Alles Gute.
KVBW

Vereinbarung

über die durchführung eines Strukturierten
Behandlungsprogramms für Diabetes Mellitus Typ 2
auf der Grundlage des § 83 SGB V

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg
(Kvbw), Stuttgart

und

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg
(LKK BW), Stuttgart

- mit Wirkung ab 01.01.2010 -

VEREINFACHTER DOKUMENTATIONSAUFWAND

Im Unterschied zu den am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen kann bei der LKK und bei der KK für den Gartenbau für den DMP Diabetes mellitus Typ 2-Patienten auf die jeweiligen Dokumentationsbögen verzichtet werden.

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

Teilnahmeberechtigt sind all diejenigen Ärzte, die bereits eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei DMP Diabetes mellitus Typ 2 erhalten haben.

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

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

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

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziel der Vereinbarung
§ 2 Geltungsbereich

Abschnitt II - Teilnahmeberechtigte Ärzte

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

Abschnitt III –Versorgungsinhalte

§ 7 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2

Abschnitt IV – Unterstützung der aktiven Teilnahme der Versicherten/Fortbildung der Leistungserbringer

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

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

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

Abschnitt VI – Vergütung und Abrechnung

§ 16 Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen

Abschnitt VII – Sonstige Bestimmungen

§ 17 Laufzeit und Kündigung

Erläuterungen

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

Präambel

Mit dieser Vereinbarung soll die Behandlung der chronischen Erkrankung Diabetes mellitus Typ 2 durch ein strukturiertes Behandlungsprogramm (im Folgenden Disease-Management-Programm genannt) dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend gewährleistet werden. Daher schließen die LKK BW und die KVBW folgende Vereinbarung auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Durchführung eines Disease-Management-Programms für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Durchführung des Programms so zu gestalten ist, dass die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht beeinträchtigt wird. Die vorliegende Vereinbarung tritt am 1. Januar 2010 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung vom 14. Dezember 2006. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.

Abschnitt I
Ziele, Geltungsbereich

§ 1
Ziel der Vereinbarung

(1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung eines Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 in der Region der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg. Über dieses Behandlungsprogramm soll eine indikationsabhängige systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten, den weiteren an der medizinischen Versorgung Beteiligten sowie den Partnern dieser Vereinbarung und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 gewährleistet werden.

(2) Darüber hinaus soll der Patient durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme und Erfüllung von Behandlungsoptionen angeregt werden, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen und über eine adäquate Stoffwechselkontrolle hinaus die in Absatz 3 genannten Ziele zu erreichen.

(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. Dabei sind in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele anzustreben:

1. Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z.B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechselentgleisungen,

2. Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,

3. Vermeidung der mikrovaskulären Folgekomplikationen (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),

4. Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteopathischen Läsionen und von Amputationen.

§ 2
Geltungsbereich

Diese Vereinbarung gilt für

1. Vertragsärzte der KV BW, die nach Maßgabe des Abschnitts II dieses Vertrages zur Teilnahme am Disease-Management-Programm – persönlich oder durch angestellte Ärzte – berechtigt sind.

2. Versicherte der LKK BW und der Krankenkasse für den Gartenbau, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V dieses Vertrages eingeschrieben haben.

Abschnitt II
Teilnahmeberechtigte Ärzte

§ 3
Teilnahmeberechtigung und Aufgaben

(1) Teilnahmeberechtigt als DMP-Arzt sind Ärzte, die – persönlich oder durch angestellte Ärzte – an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen.

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende niedergelassene Ärzte können in Ausnahmefällen – persönlich oder durch angestellte Ärzte – als DMP-Arzt an der Vereinbarung teilnehmen sofern sie

- diabetologisch qualifiziert im Sinne von Anlage 2 Ziffer 1 sind oder

- als Facharzt für Innere Medizin den Nachweis erbracht haben, dass sie mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 betreuen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut wurde oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

(2) Zu den Aufgaben der teilnehmenden Ärzte nach Absatz 1 (im Folgenden DMP-Ärzte) gehören insbesondere:

1. Die Einschreibung der Versicherten gemäß § 11 dieser Vereinbarung,
2. Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die LKK BW. Die Übermittlung ist auch über die KV BW möglich; die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich über das Verfahren,
3. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 7 dieser Vereinbarung geregelten Versorgungsinhalte,
4. die Ausstellung der Bescheinigungen nach § 8 dieser Vereinbarung sowie die Durchführung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 2 zu dieser Vereinbarung (Versorgungsinhalte) unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

5. die Durchführung von Schulungen gemäß § 15 dieser Vereinbarung, sofern die Schulungsberechtigung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg entsprechend nachgewiesen ist,
6. die Überweisung an andere Leistungserbringer gemäß § 7 dieser Vereinbarung,
7. bei Überweisung an andere Leistungserbringer
   - therapierelevante Informationen entsprechend § 7 dieser Vereinbarung, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
   - therapierelevante Informationen anderer Leistungserbringer zu dokumentieren,
8. Ausgabe und Führen eines geeigneten Patientenpasses,
9. bei Wechsel des DMP-verantwortlichen Arztes, auf Anforderung des neuen DMP-verantwortlichen Arztes und nach Zustimmung des Patienten, die Übermittlung der Patientendaten.

(3) Bei den Überweisungen nach Absatz 2 Nr. 6 und 7 ist die Anlage 1 zu dieser Vereinbarung (Mitwirkende Ärzte und Einrichtungen) sowie Ziffer 1.8 der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung (Versorgungsinhalte) zu beachten.

§ 4
Mitwirkung von Fachärzten und sonstigen Beteiligten

Bei der Umsetzung des Disease-Management-Programms wirken qualifizierte Fachärzte und auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtungen gemäß Anlage 1 zu dieser Vereinbarung (Mitwirkende Ärzte und Einrichtungen) mit.

§ 5
Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen durch die Kassenärztliche Vereinigung

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

§ 6
Leistungserbringerverzeichnis

Die KVBW führt über die Leistungserbringer nach § 3 sowie § 4 bzw. Anlage 1 zu dieser Vereinbarung (Mitwirkende Ärzte und Einrichtungen) ein Verzeichnis und stellt dieses Verzeichnis der LKK BW zur Verfügung.

Abschnitt III
Versorgungsinhalte

§ 7
Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2

(1) Die Medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung (Versorgungsinhalte) definiert und damit Bestandteil dieser Vereinbarung. Der Leistungserbringer ist zur Beachtung dieser Versorgungsinhalte verpflichtet. Soweit diese Vorgaben Inhalte

der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

(2) Bei Vorliegen einer weiteren Diagnose, für die medizinische und strukturelle Inhalte in einem Vertrag zur Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms beschrieben und von den Vertragspartnern vertraglich umgesetzt worden sind, sollen diese in Abstimmung mit den Patienten, auch wenn sie nicht in diesen Vertrag eingeschrieben sind, beachtet werden.

Abschnitt IV
Unterstützung der aktiven Teilnahme der Versicherten/ Fortbildung der Ärzte

§ 8
Bescheinigung des DMP-Arztes

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

§ 9
Fortbildung der Leistungserbringer

(1) Die Vertragspartner informieren die DMP-Ärzte und die diabetologisch spezialisierten Ärzte nach § 4 bzw. Anlage 1 zu dieser Vereinbarung (Mitwirkende Ärzte und Einrichtungen) umfassend über Ziele und Inhalte der Disease-Management-Programme.

(2) Fortbildungsmaßnahmen bei den DMP-Ärzten und den diabetologisch spezialisierten Vertragsärzten nach § 4 bzw. Anlage 1 zu dieser Vereinbarung (Mitwirkende Ärzte und Einrichtungen) dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab.

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

Abschnitt V
Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 10
Teilnahmevoraussetzungen

(1) Versicherte der LKK BW können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß den Bestimmungen dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:

1. Die Diagnose des Diabetes mellitus Typ 2 gemäß Ziffer 1.2 (Diagnostik) der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung (Versorgungsinhalte) ist gesichert oder es liegt gemäß Ziffer 3.2 der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung (Versorgungsinhalte) bereits eine Therapie mit diabetesspezifischen, blutzuckersenkenden Medikamenten vor,
2. der Versicherte ist grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit und
3. die Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung durch die intensivierte Betreuung ist zu erwarten.

(2) Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) werden nicht in dieses Disease-Management-Programm aufgenommen.

(3) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

§ 11
Information und Einschreibung

(1) Die LKK BW wird ihre Versicherten in geeigneter Weise über das Disease-Management-Programm informieren.

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

§ 12
Teilnahme- und Einwilligungserklärung

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

§ 13
Beginn und Ende der Teilnahme

(1) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 4 zu dieser Vereinbarung.

(2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der LKK BW kündigen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang des Kündigungsschreibens bei der LKK BW aus dem Programm aus.

(3) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm endet weiterhin, wenn die LKK BW die Teilnahme an dem Programm aufgrund mangelnder aktiver Mitwirkung des Versicherten beendet.

(4) Die LKK BW informiert den DMP-Arzt unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Disease-Management-Programm.

§ 14
Wechsel des DMP-Arztes

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

§ 15
Information und Schulung der Versicherten

(1) Die LKK BW informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise über das Disease-Management-Programm.

(2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm. Schulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen.

(3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur evidenzbasierten Arzneimitteltherapie gemäß § 7 dieser Vereinbarung einzubeziehen.

(4) Das Nähere zur Schulung regelt die Anlage 5 zu dieser Vereinbarung (Schulung der Versicherten).

Abschnitt VI
Vergütung und Abrechnung

§ 16
Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen

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

Abschnitt VII
Sonstige Bestimmungen

§ 17
Laufzeit und Kündigung

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

Stuttgart, den

_____	_____
Dr. med. Achim Hoffmann-Goldmayer Vorsitzender des Vorstandes Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg	Reinhold Knittel Direktor LKK Baden-Württemberg

Übersicht Anlagen

Anlage 1	Mitwirkende Ärzte und Einrichtungen
Anlage 2	Versorgungsinhalte
Anlage 3	Bescheinigung über die aktive Teilnahme der Versicherten
Anlage 4	Teilnahme- und Einwilligungserklärung
Anlage 5	Schulung der Versicherten
Anlage 6	Vergütung und Abrechnung

Anlage 1 zur Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der KVBW und der LKK BW ab 01.01.2010

In der Lesefassung vom 01.10.2023

Mitwirkende Fachärzte und Einrichtungen

1 Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor

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

1.1 Ärzte, die an der Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2, die mit Wirkung ab 01.01.2004 zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordbaden, Nordwürttemberg, Südbaden, Südwürttemberg und der LKK Baden-Württemberg geschlossen wurde, teilgenommen haben, sind weiterhin nach den Regelungen dieser Verträge berechtigt, am diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor des vorliegenden Vertrages teilzunehmen, sofern sie die Blutglukosemessung nach der „BÄK-Richtlinie zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ durchführen und mindestens 50 Diabetiker pro Quartal betreuen. Ebenso ist Satz 2 der Nummer 2 der Anlage 5 „Schulung der Versicherten“ zu beachten.

1.2 Für alle übrigen Ärzte gelten die nachfolgenden Regelungen*:*

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
Fachliche Voraussetzungen des diabetologisch qualifizierten Arztes	Ärzte, die - die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie oder Diabetologie (nach Einführung durch LÄK) 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 Einrichtung[1]nachweisen <u>ferner:</u> - Information durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme - Teilnahme mindestens einmal jährlich an einer diabetesspezifischen zertifizierten Fortbildung - Teilnahme an einem diabetesspezifischem Qualitätszirkel - Die Betreuung von mindestens 50 Diabetikern pro Quartal. Bei Ärzten, welche im Rahmen einer Neuzulassung

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

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
	die o.g. Zahl nicht erfüllen können, genügt zum Zeitpunkt der Antragsstellung die Erklärung des Arztes, diese Voraussetzung innerhalb von 12 Monaten zu erfüllen. Andernfalls erlischt die Genehmigung automatisch.
Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	Qualifikation nicht-ärztliches Personal Ab **01.10.2023** gilt folgende Regelung: - Beschäftigung/Kooperation[2] 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 zweijährige Tätigkeit als Diabetesassistentin in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis/Einrichtung - und Fortbildungsnachweis über Insuline und Insulin-Dosisanpassung (bzw. intensivierte Insulintherapie) oder Fortbildungsnachweis, dass Patientenschulungen in intensivierter Insulintherapie durchgeführt werden können. Die Voraussetzungen sind gegenüber der KVBW nachzuweisen. Beschäftigung / Kooperation mit einem/r: - Oecothrophologen/in oder Diätassistenten/in - medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen
Apparative Ausstattung der Praxen	- Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards - 24 Stunden-Blutdruckmessung - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur naßchemischen Blutglukosebestimmung[3] und HbA1c-Messung[3],

[2] 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.

[3] gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

[3] kann auch als Auftragsleistung vergeben werden

[4] Fachliche Voraussetzungen gemäß der Richtlinie zur „Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall Vereinbarung)“ in der jeweils aktuellen Fassung

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
	- EKG - Sonographie[3/4], Doppler- oder Duplexsonographie[3/4] - Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

2 Strukturqualität einer auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierten Einrichtung

2.1 Ärzte gemäß Ziffer 1.1, die die Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes nach dem Vertrag gemäß Ziffer 1.1 erhalten haben und zukünftig einen standardisierten Fußerfassungsbogen, z.B. der DDG einsetzen, sind weiterhin nach den Regelungen dieser Verträge berechtigt, am diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor des vorliegenden Vertrages teilzunehmen.

2.1 Für alle übrigen Ärzte gelten die nachfolgenden Regelungen*:*

Diabetologisch qualifizierte Ärzte im Sinne der Ziffer 1.2 "Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor" oder entsprechend qualifizierte, ermächtigte Ärzte, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

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

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

In der Prozessqualität sind folgende Standards einzuhalten:

- standardisierte Befunderhebung[5] und
- standardisierte Dokumentation des Behandlungsverlaufes[5]
- mindestens einmal jährlich Teilnahme an einem Qualitätszirkel der in der Behandlung des diabetischen Fußes einbezogenen Leistungserbringer
- Verbesserung der Stoffwechseleinstellung durch den Diabetologen

[5] mittels standardisiertem Fußerfassungsbogen z.B. der DDG.

Notwendige (apparative) Ausstattung:

- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der peripheren Neuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)
- Doppler- oder Duplexsonographie[6]
- Behandlungsstuhl mit ausreichender Lichtquelle
- Photodokumentation
- Voraussetzungen für entsprechende hygienische Maßnahmen (z.B. geprüfter Sterilisator, OP-Kleidung, Desinfektionsplan, Hygieneplan)
- Entlastungsschuhe; orthopädische Orthesen, Unterarmstützen

Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal:

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

3 Weitere mitwirkende Fachärzte gem. Anlage 2 dieser Vereinbarung

Jährliche, ophthalmologische Kontrolle	• Facharzt für Augenheilkunde
Spezialisierte Hypertoniebehandlung bzw. Hypertoniediagnostik	• Fachärztlicher Internist
Nephrologische Behandlung	• Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Nephrologie oder • Ärzte, die in einer Praxis mit einem Versorgungsauftrag gem. Anlage 9.1 BMVÄ tätig sind.

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

Anlage 2 zur Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der KVBW und der LKK BW ab 01.01.2010

Versorgungsinhalte

Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2

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

1.1 Definition des Diabetes mellitus Typ 2

Als Diabetes mellitus Typ 2 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch relativen Insulinmangel auf Grund einer Störung der Insulinsekretion entsteht und in der Regel mit einer Insulinresistenz einhergeht[1)].

1.2 Diagnostik (Eingangsdiagnose)

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

- Nachweis typischer Symptome des Diabetes mellitus (zum Beispiel Polyurie, Polydipsie, ansonsten unerklärlicher Gewichtsverlust) und
- Nüchtern-Glukose vorrangig im Plasma (i. P.) ≥ 7,0 mmol/l (≥ 126 mg/dl) oder Nicht-Nüchtern-Glukose i. P. ≥ 11,1 mmol/l (≥ 200 mg/dl).

Bei Abwesenheit diabetischer Symptome:

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

- mindestens zweimaliger Nachweis von Nüchtern-Glukose i. P. ≥ 7,0 mmol/l (≥ 126 mg/dl),
- mindestens zweimaliger Nachweis von Nicht-Nüchtern-Glukose i. P. ≥ 11,1 mmol/l (≥ 200 mg/dl) oder
- Nachweis von Glukose i. P. ≥ 11,1 mmol/l (≥ 200 mg/dl)/2 Stunden nach oraler Glukosebelastung (75 g Glukose).

Die Werte für venöses und kapillares Vollblut ergeben sich aus der nachfolgenden Tabelle:

Interpretation eines Nüchtern-Blutglukosewertes sowie Zwei-Stunden-Blutglukosewertes nach oralem Glukosetoleranztest (75 g oGTT)

	Plasmaglukose				Vollblutglukose			
	venös		kapillär		venös		kapillär	
	mmol/l	mg/dl	mmol/l	mg/dl	mmol/l	mg/dl	mmol/l	mg/dl
Nüchtern	≥ 7,0	≥ 126	≥ 7,0	≥ 126	≥ 6,1	≥ 110	≥ 6,1	≥ 110
2 Std. nach oGTT	≥ 11,1	≥ 200	≥ 12,2	≥ 220	≥ 10,0	≥ 180	≥ 11,1	≥ 200

[1] Die Definition basiert auf der WHO-Definition (World-Health Organization. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Report of a WHO Consultation. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Geneva; 59p, WHO/NCD/NCS/99.2).

Bei verdächtigem klinischen Bild und widersprüchlichen Messergebnissen ist die Diagnosestellung mittels oralem Glukosetoleranztest möglich. Die zur Einschreibung führenden Messungen dürfen nicht während akuter Erkrankungen (zum Beispiel Infektionen) oder während der Einnahme das Ergebnis verfälschender Medikamente (zum Beispiel Glukokortikoide) durchgeführt werden, es sei denn, die Einnahme dieser Medikamente ist wegen einer chronischen Erkrankung langfristig erforderlich. Die Unterscheidung zwischen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 erfolgt anhand der Anamnese und des klinischen Bildes.

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Ziffer 3. Die Leistungserbringer sollen prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und an der Umsetzung mitwirken kann.

1.3 Therapie des Diabetes mellitus Typ 2

1.3.1 Therapieziele

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

1. Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (zum Beispiel Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechselentgleisungen,

2. Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,

3. Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),

4. Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen.

1.3.2 Differenzierte Therapieplanung

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

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

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

1.4 Basistherapie

1.4.1 Ernährungsberatung

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

1.4.2 Tabakverzicht

Im Rahmen des Schulungs- und Behandlungsprogramms sollen die Patientinnen und Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens für Diabetiker informiert werden, insbesondere im Hinblick auf makro- und mikroangiopathische Komplikationen, verbunden mit der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben.

1.4.3 Körperliche Aktivitäten

Die Ärztin oder der Arzt überprüft mindestens einmal jährlich, ob die Patientin oder der Patient von einer Gewichtsreduktion und einer Steigerung der körperlichen Aktivität profitiert. Mögliche Interventionen müssen darauf ausgerichtet sein, die Patientin oder den Patienten zu motivieren, das erwünschte positive Bewegungsverhalten eigenverantwortlich und nachhaltig in ihren oder seinen Lebensstil zu integrieren.

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

1.5 Blutglukosesenkende Therapie

Zur Erreichung der individuellen Therapieziele sollen nach Möglichkeit zunächst nichtmedikamentöse Maßnahmen ausgeschöpft werden.

Das Ziel der antihyperglykämischen Therapie, gemessen am HbA1c-Wert, ist individuell festzulegen. Wenn die Verhinderung mikrovaskulärer Komplikationen ein Therapieziel ist, ist eine normnahe Einstellung der Blutglukose anzustreben.

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und der Patientenpräferenzen Medikamente zur Blutglukosesenkung verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele in prospektiven, randomisierten, kontrollierten Langzeitstudien nachgewiesen wurden. Es handelt sich in der primären Monotherapie hierbei um folgende Wirkstoffe zur blutglukosesenkenden Behandlung:

- Glibenclamid (bei nicht übergewichtigen Patientinnen oder Patienten),
- Metformin (bei übergewichtigen Patientinnen oder Patienten),
- Human-Insulin.

Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere als die oben genannten Wirkstoffe verordnet werden sollen (zum Beispiel Insulin-Analoga, weitere orale Antidiabetika), ist die Patientin oder der Patient darüber zu informieren, dass derzeit hierfür keine ausreichenden Belege zur Sicherheit im Langzeitgebrauch sowie zur Risikoreduktion klinischer Endpunkte vorliegen.

Sie oder er ist im Übrigen darüber zu informieren, ob für den jeweiligen Wirkstoff Daten zur Wirksamkeit, Steuerbarkeit und Verträglichkeit vorliegen.

1.6 Behandlung hyper- und hypoglykämischer Stoffwechselentgleisungen

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

Für Patientinnen und Patienten, bei denen Symptomfreiheit das vorrangig vereinbarte Therapieziel ist, ist das Ausmaß der Blutglukosesenkung individuell anzupassen, um zum Beispiel folgenschwere Hypoglykämien zu vermeiden.

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

1.7 Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus Typ 2

1.7.1 Makroangiopathie

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

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

- Lebensstil verändernde Maßnahmen (zum Beispiel Tabakverzicht, körperliche Aktivität und gesunde Ernährung),
- antihypertensive Therapie (zur Primär- und Sekundärprävention),
- Statingabe (bei Hochrisikopatientinnen und -patienten und zur Sekundärprävention),
- Thrombozytenaggregationshemmer (nur zur Sekundärprävention).

1.7.1.1 Antihypertensive Therapie

Arterielle Hypertonie bei Diabetes mellitus Typ 2: Definition und Diagnosestellung

Wenn nicht bereits eine Hypertonie bekannt ist, kann die Diagnose wie folgt gestellt werden:

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

Die Blutdruckmessung ist methodisch standardisiert gemäß den nationalen Empfehlungen durchzuführen.

Sekundäre Hypertonie

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

Therapieziele

Durch die antihypertensive Therapie soll die Erreichung der unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele (insbesondere Nummern 2 und 3) angestrebt werden. Hierfür ist mindestens eine Senkung des Blutdrucks auf Werte systolisch unter 140 mmHg und diastolisch unter 90 mmHg anzustreben.

Basistherapie

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

Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm

Jede Patientin und jeder Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 und arterieller Hypertonie soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten. Insbesondere können solche Schulungen angeboten werden, die bei diesen Patienten auf klinische Endpunkte adäquat evaluiert sind.

Medikamentöse Maßnahmen bei Hypertonie

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen, der Komorbiditäten und der Patientenpräferenzen Medikamente zur Blutdrucksenkung verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele (insbesondere Nummern 2 und 3) in prospektiven, randomisierten, kontrollierten Langzeitstudien nachgewiesen wurden.

Dabei handelt es sich um folgende Wirkstoffgruppen:

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

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

1.7.1.2 Statintherapie

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und mit einem stark erhöhten Risiko für makroangiopathische Komplikationen beziehungsweise mit einer koronaren Herzkrankheit sollen mit einem Statin behandelt werden.

1.7.1.3 Thrombozytenaggregationshemmer

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

1.7.2 Mikrovaskuläre Komplikationen

1.7.2.1 Allgemeinmaßnahmen

Für Patientinnen und Patienten mit dem Therapieziel der Vermeidung von mikrovaskulären Folgeerkrankungen (vor allem diabetische Retinopathie und Nephropathie) ist über einen langjährigen Zeitraum die Senkung der Blutglukose in einen normnahen Bereich notwendig.

Bereits bestehende mikrovaskuläre Komplikationen können insbesondere zu folgenden Folgeschäden führen, die einzeln oder gemeinsam auftreten können: Sehbehinderung bis zur Erblindung, Niereninsuffizienz bis zur Dialysenotwendigkeit. Zur Hemmung der Progression ist neben der Senkung der Blutglukose in einen normnahen Bereich die Senkung des Blutdrucks in einen normalen Bereich (systolisch unter 140 mmHg und diastolisch unter 90 mmHg) von entscheidender Bedeutung.

Vor der Einleitung einer Therapie und in geeigneten Abständen soll eine individuelle Risikoabschätzung gemäß Ziffer 1.3.2 erfolgen.

1.7.2.2 Nephropathie bei Diabetes mellitus Typ 2

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

Hyperglykämie als alleinige Ursache einer Nephropathie ist in den ersten 15 Jahren Diabetesdauer selten, bei längeren Verläufen nimmt das Risiko für eine Nephropathie deutlich zu. Bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 spielt eine unzureichend eingestellte Hypertonie die entscheidende Rolle für die Entwicklung und das Fortschreiten der Nierenschädigung.

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

Die Ärztin oder der Arzt hat auf Grund des individuellen Risikoprofils (insbesondere Diabetesdauer, Alter, Retinopathie, weitere Begleiterkrankungen) zu prüfen, ob eine Patientin oder ein Patient von einer regelmäßigen Bestimmung der Albumin-Ausscheidung im Urin (zum Beispiel einmal jährlich) profitieren kann. Zum Ausschluss einer diabetischen Nephropathie ist der Nachweis einer normalen Urin-Albumin-Ausscheidungsrate oder einer normalen Urin-Albumin-Konzentration im ersten Morgenurin ausreichend.

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

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

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

1.7.2.3 Diabetische Retinopathie

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 können im Erkrankungsverlauf diabetesassoziierte Augenkomplikationen (zum Beispiel diabetisch bedingte Retinopathie und Makulopathie) erleiden. Zur Früherkennung ist für alle in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte mindestens einmal im Jahr eine ophthalmologische Netzhautuntersuchung in Mydriasis durchzuführen.

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

1.7.2.4 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 schmerzhafte Polyneuropathie) ist der Einsatz zusätzlicher medikamentöser Maßnahmen sinnvoll. Es kommen vorzugsweise Antidepressiva sowie Antikonvulsiva in Betracht, die für diese Indikation zugelassen sind.

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

1.7.2.5 Das diabetische Fußsyndrom

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

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

Bei Hinweisen auf ein diabetisches Fußsyndrom (Epithelläsion, Verdacht auf beziehungsweise manifeste Weichteil- oder Knocheninfektion beziehungsweise Verdacht auf Osteoarthropathie) ist die Mitbehandlung in einer für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierten Einrichtung gemäß Überweisungsregeln nach Ziffer 1.8.2 erforderlich. Nach abgeschlossener Behandlung einer Läsion im Rahmen eines diabetischen Fußsyndroms ist die regelmäßige Vorstellung in einer für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit diabetischem Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung zu prüfen. Die Dokumentation erfolgt nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation.

1.7.3 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Beeinträchtigung

Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 ist durch die Ärztin oder den

Arzt zu prüfen, inwieweit die Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen, psychiatrischen und/oder verhaltensmedizinischen Maßnahmen profitieren können. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert soll die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

Auf Grund der häufigen und bedeutsamen Komorbidität soll die Depression besondere Berücksichtigung finden.

1.8 Kooperation der Versorgungssektoren

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

1.8.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

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

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 eine diabetologisch qualifizierte, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin oder einen diabetologisch qualifizierten, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

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

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

Bei Vorliegen folgender Indikationen muss eine Überweisung der Patientin oder des Patienten zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung und/oder zu einer Ärztin oder zu einem Arzt oder einer Einrichtung, die diabetologisch qualifiziert sind, erfolgen:

- zur augenärztlichen Untersuchung: zum Ausschluss einer diabetischen Augenkomplikation bei Diagnosestellung des Diabetes mellitus Typ 2 mindestens einmal jährlich,

- bei einer Einschränkung der Nierenfunktion mit einer GFR auf weniger als 40 ml/min oder bei deutlicher Progression einer Nierenfunktionsstörung (jährliche Abnahme der GFR um mehr als 5 ml/min) zur nephrologisch qualifizierten Ärztin, zum nephrologisch qualifizierten Arzt oder zur nephrologisch qualifizierten Einrichtung,

- bei Fuß-Läsionen Wagner-Stadium 2-5 und/oder Armstrong-Klasse C oder D in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,

- bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft zu einer Ärztin, zu einem Arzt oder zu einer Einrichtung, die jeweils diabetologisch besonders qualifiziert sind.

Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung der Patientin oder des Patienten zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung und/oder zu einer Ärztin oder zu einem Arzt oder einer Einrichtung, die diabetologisch qualifiziert sind, erfolgen:

- bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie zur diabetologisch besonders qualifizierten Ärztin, zum diabetologisch besonders qualifizierten Arzt oder zur diabetologisch besonders qualifizierten Einrichtung,

- bei allen diabetischen Fuß-Läsionen in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,

- bei Nicht-Erreichen eines Blutdruckwertes systolisch < 140 mmHg und diastolisch < 90 mmHg innerhalb eines Zeitraums von höchstens sechs Monaten an eine in der Hypertoniebehandlung qualifizierte Ärztin, einen in der Hypertoniebehandlung qualifizierten Arzt oder eine in der Hypertoniebehandlung qualifizierte Einrichtung,

- bei Nicht-Erreichen des in Abhängigkeit vom Therapieziel individuell festgelegten HbA1c-Zielwertes (nach spätestens sechs Monaten) zu einer diabetologisch besonders qualifizierten Ärztin, einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt oder einer diabetologisch besonders qualifizierten Einrichtung.

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

1.8.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung
Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere:

- bei Notfallindikation (in jedes Krankenhaus),

- bei bedrohlichen Stoffwechselstörungen,

- bei schweren speziellen Stoffwechselentgleisungen (zum Beispiel häufige nächtliche Hypoglykämien, Hypoglykämiewahrnehmungsstörungen),

- bei Verdacht auf infizierten diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese oder akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation,

- gegebenenfalls zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus Typ 2.

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

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

1.8.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

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

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

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

2.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Voraussetzung für die Einschreibung Versicherter ist

- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt gemäß Ziffer 1.2,

- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten und

- die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 28f Absatz 2 die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

Die Versicherten bestätigen mit ihrer Teilnahmeerklärung, dass sie im Einzelnen

- die Programm- und Versorgungsziele kennen und an ihrer Erreichung mitwirken werden,

- die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen kennen und unterstützen werden,

- auf die Möglichkeit, eine Liste der verfügbaren Leistungsanbieter zu erhalten, hingewiesen worden sind,

- über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert worden sind sowie

- über die mit ihrer Teilnahme an dem Programm verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten informiert worden sind, insbesondere über die Möglichkeit einer Übermittlung von Befunddaten an die Krankenkasse zum Zweck der Verarbeitung und Nutzung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms und dass in den Fällen

des § 28f Absatz 2 die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können.

2.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

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

Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes werden nicht in ein strukturiertes Behandlungsprogramm aufgenommen.

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

Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme. Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen. Die Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

3.1 Schulungen der Leistungserbringer

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

3.2 Schulungen der Versicherten

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

Patientenschulungen dienen der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Hierbei ist der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten der Programme nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch herzustellen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

Bei Antragstellung müssen die Schulungsprogramme, die angewandt werden sollen, gegenüber dem Bundesversicherungsamt benannt und ihre Ausrichtung an den unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapiezielen belegt werden. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.

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

B e s c h e i n i g u n g

über die aktive Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm

Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg

☐ Arztwechsel

Bescheinigung über die aktive Teilnahme des/der Versicherten

zur Vorlage bei der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg

Der/die oben genannte Versicherte ist

seit dem _____ in das DMP (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Tag/Monat/Jahr

☐ Asthma eingeschrieben,

☐ COPD eingeschrieben,

☐ Diabetes mellitus Typ 1 eingeschrieben,

☐ Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben,

☐ Koronare Herzkrankheit eingeschrieben und

- hält den vereinbarten Wiedervorstellungstermin ein:

  ☐ Ja ☐ Nein

- nimmt im Rahmen des strukturellen Behandlungsprogramms notwendige Überweisungstermine wahr:

  ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht erforderlich.

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

_____ _____

Datum Stempel und Unterschrift DMP-Arzt

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

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm

Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg

Hiermit erkläre ich,

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

  ☐ Asthma ☐ Diabetes mellitus Typ 1 ☐ Koronare Herzkrankheit
  ☐ COPD ☐ Diabetes mellitus Typ 2

  teilnehmen möchte.

Ich erkläre außerdem,

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

Datum _____ Unterschrift des/der Versicherten _____

Einwilligungserklärung

Mir ist bekannt,

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

Ich erkläre hiermit,

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

Datum _____ Unterschrift des/der Versicherten _____

Bestätigung des Arztes

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

☐ Asthma ☐ Diabetes mellitus Typ 1 ☐ Koronare Herzkrankheit
☐ COPD ☐ Diabetes mellitus Typ 2

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

Datum _____ Stempel und Unterschrift DMP-Arzt _____

Anlage 5 zur Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der KVBW und der LKK BW ab 01.01.2010

Schulung der Versicherten

1 Schulungen

Im Rahmen der vorstehenden Vereinbarung können nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme zielgruppenspezifisch durchgeführt werden:

1.1 Versicherte mit nicht-insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2

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

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

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

1.2 Versicherte mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2

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

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

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

1.2.3 Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie
Pieber-TR, Brunner-GA et al. Diabetes Care Vol. 18, No. 5, May 1995; 5623.0-2395/2002; 02.12.2004;

Mühlhauser-I, Bruckner-I, Berger-M, Chetney-V, Jörgens V, Ionescu-Trigviste-C, Schloz-V, Mincu-I. Evaluation of an intensified insulin treatment and teaching program as routine management of type 1 (insulin-dependent) diabetes. 1987 Diabetologia 30: 681-690; 5623.0-3177/2004;

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

1.3 Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2 und essentieller Hypertonie

1.3.1 Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)
Heise, Jennen, Sawicki, ZaeFQ 95; 349-355. Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm.

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

1.3.2 Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (ZI)

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

1.3.3 Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)
Danzer E, Gallert K, Friedrich A, Fleischmann EH, Walter H, Schmieder RE. Ergebnisse der Hypertonieschulung des Instituts für präventive Medizin.[Results of anprogram for hypertension at the Institute for Preventive Medicine] Dtsch Med Wochenschr. 2000 Nov 17;125(46):1385-9.

1.4 Ergänzungsschulung für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2
DiSko-Schulung (DiSko: wie Diabetiker zum Sport kommen)

(M. Siegrist, P. Zimmer, W.-R. Klare, P., Borchert, M. Halle: „Einmalige Übungsstunde verändert das Aktivitätsverhalten bei Typ-2 Diabetikern“, Diabetes, Stoffwechsel und Herz, 4/2007: S. 257-261)

-nur als Ergänzung zu einem Schulungsprogramm für DM 2-

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

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

2. Strukturqualität

Die KV prüft gemäß § 3 Absatz 2 Nr. 5 dieser Vereinbarung die Schulungsberechtigung der Ärzte zur Durchführung der Patientenschulungen anhand der den Programmen zugrunde gelegten Curricula. Bei Vorliegen einer entsprechenden Qualifikation erteilt die KV eine Genehmigung.

Anlage 6 zur Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der KVBW und der LKK BW ab 01.01.2010

Vergütung DMP Diabetes mellitus (DM) Typ 2		
ANR	**Leistungsbeschreibung/-inhalt**	**Betrag**
99 210	**Einschreibepauschale** Information und Beratung des Patienten zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 • Bestätigung der gesicherten Diagnose • Ausgabe Diabetes-/ Patientenpass • Erstellung und Weiterleitung der Einschreibeunterlagen inkl. Erstdokumentation	**23,50 €**
99 212	**Folgedokumentationspauschale (FD)** • Erstellung und Weiterleitung der Folgedokumentation	**5,00 €**
99 214	**Betreuungspauschale DMP-Arzt** • Betreuung und Beratung des Patienten • Motivation des Patienten • Führen Diabetes- / Patientenpass	**19,50 €**
99 215	**Betreuungspauschale diabetolog. spezialisierter Arzt** • Optimierung Einstellung • Ersteinstellung OAD • geplante oder bestehende Schwangerschaft (nur auf Überweisung)	**35,00 €**
99 216	**Einzelberatung Diabetesberaterin** • 15 Minuten, bis zu 3x im Quartal	**10,00 €**
99 217	**Einzelberatung Diabetesberaterin** • **mindestens 45 Minuten,** einmal im Quartal, mit besonderer Begründung auf dem Überweisungsschein, nicht neben 99 216	**30,00 €**
Leistungen der Fußambulanz		
99 222	• bei Patienten mit Wagner Stadium 1 und 2 bis zur Wundheilung, einmal im Quartal, einschl Fotodokumentation und standard. Befunderhebung	**35,00 €** Genehmigung Fußambulanz erforderlich
99 223	• Patienten mit Wagner Stadium 3 bis zur Rückführung in Stadium 1 oder 2, einmal im Quartal einschl Fotodokumentation und standard. Befunderhebung	**50,00€** Genehmigung Fußambulanz erforderlich

Anlage 6 zur Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der KVBW und der LKK BW ab 01.01.2010

Leistungen zur Ersteinstellung		
99 224	**konventionelle Insulintherapie** • intensive ärztliche Beratung unter Berücksichtigung der Lebensumstände; ggfs Einweisung in die Injektionstechnik, Handhabung eines Blutzuckermessgerätes außerhalb einer programmierten Schulung, einmalig, inkl. Beraterin	**50,00€**
99 225	**intensivierte Insulintherapie und Pumpe** • intensive ärztliche Beratung unter Berücksichtigung der Lebensumstände; ggfs Einweisung in die Injektionstechnik, Handhabung eines Blutzuckermessgerätes außerhalb einer programmierten Schulung, einmalig, inkl. Einzelberatung Diabetesberaterin; auch Ersteinstellung Pumpe bei Diabetes mellitus Typ 2	**100,00€**

	Pauschale für Mitbehandlung durch sonstige in der Leitlinie genannte Fachärzte	
99 226	**Mitbehandlung i.S. von DMP** • Sonstige Ärzte, die nach Überweisungsregel der Leitlinie in die DMP Behandlung eingebunden sind (Augenarzt, fachärztlicher Internist, Nephrologe), ohne gesonderte Genehmigung, nur auf Überweisung	**5,00€**

Erwachsenenschulungen: **Patientenschulungen gem. DMP-Vereinbarung bei Durchführung von Schulungen bei Erwachsenen je Unterrichtseinheit (UE) à 45 Minuten und je Schulungsteilnehmer:**		
99 227	Diabetes ohne Insulin, 8 UE, 4-6 Personen	**12,50 €**
99 228	Diabetes mit Insulin, 10 UE, 4-6 Personen	**12,50 €**
99 229	Diabetes intensiviert Insulin, 20 UE, 4-6 Personen	**12,50 €**
99 230	Diabetes mit Normalinsulin, 10 UE, 4-6 Personen	**12,50 €**
99 231	Medias-2, 24 UE, 4-6 Personen	**12,50 €**
99 232	LINDA, 4-6 Teilnehmer, je Modul	**25,00 €**
99 233	Hypertonie, 8 UE, 4-6 Personen	**12,50 €**
99 234	HBSP, 8 UE, 4-6 Personen	**12,50 €**
99 235	IPM, 6-12 Teilnehmer, je Modul	**25,00 €**

Nachschulungen		
Ziffer je Schulungsprogramm mit Zusatz „N“	**Nachschulungen** nicht vor Ablauf von 2 Jahren, max 4 UE, 4-6 Personen, max 1x im Jahr , bei entsprechender Indikationsstellung	**entsprechend Schulungsprogramm**
zusätzlich für Schulungsmaterialen *(inklusive Gesundheitspass):*		
99 236	bei ZI-Schulungen	**9,00 €**
99 237	bei Medias-2 Schulungen	**11,00 €**
99 238	bei HBSP	**9,00 €**
99 239	bei IPM	**2,00 €**
99 240	bei LINDA	**9,00 €**

Neue Schulung ab 1. Januar 2010		
99 251	**DiSko** • neben allen vorhandenen Schulungsprogrammen zusätzlich durchführbare Unterrichtseinheit mit 30-minütigem Bewegungsprogramm, Puls- und Blutzuckermessung • nur für Typ 2-Diabetiker • Teilnehmerzahl analog Grundschulung • Einmalig je Patient	**20,00 €**
99 252	**Schulungsmaterial DiSko** (je Schulungsteilnehmer)	**2,00 €**

Abrechnung

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

- eine **Einschreibepauschale (99 210)** kann nicht neben einer Pauschale für die Folgedokumentation (99 212) abgerechnet werden

- eine **Folgedokumentationspauschale (99 212)** kann unter Beachtung der DMP-Vereinbarung maximal einmal je Quartal abgerechnet werden,

- die **Betreuungspauschalen (99 214, 99 215)** können je Behandlungsfall, nicht aber im Quartal der Einschreibung des Patienten abgerechnet werden,

- die **Betreuungspauschalen (99 214, 99 215)** können nicht nebeneinander abgerechnet werden

- die **Pauschalen für die Einzelberatung durch die Diabetesberaterin (99 216, 99 217)** können nur angesetzt werden, wenn es sich hierbei um eine qualifizierte Fachkraft i.S. von Anlage 1 der Vereinbarung zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 handelt. Die Abrechnungspauschale 99216 kann bis zu dreimal im Quartal abgerechnet werden, die mehrfache Abrechnung der Pauschale an einem Tag ist nicht möglich. Die Abrechnung der Pauschale nach Ziffer 99 217 ist nur möglich in besonders schwierigen Fällen bei einer Beratungsdauer von mindestens 45 Minuten. Die Begründung ist auf dem Überweisungsschein anzugeben. Die

Vertragspartner verständigen sich darauf, die Leistungsentwicklung der Abrechnungsnummer 99 217 unter enger Beobachtung zu halten. Die Abrechnungsnummern 99 216 und 99 217 sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig. Die Pauschale nach 99 216, 99 217 können nicht abgerechnet werden neben den Pauschalen 99 224, 99 225, 99 246, (Ersteinstellung Insulintherapie (konventionell, intensiviert, Pumpe),

- die **Pauschalen 99 215 (Betreuungspauschale diabetologisch qualifizierter Arzt) und 99 226 (Mitbehandlung i.S. von DMP)** können nur abgerechnet werden, wenn ein Überweisungsschein eines DMP-Arztes mit dem Hinweis „Mitbehandlung im Sinne des DMP-Diabetes mellitus Typ 2“ vorliegt. Die Pauschalen 99 222, 99 223 können ebenfalls nur abgerechnet werden, wenn ein Überweisungsschein eines DMP-Arztes mit dem Hinweis „Mitbehandlung im Sinne des DMP-Diabetes mellitus Typ 2“ vorliegt, es sei denn, es handelt sich um einen eigenen Patienten des Arztes, der über eine entsprechende Genehmigung verfügt.

- die **Betreuungspauschale für den DMP-verantwortlichen Arzt (99 214)** kann neben der Pauschale für die Fußambulanz (99 222, 99 223) abgerechnet werden; die Pauschalen 99 222, 99 223 können jedoch nicht nebeneinander und jeweils nur einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden.

- die **Betreuungspauschale für den diabetologisch qualifizierten Arzt (99 215)** kann nicht neben der Pauschale für die Fußambulanz (99 222, 99 223) abgerechnet werden;

- bei Abbruch der Patientenschulung sind die Abr.-Nrn. der jeweiligen Schulungen (je UE und Patient) nur für die Unterrichtseinheiten abrechenbar, an denen der Patient tatsächlich teilgenommen hat,

- **Nachschulungen** werden mit der Abrechnungsnummer des jeweiligen Schulunsprogramms plus Zusatz „N“ abgerechnet. Eine Nachschulung kann nicht vor Ablauf von 2 Jahren nach der letzten Schulung angesetzt werden. Es sind maximal 4 UE abrechnungsfähig, bei einer Gruppe von 4-6 Personen. Eine Nachschulung ist pro Schulungsprogramm höchstens 1x im Jahr möglich.

- die Abrechnungsnummer für die **Ersteinstellung insulinpflichtiger Patienten (99 224, 99 225)** kann einmalig von Ärzten abgerechnet werden, die an der DM Typ 2 –Vereinbarung teilnehmen.

  Die Vergütung der **Ersteinstellung insulinpflichtiger Patienten** mit Diabetes mellitus Typ 2 beinhaltet eine umfassende Beratung, die durch den Arzt oder die Diabetes-Beraterin im Sinne der jeweiligen Vereinbarung erbracht wird.

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