

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Vereinbarung

über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Diabetes mellitus Typ 1 in Baden-Württemberg auf der Grundlage des § 83 SGB V
(Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1)

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 die Leiterin 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
§ 1 Ziele der Vereinbarung	6
§ 2 Geltungsbereich	6
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen des DMP- Arztes	7
§ 4 Aufgaben des DMP- Arztes	7
§ 5 Mitwirkende Ärzte	8
§ 6 Teilnahme von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen	8
§ 7 Antrag auf Teilnahme	9
§ 8 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Genehmigung	9
§ 9 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme	9
§ 10 Leistungserbringerverzeichnis	9
§ 11 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1	10
§ 12 Grundlagen und Ziele	11
§ 13 Maßnahmen und Indikatoren	11
§ 14 Durchführung der Qualitätssicherung	11
§ 15 Fortbildung der Ärzte	12
§ 16 Vertragsmaßnahmen	13
§ 17 Teilnahmevoraussetzungen	13
§ 18 Information und Einschreibung	14
§ 19 Teilnahme- und Einwilligungserklärung	15
§ 20 Beginn und Ende der Teilnahme	15
§ 21 Wechsel des DMP- Arztes	16
§ 22 Versichertenverzeichnis	16
§ 23 Versichertenschulung	16
§ 24 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft	17
§ 25 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft	17
§ 26 Datenannahme- und -verarbeitungsstelle	17
§ 27 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	18
§ 28 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	18
§ 29 Erst- und Folgedokumentationen	19
§ 30 Datenverwendung	19
§ 31 Datenzugang	20
§ 32 Datenaufbewahrung und -löschung	20
§ 33 Evaluation	21
§ 34 Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen	21
§ 34a Prüfung der Abrechnung (Dokumentationsleistungen)	21

§ 35 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen	22
§ 36 Haftung	22
§ 37 Laufzeit und Kündigung	22
§ 38 Salvatorische Klausel	22

Anlagenverzeichnis

Anlage 1a

Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor

Anlage 1b

Strukturqualität qualifizierter Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen

Anlage 1c

Strukturqualität mitwirkende Leistungserbringer

Anlage 2

Versorgungsinhalte Diabetes mellitus Typ 1

Anlage 3

Patientenschulung

Anlage 4

Qualitätssicherung

Anlage 5

Teilnahme- und Einwilligungserklärung inkl. Patienten- und Datenschutzinformation

Anlage 6

Weggefallen

Anlage 7a

Antrag des Arztes auf Genehmigung zur Teilnahme / Mitwirkung

Anlage 7b

Weggefallen

Anlage 8

Leistungserbringerverzeichnis

Anlage 9

Empfehlung Dokumentationsfrequenz

Anlage 10

Datensatzstruktur der Gültigkeitsinformationen zu den Dokumentationsdaten gemäß der DMP-A-RL

Erläuterungen

„BAS“ ist das Bundesamt für soziale Sicherung

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

„DMP-A-RL“ ist die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V „(DMP-Anforderungen-Richtlinie oder DMP-A-RL)“.

DS-GVO ist die (Europäische) Datenschutzgrundverordnung. §§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichen beziehen sich auf diese Vereinbarung

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils geltenden Fassung

„KVBW“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

„Vertragsärzte“ sind Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und berechtigt sind, weitere Ärzte anzustellen

„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 dieser Vereinbarung erbringen

„Angestellter Arzt“ ist ein Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs. 1 SGB V

„Anstellender Arzt“ 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

„Koordinierender Arzt“ ist gleichbedeutend mit „DMP- Arzt“

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

„Facharzt“ ist ein Leistungserbringer i.S.d. § 5 sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen

„Qualifizierte Einrichtung“ ist eine Einrichtung, die gemäß Ziffer 1.8.1 und/oder 1.8.2 DMP-A-RL für die Leistungen der hausärztlichen und/oder fachärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i.S.d. §§ 27, 28

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i.S.d. §§ 24, 25

„Dokumentationen“ bzw. „Dokumentationsdaten“ enthalten die in der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL aufgeführten Daten in der jeweils gültigen Fassung. Bei minderjährigen Versicherten/Patienten gelten die gesetzlichen Bestimmungen über die Vertretung.

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 sind.

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme – DMP genannt) nach § 137f SGB V strukturiert 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 1. Dieser Vertrag tritt am 01.07.2021 geändert mit Wirkung zum 01.05.2022 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt den Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Diabetes mellitus Typ 1 in Baden-Württemberg vom 01.07.2015 mit der hierzu geschlossenen Ergänzenden Erklärung vom 01.07.2021. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig. Die aktuellen vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL und der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Durchführung der Programme, insbesondere die Regelungen zur Verarbeitung und Aufbewahrung 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 der Programme sowie die Qualitätssicherung im Programm soweit wie möglich auf Grundlage pseudonymisierter Daten. Die Nutzung versichertenbezogener Daten durch die Krankenkassen erfolgt ausschließlich in dem durch die RSAV und der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung und den Bestimmungen dieser Vereinbarung festgelegten Umfang.

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

§ I Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 in Baden-Württemberg. Über dieses Behandlungsprogramm soll eine indikationsabhängige systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten, den weiteren an der medizinischen Versorgung Beteiligten sowie den Partnern dieser Vereinbarung und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 gewährleistet werden. Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 1 sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und DMP-A-RL festgelegt.
- (2) Darüber hinaus soll der Patient durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme angeregt werden, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen.
- (3) Die Therapie nach diesem Disease-Management-Programm dient der Erhöhung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung oder der Verbesserung der von einem Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität. Hieraus ergeben sich gem. Anlage 7 Nummer 1.3 der DMP-A-RL folgende Therapieziele:
 - Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
 - Vermeidung von Neuropathien bzw. Linderung von damit verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen,
 - Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen,

- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
- Vermeidung von Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidosen und Hypoglykämie) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Lipohypertrophien)

Darüber hinaus sind gemeinsam mit dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen und eine differenzierte Therapieplanung vorzunehmen.

- (4) Folgende Ziele stehen bei der medizinischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen gem. Anlage 7 Nummer 1.7.1 der DMP-A-RL im Vordergrund:

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

- (5) Die Vertragspartner stimmen überein, dass an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmende Versicherte gemäß den in dieser Vereinbarung vereinbarten Versorgungsinhalten behandelt und beraten werden. Dies gilt grundsätzlich auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 1 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für

1. Ärzte, der KVBW die nach Maßgabe des Abschnitts II am Disease Management Programm – persönlich oder durch angestellte Ärzte - teilnehmen
2. Versicherte der vertragsschließenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.

- (2) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 73 SGB V bleibt unberührt.

- (3) Für Versicherte weiterer IKKs, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, erfolgt die Durchführung des Programms durch die versichernde IKK.

- (4) Basis dieser Vereinbarung sind die RSAV sowie die DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung. Sollten sich auf Grund nachfolgender RSA-ÄndV oder auf Grund von Änderungen der DMP-A-RL oder durch weitere gesetzliche Regelungen inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieser Vereinbarung zu erfolgen. Die Anpassungsfristen nach § 137g Abs. 2 SGB V sind zu beachten.

Abschnitt II

Teilnahme der Ärzte und Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen des DMP- Arztes

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt als DMP- Arzt sind Ärzte, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1a bzw. 1b dieser Vereinbarung (Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor) – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen und dies gegenüber der KVBW nachweisen. Änderungen oder Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen sind der KVBW unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (3) Abweichend von Absatz 2 erfolgt die Koordination bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren grundsätzlich, unter 21 Jahren fakultativ durch einen diabetologisch qualifizierten Pädiater gemäß Anlage 1b.
- (4) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 7 dieser Vereinbarung bestätigt der anstellende Arzt (bzw. der Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums), dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist dies zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 8. Der Wegfall von Teilnahmevoraussetzungen ist der KVBW unverzüglich mitzuteilen.
- (5) Sollen Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt (bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum) die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzung 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 schriftlich mitgeteilt.
- (6) Die Vertragspartner beachten für die Datenverarbeitung die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO, dem Bundesdatenschutzgesetz, dem Landesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch.

§ 4

Aufgaben des DMP- Arztes

- (1) Zu den Aufgaben des DMP- Arztes nach § 3 gehören insbesondere
 1. die Koordination der Behandlung der Versicherten unter Beachtung der nach § 11 dieser Vereinbarung geregelten Versorgungsinhalte
 2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten – bei Minderjährigen auch die Einbeziehung der gesetzlichen Vertreter - gemäß § 17 dieser Vereinbarung
 3. die Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII dieser Vereinbarung spätestens bis zum 5. des Folgemonats an die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle nach § 26. Der Arzt hat vor der Versendung sicherzustellen, dass eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.

4. die Vergabe einer nur einmal zu vergebenden DMP-Fallnummer nach seiner Wahl für jeden Versicherten, die aus maximal sieben Zeichen bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden
 5. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 12 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums
 6. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 23, sofern die Schulungsberechtigung gegenüber der KVBW entsprechend nachgewiesen ist
 7. die Beachtung der Kooperations- und Überweisungsregeln gem. Anlage 7 Nummer 1.8 der DMP-A-RL unter besonderer Berücksichtigung der Qualifikationen gem. Anlage 1c dieser Vereinbarung. Im Übrigen entscheidet der DMP- Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung
 8. die Einweisung zur stationären Behandlung insbesondere bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3 der Anlage 7 der DMP-A-RL genannten Indikationen unter Berücksichtigung der Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur in das nächstgelegene Krankenhaus entsprechend dem Krankenhausverzeichnis nach § 10. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation (akute, lebensbedrohliche Situation) kann in jedes Krankenhaus erfolgen
 9. bei Überweisung und Einweisung therapierelevante Informationen entsprechend § 11, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern
 10. Information des behandelnden Hausarztes über die Einschreibung sowie über therapierelevante Informationen unter Beachtung von § 73 Abs. 1b SGB V
 11. bei Wechsel des DMP- Arztes sind dem neuen DMP- Arzt, mit Zustimmung des Patienten, auf Anforderung alle Patientendaten zu übermitteln.
 12. die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der DMP-Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.
- (2) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt gelten die Ziffern 1 bis 12 des Absatz 1 entsprechend. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 dieser Vereinbarung näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung und Dokumentation im DMP berechtigt.
- (3) Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV und DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 5 Mitwirkende Ärzte

Bei der Umsetzung des DMP wirken qualifizierte Ärzte gemäß Anlage 1c mit. Sie beachten dabei die Anforderungen und Vorgaben der DMP-A-RL.

§ 6 Teilnahme von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

Die Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen wird in separaten Verträgen geregelt.

§ 7 **Antrag auf Teilnahme**

Der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt beantragt bei der KVBW die Genehmigung zur Teilnahme als DMP- Arzt nach § 3 dieser Vereinbarung sowie der in Anlage 1c Nr. 1 weiter genannten Qualifikationen dieser Vereinbarung schriftlich. Der Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung an dieser Vereinbarung nach Anlage 7a wird in der jeweils aktuellen Fassung auf der Homepage der KVBW veröffentlicht.

§ 8 **Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Genehmigung**

- (1) Die KVBW prüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der Strukturqualität nach § 3 in Verbindung mit der Anlage 1 und erteilt schriftlich die erforderlichen Genehmigungen.
- (2) Die KVBW überprüft darüber hinaus die Schulungsberechtigung gemäß Anlage 3 (Patientenschulung), für die teilnehmenden Ärzte nach § 3 und erteilt schriftlich die erforderliche Genehmigung.

§ 9 **Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Arztes am Programm beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag des Eingangs des Antrags bei der KVBW.
- (2) Der DMP- Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVBW kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Endet die Teilnahme eines DMP- Arztes, können die Mitgliedskassen der Verbände die hiervon betroffenen Versicherten auf weitere DMP- Ärzte aufmerksam machen, um gegebenenfalls einen Wechsel gemäß § 21 dieser Vereinbarung zu ermöglichen.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet ferner, wenn die KVBW feststellt, dass die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden.
- (5) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet mit dem Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ruht während des Ruhens der Zulassung.
- (6) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in § 3 in Verbindung mit der Anlage 1 (Strukturqualität koordinierender Arzt) näher bezeichneten Voraussetzungen 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.

§ 10 **Leistungserbringerverzeichnis**

- (2) Die KVBW führt über die teilnehmenden und ausgeschiedenen DMP- Ärzte nach § 3 bzw. Anlage 1c Ziffer 1 ein Verzeichnis (nachfolgend Leistungserbringerverzeichnis). Dieses Leistungserbringerverzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KVBW stellt dieses Leistungserbringerverzeichnis der Datenannahmestelle regelmäßig im abgestimmten Format zur Verfügung. Die Datenstelle übermittelt im Auftrag das verarbeitete Leistungserbringerverzeichnis (siehe Anlage 8) auf sicherem Übermittlungsweg in elektronischer Form der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP Baden-Württemberg sowie den Verbänden und der KVBW.

- (3) Das Leistungserbringerverzeichnis umfasst insbesondere arztbezogen folgende Inhalte:
- Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
 - Arzt- und Betriebsstättennummer und
 - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen
- (4) Die Verbände führen ein Verzeichnis der nach § 6 teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Einrichtungen, die zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen besonders qualifiziert sind, werden gesondert ausgewiesen. Dieses Verzeichnis wird der KVBW in elektronischer Form (z.B. als Excel-Datei) zur Information der am Vertrag teilnehmenden Ärzte zur Verfügung gestellt.
- (5) Die Verbände der Krankenkassen legen dem BAS die Leistungserbringerverzeichnisse beim Antrag auf Zulassung vor. Bei einer unbefristeten Zulassung werden aktualisierte Leistungserbringerverzeichnisse alle 5 Jahre dem BAS zur Verfügung gestellt.
- (6) Weiterhin werden diese Leistungserbringerverzeichnisse folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
1. am Programm teilnehmende Leistungserbringer 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 der Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung, durch die jeweilige Krankenkasse.
 3. Das Verzeichnis ist vollständig zur Verfügung zu stellen. Eine Einschränkung auf die innerhalb eines Landkreises teilnehmenden Leistungserbringer ist zulässig. Die freie Arztwahl darf nicht beeinflusst werden.
- (7) Ein Auszug (Kontaktdaten der am DMP teilnehmenden Ärzte) aus den Leistungserbringerverzeichnissen 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**

§ II **Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm** **Diabetes mellitus Typ I**

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in Anlage 7 der DMP-A-RL definiert. Anlage 7 der DMP-A-RL in der jeweils aktuellen Fassung ist Bestandteil dieses Vertrages. Die teilnehmenden Ärzte werden nach Inkrafttreten einer Änderung der Anlage 7 der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) enthalten, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechen § 137g Abs. 2 SGB V, über die geänderten Anforderungen unterrichtet. Der am Vertrag 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 7 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**

§ 12 **Grundlagen und Ziele**

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 4 (Qualitätssicherung) genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere die:

1. Beachtung der Anforderungen gemäß § 137f Absatz 2 Satz 2, Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen)
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Anlage 7 der DMP-A-RL
4. Einhaltung der in diesem Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität
5. aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 13 **Maßnahmen und Indikatoren**

- (1) Entsprechend der Anlage 7 Nummer 2 der DMP-A-RL bzw. 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 gemäß § 27.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:
1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer
 2. strukturierter Feedbackbericht auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierter Dokumentationsdaten an die DMP- Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle
 3. die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln
 4. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten
 5. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

§ 14 **Durchführung der Qualitätssicherung**

- (1) Die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle gemäß § 26 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 § 27 wertet die ihr gemäß § 26 übermittelten Dokumentationsdaten nach Maßgabe der Anlage 4 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 Informationen an notwendige Nachsorge- und Behandlungstermine, wenn der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme aufgrund der von der Datenannahme- und -verarbeitungsstelle gemäß § 26 an die Krankenkassen gemeldeten Daten fehlt
 2. berichten der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 27 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 § 30.
- (4) Die KVBW
 1. wertet die ihr gemäß § 26 übermittelten Dokumentationsdaten arztbezogen aus und setzt daraus resultierende arztindividuelle Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungsqualität um,
 2. wird von der Gemeinsamen Einrichtung über die Auswertung und den Versand nach Abs. 2 informiert,
 3. berichtet der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 28 in regelmäßigen Abständen über diese Qualitätssicherung und berücksichtigt die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung.
- (5) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 4 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 15 Fortbildung der Ärzte

- (1) Die Verbände und die KVBW informieren die teilnahmeberechtigten Ärzte gemäß § 3 bzw. Anlage 1c Nr. 1 über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1. Die zu verwendenden Informationsmaterialien stimmen die Vertragspartner in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 28 ab.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen der teilnahmeberechtigten Ärzte nach § 3 (Arztinformationsveranstaltung und/oder Praxismanual) dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Nummer 3 der Anlage 7 der DMP-A-RL ab.
- (3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVBW nachzuweisen.
- (4) Die Vertragspartner definieren nach Beratung in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 27 bedarfsorientiert Anforderungen an die für die DMP relevante, regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Ärzte.

- (5) Die Maßnahmen nach Absatz 1 bis 4 erfolgen gemäß den Inhalten der jeweils gültigen Fassung der DMP-A-RL.

§ 16 Vertragsmaßnahmen

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannt gewordene Vertragsverstöße der DMP- Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.
- (2) Verletzen die nach § 3 und/oder § 4 dieser Vereinbarung 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 Beratungsgesprächs 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

§ 17 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte gemäß § 2 können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern die nachfolgenden Einschreibekriterien gemäß Nummer 3 der Anlage 7 der DMP-A-RL erfüllt sind:
1. Die Diagnose Diabetes mellitus Typ 1 ist gemäß Nummer 1.2 der Anlage 7 der DMP-A-RL gesichert.
 2. Der Versicherte erteilt einmalig die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene, Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE).
 3. Der Versicherte erhält umfassende, auch schriftliche Informationen
 - über die Programminhalte,
 - über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befund/Behandlungsdaten an seine 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 RSV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
 - über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele,
 - die Freiwilligkeit seiner Teilnahme,

- die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung,
 - über seine Mitwirkungspflichten sowie
 - darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.
4. Der Versicherte kann in Hinblick auf die in Nummer 1.3.1 der Anlage 7 der DMP-A-RL genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken.
 5. Bei dem Versicherten wurde eine Insulintherapie gemäß Nummer 1.3.4 der Anlage 7 der DMP-A-RL eingeleitet bzw. die Insulintherapie wird bereits durchgeführt.
- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.
 - (3) Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) können nicht an diesem Disease-Management-Programm teilnehmen.

§ 18 Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkassen werden ihre Versicherten entsprechend § 24 Absatz 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch eine Patienteninformation umfassend über das Disease-Management-Programminformieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE).
- (2) DMP- Ärzte, die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV diejenigen ihrer Patienten, die nach § 18 Abs.1 dieser Vereinbarung teilnehmen können; der DMP- Arzt kann dabei auf die Möglichkeit der Einschreibung bei der Krankenkasse nach Absatz 6 verweisen. Die Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) gemäß § 19 bei einem DMP- Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm sind neben der unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) gemäß § 19 folgende Unterlagen notwendig:
 - die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL durch den behandelnden DMP- Arzt,
 - die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-Arzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- (4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen DMP- Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte DMP- Arzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 8 der DMP-A-RL an die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle nach § 26 weiterleitet. Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte sich nicht bei mehreren DMP- Ärzten für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 einschreibt.
- (5) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL sowie der DMP-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an den verschiedenen Disease-Management-Programmen teilnehmen. Eine gleichzeitige Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich.
- (6) Der Versicherte kann sich auch bei der Krankenkasse in das Disease-Management-Programm einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) von der Krankenkasse an seinen behandelnden DMP- Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 erstellt und weitergeleitet werden.

- (7) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 vorliegen, bestätigt die Krankenkasse dem Versicherten und dem DMP- Arzt schriftlich die Teilnahme des Versicherten an dem Disease-Management-Programm unter Angabe des Eintrittsdatums.

§ 19

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

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

Bei Versicherten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres wird die Erklärung durch den gesetzlichen Vertreter abgegeben.

§ 20

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 18 Absatz 7 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 18 Absatz 3 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. des Wegfalls der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V
 - des Zugangs des Widerrufs bei der zuständigen Krankenkasse bei Widerruf der Einwilligungserklärung
 - 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 nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat
 - oder wenn zwei aufeinanderfolgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist übermittelt worden sind.
- (4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten, den DMP- Arzt und die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle gem. § 26 unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Disease-Management-Programm.
- (5) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 17 vorliegen

§ 21 **Wechsel des DMP- Arztes**

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 § 4 Nr. 3 genannten Fristen an die Datenstelle. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines DMP- Arztes.

§ 22 **Versichertenverzeichnis**

Die Verbände übermitteln der KVBW bei Bedarf in elektronischer Form eine Liste mit den Krankenversicherer-Nummern für die gemäß § 17 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

Abschnitt VI **Schulung**

§ 23 **Versichertenschulung**

- (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 sowie 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, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm gemäß Anlage 3. Diese vom BAS akkreditierten Schulungsprogramme sind hierbei in der jeweils gültigen vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage zu verwenden. Schulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen.
- (3) Kinder und Jugendliche bzw. deren Betreuungspersonen erhalten gleichfalls Zugang zu bereits durch das BAS geprüften und im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen zur Anwendung kommenden Schulungs- und Behandlungsprogrammen, die in geeigneten Abständen durchgeführt werden. Schulungen, die nach dem 31. Dezember 2019 in dieses DMP eingeführt werden, müssen zielgruppenspezifisch, strukturiert, evaluiert und publiziert sein. Sind strukturierte, zielgruppenspezifische, evaluierte und publizierte Schulungen verfügbar, sind diese bevorzugt anzubieten. Es verfolgt das Ziel, das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement der Kinder und Jugendlichen und in besonderem Maße auch das ihrer Betreuungspersonen zu fördern und zu entwickeln. Der individuelle Schulungsstand des Versicherten bzw. der Betreuungsperson ist grundsätzlich zu berücksichtigen.
- (4) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte, die gemäß der Anlage 3 hierzu befähigt sind. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 8.
- (5) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur evidenzbasierten Arzneimitteltherapie gemäß § 11 einzubeziehen. Weiterhin muss bei Schulungen auf Inhalte, die der RSAV bzw. der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.

Abschnitt VII

Arbeitsgemeinschaft/Datenannahme- und -verarbeitungsstelle/ Gemeinsame Einrichtung

§ 24

Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

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

§ 25

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 Nr. 1 RSAV die Aufgabe, den bei ihr eingehenden Datensatz versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn an die KVBW und die nach § 29 gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 4 weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DSGVO i.V.m. § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 26 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.

§ 26

Datenannahme- und -verarbeitungsstelle

- (1) Die Vertragspartner verständigen sich über eine Datenannahme- und -verarbeitungsstelle.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 24 beauftragt die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle zur:
 1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
 3. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL,
 4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung nach § 27 und die KVBW.
- (3) Die Verbände beauftragen die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle mit folgenden Aufgaben:
 1. Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
 3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse oder an die von ihr beauftragte Stelle

4. Überprüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität.
 5. Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse oder an 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 an die entsprechenden Stellen.
- (5) Zur Erfüllung der in Absatz 4 genannten Aufgaben genehmigt der DMP- Arzt mit seiner Unterschrift auf dem Antrag nach § 7 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.

§ 27

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung oder erweitern die Aufgaben der bereits bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 28

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 in einer für die Verlaufsbetrachtung des Programms geeigneten Form;
 2. die regelmäßige Evaluation der Umsetzung des Vertrages anhand der nach Nr. 1 aufbereiteten Daten insbesondere unter der Fragestellung, ob
 - die Dokumentationsqualität ausreichend ist,
 - 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 gemäß § 14 Abs. 4 sowie der Verbände über die versichertenbezogenen Erinnerungsmaßnahmen gemäß § 14 Abs. 3 in pseudonymisierter summarischer Darstellung,
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung der Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i.V.m. § 6 DMP-A-RL,

5. die Formulierung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Erinnerungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen.
- (2) Darüber hinaus obliegt der Gemeinsamen Einrichtung die Beschlussfassung zur Verwendung von bewerteten Leistungsdaten der 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 Unterlagen
 1. zur Information der Versicherten nach §§ 18 Abs. 1; 23 Abs. 1 und 30 Abs. 1 Nr. 3,
 2. für Erinnerungsmaßnahmen nach § 14 Abs. 3,
 3. zur Information der Ärzte nach § 15 Abs. 1zu dieser Vereinbarung ab.

Abschnitt VIII

Datenfluss und Datenverwendung

§ 29

Erst- und Folgedokumentationen

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung und Einschreibung, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation genutzt. Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Der DMP- Arzt legt, unter Beachtung der Anlage 9 (Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz), in seinen Dokumentationen entsprechend der Ausprägung des Diabetes mellitus Typ 1 fest, welches Dokumentationsintervall (pro Quartal/jedes zweite Quartal) für den jeweilig eingeschriebenen Versicherten maßgeblich ist.

§ 30

Datenverwendung

- (1) Die nach § 26 Abs. 3 an die Krankenkassen weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze nach Anlage 2 i.V.m. Anlage der DMP-A-RL werden von der Krankenkasse des Versicherten nur für folgende Zwecke genutzt:
 1. Schriftliche Information von Versicherten nach §§ 18 Abs. 1 und 23 Abs. 1,
 2. schriftliche Information von Versicherten nach § 14 Abs. 3 zur Erinnerung an die Wahrnehmung notwendiger Termine bei Ausbleiben der Folgedokumentation,
 3. ergänzende Information der Versicherten über die Krankheit und deren Zusammenhänge und Folgen sowie für Beratungs- und Schulungsangebote gemäß 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:

Maßnahmen der Krankenkassen ohne Benehmensherstellung mit dem DMP- Arzt

- allgemeine Information (Broschüren) über Diabetes mellitus bzw. Begleiterkrankungen
- Gesundheitsangebote der Krankenkassen (z.B. zu Ernährung und Bewegung, sowie Raucherentwöhnung)
- Beendigung der Teilnahme gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 der RSAV
- Erinnerung an einen Arztbesuch

Maßnahmen der Krankenkassen im Benehmen mit dem DMP- Arzt

- Angebot einer Patientenschulung oder (modularer) Nachschulung, z.B. Diabetes mellitus oder Hypertonie
- Erstellung eines Rehabilitationsplanes nach dem SGB IX
- Angebot einer individuellen Beratung über weitere Leistungen der Krankenkasse unter Berücksichtigung des häuslichen Umfelds
- Angebote zur psychosozialen Betreuung

- (3) Die Regelungen zur Datenverwendung gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des Disease-Management-Programms bis zum Ende der in § 32 genannten Aufbewahrungsfrist.

§ 31 Datenzugang

Zugang zu den an die Arbeitsgemeinschaft oder Datenannahme- und -verarbeitungsstelle, Gemeinsame Einrichtung, KVBW und an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehenden Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind zu beachten.

§ 32 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des DMP-Arztbesuches übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehenden Daten werden von der Arbeitsgemeinschaft oder der Datenannahme- und -verarbeitungsstelle, gemäß der jeweils gültigen DMP-A-RL des G-BA 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 IX Evaluation

§ 33 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 X Vergütung und Abrechnung

§ 34 Ärztliche Leistungen und Sondervergütung

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

§ 34a Prüfung der Abrechnung (Dokumentationsleistungen)

- (1) Die Datenstelle nach § 26 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 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 § 26 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 Verbände informieren die KVBW unverzüglich über Fehler und / oder Unregelmäßigkeiten bei der Übermittlung der Gültigkeitsinformationen.
- (4) Die KVBW verwendet die übermittelten Gültigkeitsinformationen gemäß Anlage 10 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.

- (5) Die KVBW stellt das Ergebnis ihrer Abrechnungsprüfung (Regelwerkstreffer und Berichtigungsvolumen, separat nach Prüfungsthema) den Verbänden bis spätestens Ende des dritten Folgemonats nach dem Abrechnungsquartal im Excel-Format zur Verfügung.
- (6) Die KVBW haftet nicht für Fehler und / oder Unregelmäßigkeiten der Datenstelle nach § 26 bei der Übermittlung der Gültigkeitsinformationen.

Abschnitt XI Sonstige Bestimmungen

§ 35 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 (Anlage 6 BMV-Ä).
- (2) Die für Prüfzwecke im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ggf. angeforderten Unterlagen werden von den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.

§ 36 Haftung

Eine Haftung der KVBW für etwaige den Krankenkassen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs entstehende Nachteile ist ausgeschlossen.

§ 37 Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2021 geändert mit Wirkung zum 01.05.2022 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.07.2015 mit der hierzu geschlossenen Ergänzenden Erklärung vom 01.07.2017. 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 Kalandervierteljahres gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, der DMP-ARL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden.
- (3) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms durch das BAS kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von zwei Wochen zum Monatsende gekündigt werden. Die Vertragspartner prüfen, ob eine Anschlussregelung getroffen werden kann.

§ 38 Salvatorische Klausel

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

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

Anlage Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor

zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V
Diabetes mellitus Typ 1 zwischen den Verbänden und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

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

Die Langzeitbetreuung und Dokumentation des Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 soll durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt erfolgen¹.

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

Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
Fachliche Voraussetzungen des koordinierenden Arztes/DMP-Arzt	Ärzte, die - die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie und Diabetologie besitzen oder - die Anerkennung als Diabetologe DDG besitzen oder - das 80-stündige Curriculum der DDG <u>und</u> eine mindestens 2-jährige internistische Weiterbildung mit mindestens einjähriger Tätigkeit in einer Diabetesklinik oder einer anerkannten Einrichtung² nachweisen <u>ferner:</u> - Information durch das Praxismanual oder Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung zu Beginn der Teilnahme - Teilnahme mindestens einmal jährlich an einer diabetes-spezifischen zertifizierten Fortbildung - Teilnahme an einem diabetesspezifischem Qualitätszirkel

¹ Anlage 7, Nummer 1.8.1 der DMP-A-RL

² Einrichtungen gemäß DDG bzw. Einrichtungen mit Weiterbildungsbefugnis „Diabetologie“ der zuständigen Ärztekammer

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	<u>Qualifikation nicht-ärztliches Personal</u> Ab 01.10.2023 gilt folgende Regelung: – Beschäftigung/Kooperation³ 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 entspricht in der Arztpraxis. Als vergleichbare Qualifikation gilt: – eine mindestens einjährige Weiterbildung im Bereich Diabetologie, die in mehreren zusammenhängenden Abschnitten absolviert wird, – dabei werden mindestens 480 Stunden theoretischer Unterricht und 1.000 Stunden praktischer Weiterbildung vermittelt. Hiervon sind 250 Stunden als praktische Anleitung bzw. Unterricht nachzuweisen. Die Voraussetzungen sind gegenüber der KVBW nachzuweisen.⁴ - mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen Beschäftigung/Kooperation³ mit: - einem/r Oecothrophologen/in oder Diätassistenten/in - einem/r medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen

³ Als Kooperation gilt bspw. die Zusammenarbeit mit selbstständig tätigen Personen welche die jeweilige, notwendige Qualifikation besitzen und regelmäßig in der Praxis anwesend sind. Dies kann durch eine vertragliche Einbindung geschehen.

⁴ für die bislang teilnahmeberechtigten Fachkräfte (Diabetesberater/innen) gilt ein Bestandsschutz. Weiterhin gilt für Fachkräfte, die am 01.07.2009 mit einer Ausbildung entsprechend den am 01.03.2004 geltenden Vorgaben bereits begonnen haben, dass diese nach Erfüllung des entsprechenden Ausbildungsumfangs berechtigt sind, Leistungen im Rahmen von DMP zu erbringen. Sie haben jedoch bis zum 01.07.2010 eine ergänzende Ausbildung gemäß den neuen Qualitätsanforderungen zu beginnen und diese spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten der 20. RSA-ÄndV abzuschließen.

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
Apparative Ausstattung der Praxen	- Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards⁵ - 24 Stunden-Blutdruckmessung - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur Bestimmung der Glukosekonzentration im venösen Plasma und HbA1c-Messung⁶, - EKG - Sonographie⁸, Doppler- oder Duplexsonographie⁸ - Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in der Begründung zu Nummer 1.5.4.1 der Anlage 7 der DMP-A-RL

⁶ kann auch als Auftragsleistung vergeben werden.

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

Anlage Strukturqualität qualifizierter Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen

zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 zwischen den Verbänden und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

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

Bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren erfolgt die Langzeitbetreuung obligatorisch, bei Jugendlichen unter 21 Jahren fakultativ durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Pädiater.¹

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

Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
Fachliche Voraussetzungen diabetologisch qualifizierter Arzt/Einrichtung für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen	Arzt für Kinderheilkunde, der - die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Diabetologie besitzt oder - die Anerkennung als Diabetologe DDG oder - das 80-stündige Curriculum der DDG und eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Diabetesklinik oder -abteilung oder eine mindestens zweijährige Tätigkeit in einer Schwerpunktpraxis, in der schwerpunktmäßig Kinder behandelt wurden, in abhängiger Beschäftigung nachweisen kann - <u>und</u> ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1. - Information durch das Praxismanual oder Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung zu Beginn der Teilnahme - mindestens einmal jährlich Teilnahme an diabetesspezifischen, von einer Landesärztekammer zertifizierter Fortbildungen - regelmäßige Teilnahme an diabetesspez. Qualitätszirkeln

¹ Anlage 7, Nummer 1.8.1 DMP-A-RL; in Einzelfällen kann die Koordination auch von Hausärzten im Rahmen ihrer in § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben in enger Kooperation mit einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt/Einrichtung wahrgenommen werden.

Anlage 1b

Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	<u>Qualifikation nicht-ärztliches Personal</u> - Beschäftigung/Kooperation mit mindestens einem/er Diabetesberater/in mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung. Als vergleichbare Qualifikation gilt: - Weiterbildung dauert mindestens 1 Jahr, ist in zusammenhängenden Abschnitten konzipiert und - besteht aus mindestens 480 Stunden theoretischem Unterricht und 1.000 Stunden praktischer Weiterbildung, von denen 250 Stunden als praktische Anleitung bzw. Unterricht nachzuweisen sind Die Voraussetzungen sind gegenüber der KVBW nachzuweisen.² - das nicht-ärztliche Personal ist mindestens einmal jährlich zu spezifischen (insbesondere pädagogischen, psychosozialen und diabetologischen) Fragestellungen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die an Diabetes erkrankt sind, zu schulen Beschäftigung/Kooperation mit: - einem/r Ökotrophologen/in oder Diätassistenten/in - einer Heil- oder sozialpädagogischen Fachkraft
Apparative Ausstattung der Praxen	- Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards³ - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur Bestimmung der Glukosekonzentration im venösen Plasma und HbA1c -Messung⁴, - Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

² Für die bislang teilnahmeberechtigten Fachkräfte (Diabetesberater/innen) gilt ein Bestandsschutz. Weiterhin gilt für Fachkräfte, die am 01.07.2009 mit einer Ausbildung entsprechend den am 01.03.2004 geltenden Vorgaben bereits begonnen haben, dass diese nach Erfüllung des entsprechenden Ausbildungsumfangs berechtigt sind, Leistungen im Rahmen von DMP zu erbringen. Sie haben jedoch bis zum 01.07.2010 eine ergänzende Ausbildung gemäß den neuen Qualitätsanforderungen zu beginnen und diese spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten der 20. RSA-ÄndV abzuschließen.

³ Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in der Begründung zu Nummer 1.5.4.1 der Anlage 7 DMP-A-RL

⁴ kann auch als Auftragsleistung vergeben werden.

Anlage Strukturqualität mitwirkende Leistungserbringer

zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V
Diabetes mellitus Typ 1 zwischen den Verbänden und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Strukturvoraussetzungen andere Leistungserbringer

Leistungserbringer, zu denen bei entsprechender Indikation mit Auftragsleistung zu überweisen ist, sind Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen sowie Ärzte in einer qualifizierten Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist. Die Voraussetzungen dieser Anlage sind – persönlich oder durch angestellte Ärzte – in jeder Betriebsstätte zu erfüllen. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder Betriebsstätte erfüllt sein. Leistungserbringer unter 1. sind im Gegensatz zu denen unter 2. zugleich teilnehmende Ärzte am DMP.

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe		Voraussetzungen
1.	Diabetologisch qualifizierter Arzt zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Insulinpumpentherapie	entsprechend den fachlichen und strukturellen Voraussetzungen als DMP- Arzt <u>zusätzlich:</u> betreut dauerhaft (mindestens seit 12 Monaten) Patienten mit Insulinpumpentherapie und themenbezogene Fortbildung. Die genauen Fortbildungsumfänge und Abstände für die Behandlung von Diabetiker mit Insulinpumpentherapie sind Bestandteil der Weiterbildung und Zusatzbezeichnung Diabetologie. In den allgemeinen Strukturvoraussetzungen haben die Ärzte bereits mehrfach die Fortbildungsverpflichtungen gem. § 95d SGB V erfüllt. Die Insulinpumpentherapie ist mittlerweile Standardtherapie im Diabetes Typ 1.
	zur Betreuung von schwangeren Typ-1 Diabetikerinnen	entsprechend den fachlichen und strukturellen Voraussetzungen als DMP- Arzt <u>zusätzlich:</u> - betreut regelmäßig (mind. in 2 Quartalen je Kalenderjahr) schwangere Patientinnen und themenbezogene Fortbildung. Die genauen Fortbildungsumfänge und Abstände für die Behandlung von Diabetiker mit Insulinpumpentherapie sind Bestandteil der Weiterbildung und Zusatzbezeichnung Diabetologie. In den allgemeinen Strukturvoraussetzungen haben die Ärzte bereits mehrfach die Fortbildungsverpflichtungen gem. § 95d SGB V erfüllt. Die Insulinpumpentherapie ist mittlerweile Standardtherapie im Diabetes Typ 1.

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe		Voraussetzungen
		- Zusammenarbeit mit einem geburtshilflichen Zentrum mit angeschlossener Neonatologie - Zusammenarbeit mit dem behandelnden Gynäkologen
	Eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung/Praxis	entsprechend den fachlichen und strukturellen Voraussetzungen als DMP- Arzt, mit ausreichender Erfahrung in der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms 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. <u>In der Prozessqualität sind folgende Standards einzuhalten:</u> - standardisierte Befunderhebung¹ - standardisierte Dokumentation des Behandlungsverlaufes²

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

² mittels standardisiertem Fußerfassungsbogen der DDG. Die Dokumentation kann in Stichproben durch von der Gemeinsamen Einrichtung beauftragte Sachverständige überprüft werden.

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe		Voraussetzungen
		- mindestens einmal jährlich Teilnahme an einem Qualitätszirkel der in der Behandlung des diabetischen Fußes einbezogenen Leistungserbringer - Verbesserung der Stoffwechseleinstellung durch den Diabetologen <u>Notwendige (apparative) Ausstattung</u> Möglichkeit zur Basisdiagnostik der peripheren Neuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament) - Doppler- oder Duplexsonographie³ - Behandlungstuhl mit ausreichender Lichtquelle - Photodokumentation - Voraussetzungen für entsprechende hygienische Maßnahmen (z. B. geprüfter Sterilisator, OP-Kleidung, Desinfektionsplan, Hygieneplan) - Entlastungsschuhe; orthopädische Orthesen, Unterarmstützen <u>Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal:</u> - geschultes medizinisches Assistenzpersonal insbesondere mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung/Wundmanagement - alle zwei Jahre Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen - Beschäftigung/Kooperation mit mindestens eines/einer Diabetesberaters/Diabetesberaterin

³ kann auch als Auftragsleistung vergeben werden. Fachliche Voraussetzungen gemäß der „Vereinbarung von Qualitätsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik („Ultraschall-Vereinbarung“) in der jeweils geltenden Fassung

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe		Voraussetzungen
		mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung Als vergleichbare Qualifikation gilt: - eine mindestens einjährige Weiterbildung im Bereich Diabetologie, die in mehreren zusammenhängenden Abschnitten absolviert wird, - dabei werden mindestens 480 Stunden theoretischer Unterricht und 1.000 Stunden praktischer Weiterbildung vermittelt. Hiervon sind 250 Stunden als praktische Anleitung bzw. Unterricht nachzuweisen.
2.	Facharzt zur ophthalmologischen Untersuchung	Facharzt/-ärztin für Augenheilkunde
	Nephrologisch qualifizierter Arzt	Facharzt/-ärztin für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Nephrologie oder Ärzte, die in einer Praxis mit einem Versorgungsauftrag gem. Anlage 9.1 BMVÄ tätig sind.
	Psychotherapeutische Behandlung	- Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder - Facharzt/-ärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder - psychologische Psychotherapeuten oder - Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie oder - Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse
	In der Hypertoniebehandlung qualifizierte Ärzte	Facharzt/-ärztin für Innere Medizin <u>apparative Mindestausstattung:</u> EKG, Sonographie⁴, Doppler- oder Duplexsonographie⁵, 24-Stunden-Blutdruckmessung, Belastungs-EKG⁶

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

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe		Voraussetzungen
	Psychosoz. Betreuung	niederschwellige Beratungsangebote durch die Krankenkasse

⁵ kann auch als Auftragsleistung vergeben werden. Fachliche Voraussetzungen gemäß der „Vereinbarung von Qualitätsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik („Ultraschall-Vereinbarung“) in der jeweils geltenden Fassung

⁶ es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

Versorgungsinhalte

Zu der am 01.07.2021 in Kraft getretenen Vereinbarung zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 1 nach § 137 f zwischen den Verbänden und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Anlage 7 Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1

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

1.1 Definition des Diabetes mellitus Typ 1

Als Diabetes mellitus Typ 1 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch absoluten Insulinmangel auf Grund einer Zerstörung der Betazellen in der Regel im Rahmen eines Autoimmungeschehens entsteht und häufig mit anderen Autoimmunerkrankungen assoziiert ist.

1.2 Diagnostik (Eingangsdiagnose)

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

1. Nachweis typischer Symptome des Diabetes mellitus (zum Beispiel Polyurie, Polydipsie, ungewollter Gewichtsverlust) und/oder einer Ketonurie/Ketoazidose (als Hinweis auf einen absoluten Insulinmangel) und
2. Nüchtern-Glukose vorrangig im Plasma (l. P.) $\geq 7,0 \text{ mmol / l}$ ($\geq 126 \text{ mg / dl}$) oder Nicht-Nüchtern-Glukose l. P. $\geq 11,1 \text{ mmol / l}$ ($\geq 200 \text{ mg / dl}$).

Die Unterscheidung zwischen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 erfolgt im strukturierten Behandlungsprogramm demnach anhand der Anamnese, des klinischen Bildes und der Laborparameter. Dies schließt bei Bedarf die Bestimmung der diabetesspezifischen Antikörper mit ein.

Die Ärztin oder der Arzt soll in Abstimmung mit der Patientin oder mit dem Patienten prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

1.3 Therapie des Diabetes mellitus Typ 1

1.3.1 Therapieziele

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

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

- Vermeidung von Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidosen und Hypoglykämie) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (zum Beispiel Lipohypertrophien).

1.3.2 Differenzierte Therapieplanung

Auf der Basis der allgemeinen Therapieziele und unter Berücksichtigung des individuellen Risikos sowie der vorliegenden Folgeschäden bzw. Begleiterkrankungen sind gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen und eine differenzierte Therapieplanung vorzunehmen. Ziel der antihyperglykämischen Therapie ist eine normnahe Einstellung der Glukose unter Vermeidung von Hyper- und Hypoglykämien. Bei Erwachsenen mit Diabetes mellitus Typ 1 sollte ein HbA1c-Wert $\leq 7,5\%$ (≤ 58 mmol/mol) angestrebt werden, solange keine problematischen Hypoglykämien auftreten.

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

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

1.3.3 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 müssen Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.

Im Übrigen gelten die in Nummer 4.2 genannten Zugangs- und Qualitätssicherungskriterien.

1.3.4 Insulinsubstitution und Stoffwechselselbstkontrolle

Bei gesichertem Diabetes mellitus Typ 1 ist die Substitution von Insulin die lebensnotwendige und lebensrettende Maßnahme. Für die Erreichung der in Nummer 1.3.1 genannten Therapieziele ist die Senkung der Glukosewerte in einen individuell vereinbarten, möglichst normnahen Bereich notwendig.

Die intensivierte Insulin-Therapie (ICT) mittels manueller Injektionstherapie (Pentherapie) oder mittels kontinuierlicher subkutaner Insulininfusion (CSII / Pumpentherapie) ist der Behandlungsstandard bei Diabetes mellitus Typ 1.

Im Rahmen des strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramms sollen die Patientinnen und Patienten mit der selbstständigen korrekten Durchführung einer intensivierten Insulintherapie vertraut gemacht werden. Hierzu zählen u. a. die variablen präprandialen Gaben von kurzwirksamen Insulinen nach Glukoseselbstkontrolle. Dabei ist auf einen ausreichenden Wechsel der Insulin-Injektionsstellen zu achten, um Gewebeveränderungen zu vermeiden, die die Insulinresorption nachhaltig beeinflussen. Ziel ist eine selbstbestimmte flexible Lebensführung. Patientinnen und Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die Glukosewirksamkeit ihrer Nahrung einzuschätzen, um die Insulindosierung entsprechend anpassen zu können. Die regelmäßige Glukoseselbstkontrolle ist integraler Bestandteil der intensivierten Insulintherapie des Diabetes mellitus Typ 1 sowie deren Erweiterung durch die rtCGM und dient der Korrektur bei Blutzuckerschwankungen und dem Gewährleisten der Therapiesicherheit.

Bei Patientinnen und Patienten mit einer intensivierten Insulinbehandlung, welche in dieser geschult sind und diese bereits anwenden, besteht insbesondere dann eine Indikation zur Anwendung der rtCGM, wenn deren festgelegte individuelle Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation der Patientin oder des Patienten nicht erreicht werden können.

Bei Anwendung der rtCGM muss die Patientin oder der Patient zeitnah bereits im Zuge der

Verordnung und vor der ersten Anwendung des rtCGM über die Schulungsinhalte zur intensivierten Insulintherapie (ICT und gegebenenfalls zur Insulinpumpe) hinausgehend, hinsichtlich der sicheren Anwendung des Gerätes, insbesondere der Bedeutung der Blutglukose-Selbstmessung und der durch das Gerät zur Verfügung gestellten Trends unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfs und eventuell vorhandener Vorkenntnisse geschult werden. Für Patientinnen und Patienten die eine rtCGM anwenden sind auch die Vorgaben in Nummer 4.2 zu beachten.

Bei hyperglykämischen Entgleisungen sollen Messungen der Ketonkörper zum Ausschluss einer Ketose erfolgen. Konzeption und Durchführung der Glukose-Kontrolle sollten bei Bedarf überprüft und mit der Patientin oder dem Patienten besprochen werden.

1.3.5 Ärztliche Kontrolluntersuchungen

Die folgende Tabelle fasst die regelmäßig durchzuführenden Untersuchungen zusammen. Näheres ist in den Nummern 1.5 und 1.7 beschrieben.

Erwachsene	Kinder und Jugendliche
<u>jährlich</u> : Ermittlung der Albumin-Kreatinin-Ratio (AKR) im Spontan-Urin zur Diagnostik einer Albuminurie und Nephropathie nach 5 Jahren Diabetesdauer. Zusätzlich Berechnung der geschätzten (estimated) glomerulären Filtrationsrate (eGFR)	<u>jährlich</u> : Ermittlung der Albumin-Kreatinin-Ratio (AKR) im Spontan-Urin bei Kindern und Jugendlichen (nach 5 Jahren Diabetesdauer, frühestens ab dem 11. Lebensjahr)
	ein- bis zweijährlich: Bestimmung des TSH-Wertes und ein- bis zweijährlich: Bestimmung der Transglutaminase-IgA-Antikörper (Tg-IgA-Ak)
<u>ein- oder zweijährlich</u> : augenärztliche Untersuchung einschließlich Netzhautuntersuchung in Mydriasis zum Ausschluss einer Retinopathie nach 5 Jahren Diabetesdauer	<u>ein- oder zweijährlich</u> : augenärztliche Untersuchung einschließlich Netzhautuntersuchung in Mydriasis zum Ausschluss einer Retinopathie (nach 5 Jahren Diabetesdauer, frühestens ab dem 11. Lebensjahr)
Nach 5 Jahren Diabetesdauer <u>mindestens einmal jährlich</u> : Inspektion der Füße einschließlich klinischer Prüfung auf Neuropathie und Prüfung des Pulsstatus Untersuchung der Füße bei erhöhtem Risiko, einschließlich Überprüfung des Schuhwerks gemäß Befund siehe Tabelle in Nummer 1.5.3.	
<u>vierteljährlich, mindestens einmal jährlich</u> : Blutdruckmessung nach WHO-Standard	mindestens einmal jährlich: Blutdruckmessung nach WHO-Standard bei Kindern und Jugendlichen (ab dem 11. Lebensjahr)
<u>vierteljährlich, mindestens 2 x jährlich</u> : HbA1c-Messung	<u>vierteljährlich, mindestens 2 x jährlich</u> : HbA1c-Messung

vierteljährlich, mindestens 2 x jährlich: Untersuchung der Injektionsstellen, bei starken Blutzuckerschwankungen auch häufiger	vierteljährlich, mindestens 2 x jährlich: Untersuchung der Injektionsstellen, bei starken Blutzuckerschwankungen auch häufiger
--	--

1.3.6 Lebensstil

1.3.6.1 Raucherberatung

Im Rahmen der Therapie klärt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patientinnen und die Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens, des Konsums über E-Zigaretten und Passivrauchens für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 auf, verbunden mit den folgenden spezifischen Beratungsstrategien und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben.

- Der Raucherstatus soll bei jeder Patientin und jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden.
- Raucherinnen und Raucher sollen in einer klaren, starken und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Es ist festzustellen, ob Raucherinnen und Raucher zu dieser Zeit bereit sind, einen Ausstiegsversuch zu beginnen.
- Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Hilfen zur Raucherentwöhnung angeboten werden. Dazu gehören nicht-medikamentöse, insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten Tabakentwöhnung und geeignete Medikamente, deren Kosten vom Patienten selbst zu tragen sind.
- Es sollen Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.

1.3.6.2 Alkoholkonsum

Alkoholkonsum bei Diabetes mellitus Typ 1 erhöht das Risiko einer verspätet auftretenden Hypoglykämie. Patientinnen und Patienten sind über entsprechende präventive Maßnahmen zu informieren.

1.3.6.3 Hypoglykämierisiko im Alltag

Die Patientinnen und Patienten sollen über das Hypoglykämierisiko im Straßenverkehr sowie bei verschiedenen Tätigkeiten (zum Beispiel Sport, Bedienung von Maschinen) und die zu ergreifenden Maßnahmen zur Vermeidung einer Hypoglykämie aufgeklärt werden. Insbesondere soll über die möglicherweise eingeschränkte Fahrsicherheit beim Führen eines Fahrzeugs aufgeklärt werden. Die Betroffenen sollen explizit nach dem Auftreten von Hypoglykämien in o.g. Situationen befragt werden.

1.3.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

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

Die Ärztin oder der Arzt soll anlassbezogen, mindestens aber jährlich sämtliche von der Patientin oder vom Patienten tatsächlich eingenommenen Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, strukturiert erfassen und deren mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen berücksichtigen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können. Im Rahmen dieser strukturierten Arzneimittelerfassung kann auch

eine Prüfung der Indikation für die einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren an der ärztlichen Behandlung Beteiligten durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt erforderlich werden. Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine Arzneimittelverordnung im Rahmen einer Priorisierung gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden.

Die Patientinnen und Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach § 31a SGB V informiert.

Bei festgestellter Einschränkung der Nierenfunktion sind die Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall der Nierenfunktion anzupassen.

1.4 Hypoglykämische und ketoazidotische Stoffwechselentgleisungen

Nach einer schweren Hypoglykämie oder Ketoazidose ist wegen des Risikos der Wiederholung solcher metabolischer Ereignisse im Anschluss an die Notfalltherapie zeitnah die Ursachenklärung und bei Bedarf eine Therapie- und /oder Therapiezielanpassung einzuleiten. In dieser Situation ist, sofern noch nicht erfolgt, die Indikation zum rtCGM zu prüfen.

1.5 Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus Typ 1

1.5.1 Mikrovaskuläre Folgeerkrankungen

1.5.1.1 Allgemeinmaßnahmen

Für die Vermeidung des Entstehens mikrovaskulärer Folgeerkrankungen (vor allem diabetische Retinopathie und Nephropathie) ist die Senkung der Glukose in einen normnahen Bereich notwendig. Bereits bestehende mikrovaskuläre Komplikationen können insbesondere zu den Folgeschäden führen, die einzeln oder gemeinsam auftreten können: Sehbehinderung bis zur Erblindung, Niereninsuffizienz bis zur Dialysenotwendigkeit. Zur Hemmung der Progression ist neben der Senkung der Glukose die Senkung des Blutdrucks in einen normnahen Bereich von entscheidender Bedeutung. Die Aufmerksamkeit soll 5 Jahre nach Manifestation des Diabetes mellitus Typ 1 auf Folgeerkrankungen gerichtet werden.

1.5.1.2 Diabetische Nephropathie

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

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

Zusätzlich ist jährlich die Bestimmung der eGFR auf Basis der Serum-Kreatinin-Bestimmung durchzuführen.

Wenn eine diabetische Nephropathie diagnostiziert wurde, sind Interventionen vorzusehen, für die ein positiver Nutznachweis im Hinblick auf die Vermeidung der Progression und

Nierenersatztherapie erbracht ist. Dazu zählen insbesondere eine Senkung des Blutdrucks unter 140/90 mmHg - und normnahe Glukoseeinstellung, Tabakverzicht und bei pathologisch reduzierter glomerulärer Filtrationsrate die Empfehlung einer adäquat begrenzten Eiweißaufnahme.

Patientinnen und Patienten mit progredienter Nierenfunktionsstörung sollen spätestens bei Erreichen einer Niereninsuffizienz im Stadium 4 über die Möglichkeit einer Nierenersatztherapie aufgeklärt werden. Eine Schonung der Armvenen proximal des Handgelenks beidseits soll erfolgen.

Bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und fortgeschrittener Niereninsuffizienz mit potentiell reversiblen diabetesassoziierten Komplikationen kann die kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantation eine Therapieoption sein.

1.5.1.3 Diabetische Retinopathie

Zum Ausschluss einer diabetischen Retinopathie ist, in der Regel beginnend fünf Jahre nach Manifestation des Diabetes, eine augenärztliche Untersuchung einschließlich Netzhautuntersuchung in Mydriasis durchzuführen. Bei unauffälligem Augenhintergrundbefund ist eine Kontrolluntersuchung in Abhängigkeit des Risikoprofils alle ein oder zwei Jahre durchzuführen.

Wenn eine diabetesassoziierte Augenkomplikation diagnostiziert wurde, sind Interventionen vorzusehen, für die ein Nutznachweis im Hinblick auf die Vermeidung einer Sehverschlechterung oder Erblindung erbracht ist. Dazu zählen eine normnahe Glukose- und Blutdruckeinstellung sowie gegebenenfalls eine rechtzeitige und adäquate augenärztliche Behandlung.

1.5.2 Diabetische Neuropathie

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

Bei Neuropathien mit für die Patientin oder den Patienten störender Symptomatik (vor allem schmerzhaftes Polyneuropathie) ist der Einsatz zusätzlicher medikamentöser Maßnahmen sinnvoll, aber nicht in jedem Fall erfolgreich. Medikamente, deren Organtoxizität und insbesondere deren Risiko für kardiovaskuläre und renale Nebenwirkungen am niedrigsten sind, sind zu bevorzugen.

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

1.5.3 Das diabetische Fußsyndrom

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

Anamnese und Untersuchung auf Neuropathie und pAVK sollen nach 5 Jahren Diabetesdauer mindestens einmal jährlich erfolgen.

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

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

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

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

Keine sensible Neuropathie	Mindestens jährlich
sensible Neuropathie	Mindestens alle 6 Monate
sensible Neuropathie und Zeichen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit oder Risiken wie Fußdeformitäten (gegebenenfalls infolge Osteoarthropathie), Hyperkeratose mit Einblutung, Z. n. Ulkus, Z. n. Amputation	alle 3 Monate oder häufiger

Bei Patientinnen und Patienten mit Neuro- oder Angiopathie ohne Hautdefekt, bei denen eine verletzungsfreie und effektive Hornhautabtragung oder Nagelpflege nicht selbst sichergestellt werden kann, ist unter den Voraussetzungen §§ 27 ff Heilmittel-Richtlinie die Verordnung einer podologischen Therapie angezeigt.

Bei Hinweisen auf ein diabetisches Fußsyndrom (mit Epithelläsion, Verdacht auf oder manifester Weichteil- oder Knocheninfektion oder Verdacht auf Osteoarthropathie) gelten die Überweisungsregeln nach Nummer 1.8.2. Nach abgeschlossener Behandlung einer Läsion im Rahmen eines diabetischen Fußsyndroms ist die regelmäßige Vorstellung in einer für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit diabetischem Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung zu prüfen.

1.5.4 Makroangiopathische Erkrankungen

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 haben insbesondere bei Vorliegen einer Nephropathie ein deutlich erhöhtes Risiko bezüglich der kardio- und zerebrovaskulären Morbidität und Mortalität. Zusätzlich zu einer guten Diabetes-Einstellung und einer Empfehlung zur Raucherentwöhnung (siehe Nummer 1.3.6.1) sind die im Folgenden angeführten Maßnahmen vorzunehmen.

1.5.4.1 Arterielle Hypertonie bei Diabetes mellitus Typ 1

1.5.4.1.1 Definition und Diagnosestellung der Hypertonie

Wenn nicht bereits eine Hypertonie bekannt ist, kann die Diagnose gestellt werden, wenn bei mindestens zwei Gelegenheitsblutdruckmessungen an zwei unterschiedlichen Tagen Blutdruckwerte von ≥ 140 mmHg systolisch und/oder ≥ 90 mmHg diastolisch gemessen werden. Diese Definition bezieht sich auf manuelle auskultatorische Messungen, die durch eine Ärztin oder einen Arzt oder geschultes medizinisches Personal grundsätzlich in einer medizinischen Einrichtung durchgeführt werden, und gilt unabhängig von Alter oder vorliegenden Begleiterkrankungen. Die Blutdruckmessung ist methodisch standardisiert gemäß den internationalen Empfehlungen durchzuführen. Bei Unsicherheiten hinsichtlich der Diagnosestellung auf der Basis von in medizinischen Einrichtungen erhobenen Blutdruckwerten sollten diese durch Selbst- bzw. Langzeitblutdruck-Messungen ergänzt werden.

1.5.4.1.2 Therapeutische Maßnahmen bei Hypertonie

Patientinnen und Patienten mit Hypertonie können von Maßnahmen, die sich auf den Lebensstil auswirken, profitieren. Hierzu zählt zum Beispiel die Steigerung der körperlichen Aktivität. Auf diese Lebensstilinterventionen sollen Patientinnen und Patienten hingewiesen werden.

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

89 mmHg. Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation der Patientin bzw. des Patienten (z. B. Alter, Begleiterkrankungen) können individuelle Abweichungen erforderlich sein.

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und arterieller Hypertonie sollen Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.

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

- Angiotensin-Conversions-Enzym-Hemmer (ACE-Hemmer) bei ACE-Hemmer-Unverträglichkeit oder speziellen Indikationen ARB (AT1-Rezeptor-Antagonisten).
- Diuretika: Bei hinreichender Nierenfunktion sind Thiaziddiuretika den Schleifendiuretika vorzuziehen. Es gibt Hinweise, dass Chlortalidon dem Hydrochlorothiazid vorgezogen werden sollte.

Beta-1-Rezeptor-selektive Betablocker kommen bei gleichzeitiger manifester Herzinsuffizienz in Frage. Patientinnen und Patienten nach Myokardinfarkt sollte für ein Jahr ein Betarezeptorenblocker empfohlen und dann die weitere Gabe bzw. das Absetzen reevaluiert werden.

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

1.5.4.2 Statintherapie

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit einer koronaren Herzkrankheit sollen mit einem Statin behandelt werden. In der Primärprävention sollte bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit einem stark erhöhten Risiko für makroangiopathische Komplikationen (zum Beispiel bei diabetischer Nephropathie) die Therapie mit einem Statin erwogen werden.

1.5.4.3 Thrombozytenaggregationshemmer

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

1.5.5 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

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

1.5.6 Autoimmunerkrankungen

Angesichts der hohen Wahrscheinlichkeit einer Assoziation mit einer autoimmunen Schilddrüsenerkrankung und einer Zöliakie soll entsprechenden klinischen Hinweisen nachgegangen werden. Beim Vorliegen von entsprechenden Symptomen soll eine TSH-Bestimmung, bei Auffälligkeiten zusätzlich die Bestimmung von Schilddrüsenautoantikörpern erfolgen. Bei entsprechenden Symptomen sollen die Transglutaminase-IgA-Antikörper (Tg-IgA-Ak) bestimmt werden.

Des Weiteren soll auf die mögliche Entwicklung weiterer Autoimmunerkrankungen geachtet werden.

1.6 Schwangerschaft bei Diabetes mellitus Typ 1

Patientinnen mit geplanter oder bestehender Schwangerschaft bedürfen einer speziellen interdisziplinären Betreuung. Durch Optimierung der Glukosewerte vor und während der Schwangerschaft sowie eine Beratung zur frühzeitigen möglichst präkonzeptionellen Folsäuresubstitution, können die maternalen und fetalen Komplikationen deutlich reduziert werden. Der Patientin ist hierzu der Einsatz eines rtCGMs anzubieten.

Die Einstellung ist grundsätzlich als intensivierte Insulintherapie durchzuführen. Bei Schwangerschaft soll kein Wechsel der Insulinart erfolgen, solange die Therapieziele suffizient erreicht sind. Bei der Behandlung von Schwangeren sind spezifische Zielwerte der Glukoseeinstellung zu berücksichtigen.

Die Befunde der Ultraschalluntersuchungen zur fetalen Wachstumsentwicklung sollen bei der Stoffwechseleinstellung berücksichtigt werden. Hierzu ist ein enger Informationsaustausch mit der behandelnden Gynäkologin oder dem behandelnden Gynäkologen anzustreben.

1.7 Behandlung von Kindern und Jugendlichen

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

1.7.1 Therapieziele

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

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

1.7.2 Therapie

Die Insulinsubstitution in Form einer intensivierten Insulintherapie ist der Behandlungsstandard bei Diabetes mellitus Typ 1. Angesichts der Überlegenheit dieser Therapieform soll mit der intensivierten Therapie begonnen werden, sobald dieses für die Familie und die Kinder möglich ist. Die Durchführung einer intensivierten Insulintherapie mittels CSII kann vor allem bei sehr jungen Kindern oder bei Jugendlichen mit besonderen Problemen Vorteile haben. Die Insulintherapie soll individuell auf das jeweilige Kind oder den jeweiligen Jugendlichen zugeschnitten sein und regelmäßig überdacht werden, um eine möglichst gute Stoffwechselkontrolle bei gleichzeitiger Vermeidung von schweren Hypoglykämien sicherzustellen.

1.7.3 Schulung

Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 beziehungsweise deren Betreuungspersonen erhalten Zugang zu bereits durch das Bundesamt für Soziale Sicherung geprüften und im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen zur Anwendung kommenden Schulungs- und Behandlungsprogrammen, die in geeigneten Abständen durchgeführt werden. Schulungen, die nach dem 31. Dezember 2019 in dieses DMP eingeführt werden, müssen zielgruppenspezifisch, strukturiert, evaluiert und publiziert sein. Sind strukturierte, zielgruppenspezifische, evaluierte und publizierte Schulungen verfügbar, sind diese bevorzugt anzubieten. Die Schulungen können als Gruppen- oder Einzelschulung erfolgen und sollen den jeweiligen individuellen Schulungsstand berücksichtigen.

Die krankheitsspezifische Beratung und Diabetesschulung in der Pädiatrie soll das Ziel verfolgen, das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement der Kinder und Jugendlichen und in besonderem Maße auch die ihrer Betreuungspersonen zu fördern und zu entwickeln. Das Alter und der Entwicklungsstand des Kindes sind zu berücksichtigen.

1.7.4 Psychosoziale Betreuung

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

1.7.5 Ausschluss von Folgeschäden und assoziierten Erkrankungen

Bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 soll nach fünf Jahren Diabetesdauer, frühestens ab dem 11. Lebensjahr, jährlich die Albumin-Kreatinin-Ratio ermittelt werden und in Abhängigkeit vom Risikoprofil alle ein oder zwei Jahre auf das Vorliegen einer diabetischen Retinopathie gemäß Nummer 1.5.1.3 untersucht werden.

Der Blutdruck soll bei allen Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 mindestens ab einem Alter von elf Jahren mindestens jährlich gemessen werden. Für Kinder und Jugendliche sind altersentsprechende Referenzwerte zu berücksichtigen.

Angesichts der hohen Wahrscheinlichkeit einer Assoziation mit einer autoimmunen Schilddrüsenerkrankung und einer Zöliakie soll entsprechenden klinischen Hinweisen nachgegangen werden. Bei Diagnosestellung sowie im weiteren Verlauf sollen ein- bis zweijährlich der TSH-Wert und die Transglutaminase-IgA-Antikörper (Tg-IgA-Ak) bestimmt werden. Beim Vorliegen von entsprechenden Symptomen soll eine TSH-Bestimmung, bei Auffälligkeiten zusätzlich die Bestimmung von Schilddrüsenautoantikörpern erfolgen. Bei entsprechenden Symptomen sollen die Transglutaminase-IgA-Antikörper (Tg-IgA-Ak) bestimmt werden.

Des Weiteren soll auf die mögliche Entwicklung weiterer Autoimmunerkrankungen geachtet werden.

1.8 Kooperation der Versorgungssektoren

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

1.8.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

Für die Teilnahme an dem strukturierten Behandlungsprogramm wählt die Patientin oder der

Patient zur Langzeitbetreuung und deren Dokumentation eine zugelassene oder ermächtigte Ärztin, einen zugelassenen oder ermächtigten Arzt oder eine Einrichtung, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt. Dies müssen diabetologisch besonders qualifizierte Ärztinnen, Ärzte oder Einrichtungen sein.

In Einzelfällen kann die Koordination auch von Hausärztinnen oder Hausärzten im Rahmen ihrer in § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben in enger Kooperation mit einer diabetologisch besonders qualifizierten Ärztin, einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt oder einer diabetologisch besonders qualifizierten Einrichtung wahrgenommen werden.

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Koordination unter 16 Jahren grundsätzlich, unter 21 Jahren fakultativ durch eine diabetologisch besonders qualifizierte Pädiaterin, einen diabetologisch besonders qualifizierten Pädiater oder eine diabetologisch besonders qualifizierte pädiatrische Einrichtung. In begründeten Einzelfällen kann die Koordination durch eine Ärztin, einen Arzt oder eine Einrichtung erfolgen, die in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen diabetologisch besonders qualifiziert sind.

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

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

- bei Fuß-Läsion mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und bei allen tiefen Ulcera (mit oder ohne Wundinfektion, mit oder ohne Ischämie) sowie bei Verdacht auf Charcot-Fuß in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,
- zur augenärztlichen Untersuchung, insbesondere der Untersuchung der Netzhaut (vgl. Nummer 1.5.1.3),
- bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft in eine in der Behandlung von Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 1 erfahrene qualifizierte Einrichtung (vgl. Nummer 1.6),
- zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie in eine mit dieser Therapie erfahrene diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
- bei bekannter Hypertonie und bei Nichterreichen des Ziel-Blutdruck-Bereiches unterhalb systolisch 140 mmHg und diastolisch 90 mmHg innerhalb eines Zeitraums von höchstens sechs Monaten zur entsprechend qualifizierten Fachärztin, zum entsprechend qualifizierten Facharzt (zum Beispiel Nephrologie) oder zur entsprechend qualifizierten Einrichtung,
- bei einer Einschränkung der Nierenfunktion mit einer eGFR auf weniger als 30 ml/min oder bei deutlicher Progression einer Nierenfunktionsstörung (jährliche Abnahme der eGFR um mehr als 5 ml/min) zur nephrologisch qualifizierten Ärztin, zum nephrologisch qualifizierten Arzt oder zur nephrologisch qualifizierten Einrichtung.

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

- bei Vorliegen makroangiopathischer einschließlich kardialer Komplikationen zur jeweils qualifizierten Fachärztin, Facharzt oder Einrichtung,
- bei allen diabetischen Fuß-Läsionen in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung.

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

Erfolgt in Einzelfällen die Koordination durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben, ist ergänzend zu den oben aufgeführten Indikationen eine Überweisung auch bei folgenden Indikationen zur diabetologisch qualifizierten Fachärztin, zum diabetologisch qualifizierten Facharzt oder zur diabetologisch qualifizierten Einrichtung zu veranlassen. Dies gilt ebenso, wenn die Koordination im Falle von Kindern und Jugendlichen durch eine diabetologisch besonders qualifizierte Ärztin oder einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt ohne Anerkennung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin erfolgt. In diesem Fall ist bei den folgenden Indikationen eine Überweisung zur diabetologisch qualifizierten Pädia-terin, zum diabetologisch qualifizierten Pädia-ter oder zur diabetologisch qualifizierten pädiatrischen Einrichtung zu veranlassen:

- bei Manifestation,
- bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie,
- bei Vorliegen mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie mindestens einmal jährlich,
- zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie / Insulinpumpentherapie (CSII),
- bei Nichterreichen des HbA1c-Zielwertes (in der Regel $\leq 7,5$ % bzw. 58 mmol/mol, sofern keine problematischen Hypoglykämien auftreten) nach maximal sechs Monaten Behandlungsdauer,
- bei Auftreten von Hypoglykämien oder Ketoazidosen, insbesondere bei Abschluss der akut-medizinischen Versorgung infolge einer schweren Stoffwechseldekompensation.

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

1.8.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

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

- Notfall (in jedes Krankenhaus),
- ketoazidotischer Erstmanifestation oder ambulant nicht rasch korrigierbarer Ketose in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung,
- Abklärung nach schweren Hypoglykämien oder Ketoazidosen in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung,
- infiziertem diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese oder akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation,
- diabetischen Fußwunden, die trotz spezialisierter Therapie nicht ausheilen oder gar eine Verschlechterung zeigen, insbesondere wenn eine Fußentlastung ambulant nicht möglich oder erfolgreich ist, und bei Wunden, die Interventionen bedürfen (zum Beispiel parenterale Medikation, Gefäß- oder Knochenoperation),
- Nichterreichen des HbA1c-Zielwertes (in der Regel $\leq 7,5$ % bzw. 58 mmol/mol, sofern keine problematischen Hypoglykämien auftreten) nach in der Regel sechs Monaten (spätestens neun Monaten) Behandlungsdauer in einer ambulanten diabetologisch qualifizierten Einrichtung; vor einer Einweisung in diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen ist zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient von einer stationären Behandlung profitieren kann,

- Kindern und Jugendlichen mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 1 beziehungsweise bei schwerwiegenden Behandlungsproblemen (zum Beispiel ungeklärten Hypoglykämien oder Ketoazidosen) in pädiatrisch diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen,
- gegebenenfalls zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung, die zur Durchführung von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen (entsprechend Nummer 4.2) qualifiziert ist,
- gegebenenfalls zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms (entsprechend Nummer 4.2) von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 im stationären Bereich,
- gegebenenfalls zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie (CSII),
- gegebenenfalls zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus Typ 1.

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

1.8.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms ist insbesondere bei Vorliegen von Komplikationen oder Begleiterkrankungen zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann. Eine Leistung zur Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden, um die Erwerbsfähigkeit, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe der Patientin oder des Patienten am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen durch den Diabetes mellitus Typ 1 und seine Begleit- und Folgeerkrankungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)

Die Ausführungen zu § 2 dieser Richtlinie gelten entsprechend.

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Lfd. Nr.	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird	Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
2	Niedriger Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5 %	Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5 % (69 mmol/mol), bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
3	Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechselentgleisungen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer

4	Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlungen wegen Diabetes mellitus Typ 1	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes mellitus in den letzten 6 Monaten, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
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 kleiner gleich 139 systolisch und kleiner gleich 89 mmHg diastolisch bei bekannter Hypertonie, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie
6	Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren Injektionsstellen untersucht wurden	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, deren Injektionsstellen mindestens halbjährlich untersucht wurden, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
7	Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Diabetes, die an einer empfohlenen Diabetes-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmern Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Hypertonie, die an einer empfohlenen Hypertonie-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmern
8	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 ab 18 Jahre
9	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Thrombozytenaggregations-hemmern bei Makroangiopathie	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit AVK, KHK oder Schlaganfall, bei denen keine Kontraindikation oder orale Antikoagulation besteht

10	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern ohne diabetische	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen jährlich die Albumin-Kreatinin-Ratio im Urin
----	--	---

	Nephropathie mit jährlicher Ermittlung der Albumin-Kreatinin-Ratio im Urin	ermittelt wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab dem 11. Lebensjahr ohne bereits manifeste diabetische Nephropathie
11	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen mindestens einmal jährlich der Fußstatus komplett untersucht wurde	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die mindestens einmal jährlich eine komplette Untersuchung des Fußstatus erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 18 Jahre

3 Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 SGB V)

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

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die Ausführungen zu § 3 dieser Richtlinie gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Teilnahmeerklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben wird.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

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

4 Schulungen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V)

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Die Ausführungen zu § 4 dieser Richtlinie gelten entsprechend.

4.2 Schulungen der Versicherten

4.2.1

Die Ausführungen zu § 4 dieser Richtlinie gelten entsprechend.

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 profitieren in besonderem Maße von einer eigenständig durchgeführten Insulintherapie, einschließlich einer eigenständigen Anpassung der Insulindosis auf der Basis einer Stoffwechselselbstkontrolle. Die dazu notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten sowie Strategien zum Selbstmanagement werden im Rahmen eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms vermittelt. Vor diesem Hintergrund ist die Bereitstellung solcher Schulungs- und Behandlungsprogramme unverzichtbarer Bestandteil des strukturierten Behandlungsprogramms. Aufgabe der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes ist es, die Patientinnen und Patienten über den besonderen Nutzen des strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms zu informieren und ihnen die Teilnahme nahe zu legen. Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und deren Betreuungspersonen müssen unter Berücksichtigung des individuellen Schulungsstandes Zugang zu strukturierten, bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen erhalten. Deren Wirksamkeit muss im Hinblick auf die Verbesserung der Stoffwechsellaage belegt sein. Die Schulung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 soll in einer qualifizierten Einrichtung erfolgen.

4.2.2

Bei Patientinnen oder Patienten mit rtCGM die die festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung unter Anwendung des rtCGM trotz Anleitung zur sicheren Anwendung des Gerätes und unter Beachtung der jeweiligen Lebenssituation nicht erreichen, ist zu prüfen, ob das Therapieziel im Rahmen der ärztlichen Verordnungs- und Behandlungsmaßnahmen zu modifizieren ist, Anpassungen der rtCGM Anwendung vorgenommen werden müssen oder ob die Patientin / der Patienten zur Verbesserung der eigenständig durchgeführten Insulintherapie von einer Schulung nach Nummer 4.2.1 profitiert.

5 Evaluation (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)

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

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

Anlage 3 - Strukturqualität Schulungsarzt/Schulungseinrichtung -

zu dem Vertrag über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und den Verbänden

Patientenschulungen und Strukturvoraussetzungen Schulungsarzt/Schulungseinrichtung

Patientenschulungen nach § 23

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

1. Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 und intensivierter Insulintherapie

1.1. Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Programm (DTTP)

- 1.2. Zugrundeliegende Veröffentlichungen: (a) Pieber TR, Brunner GA et al. Diabetes Care Vol. 18, No.5 May 1995(b) -Mühlhauser, I., Bruckner, I., Berger-M., Chetney-V., Jörgens-V., Ionescu-Tirgiviste-C., Schloz-V., Mincu-I.: Evaluation of an intensified insulin treatment an teaching programme as routine management of type 1 (insulin-dependent) diabetes. 1987 Diabetologica 30: 681-690. LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung

Zugrundeliegende Veröffentlichung:

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

- 1.3 PRIMAS – Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ 1- Diabetes und einer Insulintherapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder einer Insulinpumpentherapie

Zugrundeliegende Veröffentlichung:

Hermanns N, Kulzer B, Ehrmann D, Bergis-Jurgan N, Haak T „The effect of a diabetes education program (PRIMAS) for people with type 1 diabetes: results of a randomized trial”, Diabetes Research and Clinical Practice (2013); 102(3) 149-157.

2. Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 und Hypertonie

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

Zugrundeliegende Veröffentlichungen:

- (a) Heise-T, Jennen-E, Sawicki-P., S. 349-355, Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm, ZaeFQ 95,

- (b) Sawicki-PT, Mühlhauser-I,Didjüreit-U et al. Mortality and morbidity in treated hypertensive type 2 diabetic patients with micro- or macro proteinuria. Diabetic Medicine 1995; 12: 893-8.

2.2. Behandlungs - und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

Zugrundeliegende Veröffentlichung:

Grüßer-M.; Hartmann,P.; Schlottmann,N.; Sawicki-P.; Jörgens,V. Structured patient education for out-patients with hypertension: a model project in Germany. J of Human Hypertension (1997) 11, 501-6

2.3. Modulare Bluthochdruckschulung IPM (Institut für Präventive Medizin)

Zugrundeliegende Veröffentlichungen:

(a) Danzer, E.; Gallert, K.; Friedrich, A.; Fleischmann, E.H.; Walter, H.; Schmieder, R.E.; Ergebnisse der Hypertonieschulung des Instituts für präventive Medizin.[Results of an intensive training program for hypertension at the Institute for Preventive Medicine] Dtsch Med Wochenschr. Nov 2000 17; 125 (46):1385-9.

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

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

3.1. Diabetes-Buch für Kinder (Alter: 5 ½ bis 12 Jahre); 5. aktualisierte Auflage 2016

Zugrundeliegende Veröffentlichung:

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

3.2. Jugendliche mit Diabetes

Zugrundeliegende Veröffentlichung:

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

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

HyPOS (als Ergänzung einer Basisschulung)

Zugrundeliegende Veröffentlichung:

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

5. Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III - deutsche Version

Zugrundeliegende Veröffentlichung:

Schachinger H, Hegar K, Hermanns N, Straumann M, Keller U, Fehm - Wolfsdorf G, Berger W, Cox D: Randomized controlled clinical trial of Blood Glucose Awareness Training (BGAT III) in Switzerland and Germany. J Behav Med 2005, 28: 587-94

In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte der DMP-A-RL, insbesondere betreffend der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie, einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.

Strukturvoraussetzungen Schulungsarzt/Schulungseinrichtung

Teilnahmeberechtigt als Schulungsarzt oder Schulungseinrichtung sind Ärzte und Einrichtungen, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen und die die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte, einhalten.

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
Fachliche Voraussetzungen ärztliches Personal	- Der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert, nachzuweisen. - 24-Stunden Erreichbarkeit des ärztlichen Personals während der Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms. - Erstmanifestationen sind unverzüglich (innerhalb von 2 Wochen) zu schulen.
Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	<u>Qualifikation nicht-ärztliches Personal</u> - Mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen. - Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einer Fortbildung, die zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert.
Räumliche Ausstattung der Praxen	- Räumlichkeiten mit erforderlicher Ausstattung für Einzel- und Gruppenschulungen. - Curricula, Medien entsprechend der angebotenen Schulung.
Sonstige Anforderungen	- Falls der Schulungsarzt nicht DMP- Arzt des betreffenden Patienten ist: Besprechung mit dem DMP- Arzt im Hinblick auf individuell zu vereinbarende Schulungsziele. - Für die Durchführung von Diabetes-Schulungen (Ziffer 1) ist die Teilnahme am DMP Diabetes Typ 1-erforderlich.

Anlage 4

– Diabetes mellitus Typ 1 – Qualitätssicherung

zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V
Diabetes mellitus Typ 1 zwischen den Verbänden und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

QUALITÄTSSICHERUNG DIABETES MELLITUS TYP 1 Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL (Anzuwenden ab 01.07.2021)

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 DMP-A-RL. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt. Die Angabe „Berichtszeitraum“ ist in dieser Anlage als ein Zeitraum von sechs Monaten definiert.

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird	Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 20 ISD (HbA1c-Zielwert) = „Zielwert erreicht“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
II. Niedriger Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem HbA1c-Wert größer 8,5% (69 mmol/mol)	Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5% (69 mmol/mol) bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> IIa) Teilnehmerinnen und Teilnehmer kleiner 30 Jahre: kleiner gleich 20% IIb) Teilnehmerinnen und Teilnehmer größer gleich 30 Jahre:	IIa) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 ISD (HbA1c-Wert) größer 8,5% (69 mmol/mol) <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer kleiner 30 Jahre IIb) <u>Zähler:</u>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	kleiner gleich 10% Zusätzlich: Darstellung der Verteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem HbA1c-Wert: a) größer 8,5 % (69 mmol/mol) b) größer 7,5 % (58 mmol/mol) kleiner gleich 8,5 % (69 mmol/mol) c) größer gleich 6,5 % (48 mmol/mol) kleiner gleich 7,5 % (58 mmol/mol) d) kleiner 6,5 % (48 mmol/mol)	Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 ISD (HbA1c-Wert) größer 8,5% (69 mmol/mol) <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer größer gleich 30 Jahre Zusätzlich: <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 ISD (HbA1c-Wert) a) größer 8,5 % (69 mmol/mol) b) größer 7,5 % (58 mmol/mol) kleiner gleich 8,5 % (69 mmol/mol) c) größer gleich 6,5 % (48 mmol/mol) kleiner gleich 7,5 % (58 mmol/mol) d) kleiner 6,5 % (48 mmol/mol) <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer		
III. Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechselentgleisungen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien in den letzten zwölf Monaten bezogen auf alle eingeschriebene Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> kleiner gleich 15%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 6 ISD (Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation) größer 0 während der letzten 12 Monate <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback mit Nennung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien und Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		Monaten Teilnahmedauer am DMP		
IV. Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlungen wegen Diabetes mellitus Typ 1	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes mellitus in den letzten sechs Monaten, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> kleiner gleich 2%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 8 ISD (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation) größer 0 während der letzten 6 Monate <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 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
V. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Blutdruck < 140/90 mmHg bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit bekannter Hypertonie	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Blutdruckwerten kleiner gleich 139 mmHg systolisch und kleiner gleich 89 mmHg diastolisch bei bekannter Hypertonie bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie <u>Zielwert:</u> größer gleich 60%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch kleiner gleich 139 und diastolisch kleiner gleich 89 mmHg <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VI. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren Injektionsstellen untersucht wurden	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, deren Injektionsstellen mindestens halbjährlich untersucht wurden, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> größer gleich 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer Angabe in Feld 3a ISD (Injektionsstellen (bei Insulintherapie)) = „Unauffällig“ ODER „Auffällig“ in den letzten 6 Monaten <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VII. Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer	a) Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Diabetes, die an einer empfohlenen Diabetesschulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmern Zielwert: Nicht festgelegt	a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulung(en) wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulung(en) wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums ODER [Feld 18 (Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)) =	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	b) Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Hypertonie, die an einer empfohlenen Hypertonie-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmern Zielwert: Nicht festgelegt	„Diabetes-Schulung“ innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND NICHT Feld 19 (Empfohlene Diabetes-Schulung wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation]] { UND NICHT Feld 18a (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) = „Diabetes-Schulung“ }¹ <u>b) Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulungen wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		[Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulung(en) wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums ODER [Feld 18 (Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)) = „Hypertonie-Schulung“ innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND NICHT Feld 19 (Empfohlene Hypertonie-Schulung wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation]] { UND NICHT Feld 18a (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) = „Hypertonie-Schulung“ }²		
	<i>Fakultativ zusätzlich:</i>			

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<i>Anteil der eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Schulung wahrgenommen haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</i> <u>kein Zielwert</u>	<u>Zähler:</u> <i>Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit</i> Feld 19 ISD (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ <i>seit DMP Einschreibung</i> {<i>ODER</i> <i>Feld 18a ISD (Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen) = „Ja“ in der Erstdokumentation}</i>³ <u>Nenner:</u> <i>Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</i> { }^{1,2,3}, Liegt keine Angabe zu Feld 18a (Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen) vor, gilt der Patient als ungeschult und wird nicht aus dem Nenner ausgeschlossen. Dies wird so gewertet, als wäre die Angabe „Nein“ in Feld 18a (Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen) erfolgt. Keine Angabe kann nur dann vorliegen, wenn die Einschreibung vor Aufnahme des Parameters erfolgt ist sowie in den Fällen, in denen ein Arztwechsel erfolgte)		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VIII. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit jährlicher Bestimmung der eGFR, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 18 Jahre <u>Zielwert:</u> größer gleich 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 im Alter größer gleich 18 Jahre mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
IX. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit AVK, KHK oder Schlaganfall, bei denen keine Kontraindikation oder orale Antikoagulation besteht <u>Zielwert:</u> größer gleich 80% Teilnehmer	<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 [Feld 5 ISD (Relevante Ereignisse) = „Herzinfarkt“ UND/ODER „Schlaganfall“] UND NICHT [Feld 13 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „Kontraindikation“ UND/ODER „orale Antikoagulation“]	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
X. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne diabetische Nephropathie mit jährlicher Ermittlung der Albumin-Kreatinin-Ratio im Urin	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen jährlich die Albumin-Kreatinin-Ratio im Urin ermittelt wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab dem 11. Lebensjahr ohne bereits manifeste diabetische Nephropathie <u>Zielwert:</u> größer gleich 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer Angabe in Feld 1a ISD (Pathologische -Albumin-Kreatinin Ratio) = „Ja“ ODER „Nein“ in den letzten 12 Monaten <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter größer gleich 10 Jahre mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP UND NICHT [(Feld 4 ISD (Spätfolgen) = „Diabetische Nephropathie“ ODER Feld 5 ISD (Relevante Ereignisse) = „Nierenersatztherapie“)]	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
XI. Hoher Anteil an Teilnehmern, bei denen mindestens 1x jährlich der Fußstatus komplett untersucht wurde	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die mindestens einmal jährlich eine komplette Untersuchung des Fußstatus erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 18 Jahre Zielwert: größer gleich 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Angaben in Feld 3 ISD (Fußstatus) in den letzten 12 Monaten [[1. Pulsstatus „unauffällig“ ODER „auffällig“] UND [2. Sensibilitätsprüfung „unauffällig“ ODER „auffällig“] UND [3. weiteres Risiko für Ulcus „Fußdeformität“ ODER „Hyperkeratose mit Einblutung“ ODER „Z. n. Ulcus“ ODER „Z .n. Amputation“ ODER „ja“ ODER	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		„nein“] UND [4. Ulkus „oberflächlich“ ODER „tief“ ODER „nein“] UND [5. (Wund)Infektion „ja“ ODER „nein“] Nenner: Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen größer gleich 18 Jahre mit mindestens 12 Monate Teilnahmedauer am DMP		

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechselentgleisungen	entfällt	entfällt	Wenn Angabe in Feld 6 (ISD) (Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation) größer 0	V: Basis-Information über Diabetes und Diabetes-Symptome, Hypo- und Hyperglykämie, Möglichkeiten der Einflussnahme durch den Versicherten; maximal einmal pro Jahr
II. Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	entfällt	entfällt	Wenn Angabe in Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen) erstmalig = „arterielle Hypertonie“ und/oder wenn Feld 15 (AD) (Blutdruck) größer 139 mmHg syst. oder größer 89 mmHg diast. in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen bei Teilnehmer mit bekannter Begleiterkrankung „arterielle Hypertonie“	V: Information über die Problematik der Hypertonie beim Diabetiker und seine Einflussmöglichkeiten (z. B. Blutdruckbroschüre); maximal einmal pro Jahr

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
III. Hoher Anteil von Teilnehmer, die ihren individuell vereinbarten HbA1c-Zielwert erreicht haben	entfällt	entfällt	Wenn Angabe in Feld 20 (ISD) (HbA1c-Zielwert) in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen "Zielwert noch nicht erreicht"	V: Aufklärung/Information des Versicherten über die Wichtigkeit einer adäquaten Blutzuckereinstellung; maximal einmal pro Jahr
IV. Information der Versicherten bei auffälligem Fußstatus	entfällt	entfällt	Wenn in 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, die Angabe zu „3. Weiteres Risiko für Ulcus“ = „Fußdeformität“ und/oder „Hyperkeratose mit Einblutung“ und/oder „Z. n. Ulcus“ ein oder mehrmals angegeben ist, UND/ODER die Angabe zu „4. Ulcus“ = „oberflächlich oder „tief“ ein oder mehrmals angegeben ist UND/ODER die Angabe zu „5. (Wund)Infektion“ = ja	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
			ein oder mehrmals angegeben ist	
V. Hoher Anteil an augenärztlichen Untersuchungen	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 21 (ISD) (ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit der letzten Dokumentation) 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
VI. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	<u>Zähler:</u> Anteil der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen <u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	V: Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arztbesuche

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VII. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 19 (ISD) (empfohlene Diabetes-Schulung(en) und/oder Hypertonie-Schulung(en) wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich“	V. Aufklärung / Information über die Wichtigkeit von Schulungen; maximal einmal pro Jahr

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

Abkürzungen

LE	=	Leistungserbringer
V	=	Versichertenkontakt
QS	=	Qualitätssicherung
AD	=	Allgemeiner Datensatz der Anlage 2
ISD	=	Indikationsspezifischer Datensatz der Anlage 8

Anlage 5

Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte

mit

Information zum Datenschutz und Patienteninformation

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V
Diabetes mellitus Typ 1 zwischen den Verbänden und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-
Württemberg

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

- ☐ Diabetes mellitus Typ 1 ☐ Koronare Herzkrankheit ☐ Asthma ☐ Brustkrebs ☐ Depression ☐ Rheumatoide Arthritis
☐ Diabetes mellitus Typ 2 ☐ Herzinsuffizienz ☐ COPD ☐ Rücken-schmerz ☐ 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 Datenschutzinformation 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.

TTMMJJJJ

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 indikationsspezifischen 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.

TTMMJJJJ

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

06.05.2020 TEEWE Indikationsübergreifend

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 Hausärzterverband) 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.

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 nach § 137f SGB V bei Diabetes mellitus Typ 1

Vereinbarung über die Durchführung auf Basis des § 83 SGB V zwischen der KV Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg, dem BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg, der Knappschaft, der IKK classic sowie den durch den Verband der Ersatzkassen (vdek) vertretenen Krankenkassen (Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1)

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

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_____
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

Antragstellung für:

- ☐ für mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- ☐ für diese/n Angestellte/n

_____	_____	_____	_____
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 Tätigkeitsaufnahme	

_____	_____
E-Mail	Telefon

Wohnanschrift

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: <http://www.kvbawue.de/dmp-diabetes-typ1>

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

Zutreffendes bitte ankreuzen:

I. Teilnahme als DMP-Arzt (koordinierender Versorgungssektor d.h. diabetologisch besonders qualifizierter Arzt für Jugendliche ab 16 Jahren und für Erwachsene)

gem. § 3 Abs. 2 und Anlage 1a der Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1

Ich erfülle eine der folgenden Voraussetzungen:

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

☐ Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie oder Diabetologie

oder

☐ Anerkennung als Diabetologe DDG

oder

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

Fachliche Voraussetzungen des nicht-ärztlichen Personals

Ich erfülle folgende Voraussetzungen:

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

☐ Beschäftigung/Kooperation¹ mit einem/r Diabetesberater/in DDG und/oder

☐ Beschäftigung/Kooperation¹ mit einer Fachkraft mit vergleichbarer Qualifikation. Als vergleichbare Qualifikation gilt:

- eine mindestens einjährige Weiterbildung im Bereich Diabetologie, die in mehreren zusammenhängenden Abschnitten absolviert wird,
- dabei werden mindestens 480 Stunden theoretischer Unterricht und 1.000 Stunden praktischer Weiterbildung vermittelt. Hiervon sind 250 Stunden als praktische Anleitung bzw. Unterricht nachzuweisen.

Die Beschäftigung/Kooperation¹ der oben genannten Fachkraft in der Arztpraxis erfolgt:

☐ in Vollzeit bzw.

☐ von mehreren Kräften mit mind. 20 Stunden/Woche

¹ Als Kooperation gilt bspw. die Zusammenarbeit mit selbstständig tätigen Personen welche die jeweilige, notwendige Qualifikation besitzen und regelmäßig in der Praxis anwesend sind. Dies kann durch eine vertragliche Einbindung geschehen.

- Mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen

Beschäftigung/Kooperation mit

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

Apparative Voraussetzungen

- Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards²
- 24-Stunden-Blutdruckmessung
- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur Bestimmung der Glukosekonzentration im venösen Plasma und HbA1c-Wertes³
- EKG
- Sonographie⁴, Doppler- oder Duplexsonographie⁴
- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

2. Teilnahme als DMP Kinderarzt (koordinierender Versorgungssektor) d.h. diabetologisch besonders qualifizierter Pädiater für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren obligatorisch, bei Jugendlichen unter 21 Jahren fakultativ

gemäß § 3 Abs. 3 und Anlage 1b der Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1

Ich erfülle folgende Voraussetzungen:

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

☐ die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Diabetologie

oder

☐ die Anerkennung als Diabetologe DDG

oder

☐ das 80-stündige Curriculum der DDG und eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Diabetesklinik oder -abteilung oder eine mindestens zweijährige Tätigkeit in einer Schwerpunktpraxis, in der schwerpunktmäßig Kinder behandelt wurden, in abhängiger Beschäftigung

und ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1.

Fachliche Voraussetzung des nicht-ärztlichen Personals (gilt nur für die diabetologisch qualifizierte Einrichtung):

(Die Voraussetzungen sind gegenüber der KVBW nachzuweisen!)

☐ Beschäftigung/Kooperation¹ mit mindestens einem/er Diabetesberater/in DDG und/oder

² Qualitätsstandards gemäß der jeweils gültigen Anlage 7 Nummer 1.5.4.1 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL)

³ kann auch als Auftragsleistung vergeben werden.

⁴ kann auch als Auftragsleistung vergeben werden. Fachliche Voraussetzungen gemäß der „Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall Vereinbarung)“ in der jeweils geltenden Fassung.

- ☐ Beschäftigung/Kooperation¹ mit einer Fachkraft mit vergleichbarer Qualifikation

Als vergleichbare Qualifikation gilt:

- eine mindestens einjährige Weiterbildung im Bereich Diabetologie, die in mehreren zusammenhängenden Abschnitten konzipiert wird,
- dabei werden mindestens 480 Stunden theoretischer Unterricht und 1000 Stunden praktischer Weiterbildung vermittelt, von denen 250 Stunden als praktische Anleitung bzw. Unterricht nachzuweisen sind.

Das nicht-ärztliche Personal ist mindestens einmal jährlich zu spezifischen (insbesondere pädagogischen, psychosozialen und diabetologischen) Fragestellungen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die an Diabetes erkrankt sind, zu schulen.

Beschäftigung/Kooperation mit

- einem/r Ökothrophologen/in oder Diätassistenten/in
- Heil- oder sozialpädagogischen Fachkraft

Apparative Voraussetzungen

- Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards²
- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur Bestimmung der Glukosekonzentration im venösen Plasma und HbA1c-Messung³
- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z.B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

3. Teilnahme als DMP-qualifizierter Arzt, d.h. Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe

gemäß § 5 bzw. Anlage 1c der Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1
(Nachweise sind entsprechend beizufügen, sofern sie der KVBW nicht vorliegen.)

☐ **Als diabetologisch qualifizierter Arzt zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Insulinpumpentherapie** erfülle ich die Voraussetzungen entsprechend den fachlichen und strukturellen Voraussetzungen als DMP-Arzt, Ich betreue dauerhaft (mindestens seit 12 Monaten) Patienten mit Insulinpumpentherapie und themenbezogene Fortbildung. Die genauen Fortbildungsumfänge und Abstände für die Behandlung von Diabetiker mit Insulinpumpentherapie sind Bestandteil der Weiterbildung und Zusatzbezeichnung Diabetologie. In den allgemeinen Strukturvoraussetzungen haben die Ärzte bereits mehrfach die Fortbildungsverpflichtungen gem. § 95d SGB V erfüllt. Die Insulinpumpentherapie ist mittlerweile Standardtherapie im Diabetes Typ 1.

☐ **Als diabetologisch qualifizierter Arzt zur Betreuung von schwangeren Typ 1-Diabetikerinnen** erfülle ich die Voraussetzungen entsprechend den fachlichen und strukturellen Voraussetzungen als DMP-Arzt. Ich betreue regelmäßig (mind. in 2 Quartalen je Kalenderjahr) schwangere Patientinnen und themenbezogene Fortbildung. Ich arbeite mit einem geburtshilflichen Zentrum mit angeschlossener Neonatologie, als auch mit dem behandelnden Gynäkologen zusammen. Die genauen Fortbildungsumfänge und Abstände für die Behandlung von Diabetiker mit Insulinpumpentherapie sind Bestandteil der Weiterbildung und Zusatzbezeichnung Diabetologie. In den allgemeinen Strukturvoraussetzungen haben die Ärzte bereits mehrfach die Fortbildungsverpflichtungen gem. § 95d SGB V erfüllt. Die Insulinpumpentherapie ist mittlerweile Standardtherapie im Diabetes Typ 1.

☐ **Als eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung/Praxis** erfülle ich die Voraussetzungen entsprechend den fachlichen und strukturellen Voraussetzungen als DMP- Arzt mit

ausreichender Erfahrung in der Betreuung des diabetischen Fußsyndroms. 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 Zusatz-qualifikation
- Stationäre Einrichtung mit Spezialisierung Diabetisches Fußsyndrom

In der Prozessqualität werden folgende Standards eingehalten:

- standardisierte Befunderhebung⁵
- standardisierte Dokumentation des Behandlungsverlaufes⁶
- 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 diabetesspezifischen Fortbildungen
- Beschäftigung/Kooperation mit mindestens eines/einer Diabetesberaters/Diabetesberaterin mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung. Als vergleichbare Qualifikation gilt:
 - eine mindestens einjährige Weiterbildung im Bereich Diabetologie, die in mehreren zusammenhängenden Abschnitten absolviert wird,
 - dabei werden mindestens 480 Stunden theoretischer Unterricht und 1.000 Stunden praktischer Weiterbildung vermittelt. Hiervon sind 250 Stunden als praktische Anleitung bzw. Unterricht nachzuweisen.

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

⁶ mittels standardisiertem Fußfassungsbogen 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 1

gemäß § 23 in Verbindung mit Anlage 3 der o. g. Vereinbarung

(Nachweise sind sowohl vom Arzt als auch vom nicht-ärztlichen Personal entsprechend beizufügen.)

- ☐ Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie (ZI)
- ☐ Linda-Diabetes-Selbstmanagementschulung
- ☐ Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)
- ☐ Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (ZI)
- ☐ Modulare Blutdruckschulung (IPM)
- ☐ Diabetes-Buch für Kinder
- ☐ Jugendliche mit Diabetes: ein Schulungsprogramm
- ☐ HyPOS (Schulung für insulinpflichtige Diabetiker mit Hypoglykämie-Risiko)
- ☐ Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III (nur bei vdek, IKK, BKK und KN)
- ☐ PRIMAS Schulungs- u. Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ1- Diabetes (nur vdek, IKK, BKK, KN)

A. Fortbildungen

Für die Teilnahme als DMP- Arzt für Erwachsene bzw. als DMP-Arzt für Kinder und Jugendliche bzw. eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung/Praxis besteht die Verpflichtung beim DMP Diabetes mellitus Typ 1 an Fortbildungen teilzunehmen:

- DMP-Arzt für Erwachsene:
 - 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
- DMP-Arzt für Kinder und Jugendliche:
 - 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 (nur für die diabetologisch qualifizierte Einrichtung)
- 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 Kenntnissnahme Praxismanual

- Das Praxismanual finden Sie auf unserer Homepage (<http://www.kvbawue.de/dmp-diabetes-typ1>) unter: Praxis → Qualitätssicherung → Genehmigungspflichtige Leistungen → DMP Diabetes mellitus Typ 1
- Mit der Teilnahme an der Vereinbarung des DMP Diabetes mellitus Typ 1 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 § 26 Abs. 4 genannten Aufgaben.
- Zusätzlich stimme ich der Veröffentlichung meiner Daten im Leistungserbringerverzeichnis zu.

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

- die Koordination der Behandlung der Versicherten unter Beachtung der nach § 11 dieser Vereinbarung geregelten Versorgungsinhalte
- die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten – bei Minderjährigen auch die Einbeziehung der gesetzlichen Vertreter - gemäß § 17 dieser Vereinbarung
- die Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII dieser Vereinbarung spätestens bis zum 5. des Folgemonats an die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle nach § 26. Der Arzt hat vor der Einschreibung sicherzustellen, dass eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.
- 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
- die Beachtung der Qualitätsziele nach § 12 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums
- die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 23, sofern die Schulungsberechtigung gegenüber der KVBW entsprechend nachgewiesen ist
- die Beachtung der Kooperations- und Überweisungsregeln gem. Anlage 7 Nummer 1.8 der DMP-A-RL unter besonderer Berücksichtigung der Qualifikationen gem. Anlage 1c dieser Vereinbarung. Im Übrigen entscheidet der DMP-Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung
- die Einweisung zur stationären Behandlung insbesondere bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3 der Anlage 7 der DMP-A-RL genannten Indikationen unter Berücksichtigung der Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur in das nächstgelegene Krankenhaus entsprechend dem Krankenhausverzeichnis nach § 10. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation (akute, lebensbedrohliche Situation) kann in jedes Krankenhaus erfolgen
- bei Überweisung und Einweisung therapierelevante Informationen entsprechend § 11, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern
- Information des behandelnden Hausarztes über die Einschreibung sowie über therapierelevante Informationen unter Beachtung von § 73 Abs. 1b SGB V
- bei Wechsel des DMP- Arztes sind dem neuen DMP- Arzt, mit Zustimmung des Patienten, auf Anforderung alle Patientendaten zu übermitteln.
- 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.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die oben unter B.3 aufgeführten Punkte entsprechend. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

B.4 Zu den **Aufgaben des anstellenden Arztes** gehören insbesondere:

- Angestellten Ärzten, die in der/den Betriebsstätte(n) Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die Informationen zum DMP zukommen zu lassen,
- sicherzustellen, dass die angestellten Ärzte gleichermaßen die Verpflichtungen zur ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht, sowie zur Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeitung und Nutzung) personenbezogener Daten, der Datensicherheit und Weitergabe der Patientendaten an Dritte, erfüllen,
- die Erbringung des Nachweises gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, dass die angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen,
- die unverzügliche, schriftliche Information der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg im Falle der Beendigung eines Angestelltenverhältnisses.

B.5 **Datenschutz**

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

Hinweis

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

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechterspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es sind selbstverständlich stets Menschen jeder Geschlechteridentität gemeint.

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

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

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt

Anlage 8 - Leistungserbringerverzeichnis -
zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 g SGB V Diabetes mellitus Typ 1
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und den Verbänden

Versorgungsebenen (nur Einfachnennung möglich)

A = Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt/Einrichtung gemäß den Anforderungen an die Strukturqualität (ausgenommen diabetologisch besonders qualifizierter Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin) oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist

B = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß § 73 SGB V sowie fachärztlicher Internist - **in Ausnahmefällen** *

C = Diabetologisch besonders qualifizierter Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

E = Ärzte, ausschließlich schulend (Diese Angabe kann im DMP Diabetes Mellitus Typ 1 nur erfolgen, sofern sie vertraglich vereinbart ist.)

* In der Versorgungsebene „B“ nehmen ebenfalls Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin teil, sofern sie nicht als diabetologisch besonders qualifizierte Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin in der Versorgungsebene „C“ teilnehmen.

Berechtigungen (Mehrfachnennungen möglich)

01 = Arzt koordiniert

02 = Arzt koordiniert nicht (Diese Angabe kann im DMP Diabetes Mellitus Typ 1 nur erfolgen, sofern sie vertraglich vereinbart ist.)

09 = LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung

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

11 = Diabetesbuch für Kinder

12 = Jugendliche mit Diabetes

13 = Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)

14 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

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

22 = Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III – deutsche Version

23 = HyPOS (als Ergänzung zur Basisschulung)

31 = PRIMAS Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ-1-Diabetes und einer Insulintherapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder einer Insulinpumpentherapie

34 = Behandlung Insulinpumpentherapie

35 = Behandlung Diabetisches Fußsyndrom

36 = Behandlung schwangere Frauen

Hinweise zur Angabe der Berechtigungen

- Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben.
- Ärzte aller Versorgungsebenen sind in der Regel koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Hierzu ist die vertragliche Vereinbarung zu beachten.
- Ärzte der Versorgungsebene „E“ sind ausschließlich schulend tätig. Im Feld Berechtigung sind das Kennzeichen „02“ (Arzt koordiniert nicht) und die Schulungsberechtigungen anzugeben.

(Stand: 01.07.2021)

LANR	BSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Telefon	Fax	E-Mail	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Versorgungs- ebene	Berechtigung

* Bei Ärzten mit Mehrfachnennungen zu 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).

Anlage 9 - Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz -

zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V
Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der KV Baden-Württemberg und den Verbänden

Zur Unterstützung bei der Wahl der geeigneten Dokumentationsfrequenz wird folgende Empfehlung ausgesprochen:

einmal im Quartal	jedes zweite Quartal
gemäß Anlage 7 der DMP-A-RL	Über 18-jährige Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 - ohne Folgeerkrankungen und - ohne Begleiterkrankungen - mit stabilen HbA1c-Werten unter dem 1,2fachen der oberen Norm - ohne schwere Unterzuckerungen

– Anlage 10 –

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach §137f SGB V bei Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und den Verbänden

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

Der gemäß § 34a Absätze 1 und 2 von der Datenstelle (§ 26) 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 DM1)
- 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.