

Vereinbarung

zum

Diabetes Gesundheitsmanagement

**im Rahmen eines Strukturvertrages
nach § 73 a Abs.1 SGB V**

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg – Vorpommern**

für Ambulantes Gesundheitsnetzwerk Neubrandenburg e.V.

und der

**Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern
des
Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK)/
des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes (AEV)**

**Werderstr. 74a
19053 Schwerin**

für

**Barmer Ersatzkasse (BARMER)
Marienplatz 3
19053 Schwerin**

**Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK)
Vertragsbereich Mecklenburg-Vorpommern
Am Grünen Tal 36
19063 Schwerin**

Präambel

Angesichts zunehmender Diabetes mellitus Erkrankungen und diabetischer Begleit- und Folgeerkrankungen halten es die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), die Barmer Ersatzkasse (BARMER) 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 des Ambulanten Gesundheitsnetzwerk Neubrandenburg e.V., zu schließen.

§ 1

Ziele

Ziel der Vereinbarung ist, mit einem aktiven Diabetes Gesundheitsmanagement die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität der Diabetikerversorgung für die bei der DAK bzw. BARMER versicherten DiabetikerInnen des Gebietes Neubrandenburg 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.

§ 2

Versorgungsebenen

1. 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).

2. 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

1. Die in den Versorgungsebenen teilnehmenden Leistungserbringer sind Mitglieder des Ambulanten Gesundheitsnetzwerkes Neubrandenburg e.V.
2. Die Teilnahme aller an diesem Vertrag teilnehmenden Ersatzkassenversicherten Diabetiker (DAK bzw. BARMER), die in dem Bereich Neubrandenburg ihren Wohnsitz haben, 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 DAK bzw. BARMER durch Angabe auf dem Dokumentationsbogen nachgewiesen. Die DAK bzw. BARMER beteiligen sich anteilig an den entsprechenden Kosten für die Formulare.

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

§ 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 analysiert und quartalsweise gemeinsam ausgewertet.

§ 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 in §3 Ziff.2 genannten, zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung manifestierten, und bei der DAK bzw. BARMER 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 DAK bzw. BARMER versicherten DiabetikerInnen des Gebietes Neubrandenburg.
- 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 dem BDT-tauglichen Erfassungsbeleg durchzuführen ist (Anlage 5). Diese Dokumentation ist auf Anforderung der Vereinbarungspartner der gemeinsamen Arbeitsgruppe zu übermitteln.

§ 6

Controlling 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 Arbeitsgruppe. Aufgabe der Arbeitsgruppe ist es, institutionsübergreifend ausschließlich das Programm Diabetes Gesundheitsmanagement erfolgreich zu realisieren.
3. Die Arbeitsgruppe 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.

§ 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:

- Dokumentationspauschale 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.
5. Die im Rahmen dieses Vertrages erbrachten und abgerechneten Leistungen werden über die KVMV mit der DAK und der BARMER mit der Gesamtabrechnung gemäß Formblatt 3 abgerechnet. Der Formblatt-3-Abrechnung ist eine spezifizierte Abrechnung für Leistungen nach diesem Vertrag beizufügen.
6. Die Vergütung nach diesem Vertrag erfolgt zusätzlich zur Gesamtvergütung nach § 85 SGB V mit Ausnahme der entsprechend Anlage 7 nach EBM abzurechnenden Leistungen.
Für das Jahr 2001 ist die Vergütung auf das Vergütungsvolumen des Jahres 2000 nach der Vereinbarung vom 13.09.1999 auf der Basis des § 43 SGB V für den Erstreckungsbereich dieser Vereinbarung begrenzt.

§ 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 01.01.2001 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.
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. Mit Inkrafttreten dieser Vereinbarung treten die „Vereinbarungen über die ambulante Schulung, Behandlung und Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus und damit in Zusammenhang stehenden Stoffwechselstörungen“, vom 05.08.1998 sowie sämtliche hierzu zwischen den Vereinbarungspartnern abgeschlossene Vergütungsregelungen für die Mitglieder des Gesundheitsnetzes Neubrandenburg e.V. außer Kraft.

Schwerin, den

gez. Unterschrift

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

gez. Unterschrift

Verband der
Angestellten-Krankenkassen (VdAK) / des
Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes (AEV)
Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

Protokollnotiz

zu § 7 Ziff. 2 und 3 der Vereinbarung zum Diabetes Gesundheitsmanagement

1. Die Vereinbarungspartner des Modellvorhabens zum Diabetes Gesundheitsmanagement stimmen darin überein, daß die in § 7 Ziff. 2 und 3 der Vereinbarung geregelte qualitätsorientierte Ergebnisvergütung bezüglich der Stabilisierung des Gesundheitsprofils (vergleiche Anlage 7 der Vereinbarung) nur dann wirksam wird, wenn die Leistungserbringer der Versorgungsebenen ein Stabilisieren des Gesundheitsprofils durch ein aktives Handeln bewirkt haben. Die Ergebnisvergütung setzt voraus, daß die in § 4 der Vereinbarung nebst den hierzu erstellten Anlagen definierten Überweiskriterien nachweisbar eingehalten wurden. Dies ist insbesondere dann gegeben, wenn die geforderten Überweiskriterien sowie Mitbehandlungsleistungen gemäß der Vereinbarung zum Diabetes Gesundheitsmanagement nebst Anlagen erfolgt sind und die Ergebnisqualität, die in der höheren Versorgungsebene erreicht und per Arztbrief mit entsprechenden individuellen Therapiehinweisen mitgeteilt wurden, in der nächst niederen Versorgungsebene aktiv stabilisiert wird.
2. Sofern im Einzelfall bei einzelnen Versicherten eine Nierenschädigung bereits in den Kategorien II bis V gem. Anlagen 6 und 6a der Vereinbarung vorliegt und durch aktives Handeln der Versorgungsebenen eine Verschlechterung des Gesundheitsprofils (Dialysepflichtigkeit des Versicherten) verhindert wird, ist für diese besonderen Fälle eine qualitätsorientierte Ergebnishonorierung im Sinne § 7 der Vereinbarung möglich.
3. Eine entsprechende Ergebnishonorierung bezüglich Ziffer 1 und 2 erfolgt jedoch erst dann, wenn durch **die gemeinsame Arbeitsgruppe** im Rahmen des Controllings festgestellt wurde, daß die in der Vereinbarung definierten Überweisungs- und Mitbehandlungskriterien nachweisbar eingehalten wurden.
Die Stabilisierung des Gesundheitsprofils in der Kategorie I gem. Anlagen 6 und 6a der Vereinbarung wird unabhängig von den vorstehenden Regelungen vergütet.

Schwerin, den

gez. Unterschrift

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

gez. Unterschrift

Verband der
Angestellten-Krankenkassen (VdAK) / des
Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes (AEV)
Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

ANLAGE 1

MEDIZINISCHE ZIELE DER DIABETIKERBETREUUNG NACH DER ST. VINCENT DEKLARATION

Langfristige Gesundheitsziele:

- Vermeidung von Spätkomplikationen
 - Dialysepflichtigkeit
 - Amputationen
 - Erblindung
 - Herzinfarkt / Schlaganfall

Mittelfristige Behandlungsziele:

- Wohlbefinden und Lebensqualität
 - HbA1c-Wert im Normbereich
 - Vermeidung von Hypoglykämie
 - Vermeidung von Ketoazidose
 - Vermeidung von diabetesbedingten Krankenhausaufenthalten
 - Vermeidung von diabetesbedingter Arbeitsunfähigkeit

Kurzfristige Therapieziele:

- Therapievorgaben
 - Optimale Stoffwechseleinstellung, nahe Normoglykämie
 - Regelmäßige Risikountersuchungen (Augen, Füße, Niere, etc.)
 - Teilnahme der Diabetiker an Schulungen
 - Normotonie
 - Symptombfreiheit
 - Therapieanpassung an die Lebensqualität der Diabetiker

Strukturierte Befunderhebung zur Risikoprävention Diabetes

Qualitätsindikator	<u>Erhebung/ Messung</u>
Allgemeine Angaben	
Gewicht	vierteljährlich
Zigarettenkonsum	jährlich
Patientenbuchkontrolle	vierteljährlich
Frage nach Schulungsdefiziten	jährlich
Ganzkörperstatus (Haut, Gefäße,	jährlich
Harnsäure	jährlich
Kalium	jährlich
Stoffwechsel	
Blutzucker bei jedem Besuch	vierteljährlich
Blutzuckerselbstkontrolle	vierteljährlich
Ketone im Harn (bei Entgleisung)	vierteljährlich
Hypoglykämiekontrolle	vierteljährlich
HbA1c-Wert	vierteljährlich
Herz – Kreislauf	
Blutdruck RR	vierteljährlich
EKG	jährlich
Cholesterol gesamt	jährlich
HDL-Cholesterol	jährlich
LDL-Cholesterol	jährlich
Triglyceride	jährlich
Füße	
Fußinspektion	vierteljährlich
Überprüfung Fußpulse	jährlich
Stimmgabeltest	jährlich
Augen	
Augenarzt	jährlich
Nieren	
Microalbumin	jährlich
Protein	jährlich
Kreatinin i.S.	jährlich

Anforderungen
an die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität der
Diabetikerversorgung
in Arztpraxen der Versorgungsebene 1

A. Strukturqualität

1. Versorgungsebene 1
2. Aufgaben des Arztes der Versorgungsebene 1
3. Qualitätssicherung

B. Prozeßqualität

1. Therapieprozeß
 - 1.1 Individuelle Therapieziele
 - 1.2 Strukturierte Befunderhebung der Qualitätsindikatoren
2. Überweisungsprozeß
 - 2.1 Leistungsangebote der DSP
 - 2.2 Versorgungsaufträge der Arztpraxen der Versorgungsebene 1
 - 2.2.1 Gruppeneinteilung der Diabetiker
 - 2.2.2 Versorgungsaufträge, einschließlich Schulungsaufträge VE 1
 - 2.2.3 Überweisung und Mitbehandlung
 - 2.2.3.1 Überweisungsprozeß
 - 2.2.3.2 Überweisungskriterien
 - 2.3 Schulungsaufträge der Arztpraxen der Versorgungsebene 1
 - 2.3.1 Prozeß der Diabetikerschulung
 - 2.3.2 Schulungsaufträge

C. Ergebnisqualität

1. Prozeßergebnisse
 - 1.1 Regelmäßigkeit und Vollständigkeit der Befunderhebung
 - 1.2 Rechtzeitige Überweisung
 - 1.3 Grund der Überweisung
2. Ergebnisparameter

A. Strukturqualität

A. 1. Versorgungsebene 1

Vertragsärzte der Versorgungsebene 1(VE 1) sind hausärztlich tätige Ärzte sowie im Einzelfall fachärztlich tätige Internisten.

In dieser Versorgungsebene können im Einzelfall auch niedergelassene Vertragsärzte mit anderer Gebietsbezeichnung Diabetiker betreuen.

Arztpraxen der Versorgungsebene 1 übernehmen die dauerhafte ambulante Versorgung der DiabetikerInnen. Dauerhafte Betreuung ist als mindestens eine diabetologische Konsultation des Diabetikers pro Quartal und mindestens vier HbA1c-Wert-Messungen jährlich definiert.

Ärzte der Versorgungsebene 1 werden entsprechend der Schulungsgenehmigungen für DiabetikerInnen Gruppen zugeordnet:

- Genehmigung zur Diabetikerschulung für Typ2 Diabetiker ohne Insulin vorhanden
- Genehmigung zur Diabetikerschulung für Typ2 Diabetiker mit Insulin vorhanden
- keine Genehmigung zur Diabetikerschulung vorhanden

A. 2. Aufgaben des Arztes der Versorgungsebene 1

Die Aufgaben des Arztes bei der ambulanten Basisversorgung der Diabetiker sind im Diabetes Manual 1 und 2, das unter Mitarbeit des BDA erarbeitet wurde, ausführlich beschrieben und werden, ebenso wie die Therapieleitlinien Diabetes als fachliche Grundlage für die Diabetikerbetreuung in Hausarztpraxen angesehen.

In den Therapieleitlinien Diabetes werden als eine Maßnahme der internen Qualitätssicherung klare Therapieziele für die Behandlung von Diabetikern vorgegeben und Risikogruppen definiert. Das Erreichen der Therapieziele ist anhand festgelegter Qualitätsindikatoren meßbar.

Die systematische Befunderhebung der beschriebenen Qualitätsindikatoren (Anlage 2) wird für verbindlich erklärt. Sie erfolgt kontinuierlich für jeden Diabetiker in der Hausarztpraxis während des gesamten Krankheitsprozesses in zeitlich festgelegten Intervallen, mit dem Ziel der zeitnahen Risikoprävention.

Die dauerhafte und systematische, ergebnisorientierte Patientenführung verlangt in der Hausarztpraxis vor allem den Nachweis über

- die Senkung des HbA1c-Wertes
- das Erreichen der Normtonie
- eine systematische Risikoprävention

Versorgungsaufträge zwischen Hausarztpraxen, diabetologischen Schwerpunktpraxen, Krankenhäusern mit Diabetesschwerpunkt und Schulungseinrichtungen unterstützen das Erreichen dieser Ziele.

Anlage 3
Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 1

A. 3. Qualitätssicherung

Arztpraxen der Versorgungsebene 1 sind verpflichtet, an den Maßnahmen der Qualitätssicherung teilzunehmen. (SGB V § 135, 136)

Die Inhalte dieser Vereinbarung bilden ein abgestuftes System der Qualitätssicherung in Arztpraxen der Versorgungsebene 1.

Die Hauptelemente des Qualitätssicherungssystems sind

- das Einhalten der strukturierten Befunderhebung zur Risikoprävention Diabetes (Anlage 2)
- die Arbeit nach Versorgungsaufträgen und die Einhaltung der Überweiskriterien
- die Sicherung der Teilnahme der betreuten Diabetiker an der Erst- und den Folgedokumentationen als Bestandteil des Programmes Diabetes Gesundheitsmanagement, mit dem Ziel der landesweiten Verbesserung der Versorgungssituation der Diabetiker.

Anlage 3
Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 1

B. Prozeßqualität

B. 1. Therapieprozeß

B. 1.1 Individuelle Therapieziele

Eine langfristig erfolgreiche Diabetestherapie erfordert die aktive Einbeziehung des Diabetikers in seine Therapie. Als wirksame Maßnahme wird dazu die Methode der gemeinsamen Zielvereinbarung empfohlen. Es werden prognostische Gesundheits- und Behandlungsziele zwischen Hausarzt und Diabetiker vereinbart. Im aktuellen Therapieprozeß werden entsprechend des Status der individuellen Qualitätsindikatoren persönliche Therapieziele festgelegt. Sie werden dem Diabetiker in einem Diabetikerpaß schriftlich übermittelt.

Das Erreichen der Therapieziele wird unterstützt durch

- Strukturierte Befunderhebung und Überprüfung der Qualitätsindikatoren (Anlage 2, bzw. Diabetikerpaß)
- durch rechtzeitige Überweisung in die diabetologischen Schwerpunktpraxen bei entsprechenden Abweichungen der Qualitätsindikatoren
- durch Schulung der Diabetiker entsprechend den individuellen und therapeutischen Erfordernissen

B. 1.2 Strukturierte Befunderhebung der Qualitätsindikatoren

Eine erfolgreiche Risikoprävention der diabetesspezifischen Folgeerkrankungen kann insgesamt weitgehend erreicht werden, wenn die entsprechenden, damit im Zusammenhang stehenden Qualitätsindikatoren vollständig und in regelmäßigen Intervallen erhoben werden. (Anlage 2)

Die Abweichung der Qualitätsindikatoren von den Therapiezielen verlangt die entsprechenden wissenschaftlich bewiesenen therapeutischen Interventionen, die laut Versorgungsauftrag zeitweise von den Diabetologischen Schwerpunktpraxen übernommen werden können.

B. 2. Überweisungsprozeß

B. 2.1 Leistungsangebote der DSP

Bei Nichterreichen der Therapieziele und bei Abweichungen von den Versorgungsaufträgen bietet die diabetologische Schwerpunktpraxis(VE 2) dem Arzt der Versorgungsebene 1 zwei Leistungskomplexe an:

- **Diabetologische Konsiliaruntersuchung**
 - Diabetiker zur einmaligen Konsiliaruntersuchung und zur Erarbeitung einer optimalen Therapieempfehlung
 - grundsätzlich alle Diabetiker zur Konsultation vor diabetesbedingter Krankenhauseinweisung; außer in Notfällen
 - grundsätzlich alle Diabetiker vor Ausstellung einer Verordnung zur Insulinapplikation im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V, § 37Abs. 2

Anlage 3
Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 1

- **Diabetologische Mitbehandlung bis zu 6 Monaten für:**
 - Diabetiker zur Ersteinstellung
 - Diabetiker Typ 2 mit dem Ziel der optimierten Diabeteseinstellung bei fehlender Voraussetzung zur Ersteinstellung und Schulung in der Arztpraxis der VE 1
 - Diabetiker mit einem HbA1c-Wert oberhalb Zielwert über zwei Quartale und dem Ziel der optimierten Diabeteseinstellung
 - Diabetiker mit mehrfachen schweren Hypoglykämien mit Fremdhilfe.
 - Diabetiker mit Hypertonie > 2 Quartale
 - Diabetiker mit Folgeerkrankungen
 - Insulinpumpenträger, die dauerhaft vom Hausarzt betreut werden
 - Diabetikerinnen mit geplanter oder bestehender Schwangerschaft
 - Kinder mit Diabetes

Zur Überweisung in die DSP wird neben dem üblichen Überweisungsschein das Formular in Anlage 5 verwendet.

B. 2.2 Versorgungsaufträge der Arztpraxen der Versorgungsebene 1

Die Versorgungsaufträge setzen sich aus folgenden Bestandteilen zusammen:

- Gruppeneinteilung der Diabetiker
- Versorgungsaufträge, einschließlich Schulungsaufträge der Ärzte der VE 1 für die verschiedenen Diabetikergruppen
- Überweiskriterien in die DSP und das Krankenhaus
- Rücküberweiskriterien aus der DSP (Anlage 4)

B. 2.2.1 Gruppeneinteilung

Für die Definition der Versorgungs- und Schulungsaufträge erfolgt die Einteilung der Diabetiker in folgende Typen:

- | | |
|--------------------|---|
| Diabetiker Typ 1 | |
| Diabetiker Typ 2.1 | Manifestationsalter i.d.R. unter 65 Jahre mit signifikantem Risiko diabetesbedingte Spätkomplikationen zu entwickeln |
| Diabetiker Typ 2.2 | Manifestationsalter i.d. R. über 65 Jahre ohne signifikantem Risiko diabetesbedingter Spätkomplikationen |

Anlage 3
Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 1

B. 2.2.2 Versorgungsaufträge der Ärzte der Versorgungsebene 1

Die Versorgungsaufträge der Ärzte der VE 1 und der Diabetologischen Schwerpunktpraxen (Anlage 4) ergänzen sich medizinisch inhaltlich.

Die Ärzte der Versorgungsebene 1 behandeln die folgenden Diabetiker :

Diabetiker Typ 1 und Typ 2.1. (Gesundheitsprofil Diabetes –Kategorie I)

- Diabetiker nach abgeschlossener strukturierter Schulung entsprechend der Schulungsaufträge
- Diabetiker mit HbA1c-Werten < 7,5 % (nicht erkaufte durch Unterzuckerung)(Ausnahme ist ein abgestimmtes Versorgungsziel zwischen Hausarzt und DSP)
- Diabetiker ohne schwere Hypoglykämien
- Diabetiker ohne diabetesbedingte Komplikationen an Nieren, Augen, Füßen und Herz-Kreislaufsystem
- Diabetiker mit diabetesbedingten Komplikationen nach Rücküberweisung durch die DSP
- Diabetiker mit normnahen Lipidwerten
- Diabetiker mit normnahen Blutdruck

Diabetiker Typ 2.2.

- Diabetiker mit einem Manifestationsalter über 65 Jahre und bei denen die Wahrscheinlichkeit, an Folgeerkrankungen zu erkranken, gering ist.
- Diabetiker mit HbA1c-Wert < 8,5 % oder nach individueller Abstimmung des Versorgungsziels mit der DSP
- Durchführung oder Veranlassung einer strukturierten Schulung für Typ 2.2. entsprechend der Schulungsaufträge

Anlage 3
Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 1

B. 2.2.3 Überweisung- und Mitbehandlung

B. 2.2.3.1 Überweisungsprozeß

Entspricht ein Qualitätsindikator nicht mehr dem Versorgungsauftrag des Arztes der Versorgungsebene 1, wird der/die DiabetikerIn in die Versorgungsebene 2 (DSP) oder zur Schulung überwiesen.

Die Ärzte der Versorgungsebene 1 veranlassen grundsätzlich vor jeder diabetesbedingten stationären Einweisung (Ausnahme: akuter Notfall) im Zusammenhang mit der Stoffwechseleoptimierung und anderen diabetesbezogenen Fragestellungen und vor der Verordnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege (insbesondere Insulinapplikation) die Vorstellung des Diabetikers in der DSP (Konsilliaruntersuchung).

Die Rücküberweisung von der DSP in die Versorgungsebene 1 erfolgt, wenn das Profil der Qualitätsindikatoren wieder dem Versorgungsauftrag des Arztes der Versorgungsebene 1 entspricht (in der Regel innerhalb von 6 Monaten diabetologischer Mitbehandlung in der DSP), oder nach Konsilliaruntersuchung.

B. 2.2.3.2 Überweiskriterien

Die Hausärzte überweisen bei Abweichung eines Kriteriums zur diabetologischen Schwerpunktpraxis:

Diabetiker Typ 1 und Typ 2.1. (Gesundheitsprofil Diabetes ab Kategorie II)

- Bei Erstdiagnose Überweisung zur strukturierten Schulung und Ersteinstellung des Stoffwechsels
- Bei HbA1c-Werten > 7,5 % über 2-3 Quartale
- Bei mehrfachen schweren Hypoglykämien
- Bei Auftreten diabetesbedingter Komplikationen, wie Mikroproteinurie, Hypertonie, Fundusveränderungen, Vibrationsverlust, Fußkomplikationen
- Bei arterieller Hypertonie (RR> 130/80 mmHg)über 2-3- Quartale mit und ohne medizinische Behandlung
- Pumpenträger mindestens 2 mal pro Jahr
- Bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft / Gestationsdiabetes

Diabetiker Typ 1

- Kinder und Jugendliche mit Diabetes bis zum 18.Lj. (wenn möglich durch ein pädiatrisches Zentrum)nach Intervention mindestens 1 mal pro Jahr

Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 1

Diabetiker Typ 2.2.

- Individuelle HbA1c-Zielwerte über 2-3- Quartale nicht erreicht
- Bestehende Fußulcera
- Makroproteinurie
- Dekompensierte Hypertonie
- Rezidivierende Hypoglykämien

Krankenhauseinweisungen

Einweisungen in ein Krankenhaus erfolgen grundsätzlich durch die VE 2. Die Ärzte der VE 1 überweisen in ein Krankenhaus mit Schwerpunkt Diabetes wie folgt:

Direkte Einweisung

Diabetiker Typ 1, Typ 2.1, Typ 2.2

- Im Notfall in jedes Krankenhaus
- Bei infiziertem Fuß ab Wagner 2

Einweisung nach Konsiliarvorstellung in der DSP

Diabetiker Typ 1 und Typ 2.1.

- Wenn nach erfolgter Rücküberweisung aus der DSP und weiteren 2 Quartalen trotz aller ärztlicher Bemühungen keine Tendenz zum erwünschten HbA1c-Wert < 7,5 % oder individuellem Versorgungsziel erreicht worden ist
- Multimorbider schwer einstellbarer Patient
- Schwere Neuropathie mit Einstellungsschwierigkeiten

Diabetiker Typ 2.2.

- Wenn nach erfolgter Rücküberweisung aus der DSP und weiteren 2 Quartalen trotz aller ärztlicher Bemühungen keine Tendenz zum erwünschten HbA1c-Wert < 8,5 % oder individuellem Versorgungsziel erreicht worden ist
- Multimorbider schwer einstellbarer Patient
- Schwere Neuropathie mit Einstellungsschwierigkeiten

Anlage 3
Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 1

B. 2.3 Schulungsaufträge der Arztpraxen der Versorgungsebene 1

B. 2.3.1 Prozeß der Diabetikerschulung

1. Durch die Diabetikerschulung wird die Mitverantwortung und das Selbstvertrauen der DiabetikerInnen in Bezug auf die Erreichung des Therapiezieles gestärkt. Der Therapieerfolg ist abhängig von der wirksamen Einbeziehung des Betroffenen in seine Behandlung. Grundsätzlich erhalten alle in der **DAK bzw. BARMER** versicherten DiabetikerInnen ein angepaßtes Schulungsangebot.
2. Der Hausarzt erkennt die auf die individuellen Therapieziele ausgerichteten strukturierten Schulungen für Diabetiker als integrierten Bestandteil der Diabetikerbetreuung an und veranlaßt die/den DiabetikerIn zur Teilnahme an einer Schulung entsprechend seines/ihrer Risikoprofils.
3. Die teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet, Schulungen auf der Grundlage definierter, strukturierter Schulungsinhalte nach den ZI-Programmen anzubieten. Die Schulungsaufträge regeln die Zuständigkeit für die Durchführung der Schulung.
4. Die Durchführung der Schulungen für Typ II-Diabetiker erfolgt grundsätzlich in der hausärztlichen Praxis.
Ärzte der VE 1, die nicht über die entsprechende Genehmigung verfügen, überweisen ihre Diabetespatienten zur Schulung in diabetologische Schwerpunktpraxen oder qualifizierte Schulungseinrichtungen.
Ärzte der VE 1 mit der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Schulung für Diabetiker Typ 2 mit oder ohne Insulin und diabetologische Schwerpunktpraxen können den Schulungsauftrag durch Überweisung auf Schulungszentren übertragen oder innerhalb von Schulungsgemeinschaften durchführen lassen.
Diese weisen die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität gegenüber den Vereinbarungspartnern, die entsprechende Kriterien aufstellen, nach.
5. Die Bildung regionaler Schulungsangebote, -zentren bzw. –gemeinschaften durch Ärzte der VE 1 und/oder VE 2, auch als Teil vernetzter Strukturen, kann durch besondere Vereinbarung geregelt werden. Entscheidendes Kriterium für solche Vereinbarungen sind die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Schulung sowie ein begleitender Wirtschaftlichkeitsnachweis. Ein solcher Zusammenschluß bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Vereinbarungspartner.

Anlage 3
Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 1

B. 2.3.2 Schulungsaufträge

Die Schulungsaufträge werden entsprechend der Diabetikertypen strukturiert.

Schulungsaufträge für DiabetikerInnen Typ 1 obliegen der DSP (Anl.4, B 1. 5. 2. 1)

Schulungsaufträge für DiabetikerInnen Typ 2 mit Insulin

<u>Primärer Schulungsauftrag :</u>	- Diabetologische Schwerpunktpraxis - Behandlungs- und Schulungseinrichtungen DDG - fortgebildeter Hausarzt
<u>Qualifikation des Arztes:</u>	- Genehmigung zur Durchführung von Schulungen für Diabetiker Typ II mit Insulin der KV M-V
<u>Qualifikation des nichtärztlichen Personals:</u>	- Diabetesberaterin DDG - Diabetesassistentin DDG mit Verpflichtung zur kontinuierlichen Fortbildung nach Curriculum DDG - Arzthelferin mit Zertifikat
<u>Schulungsprogramm:</u>	strukturiertes Schulungsprogramm des ZI KBV für Typ II – Diabetiker mit Insulin
<u>Umfang:</u>	5 Doppelstunden 4 – 12 Patienten je Schulungsgruppe
<u>Durchführungszeitraum:</u>	2 Monate (Block – oder Einzelstunden)
<u>Abrechnung:</u>	Abrechnungsnummer 9015

Anlage 3
Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 1

Schulungsaufträge für DiabetikerInnen mellitus Typ 2 ohne Insulin

<u>Primärer Schulungsauftrag :</u>	fortgebildeter Hausarzt
<u>Qualifikation des Arztes:</u>	Genehmigung zur Durchführung von Schulungen für Diabetiker Typ II ohne Insulin der KV M-V
<u>Qualifikation des nichtärztlichen Personals:</u>	- Diabetesberaterin DDG - Diabetesassistentin DDG mit Verpflichtung zur kontinuierlichen Fortbildung nach Curriculum DDG - Arzthelferin mit Zertifikat
<u>Schulungsprogramm:</u>	strukturiertes Schulungsprogramm des ZI KBV für Typ II – Diabetiker ohne Insulin
<u>Umfang:</u>	4 Doppelstunden 4 – 12 Patienten je Schulungsgruppe
<u>Durchführungszeitraum:</u>	1 Monat (Block – oder Einzelstunden)
<u>Abrechnung:</u>	Abrechnungsnummer <u>7215</u> nach EBM

Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 1

C. Ergebnisqualität

Die Arztpraxen der Versorgungsebene 1 erfüllen im Zusammenhang mit der Ergebnisdarstellung und –auswertung im Programm Diabetes Gesundheitsmanagement eine zweifache Funktion:

- Arztpraxen der VE 1 stellen mit den Prozeßergebnissen ihre Arbeitsweise in der Diabetikerbetreuung dar.
- Arztpraxen der VE 1 dienen als primärer Ort der Ergebnismessung und –erfassung.

C. 1. Prozeßergebnisse

C. 1.1 Regelmäßigkeit und Vollständigkeit der Befunderhebung der Qualitätsindikatoren lt. Anlage 2

Die Ärzte der VE 1 erkennen die dauerhafte, strukturierte Befunderhebung (Messung und Erfassung) der Qualitätsindikatoren (Anlage 2) zur Einleitung der rechtzeitigen Risikoprävention Diabetes in ihrer Praxis an.

Die regelmäßige und vollständige Messung der Qualitätsindikatoren kann anhand eines Diabetikerpasses nachgeprüft werden .

Parameter:

Kriterium Regelmäßigkeit:

- Prozentanteil der Diabetiker mit regelmäßigen HbA1c-Messungen pro Quartal bzw. Jahr

Kriterium Vollständigkeit:

- Prozentanteil der Diabetiker mit vollständiger Befunderhebung lt. Anlage 2 pro Quartal bzw. Jahr

C. 1.2 Rechtzeitige Überweisung

Die rechtzeitige Überweisung ist Voraussetzung für das Verbessern oder Stabilisieren der Ergebnisparameter in Zusammenhang mit der Ergebnishonorierung. Die Rechtzeitigkeit wird durch die Parameter entsprechend Kategorie II im Gesundheitsprofil Diabetes definiert:

- HbA1c-Wert > 7,5 %
- RR > 130/ 80
- Mikroalbumin >20 mg/l
- LDL > 3,2 mmol/l (> 130 mg/dl)
- Risikofuß, ab Wagner 0
- milde diabetische Retinopathie

Sie wird gemessen als Anteil überwiesener Diabetiker je Kategorie.

C. 1.3 Grund der Überweisung

Anteil der überwiesenen Diabetiker je Überweisungsgrund entsprechend Dokumentationsbogen (Anlage 5).

Anlage 3
Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 1

C. 2. Ergebnisparameter

Die Qualitätsindikatoren werden als Ergebnisparameter mit der Erstdokumentation für alle DiabetikerInnen **des Gebietes Neubrandenburg** in den Arztpraxen der VE 1 erhoben und entsprechend den Anlagen 5 bis 6 zentral ausgewertet. In regelmäßigen jährlichen Abständen wird eine Folgedokumentation der Ergebnisparameter vorgenommen und daraus die Veränderung der Versorgungssituation abgeleitet.

Die Ergebnisse der Erstdokumentation und jährlichen Folgedokumentation werden ausgewertet. Sie werden in regionalen Qualitätszirkeln dargestellt und das weitere Vorgehen zur Qualitätsverbesserung der Diabetikerbetreuung in der jeweiligen Region besprochen.

Zur Qualitätssicherung der übermittelten Ergebnisse werden Stichprobenprüfungen im Einzelfall als Maßnahme nach § 135 Abs. 3 SGBV vorgenommen.

Parameter:

Kriterium: **Teilnahme**

- Prozentanteil Diabetiker mit Dokumentationsbögen/ Praxis/ Jahr

Kriterium: **Versorgungsstatus**

- Prozentanteil Diabetiker je Risikokategorie I – V / Praxis / Jahr
- Prozentanteil Diabetiker je Risikokategorie VI / Praxis / Jahr
- Veränderungen zur Vordokumentation / Diabetiker

Anforderungen
an die Struktur- Prozeß- und Ergebnisqualität in
Diabetologischer Schwerpunktpraxen der Versorgungsebene 2

A. STRUKTURQUALITÄT

1. Allgemeine Definition der DSP
2. Anerkennung als DSP
3. Personelle Anforderung
 - 3.1 Personalstruktur
 - 3.2 Qualifikationen in der DSP
4. Ausstattung
5. Allgemeine diabetologische Leistungen der DSP
 - 5.1 Behandlung
 - 5.2 Betreuung
 - 5.3 Beratung
 - 5.4 Kooperation
6. Aufgaben der nichtärztlichen Mitarbeiter
7. Strukturierung der Patienten der DSP
 - 7.1 Diabetikertypen
 - 7.2 Patientengruppen in der DSP
 - 7.3 Dauerhaft behandelte Diabetiker
 - 7.4 Überwiesene Diabetiker laut Überweiskriterien aus der VE 1
8. Qualitätssicherung

B. PROZEßQUALITÄT

1. Überweisungsprozeß der DSP
 - 1.1 Leistungsangebote der DSP
 - 1.2 Inhalt der Versorgungsaufträge
 - 1.2.1 Diabetologische Konsiliaruntersuchung
 - 1.2.2 Diabetologischer Interventionskomplex zur zeitweisen Mitbehandlung
 - 1.3 Rücküberweisungen aus der DSP
 - 1.4 Überweisung aus der DSP in ein Krankenhaus mit Schwerpunkt Diabetes
 - 1.5 Schulungsaufträge
 - 1.5.1 Prozeß der Diabetikerschulung
 - 1.5.2 Schulungsaufträge

C. ERGEBNISQUALITÄT

1. Prozeßergebnisse
 - 1.1. Zusammenarbeit mit Ärzten der VE 1
 - 1.2. Überweisungsprozeß
2. Krankenhauseinweisungen
3. Verordnungen zur Insulinapplikation
4. Medizinische Ergebnisparameter

Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 2

A. Strukturqualität

A. 1 Allgemeine Definition der DSP

Die diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSP) bilden ein wichtiges Strukturelement zur Sicherung einer optimierten Versorgungsqualität der Diabetiker. Sie werden als Versorgungsebene 2 bezeichnet und ergänzen die Versorgungsebene 1 der Hausärzte.

Eine diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) versteht sich als Zentrum für alle komplizierten Fälle in der Diabetikerbetreuung. Sie behandelt zeitweise Diabetiker, die entsprechend der Überweiskriterien aus der Versorgungsebene 1 überwiesen werden.

Eine diabetologische Schwerpunktpraxis berät und arbeitet in Fragen der Diabetologie mit örtlichen und regionalen Gruppen und Institutionen zusammen.

A. 2 Anerkennung als DSP

Vom Vertragsarzt, der eine diabetologische Schwerpunktpraxis führen möchte, ist neben einem formlosen Antrag eine Erklärung auszufüllen, die von der Abteilung Qualitätssicherung der KV M-V bezogen werden kann. Die Diabetologie-Kommission der KV-MV beurteilt die Anträge auf Führung einer DSP fachlich. Gleichzeitig wird eine Stellungnahme der **DAK bzw. BARMER** eingeholt. Die endgültige Entscheidung über die Genehmigung trifft der Vorstand der KV M-V.

A. 3 Personelle Anforderungen

A. 3.1 Personalstruktur

Eine diabetologische Schwerpunktpraxis wird von einem Diabetologen geleitet. Zu dem Betreuungsteam gehören mindestens eine Diabetesberaterin DDG bzw. Diabetesassistentin.

Anlage 4 **Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 2**

A. 3.2 Qualifikationen in den DSP

Folgende Qualifikationen sind für die Zulassung als diabetologische Schwerpunktpraxis erforderlich:

Qualifikation des Vertragsarztes

Facharzt für Innere Medizin

Zusatzbezeichnung Diabetologie bzw. mit Teilgebietsbezeichnung Endokrinologie

Facharzt für Pädiatrie

Zusatzbezeichnung Diabetologie

Facharzt für Allgemeinmedizin

Zusatzbezeichnung Diabetologie

Das Fortbildungsdiplom „Diabetologie M-V“, nach den Kriterien der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern wird anerkannt.

Qualifikation der Mitarbeiter

Qualifikation mindestens eines/r Mitarbeiter(in) zur

- Diabetesberaterin DDG oder
- Diabetesassistentin DDG mit der Verpflichtung zur Teilnahme an einer kontinuierlichen Fortbildung entsprechend dem Curriculum Diabetesberaterin DDG.

Die Einhaltung vorgenannter Kriterien ist Voraussetzung für die Anerkennung als DSP und wird alle drei Jahre geprüft. Die Nichteinhaltung der Kriterien kann zur Aberkennung des Status als Schwerpunktpraxis führen.

A. 4 Ausstattung

Entsprechend des erweiterten Leistungsspektrums einer DSP werden an diabetologische Schwerpunktpraxen besondere räumliche und gerätetechnische Anforderungen gestellt:

- Einzelberatungsraum
- Schulungsraum für bis zu 10 Personen
- entsprechende Curricula zur Durchführung der Schulungskurse
- qualitätskontrollierte, sofort verfügbare Methode zur Blutzuckerbestimmung
- EKG
- Gefäßdoppler
- Ultraschall, Langzeit-EKG, Ergometrie: ggf. zu delegieren
- Apparative Ausstattung zur Diagnose der autonomen und peripheren Neuropathie

Anlage 4
Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 2

A. 5 Allgemeine diabetologische Leistungen der DSP

A. 5.1 Behandlung

- a) Umfassende Behandlungsangebote für Menschen mit Diabetes entsprechend den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen.
- b) Erbringen spezifischer, diagnostischer und therapeutischer Leistungen im Rahmen der Diabetikerbehandlung.

A. 5.2 Betreuung

- a) Planen einer lebenslangen Therapie und Betreuungsstrategie für Patienten mit Diabetes in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit den Ärzten der Versorgungsebene 1.
- b) Einleitung therapeutischer und sozialer Maßnahmen für Diabetiker in Zusammenarbeit mit den Ärzten der Versorgungsebene 1.
- c) Angebot von Leistungen, die infolge fachlicher, personeller und teilweise auch apparativer Anforderungen durch andere Ärzte im Zusammenhang mit der Diabetikerbetreuung nicht erbracht werden.

A. 5.3 Beratung

- a) Durchführung genetischer Beratung von Diabetikern bei entsprechender Qualifikation
- b) Sozialmedizinische Beratung
- c) Beratung der Geschäftsstellen der Krankenkassen
- d) Beratung von anderen Vertragsärzten/ Fachärzten in diabetologischen Fachfragen

A. 5.4 Kooperation

- a) Enge Kooperation mit den Ärzten, bei denen Diabetiker dauerhaft behandelt werden unter Nutzung moderner Kommunikationsmittel (DGN).
- b) Kollegiale Zusammenarbeit mit anderen Diabetologen und qualifizierten diabetesbetreuenden stationären Einrichtungen.
- c) Entsprechend der Versorgungs- und Schulungsaufträge Zusammenarbeit mit den Ärzten, bei denen Diabetiker dauerhaft behandelt werden, mit den Krankenhäusern und Schulungszentren
- d) Mitwirkung bei der diabetologischen Fortbildung der Hausärzte.

Anlage 4

Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 2

- e) Kooperation mit einem orthopädischen Schumacher und einem medizinischen Fußpfleger, die über Erfahrung mit der Behandlung und Prävention des diabetischen Fußes verfügen.
- f) Zusammenarbeit mit einem Psychologen.

A. 6 Aufgaben der nichtärztlichen Mitarbeiter

- **Nichtärztliche Diabetikerbetreuung**

- Anleitung zum Erlernen der Spritztechnik
- Anleitung zum Erlernen der Stoffwechselfbstkontrolle
- Kontrolle der Blutzuckermessung
- laborchemische Stoffwechseluntersuchung
- Beratung zu Kostveränderungen
- ggf. Hilfestellung bei Durchführung der durch den Arzt eingeleiteten flankierenden sozialen Maßnahmen innerhalb der Praxis
- Einzel- und Gruppenschulung entsprechend den Schulungsaufträgen

A. 7 Strukturierung der Patienten in der DSP

A. 7.1 Diabetikertypen

Die Einteilung der Diabetiker in folgende Typen ist die Grundlage für die Definition der Versorgungs- und Schulungsaufträge für DSP der VE 2, Ärzte der VE 1 und Krankenhäuser:

Diabetiker Typ 1	
Diabetiker Typ 2.1.	Manifestationsalter i.d.R. < 65 Jahre Diabetiker mit signifikantem Risiko diabetesbedingte Spätkomplikationen zu entwickeln
Diabetiker Typ 2.2.	Manifestationsalter i.d. R. über 65 Jahre Diabetiker ohne signifikantem Risiko diabetesbedingte Spätkomplikationen zu entwickeln

Anlage 4

Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 2

A. 7.2 Patientengruppen in der DSP

In einer diabetologischen Schwerpunktpraxis (DSP) werden grundsätzlich DiabetikerInnen und Nicht-DiabetikerInnen nach folgendem Konzept behandelt:

DiabetikerInnen:

- a) überwiesene Diabetiker zur Konsiliaruntersuchung oder Mitbehandlung des diabetologischen Interventionskomplexes bis zu zwei Quartalen (VE 2)
- b) bisher analog VE 1 betreute Diabetiker
- c) dauerhaft überwiesene Diabetiker in Absprache mit dem Hausarzt

Nicht-DiabetikerInnen:

- d) Patienten mit anderen Krankheitsbildern
- e) bisher haus-und/oder fachärztlich betreute Patienten
- f) auf Überweisung behandelte Patienten

In einer DSP wird ein Anteil von ca. 40 % zu betreuender Diabetiker angestrebt.

A. 7.3 Dauerhaft behandelte Diabetiker

Die dauerhafte Diabetikerbetreuung erfolgt grundsätzlich in der Versorgungsebene 1. Von den unter A 7.2. Buchstaben b) und c) genannten Patienten können insbesondere folgende Patientengruppen dauerhaft betreut werden:

- a) Erwachsene Typ 1-Diabetiker
- b) Diabetische Kinder und Jugendliche (bevorzugt durch pädiatrisch - diabetologische Fachambulanz)
- c) Typ 2-Diabetiker mit konventioneller Insulintherapie
- d) Typ 2-Diabetiker mit intensivierter Insulintherapie
- e) Typ 2-Diabetiker mit problematischer Stoffwechselführung
- f) Patienten mit schwerwiegenden Komplikationen (Mikroangiopathie, Nephropathie, Neuropathie, Makroangiopathie)
- g) Diabetikerinnen mit Kinderwunsch
- h) Diabetische Schwangere (enge Zusammenarbeit mit diabetesspezialisiertem Geburtshelfer)
- i) Gestationsdiabetikerinnen
- j) Diabetiker mit schwerwiegenden Lipidstoffwechselstörungen
- k) Diabetiker mit Insulinpumpe

Im Zusammenhang mit dem Diabetes Gesundheitsmanagement erfolgt die weitere Strukturierung der Diabetiker aus DSPs, wie für die Arztpraxis der VE 1 beschrieben.

Anlage 4
Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 2

A. 7.4 Überwiesene Diabetiker laut Überweiskriterien aus der VE 1

In eine DSP werden aus der VE 1 vorwiegend folgende Diabetiker überwiesen:
(A 7.2. b)

· **zur einmaligen Konsultation:**

- Diabetiker der Arztpraxis der VE 1 zur einmaligen Konsiliaruntersuchung und zur Erarbeitung einer optimalen Therapieempfehlung
- grundsätzlich alle Diabetiker der VE 1 zur Konsultation vor diabetesbedingter Krankenhauseinweisung, außer in Notfällen
- grundsätzlich alle Diabetiker vor Ausstellung einer Verordnung zur Insulinapplikation im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V § 37 Abs. 2

· **zur Mitbehandlung bis zu 6 Monaten:**

- alle neuentdeckten Typ I- Diabetiker zur Ersteinstellung
- Diabetiker Typ 2 mit dem Ziel der optimierten Diabeteseinstellung bei fehlender Voraussetzung zur Ersteinstellung, Umstellung und Schulung in der Hausarztpraxis
- Diabetiker mit einem HbA1c-Wert > 7,5,% über zwei Quartale und dem Ziel der optimierten Diabeteseinstellung zur Vermeidung von Folgeerkrankungen
- Diabetiker mit mehrfachen schweren Hypoglykämien mit Fremdhilfe
- Diabetiker mit Hypertonie > 2 Quartale
- bei Auftreten diabetesbedingter Komplikationen, wie Mikroproteinurie, Hypertonie, Fundusveränderungen, Vibrationsverlust, Fußkomplikationen
- Insulinpumpenträger, die dauerhaft vom Hausarzt betreut werden
- Diabetikerinnen mit geplanter oder bestehender Schwangerschaft
- Diabetische Kinder
- Schulung

A. 8 Qualitätssicherung in der DSP

- Die DSP nehmen an der Messung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität für die dauerhaft in ihrer Praxis betreuten Diabetiker entsprechend der Regelung für die VE1 teil.
- Die DSP weist die fortlaufende Qualifikation und Fortbildung ihrer Mitarbeiter nach. Für den Arzt und die Diabetesberaterin ist mindestens einmal jährlich ein dokumentierter Nachweis einer speziellen Diabetesfortbildung außerhalb des Bundeslandes nachzuweisen.
- Die DSP streben untereinander die Verwendung eines einheitlichen EDV-Programmes zur qualitätsgesicherten Patientenführung an.

Anlage 4

Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 2

- Die DSP initiieren und organisieren gemeinsam mit den Ärzten der VE 1, Qualitätsbeauftragten der KV und dem Verein der Diabetologen Mecklenburg-Vorpommern e.V. die ärztlichen Qualitätszirkel zur Verbesserung der Versorgungsqualität der Diabetiker.
- Die Erfassung der Prozeß- und Ergebnisqualität erfolgt in Abstimmung mit dem Vorgehen in der Vereinbarung zum Diabetes Gesundheitsmanagement mit der **DAK bzw. BARMER**.
- Im Zeitraum von drei Jahren wird eine Bewertung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität jeder DSP vorgenommen. Sie ist als Grundlage für die Bestätigung der erneuten Anerkennung als DSP vorzulegen.

B. PROZEßQUALITÄT

B. 1. Überweisungsprozeß der DSP

B. 1.1 Leistungsangebote der DSP (Versorgungsaufträge)

Die medizinischen Angebote für die spezialisierte Betreuung von Diabetikern nach Überweisung in die DSP unterteilen sich in

- **Diabetologische Konsiliaruntersuchung**
- **Diabetologischer Interventionskomplex zur zeitweisen Mitbehandlung**
Therapieoptimierung auf Überweisung des Arztes der VE 1 mit Festlegung individueller Zielgrößen für den Diabetiker und mit Abschlußbericht und Rücküberweisung nach maximal 6 Monaten.

B. 1.2 Inhalt der Versorgungsaufträge

1.2.1 Leistungskomplex diabetologische Konsiliaruntersuchung

Im Rahmen der **diabetologischen Konsiliaruntersuchung** konsultiert der Arzt der VE 1 den Diabetologen der DSP zur

- einmaligen Erhebung eines diabetologischen Status mit Therapievorschlag an den Arzt der VE 1
 - Begutachtung vor diabetesbedingter Krankenhauseinweisung
Der Krankenhauseinweisung wird zugestimmt,
- wenn nach erfolgter Rücküberweisung aus der DSP und weiteren 2 Quartalen trotz aller ärztlicher Bemühungen keine Tendenz zum erwünschten HbA1c-Wert < 7,5 % oder individuellen Versorgungsziel erreicht worden ist

- bei einer schweren Neuropathie mit Einstellungsschwierigkeiten
 - bei einem multimorbiden schwer einstellbaren Diabetiker.
- Begutachtung vor Ausstellung einer Verordnung zur Insulinapplikation im Rahmen der häuslichen Krankenpflege SGB V § 37 Abs. 2

B. 1.2.2 Diabetologischer Interventionskomplex zur zeitweisen Mitbehandlung

Im Rahmen der zeitweisen **spezialisierten Mitbehandlung** der Diabetiker aus Arztpraxen der VE 1 über einen Zeitraum von bis zu 6 Monaten erhalten die DSP folgenden Auftrag:

- **Diabetikerbehandlung in der Phase der Stoffwechseloptimierung, d. h.**
 - Ersteinstellung eines neu diagnostizierten Diabetes mellitus
 - Umstellung von konventioneller auf intensiviertere konventionelle Insulintherapie (Typ 1 - und Typ 2.1 - Diabetiker),
 - Einstellung auf Insulinpumpe bei Typ 1- und Typ 2.1 - Diabetikern,
 - Umstellung von oralen Antidiabetika auf Insulin bei Typ 2- Diabetikern
 - Senkung der HbA1c-Werte auf <7,5 % bzw. auf individuellen Zielwert
 - Stoffwechselbehandlung des zuckerkranken Kindes, Beratung der Eltern,
 - Beratung und Betreuung des Stoffwechsels von Diabetikerinnen mit Kinderwunsch sowie der Graviden in Zusammenarbeit mit Gynäkologen.
- **Diabetikerbehandlung beim Auftreten und bei Verschlechterung von Folgeerkrankungen und bei Komplikationen**
 - Verbesserung der Einstellung bei arterieller Hypertonie länger als 6 Monate
 - Klärung und Beseitigung der Ursache der schweren Hypoglykämien
 - Klärung und Beseitigung der Ursache bei Ketoazidosen
 - spezielle Diagnostik und Einleitung therapeutischer Maßnahmen bei diabetischen mikro- und makroangiopathischen Komplikationen und Folgeerkrankungen

B. 1.3 Rücküberweisungen aus der DSP

Nach Erfüllung des Versorgungsauftrages erfolgt die Rücküberweisung aus der DSP in die Arztpraxis der VE 1 in der Regel nach 1-2 Quartalen,

- nach erfolgter Ersteinstellung
- nach erfolgter Therapieumstellung des Stoffwechsels bzw. individueller Versorgungszielfestlegung
- nach erfolgreicher Senkung des HbA1c-Wertes
- nach Beseitigung der Hypoglykämie Ursache
- nach Erreichen der Normotonie
- nach Einleitung von therapeutischen Maßnahmen bei diabetischen mikro- und makroangiopathischen Komplikationen
- nach erfolgreicher Behandlung von Pumpenträgern
- nach zeitweiser Behandlung während und nach der Schwangerschaft
- nach Behandlung von Kindern
- nach abgeschlossener Schulung

Anlage 4 Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 2

B. 1.4 Überweisung von der DSP in ein Krankenhaus mit Schwerpunkt Diabetes nach DDG

Diabetiker werden **von der DSP** in ein Krankenhaus mit Schwerpunkt Diabetes überwiesen,

- wenn der HbA1c-Wert > 10 % und innerhalb von 2 Quartalen nicht um mindestens 20 % gesenkt werden kann. Die Möglichkeit der individuellen Zielfestlegung über 10 % ist gegeben. In diesen Fällen wird die Einholung einer Drittmeinung eines niedergelassenen oder stationären Diabetologen empfohlen.
- wenn mehr als 2 schwere Hypoglykämien während der Behandlung in der DSP auftreten
- Non- Compliance Patienten bei Nichterreichen des Therapieziels
- bei infiziertem Fuß ab Wagner 2
- bei eingetretener Schwangerschaft, wenn Blutzuckerwerte von 60 – 120 mg/dl nicht in 2 Wochen erreicht werden
- bei Einstellung auf eine Insulinpumpe

B. 1.5 Schulungsaufträge der DSP

B. 1.5.1 Prozeß der Diabetikerschulung

1. Durch die Diabetikerschulung wird die Mitverantwortung und das Selbstvertrauen der DiabetikerInnen in Bezug auf die Erreichung des Therapiezieles gestärkt. Der Therapieerfolg ist abhängig von der wirksamen Einbeziehung des Betroffenen in seine Behandlung. Grundsätzlich erhalten alle in der **DAK bzw. BARMER** versicherten DiabetikerInnen **des Gebietes Neubrandenburg** ein angepaßtes Schulungsangebot.
2. Die DSP erkennt die auf die individuellen Therapieziele ausgerichteten strukturierten Schulungen für Diabetiker als integrierten Bestandteil der Diabetikerbetreuung an und veranlaßt die/den DiabetikerIn zur Teilnahme an einer Schulung entsprechend seines/ihres Risikoprofils.
3. Die Durchführung der Schulungen bei primärem Schulungsauftrag erfolgt grundsätzlich in der DSP. Diabetologische Schwerpunktpraxen können den Schulungsauftrag durch Überweisung auf Schulungszentren übertragen oder innerhalb von Schulungsgemeinschaften durchführen lassen. Diese weisen die Struktur- Prozeß- und Ergebnisqualität gegenüber den Vereinbarungspartnern nach.

Anlage 4
Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 2

B. 1.5.2 Schulungsaufträge

Die Schulungsaufträge werden entsprechend der Diabetikertypen strukturiert.

Schulungsaufträge für DiabetikerInnen Typ 1

<u>Primärer Schulungsauftrag :</u>	- Diabetologische Schwerpunktpraxis - Behandlungs- und Schulungseinrichtungen DDG
<u>Qualifikation des Arztes:</u>	- Zusatzbezeichnung Diabetologie - oder Fortbildungsdiplom Diabetologie MV
<u>Qualifikation des nichtärztlichen Personals:</u>	- Diabetesberaterin DDG - Diabetesassistentin DDG mit Verpflichtung zur kontinuierlichen Fortbildung nach Curriculum DDG
<u>Schulungsprogramm:</u> Diabetiker Typ 1	strukturiertes Schulungsprogramm der DDG
<u>Umfang:</u>	12 Doppelstunden mit bis zu 12 Patienten je Schulungsgruppe
<u>Durchführungszeitraum:</u>	2 Monate (Block - oder Einzelstunden)
<u>Abrechnung:</u>	Abrechnungsnummer 9017

Anlage 4
Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 2

Schulungsaufträge für DiabetikerInnen Typ 2 mit Insulin

<u>Primärer Schulungsauftrag :</u>	- Diabetologische Schwerpunktpraxis - Behandlungs- und Schulungseinrichtungen DDG - fortgebildeter Hausarzt
<u>Qualifikation des Arztes:</u>	- Genehmigung zur Durchführung von Schulungen für Diabetiker Typ II mit Insulin der KV M-V
<u>Qualifikation des nichtärztlichen Personals:</u>	- Diabetesberaterin DDG - Diabetesassistentin DDG mit Verpflichtung zur kontinuierlichen Fortbildung nach Curriculum DDG - Arzhelferin mit Zertifikat
<u>Schulungsprogramm:</u>	strukturiertes Schulungsprogramm des ZI KBV für Typ II - Diabetiker mit Insulin
<u>Umfang:</u>	5 Doppelstunden 4 - 12 Patienten je Schulungsgruppe
<u>Durchführungszeitraum:</u>	2 Monate (Block - oder Einzelstunden)
<u>Abrechnung:</u>	Abrechnungsnummer 9015

Schulungsaufträge für DiabetikerInnen mellitus Typ 2 ohne Insulin

Typ II-Diabetiker ohne Insulin werden bei vorliegen der Genehmigung zur Durchführung von Schulungen grundsätzlich in der Versorgungsebene 1 geschult.

Spezialschulungen

Spezialschulungen werden von Institutionen mit primärem Schulungsauftrag veranlaßt und von der DSP oder Behandlungs- und Schulungseinrichtungen der DDG durchgeführt und zu folgenden Themen angeboten:

Gestationsdiabetes: 2 Doppelstunden,

Insulinpumpe: 5 Doppelstunden,

Ernährungsberatung bei Nierenschädigung (2 Doppelstunden)

Anlage 4
Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 2

C. ERGEBNISQUALITÄT

C. 1 Prozeßergebnisse

C. 1.1 Zusammenarbeit mit Ärzten der VE 1

Die funktionierende Zusammenarbeit mit den Ärzten der VE 1 ist für die DSP Voraussetzung für die langfristige Etablierung als eigenständige Versorgungsebene.

Parameter:

Zusammenarbeit mit den Hausärzten
Anzahl

- der überweisenden Hausärzte/ Quartal
- der überwiesenen Diabetiker zur einmaligen Konsultation/ Quartal/Hausarzt
- der überwiesenen Diabetiker zur Mitbehandlung / Quartal /Hausarzt
- der Rücküberweisungen innerhalb von sechs Monaten.

C. 1.2 Überweisungsprozeß

Das Überweisungsverhalten zwischen Hausärzten und DSP wird über die Auswertung der Rücküberweisungen quartalsweise gemessen.

Die Art und Inanspruchnahme des Überweisungsprozesses wird für eine DSP anhand der medizinische Fragestellungen ermittelt. Grundlage hierfür bilden die Abrechnungsziffern lt. Anlage 7.

C. 2 Krankenhauseinweisungen

Die diabetologische Konsiliaruntersuchung hat das Ziel, durch Konsultation vor der diabetesbedingten Krankenhauseinweisung durch den Arzt der VE 1, die Möglichkeiten der ambulanten Diabetikerbehandlung auszuschöpfen.

Die DSP hat feste Kriterien zur Krankenhauseinweisung.

Parameter:

- Zahl der Konsultationen vor Krankenhauseinweisung, die in eine Mitbehandlung münden.
- Anzahl der Krankenhauseinweisungen durch die DSP
- Anzahl der Krankenhauseinweisungen durch Ärzte der VE 1
- Anzahl Selbsteinweisungen durch Diabetiker

Anlage 4

Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität VE 2

C.3 Verordnungen zur Insulinapplikation

Die diabetologische Konsiliaruntersuchung hat das Ziel, durch Einbeziehung der Schulungserfahrungen in den DSP die Möglichkeiten zur Selbstapplikation des Insulins zu optimieren.

Parameter:

- Zahl der Konsultationen in der DSP vor Ausstellung einer Verordnung
- Anzahl der genehmigten Verordnungen insgesamt
- Anzahl der genehmigten Verordnungen nach Konsultation in einer DSP

C. 4 medizinische Ergebnisse

Die DSP hat bei dem Auftrag zur Mitbehandlung über bis zu 2 Quartalen vor allem folgende Ergebnisse zu erreichen:

- HbA1c-Wert –Senkung auf < 7,5 %
- Einstellung des Blutdrucks (Normotonie)
- Erfolgreiche Behandlung der Folgeerkrankungen

Parameter:

medizinische Ergebnisse:

- Prozentanteil der Diabetiker, die einen HbA1c-Wert < 7,5 % erreicht haben /Q.
- Prozentanteil der Diabetiker mit Beseitigung der Hypoglykämieursache / Quartal
- Prozentanteil überwiesener Diabetiker mit erfolgreich behandelten Folgeerkrankungen/ Quartal gemessen am Übergang in eine niedrigere Risikokategorie bei Niere, Herz-Kreislauf, Fuß, Augen lt. Gesundheitsprofil Diabetes
- Prozentanteil Ersteinstellungen auf Insulin, davon
- Prozentanteil Ersteinstellungen auf ICT / Quartal, bzw.
- Prozentanteil Ersteinstellungen auf CT / Quartal

Überweisungs- und Dokumentationsbogen

(gem. §4 Ziff. 4 Vereinbarung zum Diabetes Gesundheitsmanagement)

- Überweisung / Rücküberweisung**
- Erst-Dokumentation**
- Folge-Dokumentation**

- Patientenerklärung liegt vor**

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

β **Überweisung** Ü **Bitte nur ausfüllen bei** P **Rücküberweisung** β

β **Bitte immer ausfüllen** β

VE 1 zur P wegen	Konsiliaruntersuchung	Ü VE 2 nach wegen	Größe:	cm	Diabetes	Typ1	Typ2	Diät			
<input type="checkbox"/>	zur Statusbestimmung mit Therapievorschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	vor Diabetesbedingter Krankenhauseinweisung	<input type="checkbox"/>	Gewicht:	kg	Diabetes seit (Jahr):			Orale Antidiab. <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	vor Verordnung häuslicher Krankenpflege (§37 SGB V)	<input type="checkbox"/>	Nikotin:	Zig./Tg.				Pumpe <input type="checkbox"/>			
VE 1 zur P wegen	Mitbehandlung	Ü VE2 nach wegen	Letzte Schulung am:	. . .	Therapie seit(MM.JJ):	Blutzucker-Selbst-Kontrolle:					
<input type="checkbox"/>	Ersteinstellung	<input type="checkbox"/>	Schulung verweigert	<input type="checkbox"/>	Insulin(CT) <input type="checkbox"/>				Keine <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Therapieumstellung	<input type="checkbox"/>	nicht schulbar	<input type="checkbox"/>	Insulin(ICT) <input type="checkbox"/>	Bis 5 /Wo. <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	HbA1c-Wert-Senkung	<input type="checkbox"/>					> 5 /Wo. <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	Hypoglykämie	<input type="checkbox"/>	Arzt-Nr.:								
<input type="checkbox"/>	Hypertonie	<input type="checkbox"/>	Datum:	. . .							
<input type="checkbox"/>	Komplikationen und Folgeerkrankungen	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Insulinpumpenträger	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Kinder-Diabetes	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Schulung	<input type="checkbox"/>									
			Arzt-Nr.:								
			Datum:			. . .					
			Weitere Befunde nur auf Überweisungsformular			Weitere Befunde nur auf Überweisungsformular					
			Vertragsarztstempel / Unterschrift d. A..			Vertragsarztstempel / Unterschrift d. A..					

Bitte vollständig ausfüllen bei: Überweisung und Dokumentation	Befunde	Bitte vollständig ausfüllen bei: Rücküberweisung
<7,5 <input type="checkbox"/> <8,5 <input type="checkbox"/> <9,5 <input type="checkbox"/> <10,5 <input type="checkbox"/> >10,5 <input type="checkbox"/>	HbA1c-Wert (%)	<7,5 <input type="checkbox"/> <8,5 <input type="checkbox"/> <9,5 <input type="checkbox"/> <10,5 <input type="checkbox"/> >10,5 <input type="checkbox"/>
<130/80 <input type="checkbox"/> <160/100 <input type="checkbox"/> <180/110 <input type="checkbox"/> <210/120 <input type="checkbox"/> >210/120 <input type="checkbox"/>	Herz-Kreislaufsystem	<130/80 <input type="checkbox"/> <160/100 <input type="checkbox"/> <180/110 <input type="checkbox"/> <210/120 <input type="checkbox"/> >210/120 <input type="checkbox"/>
<2,6 <input type="checkbox"/> <3,0 <input type="checkbox"/> <3,4 <input type="checkbox"/> <4,1 <input type="checkbox"/> >4,1 <input type="checkbox"/>	Blutdruck (mmHg)	<2,6 <input type="checkbox"/> <3,0 <input type="checkbox"/> <3,4 <input type="checkbox"/> <4,1 <input type="checkbox"/> >4,1 <input type="checkbox"/>
<20neg. <input type="checkbox"/> >20pos. <input type="checkbox"/>	LDL-Cholesterol (mol/l)	<20neg. <input type="checkbox"/> >20pos. <input type="checkbox"/>
<150 <input type="checkbox"/> <180 <input type="checkbox"/> >300 <input type="checkbox"/>	Nierenschädigung	<150 <input type="checkbox"/> <180 <input type="checkbox"/> >300 <input type="checkbox"/>
kein Risiko Grad 0 <input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2-3 <input type="checkbox"/> Grad 4-5 <input type="checkbox"/>	Microalbumin (mg/l)	kein Risiko Grad 0 <input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2-3 <input type="checkbox"/> Grad 4-5 <input type="checkbox"/>
keine dR <input type="checkbox"/> milde NdPR* <input type="checkbox"/> mäßige NdPR* <input type="checkbox"/> schwere NdPR* <input type="checkbox"/> PdR** <input type="checkbox"/>	Kreatinin (µmol/l)	kein Risiko Grad 0 <input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2-3 <input type="checkbox"/> Grad 4-5 <input type="checkbox"/>
Bitte ausfüllen, wenn eingetreten:	Fußschädigung	
Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Apoplex <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Erblindung <input type="checkbox"/>	Schweregrad n. Wagner	
Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Apoplex <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Erblindung <input type="checkbox"/>	Augenschädigung	
	Retinopathiestadium	
	*nicht/ **proliferative diab. Retinopathie	
	Endstadien	
	⇐ bei Ersterfassung	
	⇐ wenn neu in den letzten 12 Monaten eingetreten	

**Erläuterungen zu den Angaben auf dem
Überweisungs- und Dokumentationsbogens**

1. Insulin

(CT) = Konventionelle Insulintherapie mit bis zu 2 Injektionen/Tag

(ICT) = Intensivierte konventionelle Insulintherapie mit mehr als
2 Injektionen /Tag

2. HbA1c-Wert

Der HbA1c ist der HbA1 Bestimmung vorzuziehen.

Der obere Normbereich HbA1c : 6,1 %

3. Microalbumin

Zum Screening auf Microalbuminurie ist die Albuminkonzentration im
Morgenerurin zu messen. Sie ist zum Ausschluß der diabetischen Nephropathie minde-
stens 1x negativ oder 2 von 3 Proben sind negativ (<20mg/l)

4. Fußschädigung nach Wagner

(Literatur : Reike, Phasenorientierte lokale Wundversorgung, Orthopädieschuhtechnik,
Sonderheft Diabetes, S.16-31)

Grad 0: Risikofuß ohne Läsion ggf. Fußdeformation

Grad 1: oberflächliche Läsion mit potentieller Infektionsgefahr oder mit Infektion nur
im Wundbereich

Grad 2: Läsion bis zur Gelenkkapsel, Sehnen oder Knochen

Grad 3: Läsion mit Abszendierung, Osteomyelitis, Infektion der Gelenkkapsel

Grad 4: begrenzte Vorfuß oder Fersennekrose

Grad 5: Nekrose des gesamten Fußes

5. Endstadien diabetischer Folgeerkrankungen:

Bei der **Erstdokumentation** sind bereits vorhandene Endstadien (Amputationen,
Herzinfarkte, Schlaganfälle und Dialysefälle) zu erfassen.

Bei der **Folgedokumentation** sind neue Endstadien der vergangenen 12 Monate zu
dokumentieren.

- Gesundheitsprofil Diabetes - (Auswertung der Ergebnisparameter)

Anlage 6

Arzt-Nummer:		KV-Nummer des Patienten:				Patientenbuch-Nummer:				Datum der Dokumentation:			
Qualitätsindikator	Einheit	Kategorie	I	Kategorie	II	Kategorie	III	Kategorie	IV	Kategorie	V	Endstadien Kategorie	VI
(01) HbA1c - Wert	%	<7,5	<input type="checkbox"/>	<8,5	<input type="checkbox"/>	<9,5	<input type="checkbox"/>	<10,5	<input type="checkbox"/>	>10,5	<input type="checkbox"/>		
Herz-Kreislaufsystem													
(02) Blutdruck	mmHg	<130 / 80	<input type="checkbox"/>	<160/100	<input type="checkbox"/>	<180/110	<input type="checkbox"/>	<210/120	<input type="checkbox"/>	>210/>120	<input type="checkbox"/>	Apoplex	<input type="checkbox"/>
(03) LDL-Cholesterol	mmol/l	<2,6	<input type="checkbox"/>	<3,0	<input type="checkbox"/>	<3,4	<input type="checkbox"/>	<4,1	<input type="checkbox"/>	>4,1	<input type="checkbox"/>	Infarkt	<input type="checkbox"/>
(04) Nierenschädigung													
Microalbuminurie	mg/l	<20neg.	<input type="checkbox"/>	>20pos.	<input type="checkbox"/>	<150	<input type="checkbox"/>	<180	<input type="checkbox"/>	>300	<input type="checkbox"/>	Dialyse	<input type="checkbox"/>
Kreatinin; Dialyse	µmol/l												
(05) Fußschädigung													
Grad der Schädigung	n. Wagner	kein Ris.	<input type="checkbox"/>	Grad 0	<input type="checkbox"/>	Grad 1	<input type="checkbox"/>	Grad 2-3	<input type="checkbox"/>	Grad 4-5	<input type="checkbox"/>	Amputation	<input type="checkbox"/>
(06) Augenschädigung													
Rethinopathie-Stadium	Ret.-stadium	k. d.Ret.-path.	<input type="checkbox"/>	milde NdPR*.	<input type="checkbox"/>	mäßige NdPR*.	<input type="checkbox"/>	schwere NdPR*	<input type="checkbox"/>	PdR**	<input type="checkbox"/>	Erblindung	<input type="checkbox"/>
<small>*nicht..**proliferative diab.Rethinop.</small>													
(07) Stationäre Behandlg.	Tage/Jahr	0	<input type="checkbox"/>	<10	<input type="checkbox"/>	<20	<input type="checkbox"/>	<42	<input type="checkbox"/>	>42	<input type="checkbox"/>		
(08) Arbeitsunfähigkeit	Tage/Jahr	0	<input type="checkbox"/>	< 10	<input type="checkbox"/>	< 20	<input type="checkbox"/>	< 42	<input type="checkbox"/>	> 42	<input type="checkbox"/>		
Anzahl max. Zuordnungen je Kat.		8		8		8		8		8		5	
Multiplikationsfaktor		1		2		3		4		5		50	
= Ergebnis		8		16		24		32		40		250	
Summe individuelle Anzahl der Zuordnungen													
Multiplikationsfaktor			x 1		x 2		x 3		x 4		x 5		x 50
Ergebnis je Kategorie		=		=		=		=		=		=	
Summe der Profilpunkte aller Kategorien						___ Punkte		Kategorie ___					
Risikopunkte aus Vordokumentation						___ Punkte		Kategorie ___					
Verbesserung (+) / Stabilisierung (x) / Verschlechterung (-)						___		___					

Erläuterung zum Gesundheitsprofil Diabetes

Die mit der Erstdokumentation (Anlage 5) gewonnenen skalierten Laborwerte und sonstigen Angaben (Ergebnisparameter) werden bei der Auswertung in das Gesundheitsprofil Diabetes (Anl. 6) übertragen. Zusätzlich werden diabetesbedingte Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhaustage durch die **DAK bzw. BEK** übermittelt.

Entsprechend ihrer Höhe werden alle Ergebnisparameter unterschiedlichen Kategorien zugeordnet. In den Kategorien I-V wird jedem Qualitätsindikator (01-08) ein Wert zugeordnet. In der Kategorie VI sind nur fünf Qualitätsindikatoren enthalten, denen ebenfalls ein Wert zugeordnet werden kann.

Oberstes Ziel ist, daß sich alle Ergebnisparameter in Kategorie I befinden. Ergebnisparameter der Kategorien II bis V sind entsprechend der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse zu verbessern. Die Kategorie VI ist ein unumkehrbarer Status und kann nicht mehr verbessert werden.

Die mit einer Folgedokumentation erhobenen Werte und Angaben werden in gleicher Weise übertragen, ausgewertet und dem Ergebnis der Vordokumentation gegenüber gestellt. Diese Gegenüberstellung zeigt Veränderungen in der Versorgungssituation.

Die Ergebnishonorierung setzt auf dieser Auswertung auf.

