einer völlig ungeeigneten Preisliste und die Bezahlung erscheint willkürlich. Der EBM stößt in aktueller Form immer mehr an seine Grenzen einer notwendigen Weiterentwicklung und verhindert mit seiner Budgetierung und seinem Erlaubnisvorbehalt, sowie seiner über die zeitgetaktete Vergütung gedeckelten Honorierung eine innovative und moderne Medizin.

Demgegenüber wachsen die Ansprüche der Patient:innen aufgrund fehlender Steuerungsmechanismen und dadurch uneingeschränktem Zugang zu ambulanten medizinischen Leistungen immer weiter an. Die Patient:innen zahlen für sich gefühlt immer mehr, bekommen weniger, warten teils lange auf Termine und haben oft einen immer weiteren Weg, um eine fachärztliche Versorgung zu erhalten. Diese Entwicklung war vorhersehbar und zwangsläufig.

Bei abnehmenden Arztzahlen und

Zunahme von Menschen mit Diabetes wurden bisher keine Probleme der Versorgung gelöst und auch für die Zukunft wird es bei Beibehaltung dieses Systems keine Lösung geben, da die Probleme erst durch die dysfunktionale EBM-Vergütung entstehen.

Der Ruf nach Beendigung der Budgetierung wurde zumindest für den hausärztlichen Bereich jetzt gehört, die gesetzlich festgeschriebene Lösung beinhaltet aber weiterhin ein besonderes Gefahrenpotential für alle DSP, da sie meist Zweitversorgende im hausärztlichen Bereich sind. Wird die im Januar 2025 mit dem GVSG verabschiedete Jahrespauschale, die für die Behandlung leichter chronischer Erkrankungen gelten soll, tatsächlich alle Diabetiker:innen nicht betreffen und wie wird diese Vorgabe vom Bundesausschuss im Detail umgesetzt? Kommt wirklich nach so vielen mageren Jahren für alle abgerechneten Leistungen im hausärztlichen Bereich zusätzliches Geld in den Gesamtopf, ohne das Bereinigungsmechanismen, dieses an anderer Stelle gleich wieder ein-kassieren?

Seit Jahrzehnten wird die Struktur angepasst, verändert, reguliert und ist inzwischen so kompliziert geworden, dass nur noch die ganz alten mit Berufspolitik befassten Kolleg:innen wissen, wie und warum Entscheidungen getroffen wurden. 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 Ärzt:innen, neue Leistungen ohne Honorarzuwachs zu akzeptieren und die Weigerung der Kassen neue Leistungen zusätzlich zu bezahlen, führt zu ei-

ner dramatischen Überalterung des Leistungskataloges und ist maximal innovationsfeindlich. Die Kalkulation der ärztlichen Leistung innerhalb des EBM erfolgt ausschließlich auf der Basis der Arzt-Zeit. Je mehr Zeit Ärzt:innen für eine Leistung benötigen, desto wertvoller wird die Leistung. Was in dieser Zeit tatsächlich geschieht, ist unerheblich. Die Kosten, die in der Leistungsbewertung stecken, werden zum Durchlaufposten. Damit werden die Ärzt:innen zu Angestellten mit einer festen Vergütung, die auf die Arbeitszeit abstellt. Delegierbare Leistungen, die innerhalb der hochspezialisierten Teamstruktur einer DSP erbracht werden, fallen dabei honorarmäßig komplett unter den Tisch.

Die Honorierung einer Leistungsziffer ist auch 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 Patient:innen in die Praxis kommen. Entscheidend ist, ob ihnen eine Leistung erbracht wird. 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 wirtschaftlich oft sinnvoller, Leistungen an andere Fachgruppen zu delegieren, sprich ein teures Outsourcing zu veranlassen, als sie selbst erbringen, um damit das Budget zu schonen.

Der BVND fordert, dass alle im EBM abgebildeten Leistungen für Haus- und Fachärzte entbudgetiert und Leistungspositionen gemäß dem

medizinischen Fortschritt und dem tatsächlichen Aufwand vergütet werden. Außerdem müssen die Anpassungen dieser Vergütungen zeitnah erfolgen und sich an objektiven Kriterien wie Lohnkostenentwicklung und Inflationsrate orientieren. Gleiches gilt natürlich auch für die GOÄ und alle diabetesspezifischen Strukturverträge.

Qualitätsmanagement für Diabetologische Schwerpunktpraxen

Schon seit dem Jahr 2006 unterstützt der BVND die Qualitätsentwicklung in Diabetologischen Schwerpunktpraxen. Damals wurde 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.

QM mellitus ist Geschichte. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für QM-Programme und deren Zertifizierung haben sich geändert, so dass seit 2021 keine Zertifizierung von QM-Programmen mehr möglich war.

Seit Mitte 2024 ist wieder eine Zertifizierungsstelle für das KV-eigene QEP benannt.

Die DDG hat ihre Qualitätskriterien neu und modular aufgestellt.

Und mit dem Diabetes-Qualitätsmodell (DQM®) gibt es ein diabetes-spezifisches QM welches die Praxis auf dem Weg zum zertifizierten „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ begleitet.

Damit gibt es für den BVND keinen Grund mehr, ein eigenes QM-System zu unterhalten und weiterzuentwickeln. Was bleibt, ist die Unterstützung bei der Umsetzung des praxisinternen QM – unabhängig von Anbieter und Zertifizierung.

Um Praxen den Einstieg in das diabetes-spezifische Qualitätsmanagement zu erleichtern, aber auch um im befruchtenden gegenseitigen Austausch zu bleiben, hat der BVND die DSP-Workshops initiiert. Diese werden fortlaufend weiterentwickelt und auch den Kriterien der DDG-Zertifizierung angepasst. Die Verantwortung dafür liegt in den Händen der BVND-Akademie.

Diabetologische Schwerpunktpraxen als Weiterbildungsstätten

Weiterbildung

Die Weiterbildung zum Diabetologen auf Facharzt-Niveau ist für den Nachwuchs noch immer kein einheitlicher, sondern ein vielschichtiger Weiterbildungsweg, da es in der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer keinen Facharzt für Diabetologie, sondern nur eine Zusatzweiterbildung Diabetologie von 12 Monaten nach dem FA für Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendheilkunde gibt. Diese Fachärzte/innen sind im ambulanten Bereich zumeist im hausärztlichen Versorgungsgebiet tätig.

Daneben gibt es die Facharztbezeichnung für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, die mangels Weiterbildern sowohl stationär als auch ambulant kaum noch weitergebildet wird. Die wenigen ambulant Tätigen sind ganz überwiegend fachärztlich und im Schwerpunkt endokrinologisch tätig.

Ursächlich ist hier die seit über 20 Jahren erfolgte Ambulantisierung der theoretischen Diabetologie durch Schaffung der Versorgungsstruktur der Diabetologischen Schwerpunktpraxen im Rahmen der Disease-Management-Programme für Typ 1- und Typ 2-Diabetes, die es in dieser Form in keinem anderen Land gibt. Hierfür wurde als ärztliche Strukturqualität neben dem Internisten / Endokrinologen und der Zusatzbezeichnung Diabetologe LAK auch die Weiterbildung zur / zum Diabetologin / Diabetologen DDG als Facharzt-Äquivalent anerkannt.

Seit der Weiterentwicklung und Harmonisierung der Strukturkriterien für diabetologische Weiterbildungseinrichtungen nach LÄK und

DDG (mind. Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG) unter Mitwirkung von DDG und BVND besteht die Möglichkeit für den Nachwuchs, die Bezeichnung Diabetologe/-in DDG in ausschließlich ambulanter Weiterbildung zu erwerben, sofern die Einrichtung die Strukturqualität für Typ 1 und Typ 2-Diabetes vorhält, die entsprechenden Weiterbildungsinhalte vermittelt werden und neben dem Kurs Klinische Diabetologie sowie Kommunikation und Gesprächsführung eine 14 tägige Hospitation in einem zertifizierten stationären Diabeteszentrum erfolgt.

Attraktive Weiterbildungsstätten sind hier diabetologische Schwerpunktpraxen, die sowohl als Weiterbildungseinrichtung DDG zertifiziert sind (Diabeteszentrum DDG oder Diabetes-Exzellenz-Zentrum DDG) als auch Weiterbildungsabschnitte zum Facharzt für Innere oder Allgemeinmedizin anbieten können, da sie nach Landesärztekammer weiterbildungsbefugt sind. Die Weiterbildung zum / zur Diabetologen / -in kann somit als Teil der Facharztweiterbildung bis zu 24 Monate in einer entsprechend doppelt weiterbildungsbefugten Einrichtung absolviert werden.

Bundesweit gibt es eine unbegrenzte Förderung hälftig durch KVen und Krankenkassen von mindestens 7.500 Weiterbildungsstellen zum Facharzt für Allgemeinmedizin, auch im Quereinstieg aus einer anderen patientennahen Fachrichtung. Somit ist beim Erwerb des Facharztes für Allgemeinmedizin, ggf. mit Erwerb eines Zweitfacharztes in einer nach DDG-zertifizierten Diabetes-Schwerpunktpraxis zeitgleich mit Abschluss der Facharzt-Weiterbildung auch die Anerkennung als Diabetologe/in DDG möglich.

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

Allerdings wird die Weiterbildung zum/r hausärztlichen Internisten/in bisher nicht durch KVen und Krankenkassen gefördert. Da diabetologische Weiterbildungsstrukturen in internistischen Kliniken zunehmend wegbrechen, sind hausärztliche Internisten/innen in DDG-zertifizierten Diabetes-Schwerpunktpraxen aufgerufen, sich der dringend notwendigen Qualifizierung des Nachwuchses zu stellen und eine Weiterbildungsbefugnis für Innere Medizin zu beantragen und sich in den KVen für eine gleichberechtigte Förderung der Weiterbildung hausärztlicher Internisten und Internistinnen analog der Allgemeinmedizin einzusetzen.

Bei fehlender finanzieller Förderung diabetologischer Weiterbildungsabschnitte NACH dem Facharzt im ambulanten Bereich ist eine Beschäftigung eines Arztes / einer Ärztin allein zum Zwecke der Weiterbildung Zusatzbezeichnung Diabetologie LÄK für die meisten Praxisinhaber wirtschaftlich nicht darstellbar.

Parallel müssen daher berufspolitische Anstrengungen erfolgen, dass auch diese Zusatzbezeichnung (12 Monate WB nach dem Facharzt) als förderungswürdig eingeschätzt wird.

Die Diabetologische Schwerpunktpraxis als Diabetes-Exzellenz-Zentrum

Das „Ist“- und eine Zukunftsvision

Das Zertifikat Diabetes Exzellenzzentrum DDG ist in die Tat umgesetzt das Premiumzertifikat für höchste Ansprüche in der Versorgung von an Diabetes erkrankten Menschen. Mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement entspricht es den höchsten Qualitätskriterien der Deutschen Diabetes Gesellschaft.

Mit der Anerkennung zeigt eine Einrichtung, dass sie spezialisierte, auf Patienten und Patientinnen mit Diabetes ausgerichtete Strukturen und Prozesse aufweist, Behandlungsergebnisse vorlegen kann, sowie durch ein strukturiertes Qualitätsmanagement die kontinuierliche Sicherstellung von Behandlungsqualität und das Erreichen von Qualitätszielen durch rechtzeitiges Eingreifen in die Prozesse gewährleisten kann.

Doch wie sieht die Zukunft des Diabetes Exzellenz Zentrums aus?

Eine Praxis, welche sich über eine solche Zertifizierung auszeichnet, muss höchsten Qualitätsansprüchen entsprechen und patientenorientiert unter Nutzung aller Facetten moderner digitaler Kommunikation, klar strukturierter Behandlungsabläufe und sozialmedizinischer Patientenzentrierung alle komplexen, diabetologischen Probleme lösen und behandeln können.

Das zukünftige Exzellenz-Zentrum zeichnet sich einerseits darin aus, bestmögliche Behandlungsangebote für alle relevanten Patienten anliegen 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 zur Qualitätssicherung nach innen und nach außen, es steht als Weiterbildungsstätte für angehende Diabetologinnen und Diabetologen sowie hochqualifiziertem Fachpersonal zur multimodalen diabetologischen Patientenbetreuung zur Verfügung und deckt die im Positionspapier beschriebenen Fachbereiche 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.

Ambulante und stationäre Einrichtungen können auf der Basis

der Zertifizierung zum Diabetes Exzellenzzentrum DDG zusätzlich folgende Zertifizierungskompetenzen sichtbar machen: Diabetes und Schwangerschaft, Diabetes und Psyche, Diabetes und Fuß, Diabetes und Herz, Diabetes und Adipositas. Es ist geplant, dass ein Diabetes Exzellenz Zentrum zukünftig ein Modul vorhalten muss.

Neuartige Organisationsformen wie Interprofessionelle Gesundheitszentren und Hybrid-DRGs Arztleistung nach Facharzt-Standard, pflegerische Maßnahmen und Vorhalteleistungen müssen für alle Teilnehmer auskömmlich finanziert sein.