

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 den
Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin,
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg,
Christophstraße 7, 70178 Stuttgart,

dem
BKK Landesverband Süd, Standort Kornwestheim
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim

der
IKK classic,
Geschäftsstelle Dresden, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München
Friedrichstraße 19, 80801 München,

- nachfolgend „Verbände“ genannt -

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----------|
| Erläuterungen | 4 |
| Präambel | 5 |
| | |
| Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich | |
| § 1 Ziel der Vereinbarung | 7 |
| § 2 Geltungsbereich | 7 |
| | |
| Abschnitt II – Teilnahme der Ärzte | |
| § 3 Teilnahmeberechtigung und Aufgaben | 8 |
| § 4 Teilnahme als diabetologisch spezialisierter Arzt, Mitwirkung von weiteren Fachärzten und sonstigen Beteiligten | 9 |
| § 5 Antrag auf Teilnahme | 10 |
| § 6 Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung | 10 |
| § 7 Beginn und Ende der Teilnahme | 10 |
| § 8 Leistungserbringerverzeichnis | 11 |
| | |
| Abschnitt III - Versorgungsinhalte | |
| § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 | 12 |
| | |
| Abschnitt IV - Qualitätssicherung | |
| § 10 Grundlagen und Ziele | 12 |
| § 11 Maßnahmen und Indikatoren | 12 |
| § 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 | 15 |
| § 17 Teilnahme- und Einwilligungserklärung | 16 |
| § 18 Beginn und Ende der Teilnahme | 16 |
| § 19 Wechsel des DMP-Arzt | 17 |
| § 20 Versichertenverzeichnis | 17 |
| § 21 Information und Schulung der Versicherten | 17 |

Abschnitt VI - Arbeitsgemeinschaft/Datenannahme- und -verarbeitungsstelle/ Gemeinsame Einrichtung

| | | |
|------|--|----|
| § 22 | Bildung einer Arbeitsgemeinschaft | 18 |
| § 23 | Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft | 18 |
| § 24 | Datenannahme- und -verarbeitungsstelle | 18 |
| § 25 | Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung | 19 |
| § 26 | Bildung einer 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 | Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen | 22 |
| § 32a | Prüfung der Abrechnung | 22 |

Abschnitt X - Sonstige Bestimmungen

| | | |
|------|--------------------------------------|----|
| § 33 | Weitere Aufgaben und Verpflichtungen | 23 |
| § 34 | Haftung | 23 |
| § 35 | In-Kraft-Treten und Kündigung | 24 |
| § 36 | Salvatorische Klausel | 24 |

Anlagenverzeichnis

Anlage 1

- weggefallen -

Anlage 2

Teilnehmende und mitwirkende Ärzte und Einrichtungen

25

Anlage 3

- weggefallen –

Anlage 4

Qualitätssicherung

29

Anlage 5

Teilnahme- und Einwilligungserklärung inkl. Patienten- und Datenschutzinformation

45

Anlage 6

Schulung der Versicherten

52

| | |
|---|----|
| Anlage 7 | 54 |
| Leistungserbringerverzeichnis | |
| Anlage 8 | |
| - weggefallen – | |
| Anlage 9 | 56 |
| Antrag des Arztes auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung | |
| Anlage 10 | 63 |
| Datensatzstruktur der Gültigkeitsinformationen zu den Dokumentationsdaten gemäß der DMP-A-RL | |
| Anlage 11 | 64 |
| Datensatzstruktur der Gültigkeitsinformationen zu den RSA-konformen DMP-Einschreibungen gemäß der RSAV | |
| Anlage 12 | 65 |
| Prozessbeschreibung zum Übertragungsverfahren SFTP für Gültigkeitsinformationen zu den RSA-konformen DMP-Einschreibungen gemäß der RSAV durch eine Krankenkasse | |

Erläuterungen

„Ärzte“ sind an diesem Programm teilnehmende und mitwirkende Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren, ärztlich geleitete Einrichtungen nach § 117 SGB V (Hochschulambulanzen) 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.

„DMP-Arzt“ oder „koordinierender Arzt“ ist ein Arzt i.S.d. § 3 sowie bei diesen angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.

„Anstellender Arzt“ ist ein Arzt, der berechtigt ist, einen Arzt i.S. des § 95 Abs. 9 bzw. § 95 Abs.1 SGB V anzustellen.

„Leistungserbringer“ sind Ärzte und angestellte Ärzte.

Der Facharzt ist ein Arzt i.S.d. § 4.

„KVBW“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg.

BAS ist das Bundesamt für soziale Sicherung, Bonn.

DMP-A-RL ist die Disease-Management-Programme-Anforderungen-Richtlinie des G-BA (<https://www.g-ba.de/richtlinien/83/>).

DS-GVO ist die (Europäische) Datenschutzgrundverordnung.

G-BA ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V.

RSAV ist die Risikostrukturausgleichs-Verordnung in der jeweils gültigen Fassung

„Gemeinsame Einrichtung“ Gremium nach §§ 25, 26

„Arbeitsgemeinschaft“: Gremium nach §§ 22, 23

„Datenstelle“: Einrichtung nach § 24

Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint. Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt wird.

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichen beziehen sich auf diese Vereinbarung.

„Dokumentationen“ bzw. „Dokumentationsdaten“ enthalten die in der jeweils gültigen Anlage 8 der DMP-A-RL aufgeführten Daten

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

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme - DMP- genannt) nach § 137f SGB V, die auf der Risikostrukturausgleichs-Verordnung (in der Folge RSAV genannt) sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung beruhen, dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend gewährleistet werden. Daher schließen die Verbände und die KVBW folgende Vereinbarung auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Durchführung eines Disease-Management-Programms für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2. 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 und Steuerung des Programms sowie die Qualitätssicherung im Programm so weit wie möglich auf Grundlage pseudonymisierter Daten. Die Nutzung versichertenbezogener Daten durch die Krankenkassen erfolgt ausschließlich in dem durch die Bestimmungen dieses Vertrages festgelegten Umfang.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Dieser Vertrag tritt am 01.10.2023 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt den Vertrag vom 01.01.2021 mit der hierzu geschlossenen Änderungsvereinbarung vom 01.05.2022. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

§ I

Ziel der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 in der Region der KVBW. Über dieses Behandlungsprogramm soll eine indikationsabhängige systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten, den weiteren Leistungserbringern sowie den Partnern dieser Vereinbarung und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 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 und über eine adäquate Stoffwechselkontrolle hinaus die in Abs. 3 genannten Ziele zu erreichen.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an die Disease-Management-Programme sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und DMP-A-RL festgelegt. 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. Dabei sind in Abhängigkeit z.B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele anzustreben. Die Therapieziele ergeben sich aus der Anlage 1 Nr. 1.3.1 der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- (4) Die Vertragspartner stimmen überein, dass an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten behandelt und beraten werden. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 2 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten. Der Arzt überprüft vor Einschreibung des Patienten, ob der Patient von einer Teilnahme am Programm profitieren kann.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 1. Ärzte, welche die Voraussetzungen nach den §§ 3 und 4 dieser Vereinbarung - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen und nach Maßgabe des Abschnitts II dieser Vereinbarung ihre Teilnahme erklärt haben.
 2. Versicherte der vertragsschließenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V dieses Vertrages eingeschrieben haben.
 3. Für Versicherte weiterer IKKs, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, erfolgt die Durchführung des Programms durch die versichernde IKK.
- (2) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 72 SGB V bleibt unberührt
- (3) Grundlage dieser Vereinbarung ist die RSAV (§§ 24 und 25) sowie die ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL. Näheres hierzu regelt § 35 dieser Vereinbarung.

Abschnitt II - Teilnahme der Ärzte

§ 3 Teilnahmeberechtigung und Aufgaben

- (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 kann ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 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 der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Fachärztlich tätige Internisten, die vor dem 01.01.2021 die Genehmigung erhalten haben, als DMP-Arzt an der Vereinbarung teilzunehmen, ohne gleichzeitig diabetologisch qualifiziert zu sein, können weiterhin an der Vereinbarung als DMP-Arzt teilnehmen bei Patienten, die bereits vor der Einschreibung dauerhaft betreut wurden oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Die Teilnahmevoraussetzungen sind arztbezogen zu erfüllen.

- (3) Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt/der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist dies zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 6. Der Wegfall von 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 Medizinische Versorgungszentrum 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 Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich mitgeteilt.
- (5) Zu den Aufgaben der teilnehmenden DMP-Ärzte nach Abs. 2 gehören insbesondere:
 1. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 16 dieser Vereinbarung,
 2. die Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie die Übermittlung der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen nach den Abschnitten VI und VII dieser Vereinbarung spätestens bis zum 5. des Folgemonats an die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle nach § 24 dieser Vereinbarung. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.
 3. die Koordination der Behandlung der Versicherten unter Beachtung der nach § 9 dieser Vereinbarung geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.8 der jeweils gültigen DMP-A-RL Anlage 1,
 4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 dieser Vereinbarung, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

5. die Durchführung von Schulungen gemäß § 21 dieser Vereinbarung, sofern die Schulungsberechtigung gegenüber der KVBW entsprechend nachgewiesen ist,
 6. die Überweisung an andere Ärzte gemäß § 9 dieser Vereinbarung i.V.m. der DMP-A-RL Anlage 1 Nummern 1.8.2 und 1.8.4,
 7. bei Überweisung an andere Ärzte
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 9 dieser Vereinbarung, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - therapierelevante Informationen anderer Leistungserbringer entsprechend der Abschnitte III, IV und VI dieser Vereinbarung zu dokumentieren,
 8. Ausgabe und Führen eines geeigneten Patientenpasses,
 9. regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen gem. § 13 Abs. 2,
 10. bei Wechsel des DMP-Arztes, auf Anforderung des neuen DMP-Arztes und nach Zustimmung des Patienten, die Übermittlung der bisherigen Patientendaten,
 11. 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.
 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 Abs. 2 entsprechend. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 2 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 jeweils gültigen Fassung der RSAV und der DMP-A-RL Sorge zu tragen.
- (7) Bei den Überweisungen nach Abs. 4 Ziffern 6 und 7 ist die Anlage 2 zu dieser Vereinbarung (Teilnehmende und mitwirkende Ärzte und Einrichtungen) sowie Nummer 1.8 der Anlage 1 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.
- (8) Bei Teilnehmern, die bereits in bestehende DMP zu internistischen Erkrankungen eingeschrieben sind, soll im Sinne eines „Ein-Arzt-Prinzips“ nur der bereits gewählte DMP-Arzt diese Funktion auf Wunsch 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

Teilnahme als diabetologisch spezialisierter Arzt, Mitwirkung von weiteren Fachärzten und sonstigen Beteiligten

- (1) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, welche die Voraussetzungen nach Anlage 2, Nummer 1 und 2 persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen, nehmen an der diabetologisch qualifizierten Versorgung teil.
- (2) Ferner wirken die in Anlage 2, Nummer 3 genannten Fachärzte an der Versorgung mit.

- (3) Krankenhausträger, deren Krankenhäuser die Voraussetzungen der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung erfüllen, können zur stationären Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 nach den Nummern 1.8.2 bis 1.8.4 der Anlage 1 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung in das Programm einbezogen werden. Die Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen wird in separaten Verträgen 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 Facharzt) sowie den in Anlage 2 dieser Vereinbarung weiter genannten Qualifikationen schriftlich oder elektronisch. Der Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung an dieser Vereinbarung nach Anlage 9 wird in der jeweils aktuellen Fassung auf der Homepage der KVBW veröffentlicht.

§ 6 Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung

- (1) Die KVBW prüft die Teilnahmevoraussetzungen nach dieser Vereinbarung und erteilt die erforderlichen Genehmigungen. Der Gewährleistungsauftrag der KVBW gilt auch im Rahmen dieser Vereinbarung.
- (2) Die KVBW überprüft darüber hinaus die Schulungsberechtigung gemäß Anlage 6 (Patientenschulung), für die teilnehmenden Ärzte nach § 3 und erteilt die erforderliche Genehmigung.

§ 7 Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes nach § 3 Abs. 1 dieser Vereinbarung am Programm beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag des Eingangs des Antrags bei der KVBW, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn.
- (2) Der DMP-Arzt kann seine Teilnahme schriftlich oder elektronisch gegenüber der KVBW kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Die Teilnahme am Programm endet insbesondere mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Die Teilnahme am Programm endet ferner mit dem rechtskräftigen Widerruf der Genehmigung durch die KVBW, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ruht während des Ruhens der Zulassung.
- (4) Endet die Teilnahme eines DMP-Arztes, kann die Krankenkasse die hiervon betroffenen Versicherten auf weitere DMP-Ärzte aufmerksam machen, um gegebenenfalls einen Wechsel gemäß § 19 dieser Vereinbarung zu ermöglichen.
- (5) Für mitwirkende diabetologisch spezialisierte Ärzte nach § 4 Abs. 1 bzw. Anlage 2 zu dieser Vereinbarung gelten die Absätze 1-4 entsprechend.
- (6) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP 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 die teilnehmenden und ausgeschiedenen DMP-verantwortlichen Ärzte und diabetologisch spezialisierten Ärzte nach § 3 und § 4 Abs. 1 bzw. Anlage 2 zu dieser Vereinbarung ein Verzeichnis (nachfolgend Leistungserbringerverzeichnis) entsprechend der Anlage 7. Dieses Leistungserbringerverzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Datenverarbeitungen in dem Leistungserbringerverzeichnis erfolgen auf der Grundlage dieses Vertrages. Auftragnehmer ist die Datenstelle. Diese Datenstelle übermittelt im Auftrag das verarbeitete Leistungserbringerverzeichnis auf sicherem Übermittlungsweg in elektronischer Form an die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP Baden-Württemberg und an die Verbände.
- (2) Der Arzt erklärt sich mit seiner Teilnahmeerklärung mit der Veröffentlichung der folgenden Daten im Leistungserbringerverzeichnis (abgestimmtes Format, siehe Anlage 7) unter der Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen einverstanden:
 - Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
 - lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer und
 - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen und
 - Berechtigungen im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2.
- (3) Das Leistungserbringerverzeichnis nach Absatz 1 stellen die Krankenkassen dem BAS beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung ist dieses dem BAS alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (4) Weiterhin wird dieses Leistungserbringerverzeichnis auf Anforderung folgenden Personenkreisen und Organisationen zur Verfügung gestellt:
 1. den an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzten gemäß §§ 3 und 4 durch die KVBW, sowie den bei diesen angestellten Ärzten, sofern sie Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbringen
 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, insbesondere bei Neueinschreibung, durch die jeweilige Krankenkasse
 3. den am DMP DM Typ 2 teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen durch die Verbände
 4. der Datenstelle nach § 24
 5. der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25.

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.
- (5) Ein Auszug (Kontaktdaten der am DMP teilnehmenden Ärzte, Versorgungsebene und Berechtigungen) aus dem Leistungserbringerverzeichnis kann von den Vertragspartnern zu Informationszwecken 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 Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2

- (1) Die Medizinischen Anforderungen sind in der jeweils gültigen Anlage 1 der DMP-A-RL definiert. Die Inhalte gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Ärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (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 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 einer weiteren Diagnose, für die medizinische und strukturelle Inhalte in den Anlagen 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 zu dieser Vereinbarung (Qualitätssicherung) genannten Ziele. 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 Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß der Anlage 1 (Diabetes mellitus Typ 2) der DMP-A-RL,
4. Einhaltung der Strukturqualität (Anlage 2)
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß der Anlage 2 (Indikationsübergreifende Dokumentation, ausgenommen Brustkrebs) der DMP-A-RL und
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die in der Anlage 4 benannten Maßnahmen und Indikatoren zur Qualitätssicherung zugrunde zu legen. Über die Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung gem. § 25 dieser Vereinbarung.

(2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:

1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
2. strukturierte Rückmeldung auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten an die DMP-Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedback für teilnehmende Ärzte sein,
3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.

§ 12 Durchführung der Qualitätssicherung

- (1) Die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle gemäß § 24 dieser Vereinbarung 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 dieser Vereinbarung wertet die ihr gemäß § 24 Abs. 2 dieser Vereinbarung übermittelten Dokumentationsdaten nach Maßgabe der Anlage 4 zu dieser Vereinbarung (Qualitätssicherung) arztbezogen aus und informiert die DMP-Ärzte. Die Auswertungen sollen auch Informationen über eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie ermöglichen.
- (3) Die Krankenkassen
 1. erinnern die eingeschriebenen Versicherten anhand schriftlicher oder elektronischer Information an notwendige Nachsorge- und Behandlungstermine, wenn der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme aufgrund der von der Datenannahme- und -verarbeitungsstelle gemäß § 24 Abs. 3 dieser Vereinbarung an die Krankenkassen gemeldeten Daten fehlt,
 2. berichten der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 25 dieser Vereinbarung in regelmäßigen Abständen über die Ergebnisse der Erinnerungsmaßnahmen und berücksichtigen die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Maßnahmen,
 3. beraten die Versicherten zu Maßnahmen nach § 28 dieser Vereinbarung.
- (4) Die KVBW
 1. wertet die ihr gemäß § 24 Abs. 2 dieser Vereinbarung übermittelten Dokumentationsdaten arztbezogen aus und setzt daraus resultierende arztindividuelle Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungsqualität um,
 2. wird von der Gemeinsamen Einrichtung über die Auswertungen und den Versand nach Abs. 2 informiert,
 3. berichtet der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 25 dieser Vereinbarung in regelmäßigen Abständen über diese Qualitätssicherung und berücksichtigt die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung.

- (5) Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden nach Abstimmung durch die Vertragspartner in geeigneter Weise, z. B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, Fachpresse oder Ärztezeitung regelmäßig, mindestens einmal jährlich, veröffentlicht.

§ 13 Fortbildung der Ärzte

- (1) Die Vertragspartner informieren die teilnahmeberechtigten Ärzte gemäß § 3 dieser Vereinbarung und diabetologisch spezialisierte Ärzte nach § 4 Abs. 1 bzw. Anlage 2 zu dieser Vereinbarung umfassend über Ziele und Inhalte der Disease-Management-Programme. Die zu verwendenden Informationsmaterialien stimmen die Vertragspartner in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 dieser Vereinbarung ab.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen bei den DMP-Ärzten gemäß § 3 dieser Vereinbarung und den diabetologisch spezialisierten Ärzten 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 dieser Vereinbarung bedarfsorientiert Anforderungen an die für die Disease-Management-Programme relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Ärzte.
- (4) Die Fortbildungsmaßnahmen erfolgen gemäß den Inhalten der DMP-A-RL.
- (5) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVBW nachzuweisen.

§ 14 Vertragsmaßnahmen

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannt gewordene Vertragsverstöße der DMP-verantwortlichen Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.
- (2) Verletzen die nach § 3 und/oder § 4 teilnehmenden Ärzte die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen, erfolgen im Einzelfall die nachstehenden Maßnahmen:
1. keine Vergütung für unvollständige, unplausible oder nicht fristgerecht übermittelte Dokumentationen,
 2. Aufforderung durch die KVBW zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen, ggf. Angebot eines Beratungsgespräches durch die KVBW (z.B. bei fortgesetzter nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
 3. bei weiteren nachgewiesenen Verletzungen der sich aus diesem Vertrag 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 der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß den Bestimmungen dieses Vertrages teilnehmen, sofern u.a. die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 1 Nummer 3 der DMP-A-RL erfüllt sind:
 1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 durch den koordinierenden Arzt entsprechend Anlage 1, Nummer 1.2 (Diagnostik) der DMP-A-RL oder es liegt gemäß Nummer 3.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL bereits eine Therapie mit diabetesspezifischen, blutglukose-senkenden Medikamenten vor,
 2. die schriftliche oder elektronische Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten und
 3. die umfassende, schriftliche oder elektronische Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.
- (2) Patientinnen mit Gestationsdiabetes können nicht an diesem Disease-Management-Programm teilnehmen.
- (3) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

§ 16 **Information und Einschreibung**

- (1) Die Krankenkassen werden ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch eine Patienteninformation, umfassend über das Disease-Management-Programm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Die DMP-Ärzte informieren entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV diejenigen ihrer Patienten, die nach § 15 dieser Vereinbarung teilnehmen können; der DMP-Arzt kann dabei auf die Möglichkeit der Einschreibung bei den Krankenkassen nach Absatz 5 verweisen. Die Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17 dieser Vereinbarung bei einem DMP-Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm sind neben der unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17 dieser Vereinbarung folgende Unterlagen notwendig:
 1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL durch den behandelnden DMP-Arzt,
 2. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-Arzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung

3. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung muss spätestens zum Zeitpunkt der Versendung der Erstdokumentation ausgefüllt und unterschrieben vorliegen.
- (4) Mit der Einschreibung in das Disease-Management-Programm wählt der Versicherte seinen DMP-Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte DMP-Arzt an dem Vertrag teilnimmt und die Einschreibeunterlagen (die ausgefüllte und unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL) plausibel und fristgerecht an die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle nach § 24, entsprechend den Vorgaben nach § 3, weiterleitet. Die Krankenkassen stellen sicher, dass der Versicherte sich nur bei einem DMP-Arzt einschreibt.
- (5) Der Versicherte kann sich auch bei seiner Krankenkasse in das Disease-Management-Programm einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an einen behandelnden DMP-Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt werden können.
- (6) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten schriftlich oder elektronisch und dem DMP-Arzt schriftlich die Teilnahme des Versicherten an dem Disease-Management-Programm.
- (7) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Disease-Management-Programmen teilnehmen, sofern diese sich medizinisch nicht ausschließen.

§ 17

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenverarbeitung sowie der Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 5 zu dieser Vereinbarung (Teilnahme- und Einwilligungserklärung) zur Teilnahme an dem Disease-Management-Programm bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten, insbesondere auch der Behandlungsdaten, ein.

Bei Versicherten, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wird die Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den gesetzlichen Vertreter abgegeben; im Übrigen gilt § 36 SGB I.

§ 18

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 16 Abs. 6 dieser Vereinbarung mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 16 Abs. 3 dieser Vereinbarung erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber der Krankenkasse kündigen. Sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, scheidet er mit dem Tag des Zugangs der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus dem Disease-Management-Programm aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Tag
 - der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programmes DMP Diabetes mellitus Typ 2 nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 - des Zugangs des Widerrufsschreibens bei der zuständigen Krankenkasse bei Widerruf der Einwilligungserklärung nach § 137f Abs. 3 SGB V,
 - des Kassenwechsels (Ausnahme: Liegt eine Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zu einer Krankenkasse 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 § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV entsprechend),

- der letzten gültigen Dokumentation bei Wegfall der Einschreibe-/ Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV,
 - weil der Versicherte die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt
 - er innerhalb von zwölf Monaten zwei der veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder
 - zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist übermittelt worden sind und Absatz 4 erfüllt ist.
- (4) Die Krankenkasse informiert die am Programm Beteiligten, hier den Versicherten, den DMP-Arzt und die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle gem. § 24 dieser Vereinbarung unverzüglich schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Disease-Management-Programm.
- (5) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 15 vorliegen.

§ 19 Wechsel des DMP-Arztes

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP-Arzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte DMP-Arzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese innerhalb der in § 3 Absatz 5 Ziffer 2 dieser Vereinbarung genannten Fristen an die Datenstelle. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines DMP-Arztes.
- (2) Der bisherige DMP-Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten an den neuen DMP-Arzt.

§ 20 Versichertenverzeichnis

Die Verbände übermitteln der KVBW bei Bedarf in elektronischer Form und datenschutzkonform eine Liste mit den Krankenversicherten-Nummern für die gemäß § 16 dieser Vereinbarung eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

§ 21 Information und Schulung der Versicherten

- (1) Die Krankenkassen informieren anhand einer Patienteninformation ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung und Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln und die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten bzw. noch in der Evaluierung befindlichen, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm gemäß Anlage 6. Schulungen dienen gemäß § 4 Abs.3 DMP-A-RL der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs, zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen.

- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur evidenzbasierten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 1 DMP-A-RL einzubeziehen. Weiterhin muss bei Schulungen auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.
- (4) Das Nähere zur Schulung regelt die Anlage 6 zu dieser Vereinbarung (Schulung der Versicherten).
- (5) Die Schulungsprogramme berücksichtigen die medizinischen Inhalte der jeweils gültigen Fassung der DMP-A-RL.

Abschnitt VI **Arbeitsgemeinschaft/Datenannahme- und -verarbeitungsstelle/ Gemeinsame Einrichtung**

§ 22 **Bildung einer Arbeitsgemeinschaft**

Die Partner dieser Vereinbarung bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere ist in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 23 **Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 S.1 Nr. 1a und 1c RSAV insbesondere die Aufgabe, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten versichertenbezogen zu pseudonymisieren und sie dann an die KVBW und die nach § 25 dieser Vereinbarung gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 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 **Datenannahme- und -verarbeitungsstelle**

- (1) Die Vertragspartner verständigen sich über eine Datenannahme- und -verarbeitungsstelle.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 22 beauftragt die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle mit folgenden Aufgaben:
 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 Dokumentationsdaten,
 3. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL i.S.d. § 25 Abs. 2 RSAV,
 4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung nach § 25 dieser Vereinbarung und die KVBW.
- (3) Die Krankenkassen beauftragen die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle mit folgenden Aufgaben:

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 Dokumentationsdaten,
 3. Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten und der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A_RL unmittelbar an die Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle,
 4. Entgegennahme und unmittelbare Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.
- (4) Der DMP-Arzt beauftragt die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle 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 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 dieser Vereinbarung die mit der Datenannahme- und -verarbeitungsstelle geschlossenen Verträge.
- (6) Das Nähere zu den Absätzen 2 und 3 wird mit der Datenannahme- und -verarbeitungsstelle in gesonderten Verträgen nach Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X, die Bestandteile dieser Vereinbarung sind, geregelt. Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich darauf, dass die Gemeinsame Einrichtung die Datenannahme und verarbeitungsstelle zu einem späteren Zeitpunkt mit noch zu bestimmenden Aufgaben der Datenaufbereitung beauftragen kann. Wird eine entsprechende Beauftragung vorgenommen, ist der hierzu nach Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X notwendige Vertrag dem BAS unverzüglich zu übermitteln.

§ 25

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung oder erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 25 Absatz 2 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere regelt ein gesonderter Vertrag.

§ 26

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten 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 zu dieser Vereinbarung in einer für die Verlaufsbeurteilung des Programms geeigneten Form;
 2. die regelmäßige Evaluation der Umsetzung des Vertrages anhand der nach Ziffer 1 aufbereiteten Daten insbesondere unter der Fragestellung, ob
 - die Anforderungen an die Behandlung von den 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 Krankenkassen über die versichertenbezogenen Erinnerungsmaßnahmen gem. § 12 Abs. 3 in pseudonymisierter summarischer Darstellung,
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezuges und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation gem. § 6 der 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 Krankenkassen ohne Versichertenbezug für weitere Auswertungen, insbesondere zu individuellen medizinischen Auffälligkeiten. Die Krankenkassen stellen die verfügbaren hierzu erforderlichen Daten bereit.
- (3) Die Partner der Gemeinsamen Einrichtung stimmen schriftliche oder elektronische Unterlagen
1. zur Information der Versicherten nach §§ 16 Abs. 1; 21 Abs. 1 und 28 Abs.1 Nummer 3,
 2. für Erinnerungsmaßnahmen nach § 12 Abs. 3,
 3. zur Information der Ärzte nach § 13 Abs. 1
- zu dieser Vereinbarung inhaltlich 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 Durchführung der in den § 24 RSAV, die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Schulung der Versicherten und Ärzte und die Evaluation gemäß der DMP-A-RL genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Der DMP-Arzt legt in seinen Dokumentationen entsprechend der Ausprägung des diabetischen Krankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (quartalsweise/jedes zweite Quartal) für die jeweiligen eingeschriebenen Versicherten maßgeblich ist. 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 Krankenkassen weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL werden von den Krankenkassen nur für folgende Zwecke genutzt:
1. Schriftliche oder elektronische Information von Versicherten nach §§ 16 Abs. 1 und 21 Abs. 1 dieser Vereinbarung,
 2. schriftliche oder elektronische Information von Versicherten nach § 12 Abs. 3 dieser Vereinbarung 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 Absatz 2,
 4. Beendigung der Teilnahme gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 der RSAV.
- (2) Die Maßnahmen nach Abs. 1 erfolgen unter Beachtung folgender Regelungen:
1. Maßnahmen der Krankenkassen ohne Benehmens Herstellung mit dem DMP-Arzt:
 - allgemeine Information (Broschüren) über Diabetes mellitus bzw. Begleiterkrankungen
 - Kursangebote der Krankenkassen, insbesondere zu Ernährung und Bewegung
 - Erinnerung an einen Arztbesuch
 - Beendigung der Teilnahme gem. § 24 Abs. 2 Nr. 2 der RSAV
 2. Maßnahmen der Krankenkassen im Benehmen mit dem DMP-Arzt:
 - Angebot einer Patientenschulung oder (modularer) Nachschulung, z.B. Diabetes mellitus oder Hypertonie
 - Angebot einer Beratung für Raucher
 - Erstellung eines Rehabilitationsplanes nach dem SGB IX
 - Angebot einer individuellen Beratung über weitere Leistungen der Krankenkasse unter Berücksichtigung des häuslichen Umfelds
- (3) Die Regelungen zur Datenverwendung gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des Disease-Management-Programms gemäß der jeweils gültigen DMP-A-RL des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V.
- (4) Der teilnehmende Versicherte wird durch das Aushändigen einer Mehrfertigung der Dokumentation über die übermittelten Daten unterrichtet.

§ 29 Datenzugang

Zugang zu den an die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle, Gemeinsame Einrichtung und KVBW oder DMP-Datenzentren der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 30 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des DMP-Arzt/Arztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehenden Daten werden von der Arbeitsgemeinschaft oder der Datenannahme- und -verarbeitungsstelle gemäß der jeweils gültigen DMP-A-RL zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V archiviert und gelöscht. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a DMP-A-RL. Gleiches gilt für Daten, die an die Gemeinsame Einrichtung, die KVBW und die Krankenkassen übermittelt werden. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung des Vertrages.

Abschnitt VIII Evaluation

§ 31§ Evaluation

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. Die zur Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (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 Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen

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

§ 32a Prüfung der Abrechnung

- (1) Die Datenstelle nach § 24 übermittelt der KVBW quartalsweise zwei Arbeitstage nach Ablauf des Verfristungszeitraums gem. § 24 Abs. 2 Nr. 2.c) i.V.m. § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1.a) der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) sowie der DMP-A-RL einen Nachweis aller im Quartal eingegangenen Dokumentationen zu Zwecken der Abrechnungsprüfung. Die Parameter, die in diesem Nachweis enthalten sein müssen, sind in Anlage 10 (Datensatzstruktur der Gültigkeitsinformationen zu den Dokumentationsdaten gemäß der DMP-A-RL) zu dieser Vereinbarung festgelegt.
- (2) Die Datenstelle nach § 24 stellt der KVBW diesen Nachweis quartalsweise zu dem in Abs. 1 vereinbarten Termin in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Die Details der Übermittlung der Gültigkeitsinformationen (genauer Inhalt, Umfang, Form usw.) werden mit der Datenstelle vertraglich vereinbart.
- (3) Die Krankenkassen bzw. die am Beitrittsverfahren teilnehmenden Krankenkassen übermitteln der KVBW quartalsweise einen Nachweis aller gültigen RSA-konformen DMP-Einschreibungen im Quartal zu Zwecken der Abrechnungsprüfung. Die Parameter, die in diesem Nachweis enthalten sein müssen, sind in der Anlage 11 (Datensatzstruktur der Gültigkeitsinformation zu den RSA-konformen DMP-Einschreibungen gemäß der RSAV) festgelegt. Das Nähere zum Verfahren ist in Anlage 12 geregelt.
- (4) Die Krankenkassen informieren die KVBW unverzüglich über Fehler und/oder Unregelmäßigkeiten bei der Übermittlung der Gültigkeitsinformationen nach Anlage 10 und Anlage 11. Diese Informationspflicht

gilt auch, wenn Fehler und/oder Unregelmäßigkeiten bei der Übermittlung dieser Gültigkeitsinformationen durch die zuständige Datenstelle verursacht werden.

- (5) Die KVBW verwendet die übermittelten Gültigkeitsinformationen gemäß Anlage 10 und gemäß Anlage 11 zur Prüfung der Abrechnung derjenigen Ärzte, die eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung nach den DMP-Vereinbarungen haben. Stimmen die übermittelten Gültigkeitsinformationen nicht mit den abgerechneten Leistungen überein, erfolgt eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Abrechnung durch die KVBW. Die Vertragspartner sind sich einig, dass durch die Umsetzung dieser Abrechnungsprüfung grundsätzlich keine Notwendigkeit von Prüfanträgen gem. § 106d SGB V für beregelte Quartale besteht. Sollte es dennoch zu Prüfanträgen einzelner Kassen kommen, setzen sich die Vertragspartner zeitnah zusammen, um die Gründe hierfür zu erörtern und gegebenenfalls die daraus resultierenden Anpassungen an den Prozessen vorzunehmen. Kann eine quartalsgleiche Prüfung nicht durchgeführt werden, legen die Vertragspartner das weitere Vorgehen fest.
- (6) Bei wichtigem Grund, insbesondere wenn
- – die Übermittlung der Gültigkeitsinformation in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen von einer Krankenkasse nicht fristgerecht und/oder nicht gemäß den sonstigen Voraussetzungen der Anlagen 11 und 12 zu dieser Vereinbarung erfolgt ist und
 - – die KVBW eine fristgerechte und/oder fehlerfreie Datenlieferung gegenüber der Krankenkasse angemahnt hat,

steht der KVBW das Recht zu, diese Kasse vom Verfahren der Einschreibprüfung auszuschließen. Mahnung und Ausschluss durch die KVBW erfolgen schriftlich; der vertragschließende Verband wird hierüber informiert.

- (7) Die KVBW stellt das Ergebnis ihrer Abrechnungsprüfung (Regelwerkstreffer und Berichtigungsvolumen, separat nach Prüfthema) den Verbänden bis spätestens Ende des dritten Folgemonats nach dem Abrechnungsquartal im Excel-Format zur Verfügung.
- (8) Die KVBW haftet nicht für Fehler und/oder Unregelmäßigkeiten der Krankenkassen bei der Übermittlung der Gültigkeitsinformationen gemäß Anlage 10 und gemäß Anlage 11. Dieser Haftungsausschluss gilt auch, wenn Fehler und/oder Unregelmäßigkeiten bei der Übermittlung der Gültigkeitsinformationen durch die zuständige Datenstelle verursacht werden.

Abschnitt X **Sonstige Bestimmungen**

§ 33 **Weitere Aufgaben und Verpflichtungen**

- (1) Die Datenübermittlung gem. § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V erfolgt gemäß den dazu getroffenen Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den 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 den Krankenkassen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs entstehende Nachteile ist ausgeschlossen.

§ 35 In-Kraft-Treten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2023 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.01.2021 mit der hierzu geschlossenen Änderungsvereinbarung vom 01.05.2022. Ein erneuter Antrag der Ärzte auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung bzw. eine erneute Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig. Der Vertrag 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 hier geregelten DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Absatz 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 Absatz 2 SGB V vorgenommen werden.
- (3) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms durch das BAS, kann die Vereinbarung von jedem Vertragspartner mit einer Frist von zwei Wochen zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden. Die Vertragspartner prüfen, ob eine Anschlussregelung getroffen werden kann.

§ 36 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag 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 sonstiger rechtlicher 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 2

zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.10.2023 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen

Teilnehmende und mitwirkende Ärzte 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>- die Zusatzbezeichnung Diabetologie der Landesärztekammer erworben haben oder- berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung „Arzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“ nach Kammerrecht zu führen oder- das 80-stündige Curriculum (Klinische Diabetologie) 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-Manual zu Beginn der Teilnahme- Teilnahme mindestens einmal jährlich an einer diabetes-spezifischen zertifizierten Fortbildung- Teilnahme an einem diabetes-spezifischem Qualitätszirkel <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 Glukosemessung nach der „BÄK-Richtlinie zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ durchführen und Diabetiker betreuen. Ebenso ist Satz 2 der Nummer 2 der Anlage 6 „Schulung der Versicherten“ zu beachten.</p> |
| <p>Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal</p> | <p>Qualifikation nicht-ärztliches Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beschäftigung / Kooperation mit einer Diabetesberaterin / einem Diabetesberater DDG oder vergleichbaren Qualifikation in Vollzeit bzw. in Teilzeit in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang der Arbeitszeit einer Vollzeitstelle in der Arztpraxis entspricht. - Als vergleichbare Qualifikation gilt eine mindestens zweijährige Tätigkeit als Diabetesassistent/in in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis/Einrichtung <u>und</u> Fortbildungsnachweis über Insuline und Insulin-Dosisanpassung (bzw. intensivierete Insulintherapie) oder Fortbildungsnachweis, dass Patientenschulungen in intensivierter Insulintherapie durchgeführt werden können. - mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen - Als mit einem/r Diabetesassistent/in vergleichbare Ausbildung gilt die Teilnahme an 150 Unterrichtsstunden Theorie und 40 Stunden Hospitation in einem diabetesspezifischen Arbeitsbereich. - Beschäftigung / Kooperation mit: <ul style="list-style-type: none"> - einem/r Oecotrophologen/in oder Diätassistenten/in - einem/r medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen |
| <p>Apparative Ausstattung der Praxen</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Blutdruckmessung gemäß internationalen Empfehlungen² - 24 Stunden-Blutdruckmessung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards) - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur naßchemischen Blutglukosebestimmung³ und HbA1c-Messung⁴, - EKG |

² Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in den Tragenden Gründen zum Beschluss der Änderung der DMP-A-RL 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

| Voraussetzung | Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit |
|---------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Sonographie^{4/5}, Doppler- oder Duplexsonographie^{4/5} - Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u.a. Doppler-Sonde 8-10 MHz)^{4/5} - Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament) |

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 Fußerfassungsbogen, 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

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

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

Notwendige (apparative) Ausstattung:

- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der peripheren Neuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)
 - Doppler- oder Duplexsonographie⁸
 - Behandlungsstuhl mit ausreichender Lichtquelle
 - Photodokumentation
 - Voraussetzungen für entsprechende hygienische Maßnahmen (z.B. geprüfter Sterilisator, 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 einer Diabetesberaterin / einem Diabetesberater DDG oder vergleichbaren Qualifikation in Vollzeit bzw. in Teilzeit in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang der Arbeitszeit einer Vollzeitstelle in der Arztpraxis entspricht.

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

| | |
|---|--|
| Ein- oder zweijährliche ophthalmologische Kontrolle | <ul style="list-style-type: none">• Facharzt für Augenheilkunde |
| Spezialisierte Hypertoniebehandlung bzw. Hypertoniediagnostik | <ul style="list-style-type: none">• 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. |

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

Anlage 4 Qualitätssicherung

zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.10.2023 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen

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

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 die der Zähler aufsetzt.

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

| QS-Ziele | QS-Indikatoren | Auswertungs-Algorithmus | Auslöse-Algorithmus | QS-Maßnahme |
|---|---|--|---|------------------------------------|
| 1 Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren individuell vereinbarter HbA1c-Zielwert erreicht wird | Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer deren individuell vereinbarter HbA1c-Zielwert erreicht wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> ≥ 60% | <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 20 ISD (HbA1c-Zielwert) = „Zielwert erreicht“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ≥ 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP | Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst | LE: Information durch das Feedback |

| QS-Ziele | QS-Indikatoren | Auswertungs-Algorithmus | Auslöse-Algorithmus | QS-Maßnahme |
|---|---|--|--|--|
| <p>2 Niedriger Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem HbA1c-Wert > 8,5% (69mmol/mol)</p> | <p>Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem HbA1c-Wert > 8,5% (69mmol/mol) bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> ≤ 10% (kann regionenspezifisch nach oben abweichen)</p> <p><i>optional zusätzlich: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem HbA1c von > 8,5% an allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer</i></p> | <p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und 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 Teilnehmerinnen und 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> | <p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p> | <p>LE: Information durch das Feedback</p> |
| <p>3 Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit schwerer hypoglykämischer Stoffwechselentgleisung</p> | <p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> | <p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 6 ISD (Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation) > 0 während der letzten 12 Monate</p> | <p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p> | <p>LE: Information über das Feedback mit Nennung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien und Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts¹</p> |

¹ praxisbezogene Angaben zur Häufigkeit sind aufgrund der geringen Inzidenz nicht sinnvoll

| QS-Ziele | QS-Indikatoren | Auswertungs-Algorithmus | Auslöse-Algorithmus | QS-Maßnahme |
|--|---|---|---|--|
| | <u>Zielwert:</u> <1% | <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ≥ 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP | | |
| 4 Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit notfallmäßiger stationärer Behandlung wegen Diabetes mellitus Typ 2 | Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes mellitus bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> <1 % | <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und 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 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ≥ 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP | Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst | LE: Information über das Feedback mit Nennung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes und Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts ² |
| 5 Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Blutdruck < 140/90 mmHg bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit bekannter Hypertonie | Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Blutdruckwerten systolisch ≤ 139 mmHg und diastolisch ≤ 89 mmHg bei bekannter Hypertonie an allen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie <u>Zielwert:</u> ≥ 45 % <i>optional zusätzlich:</i> <i>Anteil normotoner Teilnehmerinnen und Teilnehmer</i> | <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch ≤139 und diastolisch ≤ 89 mmHg <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“ <i>Wie oben, jedoch Darstellung jeweils aller Dokumentationen gleicher Teilnahmedauer vergleichend nach</i> | Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst | LE: Information über das Feedback |

² praxisbezogene Angaben zur Häufigkeit sind aufgrund der geringen Inzidenz nicht sinnvoll

| QS-Ziele | QS-Indikatoren | Auswertungs-Algorithmus | Auslöse-Algorithmus | QS-Maßnahme |
|--|--|--|--|--|
| | <p>(Blutdruckwerte ≤ 139 mmHg syst. und ≤ 89 mmHg diast.) unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit bekannter arterieller Hypertonie mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer</p> <p><u>Zielwert:</u> $\geq 45\%$</p> | <p>Teilnahmedauer im zeitlichen Verlauf des DMP.</p> | | |
| <p>6 Niedriger Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem systolischen Blutdruck > 150 mmHg</p> | <p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit systolischem Blutdruck > 150 mmHg, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie</p> <p>Zielwert: $\leq 15\%$</p> | <p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch > 150 mmHg</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = "Arterielle Hypertonie"</p> | <p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p> | <p>LE: Information über das Feedback</p> |
| <p>7 Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> | <p>a) Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Diabetes, die an einer Diabetes-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmern</p> <p>b) Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Hypertonie, die an einer empfohlenen Hypertonie-Schulung im Rahmen des DMP</p> | <p>a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulungen wahrgenommen) = „Ja“ seit Beginn der DMP-Teilnahme</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p>b) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulungen</p> | <p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p> | <p>LE: Information über das Feedback</p> |

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

| QS-Ziele | QS-Indikatoren | Auswertungs-Algorithmus | Auslöse-Algorithmus | QS-Maßnahme |
|--|--|---|--|--|
| | <p>Rahmen des DMP teilgenommen haben an den bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmern</p> <p>Zielwert: Nicht festgelegt</p> | <p>(Empfohlene Hypertonie-Schulungen wahrgenommen) = „Ja“ seit Beginn der DMP-Teilnahme UND Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und 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“</p> | | |
| <p>8 Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Fußläsionen mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulzera (mit oder ohne Wundinfektion, mit oder ohne Ischämie), bei denen eine Behandlung in einer für das diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung erfolgt oder veranlasst wurde</p> | <p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer 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 erfolgt oder veranlasst wurde</p> <p>Zielwert: ≥ 65%</p> | <p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und 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“</p> <p><u>ODER</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und 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“</p> | <p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p> | <p>LE: Information über das Feedback</p> |

| | | | | |
|--|---|--|---|-----------------------------------|
| | | <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Teilnahmedauer \geq 6 Monate | | |
| 9 Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion | Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit jährlicher Bestimmung der eGFR bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> \geq 90% | <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer numerischen Angabe in Feld 2a ISD (eGFR) in den letzten 12 Monaten <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Teilnahmedauer \geq 12 Monate | Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst | LE: Information über das Feedback |
| 10 Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie | Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikation und ohne Antikoagulation mit AVK, KHK oder Schlaganfall <u>Zielwert:</u> \geq 80% | <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 13 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und 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 |
| 11 Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen mindestens 1x jährlich der Fußstatus komplett untersucht wurde | Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die mindestens 1x jährlich eine komplette Untersuchung des Fußstatus erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer | <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und 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 | Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst | LE: Information über das Feedback |

| | | | | |
|--|--|---|---|-----------------------------------|
| | Zielwert: $\geq 80\%$ | <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer | | |
| 12 Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Ulkus, bei denen der Pulsstatus untersucht wurde | Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem Ulkus, bei denen gleichzeitig der Pulsstatus untersucht wurde, an allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem Ulkus Zielwert: $\geq 80\%$ | <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = 4. Ulkus: „oberflächlich“ oder „tief“ UND mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Auffällig“ oder „Unauffällig“ <u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = 4. Ulkus: „oberflächlich“ oder „tief“ | Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst | LE: Information über das Feedback |
| 13 Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Neuropathie, bei denen angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festgelegt wurden | Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Neuropathie, bei denen angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festgelegt wurden, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Neuropathie Zielwert: $\geq 80\%$ | <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und 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“ ODER 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“ | Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst | LE: Information über das Feedback |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>ODER</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) =</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pulsstatus: „Auffällig“ UND 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nein“ <p>ODER „Nicht untersucht“ UND</p> <p>Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“</p> <p>ODER</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) =</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. weiteres Risiko für Ulkus: nicht gleich „Nein“ UND nicht gleich „nicht untersucht“ UND <p>Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“</p> <p>Nenner:</p> <p>Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit:</p> <p>Alter > = 18 Jahre UND</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) =</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 4. Ulkus: „Nein“ UND 5. (Wund)Infektion: „Nein“ | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <p>14a Hoher Anteil Teilnehmerinnen und Teilnehmer die bei einer Monotherapie mit einem Antidiabetikum Metformin erhalten</p> | <p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Metformin erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer unter Monotherapie mit einem Antidiabetikum</p> <p><u>Zielwerte:</u> ≥ 70%</p> | <p><u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 11 ISD (Metformin) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und 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“</p> | <p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p> | <p>LE: Information über das Feedback</p> |
| <p>14b Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit KHK, Herzinfarkt, chronischer Herzinsuffizienz, Schlaganfall oder eGFR kleiner 60 ml/min/1,73m² KOF, die eine Kombinationstherapie aus Metformin plus einem SGLT2-Inhibitor oder einem GLP-1-Rezeptoragonisten erhalten</p> | <p>Nur Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit KHK, Herzinfarkt, chronischer Herzinsuffizienz, Schlaganfall oder eGFR kleiner 60 ml/min/1,73m² KOF: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Kombinationstherapie aus Metformin plus einem SGLT2-Inhibitor oder einem GLP-1-Rezeptoragonisten erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikationen gegen Metformin oder SGLT2-Inhibitor und GLP-1-Rezeptoragonist</p> | | | |
| <p>15 Hoher Anteil an regelmäßigen augenärztlichen Untersuchungen</p> | <p>Anteil der in den letzten 24 Monaten augenärztlich untersuchten Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> | <p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer Angabe in Feld 21 ISD (ophthalmologische Netzhautuntersuchung) =</p> | <p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p> | <p>LE: Information über das Feedback</p> |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| | <u>Zielwerte:</u> ≥ 90% | „durchgeführt“ in den letzten 24 Monaten <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Teilnahmedauer ≥ 24 Monate | | |
| 16 Sicherstellung von Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation | Anteil der beim ersten Eingang vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen <u>Zielwert:</u> ≥95% | <u>Zähler:</u> Anzahl der bei Ersteingang vollständigen und plausiblen Dokumentationen <u>Nenner:</u> Anzahl aller eingegangenen Dokumentationen im Berichtszeitraum | Wenn nicht alle erforderlichen Datenfelder der Dokumentation vollständig und plausibel ausgefüllt sind | LE: Bitte um Nachlieferung der fehlenden oder unplausiblen Dokumentationsparameter Auswertung im Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung |

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

| QS-Ziele | QS-Indikatoren | Auswertungs-Algorithmus | Auslöse-Algorithmus | QS-Maßnahme |
|--|----------------|-------------------------|--|--|
| I. Vermeidung schwerer Stoffwechsellstörungen: 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) > 139mmHg syst. oder > 89mmHg 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 |

| QS-Ziele | QS-Indikatoren | Auswertungs-Algorithmus | Auslöse-Algorithmus | QS-Maßnahme |
|--|--|---|---|---|
| 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 |
| IV. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten | Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit | <u>Zähler:</u> Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen <u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen | Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt | V: Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger 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 | Wenn Feld 3 (ISD) (Fußstatus) innerhalb von 12 Monaten die Angabe zu 1. Pulsstatus = „Auffällig“ ein- oder mehrmals angegeben ist, und/oder die Angabe zu 2. Sensibilitätsstörung = „Auffällig“ ein- oder mehrmals angegeben ist, und/oder | 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>die Angabe zu 3. Weiteres Risiko für Ulcus „Fußdeformität“ und/oder „Hyperkeratose mit Einblutung“ und/oder „Z. n. Ulcus“ oder „Z. n. Amputation“= ein oder mehrmals angegeben ist,</p> <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 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 DMP-A-RL

Abkürzungen:

- QS = Qualitätssicherung
- AD = allgemeiner bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 DMP-A-RL
- RL = Richtlinie
- ISD = indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 8 DMP-A-RL

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



Exemplar für die Datenstelle

070EH

Krankenhaus-IK

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Rücken-schmerz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzhinformaton aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



070EH

Krankenhaus-IK

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Rücken-schmerz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzhinweise aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der oben genannten Diagnose(n) teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



070EH

Krankenhaus-IK

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Rücken-schmerz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzhinweise aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

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 Patientinnen und 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 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihre Ärztin/Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt einen Ausdruck dieser Dokumentation und können somit nachvollziehen, welche Ihrer Daten an die im Weiteren beschriebenen Stellen übermittelt werden.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

- Administrative Daten (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und der Ärztin/des Arztes)
- Angaben, aufgrund welcher Erkrankung Sie eingeschrieben werden
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. Körpergröße, Blutdruck, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, von Ihnen gewünschte Informationen zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung, Angaben zu erfolgten Überweisungen oder Einweisungen in ein Krankenhaus)
- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Angaben zu Medikamenten, die Sie einnehmen
- ggf. Angaben zu Schulungen, die Sie im Rahmen des DMP absolvieren können.

3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrer koordinierenden Ärztin/Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet 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 und nur pseudonymisiert an eine Gemeinsame Einrichtung zur Qualitätssicherung 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. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

3.1 Was geschieht bei der Ärztin/dem Arzt mit den Daten?

Ihre Ärztin/Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihre Ärztin/Ihr Arzt im Rahmen der Einschreibung Ihre einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt die von Ihrer Ärztin/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 ggf. von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

3.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmerinnen und 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 und an die mit der Evaluation

beauftragte Institution 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.

3.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

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

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärztinnen und 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. Ihre Ärztin/Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

3.5 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 Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Zu diesem Zwecke übermitteln die Krankenkasse und von ihr beauftragte Dritte die pseudonymisierten Daten an diese Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Strukturiertes Behandlungsprogramm

Eine Information für Patientinnen und Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm – DMP) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, gut mit Ihrer Krankheit und mit eventuellen 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!

Was macht DMP zu einer besonderen Versorgungsform?

Chronische Erkrankungen stellen Sie und die an Ihrer Behandlung Beteiligten vor besondere Herausforderungen. Diese umfassen insbesondere die

- Erhaltung oder Verbesserung Ihrer Lebensqualität,
- Vermeidung einer Verschlechterung Ihrer Erkrankung,
- Vermeidung des Auftretens von Komplikationen,
- Vermeidung von Folge- und Begleiterkrankungen,
- Vermeidung von unerwünschten Nebenwirkungen der Therapie.

Dafür bietet Ihre Krankenkasse die besondere Versorgung durch ein strukturiertes Behandlungsprogramm an, über das wir Sie nachfolgend informieren möchten. Das Programm Ihrer Krankenkasse umfasst:

- **Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft,**
- **Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und**
- **aktive Mitwirkung durch Sie,**
- **Koordination Ihrer Behandlung,**
- **kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten,**
- **aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse.**

Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft

Das Wissen in der Medizin wächst täglich. Im Rahmen der Behandlungsprogramme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf aktuellen gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet und überprüfen diese regelmäßig auf Aktualität. Damit unterliegen die Programme hohen Qualitätsanforderungen. Es werden nur solche medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen sowie Verfahren empfohlen, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen sind. Diese sollen im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig zur Anwendung kommen. Die Anforderungen an die Behandlungsprogramme sind im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) und insbesondere in der DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt.

Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und aktive Mitwirkung durch Sie

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Das Programm sieht vor, dass Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihr oder ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Ihre betreuende Ärztin oder Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen empfehlen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen sowie Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen.

Ihr Arzt oder Ihre Ärztin wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen. Sie legen gemeinsam mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele fest und wirken aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mit.

Das Programm sieht insbesondere regelmäßige Wiedervorstellungstermine vor. Nehmen Sie diese wahr und tragen Sie damit aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Zur Unterstützung Ihrer Selbstmanagementkompetenz dient die regelmäßige Dokumentation.

Koordination Ihrer Behandlung

Die von Ihnen gewählte Ärztin oder der von Ihnen gewählte Arzt koordiniert die Programmdurchführung und berät und unterstützt Sie in allen Fragen. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass diese Ärztin bzw. dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren, deren Inhalte und Abstände fest geregelt sind. Sie bzw. er überprüft auch anhand festgelegter Kriterien, ob und welche Spezialisten oder Einrichtungen, die ebenfalls am Pro-

gramm teilnehmen, hinzugezogen werden sollen und veranlasst eine erforderliche Mit- und Weiterbehandlung. Sie bzw. er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärztinnen oder Fachärzten und Therapeutinnen oder Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten sichert die Qualität

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihre koordinierende Ärztin bzw. Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Die Dokumentation dient einerseits als Grundlage der Qualitätssicherung der Ärztinnen und Ärzte. Sie ermöglicht Ihrer Krankenkasse andererseits, Ihnen anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zu unterbreiten (siehe auch „Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse“). Darüber hinaus bildet die Dokumentation die Grundlage für die wissenschaftliche Auswertung für die Weiterentwicklung der Programme. Von jeder Dokumentation erhalten Sie einen Ausdruck, den Sie sowohl für Ihr Selbstmanagement als auch als ergänzende Information für Ihre mit- und weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte nutzen können.

Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz).

Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zum Programm. Dazu erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse insbesondere zu Beginn der Teilnahme nochmals spezifische Informationen zu Ihrer Erkrankung. Im weiteren Verlauf Ihrer Teilnahme stellt Ihnen Ihre Krankenkasse anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zur Verfügung. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder die Praxis Ihrer Ärztin bzw. Ihres Arztes in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt ggf. die Betreuung im Programm durch die beauftragte regionale Krankenkasse dieser Kassenart.

Was sind die Teilnahmevoraussetzungen für das Behandlungsprogramm?

- 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 eine koordinierende Ärztin oder einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme am Programm und Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Ausgenommen hiervon sind die gleichzeitige Teilnahme an den unterschiedlichen DMP für

- Koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz,
- Asthma bronchiale und COPD,
- Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2.

Ihre Teilnahme am Behandlungsprogramm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Mitwirkung 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 von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrer Ärztin oder 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.

Sofern Sie am DMP Brustkrebs teilnehmen, endet Ihre Teilnahme automatisch, wenn zehn Jahre nach der histologischen Sicherung des Brustkrebses keine Wiedererkrankung mehr aufgetreten ist. Beim Vorliegen von Fernmetastasen können Sie dauerhaft im Programm verbleiben.

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

Anlage 6

zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.10.2023 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen

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 Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetes, ohne Insulin

(Kronsbein, P., Jörgens-V.Lancet 1988; 2: 1407-1411)

1.1.2 MEDIAS 2 Basis

(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 Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen

(Grüßer-M., Röger-Ch., Jörgens-V., Dtsch. Ärzteblatt 94, Heft 25, Juni 1999: A 1756-A 1757)

1.2.2 Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetes mit konventioneller Insulinbehandlung

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

1.2.3 Behandlungs- und Schulungsprogramm für bedarfsgerechte Insulintherapie bei Typ 2 Diabetes

(Kalfhaus-J., Berger-M., Diabetes and Metabolism 2000, 26, 197-201)

1.2.4 Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie

(Pieber-TR, Brunner-GA et al. Diabetes Care Vol. 18, No. 5, May 1995; 5623.02395/2002; 02.12.2004);

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

1.2.5 Linda-Diabetes-Selbstmanagementschulung

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

Anlage 6

zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.10.2023 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen

Schulung der Versicherten

1.3 Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2 und essentieller Hypertonie

1.3.1 Strukturiertes Hypertonie-Therapie- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

(Grüßer, Hartmann, Schlottmann, Sawicki, Jörgens, Journal of Human Hypertension 1997; 11:501-506)

1.3.2 Modulare Bluthochdruckschulung IPM (Institut für Präventive Medizin)

(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)).

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-

In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte der DMP-A-RL, insbesondere betreffend die evidenzbasierte Arzneimitteltherapie, einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden. Die Schulungsprogramme sind in der jeweils vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) als verwendungsfähig erklärten Auflage zu verwenden.

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 KVBW prüft gemäß § 3 Abs. 4 Nr. 5 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 KVBW eine Genehmigung.

Anlage 7

Leistungserbringerverzeichnis

zu der Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach §137f SGB V DMP Diabetes Mellitus Typ 2 (ambulanter Sektor)
in Kraft ab 01.10.2023 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen

Versorgungsebenen (Mehrfachnennungen möglich)

A1 = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß §73 SGB V (1. Ebene)

A2 = Vertraglich eingebundener fachärztlich tätiger Internist, der gemäß der vertraglich vereinbarten Strukturqualität diabetologisch qualifiziert ist, oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist (1. Ebene, Ausnahmefälle)

B = Diabetologisch qualifizierter Arzt gemäß der vertraglich vereinbarten Strukturqualität, der in die 2. Versorgungsebene vertraglich eingebunden ist, oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist

Hinweise zur Angabe der Versorgungsebenen

- Zulässige Mehrfachnennung: „A1,B“
- Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A1“ und „B“ ist zulässig, wenn durch Zusatzqualifikation der hausärztlich tätige Arzt auch die in der Strukturqualität geforderte Qualifikation für die 2. Versorgungsebene erfüllt.
- Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „A2“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig.

Berechtigungen (Mehrfachnennungen möglich)

01 = Arzt koordiniert

02 = Arzt koordiniert nicht

04 = Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen

05 = MEDIAS 2 (Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2)

06 = Schulungsprogramm für Typ2-Diabetiker, die Insulin spritzen

07 = Schulungsprogramm für Typ2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen

09 = LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung

10 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP)

14 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

15 = Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)

21 = DiSko-Schulung (DiSko: wie Diabetiker zum Sport kommen) – nur als Ergänzung zu einem Schulungsprogramm für DM2

23 = HyPOS (als Ergänzung einer Basisschulung)

35 = Behandlung Diabetisches Fußsyndrom

Anlage 7

Leistungserbringerverzeichnis

zu der Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach §137f SGB V DMP Diabetes Mellitus Typ 2 (ambulanter Sektor)
in Kraft ab 01.10.2023 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen

Hinweise zur Angabe der Berechtigungen

- Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben.
- Ärzte der Versorgungsebenen „A1“ und „A2“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
- In der Versorgungsebene „A2“ sind fachärztlich tätige Internisten zu verschlüsseln, die die vertraglich vereinbarte Zwischenebene (Strukturqualität höher als „A1“ aber weniger als „B“) abbilden.
- Aufgabe der Ärzte der Versorgungsebene „B“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärzte der Versorgungsebene „B“ sind in der Regel nicht koordinierend tätig. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Sofern ein Arzt der Versorgungsebene „B“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben.

| LANR | BSNR | Anrede | Titel | Name | Vorname | Straße, Hausnr. | PLZ | Ort | Kreis** | Beginn der Teilnahme* | Ende der Teilnahme* | Versorgungsebene* | Berechtigung* |
|------|------|--------|-------|------|---------|-----------------|-----|-----|---------|-----------------------|---------------------|-------------------|---------------|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

* Bei Ärzten mit Mehrfachnennungen zu Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen sind diese in einer Zeile der Tabelle vorzunehmen. Als Trennzeichen innerhalb des Feldes ist ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.

Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahmezeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahmezeitraums zu kennzeichnen.

Der beendete Teilnahmezeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahmezeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen.

** Bei kreisfreien Städten erfolgt die Angabe „kreisfrei“ oder die erneute Benennung der Stadt.

Die zusätzlichen Angaben „Telefon“, „Fax“ und „E-Mail“ sind keine Pflichtangaben im Sinne der Mindestanforderungen, daher werden sie in diesem Muster nicht aufgeführt. Die Angaben können nach der Angabe „Kreis“ ergänzt werden (vgl. Technische Anlage zur Übermittlung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme).

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung am Strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V bei Diabetes mellitus Typ 2

Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)



Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Name der Einrichtung

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
 folgenden Angestellten

Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

Fachgebiet

Schwerpunkt

Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:

Datum TTMMJJJJ

E-Mail

Telefon

Wohnanschrift:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: www.kvbawue.de/dmp-diabetes-typ2

Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

1. Teilnahme als DMP 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) {DDM1}

2. Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt

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

Ich erfülle eine der folgenden 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) {DDM3}



oder

- Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie oder Diabetologie {DDM3}

oder

- Anerkennung als Diabetologe DDG {DDM3}

oder

- Berechtigung der Zusatzbezeichnung Diabetologie der Landesärztekammer (LÄK) {DDM3}

oder

- Nachweis über das 80-stündige Curriculum (Klinische Diabetologie) 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 {DDM3}

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 {DDB2}

und/oder

- Beschäftigung/Kooperation mit einer Fachkraft mit vergleichbarer Qualifikation. {DDB1}

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

- Als mit einem/r Diabetesassistent/in vergleichbare Ausbildung gilt die Teilnahme an 150 Unterrichtseinheiten Theorie und 40 Stunden Hospitation in einem diabetesspezifischen Arbeitsbereich {DDB1}

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

- in Vollzeit bzw.
- in Teilzeit in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang der Arbeitszeit einer Vollzeitstelle entspricht

Beschäftigung/Kooperation mit



- einem Ökotrophologen oder Diätassistenten
- einem medizinischen Fußpfleger 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 Glukosebestimmung² und HbA1c Messung³
- EKG
- Sonographie^{3 4}, Doppler- oder Duplexsonographie^{3 4}
- Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u. a. Doppler-Sonde 8-10 MHz)^{3 4}
- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

- Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt mit der Option, in Ausnahmefällen {DDM1}
DMP-verantwortlicher Arzt gemäß § 3 Abs. 2 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.

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“)“ in der jeweils geltenden Fassung

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 {DDM5} 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 Duplexsonographie⁴
- Behandlungsstuhl mit ausreichender Lichtquelle
- Photodokumentation
- Voraussetzung für entsprechende hygienische Maßnahmen (z. B. geprüfter Sterilisator, 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 diabetes-spezifischen Fortbildungen Beschäftigung/Kooperation mit mindestens eines/einer Diabetesberaters/Diabetesberaterin mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung in Vollzeit bzw. in Teilzeit in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang der Arbeitszeit einer Vollzeitstelle entspricht in der Arztpraxis

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

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 entsprechend beizufügen)

- | | | |
|--------------------------|--|---------|
| <input type="checkbox"/> | Behandlungs- und Schulungsprogramm ohne Insulin (ZI) | {DSC6} |
| <input type="checkbox"/> | Behandlungs- und Schulungsprogramm mit Insulin (ZI) | {DSC4} |
| <input type="checkbox"/> | Behandlungs- und Schulungsprogramm mit Normalinsulin (ZI) | {DSC5} |
| <input type="checkbox"/> | Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie (ZI) | {DSC3} |
| <input type="checkbox"/> | Medias 2 (Basis) | {DSC8} |
| <input type="checkbox"/> | Linda-Diabetes-Selbstmanagementschulung | {DSC7} |
| <input type="checkbox"/> | Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (ZI) | {DSC10} |
| <input type="checkbox"/> | Modulare Blutdruckschulung (IPM) | {DSC11} |
| <input type="checkbox"/> | DiSko (Schulungsmodul für Diabetiker zum Thema Bewegung) | {DSC20} |

A. Fortbildungen



Für die Teilnahme am DMP als DMP-verantwortlicher Arzt bzw. als diabetologisch qualifizierter Arzt bzw. eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung/Praxis besteht die Verpflichtung beim 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 diabetesspezifischen 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 Fußes 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 Praxismanual

Das Praxismanual finden Sie auf unserer Homepage unter:

www.kvbawue.de/dmp-diabetes-tp2

Mit der Teilnahme an der Vereinbarung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 nehmen Sie auch die Inhalte des 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.

Zusätzlich stimme ich der Veröffentlichung meiner Daten im Leistungserbringerverzeichnis zu.

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

- die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 16 dieser Vereinbarung,
- die Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie die Übermittlung der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen nach den Abschnitten VI und VII dieser Vereinbarung spätestens bis zum 5. des Folgemonats an die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle nach § 24 dieser Vereinbarung. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.
- die Koordination der Behandlung der Versicherten unter Beachtung der nach § 9 dieser Vereinbarung geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.8 der jeweils gültigen DMP-A-RL Anlage 1,
- die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 dieser Vereinbarung, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
- die Durchführung von Schulungen gemäß § 21 dieser Vereinbarung, sofern die Schulungsberechtigung gegenüber der KVBW entsprechend nachgewiesen ist,
- die Überweisung an andere Ärzte gemäß § 9 dieser Vereinbarung,
- bei Überweisung an andere Ärzte: therapierelevante Informationen entsprechend § 9 dieser Vereinbarung, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln; therapierelevante Informationen anderer Leistungserbringer entsprechend der Abschnitte III, IV und VI dieser Vereinbarung zu dokumentieren,
- Ausgabe und Führen eines geeigneten Patientenpasses,
- regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen gem. § 13 Abs. 2,
- bei Wechsel des DMP-Arztes, auf Anforderung des neuen DMP-Arztes und nach Zustimmung des Patienten, die Übermittlung der bisherigen Patientendaten,
- 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. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit einem von der KBV zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der DMP-Arzt ist verpflichtet, 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

B.5 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 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.

B.6 Datenschutz

Die Vertragspartner beachten für die Datenverarbeitung die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DSGVO, dem Bundesdatenschutzgesetz, dem Landesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch.

Einverständniserklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.



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 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

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 KVBW übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 10

zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.10.2023 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen

Datensatzstruktur der Gültigkeitsinformationen zu den Dokumentationsdaten gemäß der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung

Der gemäß § 32a Absätze 1 und 2 von der Datenstelle (§ 24) zu Abrechnungszwecken quartalsweise an die KVBW zu übermittelnde Nachweis aller im Quartal eingegangenen gültigen (vollständig, plausibel und fristgerecht eingegangenen) Dokumentationen enthält

- das Abrechnungsquartal
- die Betriebsstättennummer (BSNR)
- die lebenslange Arztnummer (LANR) des ausstellenden Arztes
- das Institutionskennzeichen
- die Krankenkassennummer
- die Versichertennummer
- die Nummer der elektronischen Gesundheitskarte (eGK-Nummer) des Patienten
- Nachname, Vorname und Geburtsdatum des Patienten
- den Dokumenten-Typ (DMP Diabetes mellitus Typ 2)
- die Dokumenten-Art (Erstdokumentation [ED]) oder Folgedokumentation [FD])

Optional wird zu Auskunftszwecken eine gesonderte Datei mit ungültigen Datensätzen übersandt. Diese enthält zusätzlich:

- den Zustandscode der Dokumentation (Angabe, ob die Dokumentation gültig ist; Grund der Nicht-Gültigkeit). In den Zustandscode sind auch die von den Krankenkassen an die Datenstelle übermittelten Informationen über die Dokumentationen, die trotz Ungültigkeit vergütet werden sollen, aufzunehmen. Der Grund der Ungültigkeit ist anzugeben.

Die Datensatzbeschreibung und die mit der Datenstelle vereinbarte „Satzstruktur_Abrechnungsdaten_KVBW“ sind bei der Datenlieferung zu beachten.

– Anlage 11 –

zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.10.2023 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen

Datensatzstruktur der Gültigkeitsinformationen zu den RSA-konformen DMP-Einschreibungen gemäß der RSAV*

Der gemäß § 32a der Vereinbarung von der Krankenkasse zu Abrechnungszwecken quartalsweise an die KVBW zu übermittelnde Nachweis aller gültigen RSA-konformen DMP-Einschreibungen im Quartal enthält

- das Abrechnungsquartal
- die Betriebsstättennummer (BSNR)
- die lebenslange Arztnummer (LANR) des DMP-Arztes (optional)
- das Beginn-Datum der RSA-konformen Einschreibung
- das Institutionskennzeichen oder
- die Krankenkassennummer
- die Versichertennummer
- die Nummer der elektronischen Gesundheitskarte (EGK-Nummer) des Patienten
- Nachname, Vorname und Geburtsdatum des Patienten
- das DMP, in das die/der Versicherte eingeschrieben ist (DMP DM Typ 2)
- das Datum der Information des DMP-Arztes über die Ausschreibung (optional)

Bei der Datenlieferung im csv-Format ist die nachfolgende Datensatzbeschreibung „Satzstruktur_Abrechnungsdaten_KVBW“ zu beachten:

| Feldname | Datentyp | Beschreibung | Bsp | K=Kann; M=Muss |
|----------------|-------------------|---|------------|------------------|
| ABR_QUART | NUMBER(5,0) | Abrechnungsquartal | 20151 | M |
| BSNR | NUMBER(9,0) | BSNR=Betriebsstättennummer | 621010200 | M ⁽¹⁾ |
| LANR | NUMBER(9,0) | LANR=Lebenslange Arztnummer | 1817868901 | K ⁽²⁾ |
| GENEHMIGT_SEIT | DATE | Beginn RSA-Konformität | 15.01.2015 | M |
| INST_KZ | NUMBER(9,0) | Institutionskennzeichen | 100061844 | M ⁽³⁾ |
| VKNR | NUMBER(5,0) | Krankenkassennummer | 61125 | M ⁽³⁾ |
| VERS_NR | VARCHAR2(12 BYTE) | Versichertennummer | 14555555 | M |
| EGK_PERSON_ID | VARCHAR2(10 BYTE) | EGK-Nummer | A576612765 | M |
| PAT_NAME | VARCHAR2(45 BYTE) | Patienten-Nachname | Mustermann | M |
| PAT_VORNAME | VARCHAR2(45 BYTE) | Patienten-Vorname | Kurt | M |
| PAT_GEB_DATUM | DATE | Patienten-Geburtsdatum | 01.05.1955 | M |
| DMP_PROGRAMM | VARCHAR2(5 BYTE) | Einschreibung im Programm im Quartal (Mehrfachnennung möglich) | KHK | M |
| INFO_PRAxis | DATE | ggf. Zeitpunkt der Information über Ausschreibung | 27.01.2015 | K |

* Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) in der jeweils gültigen Fassung

⁽¹⁾ Die BSNR ist mit bis zu neun Ziffern anzugeben.

⁽²⁾ Das Feld soll befüllt werden. Die LANR ist dann mit bis zu sieben Ziffern (ohne die zwei Ziffern für den Fachgruppencode) anzugeben.

⁽³⁾ Es muss nur ein Feld (entweder INST_KZ oder VKNR) befüllt sein

– Anlage 12–

zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.10.2023 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen

Prozessbeschreibung zum Übertragungsverfahren SFTP für Gültigkeitsinformationen zu den RSA-konformen DMP-Einschreibungen gemäß der RSAV* durch eine Krankenkasse

1. Grundlegendes

Die Krankenkasse übermittelt eine Datei mit Abrechnungsinformationen zu gültigen RSA-konformen DMP-Einschreibungen (Gültigkeitsinformation) laut vereinbarter Schnittstelle gemäß Anlage 11.

Die Datei wird auf dem SFTP-Server der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW-DMP-EINSCHR) bereitgestellt.

2. Bereitstellung der Daten

Die Gültigkeitsinformation wird mittels einer csv-Datei an die KVBW übermittelt.

Inhalte und Aufbau der Dateien sind in der Datensatzbeschreibung

„Satzstruktur_Abrechnungsdaten_KVBW“ in Anlage 11 beschrieben. Die Dateien sind mit Header versehen.

Dateiname der Gültigkeitsinformation:

EINSCHR_DMP_VKNR_YYYYQ_DD.MM.YYYY.csv

(z.B.: „EINSCHR_DMP_61251_20161_30.05.2016.csv“)

Zu jedem Übertragungsvorgang einer Abrechnungsinformation erstellt die Krankenkasse eine E-Mail, die den Verteiler der KVBW über die Bereitstellung informiert.

Die Bereitstellung der Daten erfolgt 4-mal jährlich. Die Daten werden jeweils bis spätestens zum 2. Kalendertag des auf den jeweiligen Verfristungstermin gem. § 24 Abs. 2 Nr. 2.c) i.V.m. § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1.a) der RSAV* folgenden Monats (02.03., 02.06., 02.09., und 02.12.) über den SFTP-Server (KVBW-DMP-EINSCHR) von der Krankenkasse an die KVBW weitergeleitet. Fällt der 2. auf ein Wochenende/Feiertag (auch regionale) gilt der vorherige letzte Arbeitstag als letztmöglicher Bereitstellungstag.

3. Löschung der Daten

Die Löschung der Daten auf dem SFTP-Server erfolgt durch das Operating der KVBW, nachdem diese zur Weiterverarbeitung weitergeleitet wurden.

4. Weiterleitung der Daten

Das Operating der KVBW leitet die Datei mit den Gültigkeitsinformationen unverzüglich weiter an den gesondert festgelegten Import-Dateiordner.

* Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) in der jeweils gültigen Fassung