

Vereinbarung
zum
Diabetes Gesundheitsmanagement
im Rahmen eines Modellvorhabens
nach § 63 Abs.1 SGB V

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg – Vorpommern

und der

AOK Mecklenburg - Vorpommern
Die Gesundheitskasse.

Präambel

Angesichts zunehmender Diabetes mellitus Erkrankungen und diabetischer Begleit- und Folgeerkrankungen halten es die AOK Mecklenburg - Vorpommern und die Kassenärztliche Vereinigung MV (nachfolgend Vereinbarungspartner) in ihrer gemeinsamen Verantwortung für die vertragsärztliche Versorgung der DiabetikerInnen für erforderlich, daß sich alle am Versorgungsprozeß Beteiligten auf die verbindlichen Forderungen der St. Vincent Deklaration von 1989 zur Verbesserung der Versorgung der DiabetikerInnen besinnen und sich verpflichten, diese zu erfüllen.

Die Ziele der St. Vincent Deklaration sind Ausdruck dessen, was durch eine wirksame Diabetestherapie erreicht werden kann. Die aus diesen Zielen abgeleiteten Ergebnisparameter sind die Basis für die Messung der Versorgungssituation.

Die nachweisbare Lücke zwischen prinzipiell Erreichbarem und heute erreichtem Stand der Diabetikerversorgung ist nach anerkannten medizinischen Standards auf wissenschaftlich gesichertem Qualitätsniveau durch eine flächendeckende Verbesserung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität, unter Einbeziehung aller am Versorgungsprozeß Beteiligten in Mecklenburg - Vorpommern, zu schließen.

§ 1

Ziele

Ziel der Vereinbarung ist, mit einem aktiven Diabetes Gesundheitsmanagement die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität der Diabetikerversorgung für die bei der AOK Mecklenburg-Vorpommern versicherten DiabetikerInnen landesweit meßbar, nachweisbar und anhaltend zu verbessern und die Zahl der jährlich neu an diabetologischen Spätfolgen erkrankenden DiabetikerInnen, entsprechend den Zielen der St. Vincent Deklaration (Anlage 1) zu senken.

Um diese Ziele zu erreichen, wird vereinbart:

1. Die Praxen beider Versorgungsebenen verpflichten sich zur kontinuierlichen und strukturierten Befunderhebung entsprechend Anlage 2 dieser Vereinbarung.
2. Die Praxen der Versorgungsebene 1 (Hausärzte) und der Versorgungsebene 2 (diabetologische Schwerpunktpraxen) intensivieren ihre Zusammenarbeit mittels folgender Leistungskomplexe:
 - Diabetologische Konsiliaruntersuchung
 - Diabetologische Mitbehandlung bis zu 6 Monaten

Die **Prozeßqualität** wird durch definierte Versorgungsaufträge und Überweisungs- und Rücküberweisungskriterien gesichert.

3. Für jeden Diabetiker erfolgt eine Erstdokumentation entsprechend Anlage 5 (Dokumentationsbogen). Diese Darstellung des individuellen Gesundheitsprofils wird jährlich mit gleichem Dokumentationsbogen wiederholt (Folgedokumentation).

- Die Auswertung der gemessenen Prozeß- und Ergebnisparameter erfolgt gemeinsam durch die Vereinbarungspartner. Dazu wird eine **Projektstelle Diabetes** gegründet.

§ 2

Versorgungsebenen

- Die Diabetikerversorgung erfolgt in

Versorgungsebene 1 (VE 1):

Die ambulante dauerhafte Versorgung der DiabetikerInnen erfolgt im hausärztlichen Bereich und in Einzelfällen durch fachärztlich niedergelassene Internisten (Anlage 3 A. 1). Die Teilnahme fachärztlich tätiger Internisten in der Versorgungsebene 1 setzt das vorherige Einvernehmen der Vereinbarungspartner voraus.

Ambulante dauerhafte Versorgung bedeutet mindestens eine diabetologische Konsultation pro Quartal und mindestens eine HbA1-c-Wert-Messung je Quartal.

Versorgungsebene 2 (VE 2):

Die DSP ist als spezialisierte Versorgungseinrichtung der hausärztlichen Versorgungsebene übergeordnet (Anlage 4 A. 7.3).

In einer diabetologischen Schwerpunktpraxis (DSP) können Diabetiker auch dauerhaft behandelt werden (Anlage 4 A. 8).

Die Vereinbarungspartner entwickeln bis zum 30. 6.2000 landesinterne Kriterien, nach denen einvernehmlich über die Anzahl der in Versorgungsebene 2 teilnehmenden Leistungserbringer entschieden wird. Hierbei sind insbesondere regionale Sicherstellungsaspekte zu beachten. Hiervon unberührt bleiben die am 31. 3.2000 in Versorgungsebene 2 teilnehmenden Leistungserbringer.

- Die Ergebnisse des AOK-Wissenschaftsbeirates und die auf wissenschaftlicher Basis für das Krankheitsbild Diabetes entwickelten Therapieleitlinien sind Grundlage der Diabetestherapie für die Versorgungsebenen.

Die entsprechenden Struktur-, Prozeß- und Ergebnisparameter der Betreuung bestimmen die Anforderungen an die Qualität der Arztpraxen der Versorgungsebenen 1 und 2 sowie der Versorgungsebene 3. Die inhaltliche Beschreibung erfolgt für die Versorgungsebene 1 in Anlage 3 und für die Versorgungsebene 2 in Anlage 4 dieser Vereinbarung.

§ 3

Teilnahme

- An der Vereinbarung nehmen die unter § 2 Abs. 1 definierten Ärzte, bei denen Patienten mit Diabetes dauerhaft behandelt werden, als **Versorgungsebene 1** (Anlage 3 A. 1) teil. Die Ärzte erklären ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der KV MV und stimmen den internen Qualitätssicherungsmaßnahmen durch Stichprobenprüfungen zu.
- An der Vereinbarung können im Sinne der **spezialisierten Versorgungsebene 2** (Anlage 4) alle diabetologischen Schwerpunktpraxen nach schriftlicher Erklärung gegenüber der KV-MV teilnehmen. Die Qualifikationsanforderungen werden in

Abschnitt A, Ziffer 3.2 der Anlage 4 beschrieben. In die Versorgungsebene der diabetologischen Schwerpunktbetreuung können auch ermächtigte Ärzte und die ermächtigten ärztlich geleitete Einrichtungen, bei denen Patienten mit Diabetes behandelt werden, einbezogen werden, soweit dies aus Sicherstellungsgründen regional notwendig ist und diese Ärzte über die Qualifikation als Diabetologe oder Endokrinologe verfügen. Für sie gelten die gleichen Qualifikationsanforderungen wie für die hausärztliche und spezialisierte Versorgungsebene. Soweit ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen einbezogen werden, haben sie ebenfalls ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der KV-MV zu erklären.

3. Die Teilnahme **aller bei der AOK versicherten Diabetiker** an diesem Programm wird angestrebt. Durch die Teilnahme unterstreichen die Versicherten ihre Bereitschaft zur Stärkung ihrer Mitverantwortung für ihre Gesundheit. Sie ist freiwillig und durch eine Teilnahmeerklärung zu bestätigen. Die Teilnahmeerklärung wird vom dauerhaft behandelnden Arzt zur Patientenakte genommen und gegenüber der AOK MV durch Angabe auf dem Dokumentationsbogen nachgewiesen. Die AOK MV stellt die entsprechenden Formulare bereit.

Die Versicherten werden durch genaue Informationen seitens der Vereinbarungspartner über den Inhalt, die Vorteile und die Auswirkungen der Teilnahme am Programm Diabetes Gesundheitsmanagement aufgeklärt.

Die AOK Mecklenburg-Vorpommern bietet behandlungsunterstützende und patientenaktivierende Angebote im Rahmen der Prävention an. Diese Angebote werden durch die Präventionsfachkräfte erbracht. Sie werden im Sinne dieser Vereinbarung in die Betreuung und das Diabetes Gesundheitsmanagement integriert. Der behandelnde Arzt nimmt zur Durchführung entsprechender Programme (gem. Anlage 8) eine Zuweisung primär an die Präventionsfachkräfte der AOK vor. Alternativ kann der Diabetiker selbst an die AOK heran treten. Die Präventionsfachkräfte arbeiten in jedem Fall eng mit dem behandelnden Arzt zusammen und werden dem Versicherten die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung empfehlen.

§ 4

Überweisungsverhalten zwischen den Versorgungsebenen

1. Für die Versorgungsebenen gelten die Versorgungsaufträge für Diabetiker Typ 1, Typ 2.1 und Typ 2.2. laut Anlage 3 B. 2.2 und Anlage 4 B. 1.2.
2. Eine Überweisung von der VE 1 in die VE 2 erfolgt, wenn die in Anlage 3 B. 2.2.3.2 aufgeführten Qualitätsindikatoren überschritten werden.
3. Die diabetologischen Schwerpunktpraxen der VE 2 bieten dem Arzt der VE 1 zwei Leistungskomplexe an (Anlage 3 B. 2.1 und Anlage 4 B. 1.2) und überweisen den Diabetiker nach erfolgter Konsiliaruntersuchung oder Mitbehandlung zurück in die VE 1. Für die Überweisung und Rücküberweisung wird der Dokumentationsbogen (Anlage 5) zusätzlich zum üblichen Überweisungsschein verwendet.
4. Mit der Rücküberweisung des Patienten an die VE 1 reicht der Arzt der VE 2 den von beiden Versorgungsebenen ausgefüllten und abgestempelten Dokumentationsbogen an die Kassenärztliche Vereinigung zur Abrechnung ein.

5. Auffällige Häufungen von Überweisungen und Rücküberweisungen werden über das Controlling durch die Projektstelle analysiert.

§ 5

Diabetes Gesundheitsmanagement - Dokumentationsverfahren

1. Allgemeines

Die medizinischen Versorgungsziele von Diabetikern werden nach der St. Vincent Deklaration (Anlage 1) wie folgt definiert:

- Erhaltung und Wiederherstellung von Wohlbefinden und Lebensqualität der Diabetiker
- Vermeidung von Akut- und Spätkomplikationen im Zusammenhang mit der Erkrankung
- das Auftreten der Folgeerscheinungen ist ein fortschreitender Prozeß, dessen gegenwärtiger Status durch differenzierte Qualitäts- bzw. Ergebnisindikatoren angezeigt und durch gezielte Maßnahmen verlangsamt wird.

Daraus leiten sich die für die Messung und Auswertung im Sinne dieser Vereinbarung verwendeten Ergebnisparameter und die in Kategorie I bezeichneten Zielgrößen ab (Anlage 6):

- Optimaler HbA1c-Wert
- Normotonie
- Senkung diabetesbedingter Krankenhaus- und Arbeitsunfähigkeitstage
- Reduzierung von diabetischen Folgeerkrankungen wie:

Dialysepflichtigkeit
Amputation
Erblindung
Herzinfarkt und Schlaganfall

Das Programm Diabetes Gesundheitsmanagement ist erfolgreich, wenn nachweisbare Ergebnisse hinsichtlich Wohlbefinden, Lebensqualität und langjähriger Progressionsverzögerungen bzw. Abnahme der diabetologischen Folgeerkrankungen vorliegen und es damit zusammenhängend zu deutlich verminderten und meßbaren diabetesbedingten Ausgaben kommt.

2. Messung und Dokumentation

- 2.1 Das Erreichen nachweisbarer Ergebnisse setzt eine kontinuierliche Messung und Auswertung der festgelegten Ergebnisparameter voraus.

Für alle zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung manifestierten und bei der AOK MV versicherten DiabetikerInnen wird ein einheitliches standardisiertes Dokumentationsverfahren (Anlage 5) der medizinischen Qualitätsindikatoren/Ergebnisparameter vereinbart.

Es gilt ebenfalls für alle nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung neu diagnostizierten

und bei der AOK MV versicherten DiabetikerInnen.

- 2.2 Das Dokumentationsverfahren gliedert sich in die **Erst- und Folgedokumentation**. Die **Erstdokumentation** dient zur Einschätzung der Ausgangsversorgungssituation. Zusammen mit der Folgedokumentation bildet sie die Grundlage der mit dieser Vereinbarung geregelten zusätzlichen Honorierung nach Anlage 7. Die kontinuierlich durchzuführende Folgedokumentation gibt einen Überblick über die langfristige Entwicklung der Versorgungssituation. Sie dient als eine Maßnahme der Qualitätssicherung und der Verlaufskontrolle sowie der Prüfung der Ergebnisqualität im Zusammenhang mit der Evaluation dieser Vereinbarung.
- 2.3 Die Erstdokumentation wird für jeden Diabetiker einmalig durchgeführt. Danach werden kontinuierlich, jeweils im Abstand von zwölf, höchstens aber fünfzehn Monaten, **Folgedokumentationen** erhoben und mit den Abrechnungsunterlagen an die Kassenärztliche Vereinigung eingereicht.
- 2.4 Zuständig für die **Erst- und Folgedokumentation** ist der Arzt, bei dem der/die Diabetiker/In dauerhaft behandelt wird.
3. Die Vereinbarungspartner stimmen überein, daß neben dem unter den Ziffern 1 und 2 beschriebenen Dokumentationsverfahren eine quartalsweise Dokumentation der Befunddaten auf den BDT-tauglichen Erfassungsbelegen durchzuführen ist (**Anlagen 5a bzw. 5b**). Diese Dokumentationen sind auf Anforderung der Vereinbarungspartner der Projektstelle Diabetes zu übermitteln. Die Vereinbarungspartner unterstützen geeignete Maßnahmen zur Ablösung schriftlicher Dokumentation durch bundeseinheitliche Software.

§ 6

Projektstelle Diabetes und Evaluation

1. Das Erreichen und Sichern der Ziele dieser Vereinbarung verlangt ein hohes Maß an vertrauensvoller partnerschaftlicher Zusammenarbeit und Offenheit der Vereinbarungspartner.
2. Die Umsetzung dieser Vereinbarung und des Modellvorhabens werden während der gesamten Laufzeit begleitet. Hierzu ernennen die Vereinbarungspartner je einen oder mehrere Verantwortliche/n und bilden eine gemeinsame **Projektstelle Diabetes**. Aufgabe der Projektstelle ist es, institutionsübergreifend ausschließlich das Programm Diabetes Gesundheitsmanagement erfolgreich zu realisieren.
3. Die gemeinsame Projektstelle Diabetes bereitet die Dokumentation und Auswertung der Ergebnisindikatoren Diabetes gemeinsam vor. Sie entwickelt das praktische Vorgehen zur Durchführung der Datenerhebung, Datenerfassung und -verarbeitung. Um die optimale und zeitnahe Auswertung der Daten zu gewährleisten, ist die EDV-gestützte Verarbeitung der Ergebnisparameter Voraussetzung. Die Vereinbarungspartner vereinbaren, die technischen Voraussetzungen ihrer Organisationen dafür zu nutzen.
4. Für die Weiterverarbeitung und Bewertung der Ergebnisse der Dokumentationen im Zusammenhang mit der Erreichung der Ziele der St. Vincent Deklaration und der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität der Hausarzt- und diabetologischen Schwerpunktpraxen wird ein geeignetes Vorgehen entwickelt. Die Projektstelle trägt

die Daten und Analysen der Evaluierung und regt das Fallmanagement an.

5. Die Vereinbarungspartner schließen eine gesonderte Vereinbarung über die Finanzierung der Evaluation und beauftragen eine unabhängige Stelle mit der Evaluierung der Vereinbarung. Anlage 9 enthält die Vereinbarung über die inhaltlichen Eckpunkte und die Finanzierung der Evaluation der Vereinbarung.
Bei der Dokumentation und Auswertung wird den Erfordernissen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht Rechnung getragen.

§ 7

Vergütung

1. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit der Diabetikerbehandlung erfolgt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).
2. Die zusätzliche Vergütung nach dieser Vereinbarung besteht für die Versorgungsebene 1 aus:
 - Dokumentationspauschale für Erstdokumentation und Folgedokumentationen
 - Überweisungspauschale (einschließlich der erforderlichen Dokumentation)
 - Qualitätsorientierte Ergebnisvergütung nach Auswertung der Dokumentation
 - Schulungspauschalen einschließlich Schulungsmaterial
3. Die zusätzliche Vergütung nach dieser Vereinbarung besteht für die Versorgungsebene 2 aus:
 - Rücküberweisungspauschale nach einer Konsiliaruntersuchung (einschließlich der erforderlichen Dokumentation)
 - Rücküberweisungspauschale nach einer Mitbehandlung von bis zu sechs Monaten (einschließlich der erforderlichen Dokumentation)
 - Schulungspauschalen einschließlich Schulungsmaterial

Zusätzlich kann die VE 2 für dauerhaft behandelte DiabetikerInnen (wie in VE 1) erhalten:

- Dokumentationpauschale für Erstdokumentation und Folgedokumentationen
 - Qualitätsorientierte Ergebnisvergütung nach Auswertung der Dokumentation
4. Die Zahlung der Überweisungs-, Rücküberweisungs- und der Dokumentationspauschalen sowie der Ergebnisvergütung (gem. Anlage 7) erfolgt nach Prüfung der eingereichten Unterlagen auf Vollständigkeit und Plausibilität. Unvollständig bzw. unplausibel ausgefüllte Dokumentations- und Überweisungsbögen begründen keinen Anspruch auf Vergütung.
 6. Die Pauschalen enthalten jeweils im Rahmen des jährlich zur Verfügung stehenden Gesamtvolumens einen variablen Bestandteil in Höhe von bis zu 15%, welcher im Ergebnis vorgezogener Abrechnungen unter dem Aspekt der Prozeßqualität aber auch eventuell notwendiger Umverteilungen eingesetzt werden kann. Die Wirkung der Variablen darf in der Summation nicht zu einer Überschreitung der quartalsbezogenen Gesamtsumme bei Zugrundelegen der vereinbarten Pauschalen (feste DM-Beträge) führen.

§ 8

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise nicht rechtswirksam sein oder werden, wird dadurch die Geltung der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmungen soll eine angemessene Regelung treten, die dem Willen der Vereinbarungspartner sowie dem Sinn und Zweck der Vereinbarung entspricht.

§ 9

**Vereinbarungszeitraum, Änderungen, Kündigung,
außer Kraft treten anderer Vereinbarungen**

1. Diese Vereinbarung tritt am 01. 04.2000 in Kraft und gilt zunächst bis zu 31.12.2001. Für den Fall, daß über Controlling und Evaluation die Behandlungsdaten eine nachweisbare Verbesserung der Ergebnisqualität erbracht haben und eine Gegenfinanzierung im Sinne der erfolgsdefinition des §5 Ziff. 1, letzter Satz sichergestellt ist, verpflichten sich die Vereinbarungspartner über eine Verlängerung zu verhandeln. Hierbei sind die bis zu diesem Zeitpunkt gewonnenen Erkenntnisse aus der Umsetzung zu berücksichtigen.
2. Teile der Vereinbarung, je nach Erkenntnisstand, zu aktualisieren, zu erweitern oder neu zu vereinbaren ist möglich, wenn dadurch der ursprüngliche Sinn und Zweck der Vereinbarung erhalten bleibt und das Erreichen der Ziele der St. Vincent Deklaration unterstützt wird.
3. Die Vereinbarung kann abweichend von der Regelung in Absatz 1 mit einer Frist von 3 Monaten zum 30. 6. bzw. zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.
4. Mit in Kraft treten dieser Vereinbarung treten die „Vereinbarung über die ambulante Schulung, Behandlung und Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus und damit in Zusammenhang stehenden Stoffwechselstörungen“ vom 1. 8.1995 sowie sämtliche hierzu zwischen den Vereinbarungspartnern vereinbarte Vergütungsregelungen außer Kraft.

Schwerin, den 22. März 2000

gez. W. Eckert

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

gez. F.-W. Bluschke

AOK Mecklenburg-Vorpommern
Die Gesundheitskasse.