

Vereinbarung

über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Diabetes mellitus Typ 2 in Baden-Württemberg auf der Grundlage des § 83 SGB V (Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 2)

zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

- nachfolgend „KVBW“ genannt -

und der
AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart

- nachfolgend „AOK BW“ genannt -

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen	5
Präambel	7
Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich	
§ 1 Ziel der Vereinbarung	8
§ 2 Geltungsbereich	8
Abschnitt II - Teilnahme der Vertragsärzte	
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des DMP-Arztes	9
§ 4 Mitwirkung von Fachärzten und Einrichtungen	10
§ 5 Antrag auf Teilnahme	10
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen	11
§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme	11
§ 8 Leistungserbringerverzeichnis	11
Abschnitt III - Versorgungsinhalte	
§ 9 Medizinische Anforderungen an das DMP Diabetes Mellitus Typ 2	12
Abschnitt IV - Qualitätssicherung	
§ 10 Grundlagen und Ziele	12
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren	13
§ 12 Durchführung der Qualitätssicherung	13
§ 13 Fortbildung der Ärzte	14
§ 14 Vertragsmaßnahmen	14
Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten	
§ 15 Teilnahmevoraussetzungen	15
§ 16 Information und Einschreibung	16
§ 17 Teilnahme- und Einwilligungserklärung	16
§ 18 Beginn und Ende der Teilnahme	17
§ 19 Wechsel des DMP-Arztes	17
§ 20 Versichertenverzeichnis	17
§ 21 Information und Schulung der Versicherten	18
Abschnitt VI - Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung	
§ 22 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft	18
§ 23 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft	18
§ 24 Datenstelle	18

§ 25	Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	19
§ 26	Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	19
Abschnitt VII - Datenfluss und Datenverwendung		
§ 27	Erst- und Folgedokumentation	20
§ 28	Datenverwendung	21
§ 29	Datenzugang	21
§ 30	Datenaufbewahrung und -löschung	22
Abschnitt VIII - Evaluation		
§ 31	Evaluation	22
Abschnitt IX - Vergütung und Abrechnung		
§ 32	Vertragsärztliche Leistungen und Sondervergütungen	22
Abschnitt X - Sonstige Bestimmungen		
§ 33	Weitere Aufgaben und Verpflichtungen	22
§ 34	Haftung	22
§ 35	Laufzeit und Kündigung	23
§ 36	Salvatorische Klausel	23

Anlagenverzeichnis

Anlage 1a		24
Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)		
Anlage 1b		26
Indikationsspezifische Dokumentation		
Anlage 2		29
Teilnehmende und mitwirkende Fachärzte und Einrichtungen		
Anlage 3		33
Versorgungsinhalte		
Anlage 4		50
Qualitätssicherung		
Anlage 5a		63
Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte		
Anlage 5b		65
Patienteninformation		

Anlage 5c Datenschutzinformation Versicherte	68
Anlage 6 Schulung der Versicherten	69
Anlage 7 Leistungserbringerverzeichnis	71
Anlage 8 Verzeichnis stationärer Leistungserbringer	72
Anlage 9a Antrag des Arztes auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung	73
Anlage 9b - weggefallen -	

Erläuterungen

Aus Gründen der Lesbarkeit wird die männliche Form genutzt (z.B. „der Arzt“ oder „der Patient“), es ist selbstverständlich auch die weibliche Form (z.B. „die Ärztin“ oder „die Patientin“) damit gemeint.

Bei minderjährigen Versicherten/Patienten gelten die gesetzlichen Bestimmungen über die Vertretung.

Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

§§	Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diese Vereinbarung
Arzt	Der am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmende und mitwirkende Vertragsarzt, medizinische Versorgungszentren, ärztlich geleitete Einrichtungen nach § 117 SGB V (Hochschulambulanzen) und ermächtigter Arzt, sofern sie Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbringen
Arzt, angestellter	Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem medizinische Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs. 1 SGB V
Arzt, anstellender	Arzt, der berechtigt ist, einen Arzt i.S. des § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs. 1 SGBV anzustellen
DMP-Arzt	Arzt im Sinne des § 3 dieser Vereinbarung, sowie bei diesem angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbringen
Arzt, koordinierender	Gleichbedeutend mit DMP-Arzt
Arzt, Vertragsarzt	Arzt, der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und berechtigt ist, weitere Ärzte anzustellen
AOK BW	AOK Baden Württemberg
Arbeitsgemeinschaft	Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V i.S.v. §§ 22, 23
BVA	Bundesversicherungsamt
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss nach § 91 SGB V
Datenstelle	Datenannahme- und -verarbeitungsstelle
DMP	Disease-Management-Programm
DMP-RL	Richtlinie des G-BA zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 SGB V
DMP-A-RL	Richtlinie des G-BA zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V
DMP-AF-RL	Richtlinie des G-BA zur Regelung von Aufbewahrungsfristen der für die Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen erforderlichen personenbezogenen Daten nach § 137 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V

Dokumentationen/ Dokumentationsdaten	Erst- und Folgedokumentationen mit den in der Anlage 1 i.V.m. Anlagen 2 und 8 der DMP-A-RL aufgeführten Daten
Gemeinsame Einrichtung	Gemeinsame Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c RSAV i.V.m. §§ 25, 26
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Leistungserbringer	Ärzte sowie angestellte Ärzte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
Qualifizierte Einrichtung	Einrichtung, die gemäß Ziffer 1.8.1 und/oder 1.8.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL für die Leistungen der hausärztlichen und/oder fachärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen
RSAV	Risikostrukturausgleichsverordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch Teil fünf
SGB X	Sozialgesetzbuch Teil zehn

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch Behandlungsprogramme (im Folgenden DMP genannt) nach § 137f SGB V strukturiert werden. Daher schließen die AOK BW und die KVBW folgende Vereinbarung auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Durchführung eines DMP für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2. Diese Vereinbarung tritt zum 01.07.2017 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt die Vereinbarung vom 01.10.2013. Ein erneuter Teilnahmeantrag der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherte ist nicht notwendig.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL sowie die Änderungen der DMP-A-RL, die am 19.09.2014, 19.03.2016, 01.07.2016 und 01.07.2017 in Kraft getreten sind. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet. Die Regelungen für die Indikation Diabetes mellitus Typ 2 sind in der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 1 und der DMP-A-RL festgelegt.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Durchführung des Programms, insbesondere die Regelungen zur Erfassung, Übermittlung und Nutzung von Behandlungsdaten so zu gestalten sind, dass die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht beeinträchtigt wird. Zur Gewährleistung des Vertrauensschutzes erfolgt die Durchführung, Steuerung und die Qualitätssicherung im Programm soweit wie möglich auf Grundlage pseudonymierter Daten.

Die Nutzung versichertenbezogener Daten durch die AOK BW erfolgt ausschließlich in dem durch die Bestimmungen dieses Vertrages festgelegten Umfang.

Die Vertragspartner stimmen überein, dass an diesem DMP für Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmende Versicherte gemäß den in dieser Vereinbarung vereinbarten Versorgungsinhalten behandelt und beraten werden. Dies gilt grundsätzlich auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 2 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt I **Ziele, Geltungsbereich**

§ 1 **Ziel der Vereinbarung**

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 in Baden-Württemberg. Über dieses Behandlungsprogramm soll eine indikationsabhängige systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten, den weiteren an der medizinischen Versorgung Beteiligten sowie den Partnern dieser Vereinbarung und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 gewährleistet werden. Die Ziele und Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 2 sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und DMP-A-RL festgelegt.
- (2) Darüber hinaus soll der Patient durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme angeregt werden, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen.
- (3) Die Therapie nach diesem DMP dient der Erhöhung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung oder der Verbesserung der von einem Diabetes mellitus Typ 2 beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei sind in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten folgende individuelle Therapieziele nach der DMP-A-RL Anlage 1 Nr. 1.3.1 anzustreben:
 1. Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z.B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen,
 2. Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
 3. Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehhinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
 4. Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen.

§ 2 **Geltungsbereich**

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 1. Ärzte, welche die Voraussetzungen nach § 3 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen und nach Maßgabe des Abschnitts II teilnehmen.
 2. Versicherte der AOK BW, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.
 3. Versicherte weiterer AOKs, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben. Die Durchführung des Programms erfolgt für die weiteren AOKs durch die AOK BW. Soweit eine der weiteren AOKs die DMP-Regelungen dieser Vereinbarung nicht mehr anerkennt, erfolgt eine Information des DMP-Arzt durch die AOK BW.
- (2) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 73 SGB V bleibt unberührt.
- (3) Grundlage dieser Vereinbarung sind die RSAV, die DMP-AF-RL und insbesondere die DMP-A-RL.

Abschnitt II Teilnahme der Vertragsärzte

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des DMP-Arztes

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt als DMP-Arzt sind Ärzte, die – persönlich oder durch angestellte Ärzte – an der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen.

In Ausnahmefällen sind Ärzte als DMP-Ärzte teilnahmeberechtigt sofern sie

1. diabetologisch qualifiziert im Sinne von Anlage 2 Ziffer 1 zu dieser Vereinbarung sind oder
2. als Facharzt für Innere Medizin den Nachweis erbracht haben, dass sie mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 betreuen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut wurde oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Die Teilnahmevoraussetzungen sind arztbezogen zu erfüllen.

- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arztbezogen zu erfüllen. Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen, räumlich gebundene sowie organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt (bzw. der Leiter des MVZs) dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 6. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen ist der KVBW unverzüglich mitzuteilen.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt (bzw. das anstellende MVZ) die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen durch den angestellten Arzt gegenüber der KVBW nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVBW vom anstellenden Arzt (bzw. dem Leiter des MVZs) unverzüglich schriftlich mitgeteilt.
- (5) Zu den Aufgaben des DMP-Arztes nach Abs. 2 gehören insbesondere:
 1. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte
 2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 16
 3. die Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie die Übermittlung der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL nach den Abschnitten VI und VII bis zum 5. des Folge-monats an die Datenstelle nach § 24. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der über-mittelten Daten
 4. die Vergabe einer nur einmal zu vergebenden DMP-Fallnummer nach seiner Wahl für jeden Versicherten, die aus maximal sieben Zeichen bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden
 5. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums
 6. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 21, sofern die Schulungsberechtigung gegenüber der KVBW entsprechend nachgewiesen ist

7. die Überweisung an andere Vertragsärzte gemäß § 9
 8. bei Überweisung an andere Leistungserbringer therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und therapierelevante Informationen anderer Leistungserbringer entsprechend der Abschnitte III, IV und VI zu dokumentieren.
 9. Ausgabe und Führen eines geeigneten Patientenpasses,
 10. regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 13
 11. bei Wechsel des DMP-Arzt, sind dem neuen DMP-Arzt mit Zustimmung des Patienten, auf Anforderung alle Patientendaten zu übermitteln.
 12. die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der DMP-Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.
- (6) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 12 der Abs. 5 entsprechend. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 2 erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung und Dokumentation im DMP berechtigt. Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV und DMP-A-RL Sorge zu tragen.
- (7) Bei Patienten die bereits in bestehende DMP zu internistischen Erkrankungen eingeschrieben sind soll im Sinne eines „Ein-Arzt-Prinzips“ der bereits gewählte DMP-Arzt diese Funktion, auch im DMP Diabetes mellitus Typ 2, übernehmen. Dies gilt auch für DMP-Teilnehmer, die bereits einen nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt als DMP-Arzt gewählt haben, soweit dieser auch am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnimmt.

§ 4

Mitwirkung von Fachärzten und Einrichtungen

- (1) Bei der Umsetzung des DMP wirken qualifizierte Fachärzte und Einrichtungen gemäß Anlage 2 (Teilnehmende und mitwirkende Fachärzte und Einrichtungen) zu dieser Vereinbarung mit.
- (2) Die AOK BW bindet Krankenhäuser für die stationäre Versorgung und Rehaeinrichtungen für die medizinische Rehabilitation von am DMP teilnehmenden Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 vertraglich ein. Die teilnehmenden Krankenhäuser werden verpflichtet, bestimmte Anforderungen an die Strukturqualität zu beachten und die Patienten gemäß den medizinischen Vorgaben der DMP-A-RL zu behandeln. Die Teilnahme der Krankenhäuser ist freiwillig. Das gilt analog für die Teilnahme der Rehabilitationseinrichtungen. Näheres wird in einem gesonderten Vertrag zwischen der AOK BW und den Krankenhäusern/Einrichtungen geregelt.

§ 5

Antrag auf Teilnahme

Der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt beantragt bei der KVBW die Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung nach § 3 (DMP-Arzt) bzw. § 4 Abs. 1 (qualifizierter Fach-arzt) sowie den in Anlage 2 dieser Vereinbarung weiter genannten Qualifikationen schriftlich. Der Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung an dieser Vereinbarung nach Anlage 9a wird in der jeweils aktuellen Fassung auf der Homepage der KVBW veröffentlicht.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Genehmigung

- (1) Die KVBW prüft die Teilnahmevoraussetzungen auf Grundlage dieser Vereinbarung und erteilt schriftlich die erforderlichen Genehmigungen. Der Gewährleistungsauftrag der KVBW gilt auch im Rahmen dieser Vereinbarung.

Die KVBW überprüft darüber hinaus die Schulungsberechtigung gemäß Anlage 6 Ziffer 2 für die teilnehmenden Ärzte nach § 3 und § 4 und erteilt schriftlich die erforderliche Genehmigung.

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes am DMP beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag des Eingangs des Antrags bei der KVBW, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich genehmigt. Der DMP-Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVBW kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (2) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet mit dem Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ruht während des Ruhens der Zulassung.
- (3) Endet die Teilnahme eines DMP-Arztes, kann die AOK BW die hiervon betroffenen Versicherten auf weitere DMP-Ärzte aufmerksam machen, um gegebenenfalls einen Wechsel gemäß § 19 dieser Vereinbarung zu ermöglichen.
- (4) Für mitwirkende diabetologisch qualifizierte Vertragsärzte nach § 4 Abs. 1 gelten die Absätze 1-4 entsprechend.
- (5) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in § 3 aufgeführten Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, teilnahmeberechtigt. Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in der Betriebsstätte erlischt dessen Genehmigung.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Die KVBW führt über DMP-Ärzte und diabetologisch qualifizierte Ärzte nach § 4 Abs. 1 bzw. Anlage 2 ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen. Die KVBW stellt dieses Verzeichnis der Datenstelle regelmäßig in elektronischer Form im XML-Format zur Verfügung. Die Datenstelle übermittelt dieses Verzeichnis im Excel-Format an die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft sowie an die AOK BW und die KVBW.
- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis gemäß Anlage 7 umfasst auf den Arzt bezogen folgende Inhalte:
 1. Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbracht werden,
 2. Arzt- und Betriebsstättennummer und
 3. angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen.
- (3) Die AOK BW führt ein Verzeichnis der nach § 4 Abs. 2 teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Verzeichnis wird der KVBW auf Anforderung in elektronischer Form (z.B. als Excel-Datei) zur Information der an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzte zur Verfügung gestellt.

- (4) Die AOK BW stellt die Verzeichnisse nach Abs. 1 und 3 entsprechend den Anlagen 7 (Ärzteverzeichnis) und 8 (Verzeichnis stationärer Leistungserbringer) dem BVA in aktualisierter Form alle 5 Jahre sowie dem Landesprüfdienst auf Anforderung zur Verfügung.
- (5) Weiterhin werden diese Verzeichnisse auf Anforderung folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
1. am Programm teilnehmenden Vertragsärzten und
 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der AOKs, insbesondere bei Neueinschreibung.
- Das Verzeichnis ist vollständig zur Verfügung zu stellen. Eine Einschränkung auf die innerhalb eines Landkreises teilnehmenden Ärzte ist zulässig. Die freie Arztwahl darf nicht beeinflusst werden.
- (6) Ein Verzeichnis der Leistungserbringer kann von den Vertragspartnern zu Informations-zwecken auch im Internet auf den jeweiligen Internetseiten veröffentlicht werden, soweit die Zustimmung des Arztes zur Internetveröffentlichung vorliegt.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 2

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 3 (Versorgungsinhalte) definiert und Bestandteil dieser Vereinbarung. Die Inhalte entsprechen den Anforderungen nach Anlage 1 der DMP-A-RL und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieser Vereinbarung (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Der an der Vereinbarung teilnehmende Arzt ist zur Beachtung dieser Versorgungsinhalte verpflichtet. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, hat der anstellende Arzt für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der Anlage 1 der DMP-A-RL Sorge zu tragen. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Bei Vorliegen weiterer Diagnosen, für die medizinische und strukturelle Inhalte in der DMP-A-RL beschrieben und von den Vertragspartnern vertraglich umgesetzt worden sind, sollen diese in Abstimmung mit den Patienten, auch wenn sie nicht in ein entsprechendes DMP eingeschrieben sind, beachtet werden.

Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die gemäß der Anlage 4 (Qualitätssicherung) genannten Ziele, die nach den fixierten Indikatoren der Dokumentationsdaten nach § 137f Abs. 2, Satz 2 Nr. 5 SGB V einzubeziehen sind. Hierzu gehören insbesondere die:

1. Beachtung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen)

2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
3. Einhaltung der Strukturqualität (Anlage 2) sowie der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß der Anlage 3 (Versorgungsinhalte)
4. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß der Anlage 1,
5. Aktive Teilnahme der Versicherten

§ II Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Entsprechend der Ziffer 2 der Anlage 1 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP die in der Anlage 4 (Qualitätssicherung) benannten Maßnahmen und Indikatoren zur Qualitätssicherung zugrunde zu legen. Über die Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 25.
- (2) Zu den Maßnahmen entsprechend § 2 DMP-A-RL gehören insbesondere:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungenfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
 2. strukturierter Feedbackbericht auf der Basis der Dokumentationsdaten an die DMP-Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle,
 3. dazu kann auch die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln gehören,
 4. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 5. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.

§ 12 Durchführung der Qualitätssicherung

- (1) Die Datenstelle gemäß § 24 sichert mit der Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität die Qualität der Dokumentation und übernimmt mit der Nachforderung fehlender oder unplausibler Dokumentationsdaten eine Erinnerungsfunktion gegenüber den dokumentierenden DMP-Ärzten.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung nach § 25 wertet die ihr gemäß § 24 Abs. 2 übermittelten Dokumentationsdaten nach Maßgabe der Anlage 4 (Qualitätssicherung) arztbezogen aus und informiert die DMP-Ärzte. Die Auswertungen sollen auch Informationen über eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie ermöglichen.
- (3) Die AOK BW
 1. erinnert die eingeschriebenen Versicherten schriftlich an notwendige Nachsorge- und Behandlungstermine, wenn der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme aufgrund der von der Datenstelle gemäß § 24 an die AOK BW gemeldeten Daten fehlt,
 2. berichtet der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 25 in regelmäßigen Abständen über die Ergebnisse der Erinnerungsmaßnahmen und berücksichtigt die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Maßnahmen,
 3. berät die Versicherten zu Maßnahmen nach § 28.

- (4) Die KVBW
1. wertet die ihr gemäß § 24 Abs. 2 übermittelten Dokumentationsdaten arztbezogen aus und setzt daraus resultierende arztindividuelle Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungsqualität um,
 2. wird von der Gemeinsamen Einrichtung über die Auswertung und den Versand nach Abs. 2 informiert,
 3. berichtet der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 25 in regelmäßigen Abständen über diese Qualitätssicherung und berücksichtigt die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung.
- (5) Zur Auswertung der in Anlage 4 (Qualitätssicherung) fixierten Indikatoren sind die Dokumentationsdaten nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V einzubeziehen. Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 4 Teil 1 (Qualitätssicherung) und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 13 Fortbildung der Ärzte

- (1) Die Vertragspartner informieren die teilnahmeberechtigten Ärzte gemäß § 3 dieser Vereinbarung und diabetologisch spezialisierte Vertragsärzte nach § 4 Abs. 1 bzw. Anlage 2 umfassend über Ziele und Inhalte der DMP. Die zu verwendenden Informationsmaterialien stimmen die Vertragspartner in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 ab.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen bei den DMP-Ärzten gemäß § 3 dieser Vereinbarung und den diabetologisch spezialisierten Vertragsärzten nach § 4 Abs. 1 bzw. Anlage 2 zu dieser Vereinbarung dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab.
- (3) Die Vertragspartner definieren nach Beratung in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 bedarfsorientiert Anforderungen an die für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Vertragsärzte.
- (4) Die Fortbildungsmaßnahmen erfolgen gemäß den Inhalten der jeweils gültigen Fassung der DMP-A-RL.

§ 14 Vertragsmaßnahmen

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannt gewordene Vertragsverstöße der DMP-Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.
- (2) Verletzen die teilnehmenden Leistungserbringer die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen, erfolgen im Einzelfall die nachstehenden Maßnahmen:
 1. keine Vergütung für unvollständige, unplausible oder nicht fristgerecht übermittelte Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
 2. Aufforderung durch die KVBW zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen, ggf. Angebot eines Beratungsgespräches durch die KVBW (z.B. bei fortgesetzter nicht frist-gerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL),
- (3) bei weiteren nachgewiesenen Verletzungen der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen, auf begründeten Antrag eines Vertragspartners, Widerruf der Teilnahmegenehmigung des Arztes durch die KVBW (Ausschluss).

Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 15 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte gemäß § 2 können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß den Bestimmungen dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern die nachfolgenden Einschreibekriterien gemäß § 3 der DMP-A-RL bzw. Ziffer 3 der Anlage 1 der DMP-A-RL erfüllt sind:
 1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den behandelnden Arzt gemäß Ziffer 1.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL oder einer bereits vorliegenden Therapie mit diabetesspezifischen, blutglukosesenkenden Medikamenten gemäß Ziffer 3.2 der Anlage 3. Die Erfüllung der Voraussetzung(en) wird durch den koordinierenden Vertrags-arzt/Einrichtung auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten schriftlich bestätigt,
 2. die einmalige schriftliche Einwilligung des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
 3. die umfassenden, auch schriftlichen Informationen der/des Versicherten durch den DMP-Arzt über
 - die Programminhalte,
 - die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die AOK BW übermittelt werden und von ihr im Rahmen der Vereinbarung des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
 - die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele,
 - die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme,
 - die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung,
 - seine Mitwirkungspflichten sowie
 - das Ende der Teilnahme an dem Programm bei fehlender Mitwirkung.
 4. der Versicherte kann in Hinblick auf die in Ziffer 1.3.1 der Anlage 1 der DMP-A-RL genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken.
 5. der Versicherte ist grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit und
 6. die Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung durch die intensivierete Betreuung ist zu erwarten.
- (2) Patienten können darüber hinaus in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn gemäß der Anlage 1 der DMP-A-RL, Ziffer 3.2 (Spezielle Teilnahmevoraussetzung) eine Therapie mit diabetesspezifischen, blutglukosesenkenden Medikamenten bereits vorliegt.
- (3) Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) werden nicht in dieses DMP aufgenommen.
- (4) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

- (5) Wenn der Versicherte an mehreren in der DMP-A-RL sowie der DMP-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er bei Erfüllung der Einschreibekriterien an den verschiedenen strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen.

§ 16

Information und Einschreibung

- (1) Die AOK BW informiert ihre Versicherten entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch eine Patienteninformation über das DMP. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme-erklärung.
- (2) DMP-Ärzte die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL diejenigen ihrer Patienten, die nach § 15 Abs. 1 teilnehmen können; der DMP-Arzt kann dabei auf die Möglichkeit der Einschreibung bei der AOK BW nach Abs. 5 verweisen. Die Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17 bei einem DMP-Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17, folgende Unterlagen notwendig:
1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 1 (Dokumentation) i.V.m. Anlagen 2 und 8 der DMP-A-RL durch den behandelnden DMP-Arzt,
 2. auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die schriftliche Bestätigung, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der DMP-Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen DMP-Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte DMP-Arzt nach § 3 an der Vereinbarung teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 24 weiterleitet. Die AOK BW stellt sicher, dass der Versicherte sich nicht zeitgleich bei mehreren DMP-Ärzten für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 einschreibt.
- (5) Der Versicherte kann sich auch bei der AOK BW in das DMP einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der AOK BW an seinen behandelnden DMP- Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und weitergeleitet werden.
- (6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 vorliegen, bestätigt die AOK BW dem Versicherten und dem DMP-Arzt schriftlich die Teilnahme an dem DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.

§ 17

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 5 zur Teilnahme an dem DMP bereit und willigt einmalig schriftlich in die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten ein. Die Einwilligungserklärung enthält eine Ausfertigung des Dokumentationsbogens nach der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung.

§ 18 **Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP wird, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die AOK BW gemäß § 16 Abs. 6 mit dem Tag wirksam, an dem das letzte Dokument entsprechend § 16 Abs. 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber der AOK BW kündigen. Sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, scheidet er mit dem Tag des Zugangs der Kündigungserklärung bei der AOK BW aus dem DMP aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am DMP Diabetes mellitus Typ 2 endet weiterhin mit dem Tag
 1. der Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 2. des Kassenwechsels (Ausnahme: Liegt eine Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zur AOK vor, die sich über nicht mehr als sechs Monate erstreckt, kann seine Teilnahme am Programm aufgrund einer Folgedokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL fortgesetzt werden. Während der Unterbrechungszeit gilt § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV entsprechend),
 3. der letzten gültigen Dokumentation bei Wegfall der Einschreibe-/ Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV,
 4. an dem der Versicherte die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt,
 5. er innerhalb von zwölf Monaten zwei der veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat,
 6. oder wenn zwei aufeinanderfolgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist vollständig und plausibel übermittelt worden sind.
 7. des Zugangs bei Widerruf der Einwilligungserklärung bei ihrer zuständigen AOK.
- (4) Die AOK BW informiert den Versicherten und den DMP-Arzt und die Datenstelle gemäß § 24 unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.
- (5) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 15 vorliegen.

§ 19 **Wechsel des DMP-Arztes**

Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP-Arzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte DMP-Arzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL und sendet diese innerhalb der in § 3 Abs. 5 Nr. 3 genannten Frist an die Datenstelle gemäß § 24. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines DMP-Arztes.

§ 20 **Versichertenverzeichnis**

Die AOK BW übermittelt der KVBW bei Bedarf in elektronischer Form eine Liste mit den Krankenversicherernummern für die gemäß § 15 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

§ 21

Information und Schulung der Versicherten

- (1) Die AOK BW informiert gemäß der Anlage 5 (Teilnahme- und Einwilligungserklärung) ihre Versicherten im Sinne des § 3 der DMP-A-RL umfassend über Ziele und Inhalte des DMP sowie über die mit der Teilnahme verbundene Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm. Schulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen.
- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur evidenzbasierten Arzneimitteltherapie gemäß § 9 einzubeziehen. Weiterhin muss bei Schulungen auf Inhalte, die der Anlage 1 der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.
- (4) Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in Anlage 6 (Schulung der Versicherten) genannten Schulungsprogramme eingesetzt. Diese Schulungsprogramme sind ausnahmslos DMP-A-RL-konform und vom BVA akkreditiert. Dabei wird in den Schulungsprogrammen auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet.
- (5) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte, die gemäß der Anlage 6 Ziffer 2 hierzu befähigt sind. Die Überprüfung der Schulungsberechtigung erfolgt entsprechend § 6 Abs. 2.

Abschnitt VI

Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung

§ 22

Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner bilden oder erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 23

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 Nr. 1 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL zu pseudonymisieren und ihn an die KVBW und die nach § 24 gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 4 weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 24 mit der Durchführung der in Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 24

Datenstelle

- (1) Die Vertragspartner verständigen sich über eine Datenstelle.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 22 beauftragt die Datenstelle zur:

1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
 3. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL,
 4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung nach § 25 und die KVBW.
- (3) Die AOK BW beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität, Verarbeitung und Archivierung der DMP-Versicherten-Teilnahmeerklärungen und Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
 3. Elektronische Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL unmittelbar an die AOK BW.
- (4) Der DMP-Arzt beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen.
- (5) Zur Erfüllung der in Absatz 4 genannten Aufgaben genehmigt der DMP-Arzt mit seiner Unterschrift auf dem Antrag nach § 5 die mit der Datenstelle geschlossenen Verträge.
- (6) Das Nähere zu den Absätzen 2 und 3 wird mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach § 80 SGB X, die Bestandteile dieser Vereinbarung sind, geregelt. Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich darauf, dass die Gemeinsame Einrichtung die Datenstelle zu einem späteren Zeitpunkt mit weiteren zu bestimmenden Aufgaben der Datenaufbereitung beauftragen kann. Wird eine entsprechende Beauftragung vorgenommen, ist der hierzu nach § 80 SGB X erforderliche Vertrag dem BVA unverzüglich zu übermitteln.

§ 25

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden oder erweitern die Aufgaben der bereits bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 26

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die Qualitätssicherung des Programmablaufs zur Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele durchzuführen. Dies umfasst insbesondere:
1. die Aufbereitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL in einer für die Verlaufsbetrachtung des Programms geeigneten Form;

2. die regelmäßige Evaluation der Umsetzung der Vereinbarung anhand der nach Nr. 1 aufbereiteten Daten insbesondere unter der Fragestellung, ob
 - die Dokumentationsqualität ausreichend ist,
 - die Anforderungen an die Behandlung von den teilnehmenden Ärzten beachtet werden,
 - die aktive Teilnahme der Versicherten ausreicht;
 3. die Entgegennahme der regelmäßigen Berichte der KVBW über die Ergebnisse der arztbezogenen Qualitätssicherung gem. § 12 Abs. 4 sowie der AOK BW über die Ergebnisse der versichertenbezogenen Erinnerungsmaßnahmen gemäß § 12 Abs. 3 in pseudonymisierter summarischer Darstellung;
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezuges und die Übermittlung der Daten zur Evaluation gemäß § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i.V.m. § 6 DMP-A-RL;
 5. die Formulierung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Erinnerungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen.
- (2) Darüber hinaus obliegt der Gemeinsamen Einrichtung die Beschlussfassung zur Verwendung von bewerteten Leistungsdaten der AOK BW ohne Versichertenbezug für weitere Auswertungen, insbesondere zu individuellen medizinischen Auffälligkeiten. Die AOK BW stellt die hierzu erforderlichen Daten, soweit verfügbar, bereit.
- (3) Die Partner der Gemeinsamen Einrichtung stimmen schriftliche Unterlagen
1. zur Information der Versicherten nach §§ 16 Abs. 1, 21 Abs. 1 und 28 Abs. 1 Nr. 3,
 2. für Erinnerungsmaßnahmen nach § 12 Abs. 3,
 3. zur Information der Ärzte nach § 13 Abs. 1,
- zu dieser Vereinbarung ab.

Abschnitt VII Datenfluss und Datenverwendung

§ 27 Erst- und Folgedokumentation

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation genutzt. Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Der DMP-Arzt legt in seinen Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL unter Berücksichtigung der Ausprägung des Diabetes mellitus Typ 2 fest, welches Dokumentationsintervall (pro Quartal/jedes zweite Quartal) für den jeweilig eingeschriebenen Versicherten maßgeblich ist.
- (3) Ein halbjährliches Dokumentationsintervall wird empfohlen für Patienten, deren Hypertonus stabil eingestellt ist und bei denen keine der nachfolgend aufgeführten Begleit- und/oder Folgeerkrankungen vorliegen:

KHK, Schlaganfall, pAVK, diab. Nephropathie, diab. Niereninsuffizienz, diab. Retinopathie/Blindheit, diab. Neuropathie, diab. Fuß/Amputation.

§ 28 Datenverwendung

- (1) Die nach § 24 Abs. 3 an die AOK BW weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL werden von der AOK BW nur für folgende Zwecke genutzt:
 1. Schriftliche Information von Versicherten nach §§ 16 Abs. 1 und 21 Abs. 1,
 2. schriftliche Information von Versicherten nach § 12 Abs. 3 zur Erinnerung an die Wahrnehmung notwendiger Termine bei Ausbleiben der Folgedokumentation,
 3. ergänzende Information der Versicherten über die Krankheit und deren Zusammenhänge und Folgen sowie für Beratungs- und Schulungsangebote gemäß Abs. 2,
 4. Beendigung der Teilnahme gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 der RSAV.

- (2) Die Maßnahmen nach Absatz 1 erfolgen unter Beachtung folgender Regelungen:
 1. Maßnahmen der AOK BW ohne Benehmensherstellung mit dem DMP-Arzt:
 - allgemeine Information (Broschüren) über Diabetes mellitus bzw. Begleiterkrankungen
 - Gesundheitsangebote der AOK BW (z.B. zu Ernährung und Bewegung, sowie Raucherentwöhnung)
 - Beendigung der Teilnahme gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 der RSAV
 - Erinnerung an einen Arztbesuch
 2. Maßnahmen der AOK BW im Benehmen mit dem DMP-Arzt
 - Angebot einer Patientenschulung oder (modularer) Nachschulung, z.B. Diabetes mellitus oder Hypertonie
 - Erstellung eines Rehabilitationsplanes nach dem SGB IX
 - Angebot einer individuellen Beratung über weitere Leistungen der AOK BW unter Berücksichtigung des häuslichen Umfelds
 - Angebot zur psychosozialen Betreuung

- (3) (Die Regelungen zur Datenverwendung gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des DMP bis zum Ende der in § 30 genannten Aufbewahrungsfrist.

- (4) Der teilnehmende Versicherte wird durch das Aushändigen eines Ausdrucks seines behandelnden DMP-Arztes über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet.

§ 29 Datenzugang

Zugang zu den an die Arbeitsgemeinschaft oder Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbezieharen Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Pro-gramms wahrnehmen und hierfür besonders autorisiert sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten. Gleiches gilt für den Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, die KVBW und die AOK BW übermittelten personenbezogenen oder personenbezieharen Daten.

§ 30 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des DMP übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Datensätze der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL werden von der Datenstelle gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGBV archiviert bzw. vernichtet. Gleiches gilt für Daten, die an die Gemeinsame Einrichtung, die KVBW und die AOK BW übermittelt werden. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung der Vereinbarung.

Abschnitt VIII Evaluation

§ 31 Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 DMP-A-RL.
- (2) Die zur Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von der AOK BW (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie von der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Abschnitt IX Vergütung und Abrechnung

§ 32 Vertragsärztliche Leistungen und Sondervergütungen

Die Vergütung und Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen sowie weiterer im Zusammenhang mit dem DMP stehender Leistungen und Kosten werden in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

Abschnitt X Sonstige Bestimmungen

§ 33 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die Datenübermittlung nach § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V erfolgt gemäß den dazu getroffenen Regelungen des zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den elektronischen Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die für Prüfzwecke im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ggf. angeforderten Unterlagen werden von den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.

§ 34 Haftung

Eine Haftung der KVBW für etwaige der AOK BW im Rahmen des Risikostrukturausgleichs entstehende Nachteile ist ausgeschlossen.

§ 35 Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2017 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung vom 01.10.2013. Ein erneuter Antrag der Ärzte auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung bzw. eine erneute Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig. Die Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden.
- (3) Bei einer Wiederezulassung gelten die im Rahmen der ersten Akkreditierung abgegebenen Erklärungen ebenfalls weiter. Ein erneuter Antrag der Ärzte auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung bzw. eine erneute Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms durch das BVA kann die Vereinbarung von jedem Vertragspartner mit einer Frist von zwei Wochen zum Monatsende gekündigt werden. Die Vertragspartner prüfen, ob eine Anschlussregelung getroffen werden kann.

§ 36 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt diese Vereinbarung im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arzt-rechtlichen und sonstigen rechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.

Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung und der sonstigen rechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Anlage 1a

Dokumentations-Datensatz

Anlage 2, DMP-A-RL: Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der/des Versicherten	Nachname, Vorname
3	Geburtsdatum der/des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträgername	Name der Krankenkasse
5	Kostenträgerkennung	9 bzw. 7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Indikationskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung wegen	KHK/Diabetes mellitus Typ 1/Diabetes mellitus Typ 2/ Asthma bronchiale/COPD
11	Modul-Teilnahme ¹⁾	Chronische Herzinsuffizienz ²⁾ : Ja /Nein
12	Geschlecht	Männlich/Weiblich/Unbestimmt
Allgemeine Anamnese- und Befunddaten		
13	Körpergröße	m
14	Körpergewicht	kg

15	Blutdruck ³⁾	mm Hg
16	Raucher	Ja/Nein
17	Begleiterkrankungen	Arterielle Hypertonie/Fettstoffwechselstörung/Diabetes mellitus/KHK/AVK/Chronische Herzinsuffizienz/Asthma bronchiale/COPD/Keine der genannten Erkrankungen
18	(weggefallen)	
Behandlungsplanung		
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkasse	Tabakverzicht/Ernährungsberatung/Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
21	(weggefallen)	(weggefallen)

1) Nur bei DMP KHK auszufüllen.

2) Systolische Herzinsuffizienz mit LVEF < 40 %.

3) Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die wegen Asthma bronchiale eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen.

Anlage 1b

Dokumentations-Datensatz

Anlage 8, DMP-A-RL: Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	HbA1c-Wert	Wert in %/mmol/mol
2	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung	Nicht untersucht/Nein/Ja
2a	eGFR	ml/min/1,73m ² KOF/Nicht bestimmt
3	Fußstatus	1. Pulsstatus: Unauffällig/Auffällig/nicht untersucht 2. Sensibilitätsprüfung: Unauffällig/Auffällig/nicht untersucht 3. Weiteres Risiko für Ulcus: Fußdeformation/Hyperkeratose mit Einblutung/ Z. n. Ulcus / Z. n. Amputation / ja/nein/nicht untersucht 4. Ulcus: oberflächlich/tief/nein/nicht untersucht 5. (Wund)Infektion: ja/nein/nicht untersucht
3a	Injektionsstellen (bei Insulintherapie)	Unauffällig/Auffällig/Nicht untersucht
3b	Intervall für künftige Fußinspektionen (bei Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr)	Jährlich/alle 6 Monate/alle 3 Monate oder häufiger
4	Spätfolgen	Diabetische Nephropathie/Diabetische Neuropathie/Diabetische Retinopathie
Relevante Ereignisse		
5	Relevante Ereignisse ²⁾	Nierenersatztherapie/Erblindung/Amputation/Herzinfarkt/Schlaganfall/Keine der genannten Ereignisse
6	Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation ³⁾	Anzahl
7	Nur bei Diabetes mellitus Typ 1: Stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des HbA1c-Wertes seit der letzten Dokumentation	Anzahl
8	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation	Anzahl

Medikamente		
9	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Insulin oder Insulin-Analoga	Ja/Nein
10	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Glibenclamid	Ja/Nein/Kontraindikation
11	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Metformin	Ja/Nein/Kontraindikation
12	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Sonstige antidiabetische Medikation ⁴⁾	Ja/Nein
13	Thrombozyten- aggregationshemmer	Ja/Nein/Kontraindikation/orale Antikoagulation
14	Betablocker	Ja/Nein/Kontraindikation
15	ACE-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation/AT1-Rezeptorantagonisten
16	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation
17	Thiaziddiuretika, einschließlich Chlorthalidon	Ja/Nein/Kontraindikation
Schulung		
18	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung/Hypertonie-Schulung/Keine
18a	Schulung schon vor der Ein- schreibung ins DMP bereits wahrgenommen ⁵⁾	Diabetes-Schulung/Hypertonie-Schulung/Keine
19	Empfohlene Schulung(en) wahr- genommen	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentati- on keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
20	HbA1c-Zielwert	Zielwert erreicht/Zielwert noch nicht erreicht
21	Ophthalmologische Netzhautun- tersuchung seit der letzten Dokumentation	Durchgeführt/Nicht durchgeführt/Veranlasst
22	Behandlung/ Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fuß- syndrom qualifizierten Einrich- tung	Ja/Nein/Veranlasst

23	diabetesbezogene stationäre Einweisung	Ja/Nein/Veranlasst
----	--	--------------------

- 1) Angaben des schwerer betroffenen Fußes (weggefallen)
- 2) Hinweis für die Ausfüllanleitung: Bei der erstmaligen Dokumentation sind bereits stattgehabte Ereignisse zu dokumentieren, bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen sind neu aufgetretene Ereignisse zu dokumentieren.
- 3) Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.
- 4) Hinweis für die Ausfüllanleitung: In der Ausfüllanleitung soll auf die nachrangige Medikation gemäß Richtlinien-Text hingewiesen werden.
- 5) Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen.

Anlage 2

Teilnehmende und mitwirkende Fachärzte und Einrichtungen

(1) Strukturqualität Ärzte

Teilnahmeberechtigt für den diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor gem. § 4 Abs. 1 dieser Vereinbarung sind Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und die nachfolgenden Voraussetzungen persönlich oder durch angestellte Ärzte in jeder für das DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllen. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für das DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
Fachliche Voraussetzungen des diabetologisch qualifizierten Arztes	<p>Ärzte, die</p> <ul style="list-style-type: none">- die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie oder Diabetologie (nach Einführung durch LÄK) besitzen<u>oder</u>- die Anerkennung als Diabetologe DDG besitzen<u>oder</u>- <u>die Zusatzbezeichnung Diabetologie der Landesärztekammer erworben haben oder</u>- <u>berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung „Arzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“ nach Kammerrecht zu führen oder</u>- das 80-stündige Curriculum der DDG <u>und</u> eine mindestens 2-jährige internistische Weiterbildung mit mindestens einjähriger Tätigkeit in einer Diabetesklinik oder einer anerkannten Einrichtung¹ nachweisen <p><u>ferner</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Information durch das Arzt-/Praxis-Manual zu Beginn der Teilnahme- Teilnahme mindestens einmal jährlich an einer diabetesspezifischen zertifizierten Fortbildung- Teilnahme an einem diabetesspezifischem Qualitätszirkel- Die Betreuung von mindestens 125 Diabetikern pro Quartal. Bei Ärzten, welche im Rahmen einer Neuzulassung die o.g. Zahl nicht erfüllen können, genügt zum Zeitpunkt der Antragstellung die Erklärung des Arztes, diese Voraussetzung innerhalb von 18 Monaten zu erfüllen. Andernfalls erlischt die Genehmigung automatisch. <p>Darüber hinaus sind Ärzte, die an der Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordbaden, Nordwürttemberg, Südbaden, Südwürttemberg vom 05.08.2003 teilgenommen haben, weiterhin nach den Regelungen dieser Verträge berechtigt, am diabetologisch</p>

¹ Einrichtungen gemäß DDG bzw. Einrichtungen mit Weiterbildungsbefugnis „Diabetologie“ der zuständigen Ärztekammer

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
	<p>qualifizierten Versorgungssektor des vorliegenden Vertrages teilzunehmen, sofern sie die Blutglukosemessung nach der „BÄK-Richtlinie zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ durchführen und mindestens 100 Diabetiker pro Quartal betreuen. Ebenso ist Satz 2 der Nummer 2 der Anlage 6 „Schulung der Versicherten“ zu beachten.</p>
<p>Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Beschäftigung eines(r) / Kooperation mit einem(r) Diabetesberaters/in DDG oder vergleichbaren Qualifikation in Vollzeit bzw. von mehreren Kräften mit mind. 20 Stunden/Woche in der Arztpraxis. - Als vergleichbare Qualifikation gilt eine mindestens zweijährige Tätigkeit als Diabetesassistent/in in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis/Einrichtung <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>Fortbildungsnachweis über Insuline und Insulin-Dosisanpassung (bzw. intensivierete Insulintherapie) oder Fortbildungsnachweis, dass Patientenschulungen in intensivierter Insulintherapie durchgeführt werden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> - mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen - Beschäftigung / Kooperation mit: <ul style="list-style-type: none"> - einem/r Oecothrophologen/in oder Diätassistenten/in - einem/r medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen
<p>Apparative Ausstattung der Praxen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Blutdruck-Messung nach internationalen Empfehlungen² - 24 Stunden-Blutdruckmessung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards) - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nasschemischen Blutglukosebestimmung³ und HbA1c-Messung⁴, - EKG - Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u.a. Doppler-Sonde 8-10 MHz)^{5/5}, Sonographie^{4/5}, Doppler- oder Duplexsonographie^{4/5} - Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

² Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in den Tragenden Gründen zum Beschluss der Änderung der DMP-ARL vom 21.01.2016: Änderung der Anlage 1 (DMP Diabetes mellitus Typ 2) und Änderung der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation)

³ gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

⁴ kann auch als Auftragsleistung vergeben werden

⁵ fachliche Voraussetzungen gemäß der Richtlinie zur „Vereinbarung von Qualitätsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik („Ultraschall-Vereinbarung“) in der jeweils gültigen Fassung

(2) Strukturqualität einer auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierten Einrichtung

2.1 Ärzte, die an der Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordbaden, Nordwürttemberg, Südbaden, Südwürttemberg vom 29.04.2003 teilgenommen haben und zukünftig einen standardisierten Fußfassungsbogen, z.B. der DDG einsetzen, sind weiterhin nach den Regelungen dieser Verträge berechtigt, am diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor des vorliegenden Vertrages teilzunehmen.

2.2 Für alle übrigen Ärzte gelten die nachfolgenden Regelungen:

Diabetologisch qualifizierte Ärzte im Sinne der Ziffer 1 "Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor" oder entsprechend qualifizierte, ermächtigte Ärzte, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

Zusammenarbeit / Kooperation mit folgenden Fachdisziplinen und –berufen (soweit nicht durch die eigene Fach- bzw. Facharztqualifikation abgedeckt), z.B.

- Angiologie
- Orthopädie
- Gefäßchirurgie
- Chirurgie
- Mikrobiologie
- Interventionelle Radiologie / Nuklearmediziner
- Podologe
- Orthopädie-Schuhmachermeister mit diabetesspezifischer Zusatzqualifikation
- Stationäre Einrichtung mit Spezialisierung Diabetisches Fußsyndrom.

In der Prozessqualität sind folgende Standards einzuhalten:

- standardisierte Befunderhebung⁷ und
- standardisierte Dokumentation des Behandlungsverlaufes
- mindestens einmal jährlich Teilnahme an einem Qualitätszirkel der in der Behandlung des diabetischen Fußes einbezogenen Leistungserbringer
- Verbesserung der Stoffwechseleinstellung durch den Diabetologen

Notwendige (apparative) Ausstattung:

- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der peripheren Neuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)
- Doppler- oder Duplexsonographie⁸
- Behandlungsstuhl mit ausreichender Lichtquelle

⁷ mittels standardisiertem Fußfassungsbogen z.B. der DDG. Die Dokumentation kann in Stichproben durch von der Gemeinsamen Einrichtung beauftragte Sachverständige überprüft werden.

⁸ kann auch als Auftragsleistung vergeben werden. Fachliche Voraussetzungen gemäß der Richtlinie zur „Vereinbarung von Qualifikationsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschall Diagnostik („Ultraschall-Vereinbarung“)“ in der jeweils gültigen Fassung

- Photodokumentation
- Voraussetzungen für entsprechende hygienische Maßnahmen (z.B. geprüfter Sterilisateur, OP-Kleidung, Desinfektionsplan, Hygieneplan)
- Entlastungsschuhe; orthopädische Orthesen, Unterarmstützen

Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal:

- geschultes medizinisches Assistenzpersonal insbesondere mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung/Wundmanagement
- alle zwei Jahre Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen
- Beschäftigung/Kooperation mit mindestens eines Diabetesberaters/einer Diabetesberaterin mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung

(3) Weitere mitwirkende Fachärzte gem. Anlage 1 der DMP-A-RL

Ein- oder Zweijährige, ophthalmologische Kontrolle	Facharzt für Augenheilkunde
Spezialisierte Hypertoniebehandlung bzw. Hypertoniediagnostik	Fachärztlicher Internist
Nephrologische Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Nephrologie oder • Ärzte, die in einer Praxis mit einem Versorgungsauftrag gem. Anlage 9.1 BMVÄ tätig sind.

Anlage 3

Versorgungsinhalte Diabetes mellitus Typ 2

Anlage 1DMP-A-RL: „Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2“

1. Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, SGB V)

1.1 Definition des Diabetes mellitus Typ 2

Als Diabetes mellitus Typ 2 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch Insulinresistenz in Verbindung mit eher relativem als absolutem Insulinmangel gekennzeichnet ist.

1.2 Diagnostik (Eingangsd Diagnose)

Die Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 2 gilt als gestellt, wenn die folgenden Kriterien erfüllt sind:

Bei Vorliegen typischer Symptome des Diabetes mellitus (z. B. Polyurie, Polydipsie, ansonsten unerklärlicher Gewichtsverlust): Nüchtern-Glukose vorrangig im Plasma (i. P.) $\geq 7,0$ mmol/l (≥ 126 mg/dl) oder Nicht-Nüchtern-Glukose i. P. $\geq 11,1$ mmol/l (≥ 200 mg/dl).

Bei Abwesenheit diabetischer Symptome:

Die Diagnose eines Diabetes mellitus wird unabhängig von Alter und Geschlecht durch Messung mehrfach erhöhter Blutglukosewerte an mindestens zwei verschiedenen Tagen gestellt:

- mindestens zweimaliger Nachweis von Nüchtern-Glukose i. P. $\geq 7,0$ mmol/l (≥ 126 mg/dl) oder
- mindestens zweimaliger Nachweis von Nicht-Nüchtern-Glukose i. P. $\geq 11,1$ mmol/l (≥ 200 mg/dl) oder
- HbA1c $\geq 6,5$ % (47,5 mmol/mol) oder
- Nachweis von Glukose i. P. $\geq 11,1$ mmol/l (≥ 200 mg/dl)/2 Stunden nach oraler Glukosebelastung (75 g Glukose).

Die bevorzugte Diagnostik des Diabetes bleibt die Nüchternglukose-Bestimmung.

Die Messung von Plasmaglukose und HbA1c im Rahmen der Diagnostik des Diabetes mellitus sollte nur mit qualitätsgesicherten Labormethoden erfolgen.

Bei verdächtigem klinischen Bild und widersprüchlichen Messergebnissen ist die Diagnosestellung mittels oralem Glukosetoleranztest möglich. Es muss aber bedacht werden, dass dieser Test eine niedrige Reproduzierbarkeit hat. Die zur Einschreibung führenden Messungen dürfen nicht während akuter Erkrankungen (z. B. Infektionen) oder während der Einnahme das Ergebnis verfälschender Medikamente (z. B. Glukokortikoide) durchgeführt werden, es sei denn, die Einnahme dieser Medikamente ist wegen einer chronischen Erkrankung langfristig erforderlich. Die Unterscheidung zwischen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 erfolgt anhand der Anamnese und des klinischen Bildes, ist so jedoch nicht immer möglich. In Zweifelsfällen (z. B. Verdacht auf LADA, Latent Autoimmune Diabetes in Adults) können weitere Untersuchungen (z. B. die Messung von Diabetesantikörpern, insbesondere GAD-Antikörper) erforderlich sein.

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Nummer 3. Die Ärztin oder der Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf

die in Nummer 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und an der Umsetzung mitwirken kann.

1.3 Therapie des Diabetes mellitus Typ 2

1.3.1 Therapieziele

Die Therapie dient der Erhöhung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung oder der Verbesserung der von einem Diabetes mellitus Typ 2 beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei sind in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten folgende individuelle Therapieziele anzustreben:

- Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z. B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen,
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
- Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen.

1.3.2 Differenzierte Therapieplanung

1.3.2.1 Allgemein

Auf der Basis der allgemeinen Therapieziele und unter Berücksichtigung des individuellen Risikos unter Einbeziehung des Alters sowie der vorliegenden Folgeschäden bzw. Begleiterkrankungen sind gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen und eine differenzierte Therapieplanung vorzunehmen. Diese individuellen Therapieziele sollten sich an den in Nummer 1.3.1 genannten Therapiezielen orientieren.

Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3.1 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann.

Es sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen, der Verträglichkeit und der Komorbiditäten vorrangig Medikamente verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der in Nummer 1.3.1 genannten Therapieziele in prospektiven, randomisierten, kontrollierten Langzeitstudien nachgewiesen wurden.

Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Maßnahmen als die in dieser Anlage genannten verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der Patient darüber zu informieren, ob für diese Maßnahmen Wirksamkeitsbelege zur Risikoreduktion klinischer Endpunkte vorliegen.

1.3.2.2 Orientierungsgrößen für die antihyperglykämische Therapie

Zur Erreichung der individuellen Therapieziele sollen nach Möglichkeit zunächst, in der Regel mindestens für 3-6 Monate, nicht-medikamentöse Maßnahmen eingesetzt werden.

Das Ziel der antihyperglykämischen Therapie, gemessen am HbA1c-Bereich, ist individuell festzulegen. Hierbei muss unter Berücksichtigung der eingesetzten therapeutischen Maßnahmen ein positives Verhältnis zwischen Nutzen (Risiko-reduzierung von Komplikationen) und Schaden (insbesondere schwere Hypoglykämien) zu erwarten sein:

- Unter Berücksichtigung der individuellen Therapieziele ist in der Regel eine Einstellung der Blutglukose entsprechend einem HbA1c-Bereich von 6,5 % bis 7,5 %, 47,5 mmol/mol bis 58,5 mmol/mol anzustreben. Worauf man in diesem Korridor abzielt, hängt unter anderem vom Alter und der Komorbidität der Patientin oder des Patienten ab.
- Eine Absenkung auf HbA1c-Werte unter 6,5 % (47,5 mmol/mol) kann erfolgen, so lange die Therapie mit lebensstilmodifizierenden Maßnahmen oder/und Metformin durchgeführt wird, da bei der Behandlung mit Metformin ein Nutzen in Bezug auf patientenrelevante Endpunkte belegt ist und kein erhöhtes Risiko für bedeutende Nebenwirkungen (Hypoglykämien) besteht.
- Bei älteren multimorbiden Patientinnen und Patienten mit einer eher kürzeren Lebenserwartung kann ein HbA1c-Ziel über 8 % (63,9 mmol/mol) bei gegebener Symptombefreiheit noch tolerabel sein. Die Symptombefreiheit, die in der Regel bei HbA1c-Werten bis 8,5 % (69,40 mmol/mol) gewährleistet ist und die Vermeidung von akuten hyperglykämischen Entgleisungen und schweren Hypoglykämien bestimmen die Blutzuckerziele.

1.3.3 Ärztliche Kontrolluntersuchungen

Die folgende Tabelle fasst die regelmäßig durchzuführenden Untersuchungen zusammen. Näheres ist in Nummer 1.7 beschrieben.

mindestens einmal jährlich	Berechnung der geschätzten (estimated) glomerulären Filtrationsrate (eGFR)
ein- oder zweijährlich (risikoabhängig, siehe Nummer 1.7.2.3)	augenärztliche Untersuchung einschließlich Netzhautuntersuchung in Mydriasis zum Ausschluss einer Retinopathie.
mindestens einmal jährlich	Inspektion der Füße einschließlich klinischer Prüfung auf Neuropathie und Prüfung des Pulsstatus
mindestens vierteljährlich, oder mindestens halbjährlich gemäß Befund siehe Tabelle Nummer 1.7.3.2	Untersuchung der Füße bei erhöhtem Risiko, einschließlich Überprüfung des Schuhwerks
vierteljährlich, mindestens halbjährlich	Blutdruckmessung
vierteljährlich, mindestens halbjährlich	HbA1c-Messung

vierteljährlich, mindestens
halbjährlich

Bei insulinpflichtigen Patientinnen und Patienten
Untersuchung der Spritzstellen auf Lipohypertro-
phie und der korrekten Injektionstechnik, bei
starken Blutzuckerschwankungen auch häufiger

1.4 Basistherapie

1.4.1 Ernährungsberatung

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 erhalten Zugang zu einer qualifizierten krankheitsspezifischen Ernährungsberatung (ggf. Reduktion von Übergewicht) im Rahmen eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms (siehe Nummer 4.2).

1.4.2 Raucherberatung

Im Rahmen der Therapie klärt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patientinnen und die Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens und Passivrauchens für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 auf, verbunden mit den folgenden spezifischen Beratungsstrategien und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben:

- Der Raucherstatus soll bei jeder Patientin und jedem Patienten regelmäßig erfragt werden.
- Raucherinnen und Raucher sollen in einer klaren, starken und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Es ist festzustellen, ob Raucherinnen und Raucher zu dieser Zeit bereit sind, einen Ausstiegsversuch zu beginnen.
- Änderungsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Raucherentwöhnung angeboten werden. Dabei sollte ggf. auch eine Beratung zu deren Kombination mit medikamentösen Maßnahmen erfolgen.
- Es sollen Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.
- Ehemalige Raucherinnen und Raucher sollen in ihrer Karenz bestärkt werden.

1.4.3 Körperliche Aktivitäten

Die Ärztin oder der Arzt überprüft individuell, ob die Patientin oder der Patient von intensiveren Bemühungen um eine Gewichtskontrolle und um eine Steigerung der körperlichen Aktivität profitiert. Mögliche Interventionen müssen darauf ausgerichtet sein, die Patientin oder den Patienten zu motivieren, das erwünschte positive Bewegungsverhalten eigenverantwortlich und nachhaltig in ihren oder seinen Lebensstil zu integrieren.

1.4.4 Stoffwechselkontrolle

Im Rahmen dieses strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms sollen die Patientinnen und Patienten mit der Durchführung einer dem Therapieregime angemessenen Stoffwechselfbstkontrolle sowie der Interpretation der Ergebnisse vertraut gemacht werden.

Auch außerhalb der Schulungsphase soll Patientinnen und Patienten eine angemessene Stoffwechselfbstkontrolle ermöglicht werden, sowie in speziellen Situationen auch den-

jenigen Patientinnen und Patienten, die ausschließlich mit oralen Antidiabetika therapiert werden.

1.5 Blutglukosesenkende medikamentöse Therapie

1.5.1 Grundsätze der Wirkstoffauswahl

Bei der Wirkstoffauswahl zur antidiabetischen Therapie sind neben der Beachtung von Zulassung, Verordnungsfähigkeit und Kontraindikationen prinzipiell folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- Beleg der Wirksamkeit anhand klinisch relevanter mikro- und makrovaskulärer Endpunkte
- Eignung von Wirkungsmechanismus, Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil (z. B. Risiko von Hypoglykämien und Gewichtszunahme), Arzneimittelinteraktionen und Pharmakokinetik für die individuelle Indikationsstellung
- individuelle Wirkung und Verträglichkeit
- Patientensicherheit
- individuelle Patientenbedürfnisse im Sinne eines „shared-decision-making“.

Kontrollierte Studien mit klinischen Endpunkten (Tod, Infarkt, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Amputation etc.) sind das wichtigste Instrument zum Wirksamkeitsnachweis einer Therapie und daher auch wichtigste Grundlage aller Therapieentscheidungen.

Antidiabetika mit gesicherter günstiger Beeinflussung klinischer Endpunkte:

- Metformin
- Sulfonylharnstoffe (SH) Glibenclamid und Gliclazid
- Insulin.

Antidiabetika ohne gesicherte günstige Beeinflussung klinischer Endpunkte:

- Alpha-Glukosidasehemmer
- DPP-4-Inhibitoren (Dipeptidyl-Peptidase-4-Inhibitoren, Gliptine)
- SGLT2-Inhibitoren (Gliflozine), außer Empagliflozin in der unten genannten Indikation
- Glinide
- GLP-1-Rezeptoragonisten (Inkretinmimetika, GLP-1-Analoga)
- Andere Antidiabetika (z.B. Glimepirid).

Patientinnen und Patienten mit manifester kardiovaskulärer Erkrankung, die mit Medikamenten zur Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren behandelt werden, können bei unzureichender Kontrolle des Diabetes mellitus / bei unzureichender Blutzuckerkontrolle von Empagliflozin in Kombination mit mindestens einem weiteren oralen Antidiabetikum und/oder mit Insulin profitieren.

1.5.2 Primärtherapie (Monotherapie)

Metformin ist bevorzugt zu verwenden. Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid und Gliclazid) können als Alternative bei Unverträglichkeiten gegenüber Metformin eingesetzt werden. Eine Überlegenheit für Insulin als Ersttherapie gegenüber diesen oralen Antidiabetika in Monotherapie ist nicht belegt. Bei hohem Ausgangsblutzucker und HbA1c- Wert und erforderlicher starker Wirkung kann auch im Rahmen der Ersttherapie der Einsatz von Insulin notwendig sein.

1.5.3 Therapieeskalation/Kombinationstherapie

Reicht die primäre Monotherapie nicht aus, um das HbA1c-Ziel zu erreichen, kann eine Kombination mehrerer Antidiabetika helfen, den Blutzucker besser zu kontrollieren. Für solche Therapieregime liegen derzeit keine Langzeitstudien vor, die einen Nutzen in Bezug auf klinische Endpunkte bzw. die Langzeitsicherheit belegen. Um- so sorgfältiger muss eine Nutzen-Schaden-Abwägung vorgenommen werden.

Zur Kombinationstherapie mit Empagliflozin siehe Nummer 1.5.1.

1.6 Behandlung hyper- und hypoglykämischer Stoffwechsellagen

Bei hyperglykämischen Stoffwechsellagen, insbesondere beim Vorliegen typischer Symptome (z. B. Gewichtsverlust, Durst, Polyurie, Abgeschlagenheit, Müdigkeit) ist eine Verbesserung der Blutglukose-Einstellung anzustreben.

Für Patientinnen und Patienten, bei denen Symptombefreiheit das vorrangig vereinbarte Therapieziel ist, ist das Ausmaß der Blutglukosesenkung individuell anzupassen, um z. B. folgenschwere Hypoglykämien zu vermeiden.

Das Auftreten von symptomatischen Hypoglykämien erfordert im Anschluss an eine Notfalltherapie eine zeitnahe Ursachenklärung, Therapiezielüberprüfung und ggf. Therapieanpassung.

1.7 Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus Typ 2

1.7.1 Makroangiopathie

Die Makroangiopathie, insbesondere in Form der koronaren Herzkrankheit, stellt das Hauptproblem der Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 dar. Die Senkung eines erhöhten Blutdrucks bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 reduziert die kardio- und zerebrovaskuläre Morbidität und Mortalität bereits im Verlauf weniger Jahre. Daher soll in geeigneten Abständen eine individuelle Risikoabschätzung hinsichtlich makroangiopathischer Komplikationen erfolgen.

Primär sollen zur Beeinflussung makroangiopathischer Begleit- und Folgeerkrankungen Interventionen durchgeführt werden, deren positiver Effekt auf Mortalität und Morbidität, wie sie in den Therapiezielen formuliert wurden, nachgewiesen ist. Insbesondere kommen zur Prävention makroangiopathischer Folgeerkrankungen folgende Maßnahmen in Betracht:

- Lebensstil verändernde Maßnahmen (z. B. Tabakverzicht, körperliche Aktivität und gesunde Ernährung),
- antihypertensive Therapie (zur Primär- und Sekundärprävention),
- Statingabe (zur Sekundärprävention und nach individueller Risikoabschätzung zur Primärprävention),
- Thrombozytenaggregationshemmer (nur zur Sekundärprävention).

1.7.1.1 Antihypertensive Therapie

Arterielle Hypertonie bei Diabetes mellitus Typ 2: Definition und Diagnosestellung

Wenn nicht bereits eine Hypertonie bekannt ist, sollte wegen der erhöhten Koinzidenz mit dem Typ 2 Diabetes der Blutdruck vierteljährlich, mindestens halbjährlich, gemessen werden. Die Diagnose kann wie folgt gestellt werden:

Eine Hypertonie liegt vor, wenn bei mindestens zwei Gelegenheitsblutdruckmessungen an zwei unterschiedlichen Tagen Blutdruckwerte von ≥ 140 mmHg systolisch und/oder ≥ 90 mmHg diastolisch vorliegen. Diese Definition bezieht sich auf manuelle auskultatorische Messungen durch geschultes medizinisches Personal und gilt unabhängig vom Alter oder von vorliegenden Begleiterkrankungen.

Die Blutdruckmessung ist methodisch standardisiert gemäß den internationalen Empfehlungen durchzuführen. Bei Unsicherheiten hinsichtlich der Diagnosestellung auf der Basis von in medizinischen Einrichtungen erhobenen Blutdruckwerten sollten diese durch Selbst- bzw. Langzeitblutdruck-Messungen ergänzt werden.

Sekundäre Hypertonie

Bei Hinweisen auf das Vorliegen einer sekundären Hypertonie ist eine Abklärung erforderlich. Die Ärztin oder der Arzt soll die Notwendigkeit der gezielten Weiterleitung der Patientin oder des Patienten an eine in der Hypertoniediagnostik besonders qualifizierte Ärztin oder einen besonders qualifizierten Arzt prüfen.

Therapieziele

Durch die antihypertensive Therapie soll die Erreichung der in Nummer 1.3.1 genannten Therapieziele angestrebt werden. Anzustreben ist in der Regel eine Senkung des Blutdrucks auf Werte systolisch von 130 mmHg bis 139 mmHg und diastolisch von 80 mmHg bis 89 mmHg.

Basistherapie

Bei der Auswahl der in Nummer 1.4 genannten Maßnahmen ist das Vorliegen einer arteriellen Hypertonie gesondert zu berücksichtigen.

Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm

Jede Patientin und jeder Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 und arterieller Hypertonie soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.

Medikamentöse Maßnahmen bei Hypertonie

Als Medikamente der ersten Wahl zur Behandlung der Hypertonie sollen vorrangig folgende Wirkstoffgruppen zum Einsatz kommen:

- Angiotensin-Conversions-Enzym-Hemmer (ACE-Hemmer), bei ACE-Hemmer- Unverträglichkeit oder speziellen Indikationen AT1-Rezeptor-Antagonisten.
- Diuretika: Bei hinreichender Nierenfunktion sind Thiaziddiuretika Schleifendiuretika vorzuziehen. Es gibt Hinweise, dass Chlorthalidon Hydrochlorothiazid vor- gezogen werden sollte.
- Beta1-Rezeptor-selektive Betablocker.

1.7.1.2 Statintherapie

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 mit einer manifesten koronaren Herzkrankheit, peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und nach ischämischem Schlaganfall sollen mit einem Statin behandelt werden.

In der Primärprävention sollte bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und einem stark erhöhten Risiko für makroangiopathische Komplikationen die Therapie mit einem Statin erwogen werden.

1.7.1.3 Thrombozytenaggregationshemmer

Grundsätzlich sollen alle Patientinnen und Patienten mit makroangiopathischen Erkrankungen (z. B. kardio- und zerebrovaskulären Erkrankungen) Thrombozytenaggregationshemmer erhalten.

1.7.2 Mikrovaskuläre Komplikationen

1.7.2.1 Allgemeinmaßnahmen

Für Patientinnen und Patienten mit dem Therapieziel der Vermeidung von mikrovaskulären Folgeerkrankungen (vor allem diabetische Retinopathie und Nephropathie) ist über einen langjährigen Zeitraum die Einstellung auf Blutzuckerwerte möglichst – sofern dies nach Risiko-Nutzen-Abwägung sinnvoll ist – nahe am Normbereich notwendig.

Bereits bestehende mikrovaskuläre Komplikationen können insbesondere zu folgen- den Folgeschäden führen, die einzeln oder gemeinsam auftreten können: Sehbehinderung bis zur Erblindung, Niereninsuffizienz bis zur Dialysenotwendigkeit. Zur Hemmung der Progression ist die Einstellung auf Blutzucker- und Blutdruckwerte möglichst nahe am Normbereich sinnvoll. Es soll jedoch vor der Einleitung einer Therapie und im Verlauf eine individuelle Risikoabschätzung gemäß Nummer 1.3.2 erfolgen. Das Sterblichkeitsrisiko kann insbesondere bei Vorliegen kardiovaskulärer Erkrankungen unter einer intensivierten Therapie zunehmen.

1.7.2.2 Nephropathie bei Diabetes mellitus Typ 2

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und langjähriger Hyperglykämie haben in Abhängigkeit von ihrem Alter und ihrer Diabetesdauer ein unterschied- lich hohes Risiko für die Entwicklung einer diabetesspezifischen Nephropathie.

Hyperglykämie als alleinige Ursache einer Nephropathie ist in den ersten 15 Jahren

Diabetesdauer selten, bei längeren Verläufen nimmt das Risiko für eine Nephropathie deutlich zu. Bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 spielt eine unzureichend eingestellte Hypertonie die entscheidende Rolle für die Entwicklung und das Fortschreiten der Nierenschädigung.

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus und einer progredienten Nierenfunktionsstörung (unabhängig von der Ursache) bedürfen einer spezialisierten Behandlung (siehe Nummer 1.8.2).

Die Ärztin oder der Arzt hat auf Grund des individuellen Risikoprofils (insbesondere Diabetesdauer, Alter, Retinopathie, weitere Begleiterkrankungen) zu

prüfen, ob eine Patientin oder ein Patient von einer regelmäßigen Bestimmung der Albumin- Ausscheidung im Urin (z.B. einmal jährlich) profitieren kann. Zum Ausschluss einer diabetischen Nephropathie ist der Nachweis einer normalen Urin-Albumin- Ausscheidungsrate oder einer normalen Urin- Albumin- Konzentration im ersten Morgenurin ausreichend.

Bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 ist einmal jährlich die Nierenfunktion vor allem durch Errechnung der glomerulären Filtrationsrate (eGFR) auf der Basis der Serum-Kreatinin-Bestimmung zu ermitteln. Die medikamentöse Therapie ist hieran anzupassen.

Wenn eine diabetische Nephropathie diagnostiziert wurde, werden folgende Interventionen im Hinblick auf die Vermeidung der Progression und Nierenersatztherapie empfohlen:

- Blutglukoseeinstellung möglichst nahe am Normbereich,
- Blutdruckeinstellung systolisch unter 140 mmHg und diastolisch unter 90 mmHg,
- Tabakverzicht und
- die Empfehlung einer angepassten Eiweißaufnahme.

Patientinnen und Patienten mit einer bereits vorhandenen Einschränkung der eGFR neigen zu Hypoglykämien. Der HbA1c-Zielwert ist in Abhängigkeit von Komorbidität und Therapiesicherheit individuell einzustellen. Bei Vorliegen makroangiopathischer Komplikationen sollte der HbA1c-Zielwert auf 7,0 -7,5 % (53 -58 mmol/mol) angehoben werden. Die Datenlage zur anzustrebenden Höhe des Blutdrucks ist bei einer Niereninsuffizienz der Stadien 4 und höher unklar.

1.7.2.3 Diabetesassoziierte Augenerkrankungen

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 können im Erkrankungsverlauf diabetesassoziierte Augenkomplikationen (z. B. diabetisch bedingte Retinopathie und Makulopathie) erleiden. Zur Früherkennung ist für alle in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte in Abhängigkeit vom Risikoprofil ein- oder zweijährlich eine augenärztliche Untersuchung einschließlich Netzhautuntersuchung in Mydriasis durchzuführen.

Wenn eine diabetesassoziierte Augenkomplikation diagnostiziert wurde, sind Interventionen vorzusehen, für die ein Nutznachweis im Hinblick auf die Vermeidung einer Sehverschlechterung / Erblindung erbracht ist. Dazu zählen eine Blutglukose- und Blutdruckeinstellung möglichst nahe am Normbereich sowie eine rechtzeitige und adäquate augenärztliche Behandlung.

1.7.3 Folgeerkrankungen ohne eindeutige Zuordnung zu mikro- bzw. makrovaskulären Komplikationen

1.7.3.1 Diabetische Neuropathie

Zur Behandlung der diabetischen Neuropathie sind stets Maßnahmen vorzusehen, die zur Optimierung der Stoffwechseleinstellung führen.

Bei Neuropathien mit für die Patientin oder den Patienten störender Symptomatik (vor allem schmerzhaftes Polyneuropathie) ist der Einsatz zusätzlicher medikamentöser

Maßnahmen sinnvoll. Es kommen vorzugsweise Antidepressiva, Antikonvulsiva und Opioide in Betracht, die für diese Indikation zugelassen sind (in Monotherapie, bei gegebener Notwendigkeit in Kombination).

Bei Hinweisen auf eine autonome diabetische Neuropathie (z. B. kardiale autonome Neuropathie, Magenentleerungsstörungen, Blasenentleerungsstörungen, sexuelle Funktionsstörungen) ist eine spezialisierte weiterführende Diagnostik und Therapie zu erwägen.

1.7.3.2 Das diabetische Fußsyndrom

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, insbesondere mit peripherer Neuropathie und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK), sind durch die Entwicklung eines diabetischen Fußsyndroms mit einem erhöhten Amputationsrisiko gefährdet.

Anamnese und Untersuchung auf Neuropathie und pAVK sollen mindestens einmal jährlich erfolgen.

Patientinnen und Patienten sollen auf präventive Maßnahmen (z. B. Selbstinspektion und ausreichende Pflege der Füße) hingewiesen werden. Insbesondere sollen sie hinsichtlich des Tragens geeigneten Schuhwerks beraten werden.

Patientinnen und Patienten mit Sensibilitätsverlust bei Neuropathie (fehlendem Filamentempfinden) und/oder relevanter pAVK sollten mit konfektionierten diabetischen Schutzschuhen versorgt werden. Die Versorgung des diabetischen Fußsyndroms sollte stadiengerecht orthopädietechnisch unter Berücksichtigung der sekundären diabetogenen Fußschäden, Funktionseinschränkungen und der Fußform erfolgen.

Bei Patientinnen und Patienten mit nicht sicher tastbaren Fußpulsen sollte der Knöchel-Arm-Index bestimmt werden.

Anhand der folgenden Kriterien ist die künftige Frequenz der Fußinspektion, einschließlich Kontrolle des Schuhwerks, festzulegen:

Keine sensible Neuropathie	Mindestens jährlich
sensible Neuropathie	Mindestens alle 6 Monate
sensible Neuropathie und Zeichen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und/oder Risiken wie Fußdeformitäten (ggf.	alle 3 Monate oder häufiger

Bei Patientinnen und Patienten mit Neuro- oder Angiopathie, bei denen eine verletzungsfreie und effektive Hornhautabtragung und/oder Nagelpflege nicht selbst sichergestellt werden kann, ist die Verordnung einer podologischen Therapie angezeigt.

Bei Hinweisen auf ein diabetisches Fußsyndrom (mit Epithelläsion, Verdacht auf bzw. manifester Weichteil- oder Knocheninfektion bzw. Verdacht auf Osteoarthropathie) gelten die Überweisungsregeln nach Nummer 1.8.2. Nach abgeschlossener Behandlung einer Läsion im Rahmen eines diabetischen Fußsyn-

droms ist die regelmäßige Vorstellung in einer für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit diabetischem Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung zu prüfen.

1.7.4 Psychosoziale Betreuung

Im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 ist ihre psychosoziale Situation einzubeziehen. Mangelnde Krankheitsbewältigung oder Motivation sowie fehlender sozioemotionaler Rückhalt bis hin zu Problemen am Arbeitsplatz sind unter anderem zu berücksichtigen.

Bei Bedarf werden Bezugs- und/oder Betreuungspersonen in die Behandlung einbezogen. Es soll ein Hinweis auf die Möglichkeiten der organisierten Selbsthilfe gegeben werden.

Eine psychosoziale Betreuung ist an die individuelle Situation der Patientin oder des Patienten (Krankheitsphase, Therapieverfahren etc.) anzupassen.

1.7.5 Psychische Komorbiditäten

Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren ist das Vorliegen von psychischen Komorbiditäten (z. B. Anpassungsstörungen, Angststörungen usw.) zu beachten. Durch die Ärztin oder den Arzt ist zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen profitieren können. Bei psychischen Krankheiten sollte die Behandlung derselben durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

Eine Depression als häufige und bedeutsame Komorbidität sollte besondere Beachtung finden.

1.7.6 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

Bei Patientinnen und Patienten, bei denen die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln auf Grund von Multimorbidität oder der Schwere der Erkrankung erforderlich ist oder die Anamnese Hinweise auf Einnahme von fünf oder mehr Arzneimitteln gibt, sind folgende Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements vorzusehen:

Die Ärztin oder der Arzt soll mindestens jährlich sämtliche von der Patientin oder dem Patienten tatsächlich eingenommene Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, strukturiert erfassen und deren mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen berücksichtigen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können. Im Rahmen dieser strukturierten Arzneimittelerfassung kann auch eine Prüfung der Indikation für die einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren an der ärztlichen Behandlung Beteiligten durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt erforderlich werden. Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine Arzneimittelverordnung im Rahmen einer Priorisierung gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden. In der Patientinnen- oder Patientenakte soll ein aktueller Medikationsplan vorhanden sein. Dieser soll der Patientin oder dem Patienten oder einer Betreuungsperson in einer für diese verständlichen Form zur Verfügung gestellt und erläutert werden.

Sofern bei der jährlichen Berechnung der glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel (eGFR) (vgl. Nummer 1.3.3 und 1.7.2.2) eine Einschränkung der Nierenfunktion festgestellt wird, sind renal eliminierte Arzneimittel in der Dosis anzupassen bzw. abzusetzen. Das Untersuchungsintervall ist gegebenenfalls entsprechend der Nierenfunktion anzupassen.

1.8 Kooperation der Versorgungssektoren

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

1.8.1 Koordinierende Ärztin / Koordinierender Arzt

Die Langzeitbetreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der in § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben.

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 eine diabetologisch qualifizierte, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin oder einen diabetologisch qualifizierten, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Die Überweisungsregeln in Nummer 1.8.2 sind von der Ärztin, vom Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientin oder des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

Bei Vorliegen folgender Indikationen muss die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt oder die koordinierende Einrichtung eine Überweisung der Patientin oder des Patienten zu anderen Fachärztinnen, Fachärzten oder Einrichtungen veranlassen, soweit die eigene Qualifikation für die Behandlung der Patientin oder des Patienten nicht ausreicht:

- zur augenärztlichen Untersuchung, insbesondere der Untersuchung der Netzhaut in Mydriasis zum Ausschluss einer diabetischen Augenkomplikation bei Diagnosestellung des Diabetes mellitus Typ 2 (vgl. Nummer 1.7.2.3),
- bei einer Einschränkung der Nierenfunktion mit einer eGFR auf weniger als 30 ml/min oder bei deutlicher Progression einer Nierenfunktionsstörung (jährliche Abnahme der eGFR um mehr als 5 ml/min) zur nephrologisch qualifizierten Ärztin, zum nephrologisch qualifizierten Arzt oder zur nephrologisch qualifizierten Einrichtung,
- Bei Fuß-Läsionen Wagner/Armstrong A 2-5, B 2-5, C 1-5 und D 1-5 und/oder bei Verdacht auf Charcot-Fuß und/oder bei fehlender Wundheilung in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung. D.h. bei oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulcera (mit oder ohne Wundinfektion, mit oder ohne Ischämie) sowie bei Verdacht auf Charcot-Fuß,
- bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft in eine in der Behandlung von Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 2 erfahrene qualifizierte Einrichtung.
- Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung zur Mitbehandlung erwogen werden:

- bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie zur diabetologisch besonders qualifizierten Ärztin, zum diabetologisch besonders qualifizierten Arzt oder zur diabetologisch besonders qualifizierten Einrichtung,
- bei allen diabetischen Fuß-Läsionen in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,
- bei Nicht-Erreichen eines Blutdruckwertes systolisch < 140 mmHg und diastolisch < 90 mmHg innerhalb eines Zeitraums von höchstens sechs Monaten an eine in der Hypertoniebehandlung qualifizierte Ärztin, einen in der Hypertoniebehandlung qualifizierten Arzt oder eine in der Hypertoniebehandlung qualifizierte Einrichtung,
- bei Nicht-Erreichen des in Abhängigkeit vom Therapieziel individuell festgelegten HbA1c- Zielwertes innerhalb eines Zeitraumes von höchstens sechs Monaten zu einer diabetologisch besonders qualifizierten Ärztin, einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt oder einer diabetologisch besonders qualifizierten Einrichtung.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

1.8.3 Einweisung in ein Krankenhaus oder zur stationären Behandlung

Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere bei:

- Notfallindikation (in jedes Krankenhaus),
- bedrohlichen Stoffwechselstörungen,
- infiziertem diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese oder akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation,
- diabetischen Fußwunden, die trotz spezialisierter Therapie nicht ausheilen oder gar eine Verschlechterung zeigen, insbesondere wenn eine Fußentlastung ambulant nicht möglich oder erfolgreich ist, und bei Wunden, die Interventionen bedürfen (z.B. parenterale Medikation, Gefäß- oder Knochenoperation),
- gegebenenfalls zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus Typ 2.

Bei Nicht-Erreichen des in Abhängigkeit vom Therapieziel individuell festgelegten HbA1c-Zielwertes nach spätestens 12 Monaten ambulanter Behandlung soll geprüft werden, ob die Patientin oder der Patient von einer stationären Diagnostik und Therapie in einem diabetologisch qualifizierten Krankenhaus profitieren kann.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

1.8.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms ist insbesondere bei Vorliegen von Komplikationen oder Begleiterkrankungen zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann. Eine Leistung zur Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden, um die Erwerbsfähigkeit, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe der Patientin oder des Patienten am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen durch den Diabetes mellitus Typ 2 und seine Begleit- und Folgeerkrankungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V)

Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser Richtlinie geregelt.

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Qualitätsziel	Qualitätsindikator
Hoher Anteil von Patientinnen und Patienten, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird	Anteil von Patientinnen und Patienten, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten
Niedriger Anteil von Patientinnen und Patienten mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5%	Anteil von Patientinnen und Patienten mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5% (69mmol/mol), bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten
Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechsellstörungen	Anteil der Patientinnen und Patienten mit schweren Hypoglykämien in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten
Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlung wegen Diabetes mellitus Typ 2	Anteil der Patientinnen und Patienten mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes mellitus, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten
Hoher Anteil normotensiver Patientinnen und Patienten bei Patientinnen und Patienten mit bekannter Hypertonie	Anteil der Patientinnen und Patienten mit Blutdruckwerten kleiner gleich 139 mmHg systolisch und kleiner gleich 89 mmHg diastolisch bei bekannter Hypertonie an allen eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit bekannter Hypertonie
Niedriger Anteil von Patientinnen und Patienten mit einem systolischen Blutdruck größer als 150mmHg	Anteil der Patientinnen und Patienten mit systolischem Blutdruck größer als 150mmHg, bezogen auf alle Patientinnen und Patienten mit bekannter Hypertonie

<p>Hoher Anteil geschulter Patientinnen und Patienten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Patientinnen und Patienten mit Hypertonie, die an einer Hypertonieschulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben an den bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Patientinnen und Patienten - Anteil der Patientinnen und Patienten, die an einer Diabetesschulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben an den bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Patientinnen und Patienten
<p>Einhaltung der Kooperationsregeln</p>	<p>Anteil der Patientinnen und Patienten mit Fußläsionen mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulzera (mit oder ohne Wundinfektion, mit oder ohne Ischämie), bei denen eine Behandlung/Mitbehandlung in einer für das diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung veranlasst wurde</p>
<p>Hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion</p>	<p>Anteil der Patientinnen und Patienten mit jährlicher Bestimmung der eGFR</p>
<p>Hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie</p>	<p>Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Patientinnen und Patienten mit AVK, KHK oder Schlaganfall.</p>
<p>Hoher Anteil an Teilnehmern, bei denen mindestens 1x jährlich der Fußstatus komplett untersucht wurde</p>	<p>Anteil der Patientinnen und Patienten, die mindestens 1x jährlich eine komplette Untersuchung des Fußstatus erhalten haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten</p>
<p>Hoher Anteil von Patientinnen und Patienten mit Ulkus, bei denen der Pulsstatus untersucht wurde</p>	<p>Anteil von Patientinnen und Patienten mit einem Ulkus, bei denen gleichzeitig der Pulsstatus untersucht wurde, an allen Patientinnen und Patienten mit einem Ulkus</p>

Hoher Anteil von Teilnehmern, bei denen angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festgelegt wurden	Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festgelegt wurden, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten
Hoher Anteil von mit Metformin behandelten Patientinnen und Patienten bei Patientinnen und Patienten unter Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum	Anteil der Patientinnen und Patienten, die Metformin erhalten, bezogen auf alle Patientinnen und Patienten unter Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum
Hoher Anteil an regelmäßigen augenärztlichen Untersuchungen.	Anteil der in den letzten 24 Monaten augenärztlich untersuchten Patientinnen und Patienten, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten

3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V)

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser Richtlinie geregelt.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 können in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn die Diagnose des Diabetes mellitus Typ 2 gemäß Nummer 1.2 (Diagnostik) gesichert ist oder eine Therapie mit diabetesspezifischen, blutglukosesenkenden Medikamenten bereits vorliegt.

Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes werden nicht in dieses strukturierte Behandlungsprogramm aufgenommen.

4. Schulungen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V)

4.1 Schulungen der Ärztinnen oder Ärzte

Die Anforderungen an die Schulungen der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

4.2 Schulungen der Versicherten

Die Anforderungen an die Schulungen der Versicherten sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

Jede Patientin und jeder Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.

5. Evaluation (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V)

Für die Evaluation nach § 6 Abs. 2 Ziffer 1 sind mindestens folgende medizinische Parameter auszuwerten:

- a. Tod,
- b. Herzinfarkt
- c. Schlaganfall,
- d. Amputation,
- e. Erblindung,
- f. Nierenersatztherapie,
- g. Diabetische Nephropathie,
- h. Diabetische Neuropathie,
- i. Diabetisches Fußsyndrom,
- j. KHK,
- k. pAVK,
- l. Diabetische Retinopathie,
- m. Raucherquote allgemein,
- n. Raucherquote im Kollektiv der Raucher,
- o. Blutdruck bei Patienten mit Hypertonie,
- p. HbA1c-Werte,
- q. Schulungen (differenziert nach Diabetes- und Hypertonie-Schulungen)

Anlage 4

Qualitätssicherung

QUALITÄTSSICHERUNG DIABETES MELLITUS TYP 2 **Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL**

(gültig ab 01.07.2017)

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
I. Hoher Anteil von Teilnehmern, deren individuell vereinbarter HbA1c-Zielwert erreicht wird	<p>Anteil der Teilnehmer deren individuell vereinbarter HbA1c-Zielwert erreicht wird, bezogen auf alle Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> ≥ 60%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 20 ISD (HbA1c-Zielwert) = „Zielwert erreicht“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit ≥ 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
II. Niedriger Anteil von Teilnehmern mit einem HbA1c-Wert > 8,5% (69mmol/mol)	<p>Anteil der Teilnehmer mit einem HbA1c-Wert > 8,5% (69mmol/mol) bezogen auf alle Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> ≤ 10% (kann regionenspezifisch nach oben abweichen)</p> <p><i>optional zusätzlich:</i> Anteil der Teilnehmer mit einem HbA1c von > 8,5% an allen Teilnehmern mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 1 ISD (HbA1c-Wert)</p> <p>a) > 8,5% (69 mmol/mol) b) > 7,5% (58 mmol/mol) ≤ 8,5% (69 mmol/mol) c) ≥ 6,5% (48 mmol/mol) ≤ 7,5% (58 mmol/mol) d) < 6,5% (48 mmol/mol)</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer</p> <p>Gleichzeitig Angabe von jeweiligem Mittelwert und Median des HbA1c-Werts</p> <p><i>Wie oben, jedoch Darstellung jeweils aller Dokumentationen gleicher Teilnahmedauer vergleichend nach Teilnahmedauer im zeitlichen Verlauf des DMP.</i></p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
III. Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechselentgleisungen	Anteil der Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle Teilnehmer <u>Zielwert:</u> <1%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 6 ISD (Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation) > 0 während der letzten 12 Monate <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit ≥ 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback mit Nennung der Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien und Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts ⁶
IV. Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlung wegen Diabetes mellitus Typ 2	Anteil der Teilnehmer mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes mellitus in den letzten 6 Monaten bezogen auf alle Teilnehmer <u>Zielwert:</u> <1 %	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 8 ISD (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation) >0 während der letzten 6 Monate <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit ≥ 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback mit Nennung der Teilnehmer mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes und Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts ⁷
V. Hoher Anteil an normotensiven Teilnehmern mit bekannter Hypertonie	Anteil der Teilnehmer mit Blutdruckwerten systolisch ≤ 139 mmHg und diastolisch ≤ 89mmHg bezogen auf alle Teilnehmer mit bekannter Hypertonie	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch ≤139 und diastolisch ≤ 89 mmHg	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

⁶ praxisbezogene Angaben zur Häufigkeit sind aufgrund der geringen Inzidenz nicht sinnvoll

⁷ praxisbezogene Angaben zur Häufigkeit sind aufgrund der geringen Inzidenz nicht sinnvoll

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<p><u>Zielwert:</u> ≥ 45 %</p> <p><i>optional zusätzlich:</i> Anteil normotoner Teilnehmer (Blutdruckwerte ≤139 mmHg syst. und ≤ 89mmHg diast.) unter den Teilnehmern mit bekannter arterieller Hypertonie mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer</p> <p><u>Zielwert:</u> ≥ 45%</p>	<p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“</p> <p><i>Wie oben, jedoch Darstellung jeweils aller Dokumentationen gleicher Teilnahmedauer vergleichend nach Teilnahmedauer im zeitlichen Verlauf des DMP.</i></p>		
VI. Niedriger Anteil von Teilnehmern mit einem systolischen Blutdruck > 150mmHg	<p>Anteil der Teilnehmer mit systolischem Blutdruck > 150mmHg, bezogen auf alle Teilnehmer mit bekannter Hypertonie</p> <p>Zielwert: ≤ 15%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch > 150 mmHg</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) =“Arterielle Hypertonie“</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VII. Hoher Anteil geschulter Teilnehmer	<p>a) Anteil der Teilnehmer, die an einer Diabetes-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmer</p>	<p>a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulungen wahrgenommen) = „Ja“ seit Beginn der DMP-Teilnahme</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<p>b) Anteil der Teilnehmer mit Hypertonie, die an einer Hypertonie-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmer mit bekannter Hypertonie.</p> <p>Zielwert: Nicht festgelegt</p> <p><u>AB 01.01.2019 ZUSÄTZLICH AUSZUWERTEN</u></p>	<p><u>b) Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulungen wahrgenommen) = „Ja“ seit Beginn der DMP-Teilnahme UND Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“</p> <p><u>AB 01.01.2019 ZUSÄTZLICH AUSZUWERTEN</u></p>		
	<p>a) Anteil der Teilnehmer mit Diabetes, die an einer Diabetesschulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben an den bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmern</p> <p>Zielwert: Nicht festgelegt</p>	<p><u>a) Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulungen wahrgenommen) = „Ja“ seit Beginn der DMP-Teilnahme</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit einer Erstdokumentation nach dem 30.06.2017 und Feld 18a ISD (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) = „Keine“</p>		
	<p>b) Anteil der Teilnehmer mit Hypertonie, die an einer Hypertonie-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben an den bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmern</p>	<p><u>b) Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulungen wahrgenommen) = „Ja“ seit Beginn der DMP-Teilnahme UND Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“</p>		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	Zielwert: Nicht festgelegt	<u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit einer Erstdokumentation nach dem 30.06.2017 und Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“ und mit Feld 18a ISD (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) = „Keine“		
VIII. Einhaltung der Kooperationsregeln	Anteil der Teilnehmer mit Fußläsionen mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulzera (mit oder ohne (Wund)infektion, mit oder ohne Ischämie), bei denen eine Behandlung/Mitbehandlung in einer für das diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung veranlasst wurde Zielwert: $\geq 65\%$	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = „4. Ulkus: tief“ sowie Angabe in Feld 22 ISD (Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabet. Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung) = „ja“ oder „Veranlasst“ <u>ODER</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = „4. Ulkus: oberflächlich“ UND mit Feld 3 ISD (Fußstatus) „1. Pulsstatus: „auffällig“ sowie Angabe in Feld 22 ISD (Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabet. Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung) = „ja“ oder veranlasst“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Teilnahmedauer ≥ 6 Monate	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
IX. Hoher Anteil an Teilnehmern mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion	Anteil der Teilnehmer mit jährlicher Bestimmung der eGFR bezogen auf alle Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit mindestens einer numerischen Angabe in Feld 2a ISD (eGFR) in den letzten 12 Monaten	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<u>Zielwert:</u> ≥ 90%	<u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Teilnahmedauer ≥ 12 Monate		
X. Hoher Anteil an Teilnehmern mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie	Anteil der Teilnehmer, die einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Patienten mit AVK, KHK oder Schlaganfall ohne Kontraindikationen und ohne Antikoagulation. <u>Zielwert:</u> ≥ 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 13 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „AVK“ und/oder „KHK“ und/oder „Schlaganfall“ und/oder „Herzinfarkt“ und <u>nicht</u> mit Feld 13 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „Kontraindikation“ UND / ODER „Orale Antikoagulation“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
XI. Hoher Anteil an Teilnehmern, bei denen mindestens 1x jährlich der Fußstatus komplett untersucht wurde	Anteil der Teilnehmer, die mindestens 1x jährlich eine komplette Untersuchung des Fußstatus erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmer Zielwert: ≥ 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit mindestens einmal in den letzten 12 Monaten mit Angaben im Feld 3 ISD (Fußstatus) = „1. Pulsstatus bis 5. (Wund)infektion“, die NICHT „nicht untersucht“ lautet <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
XII. Hoher Anteil von Teilnehmern mit Ulkus, bei denen der Pulsstatus untersucht wurde	Anteil von Teilnehmern mit einem Ulkus, bei denen gleichzeitig der Pulsstatus untersucht wurde, an allen Patienten mit einem Ulkus Zielwert: ≥ 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = 4. Ulkus: „oberflächlich“ oder „tief“ UND mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Auffällig“ oder „Unauffällig“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		<p><u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = 4. Ulkus: „oberflächlich“ oder „tief“</p>		
XIII. Hoher Anteil von Teilnehmern, bei denen angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festgelegt wurden	Anteil der Teilnehmer, bei denen angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festgelegt wurden, bezogen auf alle Teilnehmer mit Sensibilitätsstörung Zielwert: $\geq 80\%$	<p>Zähler: Anzahl der Teilnehmer mit: Alter ≥ 18 Jahre UND Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Unauffällig“ UND 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nein“ UND Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 6 Monate“</p> <p>ODER</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Unauffällig“ UND 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nein“ UND Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“</p> <p>ODER</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Auffällig“ UND 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nein“</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		<p>ODER „Nicht untersucht“ UND Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“</p> <p>ODER</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) = 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. weiteres Risiko für Ulkus: nicht gleich „Nein“ UND nicht gleich „nicht untersucht“ UND Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“</p> <p>Nenner:</p> <p>Anzahl der Teilnehmer mit:</p> <p>Alter > = 18 Jahre UND Feld 3 ISD (Fußstatus) = 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 4. Ulkus: „Nein“ UND 5. (Wund)Infektion: „Nein“</p>		
XIV. Hoher Anteil von mit Metformin behandelten Teilnehmern unter Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum	Anteil der Teilnehmer, die Metformin erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer unter Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 11 ISD (Metformin) = „ja“</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<u>Zielwerte:</u> ≥ 70%	Nenner: Alle Teilnehmer mit Feld 10 ISD (Glibenclamid)= „ja“ oder Feld 11 ISD (Metformin)= „ja“ ODER Feld 12 ISD (sonst. Antidiabetische Medikation)= „ja“ und mit Feld 9 ISD (Insulin oder Insulin-Analoga)= „nein“		
XV. Hoher Anteil an regelmäßigen augenärztlichen Untersuchungen	Anteil der in den letzten 24 Monaten augenärztlich untersuchten Teilnehmern, bezogen auf alle Teilnehmer <u>Zielwerte:</u> ≥ 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit mindestens einer Angabe in Feld 21 ISD (ophthalmologische Netzhautuntersuchung) = „durchgeführt“ in den letzten 24 Monaten Nenner: Alle Teilnehmer mit Teilnahmedauer ≥ 24 Monate	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Vermeidung schwerer Stoffwechsellentgleisungen: Hypoglykämien	entfällt	entfällt	Wenn Angabe in Feld 6 (ISD) ≥ 2	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 Feld 17 (AD) (Begleiterkrankung) erstmalig = „arterielle Hypertonie“ und/oder wenn Feld 15 (AD) (Blutdruck) $> 139\text{mmHg}$ syst. oder $> 89\text{mmHg}$ diast. in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen bei Patienten mit bekannter Begleiterkrankung „arterielle Hypertonie“	V: Infos über die Problematik der Hypertonie beim Diabetiker und seine Einflussmöglichkeiten (Blutdruckbroschüre), maximal einmal pro Jahr
III. Hoher Anteil an augenärztlichen Untersuchungen	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 21 (ISD) (ophthalmologische Netzhautuntersuchung) nicht mindestens einmal in 24 Monaten „durchgeführt“ oder „veranlasst“ angegeben ist	V: Infos über Diabetes-Komplikationen und Folgeschäden am Auge, Notwendigkeit einer regelmäßigen augenärztlichen Untersuchung - maximal einmal innerhalb von 24 Monaten

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
IV. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	<p>Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten</p> <p><u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen</p> <p><u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen</p>	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	V: Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
V. Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 19 (AD) (Vom Patienten gewünschte Informationsangebote) = „Tabakverzicht“	V: Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung
VI. Information der Versicherten bei auffälligem Fußstatus	entfällt	entfällt	<p>Wenn Feld 3 (ISD) (Fußstatus) innerhalb von 12 Monaten die Angabe zu 1. Pulsstatus = „Auffällig“ ein- oder mehrmals angegeben ist,</p> <p>und/oder</p> <p>die Angabe zu 2. Sensibilitätsstörung = „Auffällig“ ein- oder mehrmals angegeben ist,</p> <p>und/oder</p> <p>die Angabe zu 3. Weiteres Risiko für Ulcus „Fußdeformität“ und/oder „Hyperkeratose mit Einblutung“ und/oder „Z. n. Ulcus“ ein oder mehrmals angegeben ist,</p>	V: Infos über Diabetes-Komplikationen und Folgeschäden am Fuß, Möglichkeiten der Mitbehandlung in diabetischen Fußambulanzen o.ä. (evtl. regionale Infos, Adressen) maximal einmal pro Jahr

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
			<p>und/oder</p> <p>die Angabe zu 4. Ulcus = „oberflächlich“ oder „tief“ = ein oder mehrmals angegeben ist,</p> <p>und/oder</p> <p>die Angabe zu 5. (Wund)infektion = „ja“</p> <p>ein oder mehrmals angegeben ist</p>	
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

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

Abkürzungen

LE	=	Leistungserbringer
V	=	Versichertenkontakt
QS	=	Qualitätssicherung
AD	=	allgemeiner bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 DMP-A-RL
ISD	=	Indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 8 DMP-A-RL

Anlage 5b

Patienteninformation

Strukturiertes Behandlungsprogramm

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit dem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei chronischen Erkrankungen sind:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
<p>Vermeidung von</p> <ul style="list-style-type: none">- typischen Symptomen wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen- Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können- von Nervenschädigungen und dem diabetischen Fuß-Syndrom- Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung) <p>Senkung Ihres Schlaganfall- und Herzinfarkttrisikos</p>	<p>Senkung des Risikos eines Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden</p> <p>Erhaltung Ihrer Belastungsfähigkeit.</p>	<p>Vermeidung/Reduktion von</p> <ul style="list-style-type: none">- akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Asthma-Anfälle, akute Verschlimmerungen (z. B. durch Infekte)- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des Voranschreitens der Krankheit- unerwünschten Wirkungen der Therapie <p>Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität</p> <p>Reduktion der Sterblichkeit</p>	<p>Vermeidung/Reduktion von</p> <ul style="list-style-type: none">- akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Krankheitszeichen, Verschlimmerungen sowie des Auftretens von Begleit- und Folgeerkrankungen- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des raschen Voranschreitens der Krankheit <p>bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie</p> <p>Angemessene Behandlung von Begleiterkrankungen</p> <p>Reduktion der Sterblichkeit</p>

Bitte beachten Sie, dass in den Tabellen jeweils Informationen zu allen internistischen Erkrankungen aufgeführt sind, zu denen wir strukturierte Behandlungsprogramme anbieten. Vermutlich haben Sie nur eine oder zwei dieser aufgeführten Erkrankungen.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Aufgrund der rechtlichen Grundlagen werden in den Programmen auch nichtmedikamentöse Maßnahmen, wie z.B. die Tabakentwöhnung insbesondere bei COPD sowie bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören z. B. folgende Arzneimittel:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes Typ 2: Metformin, Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid und Gliclazid) - Diabetes Typ 1 und Typ 2: Insuline - bei hohem Blutdruck: Diuretika, Beta-blocker, ACE-Hemmer - Statine (zur Senkung der Blutfettwerte) - zur Linderung von Beschwerden infolge der diabetischen Nervenschädigungen: Antidepressiva und Antiepileptika, soweit diese auch für die Schmerztherapie zugelassen sind, sowie Opioide 	<ul style="list-style-type: none"> - Betablocker, evtl. mit Nitraten, Kalziumantagonisten - ACE-Hemmer (bei Herzschwäche, hohem Blutdruck, und nach Infarkt) - Statine (zur Senkung der Blutfettwerte) - Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (z. B. ASS). 	<p>Medikamente zur Dauertherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glukokortikosteroide (zum Inhalieren) - lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (zum Inhalieren) <p>im Bedarfsfall zusätzlich Medikamente der Bedarfstherapie (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> - schnell wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) - kurz wirksame Anticholinergika (5-17 jährige) 	<p>Medikamente zur Dauertherapie vorwiegend:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lang wirksame Anticholinergika - lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika - Kombination lang wirksamer Anticholinergika und lang wirksamer Beta-2-Sympathomimetika <p>im Bedarfsfall zusätzlich Medikamente der Bedarfstherapie (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> - kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika - kurz wirksame Anticholinergika - eine Kombination aus kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie auf-

klärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen (z. B. zur regelmäßigen Augenkontrolle bei Diabetes mellitus). Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Von jeder Dokumentation erhalten Sie zu Ihrer Information einen Ausdruck. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z.B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt die Betreuung gegebenenfalls durch eine regionale Krankenkasse.

Wie können Sie aktiv mitwirken?

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen. Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut!

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkassen dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können Sie auch jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Anlage 5c

Datenschutzinformation

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzteverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

11.03.2008 Diabetes

Anlage 6

Schulung der Versicherten

1 Schulungen

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages sind nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme zielgruppenspezifisch anzubieten:

1.1 Versicherte mit nicht-insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2

1.1.1 Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen Kronsbein P, Jörgens-V, Lancet 1988; 2: 1407-1411

1.1.2 MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbst-Management für Typ 2) Kulzer-B, Diabetes-Journal 2/2001

1.1.3 LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung

Krakow D., Feulner-Krakow G., Giese M., Osterbrink B., (2004), Evaluation der LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung, Diabetes und Stoffwechsel S. 77-89

1.2 Versicherte mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2

1.2.1 Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen Grüßer-M, Röger-Ch, Jörgens-V, Dtsch. Ärzteblatt 94, Heft 25, Juni 1999: A1756-A1757

Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Jörgens-V. Patient Education and Counseling 29 (1996) 123-130

1.2.2 Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen Kalfhaus-J, Berger-M, Diabetes and Metabolism 2000, 26, 197-201

1.2.3 Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie Pieber-TR, Brunner-GA et al. Diabetes Care Vol. 18, No. 5, May 1995;

Mühlhauser-I, Bruckner-I, Berger-M, Chetney-V, Jörgens V, Ionescu-Trigviste-C, Schloz-V, Mincu-I. Evaluation of an intensified insulin treatment and teaching program as routine management of type 1 (insulin-dependent) diabetes. 1987 Diabetologia 30: 681-690

1.2.4 LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung

Krakow D., Feulner-Krakow G., Giese M., OsterbrinkB., (2004), Evaluation der LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung, Diabetes und Stoffwechsel S. 77-89

1.3 Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2 und essentieller Hypertonie

1.3.1 Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)

Heise-T, Jennen-E, Sawicki-P, ZaeFQ 95; 349-355. Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm.

Sawicki-PT, Mühlhauser-I, Didjureit-U et al. Mortality and morbidity in treated hypertensive type 2 diabetic patients with micro- or macroproteinuria. Diabetic Medicine 1995; 12: 893-898

1.3.2 Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Sawicki-P, Jörgens-V, Structured patient education for outpatients with hypertension: a model project in Germany. J Human Hypertension 1997; 11:501-506

- 1.3.3 Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)
Danzer E, Gallert K, Friedrich A, Fleischmann EH, Walter H, Schmieder RE. Ergebnisse der Hypertonieschulung des Instituts für präventive Medizin.[Results of an program for hypertension at the Institute for Preventive Medicine] Dtsch Med Wochenschr. 2000 Nov 17;125 (46): 1385-9
- 1.4 Ergänzungsschulung für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2
DiSko-Schulung (DiSko: wie Diabetiker zum Sport kommen)
M. Siegrist, P. Zimmer, W.-R. Klare, P., Borchert, M. Halle: „Einmalige Übungsstunde verändert das Aktivitätsverhalten bei Typ-2 Diabetikern“, Diabetes, Stoffwechsel und Herz, 4/2007: S. 257-261
- nur als Ergänzung zu einem Schulungsprogramm für DM 2-

§ 21 Abs. 4 der Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der AOK BW und der KVBW ist dabei zu beachten.

Bei Nichterreichen der individuellen Therapieziele prüft der DMP-Arzt, ob der Patient von einer Nachschulung profitieren kann. Eine empfohlene Nachschulung soll nicht vor Ablauf von 2 Jahren nach Beendigung der letzten Schulung erfolgen.

Bei der Auswahl der geeigneten Schulung sind insbesondere die Faktoren Alter, Therapie sowie Motivation und Aufnahmefähigkeit des Patienten zu berücksichtigen.

2 Strukturqualität

Die KV Baden-Württemberg prüft gemäß § 3 Abs. 5 Nr. 6 dieser Vereinbarung die Schulungsberechtigung der Ärzte zur Durchführung der Patientenschulungen anhand der den Programmen zugrunde gelegten Curricula. Dazu zählt auch die Nutzungsmöglichkeit eines geeigneten Schulungsraumes. Bei Vorliegen einer entsprechenden Qualifikation erteilt die KV eine Genehmigung.

Anlage 7

Leistungserbringerverzeichnis

Darstellung der Inhalte des durch die KVBW zu erstellenden Verzeichnisses der am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmenden Vertragsärzte

Leistungserbringerverzeichnis Diabetes mellitus Typ 2 (ambulanter Sektor)

Versorgungsoptionen (Nur Einfachnennung möglich)

DMP-Arzt = Hausarzt (bzw. 1. Ebene)

Diab. spez = Diabetologisch qualifizierter Arzt (2.Ebene)

Fußambulanz = Auf die Behandlung des diabetischen Fußes
spezialisierte Einrichtung

Schulungsberechtigung (Mehrfachnennungen möglich)

1 = Diabetes mellitus Typ 2 ohne Insulin

2 = Diabetes mellitus Typ 2 MEDIAS 2 ohne Insulin

3 = Diabetes mellitus Typ 2 mit Normalinsulin

4 = Diabetes mellitus Typ 2 mit intensivierter Insulintherapie

5 = Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm

6 = Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)

7 = Modulare Bluthochdruckschulung IPM

9 = Diabetes mellitus Typ 2- Diabetiker die Insulin spritzen

10 = LINDA –Diabetes-Selbstmanagementschulung

19 = DiSko-Schulung – Schulungsmodul für Diabetiker zum Thema Bewegung

LANR	BSNR/ NBSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort	Kreis	Telefonnummer	DMP-Arzt ab	DMP-Arzt bis	Diab. spez. ab	Diab. spez. ab	Fußambulanz ab	Fußambulanz bis	Schulungsberechtigung

Anlage 8

Verzeichnis stationäre Leistungserbringer

Darstellung der Inhalte des durch die AOK Baden-Württemberg zu erstellenden Verzeichnisses der am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmenden stationären Leistungserbringer

Leistungserbringerverzeichnis Diabetes mellitus Typ 2 (stationärer Sektor)

Arten der stationären Einrichtungen

K = Krankenhaus

R = Rehabilitationseinrichtung

IK-Nummer.(nur bei Krankenhäusern)	Adresse	Ort	Kreis	Telefonnummer	DMP-Einbindung ab	Ende der DMP-Einbindung	Art der Stationären Einrichtung

Anlage 9a

Antrag des Arztes auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Bitte zurücksenden an:
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement

Absender/Stempel

Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung an der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Diabetes mellitus Typ 2 auf der Grundlage des § 83 SGB V zwischen der KV Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg, dem BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg, der Knappschaft, der IKK classic sowie den durch den Verband der Ersatzkassen (vdek) vertretenen Krankenkassen (Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 2)

Hinweis: Bei gleichzeitiger Beantragung mehrerer Genehmigungen müssen Sie nur auf einem Antragsformular die erste Seite ausfüllen. Auf den anderen Anträgen reicht die Angabe Ihres Namens und ggf. Ihrer LANR. Bitte senden Sie dann alle Anträge gesammelt an eine Bezirksdirektion Ihrer Wahl.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragsteller oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

- sich als bereits zugelassener/ermächtigter Arzt/Psychotherapeut, dann weiter auf Seite 2
 einen angestellten Arzt/Psychotherapeut:

Name, Vorname, LANR/BSNR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassener/ermächtigter Arzt/Psychotherapeut, dann benötigen wir folgende Angaben:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Wohnanschrift

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

Arzt/Psychotherapeut ab/seit

Praxisaufnahme voraussichtlich am/zum

KVBW Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

GBQSVM März 2017

www.kvbawue.de

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:
<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genehmigungspflichtige-leistungen/>



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage Leistungen gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung erbringen und abrechnen zu dürfen:

Seit der verpflichtenden Einführung der elektronischen DMP-Dokumentation (01.07.08) können Dokumentationen im Rahmen der DMP Diabetes mellitus Typ 2 ausschließlich elektronisch erstellt und übermittelt werden (bis auf Versicherte der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)).

1. Teilnahme als DMP-verantwortlicher Arzt

gem. § 3 Abs. 1 der Vereinbarung

Ich erfülle folgende Voraussetzungen:

(Nachweise sind entsprechend beizufügen, sofern sie der KVBW nicht vorliegen.)

Hausarzt nach § 73 Abs. 1a SGB V (Zulassung als Arzt, Allgemeinarzt, Prakt. Arzt, hausärztlich tätiger Internist)

oder

Teilnahme im Ausnahmefall als fachärztlich tätiger Internist (gem. § 3 Abs. 1 der Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 2) mit Nachweis über die dauerhafte Behandlung von mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 (bitte eine Patientenliste dem Antrag beifügen)

Dieser Ausnahmefall gilt insbesondere unter der Voraussetzung, dass der Versicherte vor der Einschreibung bereits dauerhaft betreut worden ist oder dass aus medizinischen Gründen die Betreuung des Versicherten durch einen qualifizierten Facharzt notwendig ist.

2. Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt

gem. § 4 Abs. 1 Anlage 2, Ziffer 1 der Vereinbarung

Ich erfülle folgende Voraussetzungen:

(Nachweise sind entsprechend beizufügen, sofern sie der KVBW nicht vorliegen.)

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Arzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“ (nach Kammerrecht)

oder

Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie oder Diabetologie

oder

Anerkennung als Diabetologe DDG

oder

Berechtigung der Zusatzbezeichnung Diabetologie der Landesärztekammer (LÄK)

oder

- Nachweis über das 80-stündige Curriculum der DDG und eine mindestens 2-jährige internistische Weiterbildung mit mindestens einjähriger Tätigkeit in einer Diabetesklinik oder einer anerkannten Einrichtung gem. DDG bzw. Einrichtungen mit Weiterbildungsbefugnis „Diabetologie“ der zuständigen Ärztekammer

und zusätzlich zu jeder aufgeführten Voraussetzung:

- Betreuung von mindestens 125 Diabetikern pro Quartal (wird von der KVBW über die Abrechnung geprüft)
- Da ich im Rahmen meiner Neuzulassung die geforderte Zahl von 125 Patienten pro Quartal noch nicht erfüllen kann, erkläre ich hiermit, die Voraussetzungen innerhalb von 18 Monaten zu erfüllen. Andernfalls erlischt die Genehmigung automatisch.

Fachliche Voraussetzungen des nicht-ärztlichen Personals

Ich erfülle folgende Voraussetzungen:

(Die unten genannten Qualifikationen sind gegenüber der KVBW nachzuweisen.)

- Beschäftigung/Kooperation mit einem/r Diabetesberater/in DDG

und/oder

- Beschäftigung/Kooperation mit einer Fachkraft mit vergleichbarer Qualifikation. Als vergleichbare Qualifikation gilt eine mindestens zweijährige Tätigkeit als Diabetesassistentin in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis/Einrichtung und Fortbildungsnachweise über Insuline und Insulin-Dosisanpassung (bzw. intensivierten Insulintherapie) oder Fortbildungsnachweis, dass Patientenschulungen in intensiverter Insulintherapie durchgeführt werden können.

Die Beschäftigung/Kooperation der oben genannten Fachkraft in der Arztpraxis erfolgt

- in Vollzeit bzw.
- von mehreren Kräften mit mind. 20 Stunden/Woche

Beschäftigung/Kooperation mit

- einem/r Ökotrophologen/in oder Diätassistenten/in
- einem/r medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen

Apparative Voraussetzungen

- Blutdruckmessung nach internationalen Empfehlungen¹
- 24-Stunden-Blutdruckmessung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards)
- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nasschemischen Blutglukosebestimmung² und HbA1c Messung³
- EKG
- Sonographie³⁴, Doppler- oder Duplexsonographie³⁴
- Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u. a. Doppler-Sonde 8-10 MHz)³⁴

¹ Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in den Tragenden Gründen zum Beschluss der Änderung der DMP-A-RL vom 21.1.2016: Änderung der Anlage 1 (DMP Diabetes mellitus Typ 2) und Änderung der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation)

² gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

³ kann auch als Auftragsleistung vergeben werden

⁴ Fachliche Voraussetzungen gemäß der Richtlinie zur Vereinbarung von Qualitätsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik („Ultraschall-Vereinbarung“)⁴ in der jeweils geltenden Fassung

- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z.B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)
- Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt mit der Option, in Ausnahmefällen DMP-verantwortlicher Arzt gemäß § 3 Abs. 1 der oben genannten Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 2 zu sein.

Diese Ausnahmefälle gelten insbesondere unter der Voraussetzung, dass der Versicherte vor der Einschreibung bereits dauerhaft von diesem Arzt betreut worden ist oder dass aus medizinischen Gründen die Betreuung des Versicherten durch einen qualifizierten Facharzt erforderlich ist.

3. Teilnahme als eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung/Praxis

gem. § 4 Abs. 1 bzw. Anlage 2, Ziffer 2 der Vereinbarung

- Ich erfülle die Voraussetzungen als diabetologisch qualifizierter Arzt gem. § 4 Abs.1 bzw. Anlage 2 Ziffer 1

ebenso arbeite ich zusammen/kooperiere ich mit folgenden Fachdisziplinen und –berufen (soweit nicht durch eigene Fach- bzw. Facharztqualifikationen abgedeckt), z.B.:

- Angiologie
- Orthopädie
- Gefäßchirurgie
- Chirurgie
- Mikrobiologie
- interventionelle Radiologie/Nuklearmedizin
- Podologie
- Orthopädie-Schuhmachermeister mit diabetesspezifischer Zusatzqualifikation
- Stationäre Einrichtung mit Spezialisierung Diabetisches Fußsyndrom

In der Prozessqualität werden folgende Standards eingehalten:

- standardisierte Befunderhebung⁵
- standardisierte Dokumentation des Behandlungsverlaufes⁵
- mind. einmal jährlich Teilnahme an einem Qualitätszirkel, der in der Behandlung des diabetischen Fußes einbezogenen Leistungserbringer
- Verbesserung der Stoffwechseleinstellung durch den Diabetologen

Notwendige (apparative) Ausstattung

- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der peripheren Neuropathie (z.B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)
- Doppler- oder Duplexsonographie⁶
- Behandlungsstuhl mit ausreichender Lichtquelle
- Photodokumentation
- Voraussetzung für entsprechende hygienische Maßnahmen (z.B. geprüfter Sterilisator, OP-Kleidung, Desinfektionsplan, Hygieneplan)
- Entlastungsschuhe: orthopädische Orthesen, Unterarmstützen

⁵ Mittels standardisiertem Fußerfassungsbogen z.B. der DDG. Die Dokumentation kann in Stichproben durch von der Gemeinsamen Einrichtung beauftragte Sachverständige überprüft werden.

⁶ Fachliche Voraussetzungen gemäß der Richtlinie zur „Vereinbarung von Qualitätsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik („Ultraschall-Vereinbarung“)" in der jeweils geltenden Fassung.

Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal:

- geschultes medizinisches Assistenzpersonal insbesondere mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung/Wundmanagement
- alle zwei Jahre Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetes-spezifischen Fortbildungen
- Beschäftigung/Kooperation mit mindestens eines/einer Diabetesberaters/Diabetesberaterin mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung

4. Durchführung von Schulungen im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2

gemäß § 21 in Verbindung mit Anlage 6 der o. g. Vereinbarung

Nachweise sind sowohl vom Arzt als auch vom nichtärztlichen Personal entsprechend beizufügen.

- Behandlungs- und Schulungsprogramm ohne Insulin (ZI)
- Behandlungs- und Schulungsprogramm mit Insulin (ZI)
- Behandlungs- und Schulungsprogramm mit Normalinsulin (ZI)
- Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie (ZI)
- Medias 2
- Linda-Diabetes-Selbstmanagementschulung
- Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)
- Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (ZI)
- Modulare Blutdruckschulung (IPM)
- DiSko (Schulungsmodul für Diabetiker zum Thema Bewegung)

A. Fortbildungen

Für die Teilnahme am DMP als DMP-verantwortlicher Arzt bzw. als diabetologisch qualifizierter Arzt bzw. eine auf die Behandlung des diabetischen Fuß spezialisierte Einrichtung/Praxis besteht die Verpflichtung im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 an Fortbildungen teilzunehmen:

- DMP-verantwortlicher Arzt: Regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen
- Diabetologisch qualifizierter Arzt:
 - mindestens einmal jährlich den Nachweis über die Teilnahme an einer diabetes-spezifischen Fortbildung, die von der Landesärztekammer Baden-Württemberg anerkannt ist
 - Teilnahme an einem diabetesspezifischem Qualitätszirkel
 - mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen
- auf die Behandlung des diabetischen Fuß spezialisierte Einrichtung/Praxis:
 - mindestens einmal jährlich Teilnahme an einem Qualitätszirkel der in der Behandlung des diabetischen Fußes einbezogenen Leistungserbringer
 - alle zwei Jahre Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen

B. Erklärungen / Beauftragungen / Aufgaben

B.1 Kenntnisnahme Arztmanual/Praxismanual

Das Arztmanual/Praxismanual finden Sie auf unserer Homepage (www.kvbawue.de) unter:

Praxis → Qualitätssicherung → Genehmigungspflichtige Leistungen → DMP Diabetes mellitus Typ 2

Mit der Teilnahme an der Vereinbarung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 nehmen Sie auch die Inhalte des Arztmanuals/Praxismanuals zur Kenntnis.

B.2 Beauftragung Datenannahme- und -verarbeitungsstelle

Mit Ihrer Unterschrift auf dem Antrag genehmigen Sie die mit der Datenannahme- und -verarbeitungsstelle geschlossenen Verträge zur Erfüllung der in § 24 Abs. 4 genannten Aufgaben.

B.3 Zu den **Aufgaben des DMP-verantwortlichen Arztes** gehören insbesondere:

- Übermitteln der Teilnahme-/Einwilligungserklärung mit Bestätigung der gesicherten Diagnose, Führen der Dokumentation, elektronische Erstellung und monatliche Übermittlung (bis zu 5. des Folgemonats) der Erst- und Folgedokumentation an die Datenannahmestelle
- die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 16 dieser Vereinbarung,
- Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß der Anlage 3 der Vereinbarung
- die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 dieser Vereinbarung, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 21 dieser Vereinbarung, sofern die Schulungsbezeichnung gegenüber der KVBW nachgewiesen (genehmigt) ist
- Überweisung zur Auftragsleistung an andere Leistungserbringer entsprechend § 9 der Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 2
- Übermittlung bzw. Anforderung therapierrelevante Informationen entsprechend § 9 dieser Vereinbarung, wie z.B. die medikamentöse Therapie
- Dokumentation therapierrelevante Informationen anderer Leistungserbringer entsprechend der Abschnitte III, IV und VI dieser Vereinbarung
- Ausgabe und Führen eines geeigneten Patientenpasses,
- Übermittlung aller Patientendaten nach Anforderung und nach Zustimmung des Patienten an den neuen DMP-verantwortlichen Arzt bei einem Wechsel des DMP-verantwortlichen Arztes
- die Vergabe einer nur einmal zu vergebenden DMP- Fallnummer nach Wahl des DMP-Arztes für jeden Versicherten (max. sieben Zeichen). Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierten Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentation, Verschlüsselung der Dokumentationen vor der Übermittlung mit einem von der KBV zertifizierten Programm, Verpflichtung des DMP-Arztes die Software gem. des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

B.4 Zu den **Aufgaben des diabetologisch qualifizierten Arztes** gehören insbesondere.

- die Anerkennung der Vertragsinhalte der bestehenden DMP-Vereinbarung an.

B.4 Zu den **Aufgaben des anstellenden Arztes/der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)** gehören insbesondere:

- Mit der Unterschrift auf diesem Teilnahmeantrag bestätigt der anstellende Arzt/der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und

weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 6 der Vereinbarung.

- Der Wegfall von Teilnahmevoraussetzungen ist der KVBW unverzüglich mitzuteilen.
- Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen durch den angestellten Arzt gegenüber der KVBW nach.
- Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVBW vom anstellenden Arzt bzw. dem Leiter des MVZ unverzüglich schriftlich mitgeteilt.
- Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die unter B3 genannten Voraussetzungen entsprechend. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 1 dieser Vereinbarung erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt. Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV und der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut