Qualifikations- und Qualitätsanforderungen

ABSCHNITT I: Qualitätsanforderungen im Rahmen des Vertrages

Die Qualitätsanforderungen beziehen sich auf die Qualifikation zur Erbringung von Leistungen im Rahmen der Anlage 12 des Vertrages. Sie teilen sich auf in persönliche Voraussetzungen und apparative bzw. Praxis-Ausstattung. Diese sind aufgeführt in Anlage 1 (Teilnahmeerklärung Arzt) und in dieser Anlage 2. Basis sind die Anforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung für die Zulassungsvoraussetzungen und die speziell für diesen Vertrag angestrebte Qualitätsförderung.

Folgende Voraussetzungen müssen von den teilnehmenden FACHÄRZTEN grundsätzlich und / oder für die Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen aus Anlage 12 erfüllt werden:

Teilnahmevoraussetzungen:

- Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Fachärzte für Innere Medizin für Allgemeinmedizin jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation nach Beschussfassung durch den Beirat gem. § 22
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“ oder der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“

Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen nach Anlage 12:

a) Für die Beratung, Schulung, Versorgung und therapeutische Überwachung der teilnehmenden Versicherten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus, die einer intensivierten Insulinbehandlung bedürfen, insbesondere i. V. m. der Indikationsstellung bzw. Verordnung von Glukosemessgeräten (rtCGM und FGM) und/oder Insulinpumpen, Erfüllung der Voraussetzungen nach Anlage 2a.
b) Die für die Beratung, Schulung, Versorgung und therapeutische Überwachung der teilnehmenden Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom (Letzteres in Anlehnung an die Richtlinien der DDG) erforderlichen Voraussetzungen werden zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.

ABSCHNITT II: Indikationen für die Verordnung der FGM-/rtCGM-Systeme (siehe § 5 Abs. 5 lit. d) des Hauptvertrages) sowie für Insulinpumpen

1) Indikationsstellung für die Verordnung von FGM-/rtCGM-Systemen

Die Indikationsstellung für die Verordnung von FGM/rtCGM-Systemen orientiert sich am G-BA Beschluss vom 16.06.2016[1] inklusive der tragenden Gründe zum Beschluss und des IQWIG-Abschlussberichts.

Die Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mittels FGM- oder rtCGM-Systemen ist bei Patientinnen und Patienten indiziert:

1. mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus,
2. die einer intensivierten Insulinbehandlung bedürfen, in dieser geschult sind und diese bereits anwenden, insbesondere dann, wenn die zwischen FACHARZT und Patientin oder Patient festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung (gemeinsame Betrachtung der schweren Hypoglykämien und des HbA1c-Wertes) auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation der Patientin oder des Patienten nicht erreicht werden können.

Bei neuen Erkenntnissen findet ggf. eine Anpassung der Indikationsstellung statt (Beschluss durch den Medizinischen Beirat gemäß Abschnitt IV Anlage 2a).

Als intensiviert ist eine Insulintherapie anzusehen, bei der die Patientin oder der Patient entsprechend ihres oder seines Lebensstils den Zeitpunkt und die Zusammensetzung der Mahlzeit selbst frei festlegt und dementsprechend die Dosierung des Mahlzeiteninsulins der Höhe des präprandialen Blutzuckerspiegels steuert.

I. Dokumentation der Indikation zur ICT:

a) Mittels umfassender, endstellig korrekter ICD-Kodierung (www.dimdi.de) wie auch gemäß Anlage 12 Anhang 1

- hinsichtlich des Diabetes-Typs bzw. der Diabetes-Form
- zur Insulinpumpe ICD-10 Z96.4
- zu den zugrundeliegenden Symptomen v. a. von Hypoglykämien usw. wie auch o. g. zur Vorgeschichte bzw. bekannte Auslöser, wie z. B. chronische Pankreatitis

[1] Gemeinsamer Bundesausschuss: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zur Therapiesteuerung bei Patientinnen und Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus. BAnz AT 06.09.2016 B3.

- einschließlich multidisziplinär behandlungsrelevanter Komorbiditäten v. a. z. B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Niereninsuffizienz, psychische Störungen und andere Stoffwechselerkrankungen (vgl. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes 2017 www.diabetes.org)

b) Nachvollziehbar anhand entsprechender Verordnungen (bzw. auch ATC-Kodes) auch für mögliche Evaluationen zur Förderung der Versorgungsqualität

Zwingender Bestand einer intensivierten Insulintherapie (vgl.: Definition ICT gemäß NVL 2015, GBA Beschluss zu rtCGM, Herold 2017) ist neben einem kurz wirksamen Insulin (gemäß WIdO: ATC: A10AB) zusätzlich ein länger wirksames Insulin (gemäß WIdO: ATC: A10AC, A10AD oder A10AE) oder das Vorhandensein einer Insulinpumpe (vgl. DIMDI: ICD: Z96.4).

II. Erhöhte Hypoglykämiegefahr unter ICT:

Die erhöhte Gefahr einer Hypoglykämie bzw. häufig wiederkehrende Hypoglykämien unter einer intensivierten Insulintherapie sind auf sämtliche Ursachen zu prüfen, mit dem Patienten zu besprechen und soweit möglich zu vermeiden, z. B.[2]:

- Nicht adäquate Insulinzufuhr zur nachfolgenden Nahrungsaufnahme, neben Berechnungsfehlern auch Anwendungsfehler prüfen (z. B. ausreichendes Schwenken bei NPH Insulinen)
- Interferenzen mit blutzuckersenkenden Medikamenten prüfen
- Veränderter Insulinbedarf unter starker körperlicher Belastung
- Alkoholgenuss (Hemmung der Glukoneogenese)
- Abgeschwächte Gegenreaktion auf Folgehypoglykämien
- Beachtung optimaler Nahrungszufuhr (reaktive Hypoglykämien bei vegetativer Labilität: kohlenhydratarme, fett- und eiweißreiche Kost mit mehreren kleinen Mahlzeiten) insbesondere auch bei sonstigen Erkrankungen und bei älteren Menschen, auch ggf. mit nicht zu strikter und niedriger HBA1c-Zielwert-Einstellung (Liberalisierung der Therapieziele mit zunehmender Diabetes-Krankheitsdauer z. B. nicht unter 6,5 %)

Die Kriterien zur Therapieentscheidung für FGM oder rtCGM sind in Anhang 2 zur Anlage 2a dargestellt und verbindlich zu berücksichtigen.

[2]Vgl. Herold, Innere Medizin, 2017.

2) Indikationen für eine Insulin-Pumpen-Therapie:

Patienten, die für die Insulinpumpentherapie vorgesehen sind, müssen in der intensivierten Insulintherapie geschult sein und diese gut beherrschen. Grundsätzlich müssen Eignung und Motivation der Patienten durch den FACHARZT überprüft und bestätigt werden. Die individuellen, unter Einsatz der Insulinpumpe zu erreichenden Therapieziele, müssen im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen FACHARZT und Patient festgelegt und überwacht werden. Die Gründe für die Entscheidung für eine Insulinpumpentherapie sind zu dokumentieren. Zu den Gründen für die Insulinpumpentherapie zählen insbesondere:

- schwere Hypoglykämien (ggf. mit Fremdhilfe)
- Wahrnehmungsstörungen von Hypoglykämien, Mal-Awareness
- Besondere Lebenssituationen, z. B. Schichtdienst, Wechsel zwischen leichter und schwerer körperlicher Arbeit
- Diabetiker, die trotz korrekter Durchführung der intensivierten konventionellen Insulintherapie mit mehreren BE-adaptierten Insulininjektionen täglich keine gute BZ-Stoffwechsellage erreichen können.
- Dawn-Phänomen
- Diabetikerinnen während der Schwangerschaft mit schwierig einzustellendem BZ-Stoffwechsel, die keine gute BZ-Einstellung erreichen können. Der Pumpeneinsatz kann auf die Schwangerschaft und die Stillzeit begrenzt sein.
- Diabetikerinnen zur Vorbereitung auf eine Schwangerschaft, wenn bei Umstellung auf Normal- und NPH-Insulin keine gute BZ-Stoffwechsellage erreicht werden kann.
- In Einzelfällen: Diabetiker mit ausgeprägten Komplikationen, welche eine normoglykämische Blutzuckereinstellung erfordern.
- besondere Kontext-Faktoren, z.B. psychische Beeinträchtigungen, besondere Behinderungen, bestätigte Spritzenphobie, Ketoazidoseneigung bei Jugendlichen, ganztägiger Kindergartenbesuch, Probleme in der Blutzuckereinstellung, die z.B. aus unregelmäßiger Essenseinnahme durch eine Übermittagsbetreuung in der Schule resultieren.

Die Anforderung an die Dokumentation und Indikationsstellung werden vom Medizinischen Beirat gemäß Abschnitt IV Anlage 2a festgelegt.

ABSCHNITT III: Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln (§ 5 Abs. 3 lit. a und b) des Vertrages)

(1) Teilnahme an Qualitätszirkeln im Rahmen des HZV-Vertrages gemäß § 5 Abs. 3 lit. a)

Im Rahmen des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden Württemberg mit der AOK wurden bereits Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie etabliert. Je Kalenderjahr nehmen die am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte an 4 Qualitätszirkelsitzungen teil. Den am FacharztProgramm teilnehmenden FACHÄRZTEN wird die Teilnahme und Unterstützung an einer Qualitätszirkelsitzung empfohlen, welche diabetologisch relevante, indikationsbezogene (Pharmako-) Therapie-Module beinhaltet.

(2) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln im Rahmen dieses Vertrages für FACHÄRZTE (gemäß § 5 Abs. 3 lit b) des Vertrages)

Im Rahmen des Vertrages zur fachärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg mit der AOK sollen mindestens 2 strukturierte Qualitätszirkel pro Kalenderjahr etabliert werden. Je vollendetes Halbjahr ist mindestens ein Qualitätszirkel zu besuchen.
Mindestens alle zwei Jahre wird im Rahmen der strukturierten Qualitätszirkel ein Qualitätszirkel zum Themenkomplex „Diabetes-Technologie“ angeboten.

ABSCHNITT IV: Erstellung eines individuellen Arzt-Feedbacks mittels Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit von am AOK-FacharztProgramm oder dem Modul „Gestationsdiabetes“ teilnehmenden Versicherten in diabetologischer Versorgung

Der FACHARZT erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1) damit einverstanden, dass die AOK über ein drittes, unabhängiges Forschungsinstitut Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit durchführen kann. Ziel ist eine arzt- und patientenbezogene Evaluation, insbesondere zu Prozessen, Patientenzufriedenheit sowie Elementen der Vertragsumsetzung (z.B. Partizipative Entscheidungsfindung bzw. Arzt-Patienten-Kommunikation).

Die Vertragspartner definieren, ggf. mit Unterstützung entsprechend qualifizierter Dritter, das methodische Vorgehen zur Patientenbefragung.

Zur Durchführung der Patientenbefragungen, zur Datenauswertung und zur Erstellung arztbezogener Feedback-Berichte beauftragen die Vertragspartner ein oder mehrere unabhän-

gige Forschungsinstitute. Darüber hinaus sollen ausschließlich anonymisierte Daten der Patientenbefragung in die Qualitätszirkel einfließen (siehe ABSCHNITT II. Abs. 2). Über die Einzelheiten der Inhalte der Beauftragung des Forschungsinstituts stimmen sich die Vertragspartner ab. Das individuelle Feedback ist nur für den Arzt vorgesehen.

ABSCHNITT V: Behandlungsleitlinien (§ 5 Abs. 3 lit. c) und § 5 Abs. 5 lit. b) des Vertrages)

Die Vertragspartner überprüfen nach Bedarf die in diesem Vertrag zugrunde gelegten diabetologischen, evidenzbasierten, praxiserprobten Behandlungsempfehlungen, nach welchen die im § 5 Abs. 3 lit. c) und Abs. 5 lit.b) des Vertrages geregelte Versorgung der Patienten erfolgt und schlägt dem Beirat ggf. Änderungen vor. Die Liste der Behandlungsempfehlungen wird auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES unter www.medi-verbund.de veröffentlicht. Der FACHARZT stimmt einer Anpassung dieser Liste schon jetzt zu.

ABSCHNITT VI: Erfüllung von Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (§ 5 Abs. 3 lit. d) des Vertrages)

(1) Die diabetologisch tätigen Ärzte bilden sich bereits jetzt entsprechend den berufs- und vertragsarztrechtlichen Pflichten fort. Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT jeweils 2 gemäß Abs. 2 zertifizierte Kurse bzw. Fortbildungen mit mindestens 8 Fortbildungspunkten zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder der jeweiligen Fachgruppen zu absolvieren.

(2) MEDIVERBUND zertifiziert gemeinsam mit dem IFFM („Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde e.V.“) jährlich Fortbildungsveranstaltungen, die sich insbesondere mit den diabetologischen Versorgungsschwerpunkten beschäftigen. Dazu gehören in gemeinsamer Abstimmung zwischen allen Vertragspartnern vor allem folgende Themen:

- Unterstützung der richtigen spezifischen endstelligen Kodierung
- Unterstützung von Informationsvermittlung bzw. Umsetzung der Beratungsergebnisse/der gemeinsamer Entscheidungsfindung auch zu nicht-medikamentösen Themen
- Unterstützung der medikamentösen Maßnahmen z.B. gemäß aktuellem Stand der Rationalen Pharmakotherapie sowie auch der Rabattierung
- Unterstützung und Vernetzung der interdisziplinären Versorgung

(3) MEDIVERBUND führt eine kontinuierliche Liste über die Fortbildungsveranstaltungen und stellt sie der AOK zur Verfügung. Die AOK kann Vorschläge zu Qualitätszirkel- und Fortbildungsthemen einbringen.

Abschnitt VII: Fortbildungspflicht der Diabetesberater/innen (§ 3 Abs. 3 lit. o))

Die FACHÄRZTE haben die Fortbildung der Diabetesberater/innen gem. den Regelungen des VBDB (Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V.) nachzuweisen. Es besteht derzeit für Diabetesberater/innen die Verpflichtung zur Fortbildung im Umfang von 25 Punkten pro Jahr bzw. 75 Punkten innerhalb von drei Jahren. Als Nachweis sind die Zertifikate der Fortbildung des VDBD bei der Managementgesellschaft einzureichen.

Abschnitt VIII: Evaluation

Die Vertragspartner können nach angemessener Vertragslaufzeit eine Evaluation des Vertrages durch Einschaltung eines externen universitären wissenschaftlichen Institutes durchführen. Über die Veröffentlichung der Ergebnisse entscheidet der Beirat (§ 22). Dabei können insbesondere Verordnungs-, Diagnose- und Leistungsdaten in anonymisierter Form genutzt werden. Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.