

# **VEREINBARUNG ÜBER DIE DURCHFÜHRUNG EINES STRUKTURIERTEN BEHANDLUNGSPROGRAMMS FÜR DIABETES MELLITUS TYP 1**

**AUF DER GRUNDLAGE DES § 83 SGB V**

**zwischen**

**DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BADEN-WÜRTTEMBERG  
(KVBW), STUTTGART**

**und**

**DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN KRANKENKASSE BADEN-  
WÜRTTEMBERG (LKK BW), STUTTGART**

**- MIT WIRKUNG AB 01.01.2010 -**

## **VEREINFACHTER DOKUMENTATIONSAUFWAND**

Im Unterschied zu den am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen kann bei der LKK und bei der KK für den Gartenbau für den DMP Diabetes mellitus Typ 1-Patienten auf die jeweiligen Dokumentationsbögen verzichtet werden.

Notwendig für die Einschreibung ist die Erstellung einer Teilnahme- und Einwilligungserklärung (siehe Anlage 4 dieser Vereinbarung). Im weiteren Verlauf erstellen Sie eine Bescheinigung über die aktive Teilnahme (siehe Anlage 3 dieser Vereinbarung). Somit sind lediglich zwei Formulare notwendig. Diese sind direkt an die LKK (nicht an die Datenstellen Systemform/Interforum) zu senden.

Teilnahmeberechtigt sind all diejenigen Ärzte, die bereits eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei DMP Diabetes mellitus Typ 1 erhalten haben.

Die Vergütung und die Abrechnungskonditionen folgen weitestgehend denjenigen der RSA-Kassen. Mangels elektronischer Dokumentationsmöglichkeit können die eDMP-Abrechnungsnummern allerdings bei der LKK nicht angesetzt werden.

Die Adresse, an welche die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie die Bescheinigungen über die aktive Teilnahme zu senden sind bzw. unter welcher Sie auch die Formulare erhalten lautet:

**LKK Baden-Württemberg  
Postfach 10 01 44  
76231 Karlsruhe  
Tel.: 07 21 / 81 94-12 49  
Fax: 07 11 / 9 66 17 55 62**

## **Inhaltsverzeichnis:**

### **Präambel**

### **Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich**

- § 1 Ziel der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

### **Abschnitt II - Teilnahmeberechtigte Ärzte**

- § 3 Teilnahmeberechtigung und Aufgaben
- § 4 Mitwirkung von Fachärzten
- § 5 Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen durch die Kassenärztliche Vereinigung
- § 6 Leistungserbringerverzeichnis

### **Abschnitt III –Versorgungsinhalte**

- § 7 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1

### **Abschnitt IV – Unterstützung der aktiven Teilnahme der Versicherten/Fortbildung der Vertragsärzte**

- § 8 Bescheinigung des DMP-Arztes
- § 9 Fortbildung der Leistungserbringer

### **Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

- § 10 Teilnahmevoraussetzungen
- § 11 Information und Einschreibung
- § 12 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 13 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 14 Wechsel des DMP-Arztes
- § 15 Information und Schulung der Versicherten

### **Abschnitt VI – Vergütung und Abrechnung**

- § 16 Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen

### **Abschnitt VII – Sonstige Bestimmungen**

- § 17 Laufzeit und Kündigung

## Erläuterungen

- „Vertragsärzte“ sind Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und berechtigt sind, weitere Ärzte anzustellen
- „Ärzte“ sind an diesem Programm teilnehmende und mitwirkende Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, Medizinische Versorgungszentren, ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen
- „Angestellter Arzt“ ist ein Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs. 1 SGB V
- „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen
- „Leistungserbringer“ sind Ärzte und angestellte Ärzte

## **Präambel**

Mit dieser Vereinbarung soll die Behandlung der chronischen Erkrankung Diabetes mellitus Typ 1 durch ein strukturiertes Behandlungsprogramm (im Folgenden Disease-Management-Programm genannt) dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend gewährleistet werden. Daher schließen die LKK BW und die KVBW folgende Vereinbarung auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Durchführung eines Disease-Management-Programms für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Durchführung des Programms so zu gestalten ist, dass die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht beeinträchtigt wird. Die vorliegende Vereinbarung tritt am 1. Januar 2010 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung vom 14. Dezember 2006. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.

## **Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich**

### **§ 1 Ziel der Vereinbarung**

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung eines Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 in der Region der Kassenärztlichen Vereinigung 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 Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 gewährleistet werden.
- (2) Darüber hinaus soll der Patient durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme und Erfüllung von Behandlungsoptionen angeregt werden, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen.
- (3) Die Therapie nach diesem Disease-Management-Programm dient der Erhöhung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung oder der Verbesserung der von einem Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität. Hieraus ergeben sich folgende Therapieziele:
  1. Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehbinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenerersatztherapie),
  2. Vermeidung von Neuropathien bzw. Linderung von damit verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen,
  3. Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen,
  4. Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
  5. Vermeidung von Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidosen) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien).

- (4) Folgende Ziele stehen bei der medizinischen Betreuung von pädiatrischen Patienten bis zum Alter von 18 Jahren im Vordergrund:
1. Vermeidung akuter Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie),
  2. Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im subklinischen Stadium; dies setzt eine möglichst normnahe Blutglukoseeinstellung sowie die frühzeitige Erkennung und Behandlung von zusätzlichen Risikofaktoren (z.B. Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas, Rauchen) voraus,
  3. altersentsprechende körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), altersentsprechende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit,
  4. möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes und seine Therapie. Die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken.

## **§ 2 Geltungsbereich**

Diese Vereinbarung gilt für

1. Vertragsärzte der KVBW, die nach Maßgabe des Abschnitts II dieses Vertrages zur Teilnahme am Disease-Management-Programm – persönlich oder durch angestellte Ärzte – berechtigt sind.
2. Versicherte der LKK BW und der Krankenkasse für den Gartenbau, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V dieses Vertrages eingeschrieben haben.

## **Abschnitt II Teilnahmeberechtigte Ärzte**

### **§ 3 Teilnahmeberechtigung und Aufgaben**

- (1) Teilnahmeberechtigt als DMP-verantwortlicher Arzt sind Ärzte, die die Strukturqualität nach Anlage 1a bzw. 1b (Strukturqualität DMP-verantwortlicher Arzt) - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.

Abweichend von Absatz 2 erfolgt die Koordination bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren grundsätzlich, unter 21 Jahren fakultativ durch einen diabetologisch qualifizierten Pädiater gemäß Anlage 1b.

- (2) Zu den Aufgaben der teilnehmenden Ärzte nach Absatz 1 (im Folgenden DMP-Ärzte) gehören insbesondere:
1. Die Einschreibung der Versicherten gemäß § 11 dieser Vereinbarung.
  2. Die Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die LKK BW. Die Übermittlung ist auch über die KVBW möglich; die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich über das Verfahren.

3. Die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 7 dieser Vereinbarung geregelten Versorgungsinhalte.
4. Die Ausstellung der Bescheinigungen nach § 8 dieser Vereinbarung sowie die Durchführung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 2 zu dieser Vereinbarung (Versorgungsinhalte) unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums.
5. Die Durchführung von Schulungen gemäß § 15 dieser Vereinbarung, sofern die Schulungsberechtigung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg entsprechend nachgewiesen ist.
6. Die Überweisung an andere Leistungserbringer gemäß § 7 dieser Vereinbarung.
7. Bei Überweisung an andere Leistungserbringer
  - therapierelevante Informationen entsprechend § 7 dieser Vereinbarung, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
  - therapierelevante Informationen anderer Leistungserbringer zu dokumentieren.
8. Ausgabe und Führen eines geeigneten Patientenpasses.
9. Information des behandelnden Hausarztes über die Einschreibung sowie über therapierelevante Informationen unter Beachtung von § 73 Absatz 1b SGB V.

#### **§ 4 Mitwirkung von Fachärzten**

Bei der Umsetzung des DMPs wirken qualifizierte Ärzte gemäß Anlage 1c mit.

#### **§ 5 Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen durch die Kassenärztliche Vereinigung**

Im Rahmen ihres Gewährleistungsauftrags prüft die KVBW die Teilnahme- und Mitwirkungsvoraussetzungen der Ärzte nach dieser Vereinbarung.

#### **§ 6 Leistungserbringerverzeichnis**

Die KVBW führt über die Leistungserbringer nach § 4 bzw. Anlage 1a bis c zu dieser Vereinbarung ein Verzeichnis und stellt dieses Verzeichnis der LKK BW zur Verfügung.

### **Abschnitt III Versorgungsinhalte**

#### **§ 7 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1**

Die Medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung (Versorgungsinhalte) definiert und damit Bestandteil dieser Vereinbarung. Der Leistungserbringer ist zur Beachtung dieser Versorgungsinhalte verpflichtet. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

### **Abschnitt IV Unterstützung der aktiven Teilnahme der Versicherten/ Fortbildung der Leistungserbringer**

#### **§ 8 Bescheinigung des DMP-Arztes**

Der DMP-Arzt erstellt in Abhängigkeit vom Grad der Komplikation der Erkrankung entsprechend den Vorgaben der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung die Bescheinigung gemäß Anlage 3 dieser Vereinbarung (Bescheinigung über die aktive Teilnahme des Versicherten) und übermittelt sie der LKK BW entsprechend dem Wiedervorstellungsintervall (drei oder sechs Monate). Die Übermittlung ist auch über die KV BW möglich, die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich über das Verfahren.

#### **§ 9 Fortbildung der Leistungserbringer**

- (1) Die Vertragspartner informieren die DMP-Ärzte und die mitwirkenden Ärzte nach § 4 bzw. Anlage 1c zu dieser Vereinbarung umfassend über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen bei den DMP-Ärzten nach § 4 bzw. Anlage 1c 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.

Die Vertragspartner definieren gemeinsam bedarfsorientiert Anforderungen an die für das Disease-Management-Programm relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Leistungserbringer.

## **Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

### **§ 10 Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Versicherte der LKK BW können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß den Bestimmungen dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:
  1. Die Diagnose des Diabetes mellitus Typ 1 gemäß Ziffer 1.2 (Diagnostik) der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung (Versorgungsinhalte) ist gesichert und der Versicherte ist grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit.
  2. Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) werden nicht in dieses Disease-Management-Programm aufgenommen.
- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

### **§ 11 Information und Einschreibung**

- (1) Die LKK BW wird ihre Versicherten in geeigneter Weise über das Disease-Management-Programm informieren.
- (2) Die DMP-Ärzte informieren diejenigen ihrer Patienten, die nach § 10 dieser Vereinbarung teilnehmen können. Die Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 12 dieser Vereinbarung bei einem DMP-Arzt einschreiben. Der DMP-Arzt übermittelt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der LKK BW. Die Übermittlung ist auch über die KVBW möglich; die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich über das Verfahren.

### **§ 12 Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Der Versicherte bzw. sein gesetzlicher Stellvertreter erklärt sich auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 4 zu dieser Vereinbarung (Teilnahme- und Einwilligungserklärung) zur Teilnahme an dem Disease-Management-Programm und zur Freigabe der erforderlichen Informationen im Rahmen des Verfahrens nach § 8 dieser Vereinbarung bereit.

### **§ 13 Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 4 zu dieser Vereinbarung.
- (2) Der Versicherte bzw. sein gesetzlicher Stellvertreter kann seine Teilnahme am DMP jederzeit schriftlich gegenüber der LKK BW kündigen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang des Kündigungsschreibens bei der LKK BW aus dem DMP aus.

- (3) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm endet weiterhin, wenn die LKK BW die Teilnahme an dem Programm aufgrund mangelnder aktiver Mitwirkung des Versicherten beendet.
- (4) Die LKK BW informiert den DMP-Arzt unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Disease-Management-Programm.

#### **§ 14 Wechsel des DMP-Arztes**

Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP-Arzt zu wechseln. Hierfür kreuzt der neue DMP-Arzt auf der Bescheinigung über die aktive Teilnahme das Feld „Arztwechsel“ an. Nach Eingang der erneuten Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei der LKK BW wird der bisherige DMP-Arzt von der LKK BW informiert.

#### **§ 15 Information und Schulung der Versicherten**

- (1) Die LKK BW informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise über das Disease-Management-Programm.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten und zielgruppenspezifischen 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 § 7 dieser Vereinbarung einzubeziehen.
- (4) Das Nähere zur Schulung regelt die Anlage 5 zu dieser Vereinbarung (Schulung der Versicherten).

### **Abschnitt VI Vergütung und Abrechnung**

#### **§ 16 Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen**

Die Vergütung und Abrechnung von ärztlichen Leistungen sowie weiterer im Zusammenhang mit dem Disease-Management-Programm stehender Leistungen und Kosten sind in der Anlage 6 zu dieser Vereinbarung (Vergütung und Abrechnung) geregelt.

## **Abschnitt VII Sonstige Bestimmungen**

### **§ 17 Laufzeit und Kündigung**

Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2010 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung vom 14. Dezember 2006. Sie ist mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens jedoch zum 31.12.2010 kündbar. Bei wichtigem Grund kann der Vertrag von jedem Vertragspartner gekündigt werden.

Stuttgart, den

---

Dr. med. Achim Hoffmann-Goldmayer  
Vorsitzender des Vorstandes  
Kassenärztliche Vereinigung  
Baden-Württemberg

---

Reinhold Knittel  
Direktor  
LKK Baden-Württemberg

#### **Übersicht Anlagen**

- Anlage 1 Teilnehmende Ärzte und Einrichtungen
- Anlage 1a Koordinierender Versorgungssektor
- Anlage 1b Qualifizierter Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen
- Anlage 1c Strukturvoraussetzungen andere Leistungserbringer
- Anlage 2 Versorgungsinhalte
- Anlage 3 Bescheinigung über die aktive Teilnahme der Versicherten
- Anlage 4 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- Anlage 5 Schulung der Versicherten
- Anlage 6 Vergütung und Abrechnung

**Strukturvoraussetzungen koordinierender Versorgungssektor  
(diabetologisch besonders qualifizierte/r Ärztin/Arzt )**

Die Langzeitbetreuung und Dokumentation des Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 soll durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt erfolgen.

Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor gemäß § 3 dieser Vereinbarung sind Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen sowie Ärzte in einer qualifizierten Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die an der ambulanten Versorgung teilnimmt. Die Voraussetzungen dieser Anlage sind – persönlich oder durch angestellte Ärzte – in jeder für das DMP gemeldeten Betriebsstätte zu erfüllen.

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
<p>Fachliche Voraussetzungen des koordinierenden Arztes / des DMP-Arztes</p>	<p>Ärzte, die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie oder Diabetologie (nach Einführung durch LÄK) besitzen oder</li> <li>- die Anerkennung als Diabetologe DDG besitzen oder</li> <li>- 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 Einrichtung<sup>1</sup> nachweisen</li> </ul> <p><u>und</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandlung von jährlich mindestens 25 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1;</li> <li>- ferner regelmäßige Durchführung von Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in der eigenen Praxis bzw. i.R. eines Schulungsvereins. Erstmanifestationen sind unverzüglich zu schulen.</li> </ul> <p>Bei Ärzten, die im Rahmen einer Neuzulassung die geforderte Zahl von 25 Patienten pro Jahr noch nicht erfüllen können, genügt zum Zeitpunkt der Antragstellung die Erklärung des Arztes, die Voraussetzungen innerhalb von 18 Monaten zu erfüllen. Andernfalls erlischt die Genehmigung automatisch.</p> <p><u>ferner:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme</li> <li>- Teilnahme mindestens einmal jährlich an einer diabetes-spezifischen zertifizierten Fortbildung</li> <li>- Teilnahme an einem diabetes-spezifischem Qualitätszirkel</li> </ul>

<sup>1</sup> Einrichtungen gemäß DDG bzw. Einrichtungen mit Weiterbildungsbefugnis „Diabetologie“ der zuständigen Ärztekammer

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
<p>Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal</p>	<p><u>Qualifikation nicht-ärztliches Personal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschäftigung / Kooperation mit einer Diabetesberater/in DDG oder vergleichbaren Qualifikation in Vollzeit bzw. von mehreren Kräften mit mind. 20 Stunden/Woche in der Arztpraxis.</li> <li>- Als vergleichbare Qualifikation gilt eine mindestens zweijährige Tätigkeit als Diabetesassistentin in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis/Einrichtung <u>und</u> Fortbildungsnachweis über Insuline und Insulin-Dosisanpassung (bzw. intensivierte Insulintherapie) oder Fortbildungsnachweis, dass Patientenschulungen in intensivierter Insulintherapie durchgeführt werden können.</li> </ul> <p>Die Voraussetzungen sind gegenüber der KVBW nachzuweisen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen</li> </ul> <p>Beschäftigung / Kooperation mit einem/r:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oecothrophologen/in oder Diätassistenten/in</li> <li>- medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen</li> </ul>
<p>Apparative Ausstattung der Praxen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards</li> <li>- 24 Stunden-Blutdruckmessung</li> <li>- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur naßchemischen Blutglukosebestimmung<sup>2</sup> und HbA1c-Messung<sup>2,3</sup>,</li> <li>- EKG</li> <li>- Sonographie<sup>3,4</sup>, Doppler- oder Duplexsonographie<sup>3,4</sup></li> <li>- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)</li> </ul>

<sup>2</sup> gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

<sup>3</sup> kann auch als Auftragsleistung vergeben werden

<sup>4</sup> fachliche Voraussetzungen gem. der aktuell gültigen Richtlinie zur „Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzung gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschallvereinbarung)“

**Anlage Strukturqualität qualifizierter Arzt für die Betreuung  
von Kindern und Jugendlichen**

**Strukturvoraussetzungen koordinierender Versorgungssektor  
(diabetologisch qualifizierte/r Ärztin/Arzt / Einrichtung für die Betreuung  
von Kindern und Jugendlichen)**

Bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren erfolgt die Langzeitbetreuung obligatorisch, bei Jugendlichen unter 21 Jahren fakultativ durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Pädiater.

Teilnahmeberechtigt sind Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen sowie Ärzte in einer qualifizierten Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die an der ambulanten Versorgung teilnimmt. Die Voraussetzungen dieser Anlage sind – persönlich oder durch angestellte Ärzte – in jeder für das DMP gemeldeten Betriebsstätte zu erfüllen.

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
Fachliche Voraussetzungen diabetologisch qualifizierter Arzt / Einrichtung für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen	Arzt für Kinderheilkunde, der <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Diabetologie (nach Einführung durch LÄK) besitzt <b>oder</b></li> <li>- die Anerkennung als Diabetologe DDG oder vergleichbare Fortbildung besitzt <b>oder</b></li> <li>- das 80-stündige Curriculum der DDG und eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Diabetesklinik oder – abteilung oder Schwerpunktpraxis, in der schwerpunktmäßig Kinder behandelt wurden, in abhängiger Beschäftigung nachweisen kann</li> <li>- <u>und</u> ausreichende Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1; Behandlung von mindestens 15 Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 pro Jahr</li> <li>- Information durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme</li> <li>- mindestens einmal jährlich Teilnahme an diabetesspezifischen, von einer Landesärztekammer zertifizierter Fortbildungen</li> <li>- regelmäßige Teilnahme an diabetesspez. Qualitätszirkeln</li> </ul>
Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	<u>Qualifikation nicht-ärztliches Personal</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschäftigung / Kooperation mit mindestens einem/er Diabetesberater/in mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung. Als vergleichbare Qualifikation gilt eine mindestens zweijährige Tätigkeit als Diabetesassistentin in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis/Einrichtung <u>und</u></li> </ul>

**Anlage 1b** zur Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der KVBW und der LKK BW ab 01.01.2010

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
	<p>Fortbildungsnachweis über Insuline und Insulin-Dosisanpassung (bzw. intensivierte Insulintherapie) oder Fortbildungsnachweis, dass Patientenschulungen in intensiver Insulintherapie durchgeführt werden können.</p> <p>Die Voraussetzungen sind gegenüber der KVBW nachzuweisen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- das nicht-ärztliche Personal ist mindestens einmal jährlich zu spezifischen (insbesondere pädagogischen, psychosozialen und diabetologischen ) Fragestellungen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die an Diabetes erkrankt sind, zu schulen</li> </ul> <p>Beschäftigung / Kooperation mit einem/r</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oecotrophologen/in oder Diätassistenten/in</li> <li>- Heil- oder sozialpädagogischen Fachkraft</li> </ul>
Apparative Ausstattung der Praxen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards</li> <li>- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nasschemischen Blutglukosebestimmung<sup>1</sup> und HbA1c-Messung<sup>2</sup>,</li> <li>- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)</li> </ul>

<sup>1</sup> gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

<sup>2</sup> kann auch als Auftragsleistung vergeben werden

### Anlage Strukturqualität mitwirkende Leistungserbringer

#### Strukturvoraussetzungen andere Leistungserbringer

Leistungserbringer, zu denen bei entsprechender Indikation mit Auftragsleistung zu überweisen ist, sind Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen sowie Ärzte in einer qualifizierten Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die an der ambulanten Versorgung teilnimmt. Die Voraussetzungen dieser Anlage sind – persönlich oder durch angestellte Ärzte – in jeder Betriebsstätte zu erfüllen.

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe		Voraussetzungen
1.	Diabetologisch qualifizierter Arzt/Ärztin  zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Insulinpumpentherapie	entsprechend den fachlichen und strukturellen Voraussetzungen als DMP-verantwortlicher Arzt  <u>zusätzlich:</u>  ausreichende Erfahrung in der Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und in der Neueinstellung von Insulinpumpen, mit Betreuung von min. 9 Patienten mit Insulinpumpen pro Jahr
	....  zur Betreuung von schwangeren Typ-1 Diabetikerinnen	entsprechend den fachlichen und strukturellen Voraussetzungen als DMP-verantwortlicher Arzt  <u>zusätzlich:</u>  - Betreuung von mindestens 9 schwangeren Patientinnen in zwei Jahren (ambulant und/oder stationär)  - Zusammenarbeit mit einem geburtshilflichen Zentrum mit angeschlossener Neonatologie  Zusammenarbeit mit dem behandelnden Gynäkologen

**Anlage 1c** zur Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der KVBW und der LKK BW ab 01.01.2010

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe		Voraussetzungen
	Eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung/Praxis	<p>entsprechend den fachlichen und strukturellen Voraussetzungen als DMP-verantwortlicher Arzt</p> <p>Zusammenarbeit / Kooperation mit folgenden Fachdisziplinen und -berufen (soweit nicht durch die eigene Fachkraft- bzw. Facharztqualifikation abgedeckt), z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angiologie</li> <li>- Orthopädie</li> <li>- Gefäßchirurgie</li> <li>- Chirurgie</li> <li>- Mikrobiologie</li> <li>- Interventionelle Radiologie / Nuklearmediziner</li> <li>- Podologe</li> <li>- Orthopädie-Schuhmachermeister mit diabetesspezifischer Zusatzqualifikation</li> <li>- Stationäre Einrichtung mit Spezialisierung Diabetisches Fußsyndrom.</li> </ul> <p><u>In der Prozessqualität sind folgende Standards einzuhalten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- standardisierte Befunderhebung<sup>1</sup></li> <li>- standardisierte Dokumentation des Behandlungsverlaufes<sup>1</sup></li> <li>- mindestens einmal jährlich Teilnahme an einem Qualitätszirkel der in der Behandlung des diabetischen Fußes einbezogenen Leistungserbringer</li> <li>- Verbesserung der Stoffwechseleinstellung durch den Diabetologen</li> </ul>

<sup>1</sup> mittels standardisiertem Fußerfassungsbogen z.B. der DDG. Die Dokumentation kann in Stichproben durch von der Gemeinsamen Einrichtung beauftragte Sachverständige überprüft werden.

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe		Voraussetzungen
		<p><u>Notwendige (apparative) Ausstattung</u></p> <p>Möglichkeit zur Basisdiagnostik der peripheren Neuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doppler- oder Duplexsonographie<sup>2</sup></li> <li>- Behandlungsstuhl mit ausreichender Lichtquelle</li> <li>- Photodokumentation</li> <li>- Voraussetzungen für entsprechende hygienische Maßnahmen (z.B. geprüfter Sterilisateur, OP-Kleidung, Desinfektionsplan, Hygieneplan)</li> <li>- Entlastungsschuhe; orthopädische Orthesen, Unterarmstützen</li> </ul> <p><u>Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- geschultes medizinisches Assistenzpersonal insbesondere mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung/Wundmanagement</li> <li>- alle zwei Jahre Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen</li> <li>- Beschäftigung/Kooperation mit mindestens eines/einer Diabetesberaters/Diabetesberaterin mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung</li> </ul>
2.	Facharzt zur ophthalmologischen Untersuchung	Facharzt/-ärztin für Augenheilkunde

<sup>2</sup> kann auch als Auftragsleistung vergeben werden. Fachliche Voraussetzungen gemäß der aktuell gültigen Richtlinie zur „Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall Vereinbarung)“

**Anlage 1c** zur Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der KVBW und der LKK BW ab 01.01.2010

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe		Voraussetzungen
	Nephrologisch qualifizierter Arzt	Facharzt/-ärztin für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Nephrologie oder Ärzte, die in einer Praxis mit einem Versorgungsauftrag gem. Anlage 9.1 BMVÄ tätig sind.
	Psychotherapeutische Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder</li> <li>- Facharzt/-ärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder</li> <li>- psychologische Psychotherapeuten oder</li> <li>- Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie oder</li> <li>- Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse</li> </ul>
	In der Hypertoniebehandlung qualifizierte Ärzte	<p>Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und/oder Ärzte, die in einer Praxis mit einem Versorgungsauftrag gem. Anlage 9.1 BMVÄ tätig sind, mit ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Hypertonie</p> <p><u>apparative Mindestausstattung:</u></p> <p>EKG, Sonographie<sup>3</sup>, Doppler- oder Duplexsonographie<sup>3</sup>, 24-Stunden-Blutdruckmessung, Belastungs-EKG<sup>4</sup></p>

<sup>3</sup> kann auch als Auftragsleistung vergeben werden. Fachliche Voraussetzungen gemäß der Richtlinie der „Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall Vereinbarung)“ in der Fassung vom 31. Januar 2003

<sup>4</sup> es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

## Versorgungsinhalte

### Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 1

- 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 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### 1.1 Definition des Diabetes mellitus Typ 1

Als Diabetes mellitus Typ 1 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch absoluten Insulinmangel aufgrund einer sukzessiven Zerstörung der Betazellen in der Regel im Rahmen eines Autoimmungeschehens entsteht.

#### 1.2 Diagnostik (Eingangsd Diagnose)

Die Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 1 gilt als gestellt, wenn die folgenden Kriterien bei Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm erfüllt sind oder sich aus der Vorgeschichte der Patientin oder des Patienten bei der Manifestation der Erkrankung ergeben:

1. Nachweis typischer Symptome des Diabetes mellitus (zum Beispiel Polyurie, Polydipsie, ungewollter Gewichtsverlust) und/oder einer Ketose/Ketoazidose und
2. Nüchtern-Glukose vorrangig im Plasma (i. P.)  $\geq 7,0$  mmol/l ( $\geq 126$  mg/dl) oder Nicht-Nüchtern-Glukose i. P.  $\geq 11,1$  mmol/l ( $\geq 200$  mg/dl) und
3. gegebenenfalls laborchemische Hinweise für einen absoluten Insulinmangel (zum Beispiel Nachweis von Ketonkörpern in Blut und/oder Urin mit und ohne Azidose). Die Werte für venöses und kapillares Vollblut ergeben sich aus der nachfolgenden Tabelle:

Diagnostische Kriterien des Diabetes mellitus

	Plasmaglukose				Vollblutglukose			
	venös		kapillar		venös		kapillar	
	mmol/l	mg/dl	mmol/l	mg/dl	mmol/l	mg/dl	mmol/l	mg/dl
Nüchtern	$\geq 7,0$	$\geq 126$	$\geq 7,0$	$\geq 126$	$\geq 6,1$	$\geq 110$	$\geq 6,1$	$\geq 110$
Nicht-nüchtern	$\geq 11,1$	$\geq 200$	$\geq 12,2$	$\geq 220$	$\geq 10,0$	$\geq 180$	$\geq 11,1$	$\geq 200$

Die Unterscheidung zwischen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 erfolgt im strukturierten Behandlungsprogramm demnach anhand der Anamnese, des klinischen Bildes und der Laborparameter. Die Leistungserbringer sollen prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

### **1.3 Therapie des Diabetes mellitus Typ 1**

#### 1.3.1 Therapieziele

Die Therapie dient der Verbesserung der von einem Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität, der Vermeidung diabetesbedingter und -assoziierter Folgeschäden sowie der Erhöhung der Lebenserwartung. Hieraus ergeben sich insbesondere folgende Therapieziele:

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

#### 1.3.2 Differenzierte Therapieplanung

Auf der Basis der allgemeinen Therapieziele und unter Berücksichtigung des individuellen Risikos sowie der vorliegenden Folgeschäden beziehungsweise Begleiterkrankungen sind gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen und eine differenzierte Therapieplanung vorzunehmen. Ziel der antihyperglykämischen Therapie ist eine normnahe Einstellung der Blutglukose unter Vermeidung schwerer Hypoglykämien.

Die Leistungserbringer haben zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten nach ausführlicher Aufklärung über Nutzen und Risiken.

#### 1.3.3 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

Jede Patientin und jeder Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 muss Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten. Im Übrigen gelten die unter Ziffer 4.2 genannten Zugangs- und Qualitätssicherungskriterien.

#### 1.3.4 Insulinsubstitution

Bei gesichertem Diabetes mellitus Typ 1 ist die Substitution von Insulin die lebensnotwendige und lebensrettende Maßnahme. Für die Erreichung der unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele ist die Senkung der Blutglukosewerte in einen möglichst normnahen Bereich notwendig. Vorrangig soll Human-Insulin verwendet werden, weil dessen positiver Effekt und Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele in prospektiven, randomisierten, kontrollierten Langzeitstudien mit klinischen Endpunkten nachgewiesen wurden.

Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung anstelle des als vorrangig anzuwendenden Human-Insulins Insulin-Analoga verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der

Patient darüber zu informieren, dass derzeit für Insulin-Analoga noch keine ausreichenden Belege zur Sicherheit im Langzeitgebrauch sowie zur Risikoreduktion klinischer Endpunkte vorliegen. Sie oder er ist darüber zu informieren, ob für das jeweilige Insulin-Analogon Daten zur besseren Wirksamkeit und Steuerbarkeit vorliegen. Dies ist für kurzwirksame Insulin-Analoga bei Pumpentherapie (CSII) bisher nur in Kurzzeitstudien nachgewiesen. Die intensivierte Insulin-Therapie ist der Behandlungsstandard bei Diabetes mellitus Typ 1. Im Rahmen des strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramms sollen die Patienten mit der selbstständigen korrekten Durchführung einer intensivierten Insulintherapie vertraut gemacht werden. Hierzu zählen unter anderem die variablen präprandialen Gaben von kurzwirksamen Insulinen nach Blutglukoseselbstkontrolle. Dabei ist auf einen ausreichenden Wechsel der Insulin-Injektionsstellen zu achten, um Gewebeveränderungen zu vermeiden, die die Insulinresorption nachhaltig beeinflussen. Ziel ist eine selbstbestimmte flexible Lebensführung ohne diabetesbedingte Beschränkung der Auswahl von Nahrungsmitteln.

#### **1.4 Hypoglykämische und ketoazidotische Stoffwechsellentgleisungen**

Nach einer schweren Hypoglykämie oder Ketoazidose ist wegen des Risikos der Wiederholung solcher metabolischer Ereignisse im Anschluss an die Notfalltherapie zeitnah die Ursachenklärung einzuleiten.

#### **1.5 Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus Typ 1**

##### **1.5.1 Mikrovaskuläre Folgeerkrankungen**

###### **1.5.1.1 Allgemeinmaßnahmen**

Für die Vermeidung des Entstehens mikrovaskulärer Folgeerkrankungen (vor allem diabetische Retinopathie und Nephropathie) ist die Senkung der Blutglukose in einen normnahen Bereich notwendig. Bereits bestehende mikrovaskuläre Komplikationen können insbesondere zu folgenden Folgeschäden führen, die einzeln oder gemeinsam auftreten können: Sehbehinderung bis zur Erblindung, Niereninsuffizienz bis zur Dialysenotwendigkeit. Zur Hemmung der Progression ist neben der Senkung der Blutglukose die Senkung des Blutdrucks in einen normnahen Bereich von entscheidender Bedeutung.

###### **1.5.1.2 Diabetische Nephropathie**

Ein Teil der Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ist hinsichtlich einer Entstehung einer diabetischen Nephropathie mit der möglichen Konsequenz einer Nierenersatztherapie und deutlich erhöhter Sterblichkeit gefährdet. Patientinnen und Patienten mit einer diabetischen Nephropathie bedürfen einer spezialisierten, interdisziplinären Behandlung, einschließlich problemorientierter Beratung. Zum Ausschluss einer diabetischen Nephropathie ist der Nachweis einer normalen Urin-Albumin-Ausscheidungsrate oder einer normalen Urin-Albumin-Konzentration im ersten Morgenurin ausreichend.

Für die Diagnosestellung einer diabetischen Nephropathie ist der mindestens zweimalige Nachweis einer pathologisch erhöhten Albumin-Ausscheidungsrate im Urin im Abstand von zwei bis vier Wochen notwendig, insbesondere bei Vorliegen einer Retinopathie. Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ohne bekannte diabetische Nephropathie erhalten mindestens einmal jährlich eine entsprechende Urin-Untersuchung zum Ausschluss einer diabetischen Nephropathie.

Bei Nachweis einer persistierenden pathologischen Urin-Albumin-Ausscheidung ist unter anderem zusätzlich die Bestimmung der glomerulären Filtrationsrate (eGFR) auf Basis der Serum-Kreatinin-Bestimmung durchzuführen.

Wenn eine diabetische Nephropathie diagnostiziert wurde, sind Interventionen vorzusehen, für die ein positiver Nutznachweis im Hinblick auf die Vermeidung der Progression und Nierenersatztherapie erbracht ist. Dazu zählen insbesondere eine normnahe Blutdruck- und

Blutglukoseeinstellung, Tabakverzicht und bei pathologisch reduzierter glomerulärer Filtrationsrate die Empfehlung einer adäquat begrenzten Eiweißaufnahme.

#### 1.5.1.3 Diabetische Retinopathie

Zum Ausschluss einer diabetischen Retinopathie ist, in der Regel beginnend im fünften Jahr nach Manifestation des Diabetes, einmal jährlich eine ophthalmologische Netzhautuntersuchung in Mydriasis durchzuführen.

Wenn eine diabetesassoziierte Augenkomplikation diagnostiziert wurde, sind Interventionen vorzusehen, für die ein positiver Nutznachweis im Hinblick auf die Vermeidung der Erblindung erbracht ist. Dazu zählen eine normnahe Blutglukose- und Blutdruckeinstellung sowie gegebenenfalls eine rechtzeitige und adäquate Laser-Behandlung. Bei proliferativer Retinopathie ist insbesondere die panretinale Laser-Fotokoagulation durchzuführen.

#### 1.5.2 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 sowie Antikonvulsiva in Betracht, die für diese Indikation zugelassen sind.

Bei Hinweisen auf eine autonome diabetische Neuropathie (zum Beispiel kardiale autonome Neuropathie, Magenentleerungsstörungen, Blasenentleerungsstörungen) ist eine spezialisierte weiterführende Diagnostik und Therapie zu erwägen.

#### 1.5.3 Das diabetische Fußsyndrom

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, insbesondere mit peripherer Neuropathie und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit, sind durch die Entwicklung eines diabetischen Fußsyndroms mit einem erhöhten Amputationsrisiko gefährdet.

Es ist bei allen Patientinnen und Patienten mindestens einmal jährlich eine Inspektion der Füße einschließlich Prüfung auf Neuropathie und Prüfung des Pulsstatus durchzuführen. Bei Patientinnen oder Patienten mit erhöhtem Risiko soll die Prüfung quartalsweise, einschließlich der Überprüfung des Schuhwerks, erfolgen.

Bei Hinweisen auf ein diabetisches Fußsyndrom (Epithelläsion, Verdacht auf beziehungsweise manifeste Weichteil- oder Knocheninfektion beziehungsweise Verdacht auf Osteoarthropathie) ist die Mitbehandlung in einer für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierten Einrichtung gemäß Überweisungsregeln nach Ziffer 1.8.2 erforderlich.

Nach abgeschlossener Behandlung einer Läsion im Rahmen eines diabetischen Fußsyndroms ist die regelmäßige Vorstellung in einer für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit diabetischem Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung zu prüfen.

Die Dokumentation erfolgt nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation.

#### 1.5.4 Makroangiopathische Erkrankungen

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 haben insbesondere bei Vorliegen einer Nephropathie ein deutlich erhöhtes Risiko bezüglich der kardio- und zerebrovaskulären Morbidität und Mortalität. Zusätzlich zu einer guten Diabetes-Einstellung sind die im Folgenden angeführten Maßnahmen vorzunehmen. Den Patientinnen und Patienten soll dringend angeraten werden, das Rauchen aufzugeben.

#### 1.5.4.1 Arterielle Hypertonie bei Diabetes mellitus Typ 1

##### 1.5.4.1.1 Definition und Diagnosestellung der Hypertonie

Wenn nicht bereits eine Hypertonie bekannt ist, kann die Diagnose gestellt werden, wenn bei mindestens zwei Gelegenheitsblutdruckmessungen an zwei unterschiedlichen Tagen Blutdruckwerte von  $\geq 140$  mmHg systolisch und/oder  $\geq 90$  mmHg diastolisch gemessen werden. Diese Definition bezieht sich auf manuelle auskultatorische Messungen, die durch eine Ärztin oder einen Arzt oder geschultes medizinisches Personal grundsätzlich in einer medizinischen Einrichtung durchgeführt werden, und gilt unabhängig von Alter oder vorliegenden Begleiterkrankungen. Die Blutdruckmessung ist methodisch standardisiert gemäß den nationalen Empfehlungen durchzuführen.

##### 1.5.4.1.2 Therapeutische Maßnahmen bei Hypertonie

Durch die antihypertensive Therapie soll die Erreichung der unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele (insbesondere Nummern 1 und 3) angestrebt werden. Hierfür ist mindestens eine Senkung des Blutdrucks auf Werte systolisch unter 140 mmHg und diastolisch unter 90 mmHg anzustreben.

Jede Patientin und jeder Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 und arterieller Hypertonie soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten. Insbesondere können solche Schulungen angeboten werden, die bei diesen Patientinnen oder Patienten auf klinische Endpunkte adäquat evaluiert sind.

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen, der Komorbiditäten und der Patientenpräferenzen Medikamente zur Blutdrucksenkung verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele in prospektiven, randomisierten, kontrollierten Langzeitstudien nachgewiesen wurden.

Dabei handelt es sich um folgende Wirkstoffgruppen:

- Diuretika,
- Beta1-Rezeptor-selektive Betablocker,
- Angiotensin-Conversions-Enzym-Hemmer (ACE-Hemmer), bei ACE-Hemmer- Unverträglichkeit oder speziellen Indikationen AT1-Rezeptor-Antagonisten.

Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung Wirkstoffe aus anderen Wirkstoffgruppen verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der Patient darüber zu informieren, ob für diese Wirkstoffe Wirksamkeitsbelege zur Risikoreduktion klinischer Endpunkte vorliegen.

##### 1.5.4.2 Statintherapie

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und mit einem stark erhöhten Risiko für makroangiopathische Komplikationen beziehungsweise mit einer koronaren Herzkrankheit sollen mit einem Statin behandelt werden.

##### 1.5.4.3 Thrombozytenaggregationshemmer

Grundsätzlich sollen alle Patientinnen und Patienten mit makroangiopathischen Erkrankungen (zum Beispiel kardio- und zerebrovaskulären Erkrankungen) – unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder der Unverträglichkeiten – Thrombozytenaggregationshemmer erhalten.

### 1.5.5 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ist durch die Ärztin oder den Arzt zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen, psychiatrischen und/oder verhaltensmedizinischen Maßnahmen profitieren können. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert (zum Beispiel Essstörungen) soll die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen. Auf Grund der häufigen und bedeutsamen Komorbidität vor allem bei Patientinnen und Patienten mit diabetischen Folgeerkrankungen soll die Depression besondere Berücksichtigung finden.

### 1.6 Schwangerschaft bei Diabetes mellitus Typ 1

Patientinnen mit geplanter oder bestehender Schwangerschaft bedürfen einer speziellen interdisziplinären Betreuung. Durch Optimierung der Blutglukosewerte vor und während der Schwangerschaft können die maternalen und fetalen Komplikationen deutlich reduziert werden. Die Einstellung ist grundsätzlich als intensiviertere Therapie mittels Mehrfach-Injektionen oder mit einer programmierbaren Insulinpumpe (CSII) durchzuführen. Die präkonzeptionelle Einstellung soll mit Humaninsulin erfolgen und in der Schwangerschaft mit diesem Insulin fortgeführt werden. Bei der Behandlung von Schwangeren sind spezifische Zielwerte der Blutglukoseeinstellung zu berücksichtigen.

### 1.7 Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Die spezifischen Versorgungsbelange von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 bis zum Alter von 18 Jahren machen es erforderlich, dass einzelne Aspekte in den strukturierten Behandlungsprogrammen besondere Berücksichtigung finden:

#### 1.7.1 Therapieziele

Folgende Ziele stehen bei der medizinischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus im Vordergrund:

1. Vermeidung akuter Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie),
2. Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im subklinischen Stadium; dies setzt eine möglichst normnahe Blutglukoseeinstellung sowie die frühzeitige Erkennung und Behandlung von zusätzlichen Risikofaktoren (zum Beispiel Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas, Rauchen) voraus,
3. altersentsprechende körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), altersentsprechende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit,
4. möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes und seine Therapie; die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten sind altersentsprechend zu stärken.

#### 1.7.2 Therapie

Die Insulinsubstitution in Form einer intensivierten Insulintherapie ist der Behandlungsstandard bei Diabetes mellitus Typ 1 mit Beginn der Adoleszenz sowie im Erwachsenenalter. Angesichts der Überlegenheit dieser Therapieform bei Adoleszenten und Erwachsenen soll mit der intensivierten Therapie begonnen werden, sobald dieses für die Familie und die Kin-

der möglich ist. Die Durchführung einer intensivierten Insulintherapie mittels kontinuierlicher subkutaner Insulininfusionstherapie (CSII) kann vor allem bei sehr jungen Kindern oder bei Jugendlichen mit besonderen Problemen Vorteile haben. Die Insulintherapie soll individuell auf das jeweilige Kind oder den jeweiligen Jugendlichen zugeschnitten sein und regelmäßig überdacht werden, um eine möglichst gute Stoffwechselkontrolle bei gleichzeitiger Vermeidung von schweren Hypoglykämien sicherzustellen.

### 1.7.3 Schulung

Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 beziehungsweise deren Betreuungspersonen erhalten Zugang zu strukturierten, nach Möglichkeit evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen, die in geeigneten Abständen durchgeführt werden. Die Schulungen können als Gruppen- oder Einzelschulung erfolgen und sollen den jeweiligen individuellen Schulungsstand berücksichtigen. Die krankheitsspezifische Beratung und Diabetesschulung in der Pädiatrie soll das Ziel verfolgen, das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement der Kinder und Jugendlichen und in besonderem Maße auch die ihrer Betreuungspersonen zu fördern und zu entwickeln. Das Alter und der Entwicklungsstand des Kindes sind zu berücksichtigen.

### 1.7.4 Psychosoziale Betreuung

Das Angebot einer psychosozialen Beratung und Betreuung der Kinder und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 soll integraler Bestandteil der Behandlung sein. Ihr ist in diesem Rahmen ausreichend Zeit einzuräumen. Hierzu kann auch die Beratung über die verschiedenen Möglichkeiten der Rehabilitation gehören. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Kinder und Jugendlichen einer weitergehenden Diagnostik oder Behandlung bedürfen. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert (zum Beispiel Essstörungen) soll die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

### 1.7.5 Ausschluss von Folgeschäden und assoziierten Erkrankungen

Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 sollen spätestens nach fünf Jahren Diabetesdauer, grundsätzlich jedoch ab dem elften Lebensjahr, jährlich bezüglich einer diabetischen Retinopathie gemäß Ziffer 1.5.1.3 sowie einer diabetischen Nephropathie gemäß Ziffer 1.5.1.2 untersucht werden.

Der Blutdruck soll bei allen Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 mindestens ab einem Alter von elf Jahren vierteljährlich gemessen werden.

## **1.8 Kooperation der Versorgungssektoren**

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

### 1.8.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

Für die Teilnahme an dem strukturierten Behandlungsprogramm wählt die Patientin oder der Patient zur Langzeitbetreuung und deren Dokumentation eine zugelassene oder ermächtigte koordinierende Ärztin oder einen zugelassenen oder ermächtigten koordinierenden Arzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt. Dies müssen diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte oder Einrichtungen sein.

In Einzelfällen kann die Koordination auch von Hausärztinnen oder Hausärzten im Rahmen ihrer in § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben in enger Ko-

operation mit einer diabetologisch besonders qualifizierten Ärztin, einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt oder einer diabetologisch besonders qualifizierten Einrichtung wahrgenommen werden.

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Koordination unter 16 Jahren grundsätzlich, unter 21 Jahren fakultativ durch eine diabetologisch besonders qualifizierte Pädia- terin, einen diabetologisch besonders qualifizierten Pädia- ter oder eine diabetologisch besonders qualifizier- te pädiatrische Einrichtung. In begründeten Einzelfällen kann die Koordination durch eine Ärztin, einen Arzt oder eine Einrichtung erfolgen, die in der Betreuung von Kindern und Ju- gendlichen diabetologisch besonders qualifiziert sind.

1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin, vom koordinierenden Arzt oder von der koordinierenden Einrichtung 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 Fachärzten oder Einrichtungen veranlassen, soweit die eigene Qualifikation für die Behandlung der Patientin oder des Patienten nicht ausreicht:

1. bei Fuß-Läsionen Wagner-Stadium 2-5 und/oder Armstrong-Klasse C oder D in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,
2. zur augenärztlichen Untersuchung, insbesondere der Untersuchung der Netzhaut (ver- gleiche Ziffer 1.5.1.3),
3. bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft in eine in der Behandlung von Schwan- geren mit Diabetes mellitus Typ 1 erfahrene qualifizierte Einrichtung (vergleiche Ziffer 1.6),
4. zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie in eine mit dieser Therapie erfahrene diabeto- logisch qualifizierte Einrichtung,
5. bei bekannter Hypertonie und bei Nichterreichen des Ziel-Blutdruck-Bereiches unterhalb systolisch 140 mmHg und diastolisch 90 mmHg innerhalb eines Zeitraums von höchstens sechs Monaten zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung.

Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung zur Mitbehandlung erwogen werden:

1. bei signifikanter Kreatinin-Erhöhung beziehungsweise bei Einschränkung der Kreatinin- Clearance zum Nephrologen,
2. bei Vorliegen makroangiopathischer einschließlich kardialer Komplikationen zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrich- tung,
3. bei allen diabetischen Fuß-Läsionen in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyn- droms qualifizierte Einrichtung.

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

Erfolgt in Einzelfällen die Koordination durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt im Rah- men ihrer in § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben, ist ergän- zend zu den oben aufgeführten Indikationen eine Überweisung auch bei folgenden Indikati- onen zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifi-

zierten Einrichtung zu veranlassen. Dies gilt ebenso, wenn die Koordination im Falle von Kindern und Jugendlichen durch eine diabetologisch besonders qualifizierte Ärztin oder einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt ohne Anerkennung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin erfolgt. In diesem Fall ist bei den folgenden Indikationen eine Überweisung zur diabetologisch qualifizierten Pädiaterin, zum diabetologisch qualifizierten Pädiater oder zur diabetologisch qualifizierten pädiatrischen Einrichtung zu veranlassen:

1. bei Erstmanifestation in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
2. bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie an eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
3. bei Vorliegen mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie mindestens einmal jährlich an eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
4. bei Vorliegen makroangiopathischer einschließlich kardialer Komplikationen in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
5. zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung, die zur Durchführung von strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogrammen qualifiziert ist,
6. bei Nichterreichen eines HbA1c-Wertes unter dem etwa 1,2-fachen der oberen Norm der jeweiligen Labormethode nach maximal sechs Monaten Behandlungsdauer in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
7. bei Abschluss der akut-medizinischen Versorgung infolge einer schweren Stoffwechselldekompensation (zum Beispiel schwere Hypoglykämie, Ketoazidose) in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung.

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

#### 1.8.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

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

1. Notfall (in jedes Krankenhaus),
2. ketoazidotischer Erstmanifestation in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung oder ein diabetologisch qualifiziertes Krankenhaus,
3. Abklärung nach wiederholten schweren Hypoglykämien oder Ketoazidosen in ein diabetologisch qualifiziertes Krankenhaus,
4. Verdacht auf infizierten diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese sowie bei akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation in ein für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifiziertes Krankenhaus,
5. Nichterreichen eines HbA1c-Wertes unter dem etwa 1,2-fachen der oberen Norm der jeweiligen Labormethode nach in der Regel sechs Monaten (spätestens neun Monaten) Behandlungsdauer in einer ambulanten diabetologisch qualifizierten Einrichtung; vor einer Ein-

weisung in diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen ist zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient von einer stationären Behandlung profitieren kann,

6. Kindern und Jugendlichen mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 1 beziehungsweise bei schwerwiegenden Behandlungsproblemen (zum Beispiel ungeklärten Hypoglykämien oder Ketoazidosen) in pädiatrisch diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen,

7. gegebenenfalls zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung, die zur Durchführung von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen (entsprechend Ziffer 4.2) qualifiziert ist,

8. gegebenenfalls zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms (entsprechend Ziffer 4.2) von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 im stationären Bereich,

9. gegebenenfalls zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie (CSII),

10. gegebenenfalls zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus Typ 1.

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 1 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 1 und seine Begleit- und Folgeerkrankungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

## **2. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

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

### **2.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

Die Ausführungen zu Ziffer 3.1 der Anlage 1 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Teilnahmeerklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben wird.

### **2.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 können in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn – zusätzlich zu den in Ziffer 3.1 genannten Voraussetzungen – eine Insulintherapie gemäß Ziffer 1.3.4 eingeleitet wurde oder durchgeführt wird.

### **3. Schulungen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Die Ausführungen zu Ziffer 4 der Anlage 1 gelten entsprechend.

#### **3.1 Schulungen der Leistungserbringer**

Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Management-Komponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 ab. Die Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante, während des Programms stattfindende regelmäßige Fortbildung teilnehmender Leistungserbringer. Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von entsprechenden Teilnahmenachweisen abhängig machen.

#### **3.2 Schulungen der Versicherten**

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 profitieren in besonderem Maße von einer eigenständig durchgeführten Insulintherapie, einschließlich einer eigenständigen Anpassung der Insulindosis auf der Basis einer Stoffwechselformkontrolle. Die dazu notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten werden im Rahmen eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms vermittelt. Vor diesem Hintergrund ist die Bereitstellung solcher Schulungs- und Behandlungsprogramme unverzichtbarer Bestandteil des strukturierten Behandlungsprogramms. Aufgabe der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes ist es, die Patientinnen und Patienten über den besonderen Nutzen des strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms zu informieren und ihnen die Teilnahme nahe zu legen. Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und deren Betreuungspersonen müssen unter Berücksichtigung des individuellen Schulungsstandes Zugang zu strukturierten, bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen erhalten. Deren Wirksamkeit muss im Hinblick auf die Verbesserung der Stoffwechsellage belegt sein. Die Schulung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 soll in einer qualifizierten Einrichtung erfolgen. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen. Hierbei ist der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten der Programme nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch herzustellen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen. Bei Antragstellung müssen die Schulungsprogramme, die angewandt werden sollen, gegenüber dem Bundesversicherungsamt benannt werden.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Bescheinigung

### über die aktive Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm



Arztwechsel

## Bescheinigung über die aktive Teilnahme des/der Versicherten zur Vorlage bei der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg

Der/die oben genannte Versicherte ist  
seit dem \_\_\_\_\_ in das DMP (Zutreffendes bitte ankreuzen)  
Tag/Monat/Jahr

- Asthma eingeschrieben,
- COPD eingeschrieben,
- Diabetes mellitus Typ 1 eingeschrieben,
- Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben,
- Koronare Herzkrankheit eingeschrieben und

- hält den vereinbarten Wiedervorstellungstermin ein:

Ja                       Nein

- nimmt im Rahmen des strukturellen Behandlungsprogramms notwendige Überweisungstermine wahr:

Ja                       Nein                       Nicht erforderlich.

#### Hinweis:

Nur, wenn **beide** Angaben mit „Ja“ (bzw. „Ja“ und „Nicht erforderlich“) angekreuzt wurden, nimmt der/die Versicherte aktiv im Sinne von § 9 der DMP-Vereinbarung Asthma - COPD bzw. § 8 der DMP-Vereinbarung Koronare Herzkrankheit bzw. § 8 der DMP-Vereinbarung Diabetes mellitus Typ 1 bzw. § 8 der DMP-Vereinbarung Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg teil.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift DMP-Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Erklärung

### zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm



#### Hiermit erkläre ich,

- dass ich an dem Programm für (Zutreffendes bitte ankreuzen)
 

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2	
- teilnehmen möchte.

#### Ich erkläre außerdem,

- dass mich mein koordinierender DMP-Arzt ausführlich und umfassend über die Programminhalte, die Versorgungsziele sowie die Aufgabenverteilung zwischen meinem koordinierenden Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge informiert hat,
- dass mir bekannt ist, in welchem Umfang meine Mitwirkung erforderlich ist, ich bereit bin, mich in diesem Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen und das Programm bei fehlender Mitwirkung beendet wird,
- dass ich über die Aufgaben des koordinierenden Arztes informiert wurde und bei einem Wechsel dieses Arztes eine erneute Teilnahmeerklärung erforderlich ist,
- dass ich darauf hingewiesen wurde, dass die Teilnahme am Programm freiwillig ist und ich jederzeit ohne Angabe von Gründen bei meiner Krankenkasse die Teilnahme kündigen kann,
- dass ich den unterzeichnenden Arzt als koordinierenden Arzt wähle.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten

#### Einwilligungserklärung

##### Mir ist bekannt,

- dass durch meinen koordinierenden Arzt die in der Anlage zu dieser Erklärung erhobenen Daten ausschließlich zum Zwecke meiner persönlichen Information und Beratung an meine Krankenkasse - gegebenenfalls auch über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg- weitergeleitet werden,
- dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und mit Zugang des Widerrufs bei der Kasse die Teilnahme am Programm endet,
- dass die erhobenen und gespeicherten Daten nach dem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden.

##### Ich erkläre hiermit,

- dass ich im Rahmen der Teilnahme an dem Programm in die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung einwillige.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten

#### Bestätigung des Arztes

Hiermit bestätige ich, dass für den/die oben genannte(n) Versicherte(n) die Diagnose (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |                                 |  |   |
|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit |
| <input type="checkbox"/> COPD   | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 |   |

gesichert ist und er/sie grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung am Behandlungsprogramm bereit ist und eine Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung durch die intensive Betreuung zu erwarten ist.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift DMP-Arzt

## **Patientenschulungen und Strukturvoraussetzungen Schulungsarzt/Schulungseinrichtung**

### **Patientenschulungen nach § 15**

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

#### **1. Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 und intensiver Insulintherapie**

##### **1.1. Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie<sup>1</sup>**

Pieber TR, Brunner GA et al. Diabetes Care Vol. 18, No.5 May 1995

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

##### **1.2. LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung**

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

#### **2. Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 und essentieller Hypertonie**

##### **2.1. Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)**

Heise-T, Jennen-E, Sawicki-P. ZaeFQ 2001; 95: 349-355

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

##### **2.2. Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm**

Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Sawicki-P, Jörgens-V. J of Human Hypertension 1997; 11: 501-506

##### **2.3. Modulare Bluthochdruckschulung IPM**

Danzer-E., Gallert-K., Friedrich-A., Fleischmann-EH., Walter-H., Schmieder-RE.: Ergebnisse der intensiv-Hypertonieschulung des Instituts für präventive Medizin. Deutsche Medizinische Wochenschrift 125 (2000).

Fleischmann EH, Friedrich A, Danzer E, Gallert K, Walter H, Schmieder RE. Intensive training of patients with hypertension is effective in modifying lifestyle risk factors. J Hum Hypertens. 2004 Feb;18(2):127-31.

---

<sup>1</sup> <http://www.patientenschulungsprogramme.de> und <http://zi-koeln.de>; Projektbüro für Schulungsprogramme im ZI: Dr. Grüßer, M.; Hoffstadt, K.; Krause, B.

### **3. Programme für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1**

#### **3.1. Diabetes-Buch für Kinder**

Hürter et al., Verlag Kirchheim Mainz 2. Auflage 1997, Lange et al (Initiale Diabetesschulung für Kinder: Eine multizentrische Studie zur Prozess- und Ergebnisqualität eines strukturierten Schulungsprogramms)

#### **3.2. Jugendliche mit Diabetes: ein Schulungsprogramm**

Lange et al, Verlag Kirchheim Mainz 1995, Evaluation: Lange-K, Hürter-P: Effekt einer strukturierten Diabetesschulung für Jugendliche auf Stoffwechsel, Wissen Wohlbefinden und Selbstständigkeit – Ergebnisse einer multizentrischen Studie

K. Lange et al, Verlag: Kirchheim Mainz; 2. Auflage 2009; Evaluation: Lange K, Hürter P: Effekt einer strukturierten Diabetesschulung für Jugendliche auf Stoffwechsel, Wissen Wohlbefinden und Selbstständigkeit – Ergebnisse einer multizentrischen Studie

### **4. Ergänzungsschulung für Versicherte mit insulinbehandeltem Diabetes mellitus Typ 1 und Problemen mit der Wahrnehmung von Unterzuckerungen**

#### **HyPOS – Ergänzung zu einer Basisschulung**

Hermanns N., Kulzer B., Kubiak T., Krichbaum M., Haak T.: (2007) The effect of an education programme (HyPOS) to treat hypoglycaemia problems in patients with type 1 diabetes. Diabetes Metab Res Rev, 23(7), 528-538

**Strukturvoraussetzungen Schulungsarzt/Schulungseinrichtung**

Teilnahmeberechtigt als Schulungsarzt oder Schulungseinrichtung sind Vertragsärzte und Einrichtungen, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen erfüllen und die die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte, einhalten.

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
Fachliche Voraussetzungen ärztliches Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert, nachzuweisen</li> <li>- 24-Stunden Erreichbarkeit des ärztlichen Personals während der Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms</li> <li>- ferner regelmäßige Durchführung von Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in der eigenen Praxis bzw. i.R. eines Schulungsvereins. Erstmanifestationen sind unverzüglich zu schulen.</li> </ul>
Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	<p><u>Qualifikation nicht-ärztliches Personal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen</li> <li>- Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einer Fortbildung, die zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert</li> </ul>
Räumliche Ausstattung der Praxen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Räumlichkeiten mit erforderlicher Ausstattung für Einzel- und Gruppenschulungen</li> <li>- Curricula, Medien entsprechend der angebotenen Schulung</li> </ul>
Sonstige Anforderungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falls der Schulungsarzt nicht DMP-Arzt des betreffenden Patienten ist: Besprechung mit DMP-Arzt im Hinblick auf individuell zu vereinbarende Schulungsziele</li> <li>- Für die Durchführung von Diabetes-Schulungen (Ziffer 1) ist die Teilnahme am DMP Diabetes Typ 1 erforderlich</li> </ul>

<b>Vergütung DMP Diabetes mellitus (DM) Typ 1</b>		
<b>ANR</b>	<b>Leistungsbeschreibung/-inhalt</b>	<b>Betrag</b>
99 210	<b>Einschreibepauschale</b> Information und Beratung des Patienten zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestätigung der gesicherten Diagnose</li> <li>• Ausgabe Diabetes-/ Patientenpass</li> <li>• Erstellung und Weiterleitung der Einschreibeunterlagen inkl. Erstdokumentation</li> </ul>	<b>23,50 €</b>
99 212	<b>Folgedokumentationspauschale (FD)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstellung und Weiterleitung der Folgedokumentation</li> </ul>	<b>5,00 €</b>
99 214	<b>Betreuungspauschale DMP-Arzt (Erwachsene)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung und Beratung des Patienten</li> <li>• Motivation des Patienten</li> <li>• Führen Diabetes- / Patientenpass</li> </ul>	<b>19,50 €</b>
99 216	<b>Einzelberatung Diabetesberaterin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 Minuten, bis zu 3x im Quartal</li> </ul>	<b>10,00 €</b>
99 217	<b>Einzelberatung Diabetesberaterin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>mindestens 45 Minuten</u>, einmal im Quartal, mit besonderer Begründung auf dem Überweisungsschein, nicht neben 99 216</li> </ul>	<b>30,00 €</b>
<b>Leistungen der Fußambulanz</b>		
99 222	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Patienten mit Wagner Stadium 1 und 2 bis zur Wundheilung, einmal im Quartal, einschl Fotodokumentation und standard. Befunderhebung</li> </ul>	<b>35,00 €</b> Genehmigung Fußambulanz erforderlich
99 223	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten mit Wagner Stadium 3 bis zur Rückführung in Stadium 1 oder 2, einmal im Quartal einschl Fotodokumentation und standard. Befunderhebung</li> </ul>	<b>50,00€</b> Genehmigung Fußambulanz erforderlich

<b>Leistungen zur Ersteinstellung</b>		
<b>99 224</b>	<b>konventionelle Insulintherapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>intensive ärztliche Beratung unter Berücksichtigung der Lebensumstände; ggfs. Einweisung in die Injektionstechnik, Handhabung eines Blutzuckermessgerätes außerhalb einer programmierten Schulung, einmalig, inkl. Beraterin</li> </ul>	<b>50,00€</b>
<b>99 225</b>	<b>intensivierte Insulintherapie und Pumpe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>intensive ärztliche Beratung unter Berücksichtigung der Lebensumstände; ggfs. Einweisung in die Injektionstechnik, Handhabung eines Blutzuckermessgerätes außerhalb einer programmierten Schulung, einmalig, inkl. Einzelberatung Diabetesberaterin;</li> </ul>	<b>100,00€</b>

<b>Pauschale für Mitbehandlung durch sonstige in der Leitlinie genannte Fachärzte</b>		
<b>99 226</b>	<b>Mitbehandlung i.S. von DMP</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sonstige Ärzte, die nach Überweisungsregel der Leitlinie in die DMP Behandlung eingebunden sind (Augenarzt, fachärztlicher Internist, Nephrologe), <u>ohne gesonderte Genehmigung</u>, nur auf Überweisung</li> </ul>	<b>5,00€</b>

<b>Erwachsenenschulungen: Patientenschulungen gem. DMP-Vereinbarung bei Durchführung von <u>Schulungen bei Erwachsenen</u> je Unterrichtseinheit (UE) à 45 Minuten und je Schulungsteilnehmer:</b>		
<b>99 228</b>	Diabetes mit Insulin, 10 UE, 4-6 Personen	<b>12,50 €</b>
<b>99 229</b>	Diabetes intensiviert Insulin, 20 UE, 4-6 Personen	<b>12,50 €</b>
<b>99 230</b>	Diabetes mit Normalinsulin, 10 UE, 4-6 Personen	<b>12,50 €</b>
<b>99 232</b>	LINDA, 4-6 Teilnehmer, je Modul	<b>25,00 €</b>
<b>99 233</b>	Hypertonie, 8 UE, 4-6 Personen	<b>12,50 €</b>
<b>99 234</b>	HBSP, 8 UE, 4-6 Personen	<b>12,50 €</b>
<b>99 235</b>	IPM, 6-12 Teilnehmer, je Modul	<b>25,00 €</b>

**Anlage 6** zur Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der KVBW und der LKK BW ab 01.01.2010

<b>Nachschulungen</b>		
<b>Ziffer je Schulungsprogramm mit Zusatz „N“</b>	<b>Nachschulungen</b> nicht vor Ablauf von 2 Jahren, max 4 UE, 4-6 Personen, max. 1x im Jahr , bei entsprechender Indikationsstellung	<b>entsprechend Schulungsprogramm</b>
<b>zusätzlich für Schulungsmaterialien</b> <i>(inklusive Gesundheitspass):</i>		
99 236	bei ZI-Schulungen	9,00 €
99 238	bei HBSP	9,00 €
99 239	bei IPM	2,00 €
99 240	bei LINDA	9,00 €

<b>Abrechnungsnummern 99 241 bis 99 245 können nur von DMP-Ärzten mit Genehmigung zur Behandlung von Kindern abgerechnet werden</b>		
99 241	<b>Betreuungspauschale Kinderarzt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung und Beratung des Patienten</li> <li>• Motivation des Patienten</li> <li>• Führen Diabetes- / Patientenpass</li> </ul>	20,00 €
<b>Kinderschulungen:</b> <b>Patientenschulungen gem. DMP-Vereinbarung bei Durchführung von <u>Schulungen bei Kindern je Unterrichtseinheit (UE) à 45 Minuten und je Schulungsteilnehmer</u></b>		
99 242	Diabetes-Buch für Kinder, inkl. ggfs. notwendiger Schulungen von Erziehungsberechtigten	19,00 €
99 243	Jugendliche mit Diabetes, inkl. ggfs. notwendiger Schulungen von Erziehungsberechtigten	19,00 €
<b>Nachschulungen</b>		
<b>Ziffer je Schulungsprogramm mit Zusatz „N“</b>	<b>Nachschulungen</b> nicht vor Ablauf von 2 Jahren, max 4 UE, 4-6 Personen, max. 1x im Jahr, bei entsprechender Indikationsstellung	<b>entsprechend Schulungsprogramm</b>
<b>zusätzlich für Schulungsmaterial:</b>		
99 244	Diabetes-Buch für Kinder	19,90 €
99 245	Jugendliche mit Diabetes	100,00 €

**Anlage 6** zur Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der KVBW und der LKK BW ab 01.01.2010

99 246	<b>Betreuung von Typ1-Diabetikerinnen mit Kinderwunsch oder bestehender Schwangerschaft (Anlage 1c der Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung nach den Richtlinien der Fachgesellschaften; über Schulungsintensität entscheidet der Diabetologe, pro Quartal, inkl. Schulung und Einzelberatung Diabetesberaterin;</li> <li>• zur Optimierung der Einstellung max. 2mal, bei Gravidität max. 3mal im Krankheitsfall abrechenbar</li> </ul>	<p style="text-align: right;"><b>110,00 €</b></p> <p>Genehmigung zur Betreuung von Typ 1 Diabetikerinnen mit Kinderwunsch oder Gravidität erforderlich</p>
99 247	<b>Ersteinstellung Pumpe bei Typ-1 Diabetikern</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• intensive ärztliche Beratung; Einweisung in die Pumpentechnik außerhalb einer programmierten Schulung, einmalig, ggfs. inkl. Einzelberatung Diabetesberaterin</li> </ul>	<p style="text-align: right;"><b>100,00 €</b></p> <p>Genehmigung zur Ersteinstellung und Betreuung von Typ 1-Diabetikern mit Pumpe erforderlich</p>

**Neue Schulung ab 1. Januar 2010:**

99 249	<b>HyPOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• für insulinpflichtige Diabetiker mit einem erhöhten Hypoglykämie-Risiko und besonderen Schwierigkeiten im Umgang mit Unterzucker</li> <li>• nur für Typ 1-Diabetiker</li> <li>• 5 UE à 90 Minuten</li> <li>• 4-6 Personen</li> </ul>	<p style="text-align: right;"><b>25,00 €</b> je Unterrichtseinheit</p>
99 250	<b>Schulungsmaterial HyPOS (je Schulungsteilnehmer)</b>	<p style="text-align: right;">Ab Erscheinen des Patientenhandbuchs <b>16,50 €</b></p> <p style="text-align: right;">Bis Erscheinen des Patientenhandbuchs <b>7,00 €</b></p>

**Abrechnung**

Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen und der Pauschalen erfolgt nach Maßgabe der jeweils gültigen gesamtvertraglichen Regelungen und der nachfolgend genannten Abrechnungsbestimmungen:

- eine **Einschreibepauschale (99 210)** kann nicht neben einer Pauschale für die Folgedokumentation (99 212) abgerechnet werden
- eine **Folgedokumentationspauschale (99 212)** kann unter Beachtung der DMP-Vereinbarung maximal einmal je Quartal abgerechnet werden,

**Anlage 6** zur Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der KVBW und der LKK BW ab 01.01.2010

- die **Betreuungspauschalen** (Erwachsene und Kinder, 99 214, 99 241) können je Behandlungsfall, nicht aber im Quartal der Einschreibung des Patienten abgerechnet werden,
- die Pauschalen für die **Einzelberatung durch die Diabetesberaterin** (99 216, 99 217) können nur angesetzt werden, wenn es sich hierbei um eine qualifizierte Fachkraft i.S. von Anlage 1 der Vereinbarung zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 handelt. Die Abrechnungspauschale 99216 kann bis zu dreimal im Quartal abgerechnet werden, die mehrfache Abrechnung der Pauschale an einem Tag ist nicht möglich. Die Abrechnung der Pauschale nach Ziffer 99 217 ist nur möglich in besonders schwierigen Fällen bei einer Beratungsdauer von mindestens 45 Minuten. Die Begründung ist auf dem Überweisungsschein anzugeben. Die Vertragspartner verständigen sich darauf, die Leistungsentwicklung der Abrechnungsnummer 99 217 unter enger Beobachtung zu halten. Die Abrechnungsnummern 99 216 und 99 217 sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig. Die Pauschale nach 99 216, 99 217 können nicht abgerechnet werden neben den Pauschalen 99 224, 99 225, 99 246, 99 247 (Ersteinstellung Insulintherapie (konventionell, intensiviert, Pumpe), Betreuung einer Typ 1 Diabetikerin mit Kinderwunsch bzw. bei Schwangerschaft).
- die **Pauschale 99 226** kann nur abgerechnet werden, wenn ein Überweisungsschein eines DMP-Arztes mit dem Hinweis „Mitbehandlung im Sinne des DMP-Diabetes mellitus Typ 1“ vorliegt. Die Pauschalen 99 222, 99 223, 99 246, 99 247 können ebenfalls nur abgerechnet werden, wenn ein Überweisungsschein eines DMP-Arztes mit dem Hinweis „Mitbehandlung im Sinne des DMP-Diabetes mellitus Typ 1“ vorliegt, es sei denn, es handelt sich um einen eigenen Patienten des Arztes, der über eine entsprechende Genehmigung verfügt.
- die Pauschale für die **Betreuung durch den DMP-verantwortlichen Arzt** (99 214) kann nicht neben der Pauschale 99 246, 99 247 (Betreuung bei Kinderwunsch/Schwangerschaft, Betreuung/Ersteinstellung Pumpe) abgerechnet werden
- die Pauschale für die **Betreuung bei Kinderwunsch** (99 246) kann zur Optimierung der Einstellung maximal 2x je Krankheitsfall abgerechnet werden, bei Schwangerschaft max. 3x je Krankheitsfall.
- die **Betreuungspauschale für den DMP-verantwortlichen Arzt** (99 214) kann neben der Pauschale für die Fußambulanz (99 222, 99 223) abgerechnet werden; die Pauschalen 99 222, 99 223 können jedoch nicht nebeneinander und jeweils nur einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden.
- bei Abbruch der Patientenschulung sind die Abr.-Nrn. der jeweiligen Schulungen (je UE und Patient) nur für die Unterrichtseinheiten abrechenbar, an denen der Patient tatsächlich teilgenommen hat,
- **Nachschulungen** werden mit der Abrechnungsnummer des jeweiligen Schulungsprogramms plus Zusatz „N“ abgerechnet. Eine Nachschulung kann nicht vor Ablauf von 2 Jahren nach der letzten Schulung angesetzt werden. Es sind maximal 4 UE abrechnungsfähig, bei einer Gruppe von 4-6 Personen. Eine Nachschulung ist pro Schulungsprogramm höchstens 1x im Jahr möglich.

**Anlage 6** zur Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der KVBW und der LKK BW ab 01.01.2010

- die Abrechnungsnummer für die **Ersteinstellung insulinpflichtiger Patienten** (99 224, 99 225) kann einmalig von Ärzten abgerechnet werden, die an der DM Typ 1 -Vereinbarung teilnehmen.

Die Vergütung der Ersteinstellung insulinpflichtiger Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 beinhaltet eine umfassende Beratung, die durch den Arzt oder die Diabetes-Beraterin im Sinne der jeweiligen Vereinbarung erbracht wird.

Der Inhalt der Beratung umfasst folgende Themen:

- Handhabung des Pen und/oder Insulinspritze
- Spritztechnik
- Wirkungsweise des Insulins
- Umgang mit Insulin (Lagerung, Handhabung etc.)
- Protokollführung der Blutzuckerwerte
  - Hypoglykämien
  - Korrektur bei zu hohen Werten
  - der insulinbehandelte Kraftfahrer