

## **Anlage 7 Qualitätssicherung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)**

### **Qualitätssicherung**

Stand 03.07.2008

#### **QUALITÄTSSICHERUNG DIABETES MELLITUS TYP 1 Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 8 der RSAV**

##### **Teil 1**

Bestandteil des arztbezogenen Feedbacks sowie der die Vertragsregion betreffenden gemeinsamen und kassenunabhängigen Qualitätsberichterstattung

##### **Teil 2**

Bestandteil der durch die Krankenkasse durchzuführenden versichertenbezogenen Maßnahmen sowie der diesbezüglichen regelmäßigen Qualitätsberichterstattung

##### **Anm.:**

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen „(AD)“ auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 8. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt.

## Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
<b>1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien</b>				
I. Niedriger Anteil von Patienten mit hohen HbA1c-Werten	Anteil von Patienten mit einem HbA1c-Wert $\geq 8,5\%$ an allen Patienten  <u>Zielwert:</u> $\leq 10\%$	<u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Feld 1 (ISD) (HbA1c-Wert) a) $\geq 8,5\%$ b) $\geq 7,5\% < 8,5\%$ c) $\geq 6,5\% < 7,5\%$ d) $< 6,5\%$  <u>Nenner:</u> Alle Patienten	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
II. Zunahme des Anteil von Patienten, die ihren individuell vereinbarten HbA1c-Wert erreicht haben	Anteil von Patienten mit einem HbA1c-Wert, der gehalten werden soll, die also den individuell vereinbarten Zielwert erreicht haben, unter allen Patienten	<u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Feld 20 (ISD) (Zielvereinbarung HbA1c) = „aktuellen HbA1c-Wert halten“  <u>Nenner:</u> Alle Patienten	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
III. Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechsellstörungen	Anteil der Patienten mit schweren Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten  <u>Zielwert:</u> <sup>1, 2, 3, 4</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Jahr <math>&lt; 20\%</math></li> <li>• 2. Jahr <math>&lt; 17,5\%</math></li> <li>• 3. Jahr <math>&lt; 15\%</math></li> </ul>	<u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Eintrag in Feld 6 (ISD) $\geq 0$ während der letzten 12 Monate  <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback mit Nennung der Patienten mit schweren Hypoglykämien und Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts

<sup>1</sup> Bei der niedrigen erwarteten Häufigkeit von 4% (8%) Hypoglykämien bezogen auf ein (zwei) Quartal(e) bzw. 16% bezogen auf ein Jahr müssten wegen der möglichen Schwankungen bei kleinen eingeschriebenen Patientenzahlen pro Arzt viel zu hohe Zielwerte veranschlagt werden. Daher sind im Feedbackbericht für schwere Hypoglykämien arztbezogen die absolute Häufigkeit mit Zielwert für die Region anzugeben und im QS-Bericht Zielwert und das Ergebnis bezogen auf die Gesamtzahl der Patienten der Vertragsregion.

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
IV. Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlungen wegen Diabetes mellitus	Anteil der Patienten mit einer oder mehr stationären notfallmäßigen Behandlungen wegen Diabetes bei Betrachtung der letzten sechs Monate des DMP  <u>Zielwert:</u> <2%	<u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Eintrag in Feld 8 (ISD) >0 während der letzten 6 Monate  <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback mit Nennung der Patienten mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes und Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts <sup>5</sup>
V. Hoher Anteil von Hypertonikern mit normotensiven Blutdruckwerten	Anteil normotoner Patienten (Blutdruckwerte < 140mmHg syst. Und < 90mmHg diast.) unter den Patienten mit bekannter oder neu aufgetretener arterieller Hypertonie  <u>Zielwert:</u> <sup>6</sup> ≥ 50%	<u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Feld 15 (AD) (Blutdruck) < 140/90mmHg  <u>Nenner:</u> Alle Patienten im Alter ≥ 18 Jahre (nach Ausprägung aus Feld 3 (AD)) mit einer Angabe „arterielle Hypertonie“ in Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen)	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

<sup>2</sup> Inzidenzangaben für Deutschland im Bereich der Primärversorgung schwanken zwischen 0,16 und 0,04/Patient/Jahr (Schiel R, Müller UA: Die Stoffwechselqualität von insulinbehandelten Patienten mit Diabetes mellitus einer mitteldeutschen Stadt 1989/90 bis 1999/2000. Die JEVIN Studie (2003) Medizinische Klinik 98: 303-312 und Holstein A, Plaschke A, Egberts EH (2002) Incidence and Costs of Severe Hypoglycemia. Diabetes Care 25: 2119.)

<sup>3</sup> Schiel R, Müller UA, Sprott H, Schmelzer A, Mertes B, Hunger-Dathe W, Ross IS: The JEVIN-trial: A population based survey on the quality of diabetes care in Germany 1994/95 versus 1989/90. Diabetologia 40 (1997) 1350-1357

<sup>4</sup> Schiel R, Müller UA: Die Stoffwechselqualität von insulinbehandelten Patienten mit Diabetes mellitus einer mitteldeutschen Stadt 1989/90 bis 1999/2000. Die JEVIN Studie (2003) Medizinische Klinik 98: 303-312

<sup>5</sup> praxisbezogene Angaben zur Häufigkeit sind aufgrund der geringen Inzidenz nicht sinnvoll

<sup>6</sup> Deutsche Studien zur Blutdruckeinstellung im primärärztlichen Bereich zeigen in der Regel eine Zielwerterreichung (<140/90mmHg) von deutlich unter 40%. International ist je nach Definition des Zielwerts das Ergebnis bei großer Varianz geringfügig besser (je nach Studie ca. 40-50%, selten darüber). Schiel R e.a.: Cognitive function and quality of diabetes care in patients with type-2-diabetes mellitus in general practitioner practice. Eur J Med Res 2003; 8: 419-427. Pittrow D, Kirch W, e.a.: Patterns of antihypertensive drug utilization in primary care. Eur J Clin Pharmacol. 2004 Apr;60(2):135-42. Boersma E, Keil U e.a.: Blood pressure is insufficiently controlled in European patients with established coronary heart disease. J Hypertens. 2003 Oct;21(10):1831-40.

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VI. Hoher Anteil an Patienten, bei denen im Falle einer persistierenden pathologischen Urin-Eiweiß-Ausscheidung die Nierenfunktion überprüft wird	Anteil der Patienten, bei denen das Serum-Kreatinin bestimmt wurde, unter allen eingeschriebenen Patienten mit persistierender pathologischer Albuminurie  <u>Zielwert:</u> ≥ 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit mindestens einer numerischen Angabe > 0 (mg/dl oder µmol/l) in Feld 18 (AD) (Serum-Kreatinin) in den auf die erstmalige Angabe in Feld 2 (ISD) (pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung) = „ja“ folgenden 9 Monaten  <u>Nenner:</u> Alle Patienten im Alter ≥ 11 Jahre mit Feld 2 (ISD) (pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung) = „ja“ in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen und nicht Feld 2 (ISD) = „ja“ in der diesen vorangegangenen Dokumentation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback mit Nennung der Patienten mit persistierender pathologischer Albuminurie <sup>7</sup>  und  Angabe der Häufigkeit der bei diesen Patienten durchgeführten Kreatinin-Bestimmung im Erfassungsbereich des Berichts
VII. Hoher Anteil von Patienten ohne diabetische Nephropathie mit jährlicher Bestimmung der Albumin-Ausscheidung im Urin	Anteil der Patienten ab dem 11. Lebensjahr, bei denen jährlich Albumin im Urin gemessen wird unter allen Patienten ohne bereits bestehende diabetische Nephropathie  <u>Zielwert:</u> ≥ 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit mindestens einer Angabe in Feld 2 (ISD) (pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung) = „ja“  <u>Nenner:</u> Alle Patienten im Alter ≥ 11 Jahre (nach Ausprägung aus Feld 3 (AD)) und Teilnahmedauer ≥ 12 Monate	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

<sup>7</sup> praxisbezogene Angaben zur Häufigkeit sind aufgrund der eher geringen Inzidenz nicht sinnvoll. Die kumulative Prävalenz einer Mikroalbuminurie betrug in einer britischen Studie bei Beginn des Diabetes im Kindes- und Jugendalter nach 10 Jahren ca. 25%, die Hälfte davon persistierend. Jährlich ist also nur bei einem geringen Anteil der Patienten (in der geschätzten Größenordnung 1-3%) mit Neuauftreten und Persistenz zu rechnen. Amin R, Widmer B, e.a. Risk of microalbuminuria and progression to macroalbuminuria in a cohort with childhood onset type 1 diabetes: prospective observational study. BMJ. 2008 Mar 29;336(7646):697-701.

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		und nicht  (mit Feld 4 (ISD) (Spätfolgen) = „diabetische Nephropathie“ oder mit Feld 5 (ISD) (relevante Ereignisse) = „Nierenersatztherapie“)		
VIII. Erhöhung des Anteils von Versicherten, bei denen regelmäßig Maßnahmen zur Früherkennung von Folgeerkrankungen durchgeführt werden:  a) Sensibilitätsprüfung b) Pulsstatus c) Fußstatus	Anteil der erwachsenen Patienten mit regelmäßiger mindestens jährlicher  a) Sensibilitätsprüfung b) Erhebung des peripheren Pulsstatus. c) Erhebung des Fußstatus  <u>Zielwert:</u> Jeweils $\geq 90\%$	<u>Zähler:</u> Anzahl Patienten mit Feld 3 (ISD)  a) (Sensibilitätsprüfung) b) (Pulsstatus) c) (Fußstatus) = mindestens einmal „auffällig“ oder „unauffällig“ in den letzten 12 Monaten  <u>Nenner:</u> Anzahl aller eingeschriebenen Patienten $\geq 18$ Jahre (nach Ausprägung aus Feld 3 (AD)).  Für a, b und c jeweils getrennt auszuwerten.	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
<b>2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie</b>				
IX. Hoher Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie	Anteil der Patienten, die einen Thrombozytenaggregationshemmer zur Sekundärprävention erhalten, bezogen auf alle Patienten mit AVK, KHK oder Schlaganfall.  <u>Zielwert:</u> 80% der Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 13 (ISD) (Thrombozytenaggregationshemmer) = „ja“  <u>Nenner:</u> (Alle Patienten mit Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen) = „AVK“ oder	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		„KHK“ oder „Schlaganfall“ und/oder mit Feld 5 (ISD) (relevante Ereignisse) = „Herzinfarkt“ oder „Amputation“)  und nicht  mit Feld 13 (ISD) = Kontraindikation		
<b>3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.8</b>				
X. Mitbehandlung durch eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus <sup>8</sup>	Anteil der Patienten, die an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung überwiesen werden, unter den Patienten mit auffälligem Fußstatus (Fußläsion Wagner-Stadium 2-5 und/oder Armstrong-Klasse C oder D)  <u>Zielwert:</u> Bis ≤ 6 Jahren DMP-Dauer ≥ 65%, nach > 6 Jahren ≥ 75%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 22 (ISD) (Diabetesbezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst) = „Zur qualifizierten Einrichtung für das diabet. Fußsyndrom“  <u>Nenner:</u> Alle Patienten mit folgenden Angaben in Feld 3 (ISD) (Fußstatus):  Fußstatus = „auffällig“  und  (Wagner-Stadium = „2, 3, 4 oder 5“) und/oder Armstrong-Klassifikation = „C“ oder „D“ im Berichtszeitraum	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback mit Nennung der Patienten mit auffälligem Fußstatus  Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts

<sup>8</sup> Indikator, Auswertung und QS-Maßnahme betreffen nur diejenigen koordinierenden Leistungserbringer, die nicht in Personalunion eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung repräsentieren.

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
<b>5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation</b>				
XI. Sicherstellung von Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation	Anteil der beim ersten Eingang vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen  <u>Zielwert:</u> ≥ 95%	<u>Zähler:</u> Anzahl der bei Ersteingang vollständigen und plausiblen Dokumentationen  <u>Nenner:</u> Anzahl aller eingegangenen Dokumentationen im Berichtszeitraum	Wenn nicht alle erforderlichen Daten-Felder der Dokumentation vollständig und plausibel ausgefüllt sind	LE: Bitte um Nachlieferung der fehlenden oder unplausiblen Dokumentationsparameter  Auswertung im Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung
<b>6. Aktive Teilnahme der Versicherten</b>				
XII. Erhöhung des Anteils der Wahrnehmung empfohlener Schulungen	Anteil der Patienten, die eine empfohlene Schulung bis zur nächsten Dokumentation wahrgenommen haben.  <u>Zielwert:</u> <sup>9</sup> a) Diabetes Schulungen <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Jahr &gt;= 70 %</li> <li>• 2. Jahr &gt;= 80 %</li> <li>• 3. Jahr &gt;= 90 %</li> </ul> b) Hypertonie Schulungen. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Jahr &gt;= 70 %</li> <li>• 2. Jahr &gt;= 80 %</li> <li>• 3. Jahr &gt;= 90 %</li> </ul>	a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 19 (ISD) (Diabetes-Schulung) = „ja“  <u>Nenner:</u> Alle Patienten mit Feld 18 (ISD) der Vordokumentation (Schulung empfohlen) = "Diabetes-Schulung"  b) <u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 19 (ISD) (Hypertonie-Schulung) = „ja“  <u>Nenner:</u> Alle Patienten mit Feld 18 (ISD) der Vordokumentation (Schulung empfohlen) = "Hypertonie-Schulung"	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	Auswertung im Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung

<sup>9</sup> In Abhängigkeit der Verfügbarkeit der Schulungen vor Ort.

## Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
<b>1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien</b>				
I. Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechselentgleisungen	entfällt	entfällt	Wenn Angabe in Feld 6 (ISD) > 0	V: Basis-Information über Diabetes und Diabetes-Symptome, Hypo- und Hyperglykämie, Möglichkeiten der Einflussnahme durch den Versicherten; maximal einmal pro Jahr
II. Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	entfällt	entfällt	Wenn Angabe in Feld 17 (AD) (Begleiterkrankung) erstmalig = „arterielle Hypertonie“  und/oder  wenn Feld 15 (AD) (Blutdruck) $\geq 140\text{mmHg}$ syst. oder $\geq 90\text{mmHg}$ diast. in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen bei Patienten im Alter $\geq 18$ Jahre mit bekannter Begleiterkrankung „arterielle Hypertonie“	V: Information über die Problematik der Hypertonie beim Diabetiker und seine Einflussmöglichkeiten (Blutdruckbroschüre); maximal einmal pro Jahr
III. Hoher Anteil von Patienten, die ihren vereinbarten HbA1c-Zielwert erreicht haben	entfällt	entfällt	Wenn Angabe in Feld 20 (ISD) (Zielvereinbarung HbA1c) in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen „senken“ oder „anheben“	V: Aufklärung/Information des Versicherten über die Wichtigkeit einer adäquaten Blutzuckereinstellung; maximal einmal pro Jahr

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
IV. Information der Versicherten bei auffälligem Fußstatus	entfällt	entfällt	Wenn Feld 3 (ISD) (Fußstatus) = "auffällig" bei einem Versicherten ab einem Alter von 18 Lebensjahren und nicht innerhalb der letzten 12 Monate Feld 3 (ISD) (Fußstatus) = ein- oder mehrmals "auffällig"	V: Infos über Diabetes-Komplikationen und Folgeschäden am Fuß, Möglichkeiten der Mitbehandlung in diabetischen Fußambulanzen o.ä. (evtl. regionale Infos, Adressen);
<b>3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.8</b>				
V. Hoher Anteil an jährlichen augenärztlichen Untersuchungen	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 21 (ISD) (ophthalmologische Netzhautuntersuchung) nicht mindestens einmal in 12 Monaten „durchgeführt“ oder „veranlasst“ angegeben ist	V: Infos über Diabetes-Komplikationen und Folgeschäden am Auge, Notwendigkeit einer jährlichen augenärztlichen Untersuchung; maximal einmal pro Jahr
<b>6. Aktive Teilnahme der Versicherten</b>				
VI. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten  <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	<u>Zähler:</u> Anteil der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen  <u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	V: Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arztbesuche

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VII. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 19 (ISD) (empfohlene Diabetes-Schulung und/oder Hypertonie-Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich“	V. Aufklärung / Information über die Wichtigkeit von Schulungen; maximal einmal pro Jahr
VIII. Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen	Anteil der verordneten Schulungen, die innerhalb von 12 Monaten abgerechnet worden sind.  <u>Zielwert:</u> 85%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten, für die innerhalb von 4 Quartalen nach Empfehlung eine Schulung abgerechnet wird.  <u>Nenner:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 18 (ISD) (Schulung empfohlen) "Diabetes-Schulung" oder „Hypertonie-Schulung“	entfällt	Auswertung im Qualitätsbericht

# Erläuterungen und Begründung zur Qualitätssicherung auf Grundlage des Datensatzes nach Anlagen 2 und 8

## Abkürzungen

LE	=	Leistungserbringer
V	=	Versichertenkontakt
QS	=	Qualitätssicherung

Die vorliegende Anlage zur Qualitätssicherung berücksichtigt auf Grundlage der bislang gültigen Anlage die sich aus dem WSG und der 17. RSAV-Änderungsverordnung ableitenden neuen Gegebenheiten der verpflichtenden elektronischen Dokumentation und dem damit verbundenen überarbeiteten und nunmehr einheitlichen Datensatz (Aufhebung der Trennung in a- und b-Daten). Zusätzlich finden Aspekte Eingang, die sich aus der zum Zeitpunkt der Erstellung<sup>10</sup> dieser Anlage noch nicht vollständig abgeschlossenen Überarbeitung der Anforderungen an dieses DMP durch den Gemeinsamen Bundesausschuss herleiten. Jedoch sind im noch ausstehenden Abschnitt des Verfahrens keine Modifikationen der die Qualitätssicherung betreffenden Passagen des für das Stellungnahmeverfahren veröffentlichten Stands der Anlage 7 der RSAV mehr zu erwarten.

Im wesentlichen resultieren gegenüber der letzten Version der Qualitätssicherungsanlage mit Stand von 2006 folgende wesentlichen Änderungen:

- Wegfall bzw. inhaltliche Neugestaltung von Indikatoren bzw. Qualitätszielen, für die aus der neuen Dokumentation keine Daten mehr verfügbar sind:
  - Vermeidung stationärer Aufenthalte wegen schwerer Ketoazidosen (stattdessen jetzt Erfassung aller stationärer Aufenthalte wegen Diabetes).
  - Erhöhung des Anteils von Patienten mit einer intensivierten Insulintherapie.
  - Erhöhung der Zahl von Patienten mit erreichtem Zielblutdruck.
- Neu aufgenommene Indikatoren bzw. Qualitätsziele:
  - Erhöhung des Anteils von Patienten mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion.
  - Erhöhung des Anteils von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie.

---

<sup>10</sup> Ende März 2008

Qualitätsindikatoren sollen –so weit wie möglich- auf Grundlage wissenschaftlicher empirischer Daten und Erkenntnisse definiert werden. Aus den DMP liegen bislang noch keine Berichte vor, aus denen sich ein etwaiger Anpassungsbedarf von Zielwerten von Indikatoren auf empirischer Basis herleiten ließe. Von daher wurde bei der Überarbeitung auf solche Anpassungen weitgehend verzichtet.

## **Allgemein**

Die Qualitätssicherung soll gewährleisten, dass die zentralen Intentionen, die mit dem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 verbunden sind, auch tatsächlich umgesetzt werden. Gemäß der RSAV muss die Qualitätssicherung folgende Bereiche abdecken:

- Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien (einschließlich Therapieempfehlung)
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.8
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation
- Aktive Teilnahme der Versicherten

Die Auswahl der Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen wurde so getroffen, dass für alle relevanten Bereiche der Qualitätssicherung, die über die Parameter der Anlage 8 und/oder die Leistungsdaten der Krankenkassen überprüfbar sind, jeweils relevante und nachvollziehbare QS-Ziele überprüft werden.

Darüber hinaus werden für den Bereich der Einhaltung der Anforderungen der Strukturqualität vertragliche Vereinbarungen zwischen Leistungserbringer und Krankenkassen geschlossen. Hierüber wird sichergestellt, dass ausschließlich Leistungserbringer zur Teilnahme am und Durchführung des Programms zugelassen werden, welche die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen (vgl. §            des Vertrages).

Die Qualitätssicherung auf der Grundlage der Datensätze nach den Anlagen 2 und 8 wird vorrangig über den Feedback-Bericht an den Leistungserbringer geleistet. Dieser Bericht wird halbjährlich erstellt und den teilnehmenden Ärzten zugesandt. Darin werden alle relevanten Daten ausgewertet und jeweils die Daten der eigenen Praxis dem Durchschnitt aller teilnehmenden Praxen im Zeitverlauf gegenübergestellt. Dadurch ist ein aussagekräftiger Vergleich der jeweiligen Praxis mit dem Praxisdurchschnitt möglich. Zudem erhält der koordinierende Arzt allgemeine Hinweise und Fragen zur Optimierung der Patienten-Versorgung.

Dadurch wird der Feedback-Bericht zu einem praktischen Instrument im Kreislauf der Qualitätsverbesserung.

Eve A. Kerr et al. haben in einer jüngeren Untersuchung auf die Unzulänglichkeiten vieler Qualitätssicherungsmaßnahmen hingewiesen, die eine zu ungenaue Verknüpfung von QS-Zielen und den klinischen Parametern aufweisen. Daher war die Absicht bei der Auswahl unserer Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen führend, eine möglichst enge Verbindung von QS-Zielen und klar definierten Ergebnisparametern herzustellen.

### **Literatur**

E. Kerr et al: Avoiding Pitfalls in Chronic Disease Quality Management: A Case for the Next Generation of Technical Quality Measures, Am J Manag Care 2001; 7: 11, 1033-1043

### **Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien**

Medizinischer Kernpunkt der QS ist die Behandlung nach den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien. Bei der Auswahl der QS-Ziele wurden die Aspekte berücksichtigt, die im strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 von zentraler Bedeutung sind. Die Therapieziele des Programms bestehen aus der:

- Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
- Vermeidung von Neuropathien bzw. Linderung von damit verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen,
- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen,
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
- Vermeidung von Stoffwechsellstörungen (Ketoazidosen) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien).

Darüber hinaus gelten für Kinder und Jugendliche folgende weitere Ziele:

- Die Gewährleistung einer altersentsprechenden körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), einer altersentsprechenden geistigen und den Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit,

- Eine möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes und seine Therapie; die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken.

Zur Erreichung dieser Ziele spielen neben der medikamentösen Insulintherapie auch insbesondere nichtmedikamentöse Maßnahmen (Lebensstilveränderungen) sowie Schulungsmaßnahmen eine wichtige Rolle und verlangen die aktive Teilnahme der Versicherten an diesem Programm.

### **Literatur**

#### *Vermeidung schwerer Stoffwechsellentgleisungen*

M. Berger: Der schlecht eingestellte Diabetiker, in: M. Berger (Hrsg.): Diabetes mellitus, 2. Auflage, München, Jena, 2000, S. 533f. (mit weiterführenden Literatur-Hinweisen)

#### *Senkung des Blutdruckes auf Werte unter 140/90 mmHg*

UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group: Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998; 352: 837-53

UK Prospective Diabetes Study Group: Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 38). BMJ 1998; 317: 703-13

Grossman E, Messerli FH, Goldbourt U: High Blood Pressure and Diabetes Mellitus. Arch Int Med 2000; 160: 2447-58

#### *Verhinderung von Folgeerkrankungen*

Kapitel VI: Organkomplikationen des Diabetes mellitus, in: M. Berger (Hrsg.): Diabetes mellitus, 2. Auflage, München, Jena, 2000, S. 539-698 (mit weiterführenden Literatur-Hinweisen)

### **Leitlinien:**

- **American Association of Clinical Endocrinologists**, American College of Endocrinology. Medical guidelines for the management of diabetes mellitus: the AACE system of intensive diabetes selfmanagement. Endocrine Practice 2002;8:40-82. Available from: URL: [http://www.ace.com/clin/guidelines/diabetes\\_2002.pdf](http://www.ace.com/clin/guidelines/diabetes_2002.pdf)
- **American Diabetes Association**. American Diabetes Association: Clinical practice recommendations 2003. Diabetes Care 2003;26 Suppl 1:S1-S156. Available from: URL: <http://care.diabetesjournals.org/content/vol26/issue90001/cover.shtml>
- **Canadian Diabetes Association**. 1998 clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada. CMAJ 1998;159 Suppl 8:S1-S29. Available from: URL: <http://www.cmaj.ca/cgi/data/159/8/DC1/1>
- **Deutsche Diabetes Gesellschaft**. Therapie der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1. Diabetes und Stoffwechsel 2003;12 Suppl 2:49-66. Available from: URL: [http://www.deutsche-diabetesgesellschaft.de/?inhalt=/redaktion/mitteilungen/leitlinien/w\\_schaftl\\_leitlinien.html](http://www.deutsche-diabetesgesellschaft.de/?inhalt=/redaktion/mitteilungen/leitlinien/w_schaftl_leitlinien.html)

Hierunter weiterhin erschienen:

Kerner W, Fuchs C, Redaelli M., Boehm B.O, Köbberling J, Scherbaum WA, Tillil H. Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus. In: Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG. Scherbaum WA, Lauterbach KW, Joost HG (Hrsg.). 1. Auflage. Deutsche Diabetes-Gesellschaft 2001

Janka HU, Redaelli M, Gandjour A, Giani G, Hauner H, Michaelis D, Standl E. Epidemiologie und Verlauf des Diabetes mellitus in Deutschland. In : Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG. Scherbaum WA, Lauterbach KW, Renner R (Hrsg.). 1. Auflage. Deutsche Diabetes-Gesellschaft 2000.

Hammes HP, Bertram B, Bornfeld N, Gandjour A, Parandeh-Shab F, Danne D, Kroll P, Lemmen KD, Look D. Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle der diabetischen Retinopathie und Makulopathie. In: Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG. Scherbaum WA, Lauterbach KW, Renner R (Hrsg.). 1. Auflage. Deutsche Diabetes-Gesellschaft 2000.

Standl E, Fuchs Ch, Parandeh-Shab F, Janka HU, Landgraf R, Lengeling HF, Philipp Th, Petzold R, Sawicki P, Scherbaum WA, Tschöpe D. Management der Hypertonie beim Patienten mit Diabetes mellitus. In : Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG. Scherbaum WA, Lauterbach KW, Renner R (Hrsg.). 1. Auflage. Deutsche Diabetes-Gesellschaft 2000.

Hasslacher C, Gandjour A, Redaelli M, Bretzei RG, Danne D, Ritz E, Sawicki P, Walter H. Diagnose, Therapie und Verlaufskontrolle der Diabetischen Nephropathie. In : Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG. Scherbaum WA, Lauterbach KW, Renner R (Hrsg.). 1. Auflage. Deutsche Diabetes-Gesellschaft 2000.

Haslbeck M, Redaelli M, Parandeh-Shab F, Luft D, Neundörfer B, Stracke H, Ziegler D. Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle der sensomotorischen diabetischen Neuropathien. In: Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG. Scherbaum WA, Lauterbach KW, Renner R (Hrsg.). 1. Auflage. Deutsche Diabetes-Gesellschaft 2000.

- **European Diabetes Policy Group**, International Diabetes Federation. Guidelines for diabetes care: A desktop guide to type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus. 1998. Available from: URL: <http://www.staff.newcastle.ac.uk/philip.home/t1dg1998.htm>
- **Fachkommission Diabetes Sachsen**. Praxisleitlinien Diabetes mellitus. Diabetes mellitus Typ 1. 4. überarb. Aufl. 2002. Available from: URL: <http://www.imib.med.tu-dresden.de/diabetes/leitlinien/index.htm>
- **New Zealand Guidelines Group**. Primary care guidelines for the management of core aspects of diabetes care. 2000. p. 1-18. Available from: URL: [http://www.nzgg.org.nz/library/gj\\_complete/diabetes/index.cfm](http://www.nzgg.org.nz/library/gj_complete/diabetes/index.cfm)
- **NSW Department of Health**. Principles of care and guidelines for the clinical management of diabetes mellitus. North Sydney: NSW Department of Health; 1996. p.1-35. Available from: URL: <http://www.health.nsw.gov.au/public-health/diabetes/diabguid.html>
- **Scottish Intercollegiate Guidelines Network**. Management of diabetes: a national clinical guideline. 2001. p.1-50. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/55/index.html>
- **State of Florida Agency for Health Care Administration**. Diabetes medical practice guidelines. 2001. p.1-39. Available from: URL: [http://www.fdhc.state.fl.us/diabetes/master\\_files/Diabetes\\_Guideline.htm](http://www.fdhc.state.fl.us/diabetes/master_files/Diabetes_Guideline.htm)
- **Vermont Program for Quality in Health Care**. Recommendations for management of diabetes in Vermont. 2002. Available from: URL: <http://www.vpqhc.org/ClinicalGuides/diabetes/index.htm>
- **Veterans Health Administration/Department of Veterans Affairs**. Clinical practice guideline for the management of diabetes mellitus in the primary setting. 1999. p.1-147. Available from: URL: [http://www.oqp.med.va.gov/cpg/DM/DM\\_base.htm](http://www.oqp.med.va.gov/cpg/DM/DM_base.htm)
- **Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin**: Leitlinien-Clearingbereich Diabetes mellitus Typ 1: URL: <http://www.leitlinien.de/clearingverfahren/clearingberichte/diabetes1/00diabetes1/21diabetes1/view#volltext>

## Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sollen Qualität messbar machen und darüber hinaus einen Anreiz darstellen, unbefriedigende Werte zu verbessern; weiterhin sollten sie es durch die Schaffung eines gemeinsamen Koordinatensystems ermöglichen, Ergebnisse auf nationaler sowie internationaler Ebene miteinander zu vergleichen und zu diskutieren. Die bereits auf internationaler und nationaler Ebene (z.B. RAND, NCQA, FACCT, NHS; AQUA)<sup>11</sup> entwickelten und in Leitlinien<sup>12</sup> beschriebenen Qualitätsindikatoren wurden bei der Auswahl der Qualitätsziele, sofern dies die Datenvorgabe erlaubt, entsprechend berücksichtigt.

Weitgehende Übereinstimmung besteht in den Prozessparametern, wie Durchführung von regelmäßigen Untersuchungen, jährliche ophthalmologische Untersuchung, Fußinspektion, Sensibilitätsprüfung sowie der Bestimmung der Albuminausscheidung im Urin.

Die Bestimmung des HbA<sub>1c</sub>-Wertes wird in den meisten Fällen 2 mal jährlich empfohlen. Die Angabe des Wertes als Qualitätskriterium wird jedoch unterschiedlich gehandhabt. Während die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) einen Wert < des 1,2-fachen der Norm anzielt, werden in anderen Leitlinien z.B. Werte generell unter 7% gefordert, oder es werden Standardabweichungen der Normalverteilung oder Durchschnittswerte beschrieben. Andererseits darf ein niedriger HbA<sub>1c</sub>-Wert nicht mit einer Steigerung der Häufigkeit von Hypoglykämien "erkauft" werden. Durch die Senkung der HbA<sub>1c</sub>-Werte in die Nähe des Normbereichs lässt sich das Risiko für mikroangio- und neuropathische Komplikationen mindern. Es existiert jedoch kein Schwellenwert, unter dem kein Risiko nachweisbar ist. Die HbA<sub>1c</sub>-Einstellung ist daher immer ein Kompromiss zwischen der Vermeidung von Hypoglykämien einerseits und der Vermeidung von diabetischen Spätkomplikationen andererseits.

Die neue Dokumentation (17. RSV-ÄndV) erlaubt keine Differenzierung mehr nach Art der Insulintherapie oder nach Art des verwendeten Insulins. Daher lässt sich hierzu kein Indikator mehr formulieren. Für den Bereich der Arzneimitteltherapie wurde stattdessen ein Indikator eingeführt, der die Versorgung von Patienten, die unter makro-angiopathischen Folge- oder Begleiterkrankungen leiden, mit Thrombozytenaggregations-hemmern abbildet. Bei Patienten mit bestehender KHK, pAVK oder zerebrovaskulärer Erkrankung können hierdurch Ereignisse vermieden werden.<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> RAND: Research and Development- Collaboration ([www.rand.org](http://www.rand.org))

NCQA: National Committee for Quality Assurance ([www.ncqa.org](http://www.ncqa.org))

FACCT: FACCT (foundation for accountability; ([www.facct.org](http://www.facct.org)))

NHS: NHS (National Health Service) Performance Indicators. ([www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk))

AQUA: Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen ([www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de))

<sup>12</sup> S. Abschnitt Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien, Literatur

<sup>13</sup> Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction and stroke in high risk patients. BMJ 2002;324: 71-83.

Weitere wichtige Qualitätsindikatoren beziehen sich auf die Häufigkeit der stationären Einweisungen, bzw. Krankenhaustage als vergleichbare Parameter, die Häufigkeit von Ketoazidosen bzw. Hyperglykämien sowie die Anzahl von Hypoglykämien. Bezüglich der Blutdruckeinstellung beziehen sich die existierenden Qualitätsindikatoren auf regelmäßige Messungen und auch spezieller auf die Auswahl der antihypertensiven Medikation. Bei Kindern und Jugendlichen definiert die RSAV-Anlage keine eindeutigen diagnostischen Kriterien für die Feststellung einer Hypertonie. Üblicherweise dienen hierzu aus Studien abgeleitete Referenzwerte. Sie listen in Normtabellen alters-, geschlechts-, gewichts- und körpergrößenabhängige Werte mit den zugehörigen Perzentilen der gefundenen Verteilung auf. Ein Wert über der 95. Perzentile gilt dann per Konvention als hyperten für die betreffende Gruppe. Diese komplexen Einteilungen eignen sich aus pragmatischen (Programmieraufwand) und methodischen (geringe Fallzahl in den zahlreichen zu bildenden Untergruppen) Gründen nicht für eine Umsetzung in einer QS. Bei der in der Leitlinie für Kinder und Jugendliche der DDG (Danne 2004) genannten Normtabelle nach de Man (1991) fällt zudem auf, dass Blutdruckwerte über 140 mmHg systolisch bei Jungen ab 165 cm und bei Mädchen ab 175 cm Körpergröße noch als normal zu bezeichnen sind. Des weiteren unterscheiden sich die Normtabellen im angelsächsischen Raum erheblich von den in mehreren auch nicht-angelsächsischen europäischen Ländern erhobenen Daten. Daher wird der Qualitätsindikator nur für Erwachsene ausgewertet. Einigkeit besteht auch darin, dass gerade beim Diabetes Typ 1 die Mitarbeit der Patienten eine entscheidende Rolle spielt. Insofern gelten Schulungen und Nikotinverzicht ebenfalls als wichtige abprüfbare Qualitätsziele.

### **Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.8**

Der Abschnitt 1.8 der RSAV benennt eindeutige Vorgaben für die Kooperation der Versorgungsebenen. Dementsprechend wurden relevante und nachvollziehbare QS-Ziele für diesen Bereich definiert. Dazu gehört insbesondere die Mitbehandlung durch eine auf Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus. Dieses QS-Ziel deckt einen wesentlichen Aspekt bei der Kooperation der Versorgungsebenen ab, der in der aktuellen Versorgung möglicherweise ein Verbesserungspotenzial aufweist. Ein Zielwert wurde in Analogie zu Diabetes Typ 2 formuliert, allerdings wurde die Auswertung aus mehreren Gründen auf eine höher aggregierte Ebene (Vertragsregion) beschränkt. Zum einen besteht Unsicherheit über die Aussagefähigkeit des Indikators in einer Feedback-Situation an die behandelnden Ärzte. Eine koordinierende Praxis bzw. ein koordinierender Arzt im diabetologisch besonders qualifizierten Sektor betreut im Vergleich zu Diabetes Typ 2 nur eine eher geringe Anzahl von Patienten mit Diabetes Typ 1, von denen wiederum nur ein geringer Anteil ein diabetisches Fußsyndrom aufweist. Im Kindes- und Jugendalter (pädiatrischen Bereich) ist dieses

darüber hinaus gänzlich unbekannt. Die resultierende Problematik kleiner Zahlen verhindert aussagekräftige Resultate auf einer niedrig aggregierten Ebene.

Des Weiteren liegt gerade im Bereich der spezialisierten diabetologischen Versorgung häufig eine Personalunion mit der besonderen Qualifikation zur Versorgung diabetischer FüÙe vor, eine Überweisung kommt trotz bestehender Indikation hier nicht in Frage. Zum Zielwert selbst ist zu sagen, dass bislang keine Daten zur Indikation Diabetes Typ 1 vorliegen, aus der er empirisch ableitbar wäre. Er sollte daher im weiteren Verlauf des DMP überprüft werden.

Der bisherige Indikator zu jährlichen augenärztlichen Untersuchungen ist wegen der Änderung der Dokumentationsgrundlage, hier findet sich keine Angabe zur Erkrankungsdauer mehr, nicht mehr darstellbar.

Im Unterschied zum Diabetes Typ 2 kommen beim Diabetes Typ 1 noch spezielle Überweisungsindikationen hinzu, insbesondere für die hausärztliche Betreuung. Ferner stellen Kinder und Jugendliche sowie schwangere Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ 1 Teilpopulationen dar, die einer besonderen Versorgung in qualifizierten Zentren bedürfen. Die Dokumentation bietet hierfür nicht die erforderlichen Parameter an.

#### **Literatur**

##### *Jährliche Überweisung zum Augenarzt*

Primary Care Guidelines for the Management of Core Aspects of Diabetes Care. Published by the New Zealand Guidelines Group, June 2000

##### *Mitbehandlung durch eine auf Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus*

Primary Care Guidelines for the Management of Core Aspects of Diabetes Care. Published by the New Zealand Guidelines Group, June 2000

Mason J, O'Keeffe C, McIntosh A, et al.: A systematic review of foot ulcer in patients with type 2 diabetes mellitus. I: prevention. Diabet Med 1999; 16: 801-12

##### *Betreuung von schwangeren Typ 1 Diabetikern und Kindern*

*s. Leitlinien*

#### **Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität**

Entgegen der Vorgaben in §28c und der Ziffer 2 der Anlage 1 der RSAV wird in den Qualitätssicherungsanlagen auf eine explizite Nennung des Bereichs „einzuhaltende Strukturqualität“ verzichtet.

Leistungserbringer bzw. Versorgungseinrichtungen müssen festgelegte Mindestkriterien zu beruflicher Qualifikation sowie personeller und apparativer Ausstattung erfüllen, um am DMP teilnehmen zu können. Diese Anforderungen sind in den DMP-vertraglichen Anlagen zur Strukturqualität festgelegt und werden zu Beginn einer Teilnahme geprüft. Ein Nicht-Vorliegen der geforderten Qualifikation schließt die Teilnahme aus. Die vertragliche Vereinbarung stellt damit indirekt sicher, dass alle teilnehmenden Leistungserbringer die geforderten

Voraussetzungen erfüllen, wodurch ein mit einem Indikator unterlegtes Qualitätsziel im Kontext dieser Anlage entbehrlich wird. Dementsprechend wird im Rahmen der Dokumentation auch kein Parameter erhoben, der die Messung oder Überprüfung eines Ziels zur Einhaltung der Strukturqualität gestatten würde.

### **Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation**

Für diesen Bereich soll die Qualitätssicherung sicherstellen, dass in allen Fällen eine korrekte Einschreibung erfolgt. Das heißt, dass auch tatsächlich nur Versicherte mit einer gesicherten Diagnose des Diabetes mellitus Typ 1 eingeschrieben werden. Dies wird durch die Bestätigung des koordinierenden Arztes gewährleistet, dass die Diagnose entsprechend der in der RSAV spezifizierten anerkannten Kriterien erfolgt ist. Weiterhin sollen die ausgefüllten Dokumentationen zeitnah zur Verfügung stehen, ein Ziel, was durch die Umstellung auf eine elektronische Dokumentation (eDMP) und ihre Übermittlung auf elektronischem Weg deutlich leichter erreicht werden kann, wie die jeweiligen Erfahrungen aus Regionen mit und solchen ohne eDMP zeigen. Durch einen Reminder an den Leistungserbringer soll außerdem an ausstehende oder unplausible Dokumentationen, wie sie trotz Plausibilisierung vor Ort durch die Praxisverwaltungs-Software und Zertifizierung auftreten können, erinnert werden sowie durch eine Auflistung der vereinbarten Wiederstellungstermine des nächsten Quartals eine kontinuierliche Betreuung gewährleistet werden.

Erfahrungen aus bereits stattgefundenen und auch noch weiterhin stattfindenden Modellvorhaben zur strukturierten Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 auch nach einer Laufzeit über mehrere Jahre und einer Vergütungsabhängigkeit an die vollständige Dokumentation, dass zu keiner Zeit *alle* eingegangenen Dokumentationsbögen *ohne Nacherfassung* vollständig waren. Daher wird bezüglich der Vollständigkeit der Dokumentationen ein Zielwert von 60% für das erste Jahr angestrebt, der im weiteren Verlauf der beiden folgenden Jahre auf 85% gesteigert werden soll. Grundlage für diese Zielwerte sind Erfahrungen aus dem AOK-Modellvorhaben zur Optimierung der Diabetikerversorgung in Thüringen, bei dem Vollständigkeitsquoten von maximal 60-70% erreicht wurden. Im Unterschied zu den hierauf beruhenden bisherigen Zielwertvorgaben kann auf der neuen Grundlage eines obligaten eDMP nunmehr mit einer deutlich höheren primären Eingangsrate von vollständigen und plausiblen Dokumentationsdatensätzen gerechnet werden. Der Zielwert wurde daher von 60% bzw. 85% auf 95% angehoben.

### **Literatur**

*Evaluationsbericht der TU Dresden, Vollständigkeit der Dokumentation*

AOK-Modellvorhaben zur Optimierung der Diabetikerversorgung in Thüringen.