

Vertrag

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,

**dem BKK - Landesverband NORDWEST
zugleich für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
(SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),**

der IKK classic

(handelnd für die Innungskrankenkassen,
die dem unten genannten Vertrag beigetreten sind),

der KNAPPSCHAFT,

den nachfolgend benannten 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),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

über

**die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur
Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit
Diabetes mellitus Typ 1 nach § 137f SGB V**

vom 10.06.2008

in der Fassung des 14. Nachtrags vom 27.05.2020

Hinweis: Eine Übersicht der teilnehmenden Betriebskrankenkassen finden Sie
am Ende des Dokumentes.

INHALTSVERZEICHNIS

Präambel

ABSCHNITT I – ZIELE, GELTUNGSBEREICH

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

ABSCHNITT II – TEILNAHME DER LEISTUNGSERBRINGER

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des/r diabetologisch qualifizierten Arztes/ Einrichtung (koordinierender Vertragsarzt)
- § 4 unbesetzt
- § 5 Teilnahmeerklärung
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 8 Verzeichnis der Leistungserbringer

ABSCHNITT III – VERSORGUNGSINHALTE

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

ABSCHNITT IV – QUALITÄTSSICHERUNG

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren
- § 12 Sanktionen

ABSCHNITT V – TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN

- § 13 Teilnahmevoraussetzungen
- § 14 Information und Einschreibung
- § 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 16 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 17 Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes
- § 18 Teilnehmersverzeichnis

ABSCHNITT VI – SCHULUNGEN VON ÄRZTEN UND PATIENTEN

- § 19 Informationen und Schulung von Leistungserbringern
- § 20 Informationen und Schulung von Versicherten

ABSCHNITT VII – ARBEITSGEMEINSCHAFT UND GEMEINSAME EINRICHTUNG

- § 21 Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V
- § 22 Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 Abs. 2 RSAV

ABSCHNITT VIII – DOKUMENTATION UND DATENFLUSS ÜBER EINE DURCH DIE KRANKENKASSEN, DIE ARBEITSGEMEINSCHAFT UND DIE TEILNEHMENDEN VERTRAGSÄRZTE BEAUFTRAGTE DATENSTELLE

- § 23 Erst- und Folgedokumentation
- § 24 Datenstelle
- § 25 Datenflüsse zur Datenstelle
- § 26 Datenflüsse über die Datenstelle
- § 27 Datenzugang
- § 28 Datenaufbewahrung und –löschung
- § 29 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

ABSCHNITT IX – VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

- § 30 Vertragsärztliche Leistungen
- § 31 Vergütung der Vertragsärzte

ABSCHNITT X – SONSTIGE BESTIMMUNGEN

- § 32 Kosten zur Durchführung des Vertrages
- § 33 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 34 Evaluation
- § 35 Laufzeit, Kündigung und Schriftform
- § 36 Salvatorische Klausel

ERLÄUTERUNGEN

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag,

„Anstellender Vertragsarzt“ können auch mehrere Ärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt,

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. § 21,

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung,

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

„DMP“ ist die Abkürzung für Disease-Management-Programm

„DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie,

„Dokumentationsdaten“ sind die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL“ aufgeführten Daten,

„DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung,

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss,

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. § 22,

„Koordinierender Vertragsarzt“ ist ein solcher im Sinne des § 3,

„Krankenkassen“ sind die teilnehmenden Krankenkassen/-verbände,

„KVH“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,

„Leistungserbringer“ sind die Vertragsärzte i. S. d. § 3, ermächtigte Ärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen,

„Patient“ sind Patienten jedweden Geschlechts,

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung,

„Versicherte“ sind Versicherte jedweden Geschlechts,

„Vertragsärzte“ sind - ggf. anstellende - Vertragsärzte und Vertragsärztinnen,

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

Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

PRÄAMBEL

Epidemiologische Daten schätzen die Prävalenz für Diabetes mellitus auf 3 % bis 6 % der Bevölkerung, wobei der überwiegende Teil an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt ist. Schätzungsweise 300.000 bis 600.000 Kinder und Erwachsene sind vom Diabetes mellitus Typ 1 betroffen¹. Eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit ist zu erwarten. Da der Erkrankungsbeginn häufig im Kindes- und Jugendalter liegt, ist der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ein besonderer Schwerpunkt zu widmen. Im Gegensatz zum Diabetes mellitus Typ 2 ist der Diabetes mellitus Typ 1 nur durch die lebensnotwendige Applikation von Insulin zu behandeln. Hierdurch wird den Betroffenen eine normale körperlich-geistige, soziale und berufliche Entwicklung ermöglicht. Durch Einhaltung des heutigen Therapiestandards mittels multipler Insulininjektionen oder Insulinpumpen werden das Auftreten und die Progression von diabetischen Folgekomplikationen verhindert. Die Prognose der Patienten verbessert sich erheblich und eine flexible Lebensführung wird ermöglicht.

Die Partner dieses Vertrages sind sich einig, dass die Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in der Region Hamburg aufgrund der sehr guten Versorgungsstrukturen auf einem qualitativ sehr hohen Niveau erfolgt. Die oberste Priorität der Vertragspartner ist es, sicherzustellen, dass dieser erreichte Qualitätsstandard für den Standort Hamburg auch für die Zukunft erhalten bleiben soll. Um dies zu gewährleisten wird die Implementierung dieses DMP für Diabetes mellitus Typ 1 im KV-Bereich Hamburg vereinbart. Die vertraglichen Anpassungen des 14. Nachtrages berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL bis einschließlich der Änderung mit Beschlussfassung vom 27.03.2020 ohne die Änderungen mit Beschlussfassung vom 16.01.2020 zu Diabetes mellitus Typ 1. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL und der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet. Die Regelungen für die Indikation Diabetes mellitus Typ 1 sind in der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 7, sowie der RSAV festgelegt.

Im Rahmen dieser Vereinbarung werden Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 einschließlich der Schnittstellen innerhalb der ärztlichen Versorgungskette und zu der versichernden Krankenkasse definiert, um eine der individuellen Situation des Versicherten besser angepasste Versorgung zu gewährleisten.

Die Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 soll durch ein Disease-Management-Programm nach § 137f SGB V optimiert werden. Die Vereinbarung soll eine möglichst flächendeckende, den wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende, qualitätsgesicherte Versorgung und Schulung der Diabetes-Patienten gewährleisten.

¹ Stand 14. Nachtrag vom 27.05.2020:

Aktuell haben in Deutschland etwa 6,9 Mio. Menschen Typ-2-Diabetes und 32.000 Kinder- und Jugendliche sowie 340.000 Erwachsene einen Typ-1-Diabetes (Quelle: Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2020, Hrsg. DDG und diabetesDE).

ABSCHNITT I

ZIELE, GELTUNGSBEREICH

§ 1

Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 1 in der Region der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH). Über dieses Behandlungsprogramm soll unter Beachtung der nach § 9 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller beteiligten Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen erfolgen, um die Versorgung der Patienten zu optimieren.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an die Disease-Management-Programme sowie die medizinischen Grundlagen sind in der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend Anlage 7 Ziffer 1.3.1 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner dieses Vertrages folgende Ziele an:
 - 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 osteopathischen Läsionen und von Amputationen,
 - Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
 - Vermeidung von Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidosen) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien).
- (3) Für die Betreuung von pädiatrischen Patienten stehen entsprechend Anlage 7 Ziffer 1.7.1 der DMP-A-RL folgende Ziele im Vordergrund:
 - Vermeidung akuter Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie),
 - Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im subklinischen Stadium; dies setzt eine möglichst normnahe Blutglukoseeinstellung sowie die frühzeitige Erkennung und Behandlung von zusätzlichen Risikofaktoren (z.B. Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas, Rauchen) voraus,
 - 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, Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 1. Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Region der KVH sowie für Krankenhausärzte oder qualifizierte Einrichtungen, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen oder ermächtigt sind, die nach Maßgabe des Abschnittes II ihre Teilnahme erklärt haben, die entsprechende Voraussetzungen erfüllen und eine Genehmigung erhalten haben,
 2. die Behandlung von Versicherten, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V dieses Vertrages eingeschrieben haben, die entsprechende Voraussetzungen zur Teilnahme erfüllen und Mitglied einer an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse sind. § 13 Abs. 4 bleibt hiervon unberührt.

- (2) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV und insbesondere die DMP-A-RL. Sollten sich auf Grund von Änderungen der Richtlinien des G-BA inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages in dem dafür vorgesehenen Zeitrahmen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 35 dieses Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Dokumentation betreffen, entsprechen der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL.

- (3) Es gelten des Weiteren folgende Regelungen für die jeweilige Kassenart:
 1. Im AOK-System gilt der Vertrag auch für die Behandlung von Versicherten von Krankenkassen außerhalb von Hamburg. Die anderen AOKn haben die AOK Rheinland/Hamburg mit der Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten beauftragt und die außerbudgetäre Vergütung anerkannt.

 2. Dieser Vertrag gilt für die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklären. Der BKK-Landesverband NORDWEST meldet die beigetretenen Betriebskrankenkassen schriftlich an die KVH. Die KVH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.

 3. Dieser Vertrag gilt auch für Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der IKK classic erklären und die Vergütungen gemäß §§ 30 bis 31 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche oder gesetzliche Vorschriften gelten. Mit der Beitrittserklärung gegenüber der IKK classic wird bzw. wurde gleichzeitig der

Vertragsbeitritt gegenüber der KVH erklärt. Die IKK classic meldet die beigetretenen Innungskrankenkassen schriftlich an die KVH. Ebenso gilt dieser Vertrag für diejenigen Innungskrankenkassen, die bereits zuvor Vertragspartner waren. Die KVH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag auch für Versicherte der beigetretenen IKK.

ABSCHNITT II TEILNAHME DER LEISTUNGSERBRINGER

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch besonders qualifizierten Versorgungssektors (diabetologische Schwerpunktpraxis, koordinierender Vertragsarzt)

- (1) Die Teilnahme der diabetologisch besonders qualifizierten Ärzte/Einrichtungen an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt als koordinierende Ärzte für den diabetologisch besonders qualifizierten Versorgungssektor sind Vertragsärzte (Diabetologische Schwerpunktpraxen, DSP), zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte oder qualifizierte Einrichtungen, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen oder ermächtigt sind und jeweils die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.
- (3) In begründeten Einzelfällen kann als koordinierender Vertragsarzt auch der an der gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt, der die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen muss, teilnehmen. Die Betreuung der Versicherten muss in diesem Fall in enger Kooperation nach Maßgabe der Anlage 2 mit einem/einer am Vertrag teilnehmenden diabetologisch besonders qualifizierten Arzt/stationären Einrichtung erfolgen. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.
- (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 § 5 bestätigt der anstellende Vertragsarzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

- (5) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVH nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVH vom anstellenden Vertragsarzt bzw. MVZ unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 5a (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) beigefügten Formulars mitgeteilt.
- (6) Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Koordination unter 16 Jahren grundsätzlich durch eine/n diabetologisch qualifizierten Pädiater/ pädiatrische Einrichtung, zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte oder qualifizierte pädiatrische Einrichtungen, unter 21 Jahre fakultativ durch eine/n diabetologisch qualifizierten Pädiater/ pädiatrische Einrichtung, zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte oder qualifizierte Einrichtungen der/die die Strukturqualität der Anlage 3 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen muss. In begründeten Einzelfällen kann die Koordination durch eine/n in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen diabetologisch qualifizierten Arzt/ pädiatrische Einrichtung, zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte oder qualifizierte Einrichtungen der/die die Strukturqualität der Anlage 1 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen, erfolgen. Die Betreuung der Versicherten muss in diesem Fall in enger Kooperation nach Maßgabe der Anlage 3 mit einem/einer am Vertrag teilnehmenden diabetologisch qualifizierten Pädiater/ pädiatrische Einrichtung, zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte oder qualifizierte Einrichtungen erfolgen.
- (7) Zu den Pflichten der koordinierenden Vertragsärzte gehören insbesondere:
1. Die Beachtung der in Anlage 7 DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,
 2. die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer am Vertrag teilnehmender Leistungserbringer unter Beachtung der in Anlage 7 DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,
 3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII,
 4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 5. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH nachgewiesen ist,
 6. die Beachtung der Überweisungsregelungen gemäß Anlage 1 und Anlage 3. In den Einzelfällen, in denen der Hausarzt der koordinierende Vertragsarzt ist, sind zusätzlich die Kooperationsregeln nach Anlage 2 zu beachten,
 7. bei Vorliegen der in Anlage 1-3 genannten Indikationen, außer der Notfallindikation, ist eine Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus vorzunehmen,
 8. bei Überweisung und Einweisung

- therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
9. die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme in medizinisch begründeten Fällen unter Berücksichtigung der Ziffer 1.8.4. der Anlage 7 DMP-A-RL Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften im SGB IX. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Vertragsarzt, gelten die Ziffern 1 – 9 entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV und DMP-A-RL Sorge zu tragen

§ 4 unbesetzt

§ 5 Teilnahmeerklärung

- (1) Der koordinierende Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion und entsprechend der Voraussetzungen als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 gegenüber der KVH schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 5 zur Teilnahme am DMP bereit. Wird die Teilnahme des Arztes am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Vertragsarztes bzw. des anstellenden zugelassenen MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Vertragsarztes bzw. des anstellenden MVZ auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage 5a beigefügten Formular (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes nach erneuter Genehmigung durch die KVH kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.
- (2) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.
- (3) Der Arzt genehmigt mit seiner Unterschrift den Vertrag, den die Krankenkassen und die KVH in Vertretung für ihn ohne Vollmacht mit der Datenstelle nach § 24 geschlossen haben. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg die Datenstelle wechseln möchte, bevollmächtigt der koordinierende Arzt die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, in seinem Namen einen Vertrag mit einer neuen Datenstelle zu schließen. Er wird in diesem Fall unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KVH erteilt den gemäß § 3 teilnehmenden Vertragsärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in Anlage 1 bis 3 genannte Strukturqualität erfüllen. Für die regelmäßige jährliche Überprüfung der Strukturvoraussetzungen sind der Vertrag über die Gemeinsame Einrichtung sowie die dort gefassten Beschlüsse maßgeblich.
- (2) Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung (GE) durch die KVH einmal kalenderjährlich. Die Prüfungen müssen bis spätestens 30.06. des Folgejahres abgeschlossen sein. Die Mitglieder der GE erhalten zu Beginn der Prüfung spätestens zum 01.04. des Jahres eine Mitteilung über die Anzahl der zu prüfenden DMP-Ärzte. Am Ende der Prüfung zum 30.06. eines jeden Jahres erhalten die Mitglieder der GE als Ergebnis der Überprüfung der Strukturvoraussetzungen eine Liste der geprüften DMP-Ärzte mit folgenden Angaben:
 - a) Widerruf der Genehmigung, ohne Angabe der Gründe
 - b) Verzicht bzw. Rückgabe der Genehmigung
 - c) Ruhen der Zulassung, ohne Angaben von Gründen
 - d) Strukturvoraussetzungen erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt.
- (3) Bestehen trotz der vorgelegten Unterlagen berechtigte Zweifel am Vorliegen der fachlichen Qualifikation, kann die Erteilung einer Genehmigung von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig gemacht werden. Das Kolloquium führt die Diabetes-Kommission der KVH durch.

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Vertragsarztes am Behandlungsprogramm beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung vorbehaltlich der Genehmigung durch die KVH, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn.
- (2) Nach erfolgtem Widerruf der DMP-Genehmigung ist eine erneute Teilnahme des Vertragsarztes nur unter der Voraussetzung möglich, dass eine erneute Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 5 und die Nachweise zur Erfüllung der Strukturvoraussetzung gemäß den Anlagen 1 bzw. 2, 3 vollständig der KVH vorgelegt werden. Die erneute Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, wenn gleichzeitig die Nachweise der Strukturvoraussetzungen der KVH vorgelegt wurden, andernfalls mit dem Zeitpunkt der vollständigen Vorlage der erforderlichen Unterlagen. Eine rückwirkende DMP-Genehmigung kann in diesem Fall nicht erteilt werden.

- (3) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme gegenüber der KVH schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Die KVH informiert unverzüglich die Krankenkassen.
- (4) Die Teilnahme eines Vertragsarztes endet auch bei Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen. Dies hat der Vertragsarzt der KVH unverzüglich anzuzeigen. Die Teilnahme eines Vertragsarztes endet auch durch Ausschluss nach § 12 Abs. 2.
- (5) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVH.
- (6) Endet oder ruht die Teilnahme eines Vertragsarztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Vertragsärzteverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen, um ggf. einen Wechsel des Vertragsarztes gemäß § 17 vorzunehmen.
- (7) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Vertragsarzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Vertragsarztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Vertragsarzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in der Anlage 5a beigefügten Formular (Ergänzungserklärung Leistungserbringer).
- (8) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 3 Absatz 2 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung und Dokumentation im DMP berechtigt.

§ 8

Verzeichnis der Leistungserbringer

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Vertragsärzte gemäß § 3 führt die KVH ein Verzeichnis gemäß Anlage 8. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KVH stellt diese Verzeichnisse den teilnehmenden Krankenkassen in elektronischer Form entsprechend Anlage 8 14-tägig zur Verfügung. Das Leistungserbringerverzeichnis gemäß Anlage 8 enthält u.a. einen zweistelligen Schlüssel zur Angabe der Art der Berechtigung bzgl. der Versorgungsebene und akkreditierter Schulungsprogramme. Bei der Angabe der

Berechtigung für die vom BAS akkreditieren Schulungsprogramme ist nur der Schlüssel des jeweiligen vertraglich vereinbarten Schulungsprogramms anzugeben. Veränderungen sind den Krankenkassen von der KVH in oben genannter Form unverzüglich mitzuteilen.

- (2) Die Krankenkassen führen ein Verzeichnis der teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Verzeichnis wird der KVH zur Information der am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte mit jeder Änderung zur Verfügung gestellt.
- (3) Die Leistungserbringerverzeichnisse stellen die Krankenkassen dem BAS beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung werden aktualisierte Leistungserbringerverzeichnisse dem BAS bzw. den Landesprüfungen alle 5 Jahre (und auf Anforderung) zur Verfügung gestellt.
- (4) Weiterhin werden diese Leistungserbringerverzeichnisse gemäß Anlage 8 folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
 1. den am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern durch die KVH ,
 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung durch die Krankenkasse,
 3. der Datenstelle nach § 24 durch die KVH und
 4. bei Bedarf den teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen.
- (5) Das Teilnehmerverzeichnis kann veröffentlicht werden. Hierzu holt die KVH eine datenschutzrechtlich ausreichende Einwilligung bei den betroffenen Ärzten ein.

ABSCHNITT III VERSORGUNGSINHALTE

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1

- (1) Die medizinischen Anforderungen an das Behandlungsprogramm sind in der Anlage 7 der DMP-A-RL (Anlage 6 des Vertrages) definiert und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfaltet, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen der der Anforderungen an die Behandlung zu unterrichten.
- (2) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmende Versicherte gemäß der jeweils gültigen Anlage 7 der DMP-A-RL zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch,

wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 1 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

ABSCHNITT IV QUALITÄTSSICHERUNG

§ 10 Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in Anlage 7 genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer 1.8 der Anlage 7 DMP-A-RL,
- Einhaltung der im Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11 Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 7 (Qualitätssicherung) zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.
- (2) Zu den Maßnahmen entsprechend § 2 DMP-A-RL gehören insbesondere:
 - Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldefunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 - strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Vertragsärzte nach § 3 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
 - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in Anlage 7 fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und 8 der DMP-A-RL ergeben.

- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 9 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 12

Sanktionen

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogrammes werden wirksame Sanktionen vereinbart, die dann greifen, wenn einer der teilnehmenden Ärzte gegen die zur Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms vereinbarten Anforderungen verstößt.
- (2) Verstößt der teilnehmende Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, ergreift die KVH eine der folgenden Maßnahmen. Der Gemeinsamen Einrichtung ist zuvor Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie kann darüber hinaus eigene Fälle zur Prüfung anmelden.
- Keine Vergütung, bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für Dokumentationen, die trotz Aufforderung der Datenstelle unvollständig oder unplausibel bleiben,
 - Aufforderung durch die KVH, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten – ggf. mit Auflagen- (z. B. nicht fristgerecht bzw. keine Übersendung der Dokumentationen oder bei Nichterfüllung der medizinischen Anforderungen). Hält der Vertragsarzt trotz Aufforderung die eingegangenen Verpflichtungen nicht ein oder erfüllt er die Auflagen nicht, so kann er dauerhaft von der Teilnahme ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Vertragsarztes entscheidet die KVH im Benehmen mit den teilnehmenden Krankenkassen/Verbänden,
 - Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung,
 - über den Ausschluss eines Vertragsarztes erteilt die KVH einen rechtsmittelfähigen Bescheid.

ABSCHNITT V

TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung entsprechend dieses Vertrags teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:
- die vorliegende schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Ziffer 1.2 (Diagnostik) der Anlage 7 DMP-A-RL,
 - die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten,
 - die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte und die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Insbesondere auch darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und diese Daten von der Krankenkasse im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms zur Unterstützung der Betreuung des Versicherten verarbeitet und genutzt werden können. Des Weiteren erfolgt die Information des Versicherten darüber, dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihrer Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat,
 - der Versicherte von der Einschreibung im Hinblick auf die in Ziffer 1.3.1 der Anlage 7 DMP-A-RL genannten Therapieziele profitiert,
 - die Einleitung bzw. Durchführung einer Insulintherapie gemäß Ziffer 1.3.4 der Anlage 7 DMP-A-RL und
 - der Versicherte aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

Die Teilnahmevoraussetzungen gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben wird (Ziffer 3.1 der Anlage 7 DMP-A-RL).

- (2) Die Teilnahme schränkt die freie Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein.
- (3) Schwangere Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 und Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 bis zum Alter von 18 Jahren finden in diesem strukturierten Behandlungsprogramm besondere Berücksichtigung.

- (4) Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) werden nicht in dieses strukturierte Behandlungsprogramm aufgenommen. Dennoch besteht außerhalb des DMP für diabetologische Schwerpunktpraxen die Möglichkeit für Gestationsdiabetikerinnen den Leistungsinhalt analog des § 31 Abs. 2, Abrechnungsnummer 97005 (Betreuung einer schwangeren Diabetikerin) zu erbringen und mit der gesonderten Abrechnungsziffer 97029 abzurechnen.
- (5) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an den Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich.

§ 14

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte nach § 3 ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung in geeigneter Weise, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation und Patienteninformation entsprechende der Anlagen 10 und 11, über das Behandlungsprogramm informieren. Der Versicherte erklärt sich zur Teilnahme am Behandlungsprogramm bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Befunddaten) auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung ein.
- (2) Die teilnehmenden Vertragsärzte informieren entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL ihre nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei dem teilnehmenden Vertragsarzt gemäß § 3 einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP müssen den teilnehmenden Krankenkassen neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 folgende Unterlagen vorliegen:
 - 1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
 - 2. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL durch den koordinierenden Vertragsarzt.
- (4) Mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung für das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte auch seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Vertragsarzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL plausibel und fristgerecht vorliegt. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Vertragsarzt im Sinne dieses Vertrages betreut wird.
- (5) Die Krankenkasse kann interessierte Versicherte beraten und die Teilnahme am DMP einleiten. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an teilnehmende

koordinierende Vertragsärzte verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und übermittelt werden.

- (6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 der Krankenkasse vorliegen und die Krankenkasse die Versicherten eingeschrieben hat, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Vertragsarzt die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Eine gleichzeitige Teilnahme am Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich.
- (8) Wechselt der Versicherte seine Krankenkasse, so kann er, wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen, sich erneut in das Disease-Management-Programm einschreiben lassen. Der koordinierende Vertragsarzt hat die Neueinschreibung vorzunehmen.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 10 oder Anlage 11 zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein. Der Arzt hat vor der Versendung von Dokumentationen sicherzustellen, dass eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt.

§ 16

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 7, mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 und Abs. 4 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und/oder seine Einwilligung in die Datenübermittlung widerrufen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus dem Programm aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm endet auch mit dem Tag
 - der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m.

Anlage 8 DMP-A-RL, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von 6 Wochen nach Ablauf der in § 25 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist übermittelt worden sind.

- der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
- des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten (maßgebend ist das Zugangsdatum bei der Krankenkasse),
- des Kassenwechsels oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs.
- an dem der Versicherte die Voraussetzungen für die Einschreibung nicht mehr erfüllt,
- und die Teilnahme des Versicherten endet auch, wenn er innerhalb von zwölf Monaten zwei der nach Anlage 15 veranlassten Schulungsmaßnahmen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat.

- (4) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.
- (5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und koordinierenden Vertragsarzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

§ 17

Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Vertragsarzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese an die Datenstelle nach § 24. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Vertragsarztes.
- (2) Der bisherige Vertragsarzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

§ 18

unbesetzt

ABSCHNITT VI SCHULUNG

§ 19

Information und Schulung von Leistungserbringern

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVH informieren die teilnehmenden Vertragsärzte gemäß § 3 umfassend über die Ziele und Inhalte des DMP Diabetes mellitus Typ 1. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnehmenden Vertragsärzte bestätigen den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5.
- (2) Schulungen der teilnehmenden Vertragsärzte nach § 3 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungsunterlagen sind DMP-A-RL-konform und zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab.
- (3) Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität (Anlage 1-3) geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVH nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme sollen die strukturierten medizinischen Inhalte gemäß Anlage 7 DMP-A-RL einbezogen werden.
- (4) Kenntnisse über Schulungsbestandteile, die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern erworben wurden, müssen nicht wiederholt werden.

§ 20

Information und Schulung von Versicherten

- (1) Die Krankenkasse informiert insbesondere anhand der in den Anlagen 10 und 11 enthaltenen „Patienteninformation“ ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung und die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Die Wirksamkeit muss im Hinblick auf die Verbesserung der Stoffwechsellage belegt sein und dient der eigenständigen Anpassung der Insulindosis auf Basis einer Stoffwechselselbstkontrolle. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist grundsätzlich zu berücksichtigen. In das Schulungsprogramm sind

die strukturierten medizinischen Inhalte gemäß § 9 einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.

- (3) Kinder und Jugendliche (bei Bedarf mit deren Bezugspersonen) erhalten gleichfalls Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Sie verfolgen das Ziel, das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Betreuungspersonen zu fördern und zu entwickeln. Der bestehende Schulungsstand der Kinder und Jugendlichen bzw. deren Bezugspersonen ist grundsätzlich zu berücksichtigen.
- (4) Im Rahmen dieses DMP werden im Rahmen der ambulanten Behandlung ausschließlich die in Anlage 15 genannten Schulungsprogramme genutzt. Weitere Schulungsprogramme können vertraglich vereinbart werden, wenn diese vom BAS akkreditiert wurden.
- (5) Zur Schulung berechtigt sind die teilnehmenden Vertragsärzte, die die Strukturvoraussetzungen der Anlage 14 erfüllen und eine Genehmigung der KVH erhalten haben.
- (6) Ärzte nach § 3 Abs. 2 können Schulungsgemeinschaften errichten. Es sind die Grundsätze der persönlichen Leistungserbringung entsprechend der Vorgaben der KVH zu beachten. Die KVH erteilt Schulungsgemeinschaften nach Antragstellung unter der Voraussetzung vorhandener Strukturqualität eine Genehmigung.

ABSCHNITT VII

ARBEITSGEMEINSCHAFT UND GEMEINSAME EINRICHTUNG

§ 21

Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V

- (1) Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V oder erweitern die Aufgaben einer bestehenden Arbeitsgemeinschaft. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVH und die von den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung dieser Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 22

Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 Abs. 2 RSAV

- (1) Die Vertragspartner bilden eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur gemeinsamen Erfüllung der dort genannten Aufgaben oder erweitern die Aufgaben einer schon bestehenden Gemeinsamen Einrichtung. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.
- (2) Der Gemeinsamen Einrichtung obliegt die Aufgabe - auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten - die gemeinsame Qualitätssicherung gemäß Anlage 7 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
 1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL, die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL und die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,

2. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V,
3. die Unterbreitung von Empfehlungen an die Vertragspartner für die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

ABSCHNITT VIII

DOKUMENTATION UND DATENFLUSS ÜBER EINE DURCH DIE KRANKENKASSEN, DIE ARBEITSGEMEINSCHAFT UND DIE TEILNEHMENDEN VERTRAGSÄRZTE BEAUFTRAGTE DATENSTELLE

§ 23

Erst- und Folgedokumentationen

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in den Anlagen 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 der Einschreibung, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation genutzt. Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Der koordinierende Vertragsarzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 9a i.V.m. Anlage 9b, dieses Vertrages entsprechend der Ausprägung des diabetischen Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) für den jeweiligen Versicherten maßgeblich ist.
- (3) Zur Unterstützung bei der Wahl der geeigneten Dokumentationsfrequenz wird folgende Empfehlung ausgesprochen (Anlage 16): Dokumentationen sollten jedes 2. Quartal bei Patienten mit manifestem Diabetes mellitus Typ 1 ohne Folgeerkrankungen und ohne Begleiterkrankungen, mit Ausnahme der stabil eingestellten Hypertonie, erfolgen. Ansonsten wird eine Frequenz von jedem Quartal empfohlen.

§ 24

Datenstelle

- (1) Die vertragschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft (§ 21) werden eine Datenstelle mit den in den Absätzen 2 bis 6 genannten Aufgaben beauftragen. Sofern im Rahmen der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme bereits eine Datenstelle beauftragt wurde, werden die Aufgaben entsprechend erweitert.
- (2) Der Vertragsarzt genehmigt mit seiner Unterschrift auf der jeweiligen Teilnahmeerklärung den für ihn in Vertretung ohne Vollmacht zwischen den

Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle geschlossenen Vertrag und beauftragt die Datenstelle mit den in Absatz 6 genannten Aufgaben. Nach Beauftragung der Datenstelle teilen die Vertragspartner dem Vertragsarzt gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt nach § 21 Absatz 3 die Datenstelle insbesondere mit folgenden Aufgaben:
- Annahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL,
 - Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL ,mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KVH.
- (4) Die teilnehmenden Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
- Entgegennahme, Prüfung auf Vollständigkeit und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten an die jeweilige Krankenkasse,
 - Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL,
 - Weiterleitung der von der Datenstelle erfassten Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL, unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
 - Überprüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Weiterleitung der von der Datenstelle Folgedokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle,
 - Nachforderung unvollständiger und unplausibler Angaben.
- (5) Das Nähere zu den Absätzen 2 bis 4 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen.
- (6) Die Teilnahmeerklärung (Anlage 5) des Vertragsarztes gemäß § 3 beinhaltet dessen Genehmigung des Auftrages an die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
- Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL an die Arbeitsgemeinschaft,
 - die Weiterleitung dieser Daten an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.

§ 25

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch die Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Vertragsarzt:
 1. die vollständige Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL und
 2. die vollständige Folgedokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RLam Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen 10 Kalendertagen nach Dokumentationserstellung an die Datenstelle auf elektronischem Weg (unter Beachtung der entsprechenden Regelungen des Datenschutzes) weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dabei die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten binnen 10 Kalendertagen mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln.
- (2) Der koordinierende Vertragsarzt nach § 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Zeichen („0“ – „9“) bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden. Bei Arztwechsel erhält der Patient eine neue DMP-Fallnummer von seinem neuen Arzt.
- (3) Die Versicherten willigen einmalig mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung in die Datenübermittlung schriftlich ein. Sie werden schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet und erhalten einen Ausdruck der übermittelten Daten. Die Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL sind zu kennzeichnen.

§ 26

Datenflüsse über die Datenstelle

Nach Durchführung der Datenbearbeitung entsprechend § 25 dieses Vertrages übermittelt die Datenstelle:

1. bei Einschreibung die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL (Erstdokumentation) an die jeweilige Krankenkasse,
2. bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse,
4. bei der Erst- und Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung,

4. bei der Erst- und Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVH.

§ 27

Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle, die KVH, die Krankenkasse und die Gemeinsame Einrichtung übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen dieses Behandlungsprogramms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 28

Datenaufbewahrung und -löschung

Die Datenstelle archiviert die Datensätze der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL gemäß der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.

§ 29

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.
- (2) Die Vertragsärzte sind verpflichtet, untereinander sowie gegenüber anderen Vertragsärzten und Patienten bei ihrer Tätigkeit, die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

ABSCHNITT IX VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

§ 30 Vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und sind mit der in den jeweiligen Honorarvereinbarungen mit der KVH definierten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Eine zusätzliche Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation ist ausgeschlossen. Die in § 31 Abs. 2 aufgeführten Leistungen werden außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet.

§ 31 Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen

- (1) Die Abrechnung der im Folgenden beschriebenen Leistungen bedarf der Genehmigung durch die KVH. Soweit diese Genehmigung vorliegt, besteht eine Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Vertragsärzte ab Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zu diesem Behandlungsprogramm.
- (2) Für die vollständige und plausible Dokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL und die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Dokumentation für zur Teilnahme berechnigte Versicherte sowie für die im Zusammenhang mit der qualifizierten Behandlung entstehenden Aufwendungen erhalten Vertragsärzte nach § 3 folgende Vergütungen:

Vertragsärztliche Leistung	Vergütung	Abrechnungsziffer
Vertragsärzte nach § 3 Abs. 1 bis 3: Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versandkosten	25,00 Euro	97000
Vertragsärzte nach § 3 Abs. 1 bis 3 Erstellung und Versandkosten der Folgedokumentationen	15,00 Euro	97001
Vertragsärzte nach § 3 Abs. 2: Betreuungspauschale (ärztlicher Bereich) für Diabetologische Schwerpunktpraxis für - kontinuierliche qualifizierte Versorgung / Behandlung - besondere Aufwendungen im Zusammenhang mit § 3 Abrechnung je Patient und Quartal	56,24 Euro	97002

Vertragsärzte nach § 3 Abs. 2: Ersteinstellung bei erstmaliger Diagnose von Diabetes mellitus Typ 1 mit Diagnostik auf eine intensivierte Insulintherapie. Dieser Leistungskomplex beinhaltet alle ärztlichen Gesprächsleistungen, alle Tätigkeit des qualifizierten nichtärztlichen Personals und die vollständige körperliche Untersuchung. Abrechnung einmal je Erlebensfall	50,00 Euro	97003
Vertragsärzte nach § 3 Abs. 2: Ersteinstellung einer Pumpentherapie bei vorheriger intensivierter Insulintherapie mittels multipler Injektionen. Dieser Leistungskomplex beinhaltet alle ärztlichen Gesprächsleistungen, alle Tätigkeit des qualifizierten nichtärztlichen Personals, die vollständige körperliche Untersuchung. Abrechnung einmal je Erlebensfall und nur bei vorheriger Genehmigung des Hilfsmittels Insulinpumpe durch die jeweilige Krankenkasse	200,00 Euro	97004
Vertragsärzte nach § 3 Abs. 2 Betreuung einer schwangeren Diabetikerin über den Zeitraum der gesamten Schwangerschaft. Dieser Leistungskomplex beinhaltet: ▪ alle ärztlichen Gesprächsleistungen, alle Tätigkeit des qualifizierten nichtärztlichen Personals, die körperliche Untersuchung ▪ eine individualisierte Schulung zur euglykämischen Stoffwechselführung und den Besonderheiten in der Schwangerschaft mit 4 Doppelunterrichtseinheiten à 2 x 45 Minuten (Schulung durchführbar innerhalb von zwei Quartalen) pro Quartal, maximal 3 Quartale berechnungsfähig	131,00 Euro	97005

- (3) Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungspauschalen nach Abs. 2 mit der Ausnahme der GOP 97000 ist eine gültige Einschreibung des Versicherten in das strukturierte Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1 aufgrund der Vorschriften der RSAV und der DMP-A-RL. Die Abrechnung und Vergütung der in dieser Vereinbarung aufgeführten GOP setzt die vollständige Leistungserbringung voraus. Soweit nur einzelne Leistungsbestandteile erbracht werden, ist eine Abrechnung und Vergütung ausgeschlossen. Die aufgeführten DMP-Pauschalen können nur abgerechnet werden, sofern im jeweiligen Quartal ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

Die Vergütung für die Erstdokumentation Diabetes mellitus Typ 1 (GOP-Nr.97000) ist grundsätzlich nur 1x je DMP-Teilnehmer von dem betreuenden koordinierenden Arzt abrechenbar, sofern der DMP-Teilnehmer nicht zuvor aus dem Behandlungsprogramm ausgeschrieben wurde. Infolge eines Arztwechsels ist eine Folgedokumentation gemäß § 17 zu erstellen, so dass in diesem Fall nur eine Folgedokumentation vergütet wird. Eine erneute Einschreibung in das DMP Diabetes mellitus Typ 1 kann unter der Voraussetzung abgerechnet werden, dass der DMP-Teilnehmer zuvor aus dem Behandlungsprogramm ausgeschrieben wurde gemäß einer Voraussetzung des § 24 Absatz 2 Nr. 2 a–c RSAV und eine erneute Einschreibung in das DMP Diabetes mellitus Typ 1 gemäß der RSAV und DMP-A-RL erfolgen muss. Der Arzt wird über das Ausscheiden des Versicherten informiert gemäß § 16 Absatz 4. Sofern in einem Quartal eine Erstdokumentation abgerechnet wird, kann im gleichen Quartal keine Folgedokumentation abgerechnet werden. Die Folgedokumentation Diabetes mellitus Typ 1 (GOP-Nr.97001) kann je DMP-Patient von dem betreuenden koordinierenden Arzt nur entsprechend des von ihm festgelegten Dokumentationsintervalls abgerechnet werden.

Bei einem „quartalsweisen Dokumentationsintervall“ muss die Dokumentation einmal je Quartal erstellt werden; pro Versicherten und Quartal wird somit höchstens eine Dokumentation vergütet. Bei einem „Dokumentationsintervall jedes zweite Quartal“ muss die Dokumentation jedes zweite Quartal erstellt werden; pro Versicherten und zwei Quartalen wird somit höchstens eine Dokumentation vergütet.

- (4) Im Rahmen dieses DMP sind im ambulanten Bereich nur Schulungsmaßnahmen nach Anlage 15 zugelassen und abrechnungsfähig. Die Schulungen nach Anlage 15 werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert.
- (5) Die jeweilige strukturierte Schulungsmaßnahme ist je Patient gemäß Anlage 15 je Schulungsanlass nur einmal berechnungsfähig. Frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, darf eine Schulung zum selben Schulungsanlass erneut erbracht werden (Wiederholungsschulung). Die Schulungen „Diabetes Buch für Kinder“ und „Jugendliche mit Diabetes“ können nicht wiederholt werden. Schulungen mit gleichen Behandlungszielen dürfen nicht nebeneinander abgerechnet werden.
- (6) Die Schulungen erfolgen so, dass das gesamte Curriculum eines Schulungsprogrammes in höchstens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen absolviert wird. Wird eine Schulung nicht innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Quartalen absolviert, ist die Wiederholung der Schulung frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, möglich. Schulungen, die in der Zwischenzeit fortgesetzt werden sollen, bedürfen der Begründung des Arztes und der Genehmigung der jeweiligen Krankenkassen.
- (7) Wurden die Versicherten bereits vor Inkrafttreten des 14. Nachtrages (In Kraft getreten zum 01.07.2020) geschult, so ist eine weitere Schulung aus demselben Schulungsanlass gem. Anlage 10 frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, möglich. Versicherte, die vor Inkrafttreten des 14. Nachtrages eine Schulung begonnen haben, sollen diese spätestens bis zum 31.12.2020 beenden.

- (8) Kosten für Angehörige, welche an den Schulungen teilnehmen, sind nicht gesondert berechnungsfähig und mit den Pauschalen nach Anlage 15 für die jeweilige Schulung des DMP-Patienten abgegolten.
- (9) Für die Dokumentation des Augenbefundes und die Information an den überweisenden Arzt erhält der Augenarzt einen Betrag von 5,00 € (Abrechnungsnummer 97022) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Leistung ist nur auf Überweisung eines teilnehmenden Arztes nach § 3 dieses Vertrages möglich.
- (10) Die KVH sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden.

ABSCHNITT X SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 32 Kosten zur Durchführung des Vertrags

- (1) Kosten der Datenstelle, die im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Datensätze gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL entstehen, sowie die Kosten der Evaluation tragen die Krankenkassen.
- (2) Kosten der leistungserbringerbezogenen Qualitätssicherung in der Gemeinsamen Einrichtung tragen Krankenkassen und die KVH je zur Hälfte.
- (3) Kosten, die durch die nach § 19 notwendige Information der Ärzte entstehen, teilen sich die Vertragspartner. Die Krankenkassen tragen die Kosten für das Arztmanual. Die KVH übernimmt den Versand bzw. die Veröffentlichung in elektronischer Form und die sonstigen Informationen.
- (4) Kosten für die nach diesem Vertrag vorgesehenen Vordrucke übernehmen die Krankenkassen. Die Krankenkassen übermitteln elektronisch der KVH die ergänzenden Informationen (Ausfüllanleitungen) zu den Vordrucken.
- (5) Kosten im Zusammenhang mit der Erreichung der Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 3 zur Teilnahme an diesem strukturierten Behandlungsprogramm werden nicht von den Krankenkassen getragen. Gleiches gilt für die Kosten der Durchführung von diabetologischen Fortbildungen, Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln, die sich im Rahmen der ärztlichen Qualitätssicherung ergeben.
- (6) Die Kostenverteilung auf die Krankenkassen entsprechend der Absätze 1 bis 4 erfolgt nach Anzahl der eingeschriebenen Versicherten im Programm auf Basis der

Statistik KM6 Teil 2 zum Stichtag 01.07. des Jahres, in dem die Kosten entstanden sind.

§ 33

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die KVH liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten - versicherten- und arztbezogen - an die Krankenkassen.
- (2) Die Übermittlung der Abrechnungsdaten erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrags über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

§ 34

Evaluation

- (1) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden den externen evaluierenden Instituten von den Krankenkassen (bzw. von ihnen beauftragten Dritten) sowie von der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.
- (2) 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 der DMP-A-RL.

§ 35

Laufzeit, Kündigung und Schriftform

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2008 in Kraft. Der Vertrag kann mit einer Frist von 4 Wochen von jedem Vertragspartner zum Ende eines jeden Quartals gekündigt werden. Dieser Vertrag kann auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse gekündigt werden. Eine solche Kündigung lässt den Vertrag im Übrigen unberührt.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV sowie der DMP-A-RL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich verhandelt werden. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V sind hierbei einzuhalten.
- (3) Bei Wahrnehmung eines Kündigungsrechts sind sich die Vertragspartner einig, dass Verhandlungen zur Sicherstellung der Versorgung von Patienten mit Diabetes

mellitus Typ 1 in der Region Hamburg auf dem erreichten Standard aufgenommen werden.

- (4) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 36

Salvatorische Klausel

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

ÜBERSICHT DER ANLAGEN

Die in dieser Übersicht aufgeführten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages

Anlage 1	Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor nach § 3 (Versorgungsebene 1)
Anlage 2	Strukturqualität Hausarzt
Anlage 3	Strukturqualität Pädiater/ pädiatrische Einrichtung
Anlage 4	unbesetzt
Anlage 5	Teilnahmeerklärung Vertragsarzt
Anlage 5a	Ergänzungserklärung Leistungserbringer
Anlage 6	Versorgungsinhalte
Anlage 7	Qualitätssicherung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)
Anlage 8	Verzeichnis der Leistungserbringer
Anlage 9a	Dokumentationsdaten nach Anlage 2
Anlage 9b	Dokumentationsdaten nach Anlage 8 DMP-A-RL
Anlage 10	indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung inklusive Datenschutz- und Patienteninformation
Anlage 11	indikationsspezifische Teilnahme- und Einwilligungserklärung inklusive Datenschutz- und Patienteninformation
Anlage 12	unbesetzt
Anlage 13	unbesetzt
Anlage 14	Strukturqualität Schulungsarzt
Anlage 15	Patientenschulungen
Anlage 16	Dokumentationsfrequenz

Anlage 1

- Strukturvoraussetzungen diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor -

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

1. Versorgungsstufe

Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt sind Vertragsärzte, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen - **persönlich oder durch angestellte Ärzte** - erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten.

Die Langzeitbetreuung und Dokumentation des Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 sollte durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt / besonders qualifizierte Einrichtung erfolgen¹.

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

¹ Ziffer 1.8.1; Anlage 7 DMP-A-RL

	Voraussetzungen	Nachweis/-form
1. Fachliche Voraussetzungen diabetologisch qualifizierter Arzt / Einrichtung (diabetologische Schwerpunktpraxis) Die bis zum 30.06.2020 geltenden Strukturvoraussetzungen zum Nachweis von Mindestpatientenzahlen werden mit Wirkung ab dem 01.07.2020 gestrichen. Im Rahmen der regelhaften Überprüfung der Erfüllung der Strukturvoraussetzungen finden die gestrichenen Voraussetzungen ab diesem Zeitpunkt keine Anwendung mehr. Ärzte, welche die bis 30.06.2020 gültigen Strukturvoraussetzungen erfüllen und die Zulassung zur Teilnahme am DMP haben, nehmen auch nach dem 01.07.2020 weiterhin am DMP teil.	Berechtigung zum Führen einer der nachfolgend genannten Weiterbildungsbezeichnungen: • Facharzt für Innere Medizin • Facharzt für Pädiatrie • Facharzt für Allgemeinmedizin • Praktischer Arzt Führen der Bezeichnung „Diabetologe DDG“ oder Berechtigung zum Führen einer vergleichbaren Subspezialisierung Diabetologie nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammern und ganz überwiegend diabetologisch spezialisierte Tätigkeit. . Erfahrung im relevanten Umfang in der Betreuung und Behandlung von Typ 1-Diabetikern, Gestationsdiabetikerinnen und Patienten mit seltenen Spezialformen des Diabetes Die regelmäßige Teilnahme an diabetologisch ausgerichteten Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkeln gemäß § 19 dieser Vereinbarung mindestens sechsmal jährlich. Jederzeit eine verfügbare Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung im venösen Plasma vorhalten (gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in der jeweils gültigen Fassung). Eine Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachdisziplinen und –berufen, insbesondere gemäß Überweisungs- bzw. Einweisungskriterien der Anlage 7 der DMP-A-RL befolgen.	Entsprechende Nachweise sind der KVH auf Anfrage vorzulegen bei Antragstellung, anschließend 1 x pro Jahr
	Nach Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung verpflichtet sich der Vertragsarzt zur Teilnahme an mindestens zwei Diabetes-Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr, die von der Deutschen Diabetes Gesellschaft, der AND, den Ärztekammern, der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie oder dem Arbeitskreis Hamburger Diabetes Schwerpunktpraxen verantwortet werden oder vergleichbarer Veranstaltungen.	Entsprechende Nachweise sind der KVH auf Anfrage vorzulegen 1 x jährlich

1a) bei Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Insulinpumpentherapie	Zusätzlich zu den fachlichen Voraussetzungen diabetologisch qualifizierter Arzt / Einrichtung (diabetologische Schwerpunktpraxis): • ausreichende Erfahrung in der Betreuung von Patienten mit und in der Neueinstellung von Insulinpumpen	entsprechende Nachweise sind der KVH auf Anfrage vorzulegen bei Antragstellung, anschließend 1 x jährlich
1b) bei Behandlung von schwangeren Typ 1-Diabetikerinnen	Zusätzlich zu den fachlichen Voraussetzungen diabetologisch qualifizierter Arzt / Einrichtung (diabetologische Schwerpunktpraxis): • ausreichende Erfahrung in der Betreuung von schwangeren Patientinnen mit Diabetes Typ 1 und • Zusammenarbeit mit einem geburtshilflichen Zentrum mit angeschlossener Neonatologie.	entsprechende Nachweise sind der KVH auf Anfrage vorzulegen bei Antragstellung, anschließend 1 x jährlich
1c) bei Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom	Personelle Ausstattung: • Leitung der Einrichtung durch einen diabetologisch qualifizierten Arzt • Mindestens ein diabetologisch qualifizierter Arzt mit ausreichender Erfahrung in der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms • Podologen Angiologen, Radiologen, Gefäßchirurgen (ggf. in vertraglicher Kooperation) • Orthopädieschuhmacher/- techniker (ggf. in vertraglicher Kooperation) • Geschultes medizinisches Assistenzpersonal • Regelmäßige Kolloquien der in die Behandlung des Diabetischen Fußes einbezogenen Kooperationspartner	entsprechende Nachweise sind der KVH auf Anfrage vorzulegen bei Antragstellung, anschließend 1 x jährlich
2. Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	Zur Schulung und Betreuung der Patienten ist die ganztägige Versorgung durch eine „Diabetesberaterin DDG“ zu gewährleisten. Mindestens eine Volltagskraft muss angestellt sein, deren Wochenarbeitszeit mindestens 38,5 Stunden beträgt oder ggf. mehrere Teilzeitkräfte. Das Beschäftigungsverhältnis muss direkt mit dem oder den Inhaber(n) der diabetologischen Schwerpunktpraxis geschlossen sein. Die Fachkräfte müssen mindestens zweimal jährlich an Fortbildungsveranstaltungen der ambulanten Diabetikerbetreuung (z. B. den allgemeinen Fortbildungsveranstaltungen der Deutschen Diabetesgesellschaft) teilnehmen. Die Fachkräfte müssen über Kenntnisse in Hinblick auf die lokale Wundversorgung verfügen Zusammenarbeit / Kooperation mit: einem(r) Oecothrophologen/in oder Diätassistenten/in einem(r) medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen.	entsprechende Beschäftigungs- und Qualifikationsnachweise sind der KVH vorzulegen bei Antragstellung bzw. 1 x jährlich

3. Apparative Ausstattung jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte	• Vertragsärzte, die eine Versorgung von Diabetikern in einer diabetologischen Spezialpraxis im Sinne dieser Vereinbarung durchführen, für die Schulung und die Betreuung durch das qualifizierte nichtärztliche Personal einen geeigneten besonderen Raum zur Verfügung stellen (nicht das Wartezimmer)². • Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren (im Rahmen des Fachgebietes) in der Vertragsarztpraxis, • Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards, • 24 Stunden-Blutdruckmessung, • Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung, mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung im venösen Plasma³, • EKG, Belastungs-EKG^{4/5}, Sonographie⁷ Doppler- oder Duplexsonographie⁶, • Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z.B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)	Bestätigung durch Teilnahmeerklärung bei Antragstellung
3a) bei Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom	• Besonderer Raum mit Behandlungsstuhl (MRSA-Keime) • Verbandmaterial • Chirurgische Ausrüstung, scharfe Löffel, Skalpelle, Pinzetten, Scheren etc. • Geprüfter Sterilisator • OP-Kleidung • Desinfektionsplan • Hygieneplan (Berufsgenossenschaft, Vorschrift BGV C8) • Entlastungsschuhe, orthopädische Orthesen, Unterarmstützen usw. • Digitalkamera zur Dokumentation • Standardisierter Fuß-Erfassungsbogen (digital oder manuell) • apparative Ausstattung zur Basisdiagnostik der peripheren Neuropathie (z.B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament) • Doppler- oder Duplexsonographie⁸	Bestätigung durch Teilnahmeerklärung bei Antragstellung

2 Es muss sich um einen Raum handeln, der vornehmlich für die Gruppenschulung zur Verfügung steht und der über Unterrichtsmedien und Projektionsmöglichkeiten verfügt. Ein geeigneter Raum für Einzelschulungen muss vorhanden sein.

3 gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in der jeweils gültigen Fassung.

4 Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie in der jeweils gültigen Fassung.

5 Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

6 Die Untersuchung kann entweder mit einer Genehmigung nach der Ultraschall-Vereinbarung oder als Auftragsleistung erbracht werden.

Schulungen	• Regelhafte Schulung von Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1 • Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms mindestens 1x im Quartal, • Besprechung der individuellen Insulin-Dosisanpassung während des Schulungsprogramms zusammenhängend innerhalb von zwei Wochen, • 24-Stunden Erreichbarkeit des ärztlichen Personals während der Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogrammes, • Erfüllung der Voraussetzungen der Anlage 14 dieses Vertrags.	Bestätigung / Nachweis durch Teilnahmeerklärung bei Antragstellung sowie auf Anfrage der KVH (1x jährlich)
-------------------	---	--

DMP Diabetes mellitus Typ1 Vertrag mit KV Hamburg – Anlage 1 i.d.F. des 14. Nachtrags vom 27.05.2020
Überweisung von der koordinierenden Ärztin, oder Einrichtung zur jeweils qualifizierten Fachärztin, Facharzt oder 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-Läsionen Wagner-Stadium 2-5 und/oder Armstrong-Klasse B, C oder D in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,
 - zur augenärztlichen Untersuchung, insbesondere der Untersuchung der Netzhaut (vgl. Ziffer 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. Ziffer 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, Facharzt (z. B. Nephrologie) oder entsprechende Einrichtung.

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

- bei signifikanter Kreatinin-Erhöhung beziehungsweise bei Einschränkung der eGFR zur Nephrologin oder zum Nephrologen,
- 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.

Wenn die Koordination im Falle von Kindern und Jugendlichen durch eine diabetologisch besonders qualifizierte Ärztin oder Arzt ohne Anerkennung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin erfolgt, ist bei den folgenden Indikationen eine Überweisung zur diabetologisch qualifizierten Pädaterin, zum diabetologisch qualifizierten Pädater oder zur diabetologisch qualifizierten pädiatrischen Einrichtung zu veranlassen:

- bei Erstmanifestation,
- bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie,
- bei Vorliegen mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie mindestens einmal jährlich,
- zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie,
- bei Nichterreichen -des HbA1c-Zielwertes (in der Regel kleiner als 7,5% bzw. 58mmol/mol) nach maximal sechs Monaten Behandlungsdauer,
- bei Abschluss der akut-medizinischen Versorgung infolge einer schweren Stoffwechseldekompensation (zum Beispiel schwere Hypoglykämie, Ketoazidose).

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

Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere bei⁷:

- 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,
- infizierten diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese sowie bei akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation in ein für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte stationäre Einrichtung,
- Nichterreichen des HbA1c-Zielwertes (in der Regel kleiner als 7,5% bzw. 58mmol/mol) 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 Ziffer 4.2) qualifiziert ist,
- gegebenenfalls zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms (entsprechend Ziffer 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.

Anlage 2

- Strukturvoraussetzungen Hausarzt -

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

1. Versorgungsstufe

Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt sind Vertragsärzte, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen - **persönlich oder durch angestellte Ärzte** - erfüllen und die die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten.

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

In begründeten Einzelfällen kann diese Aufgabe auch von Hausärzten im Rahmen ihrer in § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben wahrgenommen werden. Dabei muss die Betreuung in enger Kooperation mit einem **am Vertrag teilnehmenden** diabetologisch besonders qualifizierten Arzt / Einrichtung erfolgen¹. **Die Überweisungskriterien der Anlage 7 der DMP-A-RL sind zu beachten. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.**

¹ Ziffer 1.8.1 der Anlage 7 DMP-A-RL

Voraussetzung	Nachweis	Nachweis/-form
Fachliche und organisatorische Voraussetzungen: Hausarzt im Rahmen von § 73 SGB V Die bis zum 30.06.2020 geltenden Strukturvoraussetzungen zum Nachweis von Mindestpatientenzahlen werden mit Wirkung ab dem 01.07.2020 gestrichen. Im Rahmen der regelhaften Überprüfung der Erfüllung der Strukturvoraussetzungen finden die gestrichenen Voraussetzungen ab diesem Zeitpunkt keine Anwendung mehr. Ärzte, welche die bis 30.06.2020 gültigen Strukturvoraussetzungen erfüllen und die Zulassung zur Teilnahme am DMP haben, nehmen auch nach dem 01.07.2020 weiterhin am DMP teil.	▪ Facharzt/ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktische Ärzte ▪ Nachweis der Betreuung in enger Kooperation mit am Vertrag teilnehmenden diabetologisch besonders qualifizierten Arzt / Einrichtung (Schwerpunktpraxis) durch Vorlage einer Kooperationsvereinbarung bei Antragstellung ▪ Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung innerhalb des ersten Jahres der Teilnahme (auch frühere Teilnahme zu Diabetes mellitus Typ 2 ausreichend); die Arztinformationsveranstaltung wird als Fortbildungsveranstaltung anerkannt und / oder ▪ Information durch Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme. ▪ Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region ▪ Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards² ▪ mindestens einmal jährliche Teilnahme an diabetesspezifischen Fortbildungen, und ▪ regelmäßige Teilnahme an diabetesspezifischen Qualitätszirkeln. Mindestdauer der Fortbildungen, Teilnahme an QZ 4 Stunden/Jahr	Nachweis zu Beginn der Teilnahme und anschließend 1 x pro Jahr

² Qualitätsstandards gemäß der DMP-A-RL

Voraussetzung	Nachweis	Zeitpunkt/Häufigkeit
Apparative Voraussetzungen jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte	Mindest-Anforderungen der erforderlichen diagnostischen und Therapeutischen Verfahren in der Vertragsarztpraxis: ▪ EKG ▪ Sonographie^{3/4} ▪ Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung im venösen Plasma⁵ ▪ Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie, z.B. Reflexhammer, Stimmgabel, Monofilament	Bestätigung durch Teilnahmeerklärung bei Antragstellung

Überweisung vom koordinierenden Hausarzt zum jeweils qualifizierten Facharzt oder in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung⁶

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-Läsionen Wagner-Stadium 2-5 und/oder Armstrong-Klasse B, C oder D in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,
 - zur augenärztlichen Untersuchung, insbesondere der Untersuchung der Netzhaut (vgl. Ziffer 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. Ziffer 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, Facharzt (z. B. Nephrologie) oder entsprechende Einrichtung.

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

- bei signifikanter Kreatinin-Erhöhung beziehungsweise bei Einschränkung der eGFR zur Nephrologin oder zum Nephrologen,
- bei Vorliegen makroangiopathischer einschließlich kardialer Komplikationen zur jeweils qualifizierten Fachärztin, Facharzt oder Einrichtung,

³ fachliche Voraussetzungen gemäß der Richtlinie der „Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall Vereinbarung)“ in der jeweils gültigen Fassung

⁴ die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden

⁵ gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

⁶ Ziffer 1.8.2 der Anlage 7 DMP-A-RL

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

Ergänzend zu den oben aufgeführten Indikationen ist eine Überweisung auch bei folgenden Indikationen zur diabetologisch qualifizierten pädiatrischen Fachärztin, Facharzt oder Einrichtung zu veranlassen.

- bei Erstmanifestation,
- bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie,
- bei Vorliegen mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie mindestens einmal jährlich,
- zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie,
- bei Nichterreichen -des HbA1c-Zielwertes (in der Regel kleiner als 7,5% bzw. 58mmol/mol) nach maximal sechs Monaten Behandlungsdauer,
- bei Abschluss der akut-medizinischen Versorgung infolge einer schweren Stoffwechseldekompensation (zum Beispiel schwere Hypoglykämie, Ketoazidose).

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

Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere bei⁷:

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,
- infizierten diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese sowie bei akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte stationäre Einrichtung,
- Nichterreichen des HbA1c-Zielwertes (in der Regel kleiner als 7,5% bzw. 58mmol/mol) 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 Ziffer 4.2) qualifiziert ist,
- gegebenenfalls zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms (entsprechend Ziffer 4.2) von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 im stationären Bereich,
- gegebenenfalls zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie (CSII),

⁷ Ziffer 1.8.3 der Anlage 7 DMP-A-RL

- 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.

Hierbei sind Patienteninteressen und regionale Besonderheiten zu berücksichtigen.

Anlage 3

- Diabetologisch qualifizierter Arzt / pädiatrische Einrichtung/zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte/qualifizierte Einrichtungen für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen -

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

1. Versorgungsstufe

Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt sind Vertragsärzte oder ermächtigte Einrichtungen, zugelassene und ermächtigte Krankenhausärzte die nachfolgende Strukturvoraussetzungen - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen und die die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten.

Bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren sollte die Langzeitbetreuung grundsätzlich, bei Jugendlichen unter 21 Jahren fakultativ durch einen diabetologisch qualifizierten Pädiater / pädiatrische Einrichtung / zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte / qualifizierte Einrichtungen erfolgen. In begründeten Einzelfällen kann die Koordination durch einen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt / pädiatrische Einrichtung / zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte / qualifizierte Einrichtungen erfolgen.¹ Die Betreuung der Versicherten muss in diesem Fall in enger Kooperation mit einem/einer am Vertrag teilnehmenden diabetologisch qualifizierten Pädiater / pädiatrische Einrichtung / zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte / qualifizierte Einrichtungen erfolgen. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

¹ Ziffer 1.8.1 der Anlage 7 DMP-A-RL

[illegible]

Voraussetzung	Nachweis	Zeitpunkt/ Häufigkeit
Nicht-ärztliches Personal	<u>Qualifikation nicht-ärztliches Personal</u> ▪ mindestens ein(e) Diabetesberater/in DDG (Es sollen ausschließlich DDG-Beraterinnen eingesetzt werden, die zugleich fortgebildete Kinderkrankenschwestern sind) Zusammenarbeit mit ▪ einem(r) Oecothrophologen/in oder Diätassistenten/in ▪ mindestens einmal jährliche Teilnahme ▪ des nichtärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen	zu Beginn der Teilnahme und anschließend 1 x jährlich
Apparative Ausstattung jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte	▪ Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis ▪ Schulungsraum mit erforderlicher Ausstattung (bei Durchführung von Schulungen) ▪ Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards² ▪ Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung, mit verfügbarer Labormethode zur naß-chemischen Blutglukosebestimmung im venösen Plasma^{3 4} ▪ EKG ⁴ ▪ Sonographie⁵, Doppler-oder Duplexsonographie⁵	Bestätigung durch Teilnahmeerklärung bei Antragstellung

² Qualitätsstandards gemäß der Ziffer 1.5.4.1 der Anlage 7 DMP-A-RL

³ gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in der jeweils aktuellen Fassung

⁴ Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

⁵ Die Untersuchung kann entweder mit einer Genehmigung nach der Ultraschall-Vereinbarung oder als Auftragsleistung erbracht werden.

Überweisung vom koordinierenden Arzt / Einrichtung zu anderen Fachärzten / Einrichtungen

Bei Vorliegen folgender Indikationen **muss** der koordinierende Arzt / die koordinierende Einrichtung eine Überweisung des Patienten zu anderen Fachärzten / Einrichtungen unter Berücksichtigung der Patienteninteressen und regionaler Besonderheiten veranlassen, soweit die eigene Qualifikation für die Behandlung des Patienten nicht ausreicht⁶.

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-Läsionen Wagner-Stadium 2-5 und/oder Armstrong-Klasse B, C oder D in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,
 - zur augenärztlichen Untersuchung, insbesondere der Untersuchung der Netzhaut (vgl. Ziffer 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. Ziffer 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, Facharzt (z. B. Nephrologie) oder entsprechende Einrichtung.

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

- bei signifikanter Kreatinin-Erhöhung beziehungsweise bei Einschränkung der eGFR zur Nephrologin oder zum Nephrologen,
- 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.

Erfolgt im Einzelfall die Koordination im Falle von Kindern und Jugendlichen durch eine diabetologisch besonders qualifizierte Ärztin oder Arzt ohne Anerkennung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin erfolgt. In diesem Fall ist bei den folgenden Indikationen eine Überweisung zur diabetologisch qualifizierten Pädaterin, zum diabetologisch qualifizierten Pädater oder zur diabetologisch qualifizierten pädiatrischen Einrichtung zu veranlassen:

- bei Erstmanifestation,
- bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie,
- bei Vorliegen mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie mindestens einmal jährlich,
- zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie,
- bei Nichterreichen des HbA1c-Zielwerts (in der Regel kleiner als 7,5 % bzw. 58 mmol/mol) nach maximal sechs Monaten Behandlungsdauer,
- bei Abschluss der akut-medizinischen Versorgung infolge einer schweren Stoffwechseldekompensation (zum Beispiel schwere Hypoglykämie, Ketoazidose).

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

⁶ Ziffer 1.8.2.1. der Anlage 7 DMP-A-RL

⁷ Ziffer 1.8.3. der Anlage 7 DMP-A-RL

Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere bei⁷:

- Notfall (in jedes Krankenhaus),

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,
- infizierten diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese sowie bei akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation in ein für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte stationäre Einrichtung,
- Nichterreichen des HbA1c-Zielwertes (in der Regel kleiner als 7,5% bzw. 58mmol/mol) 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 Ziffer 4.2) qualifiziert ist,
- gegebenenfalls zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms (entsprechend Ziffer 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.

Anlage 5

-Teilnahmeerklärung Vertragsarzt-

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Postfach 76 06 20

22056 Hamburg

Name, Vorname

Kassenarztstempel

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes:

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Das auf der Seite der KVH unter [www.http://www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) eingestellte Praxismanual habe ich zur Kenntnis genommen

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich, die Regelungen der Vereinbarung, insbesondere zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln nach § 9, den von mir zu übernehmenden Aufgaben nach Abschnitt II und der Qualitätssicherung nach Abschnitt IV einzuhalten.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des Disease-Management-Programms, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, die Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken) sowie den Patienten die für sie vorgesehene Ausfertigung der Dokumentation aushändige.
- den in der Anlage (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte

erfüllen.

- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg mit der Anlage 5a „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztlichen Vereinigung in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meiner Daten gemäß Anlage 8 in dem Verzeichnis der Leistungserbringer nach § 8 der Vereinbarung,
- der Weitergabe dieses Verzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, die Krankenkassen, die Datenstelle, die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und der Veröffentlichung meiner Daten im Leistungserbringerverzeichnis entsprechend § 8 dieses Vertrages¹ sowie auf dem Internetauftritt der KVH.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung. Mit dem Zugang des Widerrufs endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.

Die in der Anlage 5a (Ergänzungserklärung zur Anlage Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihres Daten gemäß Anlage 8 in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmer am Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1“,
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, die Datenstelle, die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, das BAS und der Veröffentlichung ihrer Daten im Leistungserbringerverzeichnis entsprechend § 8 sowie auf dem Internetauftritt der KVH.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung. Mit dem Zugang des Widerrufs endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.

Mir und den angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist;
- ich meine Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende gegenüber der KVH schriftlich kündigen kann,
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 dieser Vereinbarung von mir gegenüber der KV Hamburg nachzuweisen sind,
- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen nach § 12 getroffen werden können und
- meine Teilnahme an der Vereinbarung mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet,

¹ Siehe Anlage 8 (Leistungserbringerverzeichnis).

meine im Rahmen der DMP erhobenen Daten entsprechend der in der RSAV vorgesehenen Pseudonymisierungs-Regelungen an die Arbeitsgemeinschaft, die Gemeinsame Einrichtung, das Evaluationsinstitut, die Krankenkassen und die KVH weitergeleitet werden.

Den in meinem Namen zwischen

- der Datenstelle,
- der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (im Folgenden: Arbeitsgemeinschaft),
- der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg sowie
- den Krankenkassen in Hamburg

geschlossenen Vertrag (Beauftragungsvertrag Datenstelle) genehmige ich. Das gleiche gilt für die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen, wenn diese die Aufgaben der Datenstelle übernimmt. Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt bzw. die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen zu informieren. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die beteiligten Krankenkassen im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt des Vertrages zu informieren.

Ich beauftrage die Datenstelle / die Arbeitsgemeinschaft

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL i. S. d. § 25 Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg und die Krankenkasse die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 im Rahmen des Vertrages zwischen der KVH und den Hamburger Krankenkassen/-verbänden nehme ich teil:

☐ **persönlich**

☐ **durch angestellte Ärzte (siehe Ergänzungserklärung Leistungserbringer)**

☐ **persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe Ergänzungserklärung Leistungserbringer)**

Ich erkläre:

An der Vereinbarung zur Umsetzung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen möchte ich teilnehmen als:

☐ **diabetologisch qualifizierter Arzt/Einrichtung (§ 3 Abs. 2 i. V. m. Anlage 1 der Vereinbarung).**

In diesem Zusammenhang beantrage ich auch die Teilnahme als

☐ zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Insulinpumpentherapie ermächtigte(r)

☐ zur Behandlung von schwangeren Typ1-Diabetikerinnen ermächtigte(r)

☐ auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte(r)

Arzt/Praxis/Einrichtung.

☐ **diabetologisch qualifizierter Arzt/Einrichtung (§ 3 Abs. 2 i. V. m. Anlage 1 / Anlage 3 der Vereinbarung).**

Ich kooperiere mit folgendem(r) vertraglich eingebundenen diabetologisch _____
qualifizierten Pädiater/Einrichtung

☐ **Hausarzt in enger Kooperation mit einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt/Einrichtung (§ 3 Abs. 3 i. V. m. Anlage 2 der Vereinbarung).**

Ich kooperiere mit: _____

☐ **diabetologisch qualifizierter Pädiater/pädiatrische Einrichtung (§ 3 Abs. 4 i. V. m. Anlage 3 der Vereinbarung).**

☐ **Schulungsarzt (§§ 3 Abs. 6 Nr. 5; § 20 i. V. m. Anlage 1, 14 und 15 der Vereinbarung).**

Nachweise über die Erfüllung der jeweils geltenden Anforderungen an die Strukturqualität:

☐ sind beigelegt

☐ liegen der KVH bereits vor.

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____

[LANR]

Ich möchte für folgende Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:

- | | | |
|----|-------|----------------------|
| a) | _____ | [BSNR und Anschrift] |
| b) | _____ | [BSNR und Anschrift] |
| c) | _____ | [BSNR und Anschrift] |
| d) | _____ | [BSNR und Anschrift] |
| e) | _____ | [BSNR und Anschrift] |
| f) | _____ | [BSNR und Anschrift] |

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden. Ich ermächtige sie insbesondere dazu,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 DMP-A-RL i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL i. S. d. § 25 Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg und die Krankenkasse die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Das Arztmanual habe ich erhalten und seinen Inhalt zur Kenntnis genommen. Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

DMP Diabetes mellitus Typ1 Vertrag mit KV Hamburg - Anlage 5a - , Stand: 26.05.2015 zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

Anlage 5a Ergänzungserklärung Leistungserbringer

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu dem Behandlungsprogramm

Diabetes mellitus Typ 1

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Postfach 76 06 20

22056 Hamburg

Erklärung zu angestellten Ärzten zum DMP Diabetes mellitus Typ 1

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen::

1. _____ ☐ ☐
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

2. _____ ☐ ☐
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

3. _____ ☐ ☐
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

Ort, Datum

Unterschrift Angestellte/r

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt erbringt **keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen:

DMP Diabetes mellitus Typ1 Vertrag mit KV Hamburg - Anlage 5a - , Stand: 26.05.2015 zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

1. _____ ☐ ☐
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

2. _____ ☐ ☐
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

3. _____ ☐ ☐
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller/in

Anlage 6 Versorgungsinhalte

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

Versorgungsinhalte gemäß Ziffer 1, 2 und 3 der Anlage 7 der DMP-A-RL

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.

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 Ketose/Ketoazidose und
2. Nüchtern-Glukose vorrangig im Plasma (i. P.) $\geq 7,0$ mmol/l (≥ 126 mg/dl) oder Nicht-Nüchtern-Glukose i. P. $\geq 11,1$ mmol/l (≥ 200 mg/dl) und
3. gegebenenfalls laborchemische Hinweise für einen absoluten Insulinmangel (zum Beispiel Nachweis von Ketonkörpern in Blut und/oder Urin mit und ohne Azidose).

Die Unterscheidung zwischen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 erfolgt im strukturierten Behandlungsprogramm demnach anhand der Anamnese, des klinischen Bildes und der Laborparameter.

Die 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 Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien).

1.3.2 Differenzierte Therapieplanung

Auf der Basis der allgemeinen Therapieziele und unter Berücksichtigung des individuellen Risikos sowie der vorliegenden Folgeschäden 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 Blutglukose unter Vermeidung schwerer Hypoglykämien.

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 Blutglukosewerte in einen möglichst normnahen Bereich notwendig. Vorrangig soll Human-Insulin verwendet werden, weil dessen positiver Effekt und

Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der in Nummer 1.3.1 genannten Therapieziele in prospektiven, randomisierten, kontrollierten Langzeitstudien mit klinischen Endpunkten nachgewiesen wurden.

Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung anstelle des Human-Insulins Insulin-Analoga verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der Patient darüber zu informieren, dass derzeit für Insulin-Analoga noch keine ausreichenden Belege zur Sicherheit im Langzeitgebrauch sowie zur Risikoreduktion klinischer Endpunkte vorliegen. Sie oder er ist darüber zu informieren, ob für das jeweilige Insulin-Analogon Daten zur besseren Wirksamkeit und Steuerbarkeit vorliegen. Dies ist für kurzwirksame Insulin-Analoga bei Pumpentherapie (continuous subcutaneous insulin infusion [CSII]) bisher nur in Kurzzeitstudien nachgewiesen.

Die intensivierte Insulin-Therapie ist der Behandlungsstandard bei Diabetes mellitus Typ 1. Im Rahmen des strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramms sollen die 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 Blutglukoseselbstkontrolle. Dabei ist auf einen ausreichenden Wechsel der Insulin-Injektionsstellen zu achten, um Gewebeveränderungen zu vermeiden, die die Insulinresorption nachhaltig beeinflussen.

Ziel ist eine selbstbestimmte flexible Lebensführung ohne diabetesbedingte Beschränkung der Auswahl von Nahrungsmitteln.

Die regelmäßige Blutzuckerselbstkontrolle ist integraler Bestandteil der intensivierten Insulintherapie des Diabetes mellitus Typ 1 und dient der Korrektur bei Blutzuckerschwankungen und dem Gewährleisten der Therapiesicherheit. Hinzu kommen bei hyperglykämischen Entgleisungen Messungen der Ketonkörper im Urin zum Ausschluss einer Ketose/Ketoazidose.

Konzeption und Durchführung der Blutzucker-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
jährlich: Bestimmung der Albuminausscheidung zur Diagnostik einer Mikroalbuminurie und Nephropathie nach fünf Jahren Diabetesdauer. Zusätzlich Berechnung der geschätzten (estimated) glomerulären Filtrationsrate (eGFR)	jährlich: Bestimmung der Albuminausscheidung bei Kindern und Jugendlichen ab dem 11. Lebensjahr und nach 5 Jahren Diabetesdauer
ein- bis zweijährlich: augenärztliche Netzhautuntersuchung in Mydriasis zum Ausschluss einer Retinopathie nach 5 Jahren Diabetesdauer	ein- bis zweijährlich: augenärztliche Netzhautuntersuchung in Mydriasis zum Ausschluss einer Retinopathie (ab dem 11. Lebensjahr und nach 5 Jahren Diabetesdauer)
mindestens einmal jährlich: Inspektion der Füße einschließlich klinischer Prüfung auf	

Neuropathie und Prüfung des Pulsstatus vierteljährlich: Untersuchung der Füße bei erhöhtem Risiko, einschließlich Überprüfung des Schuhwerks	
vierteljährlich, mindestens einmal jährlich: Blutdruckmessung	mindestens einmal jährlich: Blutdruckmessung bei Kindern und Jugendlichen (ab einem Alter von elf Jahren)
vierteljährlich, mindestens 2 × jährlich: HbA1c-Messung	vierteljährlich, mindestens 2 × jährlich: HbA1c-Messung
vierteljährlich, mindestens 2 × jährlich: Untersuchung der Spritzstellen, bei starken Blutzuckerschwankungen auch häufiger	vierteljährlich, mindestens 2 × jährlich: Untersuchung der Spritzstellen, bei starken Blutzuckerschwankungen auch häufiger

1.3.6 Raucherberatung

Im Rahmen der Therapie klärt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patientinnen und die Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens und Passivrauchens für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 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.
- Änderungsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Raucherentwöhnung angeboten werden. Dabei sollte gegebenenfalls auch eine Beratung zu deren Kombination mit medikamentösen Maßnahmen erfolgen.
- Es sollen Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.

1.3.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

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

Die Ärztin oder der Arzt soll mindestens jährlich sämtliche von der Patientin oder dem Patienten tatsächlich eingenommene Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, strukturiert erfassen und deren mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen berücksichtigen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können. Im Rahmen dieser strukturierten Arzneimittelerfassung kann auch eine Prüfung der Indikation für die einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren an der ärztlichen Behandlung Beteiligten durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt erforderlich werden. Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine Arzneimittelverordnung im Rahmen einer

Priorisierung gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden.

In der Patientinnen- oder Patientenakte soll eine aktuelle Medikationsliste vorhanden sein. Diese kann der Patientin oder dem Patienten oder einer Betreuungsperson in einer für diese verständlichen Form zur Verfügung gestellt und erläutert werden.

Sofern bei der jährlichen Berechnung der glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel (eGFR) (vgl. die Nummern 1.3.5 und 1.5.1.2) eine Einschränkung der Nierenfunktion festgestellt wird, sind die Dosierung renal eliminierter 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 gegebenenfalls eine Therapie- und/oder Therapiezielanpassung einzuleiten.

1.5 Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus Typ 1

1.5.1 Mikrovaskuläre Folgeerkrankungen

1.5.1.1 Allgemeinmaßnahmen

Für die Vermeidung des Entstehens mikrovaskulärer Folgeerkrankungen (vor allem diabetische Retinopathie und Nephropathie) ist die Senkung der Blutglukose in einen normnahen Bereich notwendig. Bereits bestehende mikrovaskuläre Komplikationen können insbesondere zu 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 Blutglukose die Senkung des Blutdrucks in einen normnahen Bereich von entscheidender Bedeutung.

1.5.1.2 Diabetische Nephropathie

Ein Teil der Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ist hinsichtlich einer Entstehung einer diabetischen Nephropathie mit der möglichen Konsequenz einer Nierenersatztherapie und deutlich erhöhter Sterblichkeit gefährdet. Patientinnen und Patienten mit einer diabetischen Nephropathie bedürfen 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-Ausscheidungsrate im Urin im Abstand von zwei bis vier Wochen notwendig, insbesondere bei Vorliegen einer Retinopathie. Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ohne bekannte diabetische Nephropathie erhalten mindestens einmal jährlich eine entsprechende Urin-Untersuchung zum Ausschluss einer diabetischen Nephropathie.

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 Blutglukoseeinstellung, 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 Netzhautuntersuchung in Mydriasis durchzuführen. Bei unauffälligem Augenhintergrundbefund ist eine Kontrolluntersuchung alle ein bis zwei Jahre durchzuführen.

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

1.5.2 Diabetische Neuropathie

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

Bei Neuropathien mit für die Patientin oder den Patienten störender Symptomatik (vor allem schmerzhaftes Polyneuropathie) ist der Einsatz zusätzlicher medikamentöser Maßnahmen sinnvoll. Es kommen vorzugsweise Antidepressiva, Antikonvulsiva und Opiode in Betracht, die für diese Indikation zugelassen sind (in Monotherapie, bei gegebener Notwendigkeit in Kombination).

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

Anamnese und Untersuchung auf Neuropathie und pAVK sollen jährlich erfolgen.

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

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

Patientinnen und Patienten mit ausgeprägter sensibler Neuropathie (vorrangig diagnostiziert durch fehlendes Filamentempfinden) sollten mit konfektionierten diabetischen Schutzschuhen versorgt werden. Die Versorgung des diabetischen Fußsyndroms sollte stadiengerecht orthopädietechnisch unter Berücksichtigung der sekundären diabetogenen Fußschäden, Funktionseinschränkungen und der Fußform erfolgen.

Bei Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko sollen die Füße und das Schuhwerk vierteljährlich durch die Ärztin oder den Arzt inspiziert werden.

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

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

Die Dokumentation erfolgt nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation.

1.5.4 Makroangiopathische Erkrankungen

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 haben insbesondere bei Vorliegen einer Nephropathie ein deutlich erhöhtes Risiko bezüglich der kardio- und zerebrovaskulären Morbidität und Mortalität. Zusätzlich zu einer guten Diabetes-Einstellung und einer Empfehlung zur Raucherentwöhnung (siehe Nummer 1.3.6) 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

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

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:

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

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

1.5.4.2 Statintherapie

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 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 (z. B. 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 psychotherapeutischen (z. B. Verhaltenstherapie) und/oder psychiatrischen Maßnahmen profitieren können. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert (zum Beispiel Essstörungen) soll die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen. Auf Grund der häufigen und bedeutsamen Komorbidität vor allem bei Patientinnen und Patienten mit diabetischen Folgeerkrankungen soll die Depression besondere Berücksichtigung finden.

1.6 Schwangerschaft bei Diabetes mellitus Typ 1

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

1.7 Behandlung von Kindern und Jugendlichen

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

1.7.1 Therapieziele

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

- Vermeidung akuter Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie),
- Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im subklinischen Stadium; dies setzt eine möglichst normnahe Blutglukoseeinstellung sowie die frühzeitige Erkennung und Behandlung von zusätzlichen Risikofaktoren (zum Beispiel Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas, Rauchen) voraus,
- 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 mit Beginn der Adoleszenz sowie im

Erwachsenenalter. Angesichts der Überlegenheit dieser Therapieform bei Adoleszenten und Erwachsenen soll mit der intensivierten Therapie begonnen werden, sobald dieses für die Familie und die 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 strukturierten, nach Möglichkeit evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen, die in geeigneten Abständen durchgeführt werden. Die Schulungen können als Gruppen- oder Einzelschulung erfolgen und sollen den jeweiligen individuellen Schulungsstand berücksichtigen.

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

1.7.4 Psychosoziale Betreuung

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

1.7.5 Ausschluss von Folgeschäden und assoziierten Erkrankungen

Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 sollen spätestens nach fünf Jahren Diabetesdauer, grundsätzlich jedoch ab dem 11. Lebensjahr, alle ein bis zwei Jahre auf das Vorliegen einer diabetischen Retinopathie gemäß Nummer 1.5.1.3 sowie jährlich auf Albuminurie 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.

Angesichts der hohen Wahrscheinlichkeit einer Assoziation mit einer Autoimmun-Hypothyreose und einer Zöliakie sollte entsprechenden klinischen Hinweisen nachgegangen werden.

1.8 Kooperation der Versorgungssektoren

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte

Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

1.8.1 Koordinierende Ärztin oder Koordinierender Arzt

Für die Teilnahme an dem strukturierten Behandlungsprogramm wählt die Patientin oder der Patient zur Langzeitbetreuung und deren Dokumentation eine zugelassene oder ermächtigte koordinierende Ärztin, Arzt oder 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, Arzt oder Einrichtung wahrgenommen werden.

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Koordination unter 16 Jahren grundsätzlich, unter 21 Jahren fakultativ durch eine diabetologisch besonders qualifizierte Pädiaaterin, einen diabetologisch besonders qualifizierten Pädiaater 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, Arzt oder Einrichtung zur jeweils qualifizierten Fachärztin, Facharzt oder 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-Läsionen Wagner-Stadium 2-5 und/oder Armstrong-Klasse B, C oder D 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-Bereichs unterhalb systolisch 140 mmHg und diastolisch 90 mmHg innerhalb eines Zeitraums von höchstens sechs Monaten zur entsprechend qualifizierten Fachärztin, Facharzt (z. B. Nephrologie) oder entsprechende Einrichtung.

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

- bei signifikanter Kreatinin-Erhöhung beziehungsweise bei Einschränkung der eGFR zur Nephrologin oder zum Nephrologen,

- 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, Facharzt oder Einrichtung zu veranlassen. Dies gilt ebenso, wenn die Koordination im Falle von Kindern und Jugendlichen durch eine diabetologisch besonders qualifizierte Ärztin oder 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 Erstmanifestation,
- bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie,
- bei Vorliegen mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie mindestens einmal jährlich,
- zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie,
- bei Nichterreichen des HbA1c-Zielwerts (in der Regel kleiner als 7,5 % bzw. 58 mmol/mol) nach maximal sechs Monaten Behandlungsdauer,
- bei Abschluss der akut-medizinischen Versorgung infolge einer schweren Stoffwechseldekompensation (zum Beispiel schwere Hypoglykämie, Ketoazidose).

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,
- infizierten diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese sowie bei akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte stationäre Einrichtung,
- Nichterreichen des HbA1c-Zielwerts (in der Regel kleiner als 7,5 % bzw.

58 mmol/mol) 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

Qualitätsziel	Qualitätsindikator
Hoher Anteil von Patientinnen und Patienten, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird	Anteil von Patientinnen und Patienten, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten
Niedriger Anteil von Patientinnen und Patienten mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5 %	Anteil von Patientinnen und Patienten mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5 % (69 mmol/mol)
Vermeidung schwerer hypoglykämischer	Anteil der Patientinnen und Patienten mit

Stoffwechselentgleisungen	schweren Hypoglykämien in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten
Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlungen wegen Diabetes mellitus	Anteil der Patientinnen und Patienten mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes mellitus, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten
Hoher Anteil normotensiver Patientinnen und Patienten bei Patientinnen und Patienten mit bekannter Hypertonie	Anteil der Patientinnen und Patienten mit Blutdruckwerten kleiner gleich 139 systolisch und kleiner gleich 89 mmHg diastolisch bei bekannter Hypertonie an allen eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit bekannter Hypertonie
Hoher Anteil von Patientinnen und Patienten, deren Injektionsstellen untersucht wurden	Anteil der Patientinnen und Patienten, deren Injektionsstellen untersucht wurden an allen eingeschriebenen Patientinnen und Patienten
Hoher Anteil geschulter Patientinnen und Patienten	• Anteil der Patientinnen und Patienten mit Hypertonie, die an einer Hypertonie-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben • Anteil der Patientinnen und Patienten mit Diabetes, die an einer Diabetes-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben
Hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion	Anteil der Patientinnen und Patienten mit jährlicher Bestimmung der eGFR
Hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie	Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Patientinnen und Patienten mit AVK, KHK oder Schlaganfall
Hoher Anteil an Patientinnen und Patienten ohne diabetische Nephropathie mit jährlicher Bestimmung der Albumin-Ausscheidung im Urin	Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen jährlich Albumin im Urin gemessen wird, bezogen auf alle Patientinnen und Patienten ohne bereits manifeste diabetische Nephropathie

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. Lebensjahrs 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.

Anlage Qualitätssicherung

Version 4.1
Stand 23.03.2017

QUALITÄTSSICHERUNG DIABETES MELLITUS TYP 1 **Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL** (Anzuwenden ab 01.07.2017)

Teil 1

Bestandteil des arztbezogenen Feedbacks sowie der die Vertragsregion betreffenden gemeinsamen und kassenunabhängigen Qualitätsberichterstattung

Teil 2

Bestandteil der durch die Krankenkasse durchzuführenden versichertenbezogenen Maßnahmen sowie der diesbezüglichen regelmäßigen Qualitätsberichterstattung

Anm.:

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen „(AD)“ auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 8 der DMP-A-RL. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt.

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Niedriger Anteil von Teilnehmer mit einem HbA1c-Wert größer 8,5% (69 mmol/mol)	Anteil der Teilnehmer mit einem HbA1c-Wert > 8,5% (69 mmol/mol) bezogen auf alle Teilnehmer <u>Zielwert:</u> ≤ 10% (kann regionenspezifisch nach oben abweichen)	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 1 ISD (HbA1c-Wert) a) > 8,5% (69 mmol/mol) b) > 7,5% (58 mmol/mol) ≤ 8,5% (69 mmol/mol) c) ≥ 6,5% (48 mmol/mol) ≤ 7,5% (58 mmol/mol) d) < 6,5% (48 mmol/mol) <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
II. Hoher Anteil von Teilnehmer, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird	Anteil der Teilnehmer, deren individuell vereinbarter HbA1c-Zielwert erreicht wird, bezogen auf alle Teilnehmer <u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 20 ISD (HbA1c-Zielwert) = „Zielwert erreicht“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
III. Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechselentgleisungen	Anteil der Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten bezogen auf alle Teilnehmer <u>Zielwert:</u> ≤ 15%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 6 ISD (schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation) > 0 während der letzten 12 Monate <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback mit Nennung der Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien und Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts
IV. Vermeidung notfallmäßiger stationärer	Anteil der Teilnehmer mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 8	Entsprechend dem Zeitintervall, das der	LE: Information über das Feedback mit Nennung der

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
Behandlungen wegen Diabetes mellitus	Diabetes mellitus in den letzten sechs Monaten , bezogen auf alle Teilnehmer <u>Zielwert:</u> ≤ 2%	ISD (stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation) >0 während der letzten 6 Monate <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Feedbackbericht erfasst	Teilnehmer mit stationärer notfallmäßigen Behandlung wegen Diabetes und Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts
V. Hoher Anteil von normotensiven Teilnehmer Teilnehmer mit bekannter Hypertonie	Anteil der Teilnehmer mit RR systolisch ≤139 mmHg und diastolisch ≤89 mmHg bezogen auf alle Teilnehmer mit bekannter Hypertonie <u>Zielwert:</u> ≥ 60%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch ≤ 139 und diastolisch ≤ 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 Teilnehmer mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion	Anteil der Teilnehmer mit jährlicher Bestimmung der eGFR, bezogen auf alle Teilnehmer <u>Zielwert:</u> ≥ 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit mindestens einer numerischen Angabe in Feld 2a ISD (eGFR) in den letzten 12 Monaten <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer im Alter ≥ 18 Jahre mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VII. Hoher Anteil von Teilnehmer ohne diabetische Nephropathie mit jährlicher Bestimmung der Albumin-Ausscheidung im Urin	Anteil der Teilnehmer, bei denen jährlich Albumin im Urin gemessen wird, bezogen auf alle Teilnehmer ab dem 11. Lebensjahr ohne bereits manifeste diabetische Nephropathie <u>Zielwert:</u> ≥ 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit mindestens einer Angabe in Feld 2 ISD (pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung) = „ja“ ODER „Nein“ in den letzten 12 Monaten <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer im Alter > 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
VIII. Hoher Anteil von Teilnehmer, deren Injektionsstellen untersucht werden	Anteil der Teilnehmer, deren Injektionsstellen mindestens halbjährlich untersucht werden, bezogen auf alle Teilnehmer <u>Zielwert:</u> ≥ 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit mindestens einer Angabe in Feld 3a ISD (Injektionsstellen) = „unauffällig“ ODER „auffällig“ in den letzten 6 Monaten <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit mindestens 6	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		Monaten Teilnahmedauer am DMP		
IX. Hoher Anteil von Teilnehmer mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie	Anteil der Teilnehmer, die einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer mit AVK, KHK oder Schlaganfall ohne Kontraindikation oder ohne orale Antikoagulation <u>Zielwert:</u> >= 80% Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 13 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „AVK“ UND/ODER „KHK“ UND/ODER mit 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
X. Hoher Anteil geschulter Teilnehmer	a) Anteil der Teilnehmer, die an einer Diabetes-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmer b) Anteil der Teilnehmer mit Hypertonie, die an einer Hypertonie-Schulung im Rahmen des DMP	a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulung(en) wahrgenommen) = „Ja“ seit Beginn der DMP-Teilnahme <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer b) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	Hypertonie, die an einer Hypertonieschulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben an den bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmern Zielwert: Nicht festgelegt	Anzahl der Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulungen wahrgenommen) = „Ja“ seit Beginn der DMP-Teilnahme UND Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit einer Erstdokumentation nach dem 30.06.2017 und Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“ und mit Feld 18a ISD (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) = „Keine“		
1.				
XI. Hoher Anteil an Teilnehmern, bei denen mindestens 1x jährlich der Fußstatus komplett untersucht wurde	Anteil der Teilnehmer, die mindestens 1x jährlich eine komplette Untersuchung des Fußstatus erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmer Zielwert: $\geq 80\%$	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit mindestens einmal in den letzten 12 Monaten mit Angaben im Feld 3 ISD (Fußstatus) = „1. Pulsstatus bis 5. (Wund)infektion“, die NICHT „nicht untersucht“ lautet <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

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) ≥ 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) > 139 mmHg syst. oder >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. Wundinfektion“ = 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

TeilnehmerTeilnehmerTeilnehmerTeilnehmerTeilnehmerTeilnehmerTeilnehmerTeilnehmerTeilnehm
erTeilnehmerTeilnehmerTeilnehmerTeilnehmer

Anlage 8 : Verzeichnis der Leistungserbringer

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

Technische Anlage

zur

Übermittlung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Diabetes Mellitus Typ 1

Version:	02
Gültig ab:	01.07.2020
Stand:	27.05.2020

In der Fassung für die Region Hamburg

Inhalt

0	Grundlage	3
1	Austauschformate	3
2	Dateiaufbau	3
2.1	Allgemeines	3
2.2	Format-Vorgabe Excel-Datei	4
Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen		5
Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN.....		6

0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die Anforderungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden DMP-Leistungserbringerverzeichnisse. Mit der Übermittlung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Krankenkassen über die an einem DMP teilnehmenden Ärzte. Weiterentwicklungen der Anforderungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung erfordern ggf. eine Anpassung der Datensatzbeschreibung.

In den Datensätzen wird zwischen Mussfeldern („M“) und Kannfeldern („K“) unterschieden.

Die Inhalte bzw. Informationen der Mussfelder sind für die Weiterleitung und Verarbeitung von DMP-Leistungserbringerverzeichnissen unabdingbar. Sofern die Information eines Mussfeldes fehlt bzw. als fehlerhaft erkannt wird, ist von einer Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse abzusehen.

Kannfelder beinhalten gleichermaßen Informationen, die für die Weiterleitung von DMP-Dokumentationsdaten wichtig sind. Sie sind zu übermitteln, sofern sie der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorliegen. Das Fehlen von Informationen in Kannfeldern verhindert nicht die Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse.

1 Austauschformate

Die DMP-Leistungserbringerverzeichnisse sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Excel-Format (xlsx-Datei) zur Verfügung zu stellen. Mehrfachnennungen innerhalb eines Feldes sind mit einem Komma ohne Leerzeichen zu trennen.

2 Dateiaufbau

2.1 Allgemeines

In der unter 2.2 aufgeführten Tabelle wird der formale Aufbau der Excel-Datei definiert:

Unter den Spalten „Spalte“ und „Spaltenbezeichnung“ werden die zu verwendenden Überschriften in der Excel-Datei in Zeile ´1´ vorgegeben.

Die Spalte „Anz. Stell.“ Gibt die Menge der zu verwendenden Stellen vor. Es gilt, dass eine Zahl (z.B. ´5´) die erforderliche Anzahl Stellen angibt; drei Punkte und eine Zahl (z.B. ´...35´) die maximale Stellenbelegung.

Muss-Datenelemente sind in der Spalte „Feld-Art“ ´M` und Kann-Datenelemente als Feld-Art ´K` gekennzeichnet.

Die Spalte „Feld-Typ“ enthält die Vorgabe ´N´ = numerisch oder ´AN´ = alphanummerisch. Als Inhalt von numerischen Feldern (Feld-Typ ´N´) sind die Zeichen ´0´ - ´9´ zulässig. Sofern in einem Feld ein Dezimalzeichen anzugeben ist, ist dieses in der Datensatzbeschreibung aufgeführt. Als Inhalt von alphanummerischen Feldern (Feld-Typ ´AN´) sind die Zeichen ´A´ - ´Z´, ´.´, ´:´ und die Zeichen ´0´ - ´9´ zulässig.

2.2 Format-Vorgabe Excel-Datei

Spalte	Spaltenbezeichnung/ Überschrift	Anz. Stell.	FeldTyp	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
A	LANR (Lebenslange Arzt-Nummer)	9	AN	M	Lebenslange Arztnummer
B	BSNR	9	AN	M	Betriebsstättennummer des Arztes
C	Anrede	4	AN	M	
D	Titel	...50	AN	K	Akademischer Titel
E	Name	...40	AN	M	
F	Vorname	...40	AN	M	
G	Straße, Hausnr.	...100	AN	M	
H	PLZ	5	AN	M	Postleitzahl
I	Ort	...50	AN	M	
J	Kreis	...50	AN	M	
K	Telefon	...25	AN	M	Format: „Vorwahl/Rufnummer“ Sofern die Telefonnummer nicht bereitgestellt wurde, ist eine „0“ einzutragen.
L	Fax	...25	AN	K	Format: „Vorwahl/Faxnummer“
M	E-Mail	...50	AN	K	
N	Beginn der Teilnahme*	10	AN	M	Beginn der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“
O	Ende der Teilnahme*	10	AN	K	Beendigung der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“ Sofern die Teilnahme am DMP beendet wurde, <u>muss</u> das Feld gefüllt werden.
P	Versorgungsebene	...15	AN	M	Angabe zur ärztlichen Qualifikation gemäß der Schlüsselstabelle in Anhang 1 Keine Mehrfachangaben zulässig.
Q	Berechtigung*	...45	AN	M	Angabe zu den berechtigten Tätigkeiten im Rahmen des DMP gemäß der Schlüsselstabelle in Anhang 2 Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder – sofern vertraglich vereinbart – „02“ anzugeben. Bei zusätzlichen Angaben für Schulungsberechtigungen (Mehrfachnennungen) ist als Trennzeichen ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.

* Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes, sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahme-Zeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahme-Zeitraums zu kennzeichnen. Der beendete Teilnahme-Zeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahme-Zeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen, z. B.:

LANR	[...]	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Versorgungsebene	Berechtigung
123456701	[...]	01.04.2015	31.12.2015	A	01
123456701	[...]	01.01.2016		A	01,36

Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen

Versorgungsebenen gemäß der jeweils vertraglich vereinbarten Strukturqualität
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 - Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „A“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig. - Ärzte der Versorgungsebene „A“ 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.
B = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß § 73 SGB V sowie fachärztlicher Internist (in Ausnahmefällen) - Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „B“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig. - In der Versorgungsebene „B“ nehmen ebenfalls Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin teil, sofern sie nicht als diabetologisch besonders qualifizierter Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin in der Versorgungsebene „C“ teilnehmen. - Ärzte der Versorgungsebene „B“ 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.
C = Diabetologisch besonders qualifizierter Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin - Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „C“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig. - Ärzte der Versorgungsebene „C“ 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.

Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN

BERECHTIGUNG	Erläuterung	<i>möglich für folgende Indikationen</i>	Schulung im Rahmen von DMP durchführbar bis
01	Arzt koordiniert	<i>alle</i>	
02	Arzt koordiniert nicht (Diese Angabe kann im DMP Diabetes Mellitus Typ 1 nur erfolgen, sofern sie vertraglich vereinbart ist.)	<i>alle</i>	
09	LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung	<i>DM1, DM2, KHK</i>	
10	Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivisierte Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP)	<i>DM1, DM2, KHK</i>	
11	Diabetesbuch für Kinder	<i>DM1</i>	
12	Jugendliche mit Diabetes	<i>DM1</i>	
13	Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	<i>DM1, DM2, KHK</i>	
14	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	<i>DM1, DM2, KHK</i>	
15	Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)	<i>DM1, DM2, KHK</i>	
22	Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III - deutsche Version	<i>DM1, DM2, KHK</i>	
23	HyPOS (als Ergänzung einer Basisschulung)	<i>DM1, DM2, KHK</i>	
31	PRIMAS Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ 1-Diabetes und einer Insulintherapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder einer Insulinpumpentherapie	<i>DM1, KHK</i>	
34	Behandlung Insulinpumpentherapie	<i>DM1, DM2</i>	
35	Behandlung Diabetisches Fußsyndrom	<i>DM1, DM2</i>	
36	Behandlung schwangere Frauen	<i>DM1</i>	

Anlage 9a: Dokumentationsdaten nach Anlage 2 DMP-A-RL

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

Anlage 2 Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)

Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der/des Versicherten	Nachname, Vorname
3	Geburtsdatum der/des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträgername	Name der Krankenkasse
5	Kostenträgerkennung	9- bzw. 7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung wegen	KHK/Diabetes mellitus Typ 1/Diabetes mellitus Typ 2/Asthma bronchiale/COPD/chronische Herzinsuffizienz/chronischer Rückenschmerz/Depression/Osteoporose
11	(weggefallen) ^{1) 2)}	
12	Geschlecht	Männlich/Weiblich/Unbestimmt/Divers
Allgemeine Anamnese- und Befunddaten		
13	Körpergröße	m
14	Körpergewicht	kg
15	Blutdruck ³⁾	mm Hg

16	Raucher ⁴⁾	Ja/Nein
17	Begleiterkrankungen	Arterielle Hypertonie/Fettstoffwechselstörung/ Diabetes mellitus/KHK/AVK/ Chronische Herzinsuffizienz/Asthma bronchiale/ COPD/Keine der genannten Erkrankungen
18	(weggefallen)	
Behandlungsplanung		
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen	Tabakverzicht/Ernährungsberatung/ Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
21	(weggefallen)	

¹⁾ (weggefallen)

²⁾ (weggefallen)

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

⁴⁾ Diese Angabe ist ab dem vollendeten 12. Lebensjahr verpflichtend und bei jüngeren Kindern nur optional auszufüllen.

(DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL)

in der Fassung vom 20. März 2014

zuletzt geändert am 24. November 2016

Anlage 8 Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation

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

¹ Angabe des schwerer betroffenen Fußes² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Bei der erstmaligen Dokumentation sind bereits stattgehabte Ereignisse zu dokumentieren, bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen sind neu aufgetretene Ereignisse zu dokumentieren.³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

(DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL)

in der Fassung vom 20. März 2014

zuletzt geändert am 24. November 2016

13	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja / Nein / Kontraindikation/ orale Antikoagulation
14	Betablocker	Ja / Nein / Kontraindikation
15	ACE-Hemmer	Ja / Nein / Kontraindikation/ AT1-Rezeptorantagonisten
16	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja / Nein / Kontraindikation
17	Thiaziddiuretika, einschließlich Chlorthalidon	Ja / Nein / Kontraindikation
Schulung		
18	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / Keine
18a	Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen ⁵⁾	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / Keine
19	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
20	Zielvereinbarung HbA1c	Zielwert erreicht/ Zielwert noch nicht erreicht
21	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit der letzten Dokumentation	Durchgeführt / Nicht durchgeführt / Veranlasst
22	Behandlung/ Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung	Ja/ Nein/ Veranlasst
23	Diabetesbezogene stationäre Einweisung	Ja/ Nein/ veranlasst

⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: In der Ausfüllanleitung soll auf die nachrangige Medikation gemäß Richtlinien-Text hingewiesen werden.

⁵ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen.

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

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

0700CH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich den angegebenen Arzt als 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.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten

bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für 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 mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

☐ Diabetes mellitus
Typ 1 oder

☐ Diabetes mellitus
Typ 2

☐ Koronare Herzkrankheit

☐ Asthma oder ☐ COPD

070CH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

[illegible]

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

[illegible]

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

[illegible]

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

[illegible]

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich den angegebenen Arzt als 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 Datenschutzerklärung aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M I I I

Unterschrift des Versicherten

bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für 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 mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M | | |

Unterschrift

Stempel Arzt

Stempel Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für 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 Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von 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 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 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 Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

3.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt 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 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 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 Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzteverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

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

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 Ärzten und 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 Patienten

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

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

Die wesentlichen Therapieziele bei chronischen Erkrankungen sind:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
Vermeidung von – typischen Symptomen wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen – Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können – von Nervenschädigungen und dem diabetischen Fuß-Syndrom – Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung) Senkung Ihres Schlaganfall- und Herzinfarkttrisikos	Senkung des Risikos eines Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden Erhaltung Ihrer Belastungsfähigkeit.	Vermeidung/Reduktion von – akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Asthma-Anfälle, akute Verschlimmerungen (z. B. durch Infekte) – krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen – krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des Voranschreitens der Krankheit – unerwünschten Wirkungen der Therapie Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität Reduktion der Sterblichkeit	Vermeidung/Reduktion von – akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Krankheitszeichen, Verschlimmerungen sowie des Auftretens von Begleit- und Folgeerkrankungen – krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des raschen Voranschreitens der Krankheit bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie Angemessene Behandlung von Begleiterkrankungen Reduktion der Sterblichkeit

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

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

Die medizinische Behandlung

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

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
– Diabetes Typ 2: Metformin, Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid und Gliclazid) – Diabetes Typ 1 und Typ 2: Insuline – bei hohem Blutdruck: Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte) – zur Linderung von Beschwerden infolge der diabetischen Nervenschädigungen: Antidepressiva und Antiepileptika, soweit diese auch für die Schmerztherapie zugelassen sind, sowie Opiode	– Betablocker, evtl. mit Nitraten, Kalziumantagonisten – ACE-Hemmer (bei Herzschwäche, hohem Blutdruck, und nach Infarkt) – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte) – Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (z. B. ASS).	Medikamente zur Dauertherapie: – Glukokortikosteroide (zum Inhalieren) – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (zum Inhalieren) im Bedarfsfall zusätzlich Medikamente der Bedarfstherapie (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind): – schnell wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) – kurz wirksame Anticholinergika (5- bis 17-Jährige)	Medikamente zur Dauertherapie vorwiegend: – lang wirksame Anticholinergika – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Kombination lang wirksamer Anticholinergika und lang wirksamer Beta-2-Sympathomimetika im Bedarfsfall zusätzlich Medikamente der Bedarfstherapie (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind): – kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika – kurz wirksame Anticholinergika – eine Kombination aus kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen (z. B. zur regelmäßigen Augenkontrolle bei Diabetes mellitus). Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

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

Wie können Sie aktiv mitwirken?

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

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut!

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

Teilnahmevoraussetzungen

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

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

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

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erklärung Diabetes mellitus

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus

☐ Typ 1

oder

☐ Typ 2

010FH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich den angegebenen Arzt als 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** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten

bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

010FH

Krankenhaus-IK

Erklärung Diabetes mellitus

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus

☐ Typ 1

oder

☐ Typ 2

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle.

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

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

2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten

bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für 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 Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von 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 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 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 Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

3.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt 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 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 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 Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzteverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

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

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 Ärzten und 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.

Strukturierte Behandlungsprogramme

Eine Information für Patienten

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

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

Die wesentlichen Therapieziele sind:

- Vermeidung typischer Diabetessymptome wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen,
- Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung),
- Senkung des Schlaganfall- oder Herzinfarktrisikos,
- Vermeidung der Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können,
- Vermeidung von Nervenschädigungen und des diabetischen Fußsyndroms.

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

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Grundlegende Bestandteile der Therapie können sein:

- Ernährungsberatung, Raucherberatung, Steigerung der körperlichen Aktivität,
- Stoffwechselselbstkontrolle,
- Schulungen, deren Inhalte sich an Ihren Therapiezielen ausrichten,
- medikamentöse Therapie.

Aufgrund der im gesetzlichen Auftrag erarbeiteten Grundlagen werden in den Programmen bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur medikamentösen Behandlung genannt. Sofern deren Einnahme medizinisch notwendig wird, sollen diese aufgrund ihrer nachgewiesenen Effektivität und Sicherheit im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden. Dazu gehören beispielsweise:

■ Zur Senkung des Blutzuckers:

Diabetes mellitus Typ 2:

Metformin, Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid und Gliclazid),

Diabetes mellitus Typ 1 und 2:

Insuline.

■ Zur Senkung des Blutdrucks:

Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer.

■ Zur Beeinflussung des Fettstoffwechsels bei erhöhtem Risiko eines Schlaganfalls, eines Herzinfarkts oder bei Vorliegen einer arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK):

Statine.

■ Zur Linderung von Beschwerden, die durch Nervenschädigungen infolge des Diabetes hervorgerufen werden:

Antidepressiva und Antiepileptika, soweit sie auch für die Schmerztherapie zugelassen sind, sowie Opiode.

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen. Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten. So ist beispielsweise eine regelmäßige augenärztliche Untersuchung im Programm vorgesehen.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

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

Wie können Sie aktiv mitwirken?

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

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

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

Teilnahmevoraussetzungen

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

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

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

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

Anlage 14

– Strukturqualität Schulungsarzt gemäß § 20 des Vertrages

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

Strukturqualität Schulungsarzt

Leistungserbringer, die im Rahmen des Disease-Management-Programms Schulungen anbieten dürfen, haben die nachfolgenden Anforderungen an die Strukturqualität zu erfüllen. Der Nachweis wird gegenüber der KV Hamburg erbracht.

(1) Notwendige Ausstattung

- Räumliche Ausstattung muss Einzel- und Gruppenschulung ermöglichen,
- Curricula und Medien der angebotenen Schulungen müssen vorhanden sein.

(2) Qualifikation des Leistungserbringers, ärztliches Personal

- Der ärztliche Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen.

(3) Qualifikation des Leistungserbringers, nichtärztliches Personal

- Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen.

Näheres ergibt sich aus dem jeweils angebotenen Schulungsprogramm.

Nr.	Schulungsanlass	Schulungsprogramm	Voraussetzungen oder Rahmenbedingungen	Unterrichtseinheiten (UE) und Vergütung (1 UE = 90 Minuten)	GOP	GOP-Wiederholungs-schulung
1	Typ 1-Diabetes Je nach der speziellen Konstellation (Art der Insulintherapie, Alter, Diabetesdauer, Lernvermögen, spezielle Einschränkungen) für den jeweiligen Patienten kommt eines dieser Schulungsprogramme in Frage. Es ist jeweils nur eine dieser Schulungen pro Patient abrechenbar.	Schulung 1: Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie	Für alle Patienten mit Typ 1-Diabetes Gruppe bis zu 4 Patienten	12 UE à 25,00 €	97006	97006W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 1	Pro Patient	9,50 €	97007	-
		Schulung 2: Diabetes Buch für Kinder (Alter: 5 ½ bis 12 Jahre)	Pro Patient Restbestände sind aufzubrauchen. Die 4. Auflage des Diabetes Buch für Kinder ist nicht verwendungsfähig und ist nicht Schulungsprogramm der Anlage 15.	19,90 €	97010	-
		Schulung 3: Jugendliche mit Diabetes: ein Schulungsprogramm	Pro Patient	99,00 €	97013	-
		Schulung 4: LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung – ICT-Module (Krakow et al.)	Gruppen von 4 bis 6 Patienten	12 UE à 25,00 €	97011	97011W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 4	Pro Patient	9,00 €	97012	-
		Schulung 11: PRIMAS – „Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ 1 –Diabetes und einer Insulintherapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder einer Insulinpumpentherapie“	Pro Patient Gruppen von 3-8 Patienten	12 UE à 25,00 €	97008	97008W
		Schulungsmaterial für Schulung 11	Pro Patient	14,00 €	97009	-
2	Hypertonie bei Patienten mit Typ 1-Diabetes Es ist jeweils nur eine dieser Schulungen pro Patient abrechenbar.	Schulung 5: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	Für Typ 1-Diabetiker mit Hypertonus Gruppe bis zu 10 Patienten	4 UE à 20,00 €	97014	97014W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 5	Pro Patient	9,50 €	97015	-
		Schulung 6: Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	Für Typ 1-Diabetiker mit Hypertonus	4 UE à 20,00 €	97016	97016W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 6	Pro Patient	9,50 €	97017	-
		Schulung Nr. 7: Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)	Die Schulung erfolgt so, dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird. 6-12 Patienten je Schulungsgruppe	4 UE à 20,00 €	97018	97018W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 7	Pro Patient	9,50 €	97019	-

Nr.	Schulungsanlass	Schulungsprogramm	Voraussetzungen oder Rahmenbedingungen	Unterrichtseinheiten (UE) und Vergütung (1 UE = 90 Minuten)	GOP	GOP-Wiederholungs-schulung
		Schulung 8: LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung, Modul Hypertonie (Krakow et al.) Schulungsmaterial für Schulung Nr. 8	Gruppen von 4- 6 Patienten Pro Patient	4 UE à 20,00 € 9,00 €	97023 97024	97023W -
3	Seltene Sonderfälle Diese Schulungen kommen nur bei Patienten mit Typ 1-Diabetes mit Insulintherapie und einer schweren Störung der Unterzuckerungswahrnehmung zum Einsatz. Es ist jeweils nur eine dieser Schulungen pro Patient abrechenbar.	Schulung 9: Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III – deutsche Version Schulungsmaterial für Schulung Nr. 9	Gruppen von 4 bis 6 Patienten Nur für erwachsene an DM1 erkrankte Patienten (ab 18 Jahren), die nicht an folgenden Erkrankungen leiden: Körperliche Erkrankungen wie Herz- oder Gefäßerkrankungen, ohne sich in entsprechender ärztlicher Kontrolle zu befinden, Depressionen und Erkrankungen, die mit Essstörungen oder Substanzabusus einhergehen. Pro Patient	5 UE à 25,00 € 9,00 €	97025 97026	97025W -
		Schulung 10: HyPOS (Hypoglykämie – Positives Selbstmanagement nur als Ergänzung zu einem Basis-Schulungsprogramm für DM1 Schulungsmaterial für Schulung Nr. 10	Gruppen von 4 bis 6 Patienten Nur für erwachsene an DM1 erkrankte Patienten (ab 18 Jahren), die nicht an folgenden Erkrankungen leiden: Krebserkrankungen, Demenzerkrankungen oder psychiatrische Erkrankungen. Ferner nicht geeignet bei bestehender Schwangerschaft Pro Patient	5 UE à 25,00 € 9,00 €	97027 97028	97027W -

Die Schulungen werden nur in der jeweils gültigen vom Bundesamt für Soziale Sicherung als verwendungsfähig erklärten Auflage genutzt.

Die Kosten für das Schulungsmaterial erstatten die Krankenkassen pro teilnehmendem Patienten einmalig je Schulungsprogramm.

Frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, darf eine Schulung zum selben Schulungsanlass erneut erbracht werden (Wiederholungsschulung). Die Schulungen 2 (Diabetes Buch für Kinder) und 3 (Jugendliche mit Diabetes) können nicht wiederholt werden.

Die Schulungen erfolgen so, dass das gesamte Curriculum eines Schulungsprogramms in höchsten zwei aufeinander folgenden Quartalen absolviert wird. Wird eine Schulung nicht innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Quartalen absolviert, ist die Wiederholung der Schulung frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, möglich. Schulungen, die in der Zwischenzeit fortgesetzt werden sollen, bedürfen der Begründung des Arztes und der Genehmigung der jeweiligen Krankenkassen.

Anlage 16

- Dokumentationsfrequenz -

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

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

Dokumentation alle 3 Monate	Dokumentation alle 6 Monate
➤ Patienten mit Erstdiagnose Diabetes mellitus Typ 1 im ersten halben Jahr ➤ Patienten mit manifestem Diabetes mellitus Typ 1 mit ➤ nicht stabil eingestelltem Blutzucker - und/oder ➤ nicht stabil eingestelltem Blutdruck - bei Kindern und Jugendlichen: ➤ keine altersgerechte körperliche Entwicklung - oder mit ➤ mindestens einer der aufgeführten Begleit- oder Folgeerkrankungen: KHK, Herzinfarkt; pAVK, Schlaganfall, diab. Nephropathie, Nierenersatztherapie, proliferative Retinopathie, Blindheit, diab. Fuß / Amputation, diab. Neuropathie	➤ Patienten mit manifestem Diabetes mellitus Typ 1 ➤ mit stabil eingestellten Blutzucker - und ➤ mit stabil eingestelltem Blutdruck - bei Kindern und Jugendlichen ➤ altersgerechte körperliche Entwicklung - ohne ➤ Folgeerkrankungen und - ohne ➤ Begleiterkrankungen

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Diabetes mellitus Typ 1 in Hamburg

Stand: 01.01.2021

Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
108534160	Audi BKK	Ettinger Str. 70	85057	Ingolstadt
109938503	Bahn-BKK	Franklinstr. 54	60486	Frankfurt am Main
103725342	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Güterloh
102122660	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen
103525909	BKK Achenbach Buschhütten	Siegener Str. 152	57223	Kreuztal
108833355	BKK Akzo Nobel	Glanzstoffstraße	63785	Obernburg
105530422	BKK B. Braun Aesculap	Grüne Str. 1	34212	Melsungen
106431572	BKK der G. M. PFAFF AG	Pirmasenser Str. 132	67655	Kaiserslautern
103525567	BKK der SIEMAG	Wiesenstraße 30	57271	Hilchenbach
104224634	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 45-47	40212	Düsseldorf
103724294	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld
103724249	BKK DürkoppAdler	Potsdamer Str. 190	33719	Bielefeld
104125509	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Str. 62	52525	Heinsberg
102429648	BKK EWE	Staulinie 16-17	26122	Oldenburg
102122557	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte
103121137	BKK firmus	Gottlieb-Daimler Str. 11	28237	Bremen
103724272	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstraße 49	33649	Bielefeld
103725547	BKK Herford Minden Ravensberg	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford
105530331	BKK HERKULES	Fünffensterstr. 5	34117	Kassel
108833674	BKK KBA	Friedrich-Koenig-Str. 5	97080	Würzburg
108934142	BKK KRONES	Bayerwaldstr. 2 L	93073	Neutraubling
105830517	BKK Linde	Abraham-Lincoln-Str. 18	65189	Wiesbaden
103726081	BKK Melitta Plus	Marienstr. 122	32425	Minden
105230076	BKK Merck	Frankfurter Str. 133	64293	Darmstadt
103725364	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Güterloh
101520078	BKK MOBIL OIL	Burggrafstr. 1	29221	Celle
106431652	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059	Ludwigshafen
105723301	BKK PricewaterhouseCoopers	Rotenburger Str. 15	34212	Melsungen
108591499	BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen
101931440	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
102131240	BKK RWE	Welfenallee 32	29225	Celle
101922757	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
109723913	BKK VBU	Lindenstraße 67	10969	Berlin
103526615	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte
107832012	BKK VerbundPlus	Bismarckring 64	88400	Biberach
104526376	VIATIV Krankenkasse	Universitätsstr. 47	44789	Bochum
105530126	BKK Werra-Meissner	Straßburger Str. 5	37269	Eschwege
105734543	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstr. 19	34212	Melsungen
108036577	BKK Würth	Gartenstr. 11	74653	Künzelsau
107829563	BKK ZF + Partner	Am Wöllershof 12	56068	Koblenz
109034270	BMW BKK	Mengkofener Straße 6	84130	Dingolfing
108036123	Bosch BKK	Kruppstraße 19	70469	Stuttgart
103523440	Continental BKK	Röntgenstraße 24-26	22335	Hamburg
108030775	Daimler BKK		28178	Bremen
106329225	Debeka BKK	Im Metternicher Feld 40	56072	Koblenz
104926702	Die Bergische BKK	Heresbachstr. 29	42719	Solingen
102129930	Energie BKK	Lange Laube 6	30159	Hannover
105732324	Ernst & Young BKK	Rotenburger Str. 16	34212	Melsungen
103724238	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602	Bielefeld
108035612	mhplus BKK	Frankstr. 8	71636	Ludwigsburg
104491707	Novitas BKK	Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg
106492393	pronova BKK	Brunckstraße 47	67063	Ludwigshafen
105823040	R+V BKK	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden
105330168	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263	Neu-Isenburg
108433248	SBK	Heimeranstr. 31-33	80339	München
107536262	vivida bkk		78044	Villingen-Schwenningen

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Diabetes mellitus Typ 1 in Hamburg

Stand: 01.01.2021

Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
101320032	SECURVITA BKK	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg
108833505	SKD BKK	Schultesstr. 19a	97421	Schweinfurt
102137985	TUI BKK	Karl-Wiechert-Allee 23	30625	Hannover
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen