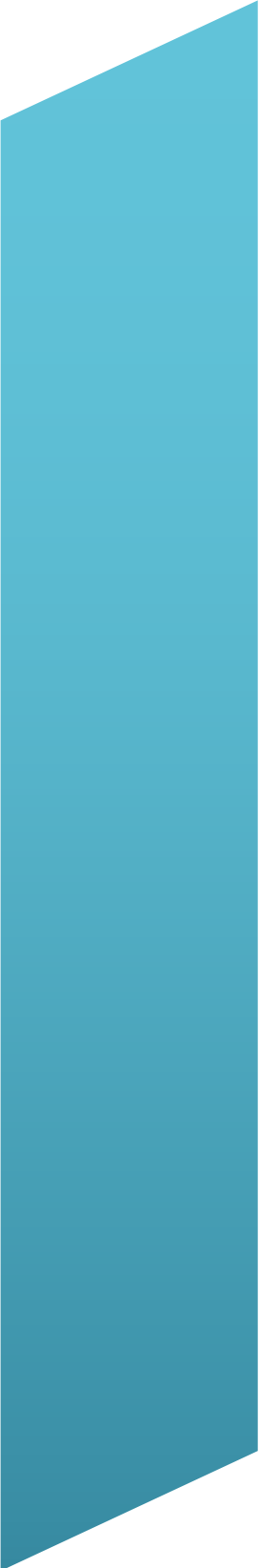


Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung



Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2

**Beschlossen durch den Ständigen Koordinierungsausschuss
im September 2023**

Impressum

Fachliche Expertise durch die Fachgruppe Versorgungsprozesse

Projektmanagement und Steuerung von der Projektgruppe (Mitglieder der Projektgruppe siehe Anhang)

Inhaltliche Entwicklung von den Arbeitsgruppen 1–5 (Mitglieder der Arbeitsgruppen siehe Anhang)

Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH

Eva Kernstock

Brigitte Domittner

Wolfgang Geißler

Zitiervorschlag:

BMSGPK (2023): Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)

Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur

Stubenring 1, 1010 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,

vertreten durch SL Dr.ⁱⁿ Reich (BMSGPK, Sektion VII)

Erscheinungsdatum:

November 2023

Übersicht der Dokumente

Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2

RAHMENKONZEPT Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2

Das Rahmenkonzept beschreibt den Integrierten Versorgungsprozess, der die versorgungsstufenübergreifende und vernetzte Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 auf Basis eines abgestuften, multiprofessionell orientierten, leitlinienkonformen Vorgehens bundesweit sicherstellen soll. Dazu zählen insbesondere die Koordination der leitlinienkonformen Versorgung sowohl innerhalb als auch zwischen den einzelnen Versorgungsstufen, die Koordination von Angeboten der erforderlichen Gesundheitsdiensteanbieter/-innen (GDA), die Koordination an den Nahtstellen und Versorgungsübergängen, die elektronisch gestützte Dokumentation über den gesamten Versorgungsprozess hinweg sowie Qualitätssicherung und Monitoring. Um den Stellenwert des Empowerments und des Selbstmanagements von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen besonders zu unterstreichen, wird der Patientenschulung ein eigenes Kapitel gewidmet. In diesem Zusammenhang werden auch die Einbindung von Telemonitoring-Diensten und die technischen Grundlagen für versorgungsstufenübergreifende Datenhaltung und Datenverfügbarkeit als Voraussetzung für die Nutzung von E-Health-Anwendungen beschrieben.

Kurzübersicht über die Ausgangslage zum Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2

Die Kurzübersicht bietet eine zusammenfassende Darstellung über die Ausgangslage zum Themenbereich des Qualitätsstandards, u. a. zur betreffenden Erkrankung, zu Häufigkeiten und Krankheitskosten, zur aktuellen Versorgungspraxis, zu Datengrundlagen und -quellen sowie zu Bereichen mit potenziellem Handlungsbedarf.

Kernelemente für den Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2

In diesem Dokument legen die Systempartner (Bund, Länder, Sozialversicherung) die Kernelemente für die Erarbeitung des Qualitätsstandards fest, u. a. die betroffene Patientengruppe, Grundlagendokumente, Bereiche mit besonderem Interventionsbedarf, Ziele und Nicht-Ziele des Qualitätsstandards und Projektplan.

QUALITÄTSSTANDARD Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2

Der Qualitätsstandard legt bundesweite „Mindeststandards“ in der Patientenversorgung fest. Der Fokus des Qualitätsstandards liegt auf der Beschreibung organisatorischer Rahmenbedingungen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten über alle Versorgungsstufen hinweg und zeigt Lösungen für die Herausforderungen an den Nahtstellen.

Kurzfassung

Hintergrund

Trotz zahlreicher Initiativen und Bemühungen, eine umfassende Versorgung für Menschen mit der chronischen und komplexen Erkrankung Diabetes mellitus Typ 2 sicherzustellen, ist dies bis dato nicht ausreichend gelungen. Zuletzt legten die Österreichische Diabetes-Strategie (BMGF 2017b) und der Rechnungshof (Rechnungshof Österreich 2019, S. 66) Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Versorgung vor.

Im März 2019 erhielt die Fachgruppe Versorgungsprozesse vom Ständigen Koordinierungsausschuss den Auftrag, ein *Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2* zu erarbeiten. Das Ziel ist die bundesweite Optimierung der versorgungsstufenübergreifenden und vernetzten Versorgung sowie die Implementierung der Betreuung und Unterstützung von Typ-2-Diabetikerinnen und -Diabetikern auf Basis eines abgestuften, multiprofessionell orientierten, leitlinienkonformen Konzepts entsprechend den Inhalten eines noch zu erarbeitenden QS IV Diabetes mellitus Typ 2.

Methode

Eine eigens eingerichtete *Projekt- und Steuerungsgruppe* übernahm als übergeordnetes Gremium das Projektmanagement und die gemeinsame Steuerung der Arbeiten zum Rahmenkonzept. Die Inhalte zum Rahmenkonzept wurden von vier Arbeitsgruppen (Digitalisierung; Versorgungsprozesse; Fort- und Weiterbildung GDA und Patientenschulung; Monitoring und kontinuierliche Qualitätsverbesserung) erarbeitet. Die Arbeitsgruppen setzten sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) begleitete den Prozess konzeptionell, organisatorisch und inhaltlich.

Ergebnisse

Das vorliegende Rahmenkonzept beschreibt den idealtypischen versorgungsstufenübergreifenden Versorgungsprozess von Erwachsenen mit Diabetes mellitus Typ 2. Die tragende Rolle spielt dabei die **1. Versorgungsstufe**, wo über lange Strecken der Erkrankung die **Basisversorgung** im Rahmen der Primärversorgung erfolgt. In der 2. und 3. Versorgungsstufe werden spezialisierte Aufgaben der Versorgung übernommen. Dafür sind Über-, Zu- bzw. Einweisungskriterien definiert, welche an die strukturellen regionalen Rahmenbedingungen angepasst werden können.

Die im Rahmenkonzept beschriebene **Fallkoordination** nimmt eine zentrale Rolle ein. Sie soll eine auf die individuellen und situationsbezogenen patientenspezifischen Bedürfnisse zugeschnittene transsektorale Versorgung sicherstellen. Die Fallkoordination übernimmt in diesem Zusammenhang die Aufgabe einer Informations-, Koordinations- und Organisationsdrehscheibe für die Patientinnen/Patienten und ihre Zu- und Angehörigen sowie für alle involvierten Gesundheitsdienstleister/-innen. Eine übergeordnete **Systemkoordination** hat die Aufgabe, Rahmenbedingungen zu

schaffen, die für die Fallkoordination und alle anderen Beteiligten erforderlich sind, um eine qualitativ hochwertige Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus sicherzustellen.

Als grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche versorgungsstufenübergreifende Versorgung wird eine **standardisierte und verpflichtende Diagnosen- und Behandlungsdokumentation** beschrieben, die von allen am Versorgungsprozess beteiligten Gesundheitsdiensteanbieterinnen/-anbietern im versorgungsstufenübergreifenden elektronischen Leitdokument durchzuführen ist. Als weitere versorgungsstufenübergreifende Prozesse werden die strukturierte Patientenschulung und Beratung, eHealth-Angebote aus Patientenperspektive, Monitoring und kontinuierliche Qualitätsverbesserung und Interventionen durch weitere Gesundheitsdiensteanbieter/-innen und deren Fort- und Weiterbildung genannt.

Schlussfolgerungen

Das vorliegende Konzept beschreibt den Rahmen für eine versorgungsstufenübergreifende und vernetzte Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 in Österreich. Auf dieser Basis wird ein *Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2* entwickelt, der detaillierte Qualitätskriterien für alle Versorgungsstufen und alle Kernprozesse der Versorgung festlegt.

Schlüsselwörter

Rahmenkonzept, Diabetes mellitus, Integrierte Versorgung, Versorgungsstufen, Systemkoordination, Fallkoordination

Glossar

Ambulante Fachversorgung:	„Die ambulante Fachversorgung umfasst ambulante Leistungserbringung aus den Fachbereichen. Fachbereiche orientieren sich an der Systematik der Sonderfächer gem. Ärzteausbildungsordnung und schließen auch andere Gesundheitsberufe mit ein.“ (BMGF 2017b, S. 29)
Care Management:	Im Care Management wird der Aufbau eines Netzwerks zur lokalen Zusammenarbeit mit dem Ziel, gültige Lösungen für die Versorgung im Sozial- und Gesundheitswesen zu finden, unterstützt. (BMGF 2017b, S. 163)
Case Management:	„Case Management geht individuell und situationsbezogen auf die patientenspezifischen Bedürfnisse ein und unterstützt die integrierte Organisation des Versorgungsprozesses im Gesundheits- und Sozialbereich.“ (BMGF 2017b, S. 163)
Einweisung:	Bei der Einweisung wird die Patientin / der Patient für die weitere medizinische Behandlung stationär in ein Krankenhaus eingewiesen (z. B. für eine Operation.)
Elektronisches Leitdokument:	Unter dem elektronischen Leitdokument wird ein versorgungsstufenübergreifendes elektronisches Dokument verstanden, in dem alle am Versorgungsprozess beteiligten Gesundheitsdiensteanbieter/-innen die standardisierte und verpflichtende Diagnosen- und Behandlungsdokumentation durchführen. Dadurch wird der Informationsfluss zwischen den Versorgungsstufen und den beteiligten GDA sichergestellt.
fallführende Ärztin / fallführender Arzt:	Die fallführende Ärztin / Der fallführende Arzt übernimmt lt. Rahmenkonzept in der 1. Versorgungsstufe vorrangig die medizinische Betreuung und die Fallkoordination (vgl. auch Abschnitt 3.2).
Gesundheitsdiensteanbieter/-innen:	„Alle Personen und Einrichtungen, die Gesundheitsdienstleistungen – wie etwa medizinische Betreuung, Untersuchung, Pflege, etc. – erbringen oder Patientinnen/Patienten bei der Wahrnehmung ihrer Rechte unterstützen. vgl. § 2 Z 2 Gesundheitstelematikgesetz 2012 (www.gesundheit.gv.at – Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs)
Integrierte Versorgung:	„Integrierte Versorgung (IV) ist eine patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre/multiprofessionelle und nach standardisierten Behandlungskonzepten ¹ (Guidelines, Behandlungspfade etc.) ausgerichtete Versorgung. Sie umfasst Prozess- und Organisationsintegration.“ (BMGF 2017b, S. 162)

¹

Behandlungskonzepte bzw. Betreuungskonzepte

Patientenschulung:	Vorrangiges Ziel ist es, die aktive Mitarbeit der Patientin / des Patienten an der Behandlung des Diabetes zu initiieren und zu fördern. Die Schulung ist mehr als lediglich die Weitergabe von Informationen, sie ist vielmehr zentrale Hilfestellung für Patientinnen/Patienten im eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung. (Steiermärkische Gebietskrankenkasse 2016, S. 3)
Primärversorgung:	„Primärversorgung (Primary Health Care) ist die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.“ (BMGF 2017b, S. 29)
Qualitätszirkel:	„Qualitätszirkel sind auf unbestimmte Dauer angelegte Kleingruppen, in denen Angehörige gemeinsamer Berufsgruppen mit einer gemeinsamen Erfahrungsgrundlage in regelmäßigen Abständen auf freiwilliger Basis unter Leitung eines Moderators zusammenkommen, um Problemstellungen zu analysieren und Lösungsvorschläge zu erarbeiten.“ (BMG 2016)
stationäre Versorgung:	„Unter „(akut-)stationärer Versorgung“ versteht man die Behandlung eines Patienten / einer Patientin in einer bettenführenden Organisationseinheit einer (Akut-)Krankenanstalt auf Basis einer durch einen Anstaltsarzt / eine Anstaltsärztin festgestellten Anstaltsbedürftigkeit.“ (BMGF 2017b, S. 30)
Telemedizin:	„Unter „Telemedizin“ versteht man die Bereitstellung oder Unterstützung von Leistungen des Gesundheitswesens mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), wobei Patientin bzw. Patient und Gesundheitsdiensteanbieter (GDA, das sind insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser und Pflegepersonal) oder zwei GDA nicht am selben Ort anwesend sind. Voraussetzung dafür ist eine sichere Übertragung medizinischer Daten für die Prävention, Diagnose, Behandlung und Weiterbetreuung von Patientinnen und Patienten in Form von Text, Ton und/oder Bild.“ (BMSGPK)
Telemonitoring:	Unter „Telemonitoring“ wird die medizinische Überwachung des Gesundheitszustandes von Patientinnen und Patienten aus der Entfernung verstanden. (BMSGPK)
Überweisung:	Bei der Überweisung wird die Patientin / der Patient für die weitere Behandlung zu einer anderen Ärztin / einem anderen Arzt überwiesen. (www.gesundheit.gv.at – Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs)

- Versorgungsauftrag:** Ein Versorgungsauftrag ist eine Zuordnung von Aufgaben und Leistungen zur dafür im regionalen Kontext am besten geeigneten Anbieterstruktur. (BMGF 2017b, S. 190)
- Versorgungsstufe:** Unter einer Versorgungsstufe wird eine der vier Stufen der Gesundheitsversorgung laut Versorgungsstufenmodell (ÖSG) verstanden, von denen drei professionell betreut werden (Primärversorgung, Ambulante Fachversorgung, Stationäre Versorgung). Die vierte Stufe umfasst die Versorgung durch die Bevölkerung bzw. die Laienversorgung. (siehe auch Kapitel 2). (BMGF 2017b, S. 30)
- Zuweisung:** Bei der Zuweisung benötigt die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt (meist die praktische Ärztin / der praktische Arzt) eine konkrete Untersuchung, die sie/er nicht selbst durchführen kann (z. B. Röntgenbild, Laboruntersuchung). Die Ärztin / Der Arzt weist die Patientin / den Patienten mit einem konkreten Untersuchungsauftrag einer anderen Ärztin / einem anderen Arzt zu. Den Befund bespricht die praktische Ärztin / der praktische Arzt mit der Patientin / dem Patienten. (www.gesundheit.gv.at – Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs)

Inhalt

Übersicht der Dokumente Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2	III
Kurzfassung	IV
Glossar	VI
Inhalt	IX
Abbildungen und Tabellen	X
Abkürzungen	XI
1 Einleitung	1
1.1 Projektziele und Nicht-Ziele	3
2 Versorgungsstufenmodell und Integrierte Versorgung	4
3 Der Integrierte Versorgungsprozess	6
3.1 Grundlegendes	6
3.1.1 Systemkoordination	8
3.1.2 Fallkoordination	9
3.2 Primärversorgung – 1. Versorgungsstufe	10
3.3 Ambulante Fachversorgung – 2. Versorgungsstufe	12
3.4 Stationäre Versorgung im Akutkrankenhaus – 3. Versorgungsstufe	14
3.5 Stationäre und ambulante Rehabilitation	14
3.6 Versorgungsstufenübergreifende Prozesse	15
3.6.1 Strukturierte Patientenschulung und Beratung	15
3.6.2 Versorgungsstufenübergreifendes elektronisches Leitdokument	17
3.6.3 Digitalisierung aus Patientenperspektive	19
3.6.4 Monitoring und kontinuierliche Qualitätsverbesserung	20
3.6.5 Intervention durch weitere Gesundheitsdiensteanbieter/-innen	22
3.6.6 Fort- und Weiterbildung für Gesundheitsdiensteanbieter/-innen	23
4 Auftrag und Entstehungsprozess	25
Literatur	26
Anhang	29

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen:

Abbildung 2.1: Versorgungsstufenmodell für akut und chronisch Kranke	4
Abbildung 3.1: Integrierte Versorgung von Erwachsenen mit Diabetes mellitus Typ 2	8
Abbildung 3.2: Elektronisches Leitdokument – Informationsflüsse und Infrastruktur.....	19

Tabellen:

Tabelle 3.1: Datenarten für das Versorgungsstufenübergreifende elektronische Leitdokument	18
Tabelle 3.2: Meilensteine zur kurz- und langfristigen Umsetzung des Monitorings und der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung	21

Abkürzungen

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
CDA	Clinical Document Architecture
DMP	Disease-Management-Programm
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
eKOS	Elektronisches Kommunikationsservice
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
FG	Fachgruppe
FG VP	Fachgruppe Versorgungsprozesse
FHIR	Fast Healthcare Interoperability Resources
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter/-innen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuKG	Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe
IHE	Integrating the Healthcare Enterprise
IV	Integrierte Versorgung
LL	Leitlinie
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
ÖDG	Österreichische Diabetes Gesellschaft
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖGK-N	Österreichische Gesundheitskasse-Niederösterreich
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
QS IV DM Typ 2	Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2
SV	Sozialversicherung

1 Einleitung

Seit vielen Jahren gibt es zahlreiche Initiativen und Anstrengungen, die darauf abzielen, Patientinnen und Patienten mit der chronischen und komplexen Erkrankung Diabetes mellitus Typ 2 umfassend versorgen zu können. Obwohl evidenzbasierte aktuelle Leitlinien verfügbar sowie grundsätzliche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit verankert und teilweise auch verbindlich sind, zeigen Untersuchungen, dass selbst 30 Jahre nach der Deklaration von St. Vincent² deren Ziele, wie die Reduktion der Neuerblindungen, der Fußamputationen und der terminalen Nierenversagen, nur unzureichend verfolgt wurden (OECD 2017; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2019). Der Rechnungshof stellt in seinem jüngst erschienenen Bericht zu Diabetes-Prävention und -Versorgung Defizite insbesondere auch in der versorgungsstufenübergreifenden Versorgung fest (Rechnungshof Österreich 2019, S. 66).

Die Ergebnisse strategischer und fachlicher Überlegungen zu Prävention und Früherkennung, leitlinienkonformer Betreuung durch relevante Berufsgruppen, niederschwelligem Zugang zu Schulungen für Patientinnen und Patienten und deren Zu- und Angehörigen, adäquater Ausbildung der betroffenen Gesundheitsberufe liegen vor, u. a. in der österreichischen Diabetes-Strategie (BMGF 2017c).

Seit 2007 wird von der Sozialversicherung ein Disease-Management-Programm („Therapie aktiv“-Diabetes im Griff) angeboten, welches bisher nur von einem noch geringen Teil der Ärzteschaft und daher nur von einem zu kleinen Teil der Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen wird (vgl. www.therapie-aktiv.at). Die für einen erfolgreichen Therapieverlauf unerlässlichen Patientenschulungen sind zahlenmäßig weit unterhalb des Bedarfs und ein großer Teil der Patientinnen und Patienten wird in den Spitalsambulanzen versorgt, was nicht der grundsätzlichen Empfehlung einer Versorgung im niedergelassenen allgemeinmedizinischen Bereich als Best Point of Service (BPoS) entspricht. (BMGF 2017d; Rechnungshof Österreich 2019)

Der daraus ableitbare Handlungsbedarf bezieht sich demnach auf folgende Fragestellungen:

- » Wie soll der idealtypische sektorenübergreifende Versorgungsprozess aussehen, damit eine Verbesserung der Versorgungssituation erreicht werden kann?
- » Welche Aufgaben/Leistungen bedürfen einer besonderen Koordination und welche Kompetenzen (von welcher Berufsgruppe) sind für diese Koordination notwendig?
- » Welche Aufgaben und Leistungen sollen von welchem Gesundheitsdiensteanbieter / von welcher Gesundheitsdiensteanbieterin und in welcher Versorgungsstufe erbracht werden?
- » Wie soll der Informationsfluss über die Betreuung und Versorgung zwischen Patientinnen und Patienten und den Gesundheitsdiensteanbietern/-anbieterinnen in den verschiedenen Sektoren des Systems sichergestellt werden?
- » Wie soll der Integrierte Versorgungsprozess evaluiert und monitiert werden?

2

https://www.oedg.at/pdf/StVincent_Declaration_dt.pdf

Gemäß der Vorgaben des Zielsteuerungsvertrags 2017–2021 auf Bundesebene wurde die Fachgruppe Versorgungsprozesse am 15. März 2019 vom Ständigen Koordinierungsausschuss beauftragt, ein Rahmenkonzept *Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2* zu entwickeln (konkreter Auftrag und Entwicklungsprozess siehe Kapitel 4).

Das vorliegende **Rahmenkonzept** beschreibt den **idealtypischen** versorgungsstufenübergreifenden **Versorgungsprozess**. Im Hinblick auf eine Verbesserung der derzeitigen Versorgung werden im Rahmenkonzept Leistungen, Maßnahmen und Prozesse beschrieben, die im gegenwärtigen Versorgungssystem noch nicht vorhanden und auch nicht finanziert sind.

Um die Integrierte Versorgung patientenorientiert, gender- und kultursensibel und mit Rücksicht auf Mehrsprachigkeit zu gestalten, ist es wichtig, dass die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Umsetzung am Gestaltungsprozess teilnehmen. Dadurch sollen die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten in Entscheidungen einfließen, die Gesundheitskompetenz der/des Einzelnen, aber auch der Patientengruppe gestärkt, Entscheidungen von den Betroffenen besser akzeptiert und die Qualität und die Effektivität der professionellen Versorgung verbessert werden. (Forster 2016, S. 117)

Als Voraussetzung für eine erfolgreiche versorgungsstufenübergreifende Versorgung ist eine **standardisierte und verpflichtende Diagnosen- und Behandlungsdokumentation** in allen Versorgungsstufen sicherzustellen, die von allen am Versorgungsprozess beteiligten GDA im versorgungsstufenübergreifenden elektronischen Leitdokument (vgl. auch Punkt 3.6.2) durchzuführen ist. Dadurch wird der Informationsfluss zwischen den Versorgungsstufen und den beteiligten GDA sichergestellt.

Alle konzeptuellen Überlegungen berücksichtigen existierende Versorgungsstrukturen und bestehende (Pilot-)Modelle und Initiativen, welche die Diabetesversorgung betreffen, wie unter anderem den *Gesundheitsdialog der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)*, *Diab Care in Tirol*, das *Pilotprojekt Telemonitoring im Mürztal* (Steiermark) und das *Konzept für eine mehrstufige Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus in Wien*.

Auf Basis des vorliegenden Rahmenkonzepts wird in weiterer Folge *ein Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2* entwickelt werden. Darin werden detaillierte Qualitätskriterien für alle Versorgungsstufen und alle Kernprozesse der Versorgung festgelegt.

Eine etwaige Anpassung bzw. Erweiterung des bundesweiten **Disease-Management-Programms (DMP) „Therapie Aktiv“** für Typ-2-Diabetiker/-innen kann aufbauend auf dem *Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2* und dem *Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2* erfolgen. Das Disease-Management-Programm soll von allen Ärztinnen und Ärzten (jedenfalls von Vertragsärztinnen/Vertragsärzten der Fachgebiete Allgemeinmedizin und Innere Medizin), die in der 1. Versorgungsstufe Typ-2-Diabetiker/-innen versorgen, **verpflichtend angeboten werden**. Das Programm richtet sich primär an Patientinnen/Patienten, die bereit und fähig sind, aktiv an ihrer Therapie mitzuarbeiten. Über eine individuelle Teilnahme am Programm muss partnerschaftlich mit den Patientinnen/Patienten entschieden werden.

1.1 Projektziele und Nicht-Ziele

Die Fachgruppe Versorgungsprozesse stellte zu Beginn der Arbeiten fest, dass Integrierte Versorgung gemäß aktueller Leitlinien und entsprechender Qualitätsstandards grundsätzlich für alle Formen des Diabetes mellitus zu gelten habe, das Rahmenkonzept jedoch auf die Versorgung von erwachsenen Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 fokussieren soll.

Mit dem Rahmenkonzept sollen folgende **übergeordnete Ziele** verfolgt werden:

- » bundesweite Optimierung der sektorenübergreifenden und vernetzten Versorgung sowie Implementierung der Betreuung und Unterstützung von Typ-2-Diabetikern und -Diabetikerinnen auf Basis eines abgestuften, multiprofessionell orientierten, leitlinienkonformen Konzepts entsprechend den Inhalten eines noch zu erarbeitenden *Qualitätsstandards Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2*.
- » Festlegung von Rahmenbedingungen für eine Umsetzung der in der österreichischen Diabetes-Strategie angesprochenen Ziele, Grundlagen und Voraussetzungen für eine hochqualitative Diabetesversorgung

Zudem wurden folgende **Detailziele** festgelegt:

- » Sicherstellung einer evidenzbasierten, leitlinienkonformen, abgestuften, niederschweligen Versorgung der Patientinnen/Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 (vorzugsweise in einem adaptierten DMP „Therapie aktiv“ im niedergelassenen Bereich unter Einbeziehung weiterer relevanter betroffener Berufsgruppen)
- » Definition und Festlegung von Versorgungsprozessen über alle Versorgungsstufen hinweg gemäß bundesweit einheitlicher Qualitätskriterien und -standards
- » Angebot leicht zugänglicher standardisierter, strukturierter und qualitätsgesicherter Patientenschulungen
- » Einbindung digitaler Technologien im Rahmen und zur Unterstützung der Versorgung und Betreuung
- » Monitoring und kontinuierliche Qualitätsverbesserung des gesamten Integrierten Versorgungsprozesses
- » Erstellung eines *Qualitätsstandards Integrierten Versorgung Diabetes mellitus Typ 2*

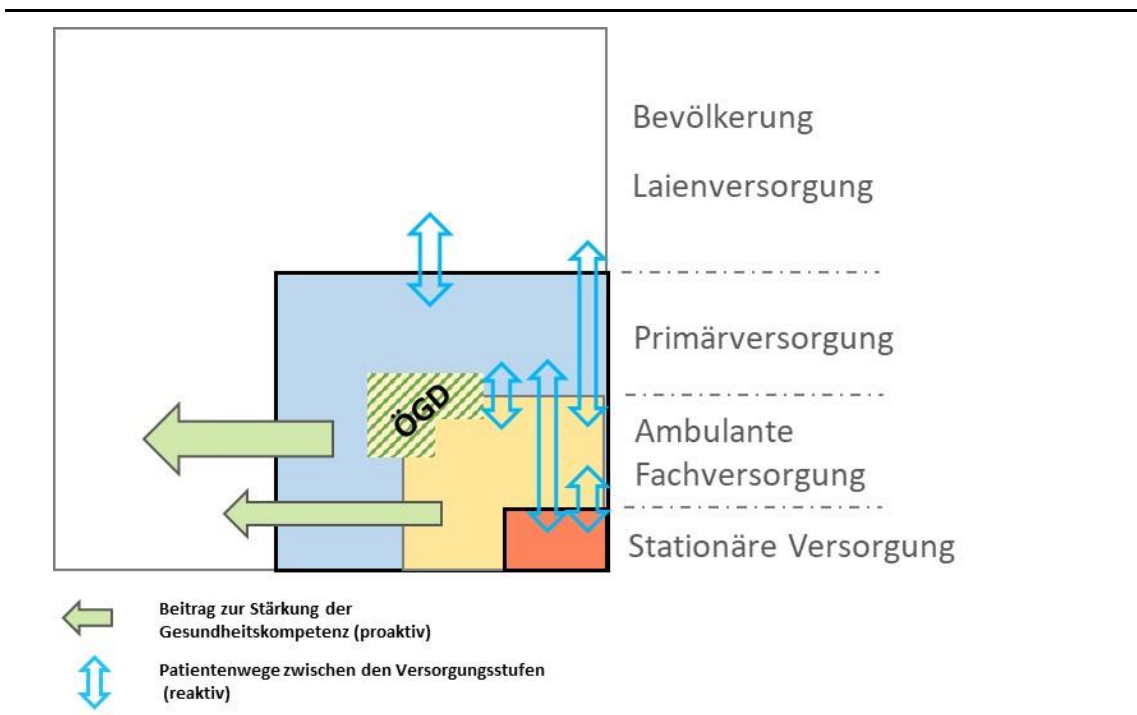
Um den Auftrag und die Arbeiten zum Rahmenkonzept und zum *Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2* einzugrenzen, legte die Fachgruppe Versorgungsprozess nachfolgende **Nicht-Ziele** fest:

- » Ersatz des DMP „Therapie aktiv“
- » Entwicklung medizinischer Leitlinien
- » Abschaffung bereits bestehender erfolgreicher regionaler Versorgungskonzepte
- » Aufbau eines Diabetesregisters

2 Versorgungsstufenmodell und Integrierte Versorgung

Das **Versorgungsstufenmodell** für akut und chronisch Kranke im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2017 beschreibt insgesamt vier Stufen der Gesundheitsversorgung, von denen **drei professionell betreut** werden. Dazu zählen die Primärversorgung, die ambulante Fachversorgung und die stationäre Versorgung (BMGF 2017b).

Abbildung 2.1:
Versorgungsstufenmodell für akut und chronisch Kranke



Quelle: ÖSG 2017 (BMGF 2017b); Darstellung adaptiert: GÖG/BIQG

Die **Integrierte Versorgung** zielt darauf ab, die unterschiedlichen Versorgungsstufen verstärkt miteinander und untereinander zu vernetzen, um durch einen verbesserten Informationsfluss die Grundlage für eine informierte Weiterbehandlung in allen Sektoren zu schaffen. Sie ist als „kontinuierliche, sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre/multiprofessionelle und nach standardisierten Behandlungskonzepten³ (Guidelines, Behandlungspfade etc.) ausgerichtete Versorgung definiert und umfasst Prozess- und Organisationsintegration.“ (BMGF 2017b)

3

Behandlungskonzepte bzw. Betreuungskonzepte

Vor allem die häufig komplexe Langzeitversorgung der wachsenden Gruppe chronisch Kranker geht mit einem großen Bedarf an Integrierter Versorgung einher. In diesem Zusammenhang definiert der Österreichische Strukturplan Gesundheit für eine **(Teambasierte) Primärversorgungseinheit (PVE)** u. a. folgenden Aufgabenbereich: „Kontinuierliche Begleitung, fortgesetzte Betreuung, Anleitung und Behandlung nach "state of the art" von PatientInnen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankung(en) in enger Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Fachbereich/Sonderfach“ (BMGF 2017b). Zudem wird die „Langzeitversorgung chronisch Kranker und alter PatientInnen“ für den **Fachbereich der Inneren Medizin** als Basisaufgabe definiert und konkretisiert (BMGF 2017b).

Das im Österreichischen Strukturplan Gesundheit festgelegte Versorgungsstufenmodell, die genannte Definition einer Integrierten Versorgung und die Beschreibung der Basisaufgaben im Rahmen der Langzeitversorgung dienen als **Grund- und Ausgangslage zur Beschreibung des nachfolgenden Integrierten Versorgungsprozesses und der drei Versorgungsstufen** für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2.

3 Der Integrierte Versorgungsprozess

3.1 Grundlegendes

Das Konzept soll den Rahmen für eine Integrierte Versorgung von **erwachsenen Menschen** mit diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 2 in Österreich festlegen. Seine Basis ist die **abgestufte Versorgung mit den jeweils zugeordneten Versorgungsaufträgen** bei gleichzeitig regional flexibler Zuordnung der Versorgungsstufen zu den jeweiligen Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern.

Die **tragende Rolle** spielt dabei die **1. Versorgungsstufe**, wo über lange Strecken der Erkrankung die Basisversorgung im Rahmen der **Primärversorgung** erfolgt. In der **2. und 3. Versorgungsstufe** werden **spezialisierte Aufgaben** der Versorgung übernommen. Dafür sind **Über-, Zu- bzw. Einweisungskriterien** zu definieren, welche an die **strukturellen regionalen Rahmenbedingungen angepasst werden können**.

Exkurs: Früherkennung

Obwohl das *Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2* die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 ab der Diagnosestellung beschreibt, soll hiermit die Bedeutung der Früherkennung angesprochen werden. Das frühzeitige Identifizieren von Menschen mit erhöhtem Diabetesrisiko bzw. mit bereits bestehendem, aber noch nicht diagnostiziertem Diabetes ist von enormer Wichtigkeit. Je früher erste Interventionen, wie beispielsweise Gewichtsreduktion, Blutdrucksenkung, Normalisierung des Fettstoffwechsels, gesetzt werden, umso eher lässt sich verhindern, dass sich bei Personen mit einem Diabetesrisiko die Erkrankung manifestiert.

Neben Allgemeinmedizinern/Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen/Fachärzten für Innere Medizin spielen auch alle anderen Fachdisziplinen und nichtärztlichen Gesundheitsberufe eine wichtige Rolle bei der Entdeckung der Erkrankung. Aus diesem Grund muss die Früherkennung von Diabetes mellitus Typ 2 integraler Bestandteil der gesamten Gesundheitsversorgung sein. Wichtig für den Integrierten Versorgungsprozess ist, dass Personen mit Diabetesverdacht bzw. mit erhöhtem Diabetesrisiko möglichst in der 1. Versorgungsstufe erkannt oder zu dieser zur weiteren Abklärung und Betreuung zugewiesen bzw. vermittelt werden.

Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung einer strukturierten abgestuften Versorgung ist, dass alle Gesundheitsdiensteanbieter/-innen (GDA) jeder Versorgungsstufe als Teil eines Netzwerks agieren. Die Leistungen müssen von den GDA entsprechend ihrem Versorgungsauftrag **verbindlich und qualitätsgesichert** erbracht werden. Wenn die Patientenversorgung von einer/einem GDA nicht mehr ausreichend sichergestellt werden kann, wird die betreffende Person an andere GDA des Netzwerks weitergeleitet. Die Nahtstellen und die Übergabeprozesse sind definiert und bekannt, ebenso wie die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der anderen Versorgungsstufen.

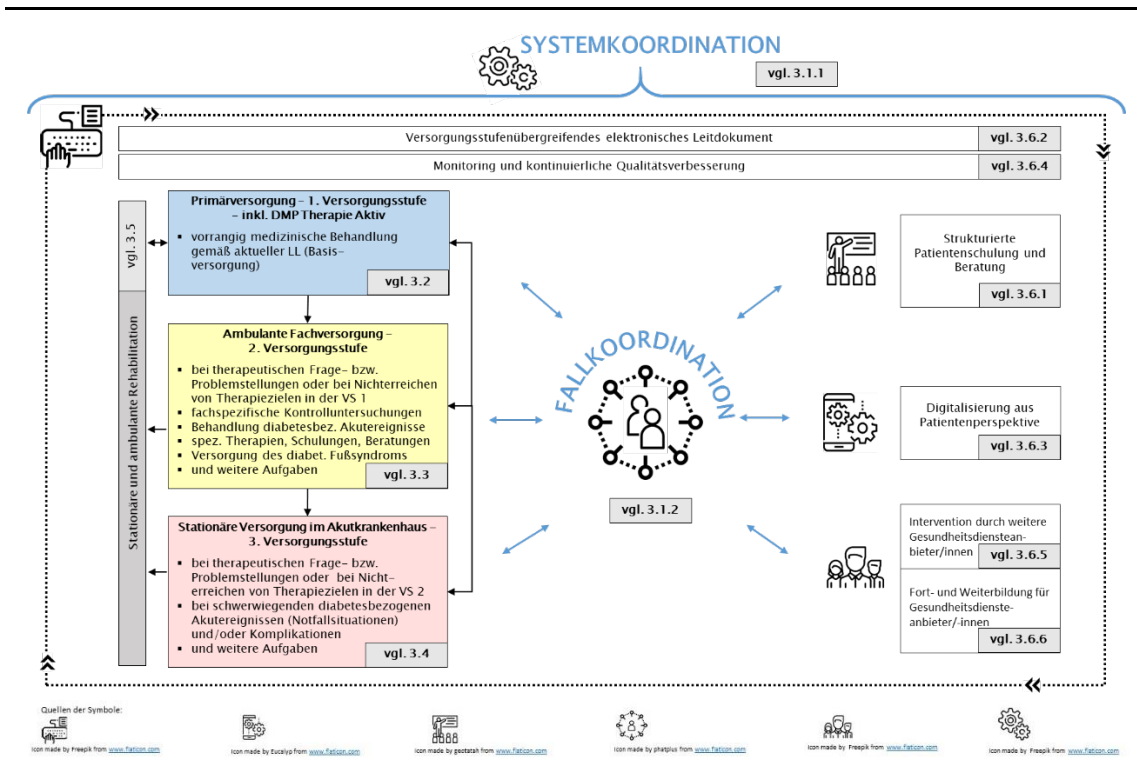
Im Idealfall wird eine Art modulares „**Baukastensystem**“, bestehend aus Netzwerkpartnern/-partnerinnen mit ihren Leistungsangeboten entsprechend der **lokalen Gegebenheiten und Verfügbarkeiten**, festgelegt und für die Patientinnen und Patienten transparent dargestellt werden. Innerhalb dieses Netzwerks erfolgt eine strukturierte Weiterleitung von Patienten und Patientinnen zwischen den Versorgungsstufen und unterschiedlichen Disziplinen. Patientinnen und Patienten werden bei der koordinierten Inanspruchnahme – ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen entsprechend – durch evidenzbasierte leitlinienempfohlene Leistungen innerhalb dieses Netzwerks unterstützt.

Jeder Patient / Jede Patientin mit diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 2 soll im Rahmen des Integrierten Versorgungsprozesses über eine **kontinuierliche versorgungsstufenübergreifende elektronische Dokumentation**, ein elektronisches Leitdokument, erfasst werden. Alle diabetes-relevanten Informationen sollen für alle involvierten GDA und die Patientinnen/Patienten selbst unter besonderer Berücksichtigung des Datenschutzes zugänglich sein. Zudem soll das elektronische Leitdokument – nach Möglichkeit – eine Erinnerungsfunktion beinhalten, um Patientinnen und Patienten über bevorstehende Kontrollen und Leistungen zu informieren (vgl. auch Punkt 3.6.2). Das elektronische Leitdokument soll auch für die fallführenden Ärztinnen und Ärzte eine Erinnerungsfunktion über bevorstehende Kontrollen enthalten, z. B. Fälligkeit eines Feedbackgesprächs im DMP „Therapie Aktiv“.

Die Versorgung von Menschen, die an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind, ist häufig komplex und erfordert neben der koordinierten Vorgehensweise insbesondere auch die aktive Einbeziehung der Patientinnen und Patienten. Dies stellt eine Herausforderung nicht nur für die betroffene Person, sondern auch für das gesamte Versorgungssystem dar. Aus diesem Grund nimmt die **Koordination** hier eine zentrale Rolle ein. Grundsätzlich wird zwischen **Systemkoordination und Fallkoordination** unterschieden, die nachfolgend näher beschrieben werden.

Abbildung 3.1 stellt den Integrierten Versorgungsprozess grafisch dar und verweist jeweils auf die Berichtsteile des Rahmenkonzepts, in denen die Inhalte der einzelnen Prozessbereiche näher beschrieben sind.

Abbildung 3.1:
Integrierte Versorgung von Erwachsenen mit Diabetes mellitus Typ 2



Darstellung: GÖG-eigene Darstellung

3.1.1 Systemkoordination

Voraussetzung für ein gut funktionierendes Fallmanagement ist, dass die erforderlichen Strukturen und Leistungen in der Versorgungsregion zur Verfügung stehen, dass sie sowohl den GDA als auch den Patientinnen und Patienten bekannt sind und niederschwellig zur Verfügung stehen. Um dies sicherzustellen, wird die Etablierung einer Systemkoordination (in Sinne eines Care Managements) empfohlen.

Die vorrangige Aufgabe der Systemkoordination ist es, Rahmenbedingungen auf Basis von Planungskriterien zu schaffen, die für die Fallkoordination erforderlich sind, um eine qualitativ hochwertige Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus sicherzustellen. Dazu zählen insbesondere:

- » ausreichende Verfügbarkeit von GDA, wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte, die DMP anbieten, Fachärztinnen/Fachärzte, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson mit einer entsprechenden Weiterbildung lt. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), z. B. Diabetesberatung, Wundmanagement, Fachambulanzen, Rehabilitationseinrichtungen bzw. ambulante Rehabilitation
- » ausreichende Verfügbarkeit von strukturierten Diabeteschulungen und Ernährungsberatungen, Bewegungsangeboten, Maßnahmen zur Raucherentwöhnung und Leistungen für Zu-/Angehörige (Beratung von pflegenden Zu- und Angehörigen, ...)
- » ausreichender Zugang zu Heilbehelfen und Hilfsmitteln
- » Zugang zu Telemonitoring (im Rahmen einer Therapieumstellung oder als kontinuierliche Maßnahme)
- » Sicherstellung von effizienten und ökonomischen Versorgungsabläufen
- » Aufbau und Pflege von Netzwerken, u. a. mit GDA und Selbsthilfegruppen
- » Monitoring der Versorgungsqualität und Setzung von Maßnahmen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung
- » Setzung von Maßnahmen zur Steigerung der Patientenzufriedenheit

Eine weitere Verantwortung der Systemkoordination ist die öffentliche Information über Leistungen und Angebote von GDA. Diese Aufgabe könnte ggf. beispielsweise über eine eigene Website in Verschränkung mit den (digitalen) Informationsangeboten (Website) von „Therapie aktiv“ erfolgen, auf der sowohl die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als auch alle weiteren GDA mit ihren Versorgungsangeboten, Kontaktdaten und ev. Terminverfügbarkeiten dargestellt sind. So könnten einerseits die GDA rasch die richtigen Kooperationspartner/-innen für beispielsweise Diabeteschulung, Kontrolluntersuchungen, Fußpflege, Fußambulanzen inkl. Wundmanagement finden und Patientinnen/Patienten entsprechend weiterleiten und unterstützen, andererseits könnten sich auch die Betroffenen selbst bzw. deren Zu-/Angehörige einen guten Überblick verschaffen.

Wichtig ist, dass die Systemkoordination auf regionaler Ebene angesiedelt ist, unabhängig von einer Versorgungsstufe agiert und sich mit den GDA über aktuelle Veränderungen der Bedarfslagen und Angebotslandschaft austauscht. Dadurch ist es der Systemkoordination möglich, Unterversorgung oder Überangebot zu erkennen und neue Anforderungen an verantwortliche Entscheidungsträger/-innen zu transportieren, beispielsweise im Rahmen des Planungsbedarfs. Um den Aufgaben nachkommen zu können, ist es notwendig, dass die mit der Systemkoordination betrauten Personen die notwendigen Befugnisse haben und mit den erforderlichen Ressourcen auf Basis der im *Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2* festgelegten Planungskriterien ausgestattet sind.

3.1.2 Fallkoordination

Im Rahmen der Fallkoordination soll (im Sinne eines Case Managements) im Bedarfsfall eine auf die **individuellen und situationsbezogenen patientenspezifischen Bedürfnisse** zugeschnittene

transsektorale Versorgung sichergestellt werden. „Fallkoordination“ bedeutet in diesem Zusammenhang die Rolle einer **Informations-, Koordinations- und Organisationsdrehscheibe** für die Patientin / den Patienten und ihre/seine Zu- und Angehörigen sowie für alle involvierten GDA.

Die Fallkoordination für eine Patientin / einen Patienten liegt vorrangig in der Verantwortung der fallführenden Ärztin / des fallführenden Arztes und ist in der **1. Versorgungsstufe** (Primärversorgung) angesiedelt bzw. ist sie an die regionalen Strukturen anzupassen. Die Koordinationsaufgaben können und sollen an andere entsprechend kompetente und berechnigte GDA delegiert werden.

Wenn aus medizinischen Gründen eine längerfristige Versorgung der Patientin / des Patienten in der 2. oder 3. Versorgungsstufe erfolgen soll, kann die Fallkoordination von der 1. Versorgungsstufe an die 2. bzw. 3. Versorgungsstufe übertragen werden. Voraussetzung dafür ist die Sicherstellung einer **interdisziplinären und interprofessionellen Betreuung** der Patientin / des Patienten, wie beispielsweise durch ein Diabeteszentrum, eine Fachambulanz oder ein Akutkrankenhaus.

In jedem Fall sind die vereinbarten Prozessschritte im elektronischen Leitdokument, das von allen am Versorgungsprozess beteiligten GDA in allen Versorgungsstufen einsehbar ist, zu dokumentieren. (vgl. auch Punkt 3.6.2).

In den nachfolgenden Beschreibungen zur 1., 2. und 3. Versorgungsstufe werden die angeführten Leistungen der Fallkoordination beispielhaft aufgezählt.

3.2 Primärversorgung – 1. Versorgungsstufe

„Primärversorgung (Primary Health Care) ist die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess **koordinieren und gewährleisten ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung.**“ (BMGF 2017b)

Ableitend von dieser Definition im ÖSG erfolgt laut Rahmenkonzept in der **1. Versorgungsstufe** vorrangig die medizinische Betreuung. Zudem ist in der 1. Versorgungsstufe die **Fallkoordination** für die Patientin / den Patienten verankert (vgl. auch Punkt 3.1.2). Die Primärversorgung kann – ergänzend zu den Empfehlungen im ÖSG – nicht nur von **Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin**, sondern auch von Fachärztinnen/Fachärzten für Innere Medizin übernommen werden, unabhängig von der Organisationsform⁴. Im vorliegenden Rahmenkonzept wird in diesem Zusammenhang von **„fallführenden Ärztinnen und Ärzten“** gesprochen – unabhängig davon, wer diese Rolle übernimmt.

4

Da dieses Rahmenkonzept auf erwachsene Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 fokussiert, wird hier nicht näher auf die Rolle von Fachärztinnen/Fachärzten für Pädiatrie in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus eingegangen.

Fallführende Ärztinnen/Ärzte der 1. Versorgungsstufe sollen **verpflichtet sein**, an einem Disease-Management-Programm (wie „Therapie aktiv“) teilzunehmen und dieses Patientinnen und Patienten, die den Programmkriterien entsprechen, aktiv anzubieten. Eine Teilnahme am DMP erfolgt für die Patientinnen und Patienten jedoch auf freiwilliger Basis. Alle Patientinnen und Patienten, die entweder nicht in das Programm eingeschrieben werden wollen oder nicht den Teilnahme-kriterien entsprechen, sind dennoch den gültigen und verfügbaren medizinischen Leitlinien und dem (noch zu erarbeitenden) *Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2* gemäß zu versorgen.

Aufgaben der 1. Versorgungsstufe

Nachdem die Diagnose gestellt wurde, ist es notwendig, die an Diabetes erkrankte Person leitlinienkonform medizinisch zu versorgen, ein regelmäßiges Screening auf diabetesassoziierte Folge- und Begleiterkrankungen durchzuführen und den Therapieverlauf langfristig zu überwachen. Die Leistungen einer umfassenden Integrierten Versorgung müssen jedoch nicht ausschließlich von der fallführenden Ärztin / vom fallführenden Arzt sichergestellt werden. Viele Aufgaben können von anderen Gesundheitsdienstleistern/-leisterinnen wahrgenommen werden, die in die Primärversorgung einzubeziehen sind. Die ggf. dafür notwendigen Indikationsstellungen, Zuweisungen bzw. Weiterleitungen und die Überprüfung der Ergebnisse liegen im Rahmen der Fallkoordination (vgl. auch Punkt 3.1.2) bei den fallführenden Ärztinnen/Ärzten der 1. Versorgungsstufe.

Nachfolgende exemplarisch aufgezählte Aufgaben sind im Rahmen der Primärversorgung ausschließlich von fallführenden Ärztinnen/Ärzten zu erbringen:

- » patientenzentrierte Gesprächsführung inkl. Herstellung und Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung
- » regelmäßige Anpassung und Kontrolle des Behandlungsregimes auf Basis eines individuellen Therapieziels (gemäß den gültigen Leitlinien) inkl. Telemonitoring
- » strukturiertes Medikamentenmanagement (u. a. Verringerung von Polypharmazie)
- » (telefonische) Beratung für Patientinnen/Patienten (z. B. Befundbesprechung, Blutzuckerwerte in der Einstellungsphase) unter Einhaltung rechtlicher Auflagen, wie beispielsweise der Datenschutzgrundverordnung

Nachfolgende exemplarische Aufgaben der Primärversorgung müssen in der 1. Versorgungsstufe angeboten werden, können aber mit Unterstützung weiterer Gesundheitsdienstleister/-innen durchgeführt werden:

- » (chronische) Wundversorgung und -betreuung⁵ (vgl. Klassifikation diabetischer Fußläsionen)
- » strukturierte Schulung und Vermittlung von (weiterführenden) Strategien für ein besseres Empowerment der Patientinnen und Patienten
- » Ernährungsberatung (ggf. mit Gewichtsreduktionsprogramm)

5

vgl. Arzthandbuch für DMP Therapie Aktiv (Steiermärkische Gebietskrankenkasse 2016)

- » Information zu Bewegung und Bewegungsangeboten
- » Abklärung des individuellen Bedarfs an Heilbehelfen und Hilfsmitteln und ggf. Weiterleitung an die entsprechenden GDA sowie Unterstützung bei diesbezüglichen Antragstellungen bei der SV
- » Koordination regelmäßiger Kontrollen auf mögliche Begleit- und/oder Folgeerkrankungen
- » Führung eines elektronischen Terminerinnerungssystems für Patientinnen/Patienten und Ordinationen
- » Assessment zum individuellen Versorgungsbedarf
- » Weiterleitung zur bzw. Durchführung einer Raucherentwöhnung
- » Information über Selbsthilfegruppen-Angebote
- » Bereitstellung von Unterstützung, Information, Anleitung und Beratung für Familien / Zu- und Angehörige / betreuende Personen von Patientinnen und Patienten
- » Koordination im Rahmen des Aufnahme- und Entlassungsmanagements (BMASGK 2018b)
- » Unterstützung der Patientin / des Patienten bei der Antragstellung für stationäre bzw. ambulante Rehabilitation
- » Einsatz von Telemonitoring
- » (Unterstützung bei der) Patientenbindung

Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 werden von der fallführenden Ärztin / vom fallführenden Arzt an die 2. Versorgungsstufe über- oder zugewiesen, wenn die notwendige Leistung in der 1. Versorgungsstufe gemäß den Leitlinien nicht vorgesehen ist oder nicht erbracht werden kann, wenn die Therapieziele nicht erreicht werden oder ein diabetesbezogenes Akutereignis auftritt, das in der 1. Versorgungsstufe nicht behandelbar ist (vgl. Abschnitt 3.3).

3.3 Ambulante Fachversorgung – 2. Versorgungsstufe

„Die **ambulante Fachversorgung** umfasst ambulante Leistungserbringung aus den Fachbereichen. Fachbereiche orientieren sich an der Systematik der Sonderfächer gem. Ärzteausbildungsordnung und schließen auch andere Gesundheitsberufe mit ein.“ (BMGF 2017b)

Ableitend von dieser Definition im ÖSG erfolgt laut Rahmenkonzept in der **2. Versorgungsstufe** die Versorgung nach Über- bzw. Zuweisung der Patientin / des Patienten durch die fallführende Ärztin / den fallführenden Arzt der 1. Versorgungsstufe oder nach Rücküberweisung von der 3. Versorgungsstufe an eine der nachfolgenden Stellen des ambulanten Fachversorgungsbereichs:

- » Diabeteszentren oder extramurale (multiprofessionelle) Einrichtungen (analog den derzeit stattfindenden Arbeiten in der FG VS) oder intramurale (multiprofessionelle) Diabetesambulanz in einem Akutkrankenhaus
- » Fußambulanzen bzw. niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte, die sich der organisierten und strukturierten Versorgung des diabetischen Fußsyndroms widmen (im Sinne eines Case Managements)

- » Fachärztinnen/Fachärzte zur Versorgung und Betreuung von Diabetes mellitus und dessen spezifischen Begleit- / Folgeerkrankungen; dazu zählen insbesondere Fachärztinnen/Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, für Innere Medizin und Nephrologie, für Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie oder für Augenheilkunde und Optometrie

Aufgaben der 2. Versorgungsstufe

Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 werden in der 2. Versorgungsstufe betreut, wenn die notwendige Leistung in der 1. Versorgungsstufe gemäß den Leitlinien nicht vorgesehen ist oder nicht erbracht werden kann, wenn die Therapieziele nicht erreicht werden oder ein diabetesbezogenes Akutereignis bzw. Folge- und Begleiterkrankungen behandelt werden müssen oder eine weitere Erkrankung auftritt, welche in der 1. Versorgungsstufe nicht behandelbar sind.

Nachfolgende exemplarisch aufgezählte Aufgaben sind in der 2. Versorgungsstufe u. a. durchzuführen:

- » fachspezifische Kontrolluntersuchungen (wie beispielsweise Augen-, Nieren-, Nervenuntersuchung), Diagnostik und Therapie von Folge- und Begleiterkrankungen sowie Komplikationen
- » Behandlung diabetesbezogener Akutereignisse, die in der 1. Versorgungsstufe nicht adäquat versorgt werden können
- » spezielle (medikamentöse) Therapien
- » koordinierte und strukturierte Behandlung des diabetischen Fußsyndroms (vgl. Klassifikation diabetischer Fußläsionen⁶)
- » Beratung zu diabetologischen Fragestellungen im Rahmen anderer Erkrankungen, beispielsweise bei OP-Vorbereitungen
- » Sonderdiätberatung bei speziellen Erkrankungen
- » spezielle strukturierte Schulungen (z. B. intensivierete Insulintherapie oder Pumpenschulungen)
- » Telemonitoring-Anwendungen
- » Bereitstellung von Unterstützung, Information, Anleitung und Beratung für Familien / Zu- und Angehörige / betreuende Personen von Patientinnen und Patienten
- » Befundbesprechung und telefonisches Konsil von fallführenden Ärztinnen und Ärzten aus der 1. Versorgungsstufe

Nach Abschluss der Betreuung der Patientin / des Patienten in der 2. Versorgungsstufe wird sie/er wieder in die 1. Versorgungsstufe an die fallführende Ärztin / den fallführenden Arzt rückgeleitet.

6

vgl. Arzthandbuch für DMP Therapie Aktiv (Steiermärkische Gebietskrankenkasse 2016)

Falls therapeutische Frage- bzw. Problemstellungen nicht gelöst bzw. Therapieziele nicht erreicht werden oder ein schwerwiegendes diabetesbezogenes Akutereignis (Notfall, Komplikation) eintritt (vgl. auch Abschnitt 3.4.), wird die Patientin / der Patient in die 3. Versorgungsstufe eingewiesen.

3.4 Stationäre Versorgung im Akutkrankenhaus – 3. Versorgungsstufe

„Unter **(akut-)stationärer Versorgung** versteht man die Behandlung eines Patienten / einer Patientin in einer bettenführenden Organisationseinheit einer (Akut-)Krankenanstalt auf Basis einer durch einen Anstaltsarzt / eine -ärztin festgestellten Anstaltsbedürftigkeit.“ (BMGF 2017b)

Ableitend von dieser Definition im ÖSG erfolgt in der 3. Versorgungsstufe des Rahmenkonzepts die stationäre Versorgung im Akutkrankenhaus.

Aufgaben der 3. Versorgungsstufe

Die 3. Versorgungsstufe übernimmt die spezialisierte Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 im stationären Akutversorgungsbereich u. a. bei folgenden exemplarisch aufgezählten Ereignissen:

- » nicht lösbare therapeutische Frage- bzw. Problemstellungen bzw. nicht erreichte Therapieziele in der 2. Versorgungsstufe
- » schwerwiegende diabetesbezogene Akutereignisse (wie akute Herz-Kreislauf-Komplikationen, Schlaganfall) und/oder schwerwiegende (nicht bzw. schwer kontrollierbare bzw. managebare) Komplikationen (z. B. bedrohliche Stoffwechsellentgleisungen wie Ketoazidose oder unkontrollierbare Hypoglykämie)
- » Verdacht auf einen infizierten diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese oder akute neuroosteopathische Fußkomplikation (vgl. Klassifikation diabetischer Fußläsionen⁷)

Nach Abschluss der Betreuung in der 3. Versorgungsstufe wird die Patientin / der Patient wieder in die 1. – oder bei Bedarf in die 2. – Versorgungsstufe rücküberwiesen.

3.5 Stationäre und ambulante Rehabilitation

„**Rehabilitation** ist die Wiederherstellung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten mit dem Ziel, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen ihnen

7

vgl. Arzthandbuch für DMP Therapie Aktiv (Steiermärkische Gebietskrankenkasse 2016)

angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einnehmen zu können.“ (BMGF 2017b)

Die Bewilligung für eine ambulante und/oder stationäre Rehabilitation erfolgt bei einer drohenden oder eingetretenen Teilhabestörung, d. h., wenn Komplikationen oder Begleiterkrankungen vorliegen, welche ein multiprofessionelles therapeutisches Konzept erfordern.

Ob die Rehabilitation ambulant oder stationär erfolgt, ist von verschiedenen Rahmenbedingungen abhängig, wie beispielsweise von der Mobilität der Patientin / des Patienten. Nur speziell anerkannte Einrichtungen zur Stoffwechselrehabilitation sollen die rehabilitative Betreuung übernehmen.

Nach Abschluss der rehabilitativen Betreuung der Patientin / des Patienten führt die fallführende Ärztin / der fallführende Arzt der 1. Versorgungsstufe die Betreuung weiter.

3.6 Versorgungsstufenübergreifende Prozesse

Neben den oben beschriebenen Versorgungsstufen sind weitere Abläufe und Prozesse für eine Integrierte Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 erforderlich, die **in allen Versorgungsstufen** und **übergreifend über alle Versorgungsstufen** hinweg stattfinden und auch der regionalen Organisation und Verfügbarkeit entsprechen müssen.

Zu den versorgungsstufenübergreifenden Prozessen zählen:

- » strukturierte Patientenschulung und Beratung (vgl. Punkt 3.6.1)
- » versorgungsstufenübergreifendes elektronisches Leitdokument (vgl. Punkt 3.6.2)
- » Digitalisierung aus Patientenperspektive (vgl. Punkt 3.6.3)
- » Monitoring und kontinuierliche Qualitätsverbesserung (vgl. Punkt 3.6.4)
- » Interventionen durch weitere Gesundheitsdiensteanbieter/-innen (vgl. Punkt 3.6.5)
- » Fort- und Weiterbildung für Gesundheitsdiensteanbieter/-innen (vgl. Punkt 3.6.6)

Nachfolgend werden die genannten versorgungsstufenübergreifenden Prozesse in den jeweiligen Berichtsteilen beschrieben.

3.6.1 Strukturierte Patientenschulung und Beratung

Die grundlegenden Ziele der strukturierten Patientenschulung sind die Unterstützung und das Empowerment von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2, damit sie in allen Lebenslagen bestmöglich mit ihrer chronischen Erkrankung zurechtkommen: Patientinnen/Patienten sollen zu einem möglichst eigenständigen Leben befähigt und zu gesundheitsförderlichen Aktivitäten motiviert werden (Empowerment). Langzeitkomplikationen sollen so weit wie möglich verhindert, (Re-

)Hospitalisierungen und Notfallkonsultationen vermieden werden. Die Lebensqualität und Zufriedenheit der betroffenen Personen sollen erhalten und gefördert werden.

In Ergänzung zu strukturierten Patientenschulungen können spezielle Beratungen für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 erfolgen, z. B. Ernährungsberatung, Bewegungsberatung.

Die Patientenschulung und Beratung verläuft über den gesamten Krankheitsverlauf und muss über alle Versorgungsstufen hinweg von der fallführenden Ärztin / vom fallführenden Arzt angeboten werden und über die Systemkoordination zur Verfügung stehen.

Ausgehend von der individuellen Lebenssituation, der therapeutischen, der medikamentösen oder lebensstilmodifizierenden Behandlung und vom Diabetesverlauf wird eine mehrphasige Schulung angestrebt. Beginnend mit einer Initialschulung zum Erwerb von Basiskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung schließen sich weiterführende Beratungen, strukturierte zielgruppenorientierte Besprechungen und Schulungen kontinuierlich und in regelmäßigen Abständen an, in Abhängigkeit vom Bedarf und den Bedürfnissen der betroffenen Personen beispielsweise als standardisierte – kürzere – Auffrischkurse und Varianten des „Blended Learning“ (Kombination aus Präsenz- und Online-Schulung).

Wichtig für Angebote der Patientenschulung und Beratung ist die Berücksichtigung folgender Prinzipien (BMGF 2017c):

- » Strukturierte Schulungsprogramme basieren auf der bestverfügbaren Evidenz.
- » Qualitätssicherung und kontinuierliche Evaluation der angebotenen Schulungsprogramme inkl. Begleitmaterialien
- » Festlegung spezifischer Lernziele
- » Orientierung an der Krankheitsphase und Anpassung der Inhalte an die jeweiligen Personen (insb. an Alter und Wissensstand, verschiedene Sprachen)
- » Einbeziehung und Teilhabe der betroffenen Personen sowie ihrer Zu- und Angehörigen
- » Orientierung an der Lebenswelt der Betroffenen
- » niederschwellige, wohnortnahe Angebote
- » Nutzung von Telegesundheitsdiensten / Telegesundheitsmonitoring / E-Learning-Systemen für Patientinnen und Patienten
- » Kombination von Gruppen- und Einzelschulungen / Beratungen

Die Patientenschulung und Beratung muss Qualitätskriterien folgen und kann von der fallführenden Ärztin / vom fallführenden Arzt, von speziell qualifizierten GDA oder einem (multiprofessionellen) Schulungsteam in allen Versorgungsstufen durchgeführt werden, sollte jedoch primär in der 1. Versorgungsstufe erfolgen.

Die Qualitätskriterien basieren auf der verfügbaren Evidenz und sollen im *Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2* näher beschrieben werden.

Alle durchgeführten strukturierten Patientenschulungen und Beratungen sind vom / von der Schulenden im versorgungsstufenübergreifenden elektronischen Leitdokument zu dokumentieren (vgl. auch Punkt 3.6.2).

3.6.2 Versorgungsstufenübergreifendes elektronisches Leitdokument

Informationsmanagement ist eine zentrale Herausforderung in der Integrierten Versorgung. Für eine Integrierte Versorgung benötigen die GDA **aktuelle Informationen** über die therapeutische Situation der Patientin / des Patienten sowie über medizinische Interventionen und Kontrollen, **um richtige medizinische und therapeutische Entscheidungen treffen zu können.**

Daneben sind diese **Informationen die Voraussetzung dafür, Qualitätssicherung und Planung auf allen Stufen des Gesundheitswesens** durchführen zu können. Deshalb soll sowohl für die Dokumentation als auch für den Informationsfluss an den Schnitt- und Nahtstellen des Versorgungsprozesses eine **standardisierte und verpflichtende Diagnosen- und Behandlungsdokumentation** für alle am Versorgungsprozess beteiligten GDA in allen Versorgungsstufen etabliert werden.

Um das zu ermöglichen, ist eine digitale Lösung im Sinne eines **versorgungsstufenübergreifenden elektronischen Leitdokuments** erforderlich.

Hierfür müssen einerseits Informationen aus bestehenden Quellen und Systemen zusammengeführt und nutzbar gemacht werden, wie etwa Befunde oder Medikationsdaten. Andererseits soll eine fortlaufende Datenerfassung in allen Versorgungsbereichen möglich sein: beispielhaft etwa die Erfassung und Dokumentation von Blutzuckerwerten über Telemonitoring, Informationen zur aktuellen Therapie, zu vorangegangenen Therapieversuchen und deren Ergebnissen, oder die Erfassung durchgeführter und Darstellung durchzuführender Untersuchungen (Kardiologie, Gefäßstatus etc.). Durch die strukturierte Darstellung soll es der fallführenden Ärztin / dem fallführenden Arzt ermöglicht werden, eine Prozesskontrolle im Sinne des Integrierten Versorgungskonzeptes durchzuführen.

Nachfolgende Datenarten (vgl. Tabelle 3.1) wurden für das elektronische Leitdokument als notwendig festgelegt. Zusätzlich zu den an der Versorgung beteiligten GDA, die diese Daten erfassen und nutzen, sollten die Daten Bund, Ländern und SV in pseudonymisierter Form zur Qualitätssicherung, Abschätzung der Versorgungssituation, als Planungsgrundlage und für wissenschaftliche Arbeiten zur Verfügung stehen.

Tabelle 3.1:

Datenarten für das Versorgungsstufenübergreifende elektronische Leitdokument

Essenzielle Daten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes- und Komplikations- Diagnosen 2. Kontakte & Termine: GDA-Kontakte, zu planende und durchgeführte Kontrolltermine und Überweisungen inkl. Befunden, zu planende und durchgeführte Schulungen 3. Therapie: Diabetesmedikation im Verlauf 4. Laborwerte: HbA1c mit Datum und im Verlauf, HbA1c-Zielwert, Kreatinin, Eiweiß im Harn 5. Klinische Parameter: Größe, Gewicht, BMI 6. Allgemeine Informationen: Metformin-Unverträglichkeit
Sinnvolle zusätzliche Daten	<ol style="list-style-type: none"> 7. Nebendiagnosen 8. Gesamtmedikation 9. Laborwerte: BZ-Tagesprofil, Cholesterin ges., HDL, LDL 10. Klinische Parameter: Blutdruck 11. Medikamentenallergien 12. Teilnahme am DMP

Darstellung: NÖGUS

Technisch erscheint eine Umsetzung des versorgungsstufenübergreifenden elektronischen Leitdokuments als eHealth-Anwendung – basierend auf der ELGA-Infrastruktur – sinnvoll. Da diese Infrastruktur aktuell für einen GDA-seitigen, ungerichteten Austausch bestimmter Dokumenttypen (Befunde, Medikationsdaten) ausgelegt ist, nicht jedoch für die Dokumentation krankheitsspezifischer Versorgungsprozesse, ist eine entsprechende, bestehende Standards berücksichtigende Erweiterung nötig.

Das elektronische Leitdokument soll als rollierendes Dokument den Versorgungsprozess unterstützen und könnte dabei auch für Patientinnen und Patienten einsehbar sein (im Sinne eines „Diabetespasses“ mit allen für die Versorgung notwendigen Informationen). Voraussetzungen für diese Art der Umsetzung sind:

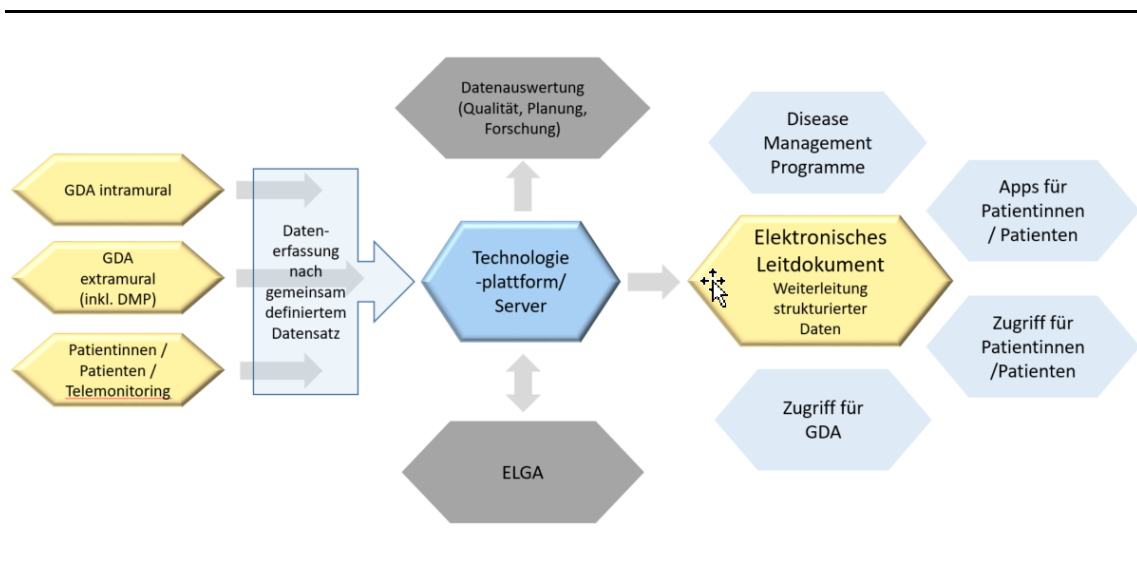
- » entsprechende technische Standards (Leitlinien für standardisierte Dokumente und Informationsaustausch)
- » eine Technologieplattform, d. h. ein Daten aggregierender Server, der Daten aus unterschiedlichen Quellen (Arztsoftware, ELGA, Telemonitoring-Gerätedaten aus Hersteller-Clouds, Spitalsdaten etc.) maschinengetrieben sammelt, sie datenbankmäßig aufbereitet und sie Zugriffsberechtigten standardisiert zur Verfügung stellt
- » Rollendefinition mit Berechtigungen und Verantwortlichkeiten der beteiligten GDA sowie einem definierten Modus der Identifikation und Teilnahme der Patientinnen und Patienten inkl. Berücksichtigung eines möglichen ELGA-Opt-outs
- » Integration des elektronischen Leitdokuments in die Software-Systeme der beteiligten GDA (z. B. in die Arztsoftware)

Abbildung 3.2 stellt die wesentlichsten Informationsflüsse rund um das elektronische Leitdokument dar. Daten werden im Rahmen der Integrierten Versorgung sowohl von beteiligten GDA wie auch von Patientinnen und Patienten selbst erfasst. Sie werden über eine Technologieplattform,

welche auch ergänzende Daten aus der ELGA-Infrastruktur einbezieht, aggregiert und stehen dann strukturiert in Form des Leitdokuments für GDA, Patientinnen und Patienten zur Verfügung.

In der Umsetzung des elektronischen Leitdokuments sind Synergien mit anderen Initiativen der Integrierten Versorgung chronisch Kranker sowie der Telemedizin zu erwarten. Bis zur Realisierung des elektronischen Leitdokuments kann die Verbesserung der Prozessqualität nur rudimentär erfolgen. Während in der Entwicklung des elektronischen Leitdokuments auf Komponenten bestehender oder in Entwicklung befindlicher ELGA- und eHealth-Anwendungen (e-Medikation und e-Impfpass-Pilot) aufgebaut werden kann, lassen die bestehenden Lösungen und deren Zusammenspiel keine substantielle Verbesserung der Versorgung erwarten. Eine erfolgreiche Umsetzung des elektronischen Leitdokuments hätte hingegen auch aus Patientenperspektive positive Effekte.

Abbildung 3.2:
Elektronisches Leitdokument – Informationsflüsse und Infrastruktur



Darstellung: NÖGUS

3.6.3 Digitalisierung aus Patientenperspektive

Zusätzlich zur oben skizzierten GDA-seitigen Unterstützung des Versorgungsprozesses durch ein elektronisches Leitdokument bieten sich patientenzentrierte digitale Lösungen an, die unter bestimmten Voraussetzungen (Datenschutz, Gesundheitskompetenz, Qualität, Zugänglichkeit) das Krankheitsmanagement für die an Diabetes erkrankten Personen erleichtern und die Versorgungsqualität steigern können. Diesbezüglich bietet das versorgungsstufenübergreifende elektronische Leitdokument die Möglichkeit, über bestehende patientenseitige Anwendungen wie Diabetes-Selbstmanagement-Apps hinauszugehen bzw. auch solche Anwendungen besser in den Versorgungsprozess zu integrieren.

Konkret sind drei Möglichkeiten für digitale Angebote auf Patientenseite anzustreben: Zunächst soll die Möglichkeit der **Einsichtnahme** in Informationen des elektronischen Leitdokuments den Informationsfluss zwischen Patientinnen / Patienten und GDA verbessern. Darüber hinaus sollen im Rahmen des Prozessmanagements in das elektronische Leitdokument zu integrierende **Remin-der-Systeme** auch Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen, um deren Selbst- und Terminmanagement zu verbessern. Zuletzt ermöglicht das elektronische Leitdokument die Unterstützung der Versorgung und des Selbstmanagements durch **Telemonitoring** (inkl. entsprechender Schulungsangebote). Telemonitoring dient der kontinuierlichen Überwachung des Gesundheitszustandes und der Verlaufskontrolle bestimmter Therapieparameter. Es ist im Versorgungsprozess nicht dauerhaft sinnvoll, kann aber sowohl im Rahmen vorgegebener Einstellungs- oder Umstellungsphasen unterstützend eingesetzt, wie auch auf Patientenwunsch darüber hinausgehend genutzt werden.

In beiden Formen von Telemonitoring ist eine ELGA-konforme, an den relevanten internationalen Standards (CDA, IHE, zukünftig FHIR) orientierte Datenübertragung anzustreben, um die Integration des Telemonitorings in das elektronische Leitdokument und damit die Integrierte Versorgung zu ermöglichen (siehe *Vorgaben in der Rahmenrichtlinie für die IT-Infrastruktur bei der Anwendung von Telemonitoring* (BMSGK 2018c)). Eine Nutzung der von Patientinnen und Patienten selbst gesammelten Daten im Versorgungsprozess ist anzustreben, einerseits um den Wissensstand und die Auseinandersetzung der Patientinnen und Patienten mit dem eigenen Gesundheitszustand zu fördern, andererseits um den GDA ergänzende Verlaufsdaten zur Verfügung stellen zu können. Telemonitoring kann dabei nicht die Funktion eines Notfallsystems ersetzen (z. B. Alarmierung einer Rettungsorganisation bei erfassten Werten, die gewisse Grenzen übersteigen). Der Schwerpunkt des Telemonitorings liegt in der kontinuierlichen Überwachung der relevanten Therapieparameter. Eine zusätzliche Notfallfunktion (im Sinne einer Alarmierung von Rettungsorganisationen) wäre erst nach Klärung der bestehenden technischen und rechtlichen Rahmenbedingungen möglich.

3.6.4 Monitoring und kontinuierliche Qualitätsverbesserung

Für das Monitoring und die kontinuierliche Qualitätsverbesserung wurden von der Arbeitsgruppe (in Abstimmung mit dem wissenschaftlichen Beirat A-IQI) Meilensteine für die kurz- und langfristige Umsetzung formuliert (vgl.). Des Weiteren wurden Indikatoren, die eine unmittelbare Umsetzung ermöglichen, sowie ein Umgang mit statistischen Auffälligkeiten definiert.

Tabelle 3.2:

Meilensteine zur kurz- und langfristigen Umsetzung des Monitorings und der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung

Unmittelbare Bearbeitung und Umsetzung möglich	<ol style="list-style-type: none"> 1. transparente Darstellung der LEICON-Daten auf Bezirksebene 2. Definition Benchmark 3. Erstellung Handbuch 4. Durchführung der Qualitätszirkel 5. periodische Reports 6. ein Bericht auf Bundesebene pro Jahr
Parallele Bearbeitung zu Meilenstein 1-6	<ol style="list-style-type: none"> 7. Integration der spitalsambulanten Daten 8. Erfassung weiterer Daten, um eine Möglichkeit für die Berechnung weiterer Indikatoren zu schaffen. 9. Erforderlich: einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation im gesamten ambulanten Bereich (d. h. im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich) 10. österreichweite Auswertung der ÖGK-N-Ergebnisqualitätsindikatoren⁸ (Fuchs 2019) 11. longitudinale Auswertung der Patientenkarrerien (ab dem Jahr 2015 möglich)

Quelle: Arbeitsgruppe 5 Monitoring und kontinuierliche Qualitätsverbesserung

Die im ersten Schritt herangezogenen LEICON-Indikatoren sind folgende (siehe Meilenstein 1):

- » Strukturqualität und Prävalenz: Prävalenz, DMP-Ärztinnen / -Ärzte, DMP-Patientinnen/-Patienten
- » Prozessqualität: Kontakt zu Allgemeinmediziner/-in in mindestens drei Quartalen, Kontakt zu Augenärztin/Augenarzt in den letzten beiden Jahren, Anzahl der HbA1c-Messungen pro Jahr, andere Laborparameter (Kreatinin, HDL/LDL-Cholesterin, Gesamtcholesterin) einmal im Jahr, Heilmittel (Patienten/Patientinnen mit Biguaniden oder Sulfonylharnstoffen, Ersttherapiepatientinnen und -patienten mit Biguaniden oder Sulfonylharnstoffen)

Darüber hinaus werden parallel weitere Ergebnisindikatoren und patientenorientierte Indikatoren gemäß internationaler Evidenz erarbeitet (siehe Meilenstein 8). Maßgeblich hierfür ist jedoch die Erfassung weiterer Daten und die Diagnosen- und Leistungsdokumentation im gesamten ambulanten Bereich (niedergelassen und spitalsambulant). Im Zuge der Arbeiten wird festgelegt, welche zusätzlichen Daten für die Berechnung der Indikatoren erforderlich sind und wie diese generiert werden können.

Die Durchführung von periodischen Qualitätszirkeln ist vorgesehen. Aus diesen können Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden. Die Abwicklung soll gemäß dem im Jahr 2016 erstellten *Konzept Qualitätsmessung im ambulanten Bereich* (BMG 2016) (Konzept 2016) (mit geringfügigen Adaptierungen) zur ambulanten Qualitätsmessung erfolgen (Ergebnis einer Vereinbarung zwischen dem BMASGK, der ÖÄK und der Sozialversicherung Ende 2019).

⁸
parallel zur Umsetzung Qualitätszirkel

Die Vorgehensweise bei der Entscheidung über die Durchführung von Qualitätszirkeln gemäß dem Konzept 2016 und in Abstimmung mit den im vorliegenden *Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2* beschriebenen Prozessen ist folgende:

1. Analyse der Indikatoren-Ergebnisse und Auffälligkeiten: **Fachgruppe Versorgungsprozesse** (entspricht der Steuerungsgruppe gemäß Konzept 2016 und der Bundesarbeitsgruppe gemäß *Umsetzungskonzept – Ambulante Qualitätszirkel* (BMSGK 2018a) (Umsetzungskonzept 2019) nach Vereinbarung zwischen BMSGK, ÖÄK und SV)
2. Vorschlag über mögliche Qualitätszirkel und zu bearbeitende Themen: **Projektgruppe Ambulante Qualitätsmessung** im Auftrag der Fachgruppe Versorgungsprozesse (entspricht dem Expertenbeirat gemäß Konzept 2016)
3. Letztentscheidung über die Durchführung von Qualitätszirkeln: **Fachgruppe Versorgungsprozesse** (entspricht der Steuerungsgruppe gemäß Konzept 2016 und der Bundesarbeitsgruppe gemäß dem Umsetzungskonzept 2019 nach Vereinbarung zwischen BMSGK, ÖÄK und SV)

Hauptzielgruppe für den Bereich Diabetes sind Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, die Teilnahme von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin sowie für Augenheilkunde ist optional (siehe Kapitel 8.23 im Konzept 2016). Andere Berufsgruppen sind, wenn sie wesentlich an der thematisierten Behandlung beteiligt sind, in diese Qualitätszirkel einzubinden (siehe Kapitel 5.4.2 im Konzept 2016). Eine Einbindung der Krankenhausärzteschaft ist angedacht. Die im vorliegenden *Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2* beschriebene Systemkoordination ist ebenfalls in den Informationszyklus einzubeziehen.

Die Durchführung der Qualitätszirkel erfolgt in Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer. Eine Geschäftsordnung zur Durchführung der Qualitätszirkel wird im Zuge der Ausrollung des *Rahmenkonzepts Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2* erstellt werden. Die schriftlich festgehaltenen Ergebnisse der Qualitätszirkel werden gemäß Kapitel 5 des Konzepts 2016 dem BMSGK zur Aufbereitung für die **Fachgruppe Versorgungsprozesse** übermittelt. Nach der Analyse der aggregierten Ergebnisse der Qualitätszirkel werden bei Bedarf Empfehlungen zu überregionalen oder bundesweiten Maßnahmen abgeleitet (für die Fachgruppe Versorgungsprozesse). Diese Empfehlungen werden an die relevanten Institutionen und Gremien weitergeleitet. Empfehlungen richten sich in der Regel an die entsprechenden regional verantwortlichen Stellen und alle involvierten GDA.

Die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen wird in geeigneter Form monitiert, die Ergebnisse in einem Bericht transparent dargestellt und nach Freigabe durch die B-ZK veröffentlicht.

3.6.5 Intervention durch weitere Gesundheitsdiensteanbieter/–innen

Im Rahmen der komplexen Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 ist es oft erforderlich, weitere GDA und andere Berufsgruppen, die nicht eindeutig einer Versorgungsstufe zuzuordnen sind, beizuziehen. Dazu zählen beispielsweise:

- » Diätologin/Diätologe
- » Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson mit einer entsprechenden Weiterbildung lt. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), z. B. Diabetesberatung, Wundmanagement
- » Physiotherapeut/-in
- » Klinische und Gesundheitspsychologin / Klinischer und Gesundheitspsychologe
- » Fußpfleger/-in
- » Orthopädischer Schuhmacher / Orthopädische Schuhmacherin
- » Sozialarbeiter/-in

Für das Funktionieren des Integrierten Versorgungsprozesses ist es wichtig, dass die Systemkoordination die Aufgaben und Leistungen dieser Versorgungspartner/-innen für die Bevölkerung und die Betroffenen transparent darstellt und vor allem den GDA in allen Versorgungsstufen zur Verfügung stellt, um so die Kommunikation und Kooperation im Rahmen der Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen (vgl. auch Punkt 3.1.1).

3.6.6 Fort- und Weiterbildung für Gesundheitsdiensteanbieter/-innen

Die im Integrierten Versorgungsprozess beschriebenen Inhalte erfordern eine Anpassung des Wissens und der Kompetenzen aller am Versorgungsprozess beteiligten GDA. Benötigt wird ein vertieftes diabetesspezifisches Wissen und umfangreiche Kompetenzen zur Gesundheitskommunikation, zur Förderung von Gesundheit sowie zur Vorbeugung und in der Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2. Außerdem müssen die GDA mit den veränderten Abläufen in der Diabetesversorgung und den organisatorischen Aspekten vertraut sein.

Grundsätzlich wird in diesem Zusammenhang auf die entsprechenden Weiterbildungsformen (Ärztliche Fortbildung, Diabetesschulung für GDA, Diabetes Care etc.) und Weiterbildungsverpflichtungen verwiesen. Es wird jedoch auch vonnöten sein, **einheitliche und verpflichtende Kriterien** für diesen spezifischen Kontext (z. B. regelmäßige Fortbildungen zu Diabetes mellitus in einem bestimmten Mindestausmaß) zu schaffen.

Um im Integrierten Versorgungsprozess vernetzt und abgestimmt agieren zu können, benötigen die beteiligten Gesundheitsberufe ein interprofessionelles und interdisziplinäres Denken und Handeln (vgl. auch Punkt 3.1.1). Folgende Aspekte können die interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit unterstützen:

- » Foren zur intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit der GDA (z. B. Plattformen für Berufsverbände)
- » Entwicklung gemeinsam zu absolvierender Module für Fort- und Weiterbildungen (berufsgruppenübergreifende akkreditierte Fort- und Weiterbildungsangebote)
- » inter- und multiprofessionell entwickelte Konzepte zur bedarfs- und situationsbasierten Versorgung
- » Qualitätszirkel

Insbesondere ist es wichtig, Fortbildungsinhalte hinsichtlich der beschriebenen Aufgaben für System- und Fallkoordination (vgl. auch Punkte 3.1.1 und 3.1.2) zu definieren und den erforderlichen Kompetenzerwerb für die beteiligten GDA sicherzustellen.

4 Auftrag und Entstehungsprozess

Im Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung–Gesundheit (BMGF 2017a) wird dem Thema Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2 durch das operative Ziel 6, Maßnahme 1 und das operative Ziel 8, Maßnahme 2 ein hoher Stellenwert eingeräumt. Die Erfüllung des operativen Ziels 6 in der Zielsteuerung–Gesundheit soll insbesondere anhand der (steigenden Anzahl an) im Disease–Management–Programm („Therapie aktiv“) versorgten Patientinnen und Patienten und teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte gemessen werden. Das operative Ziel 8 zielt darüber hinaus auf die bundesweite Ausrollung der Qualitätsmessung im ambulanten Bereich insbesondere für Diabetes mellitus Typ 2 ab. Basierend auf den in der Art. 15a–Vereinbarung und im Bundes–Zielsteuerungsvertrag festgelegten Zielen und Maßnahmen auf Bundes– und Landesebene soll daher eine qualitätsgesicherte, sektorenübergreifende Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus, speziell mit Fokus auf Typ 2, in Österreich realisiert werden.

Auch die im Jahr 2016 vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) beauftragte österreichische Diabetes–Strategie (BMGF 2017c) hebt die Notwendigkeit einer Integrierten Versorgung von an Diabetes erkrankten Menschen hervor.

Das *Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2* wurde im Jahr 2019 erarbeitet. Eine eigens eingerichtete *Projektgruppe IV Diabetes* übernahm als übergeordnetes Gremium das Projektmanagement und die gemeinsame Steuerung der Arbeiten zum Rahmenkonzept.

Die Inhalte zum Rahmenkonzept wurden von vier Arbeitsgruppen (Digitalisierung; Versorgungsprozesse; Fort– und Weiterbildung GDA und Patientenschulung; Monitoring und kontinuierliche Qualitätsverbesserung) erarbeitet. Die Mitglieder der Arbeitsgruppen bestanden aus Vertreterinnen und Vertretern von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern. Leiterinnen/Leiter bzw. leitende Organisationen der einzelnen Arbeitspakete waren für die inhaltliche und organisatorische Bearbeitung verantwortlich. Die Kurienvorteiler/-innen waren für die Abstimmung innerhalb der eigenen Kurie zuständig. Eine weitere Arbeitsgruppe übernimmt nach Fertigstellung des Rahmenkonzepts die Aufgabe der Erstellung des *Qualitätsstandards Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2*. Alle Mitglieder der Projektgruppe und der Arbeitsgruppen sind im Anhang gelistet.

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) begleitete den Prozess konzeptionell, organisatorisch und inhaltlich.

Literatur

- BMASGK (2018a): Ambulante Qualitätszirkel – Umsetzungskonzept. Vorlage an die Bundes-Zielsteuerungskommission im April 2019. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien. Unveröffentlicht
- BMASGK (2018b): Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMASGK (2018c): Rahmenrichtlinie für die IT-Infrastruktur bei der Anwendung von Telemonitoring. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMG (2016): Qualitätsmessung im ambulanten Bereich. Konzept – zur Vorlage an die Bundes-Zielsteuerungskommission am 6. April 2016. Bundesministerium für Gesundheit, Wien. Unveröffentlicht
- BMGF (2017a): Monitoringbericht 1/2017. Monitoring nach Vereinbarung gem. Art 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Bundes-Zielsteuerungsvertrag. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMGF (2017b): ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BMGF (2017c): Österreichische Diabetes-Strategie. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMGF (2017d): Österreichischer Diabetesbericht 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMSGPK Telemedizin [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/Telemedizin.html>
[Zugriff am 30.01.2020]
- Forster, Rudolf (2016): Bürger- und Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem. Eine Bestandsaufnahme und strategische Perspektiven für Österreich – 2. Teil. In: Soziale Sicherheit 2016/4:160–167
- Fuchs, F., Robausch, M., Kienberger, S. (2019): Ein neuer Meilenstein in der Qualitätsmessung am Beispiel Diabetes. In: Soziale Sicherheit 10/2019:428–431
- OECD (2017): Health at a Glance 2017: OECD INDICATORS. OECD Publishing, Paris
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019): Österreich: Länderprofil Gesundheit 2019. State of Health in the EU, Brussels

Rechnungshof Österreich (2019): Diabetes-Prävention und -Versorgung. Bericht des Rechnungshofes Reihe BUND 2019/43

Steiermärkische Gebietskrankenkasse (2016): Therapie Aktiv – Diabetes im Griff Arzthandbuch. Der Behandlungspfad zum Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 2. Bd. 3. Hg. v. Steiermärkische Gebietskrankenkasse.

www.gesundheit.gv.at – Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs Facharztüberweisung. Über-, Zu- und Einweisung [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/antraege/ueberweisung-facharzt> [Zugriff am 31. 01.2020]

www.gesundheit.gv.at – Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs Lexikon: GDA [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
<https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/g/lexikon-gda> [Zugriff am 31.01.2020]

Anhang

Mitglieder der Projekt- und Arbeitsgruppen

Mitglieder der Projektgruppe sowie Arbeitsgruppe 1: Projektmanagement und gemeinsame Steuerung

Vorsitz:

Türk Silvia, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Projektmanagement:

Degelsegger-Marquez Alexander, Domittner Brigitte, Eisenmann Alexander, Geißler Wolfgang,
Kernstock Eva, Neubauer Sonja, Weißenhofer Sabine, Gesundheit Österreich GmbH

Arrouas Magdalena, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Eger Karin, Österreichische Gesundheitskasse-Niederösterreich

Geley Theresa, Amt der Tiroler Landesregierung

Glöckner Lena, Dachverband der Sozialversicherungsträger

Hoffmann-Völkl Gerda, NÖ Gesundheits- und Sozialfonds

Koinig Johannes, Gesundheitsfonds Steiermark

Ruda Romana, Österreichische Gesundheitskasse-Wien

Theurer Patrizia, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Waechter Fabian, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Mitglieder der Arbeitsgruppe 2: Digitalisierung

(in enger Abstimmung mit FG eHealth)

Vorsitz:

Hoffman-Völkl Gerda, NÖ Gesundheits- und Sozialfonds

Projektmanagement:

Gesundheit Österreich GmbH

Badjura Helmuth, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)

Gsöls Veronika, NÖ Gesundheits- und Sozialfonds

Hackl Michael, IT-Services der Sozialversicherung GmbH

Hießl Wolfgang, Oberösterreichischer Gesundheitsfonds für intramurale Angelegenheiten

Ruda Romana, Österreichische Gesundheitskasse-Wien

Wöß Sebastian, Vorarlberger Landesgesundheitsfonds

Mitglieder der Arbeitsgruppe 3: Versorgungsprozesse

Vorsitz:

Gesundheit Österreich GmbH

Projektmanagement:

Gesundheit Österreich GmbH

Amon Margarita, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Fuchs Fabiola, Österreichische Gesundheitskasse–Niederösterreich

Geley Theresa, Amt der Tiroler Landesregierung

Groblschegg Susanne, Österreichische Gesundheitskasse–Niederösterreich

Guld Susanne, Gesundheits- und Sozialplanung Wien (MA 24)

Hofer Gerhard, Österreichische Gesundheitskasse–Steiermark

Hoffman–Völkl Gerda, NÖ Gesundheits- und Sozialfonds

Koinig Johannes, Gesundheitsfonds Steiermark

Rossa Martina, Österreichische Gesundheitskasse–Wien

Mitglieder der Arbeitsgruppe 4: Fort- und Weiterbildung Gesundheitsdiensteanbieter/-innen und Patientenschulung

Vorsitz:

Gesundheit Österreich GmbH

Projektmanagement:

Gesundheit Österreich GmbH

Bolkovac Martin, Österreichische Gesundheitskasse-Wien

Fürthaller Ernst, Oberösterreichischer Gesundheitsfonds für intramurale Angelegenheiten

Gsöls Veronika, NÖ Gesundheits- und Sozialfonds

Offenthaler Anita, Österreichische Gesundheitskasse-Oberösterreich

Wolner-Strohmeyer Gudrun, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)

Mitglieder der Arbeitsgruppe 5: Monitoring und kontinuierliche Qualitätsverbesserung

Vorsitz:

Türk Silvia, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Projektmanagement:

Gesundheit Österreich GmbH

Fuchs Fabiola, Österreichische Gesundheitskasse–Niederösterreich

Glöckner Lena, Dachverband der Sozialversicherungsträger

Gsöls Veronika, NÖ Gesundheits- und Sozialfonds

Robausch Martin, Österreichische Gesundheitskasse–Niederösterreich

Mitglieder der Arbeitsgruppe 6: Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2

Die Arbeitsgruppe 6 übernimmt nach Fertigstellung des Rahmenkonzepts die Aufgabe der Erstellung des Qualitätsstandards Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2.

Vorsitz:

Gesundheit Österreich GmbH

Projektmanagement:

Gesundheit Österreich GmbH

Glöckner Lena, Dachverband der Sozialversicherungsträger

Gsöls Veronika, NÖ Gesundheits- und Sozialfonds

Schiller-Frühwirth Irmgard, Dachverband der Sozialversicherungsträger

Theurer Patrizia, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz