

V E R T R A G

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

dem BKK-Landesverband NORTHWEST

- handelnd für die Betriebskrankenkassen -

der IKK classic

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

-als Landwirtschaftliche Krankenkasse

der KNAPPSCHAFT

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP)

nach § 137f SGB V

zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung

von Typ 1-Diabetikern

Inhaltsverzeichnis

PRÄAMBEL

ABSCHNITT I – ZIELE, GELTUNGSBEREICH

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

ABSCHNITT II – TEILNAHME DER ÄRZTE

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch besonders qualifizierten Versorgungssektors (koordinierender Arzt/koordinierende Einrichtung)
- § 4 Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen
- § 5 Teilnahmeerklärung
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 6a Diabetes-Kommission
- § 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 8 Verzeichnis der Ärzte und sonstigen 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
- § 11a Förderung der Wirtschaftlichkeit
- § 12 Maßnahmen bei Vertragsverletzung

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 Arztes/der koordinierenden Einrichtung
- § 18 Teilnehmerverzeichnis

ABSCHNITT VI – FORTBILDUNGEN / SCHULUNGEN VON ÄRZTEN UND PATIENTEN

- § 19 Fortbildungen / Schulungen für Ärzte und sonstige Leistungserbringer
- § 20 Schulungen für Versicherte

ABSCHNITT VII – ÜBERMITTLUNG DER DOKUMENTATION AN DIE DURCH DIE KRANKENKASSEN, DIE ARBEITSGEMEINSCHAFT UND DIE GEMEINSAME EINRICHTUNG BEAUFTRAGTE STELLE (DATENSTELLE) UND DEREN AUFGABEN

§ 21 Datenstelle

§ 22 Erst- und Folgedokumentationen

§ 23 Datenfluss zur Datenstelle

§ 24 Datenzugang

§ 25 Datenaufbewahrung und –löschung durch die Datenstelle

ABSCHNITT VIII – DATENFLUSS AN DIE KRANKENKASSEN, DIE KV NORDRHEIN UND DIE GEMEINSAME EINRICHTUNG

§ 26 Datenfluss

§ 27 Datenzugang

§ 28 Datenaufbewahrung

ABSCHNITT IX – ARBEITSGEMEINSCHAFT NACH § 219 ABS. 2 SGB V UND GEMEINSAME EINRICHTUNG

§ 29 Arbeitsgemeinschaft

§ 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

§ 31 Gemeinsamen Einrichtung

§ 32 Aufgaben einer Gemeinsamen Einrichtung

ABSCHNITT X – EVALUATION

§ 33 Evaluation

ABSCHNITT XI – VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

§ 34 Vergütung und Abrechnung

ABSCHNITT XII – SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 35 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

§ 36 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 37 Laufzeit und Kündigung

§ 38 Schriftform

§ 39 Salvatorische Klausel

ÜBERSICHT DER ANLAGEN

- Anlage 1 Strukturqualität koordinierender diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor nach § 3
- Anlage 1a Strukturqualität Hausarzt (Ausnahme)
- Anlage 2 Strukturqualität qualifizierter Arzt / qualifizierte Einrichtung für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen
- Anlage 3 nicht belegt
- Anlage 4 Strukturqualität weitere Leistungserbringer (Auftragsleistung)
- Anlage 5a Teilnahmeerklärung diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor nach § 3 (DSP)
- Anlage 5b Teilnahmeerklärung Hausarzt (Ausnahme)
- Anlage 5c Teilnahmeerklärung qualifizierter Arzt / qualifizierte Einrichtung für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen (Pädiater)
- Anlage 6 nicht belegt
- Anlage 7 nicht belegt
- Anlage 8 Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation Versicherte und Patienteninformation in der jeweils geltenden Fassung
- Anlage 9 Qualitätssicherung (Ziele, Indikatoren, Maßnahmen)
- Anlage 10 Leistungserbringer-Verzeichnis in der jeweils geltenden Fassung
- Anlage 11 Patientenschulungen

ERLÄUTERUNGEN/ABKÜRZUNGEN

- „Angestellte Ärzte in Arztpraxen und in zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen ihres Status teil; sie haben die sich aus der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ergebenden Pflichten zu beachten, auch wenn sie nicht Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung sind.“
- „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Vertragsärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.
- „DHA“ ist der diabetologisch qualifizierte Hausarzt.
- „DMP“ steht für Disease-Management-Programm nach § 137f SGB V.
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie.
- „Dokumentationsdaten“ sind die in der jeweils gültigen Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL aufgeführten Daten (ED bzw. FD)
- „DS-GVO“ ist die Europäische Datenschutz-Grundverordnung
- „DSP“ ist die diabetologische Schwerpunktpraxis.
- „ED/FD“ sind die Erst- bzw. Folgedokumentation siehe auch „Dokumentationsdaten“
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V.
- „KGNW“ ist die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.
- „koordinierender Arzt“ ist ein Arzt i. S. d. § 3 Abs. 2.
- „KV Nordrhein“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein.
- „Leistungserbringer“ sind Ärzte i. S. d. § 3, Fachärzte i.S. d. § 4, ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser i. S. d. § 4a und sonstige Einrichtungen sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen. Diese Form wird verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf jedwedes Geschlecht.
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung
- „TE/EWE“ ist die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten nach Anlage 8 des Vertrages.
- „Versorgungsinhalte“ sind die Inhalte gemäß der jeweils gültigen Anlage 7 DMP-A-RL

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

Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell 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

Als Diabetes mellitus Typ 1 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch absoluten Insulinmangel auf Grund einer Zerstörung der Betazellen in der Regel im Rahmen eines Autoimmungeschehens entsteht und häufig mit anderen Autoimmunerkrankungen assoziiert ist. 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 manueller Injektionstherapie (Pentherapie) oder mittels kontinuierlicher subkutaner Insulininfusion (CSII/Pumpentherapie) werden das Auftreten und die Progression von diabetischen Folgekomplikationen verhindert. Die Prognose der Patienten verbessert sich erheblich und eine flexible Lebensführung wird ermöglicht.

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

Die Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 soll durch ein DMP nach § 137g SGB V optimiert werden. Die Vereinbarung soll eine möglichst flächendeckende, den wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende, qualitätsgesicherte Versorgung und Schulung der Diabetes-Patienten gewährleisten. Sie wird dabei die in den vergangenen Jahren durch die von Ärzten aufgebauten und von Krankenkassen finanzierten Strukturen und den dadurch erreichten Qualitätsstandard in Nordrhein weiterentwickeln.

Die Vertragspartner stimmen in der Einschätzung überein, dass die Verankerung von Versorgungsleitlinien und die Vorgabe medizinischer Qualitätsziele zur Veränderung des ärztlichen Leistungs- und Verordnungsgeschehens führen können. Dies ist bei der Weiterentwicklung des Vertrages sowie damit im Zusammenhang stehender vertraglicher Regelungen zu berücksichtigen.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Regelungen für die Indikation Diabetes mellitus Typ 1 sind in der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 7 sowie in der RSAV festgelegt

ABSCHNITT I
ZIELE, GELTUNGSBEREICH

§ 1

Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1. Die an dieser Vereinbarung nach § 3 teilnehmenden Ärzte/Einrichtungen und Krankenkassen übernehmen die Versorgungsaufgaben und wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten an dem DMP Diabetes mellitus Typ 1 in Nordrhein hin.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 1 sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV sowie der DMP-A-RL festgelegt. Entsprechend der Anlage 7 Nummer 1.3.1 streben die Vertragspartner dieses Vertrages folgende Ziele an:
- Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehbinderung 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 Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidosen und Hypoglykämie) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (zum Beispiel Lipohypertrophien).
- (3) Für die Betreuung von pädiatrischen Patienten bis zum Alter von 18 Jahren stehen entsprechend Anlage 7 Nummer 1.7.1 der DMP-A-RL folgende Ziele im Vordergrund:
- Vermeidung akuter Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie),
 - Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im subklinischen Stadium; dies setzt eine möglichst normnahe Glukoseeinstellung sowie die frühzeitige Erkennung und Behandlung von zusätzlichen Risikofaktoren (z. B. Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas, Rauchen) voraus,
 - altersentsprechende körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), altersentsprechende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit,

- möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes und seine Therapie; die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken.
- (4) Generell geht es dabei um die Verbesserung der von einem Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität, der Vermeidung diabetesbedingter und –assoziierter Folgeschäden sowie der Erhöhung der Lebenserwartung. Dabei werden in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankung des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele, die sich an den o. g. Therapiezielen orientieren, festgelegt und eine individuelle Therapieplanung vorgenommen. Die Patienten sollen im Hinblick auf die genannten Therapieziele von ihrer Einschreibung profitieren.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
1. die an der vertragsärztlichen Versorgung in der Region der KV Nordrhein teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben, die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung von der KV Nordrhein erhalten haben,
 2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern die Krankenkasse des Versicherten diesen Vertrag gegen sich gelten lässt oder die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch eine am Vertrag teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KV Nordrhein darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären, dass sie die Vergütungen gemäß § 34 anerkennen. Die KV Nordrhein informiert hierüber die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (2) Die Vergütungen im Falle des Abs. 1 Nr. 3 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
- (3) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.

ABSCHNITT II
TEILNAHME DER ÄRZTE

§ 3

**Teilnahmevoraussetzung und Aufgaben
des diabetologisch besonders qualifizierten Versorgungssektors
(koordinierender Arzt/koordinierende Einrichtung)**

- (1) Die Teilnahme der Ärzte/Einrichtungen an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt/koordinierende Einrichtung sind diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte und Einrichtungen. Es kann sich dabei um
1. einen vertragsärztlich zugelassenen (Diabetologische Schwerpunktpraxis, DSP) bzw. ermächtigten Arzt oder
 2. eine qualifizierte Einrichtung, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder
 3. eine qualifizierte Einrichtung die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt
- handeln, der/die persönlich oder durch angestellte Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität nach *Anlage 1* erfüllt.
- (3) In Einzelfällen kann als koordinierender Arzt auch der gem. § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt, der persönlich oder durch angestellte Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1a erfüllen muss, teilnehmen (Diabetologisch geschulter Hausarzt, DHA). Die Betreuung der Versicherten muss in diesem Fall in enger Kooperation mit einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt/Einrichtung nach Abs. 2 erfolgen. Der in diesen Einzelfällen gewählte Arzt beachtet die Überweisungsregeln gemäß Nummer 1.8.2 der Anlage 7 der DMP-A-RL, soweit seine eigene Qualifikation für die Behandlung der Patienten nicht ausreicht.
- Er verpflichtet sich zur Kooperation mit koordinierenden Ärzten/Einrichtungen gemäß Abs. 2 im Rahmen von gemeinsamen Qualitätszirkeln.
- (4) Abweichend von den Abs. 2 und 3 erfolgt die Koordination bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren grundsätzlich, unter 21 Jahre fakultativ durch einen diabetologisch qualifizierten Pädiater/pädiatrische Einrichtung, der die Strukturqualität der *Anlage 2* persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen muss. Spätestens mit Vollendung des 21. Lebensjahres erfolgt eine Zuweisung zu einem koordinierenden Arzt/koordinierende Einrichtung nach Abs. 2 oder im Einzelfall zu einem koordinierenden Arzt nach Abs. 3. In

begründeten Einzelfällen kann die Koordination durch eine/n in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt/Einrichtung erfolgen, sofern die Strukturqualität der *Anlage 1* persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllt wird.

- (5) 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 Arzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (6) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KV Nordrhein nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Leistungserbringung des angestellten Arztes im Rahmen dieses Vertrages wird der KV Nordrhein vom anstellenden Arzt unverzüglich mitgeteilt.
- (7) Zu den Pflichten der koordinierenden Ärzte/koordinierenden Einrichtungen gehören insbesondere:
 1. die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln,
 2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Verarbeitung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII, soweit diese nicht ausreichend bzw. nicht plausibel ausgefüllt weitergeleitet wurden, die nachträgliche Ergänzung bzw. Korrektur unplausibler Parameter auf Anforderung,
 3. bei der Behandlung von Versicherten, die an mehreren DMP teilnehmen,
 - die Vermeidung von Doppeluntersuchungen,
 - die Berücksichtigung von Wechselwirkungen in der Behandlung,
 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 KV Nordrhein nachgewiesen ist sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen,

6. die Beachtung der Überweisungsregelungen gemäß Anlage 1 der DMP-A-RL. Bei Überweisung an andere Leistungserbringer ist auf dem Überweisungsschein zu vermerken, dass der Versicherte im DMP eingeschrieben ist. In den Einzelfällen, in denen der Hausarzt der koordinierende Arzt ist, sind zusätzlich die Kooperationsregeln nach *Anlage 1a* zu beachten,
7. soweit die eigene Qualifikation für die Behandlung des Versicherten nicht ausreicht, die Überweisung an andere qualifizierte Leistungserbringer zur Mitbehandlung. Das gilt insbesondere für die Behandlung des diabetischen Fußes, bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft und zur Einleitung einer Insulintherapie. Im Übrigen entscheidet der koordinierende Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
8. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3 in der Anlage 7 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in eines der nächstgelegenen am DMP-Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen und dabei auf der Einweisung zu vermerken, dass der Versicherte im DMP Diabetes mellitus Typ 1 eingeschrieben ist. Eine entsprechende Liste wird den teilnehmenden Leistungserbringern zur Verfügung gestellt. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
9. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.4 in der Anlage 7 der DMP-A-RL genannten Indikationen die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme,
10. bei Überweisung und Einweisung
 - therapie- sowie diagnostikrelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
11. ggf. das Führen des Diabetes-Passes.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Nummern 1-11 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

- (8) Der/die diabetologisch besonders qualifizierte Arzt/Einrichtung verpflichtet sich bei Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt gem. § 3 Abs. 3 therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln. Die Vertragspartner empfehlen folgende Regelung: Die Rücküberweisung soll in der Regel innerhalb

von zwei Monaten nach dem ersten Versichertenkontakt, spätestens nach Ablauf von vier Monaten, erfolgen.

§ 4

Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Die Krankenkassen binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung sowie mindestens eine Rehabilitationseinrichtung für die medizinische Rehabilitation von teilnehmenden Versicherten vertraglich ein. Die teilnehmenden Krankenhäuser werden verpflichtet, bestimmte Anforderungen an die Strukturqualität zu erfüllen und die Patienten gemäß den medizinischen Vorgaben der Anlage 7 der DMP-A-RL zu behandeln.
- (2) Die Krankenkassen wirken darauf hin, dass die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen die medizinischen Grundlagen der DMP-A-RL beachten und die fachliche Qualifikation sowie die Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren nachweisen.
- (3) Die Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig.

§ 5

Teilnahmeerklärung Leistungserbringer

- (1) Der Arzt/die Einrichtung erklärt sich unter Angabe seiner/ihrer Funktion als koordinierende(r) Arzt/Einrichtung und ggf. seiner/ihrer Zusatzqualifikationen nach § 3 gegenüber der KV Nordrhein schriftlich auf der jeweiligen Teilnahmeerklärung gemäß der *Anlage 5a bis 5c „Teilnahmeerklärung Leistungserbringer“* 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 Arztes neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit der jeweiligen Teilnahmeerklärung der Anlagen 5a bis 5c unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KV Nordrhein kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden. Mit der Antragstellung legt der Arzt dar, dass er persönlich oder durch angestellte Ärzte die Qualitätsanforderungen gemäß *Anlage 1 bzw. 1a* erfüllt.

- (2) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden.
- (3) Der Arzt/die Einrichtung genehmigt mit seiner/ihrer Unterschrift auf der jeweiligen Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 5a bis 5c den mit der Datenstelle nach § 21 geschlossenen Vertrag.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KV Nordrhein erteilt den gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie Abs. 3 teilnehmenden Ärzten/Einrichtungen die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese persönlich oder durch angestellte Ärzte die in Anlage 1, 1a oder 2 genannte Strukturqualität erfüllen.
 - 1a) Mit Wegfall der bisherigen Anlage zur „DSP-Bedarfsplanung“ zum 30.06.2021 werden die Strukturvoraussetzungen für DSP-Ärzte (Anlage 1) angepasst und gelten damit für Teilnahmegenehmigungen ab dem 01.07.2021.
 - 1b) Die KV Nordrhein erteilt bei Vorliegen der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 die Teilnahmegenehmigung und damit die Anerkennung als DSP.
 - 1c) Bis zum 30.06.2021 erteilte Genehmigungen mit Anerkennung als DSP oder einer Abrechnungserlaubnis gelten längstens bis zum 30.06.2022 fort. Bis dahin haben diese Ärzte ihre Teilnahme mit einem Teilnahmeantrag nach Anlage 5a unter Nachweis der Strukturvoraussetzungen (Anlage 1) neu zu erklären.
 - 1d) Zur Gewährleistung der Versorgung werden Ärzte nach Absatz 1c von der KV Nordrhein angehalten, ihre Teilnahme bis spätestens bis 31.03.2022 neu zu erklären. Sollte ein Versorgungsdefizit zum 01.07.2022 absehbar sein, verständigen sich die Vertragspartner umgehend über mögliche Vertragsanpassungen.
 - 1e) Bei einer überproportionalen Leistungsausweitung von DSP-Leistungen durch eine nicht vorhersehbare Mengenausweitung von DSPn werden die Vertragspartner umgehend über Vertragsanpassungen beraten. Die Vermeidung angebotsinduzierter Nachfrage ist geboten.

- (2) Die KV Nordrhein überprüft jährlich, ob die Strukturvoraussetzungen der gemäß Satz 1 teilnehmenden Ärzte/Einrichtungen noch vorliegen und erstattet der Gemeinsamen Einrichtung (§ 31) hierüber Bericht.
- (3) Stellt die KV Nordrhein fest, dass die erforderlichen Strukturvoraussetzungen der Anlage 1 für einen DSP-Arzt nicht mehr erfüllt sind, ist grundsätzlich die Anerkennung des Arztes als DSP nicht mehr gegeben. Soweit diese Strukturvoraussetzungen nicht mehr im notwendigen Umfang bzw. in der notwendigen Qualität vorliegen, können für die Dauer von maximal 2 Quartalen geringere Anforderungen an die Anerkennung des Arztes als DSP akzeptiert werden. In den Fällen, in denen die Versorgungssituation gefährdet ist, kann die KV Nordrhein die Diabeteskommission (§ 6a) einberufen.

§ 6a

Diabetes-Kommission

- (1) Die bei der KV Nordrhein errichtete Diabetes-Kommission besteht aus nachfolgend aufgeführten Mitgliedern:
- 1 Vertreter der KV Nordrhein,
 - 2 Mitgliedern aus diabetologischen Schwerpunktpraxen,
 - 2 Mitgliedern der koordinierenden Ärzte im DMP Diabetes mellitus Typ 2,
 - 5 Vertretern der Krankenkassen.
- (2) Die Aufgabe der Diabetes-Kommission besteht u.a. in der Unterstützung und Beratung der KV Nordrhein bei der Umsetzung des § 6 Absatz 3. Auslegungsfragen zum Vertragsinhalt klären die Vertragspartner einvernehmlich.
- Gleichzeitig berät die Diabetes-Kommission die Gemeinsame Einrichtung nach § 31, insbesondere im Hinblick auf die durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechend *Anlage 9*. Im Übrigen übernimmt die Kommission keine originären Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung nach §§ 26 ff.
- (3) Die Diabetes-Kommission tagt auf Einladung der KV Nordrhein. Bei Bedarf können auf Antrag eines Vertragspartners Sitzungen anberaumt werden.
- (4) Die empfehlenden Beschlüsse der Kommission werden einvernehmlich getroffen. Unter Berücksichtigung dieser empfehlenden Beschlüsse entscheidet dann die KV Nordrhein.

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes/der Einrichtung am Behandlungsprogramm beginnt mit dem in der Genehmigung genannten Datum. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KV Nordrhein bestätigt.
- (2) Die Teilnahme des Arztes mit einer Anerkennung als DSP am Behandlungsprogramm beginnt mit dem in der Genehmigung nach § 7 bzw. § 6 Absatz 3 genannten Datum, frühestens jedoch mit Beginn dieser Vereinbarung.
- (3) Der Arzt kann seine Teilnahme gegenüber der KV Nordrhein schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Die KV Nordrhein informiert unverzüglich die Krankenkassen.
- (4) Die Teilnahme eines Arztes endet auch durch Ausschluss nach § 12 Abs. 2 oder durch den Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen.
- (5) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KV Nordrhein.
- (6) Endet oder ruht die Teilnahme eines Arztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Leistungserbringerverzeichnis gemäß § 8 zur Wahl eines anderen koordinierenden Arztes zukommen lassen.
- (7) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung, z. B. Patientenschulungen, 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 den jeweiligen Teilnahmeerklärungen der Anlagen 5a bis 5c.
- (8) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der *Anlage 1 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor nach § 3“* näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung und Dokumentation im DMP berechtigt.

§ 8

Verzeichnis der Ärzte und sonstigen Leistungserbringer

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß § 3 führt die KV Nordrhein ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Sie stellt das Verzeichnis den teilnehmenden Krankenkassen und der Gemeinsamen Einrichtung nach § 31 sowie der KGNW wöchentlich, in elektronischer Form, entsprechend *Anlage 10* zur Verfügung.
- (2) Die Krankenkassen führen ein Verzeichnis der nach § 4 teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Sie stellen die Verzeichnisse der Gemeinsamen Einrichtung, der KGNW und der KV Nordrhein mit jeder Änderung zur Verfügung.
- (3) Die Verzeichnisse nach den Abs. 1 und 2 stellen die teilnehmenden Krankenkassen dem BAS alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form zur Verfügung.
- (4) Weiterhin werden diese Leistungserbringerverzeichnisse folgenden Personenkreisen bzw. Einrichtungen zur Verfügung gestellt:
 1. den am Vertrag teilnehmenden Ärzten durch die KV Nordrhein und den am DMP teilnehmenden Krankenhäusern durch die KGNW,
 2. den teilnahmewilligen Versicherten und auf Verlangen auch bereits teilnehmenden Versicherten der jeweiligen Krankenkassen. Die Krankenkassen stellen sicher, dass teilnahmewillige Versicherte über die Verfügbarkeit der Leistungserbringerverzeichnisse informiert sind. Insbesondere können Versicherte die Verzeichnisse der am DMP teilnehmenden Leistungserbringer jederzeit bei der jeweiligen Krankenkasse erhalten,
 3. der Datenstelle nach § 25 durch die KV Nordrhein (ambulanter Sektor),
 4. bei Bedarf den Rehabilitationseinrichtungen.
- (5) Daneben können diese Teilnehmersverzeichnisse mit Zustimmung der Leistungserbringer auch veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der Teilnahmeerklärung erteilt.

ABSCHNITT III
VERSORGUNGSINHALTE

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm
Diabetes mellitus Typ 1

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 7 der DMP-A-RL definiert und verbindlicher Bestandteil dieses Vertrages. Die Ärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen durch die KV Nordrhein zu unterrichten. Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich durch ihre Teilnahmeerklärung gemäß § 5 insbesondere, diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die Vertragspartner stimmen überein, dass die teilnehmenden Ärzte an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten behandeln und beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 1 aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt IV
QUALITÄTSSICHERUNG

§ 10

Grundlagen und Ziele

Zur Auswertung der in der Anlage 9 fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und 8 der DMP-A-RL einzubeziehen. Grundlage der Qualitätssicherung sind die in *Anlage 9* 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 Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationsdaten und
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität und
- aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 der der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Ziele, Maßnahmen und Indikatoren zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:
 - Maßnahmen zur Erinnerungs- und Rückmeldefunktion (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 - strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die teilnehmenden koordinierenden Ärzte nach § 3 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein ggf. ergänzt durch gemeinsame Aufarbeitung in strukturierten Qualitätszirkeln,
 - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach *Anlage 9 Teil 1* und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 11a

Förderung der Wirtschaftlichkeit

- (1) Mit diesem Vertrag soll neben der Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Diabetikern durch die Intensivierung der interdisziplinären Kooperation von Ärzten auch Einfluss genommen werden auf ihre wirtschaftliche Versorgung mit Medikamenten und Teststreifen.
- (2) Die Vertragspartner entwickeln gemeinsam, unter Beachtung der medizinischen Inhalte der Anlage 7 der DMP-A-RL, eine Versorgungskonzeption, die für die teilnehmenden Ärzte bindend ist. Bei Nichtbeachten entscheiden die Vertragspartner nach Anhörung des Arztes gemeinsam über geeignete Sanktionen unter Berücksichtigung von § 12 dieses Vertrages.
- (3) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, ihre Patienten auf wirtschaftliche Versorgungsmöglichkeiten sowie auf die nach Anlage 7 der DMP-A-RL vor-

rangig zu verordnenden Wirkstoffe bei Diabetes mellitus Typ 1 hinzuweisen und dabei eng mit der KV Nordrhein und den Krankenkassen zusammenzuarbeiten.

§ 12

Maßnahmen bei Vertragsverletzung

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogramms greifen wirksame Maßnahmen, wenn die mit der Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms beauftragten Ärzte gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen.
- (2) Verstößt der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Einrichtung gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Sanktionen durch die KV Nordrhein ergriffen:
 1. keine Vergütung, bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für unvollständige/unplausible/verfristete Dokumentationen,
 2. schriftliche Aufforderung durch die KV Nordrhein, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. nicht fristgerechte bzw. keine Übersendung der Dokumentationen),
 3. auf begründeten Antrag eines Vertragspartners und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KV Nordrhein nach Anhörung der Krankenkassen. Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden (z. B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte),
 4. hält der Arzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme durch außerordentliche Kündigung ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Arztes/einer Einrichtung entscheidet die KV Nordrhein im Einvernehmen mit den beteiligten Krankenkassen (z. B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte, bei fehlendem Nachweis der notwendigen Fortbildungsmaßnahmen).
- (3) Disziplinarrechtliche Maßnahmen sowie Schadenersatzansprüche bleiben unberührt.

Abschnitt V
TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrages teilnehmen, sofern die für die Einschreibung notwendigen Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 7 Nummer 3 der DMP-A-RL erfüllt sind: die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Anlage 7, Nummern 1.2 und 3.2 der DMP-A-RL,
- (2) die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung der Daten auf der TE/EWE sowie
- (3) die umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten über:
 - die Programminhalte,
 - die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung der Daten insbesondere auch darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse im Rahmen des DMP übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms zur Unterstützung der Betreuung der Versicherten verarbeitet und genutzt werden können,
 - die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele,
 - die Freiwilligkeit seiner Teilnahme am Programm,
 - die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung,
 - seine Mitwirkungspflichten sowie
 - die Möglichkeit der Beendigung aufgrund fehlender Mitwirkung.
- (4) Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) werden nicht in dieses strukturierte Behandlungsprogramm aufgenommen.

Dennoch besteht außerhalb des DMP für diabetologische Schwerpunktpraxen die Möglichkeit, die entsprechende Leistung gemäß § 34 abzurechnen.

- (5) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL sowie der DMP-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an den verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.
- (6) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an den Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich.
- (7) Die Teilnahme schränkt die freie Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein.

§ 14

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte/Einrichtungen nach § 3 ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV i. V. m. § 3 der DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch die *Anlage 8* umfassend über das Behandlungsprogramm und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen auf der TE/EWE.
- (2) Koordinierende Ärzte/Einrichtungen, die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV i. V. m. § 3 der DMP-A-RL ihre nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der TE/EWE gemäß § 15 bei diesem/dieser koordinierenden Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das strukturierte Behandlungsprogramm sind neben der TE/EWE gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:
 1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation,
 2. auf der TE/EWE die Bestätigung, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose gesichert und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt/die koordinierende Einrichtung, dass er/sie geprüft hat, dass sein/ihr Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und durch die intensivierete Betreuung in Form einer Verbesserung von Lebensqualität und Lebenserwartung profitieren kann.
- (4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte auch seinen koordinierenden Arzt/seine koordinierende Einrichtung. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt/Einrichtung nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die TE/EWE des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation plausibel und frist-

gerecht an die Datenstelle entsprechend § 23 weiterleitet. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Arzt betreut wird.

- (5) Der Versicherte kann auch bei seiner Krankenkasse die Teilnahme am Behandlungsprogramm erklären. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der TE/EWE von der Krankenkasse an seinen koordinierenden Arzt/seine koordinierende Einrichtung verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und übermittelt werden können.
- (6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 der Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt/der koordinierenden Einrichtung die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Wechselt ein am DMP teilnehmender Versicherter die Krankenkasse und möchte weiterhin am Programm teilnehmen, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das strukturierte Behandlungsprogramm gemäß § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung und das bestehende Widerrufsrecht erklärt sich der Versicherte auf der TE/EWE nach *Anlage 8* zur Teilnahme bereit und willigt schriftlich 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 TE/EWE vorliegt.

§ 16

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am strukturierten Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 6, mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen oder seine TE/EWE widerrufen.

- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Tag
1. der Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung des DMP nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 2. des Zugangs des Widerrufs der TE/EWE durch den Versicherten bei seiner Krankenkasse,
 3. des Zugangs der Kündigung des Versicherten bei seiner Krankenkasse oder einem späteren Zeitpunkt, den der Versicherte in seiner Kündigung festlegt,
 4. des Kassenwechsels.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm endet weiterhin mit dem Tag der letzten Dokumentation, wenn die Krankenkasse die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nach § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV beendet.
- (5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und koordinierenden Arzt/die koordinierende Einrichtung schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

§ 17

Wechsel des koordinierenden Arztes/der koordinierenden Einrichtung

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt/seine koordinierende Einrichtung nach § 3 zu wechseln. Der/die neu gewählte koordinierende Arzt/Einrichtung erstellt die Folgedokumentation und sendet diese an die Datenstelle nach § 21. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes. Der/die bisherige koordinierende Arzt/Einrichtung übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

§ 18

Teilnehmerverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KV Nordrhein (bei Bedarf) eine Liste für die gemäß § 14 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken. Nähere Details zu Art, Umfang und Verwendungszweck werden in einer separaten Vereinbarung geregelt.

ABSCHNITT VI
FORTBILDUNGEN/SCHULUNGEN FÜR ÄRZTE UND PATIENTEN

§ 19

Fortbildungen für Ärzte und sonstige Leistungserbringer

- (1) Die Vertragspartner informieren die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer über 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 teilnahmeberechtigten Ärzte bestätigen den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5.

- (2) Schulungen der teilnahmeberechtigten Ärzte nach § 3 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele und erfolgen richtlinienkonform. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für das DMP relevante regelmäßige Fortbildung (z. B. Qualitätszirkel) teilnahmeberechtigter Leistungserbringer.
- (3) Die in den Anlagen 1 bis 2 (Strukturqualität) geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sollen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 7 der DMP-ARRL, einbezogen werden.
- (4) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 20

Schulungen für Versicherte

- (1) Die Krankenkasse informiert insbesondere anhand der *Anlage 8* ihre Versicherten über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms und die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsre-

geln, 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 (siehe *Anlage 11*). Der koordinierende Arzt/die koordinierende Einrichtung prüft unter der Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Patient von der Schulung profitieren kann. Es können nur Patienten, ggf. unter Einbeziehung der Betreuungsperson geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Die Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren Behandlungsprogrammen, zu berücksichtigen.
- (3) Kinder und Jugendliche bzw. deren Betreuungspersonen erhalten gleichfalls Zugang zu bereits durch das BAS geprüften und im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen zur Anwendung kommenden Schulungs- und Behandlungsprogrammen, die in geeigneten Abständen durchgeführt werden. Schulungen, die nach dem 31.12.2019 eingeführt werden, müssen zielgruppenspezifisch, strukturiert, evaluiert und publiziert sein. Sind strukturierte, zielgruppenspezifische, evaluierte und publizierte Schulungen verfügbar, sind diese bevorzugt anzubieten. Sie verfolgen das Ziel, das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement der Kinder und Jugendlichen und in besonderem Maße auch das ihrer Betreuungspersonen zu fördern und zu entwickeln. Der individuelle Schulungsstand der Versicherten bzw. der Betreuungspersonen ist zu berücksichtigen.
- (4) Zur Schulung berechtigt sind Leistungserbringer, die entsprechend *Anlage 11* hierzu befähigt sind und eine Genehmigung zur Schulung von der KV Nordrhein erhalten haben. In die jeweiligen Schulungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere die evidenzbasierte Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 7 der DMP-A-RL betreffend, einzubeziehen. Der mit der Schulung beauftragte Leistungserbringer ist verpflichtet, auf die gemäß der Anlage 7 der DMP-A-RL vorrangig zu verordnenden Wirkstoffe hinzuweisen. Bei den Schulungen muss auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.
- (5) Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in *Anlage 11* genannten Schulungsprogramme in der jeweils gültigen vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage genutzt.

ABSCHNITT VII

ÜBERMITTLUNG DER DOKUMENTATION AN DIE DURCH DIE KRANKENKASSEN, DIE ARBEITSGEMEINSCHAFT UND DIE GEMEINSAME EINRICHTUNG BEAUFTRAGTE STELLE (DATENSTELLE) UND DEREN AUFGABEN

§ 21

Datenstelle

- (1) Die vertragschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 beauftragen eine Datenstelle mit den in den nachfolgenden Absätzen genannten Aufgaben.
- (2) Zur Erfüllung der in Abs. 6 genannten Aufgaben genehmigt der koordinierende Arzt/die koordinierende Einrichtung mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung den für ihn in - Vertretung/ -ohne Vollmacht - zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle geschlossenen Vertrag und beauftragt die Datenstelle mit diesen Aufgaben.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 - Annahme/Erfassung der Dokumentationsdaten,
 - Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KV Nordrhein.
- (4) Die teilnehmenden Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 1. Entgegennahme und Weiterleitung der TE/EWE der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
 2. Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten,
 3. Überprüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten (ED/FD) unmittelbar an die jeweiligen DMP-Datenzentren der Krankenkassen.
- (5) Das Nähere zu den Absätzen 2 bis 4 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X, die Bestandteil dieses Vertrages sind. Sobald eine entsprechende Beauftragung vorgenommen wird, werden die hierzu nach § 80 SGB X notwendigen Verträge dem BAS übermittelt.

- (6) Die Teilnahmeerklärung des koordinierenden Arztes/der koordinierenden Einrichtung gemäß § 3 beinhaltet dessen/deren Genehmigung des Auftrages an die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die Arbeitsgemeinschaft,
 3. Weiterleitung dieser Daten an die jeweiligen DMP-Datenzentren der Krankenkassen.

§ 22

Erst- und Folgedokumentationen

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und zu übermittelnden Dokumentationsdaten umfassen nur die in 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 nach § 24 RSAV,
 - die Schulung der Versicherten und Ärzte und
 - die Evaluation unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelung des § 6 der DMP-A-RL genutzt.

Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

- (2) Der koordinierende Arzt legt in den Dokumentationsdaten unter Berücksichtigung der Ausprägung des diabetischen Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (3 oder 6 Monate) für den jeweiligen Versicherten maßgeblich ist. Bei einem Dokumentationszeitraum von 3 Monaten ist die Dokumentation einmal je Quartal zu erstellen. Bei einem Dokumentationszeitraum von 6 Monaten ist die Dokumentation jedes 2. Quartal zu erstellen.

§ 23

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Arzt, die vollständige ED und FD am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen 10 Tagen nach Erstellung auf elektronischem Weg an die Datenstelle weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die TE/EWE des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben – zusammen mit der Erstdokumentation – binnen 10 Tagen nach Befunderhebung an die Datenstelle zu übermitteln. Der koordinierende Arzt nach § 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern („0“ - „9“) bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- (2) Der teilnehmende Vertragsarzt kann versicherten- und leistungserbringerbezogene Daten entsprechend der DMP-A-RL nur an die beauftragte Datenstelle auf elektronischem Wege übermitteln, wenn er gegenüber der KV Nordrhein nachweist, dass die eingesetzte Software zur Erfassung und Plausibilisierung der Daten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zertifiziert ist.
- (3) Im Rahmen seiner Dokumentationspflicht hat der koordinierende Arzt bei elektronischer Übermittlung der versicherten- und leistungserbringerbezogenen Daten eine Sicherungskopie zu erstellen und aufzubewahren.
- (4) Der koordinierende Arzt sendet mindestens alle 10 Tage Datensätze an die Datenstelle. Die Datensätze sind vor dem Versand zu verschlüsseln und werden auf elektronischem Weg bei der Datenstelle eingereicht. Die Datensätze können per Datenträger (ausgenommen Diskette), Datenfernübertragung oder per Email bei der Datenstelle eingereicht werden. Beschädigte Datenträger und unvollständige Dateien können nicht verarbeitet werden. Die Datenstelle fordert in diesem Fall den Arzt zur Neulieferung der entsprechenden Daten auf.
- (5) Die Versicherten willigen durch ihre einmalige Unterschrift auf der TE/EWE in die Datenübermittlung ein. Sie werden schriftlich über die ermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet. Sie erhalten jeweils einen Ausdruck der übermittelten Daten.

§ 24

Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbezieh-
baren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 21 wahrnehmen und hier-
für besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 25

Datenaufbewahrung und –löschung durch die Datenstelle

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Arztes übermittelten perso-
nenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermitt-
lung an die Krankenkasse, die KV Nordrhein und die Gemeinsame Einrichtung von der Da-
tenstelle gemäß § 5 Abs. 2b der DMP-A-RL für die Dauer von 12 Jahren beginnend mit dem
auf das Erfassungsjahr der Dokumentation folgenden Kalenderjahr archiviert und anschlie-
ßen innerhalb von sechs Monaten gelöscht.

ABSCHNITT VIII

DATENFLUSS AN DIE KRANKENKASSEN, DIE KV NORDRHEIN UND DIE GEMEINSAME EINRICHTUNG

§ 26

Datenfluss

- (1) Die Datenstelle übermittelt die TE/EWE des Versicherten sowie die Dokumentationsda-
ten der ED und FD unmittelbar an die jeweiligen Datenzentren der Krankenkassen.
- (2) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisier-
tem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KV Nordrhein.

§ 27

Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, die KV Nordrhein und an die jeweiligen
DMP-Datenzentren der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personen-
beziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen dieses Behandlungspro-
gramms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Best-
immungen werden beachtet.

§ 28

Datenaufbewahrung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehba-
ren Daten werden von den Krankenkassen, der KV Nordrhein und der Gemeinsame Einrich-
tung archiviert. Für die KV-Nordrhein gelten die gesetzlichen, insbesondere die berufsrechtli-
chen Bestimmungen, im Übrigen gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL,
insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauf-
tragten Dritten gem. § 5 Abs. 2a der DMP-A-RL.

ABSCHNITT IX

ARBEITSGEMEINSCHAFT NACH § 219 SGB V UND GEMEINSAME EINRICHTUNG

§ 29

Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner erweitern die Aufgaben der bestehenden Nordrheinischen Arbeitsge-
meinschaft DMP GbR nach § 219 SGB V um die Aufgaben aus diesem Vertrag. Das Nähere
wird in einem Beschluss der Gesellschafterversammlung geregelt.

§ 30

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 Nr. 1 RSAV die Aufgabe, den bei
ihr eingehenden Datensatz versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn dann an
die KV Nordrhein und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsa-
me Einrichtung nur zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssi-
cherung gemäß *Anlage 9* weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80
SGB X die Datenstelle gem. § 21 mit der Durchführung der in Absatz 1 beschriebenen
Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben
kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten
nach.

§ 31

Gemeinsame Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft erweitern die Aufgaben der Nordrheinischen Gemeinsamen Einrichtung DMP GbR im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben um die Aufgaben aus diesem Vertrag. Das Nähere wird in einem Beschluss der Gesellschafterversammlung geregelt.

§ 32

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die gemeinsame Qualitätssicherung gemäß *Anlage 9* durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

- die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten,
- die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten sowie
- die Erstellung der Feedbackberichte anhand der quantitativen versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten,
- die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 6 DMP-A-RL,
- die Unterbreitung von Empfehlungen an die Vertragspartner für die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung im Zusammenhang mit den in Abs. 1 genannten Aufgaben. Die Gemeinsame Einrichtung darf die Daten solange nach § 5 Abs. 2d DMP-A-RL aufbewahren, wie sie für den Verwendungszweck gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V erforderlich sind. Im Falle der Beauftragung der von den Vertragspartnern beauftragten Datenstelle greift § 5 Abs. 2b DMP-A-RL. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt X

EVALUATION

§ 33

Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 der DMP-A-RL.
- (2) Die zur Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie von der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

ABSCHNITT XI

VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

§ 34

Vergütung und Abrechnung

Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen für eingeschriebene Versicherte im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages werden in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

ABSCHNITT XII

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 35

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

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

§ 36

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

Die KV Nordrhein liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die Krankenkassen.

Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

§ 37

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2021 in Kraft und löst den ab 01.07.2015 gültigen Vertrag ab.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV sowie der der DMP-A-RL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen gesetzlichen Anpassungsfristen nach § 137g Abs. 2 SGB V oder zu den vorgegebenen Stichtagen vorgenommen werden.
- (3) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung des Programms gelten die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Leistungserbringer und Versicherten weiter. Eine erneute Einschreibung der Leistungserbringer und Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.
- (5) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms durch das BAS kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
- (6) Die Regelungen dieses Vertrages zum Datenfluss (Abschnitte VII bis IX) im Rahmen des DMP zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.

§ 38

Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch auf einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 39

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen des Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

Unterschriftenblatt zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 1-Diabetikern ab 01.07.2021

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Düsseldorf, den _____

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Düsseldorf, den _____

Dr. med. Carsten König M. san.
Stellvertretender. Vorstandsvorsitzender

AOK Rheinland Hamburg

Düsseldorf, den _____

Mathias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes

BKK-Landesverband NORDWEST

Essen, den _____

Stellv. Geschäftsbereichsleitung

IKK classic

Dresden, den _____

Andreas Woggon
Leiter Landesvertragspolitik Nord-West

SVLFG

Kassel, den _____

KNAPPSCHAFT

Bochum, den _____

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Düsseldorf, den _____

Dirk Ruiss
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen

Anlage 1 - Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V
Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

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

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

Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind Vertragsärzte und Einrichtungen, die persönlich oder durch angestellte Ärzte nachfolgende Strukturvoraussetzungen erfüllen und die die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten. Eine Diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass zum großen Teil der betreuten Patienten dieser Praxis Diabetes-Patienten sind. Darüber hinaus zeichnet sich die DSP gerade durch ihre regelmäßige und quartalsweise Schulungstätigkeit aus.

Besonderer Hinweis: Der teilnehmende Arzt muss seine Teilnahme nicht nur im Hinblick auf seine koordinierende Funktion, sondern auch bezüglich seiner besonderen Fachkenntnisse bzw. die seiner angestellten Ärzte erklären. Die besonderen Fachkenntnisse, 1. a) bis 1.b), werden gesondert im Leistungserbringerverzeichnis ausgewiesen.

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

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
1. Fachliche Voraussetzungen diabetologisch qualifizierter Arzt / Einrichtung (diabetologische Schwerpunktpraxis), ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen	<u>Fachrichtung Innere Medizin, Allgemeinmedizin Prakt. Ärzte, Ärzte:</u> <ul style="list-style-type: none">- Anerkennung als Diabetologe DDG oder- die Berechtigung zum Führen einer vergleichbaren Subspezialisierung Diabetologie nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer (u. a. Diabetologe LÄK) oder- das 80-stündige Curriculum der DDG <u>und</u> eine mindestens 2-jährige internistische Weiterbildung mit mindestens einjähriger Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung innerhalb der letzten acht Jahre oder- Die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt „Endokrinologie und Diabetologie“ oder- Die Anerkennung zum Führen einer Bezeichnung aus den Gebieten Innere Medizin und Allgemeinmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder- die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt „Endokrinologie“ und eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung

¹ vgl. DMP-A-RL, Ziffer 1.8.1

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
	<p><u>und jeweils</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - persönliche Behandlung insbesondere von insulinbehandelten Diabetes Typ 1 Patienten in den letzten 12 Monaten und - schriftliche Information durch das DMP-Arztmanual zu Beginn der Teilnahme und - Teilnahme an zertifizierten diabetes-spezifischen Fortbildungen mit insgesamt mindestens 30 Fortbildungspunkten im Kalenderjahr. Die Teilnahme an Fortbildungen ist der KV Nordrhein nach Aufforderung nachzuweisen und - Teilnahme an diabetes-spezifischen Qualitätszirkeln.
	<p>Eine DSP wird von einem Arzt in Vollzeit oder von maximal 2 Ärzten in Teilzeit im Umfang von mindestens einer Vollzeitstelle geführt.</p>
<p>1.a) ... zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit Insulinpumpentherapie</p>	<p>zusätzlich zu den fachlichen Voraussetzungen diabetologisch qualifizierter Arzt / Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dauerhafte Betreuung (mindestens seit 12 Monaten) von Patienten mit Insulinpumpentherapie und themenbezogene Fortbildung
<p>1.b) ... zur Behandlung von schwangeren Frauen mit DM Typ 1</p>	<p>zusätzlich zu den fachlichen Voraussetzungen diabetologisch qualifizierter Arzt / Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Betreuung (mindestens in zwei Quartale je Kalenderjahr) von schwangeren Patientinnen in den letzten 24 Monaten und themenbezogene Fortbildung - Zusammenarbeit mit einem geburtshilflichen Zentrum mit angeschlossener Neonatologie
<p>2. Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Beschäftigung von mindestens einem Diabetesberater der DDG (oder mit einer DDG vergleichbaren Ausbildung¹) in Vollzeit mit 38,5 Stunden/Woche bzw. entsprechenden Teilzeitstellen je teilnehmenden DSP-Arzt (Vollzeitsitz)² - Mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an einer zertifizierten diabetes-spezifischen Fortbildung <p>Zusammenarbeit / Kooperation mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - einem Oekothrophologen oder Diätassistenten - einem medizinischen Fußpfleger bzw. Podologen

¹ Vergleichbare Ausbildung: Mindestens zweijährige Tätigkeit als Diabetesassistentin in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis/Einrichtung und Fortbildungsnachweis über Insuline und Insulin-Dosisanpassung (bzw. intensivierte Insulintherapie) oder Fortbildungsnachweis, daß Patientenschulungen in intensivierter Insulintherapie durchgeführt werden können.

² Bei Aufteilung einer (Vollzeitstelle) Diabetesberater muss jede Teilzeitstelle min. 10 Std./Woche betragen

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
3. Apparative Ausstattung der Arztpraxen	<ul style="list-style-type: none"> - Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Vertragsarztpraxis/Einrichtung - Blutdruckmessung - (gemäß internationalen Empfehlungen²) - 24 Stunden-Blutdruckmessung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards) - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung³³ und HbA1c-Messung^{3, 44}, - EKG, Belastungs-EKG⁵⁵ - Sonographie^{66, 7} Doppler- oder Duplexsonographie^{6, 7} - Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (mindestens Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament) - Möglichkeit zur angiologischen Basisdiagnostik - Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u.a. Doppler-Sonde 8-10 MHz) ⁶⁷

4. Zusätzliche Strukturvoraussetzungen für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms

Voraussetzungen	Beschreibung
Personelle Qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetologisch qualifizierter Arzt im Sinne der Ziffer 1, der auf die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms spezialisiert ist (Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes - EBM 02311) - Medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung
Räumliche/Apparative Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> - z. B. Behandlungsstuhl oder -liege - Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik (z. B. Doppler-Ultraschall (oder Sonografie) und Photodokumentation) - Voraussetzungen für therapeutische Maßnahmen (z. B. steriles Instrumentarium)

² Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in den Tragenden Gründen zum Beschluss der Änderung der DMP-A-RL vom 16.01.2020: Änderung der Anlage 7 (DMP Diabetes mellitus Typ 1) und Änderung der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation).

³ gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

⁴ Die Messung kann auch als Auftragsleistung vergeben werden.

⁵ Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie der Dt. Gesellschaft für Kardiologie in der jeweils geltenden Fassung

⁶ Fachliche Voraussetzungen gemäß der Richtlinie zur „Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall Vereinbarung)“ in der jeweils geltenden Fassung

⁷ Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung veranlasst werden.

⁸ vgl. DMP-A-RL Ziffer 1.8.2

Voraussetzungen	Beschreibung
Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und –berufen (z. B. Gefäßchirurgie, Chirurgie, Orthopädie, Mikrobiologie, Angiologie, interventionelle Radiologie, Orthopädischer Schuhmacher, Orthopädietechniker, Podologe, stationäre Einrichtung mit Spezialisierung “Diabetisches Fußsyndrom“)

5. Zusätzliche Strukturvoraussetzungen für die Durchführung von Schulungen⁸

Voraussetzungen	Beschreibung
Personelle Qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Schulungsberechtigung, die Durchführung der Schulungs- und Behandlungsprogramme erfolgt gemäß DMP-A-RL - Teilnahme des nichtärztlichen Fachpersonals an organisierten Seminarveranstaltungen zur Vorbereitung auf die Durchführung von Diabetes-Schulungsprogrammen
Räumliche Voraussetzungen	Schulungsräumlichkeiten mit erforderlicher Ausstattung für Gruppen- und Einzelschulungen, Projektionsmöglichkeiten

6. Zusätzliche Voraussetzung DSP: Hospitation

Hospitation	<p>Alle drei Jahre muss von jedem teilnehmenden Arzt je eine eintägige aktive (Antragsteller hospitiert) und passive Hospitation (Antragsteller wird hospitiert) durch einen Arzt und Diabetesberater bzw. Diabetesassistent erfolgen.</p> <p>Sie ist Teil der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung beider Einrichtungen und bedeutet für beide Partner, sich mit Respekt vor der Arbeit der Einrichtungen kollegialen Fragen, Kritik und Verbesserungsvorschlägen zu stellen. Zur Hospitation gehört ein gemeinsames Abschlussgespräch.</p> <p>Über die Hospitation ist ein Hospitationsbericht anzufertigen. In dem Bericht müssen das Datum, die Zeitdauer der Hospitation, die hospitierte wie auch die hospitierende Einrichtung und das aktiv hospitierende Mitglied eindeutig beschrieben sein. Aus dem Bericht sollten die Rahmenbedingungen der Einrichtung (Strukturqualität), der Ablauf der Hospitation wie auch eine Einschätzung der Stärken und Schwächen der</p>
-------------	--

⁸ Während der Schulung: 24-Stunden-Erreichbarkeit des ärztlichen Personals während der Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogrammes und der Ersteinstellungsphase.

	<p>Einrichtung ersichtlich sein. Der Bericht wird der hospitierten Einrichtung anschließend ausgehändigt bzw. zugesandt. Er muss von beiden Seiten unterschrieben sein.</p> <p>Die Hospitation muss durch von der KVNO anerkannte DSP durchgeführt werden.</p> <p>Die Hospitation darf bei Antragstellung nicht älter als 18 Monate sein (Datum und Unterschriften auf dem Hospitationsbogen).</p> <p>Die Hospitationsorte sollten in einer Entfernung über 25 km liegen, darunterliegende Entfernungen sind zu begründen.</p> <p>Wechselseitige aktive und passive Hospitationen können nicht anerkannt werden. Gleichfalls nicht anerkannt werden Hospitationen an Einrichtungen, die durch vertragliche Regelungen verbunden sind.</p>
--	---

Überweisung vom koordinierenden Versorgungssektor (diabetologisch qualifizierte/ Arzt / Einrichtung) zu anderen Fachärzten/Einrichtungen

Bei Vorliegen folgender Indikationen muss der koordinierende Arzt oder Einrichtung eine Überweisung des Patienten zu anderen Fachärzten oder Einrichtungen veranlassen, soweit die eigene Qualifikation für die Behandlung 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 zum entsprechend qualifizierten Facharzt (z. B. Nephrologie) oder entsprechende Einrichtung.
- bei einer Einschränkung der Nierenfunktion mit einer eGFR auf weniger als 30 ml/min oder bei deutlicher Progression einer Nierenfunktionsstörung (jährliche Abnahme der eGFR um mehr als 5 ml/min) zur nephrologisch qualifizierten Ärztin, zum nephrologisch qualifizierten Arzt oder zur nephrologisch qualifizierten Einrichtung.

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

- bei signifikanter Kreatinin-Erhöhung beziehungsweise bei Einschränkung der eGFR zum Nephrologen,
- bei Vorliegen makroangiopathischer einschließlich kardialer Komplikationen zum jeweils qualifizierten Facharzt oder Einrichtung,
- bei allen diabetischen Fuß-Läsionen in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung.

Im Übrigen entscheidet 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 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,
- diabetischen Fußwunden, die trotz spezialisierter Therapie nicht ausheilen oder gar eine Verschlechterung zeigen, insbesondere wenn eine Fußentlastung ambulant nicht möglich oder erfolgreich ist, und bei Wunden, die Interventionen bedürfen (zum Beispiel parenterale Medikation, Gefäß- oder Knochenoperation),
- Nichterreichen des HbA1c-Zielwertes (in der Regel 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 Ziffer 4.2) qualifiziert ist,
- gegebenenfalls zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms (entsprechend Ziffer 4.2) von 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 der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

Anlage 1a - Strukturqualität Hausarzt

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Strukturvoraussetzungen koordinierender Versorgungssektor - Hausarzt im Rahmen von § 73 SGB V -

In Einzelfällen kann die Aufgabe des koordinierenden Arztes auch von Hausärzten im Rahmen ihrer in § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben – persönlich oder durch angestellte Ärzte – wahrgenommen werden.

Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind Hausärzte, die persönlich oder durch angestellte Ärzte nachfolgende Strukturvoraussetzungen erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten. Die Betreuung der Versicherten muss in diesem Fall in enger Kooperation mit einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt/Einrichtung nach § 3 Abs. 2 erfolgen. Der in diesen Einzelfällen gewählte Arzt beachtet die Überweisungsregeln gemäß Nummer 1.8.2 der der DMP-A-RL, soweit seine eigene Qualifikation für die Behandlung der Patienten nicht ausreicht. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
Fachliche Voraussetzungen Hausarzt im Rahmen von § 73 SGB V, ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen	<ul style="list-style-type: none">- Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktische Ärzte- die enge Kooperation mit einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt / Einrichtung ist beim Antrag auf Teilnahme gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen- schriftliche Information durch DMP- Praxis-Manual zu Beginn der Teilnahme <p>und</p> <ul style="list-style-type: none">- mindestens einmal jährliche Teilnahme an diabetesspezifischen Fortbildung oder- regelmäßige Teilnahme an diabetes-spezifische Qualitätszirkeln, mindestens zweimal jährliche Teilnahme
Apparative Ausstattung der Praxis	Mindest-Anforderungen der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Vertragsarztpraxis: <ul style="list-style-type: none">- Blutdruckmessung- (gemäß internationalen Empfehlungen¹)- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur naßchemischen Blutzuckerbestimmung (vorrangig im venösen Plasma)² und HbA1c-Messung^{2,3},- EKG, Sonographie^{4/5}- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

¹ Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in den Tragenden Gründen zum Beschluss der Änderung der DMP-A-RL vom 16.01.2020: Änderung der Anlage 7 (DMP Diabetes mellitus Typ 1) und Änderung der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation))

Überweisung vom koordinierenden Arzt oder von der jeweils koordinierenden Einrichtung zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur diabetologisch qualifizierten Einrichtung⁶

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

- bei Fuß-Läsion mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und bei allen tiefen Ulcera (mit oder ohne Wundinfektion, mit oder ohne Ischämie) sowie bei Verdacht auf Charcot-Fuß in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,
- zur augenärztlichen Untersuchung, insbesondere der Untersuchung der Netzhaut (vgl. Nummer 1.5.1.3 der DMP-A-RL),
- bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft in eine in der Behandlung von Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 1 erfahrene qualifizierte Einrichtung (vgl. Nummer 1.6 der DMP-A-RL),
- 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 zum entsprechend qualifizierten Facharzt (zum Beispiel Nephrologie) oder einer entsprechend qualifizierten Einrichtung.
- bei einer Einschränkung der Nierenfunktion mit einer eGFR auf weniger als 30 ml/min oder bei deutlicher Progression einer Nierenfunktionsstörung (jährliche Abnahme der eGFR um mehr als 5 ml/min) zum nephrologisch qualifizierten Arzt oder zur nephrologisch qualifizierten Einrichtung.

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

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

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

² gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

³ Die Messung kann auch als Auftragsleistung vergeben werden.

⁴ fachliche Voraussetzungen gemäß der Richtlinie „Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall Vereinbarung) in der jeweils geltenden Fassung

⁵ Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

⁶ vgl. DMP-A-RL, Nummer 1.8.2

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

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

Im Übrigen entscheidet 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 bei:

- Notfall (in jedes Krankenhaus),
- ketoazidotischer Erstmanifestation oder ambulant nicht rasch korrigierbarer Ketose in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung,
- Abklärung nach schweren Hypoglykämien oder Ketoazidosen in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung,
- infiziertem diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese oder akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation,
- diabetischen Fußwunden, die trotz spezialisierter Therapie nicht ausheilen oder gar eine Verschlechterung zeigen, insbesondere wenn eine Fußentlastung ambulant nicht möglich oder erfolgreich ist, und bei Wunden, die Interventionen bedürfen (zum Beispiel parenterale Medikation, Gefäß- oder Knochenoperation),
- Nichterreichen des HbA1c-Zielwertes (in der Regel $\leq 7,5\%$ bzw. 58 mmol/mol, sofern keine problematischen Hypoglykämien auftreten) nach in der Regel sechs Monaten (spätestens neun Monaten) Behandlungsdauer in einer ambulanten diabetologisch qualifizierten Einrichtung; vor einer Einweisung in diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen ist zu prüfen, ob 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 der DMP-A-RL) qualifiziert ist,
- gegebenenfalls zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms (entsprechend Nummer 4.2 der DMP-A-RL) 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 der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

Anlage 2 - Strukturqualität qualifizierter Arzt / qualifizierte Einrichtung für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

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

Bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren sollte die Langzeitbetreuung grundsätzlich, bei Jugendlichen unter 21 Jahren fakultativ durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Pädiater/pädiatrische Einrichtung erfolgen. In begründeten Einzelfällen kann die Koordination durch eine in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt / besonders qualifizierte Einrichtung erfolgen.¹

Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind Vertragsärzte und Einrichtungen, die persönlich oder durch angestellte Ärzte nachfolgende Strukturvoraussetzungen erfüllen und die die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten.

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

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
Fachliche Voraussetzungen diabetologisch qualifizierter Arzt / Einrichtung für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen (diabetologische Schwerpunktpraxis), ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen	<p><u>Diabetologisch qualifizierter Pädiater / pädiatrische Einrichtung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - mindestens ein diabetologisch qualifizierter Facharzt/-ärztin für Kinderheilkunde mit einer dem Diabetologen DDG vergleichbaren Fort- und/oder Weiterbildung - [in Einzelfällen mindestens ein diabetologisch besonders qualifizierter Facharzt für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin mit einer dem Diabetologen DDG vergleichbaren Fort- und/oder Weiterbildung] <p>und ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1. Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 in den letzten 12 Monaten² oder</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Anerkennung zum Führen der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder - die Anerkennung zum Führen der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin mit den Zusatzweiterbildungen (Kinder-) Endokrinologie und/oder Diabetologie - und jeweils schriftliche Information durch das DMP-Praxismanual vor Beginn der Teilnahme - mindestens einmal jährliche diabetesspezifische Fortbildung oder - Teilnahme an Qualitätszirkeln, mindestens zweimal jährlich

¹ Vgl.DMP-A-RL Nummer 1.8.1

² Der Nachweis ist spätestens innerhalb eines Jahres nach erklärter Teilnahme zu erbringen (ggf. durch Abrechnungsdaten der KV Nordrhein)

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
<p>Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal</p>	<p><u>Qualifikation nicht-ärztliches Personal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Beschäftigung von mindestens einem Diabetesberater mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung, - Die Weiterbildung dauert mindestens 1 Jahr und ist in zusammenhängenden Abschnitten konzipiert - Die Weiterbildung besteht aus mindestens 480 Stunden theoretischem Unterricht und 1000 Stunden praktischer Weiterbildung, von denen 250 Stunden als praktische Anleitung bzw. Unterricht nachzuweisen sind - mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen <p><u>Zusammenarbeit / Kooperation mit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - einem Ökotrophologen oder Diätassistenten
<p>Apparative Ausstattung der Praxen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Vertragsarztpraxis/Einrichtung - Blutdruckmessung (nach internationalen Empfehlungen)³ - 24 Stunden-Blutdruckmessung⁵ - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur naßchemischen Blutglukosebestimmung⁴ und HbA1c-Messung^{4,5} - EKG - Sonographie^{6/7}, Doppler- oder Duplexsonographie ^{4/5} - Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)
<p>Schulungen⁸</p>	<p>die Schulung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 soll in einer qualifizierten Einrichtung erfolgen.</p>

³ Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in den Tragenden Gründen zum Beschluss der Änderung der DMP-A-RL vom 16.01.2020: Änderung der Anlage 7 (DMP Diabetes mellitus Typ 1) und Änderung der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation)

⁴ gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

⁵ Die Messung kann auch als Auftragsleistung vergeben werden.

⁶ 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 Fassung vom 31. Januar 2003

⁷ Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

⁸ Während der Schulung: 24-Stunden-Erreichbarkeit des/der diabetologisch qualifizierten Arztes/Einrichtung

Überweisung vom koordinierenden Versorgungssektor (diabetologisch qualifizierte/r Arzt / Einrichtung für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen) zu anderen Fachärzten / Einrichtungen

Bei Vorliegen folgender Indikationen **muss** der koordinierende Arzt / die koordinierende Einrichtung eine Überweisung des Patienten zu anderen Fachärzten / Einrichtungen veranlassen, soweit die eigene Qualifikation für die Behandlung des Patienten nicht ausreicht⁹.

- bei Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms oder eines Hochrisikofußes an einen auf die Behandlung des diabetischen Fußes qualifizierten Einrichtung
- zur augenärztlichen Untersuchung insbesondere der Untersuchung der Netzhaut.
- bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft in eine in der Behandlung von Schwangeren DM Typ 1 erfahrene qualifizierte Einrichtung
- zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie in einem mit dieser Therapie erfahrene diabetologisch qualifizierte Einrichtung
- bei bekannter Hypertonie und bei Nicht-Erreichen des Ziel-Blutdruck-Bereiches unterhalb systolisch 140 mmHg und diastolisch 90 mmHg innerhalb eines Zeitraums von höchstens sechs Monaten zum jeweils qualifizierten Facharzt / qualifizierte Einrichtung
- bei einer Einschränkung der Nierenfunktion mit einer eGFR auf weniger als 30 ml/min oder bei deutlicher Progression einer Nierenfunktionsstörung (jährliche Abnahme der eGFR um mehr als 5 ml/min) zur nephrologisch qualifizierten Ärztin, zum nephrologisch qualifizierten Arzt oder zur nephrologisch qualifizierten Einrichtung.

Sofern die Koordination (in begründeten Einzelfällen) durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt ohne Anerkennung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin erfolgt, **muss** bei den folgenden Indikationen eine Überweisung zum diabetologisch qualifizierten Pädriater oder zur diabetologisch qualifizierten Einrichtung veranlasst werden:

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

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 zum jeweils qualifizierten Facharzt oder Einrichtung,

⁹ vgl. 9. DMP-A-RL Nummer 1.8.2

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

Im Übrigen entscheidet 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 bei¹⁰:

- Notfall (in jedes Krankenhaus),
- ketoazidotischer Erstmanifestation oder ambulant nicht rasch korrigierbarer Ketose in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung,
- Abklärung nach schweren Hypoglykämien oder Ketoazidosen in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung,
- infiziertem diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese oder akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation,
- diabetischen Fußwunden, die trotz spezialisierter Therapie nicht ausheilen oder gar eine Verschlechterung zeigen, insbesondere wenn eine Fußentlastung ambulant nicht möglich oder erfolgreich ist, und bei Wunden, die Interventionen bedürfen (zum Beispiel parenterale Medikation, Gefäß- oder Knochenoperation),
- Nichterreichen des HbA1c-Zielwertes (in der Regel $\leq 7,5$ % bzw. 58 mmol/mol, sofern keine problematischen Hypoglykämien auftreten) nach in der Regel sechs Monaten (spätestens neun Monaten) Behandlungsdauer in einer ambulanten diabetologisch qualifizierten Einrichtung; vor einer Einweisung in diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen ist zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient von einer stationären Behandlung profitieren kann,
- Kindern und Jugendlichen mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 1 beziehungsweise bei schwerwiegenden Behandlungsproblemen (zum Beispiel ungeklärten Hypoglykämien oder Ketoazidosen) in pädiatrisch diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen,
- gegebenenfalls zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung, die zur Durchführung von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen (entsprechend Nummer 4.2) qualifiziert ist,
- gegebenenfalls zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms (entsprechend Nummer 4.2) von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 im stationären Bereich,
- gegebenenfalls zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie (CSII),
- gegebenenfalls zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus Typ 1.

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

¹⁰ vgl. DMP-A-RL Nummer 1.8.3

Anlage 3 - Strukturqualität weitere Leistungserbringer

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Strukturvoraussetzungen weitere, am Vertrag teilnehmende, Leistungserbringer

Folgende Leistungserbringer, zu denen bei entsprechender Indikation zu überweisen ist, sind ebenfalls vertraglich eingebunden, ohne dabei eine koordinierende Funktion zu übernehmen. Sie erfüllen – persönlich oder durch angestellte Ärzte – die im Folgenden genannten Strukturvoraussetzungen.

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

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
Eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung/Praxis	<p><u>Fachliche Voraussetzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - mindestens ein Arzt mit ausreichender Erfahrung in der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms und den Anforderungen an einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt bzw. Einbeziehung eines entsprechend qualifizierten Arztes/einer entsprechend qualifizierten Einrichtung. - Zusammenarbeit / Kooperation mit folgenden Fachdisziplinen und –berufen (soweit nicht durch die eigene Fach- bzw. Facharztqualifikation abgedeckt), z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angiologie ▪ Orthopädie ▪ Gefäßchirurgie ▪ Chirurgie ▪ Mikrobiologie ▪ Interventionelle Radiologie ▪ [Podologe] ▪ Orthopädie-Schuhmacher /Schuhtechnik ▪ Orthopädietechniker ▪ Stationäre Einrichtung mit Spezialisierung Diabetisches Fußsyndrom. - Geschultes medizinischen Assistenzpersonal insbesondere mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung <p><u>Notwendige apparative Ausstattung, z. B.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit zur Basisdiagnostik der peripheren Neuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament) - Doppler- oder Duplexsonographie¹ - Behandlungstuhl mit ausreichender Lichtquelle - Voraussetzungen für entsprechende therapeutische Maßnahmen (z.B. steriles Instrumentarium) - Photodokumentation

¹ 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 geltenden Fassung

DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 als Diabetologische Schwerpunktpraxis

- ausschließlich als diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP)**
- koordinierender Arzt bei Diabetes mellitus Typ 1
 - 2. Versorgungsebene im DMP Diabetes mellitus Typ 2
- auch als koordinierender Arzt beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 (in Ausnahmefällen)**

Der Antrag wird gestellt für:

Titel	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Gebietsbezeichnung	
LANR	
BSNR	
Zugelassen oder angestellt oder persönlich ermächtigt seit/ab	
Anstellung bei:	
Geplante Aufnahme der Tätigkeit	

Kontaktdaten der Praxis:

Straße und Hausnummer	
PLZ/Ort	
Telefon	
Fax:	
E-Mail:	

Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich verfüge über die Facharztanerkennung Allgemeinmedizin **und/oder** Innere Medizin

und

die Zusatzweiterbildung Diabetologe DDG

oder

die Berechtigung zum Führen einer vergleichbaren Subspezialisierung Diabetologie nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer (u. a. Diabetologe LÄK)

oder

80-stündige Curriculum der DDG und eine mindestens 2-jährige internistische Weiterbildung mit mindestens einjähriger Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung innerhalb der letzten acht Jahre

oder

die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt „Endokrinologie und Diabetologie“ und eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung

und

Ich habe in den letzten 12 Monaten insbesondere Patienten mit insulinbehandelten Diabetes Typ 1 und Typ 2 behandelt.

und

Ich habe die Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes (EBM 02311)

oder

ich bestätige die Zusammenarbeit mit einer / m in der Behandlung des diabetischen Fußes qualifizierten Einrichtung / qualifizierten Ärztin /Arzt.

Mein Tätigkeits-/Beschäftigungsumfang beträgt:

Vollzeittätigkeit*	<input type="checkbox"/>	Teilzeittätigkeit	<input type="checkbox"/>
		Stunden pro Woche	
<p>Es wird gewährleistet, dass durch die Beteiligung von maximal zwei diabetologisch qualifizierten Ärzten mit einer Anerkennung als DSP summarisch (je 20 Std./ Woche) die erforderliche Vollzeittätigkeit gewährleistet ist und eine kontinuierliche ärztliche Betreuung der Diabetiker während der Sprechstundenzeiten (einschl. Schulungen) sichergestellt wird **</p>			

Teilung der DSP mit

* 20 -38,4 Stunden = Teilzeit/ ab 38,5 Stunden = Vollzeit

** Erhöhung bzw. Reduzierung der Wochenstunden sind der KV anzuzeigen

Personelle Voraussetzungen

Ich beschäftige **mindestens eine in Vollzeit*** tätige Diabetesberaterin DDG bzw. entsprechende Teilzeitkräfte, die eine kontinuierliche nichtärztliche Betreuung der Diabetiker während der Sprechstundenzeiten (einschließlich Schulungen) sicherstellt.

Vor- und Nachname der Diabetesberaterin	Angabe der Wochenarbeitszeit

Kopien der Qualifikation des v. g. Personals und der Beschäftigungsnachweise sind beizufügen

Ich verpflichte mich, personelle Änderungen der KV Nordrhein unverzüglich mitzuteilen.

Zusätzlich bestätige ich die Zusammenarbeit mit

einem(r) Oecothrophologen/in oder Diätassistent/in

einem medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen/in

Eine Kooperationsvereinbarung bzw. der Arbeitsvertrag und der Qualifikationsnachweis eines/ Oecothrophologen/ einer Oecothrophologin und eines Podologen/ einer Podologin sind auf Nachfrage der KV Nordrhein einzureichen.

**Zusatzanforderungen
für die Durchführung von Schulungen**

Für die Durchführung der jeweiligen Schulungs- und Behandlungsprogramme sind die entsprechenden Nachweise über die Schulungsberechtigungen sowohl vom Arzt als auch vom nichtärztlichen Personal vorzulegen.

Weitere Informationen zu den Schulungs- und Behandlungsprogrammen finden Sie unter:

https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/amtliche_bekanntmachungen/2021/Verguetungsvertrag_DMP_Diab1.pdf

https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/amtliche_bekanntmachungen/2021/Verguetungsvertrag_DMP_Diab2.pdf

Räumliche/Apparative Voraussetzungen

Ich verfüge über Schulungsräumlichkeiten mit erforderlicher Ausstattung für Gruppen- und Einzelschulungen, Projektionsmöglichkeiten,

**Zusatzanforderungen
zur Leistungserbringung im Bereich des diabetischen Fußsyndroms**

Personelle Qualifikation

Ich verfüge über die Zertifizierung / Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms
(Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes - EBM 02311)

Ich verfüge über medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz zur lokalen Wundversorgung

Kopien der Qualifikation des v. g. Personals und der Beschäftigungsnachweise sind beizufügen

Räumliche/Apparative Voraussetzungen

Ich verfüge über die notwendige Apparative Ausstattung (Anlage 1 der Vereinbarung)

- z. B. Behandlungsstuhl oder -liege
- Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik (z. B. Doppler-Ultraschall und Photodokumentation)
- Voraussetzungen für therapeutische Maßnahmen (z. B. steriles Instrumentarium)

Zusammenarbeit

Ich arbeite mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und -berufen
(z. B. Gefäßchirurgie, Chirurgie, Orthopädie, Mikrobiologie, Angiologie, interventionelle Radiologie, Orthopädischer Schuhmacher, Orthopädietechniker, Podologe, stationäre Einrichtung mit Spezialisierung "Diabetisches Fußsyndrom")

Apparative Ausstattung

Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren (im Rahmen des Fachgebietes)

Blutdruckmessung gem. den internationalen Empfehlungen	<input type="checkbox"/>
24 Stunden-Blutdruckmessung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards)	<input type="checkbox"/>
Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmungen (vorrangig im venösen Plasma) und HbA1c-Messung	<input type="checkbox"/>
EKG / Belastungs-EKG	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (mind. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)	<input type="checkbox"/>
Sonographie, Doppler- und Duplexsonographie	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit zur angiologischen Basisdiagnostik	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u.a. Doppler-Sonde 8-10 MHz)	<input type="checkbox"/>

Zusatzanforderungen

Hospitation*

- Alle drei Jahre muss von jedem teilnehmenden Arzt je eine eintägige aktive (Antragsteller hospitiert) und passive Hospitation (Antragsteller wird hospitiert) durch einen/e Arzt/ Ärztin und Diabetesberater/-in bzw. Diabetesassistent/in erfolgen.
- Zur Hospitation gehört ein gemeinsames Abschlussgespräch.
- Über die Hospitation ist ein Hospitationsbericht anzufertigen. In dem Bericht müssen das Datum, die Zeitdauer der Hospitation, die hospitierte wie auch die hospitierende Einrichtung und das aktiv hospitierende Mitglied eindeutig beschrieben sein. Aus dem Bericht sollten die Rahmenbedingungen der Einrichtung (Strukturqualität), der Ablauf der Hospitation wie auch eine Einschätzung der Stärken und Schwächen der Einrichtung ersichtlich sein. Der Bericht wird der hospitierten Einrichtung anschließend ausgehändigt bzw. zugesandt. Er muss von beiden Seiten unterschrieben sein.
- Die Hospitation muss durch von der KVNO anerkannte diabetologischen Schwerpunktpraxis durchgeführt werden.
- Die Hospitation darf bei Antragstellung nicht älter als 18 Monate sein (Datum und Unterschriften auf dem Hospitationsbogen).
- Die Hospitationsorte sollten in einer Entfernung über 25 km liegen, darunterliegende Entfernungen sind zu begründen

Verpflichtungen

Ich verpflichte mich

an jährlichen zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildungen in einem Umfang von mindestens 30 Fortbildungspunkten teilzunehmen.

dafür zu sorgen, dass gemeldete Diabetesberater/Innen jährlich an mindestens einer zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildung teilnehmen wird.

meine Nachweise sowie die Nachweise für jede/n gemeldete/n Diabetesberater/in jährlich der KV Nordrhein nachzuweisen.

die schriftliche Information durch das DMP-Arztmanual zu Beginn der Teilnahme zur Kenntnis genommen zu haben.

* Nachweis über die Hospitation ist der KV vorzulegen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich

- Das Vorhalten der in Anlage 1a unter Nr. 5 genannten Ausstattung und Erfüllung der sonstigen Anforderungen.
- Meine fortlaufenden Informationen durch die tagesaktuelle Webseite der KV Nordrhein während der Teilnahme.
- Die Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten vor Ort in regionalen Qualitätszirkeln.
- Die Zusammenarbeit mit einer für Diabetes geeigneten stationären Einrichtung.
- Die Behandlung von Patienten mit Insulinpumpen.
- Die Betreuung von schwangeren insulinpflichtigen Diabetikerinnen und die Zusammenarbeit mit einem Perinatal-Zentrum.
- Mein Einverständnis zur Weitergabe bzw. Veröffentlichung meiner Adresse auf den Internetseiten der KV Nordrhein zum Zwecke der Patientenzuweisung.

Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle nach § 21 des jeweiligen DMP Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Datenangaben bei mir nachzufordern, sowie
2. die Dokumentationsdaten an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 25 Abs. 2 RSAV weiterzuleiten.

Ich habe mich über den genauen Vertragsinhalt informiert. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, 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.

Teilnahmeerklärung zu den Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der Disease-Management-Programme Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Die Arzt-Informationen habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund der Disease-Management-Programme, 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 der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung 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, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Verarbeitung unterrichte.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift im „Leistungserbringerverzeichnis“,
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) bzw. den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
2. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. teilnehmende Ärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Ort, Datum

Unterschrift des/der
Praxisinhabers/in

Ort, Datum

Unterschrift des/der angestellten
Arztes/Ärztin

Arztstempel:

Hauptabteilung Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

Ansprechpartner: Barbara Hollon
 Telefon: (0211) 5970-8224
 Telefax: (0211) 5970-9997
 E-Mail: diabetes@kvno.de

Ansprechpartner: Britta Wolf
 Telefon: (0211) 5970-8527
 Telefax: (0211) 5970-9997
 E-Mail: diabetes@kvno.de

DMP Diabetes mellitus Typ 1 als Hausarzt (Ausnahme)

Der Antrag wird gestellt für:

Titel	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Gebietsbezeichnung	
LANR	
BSNR	
Zugelassen oder angestellt oder persönlich ermächtigt seit/ab	
Anstellung bei:	
Kooperation mit DSP:	
Geplante Aufnahme der Tätigkeit	

Kontaktdaten der Praxis:

Straße und Hausnummer	
PLZ/Ort	
Telefon	
Fax:	
E-Mail:	

Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich verfüge über die Facharztanerkennung Allgemeinmedizin **und/oder** Innere Medizin

Ich kooperiere mit folgender/n diabetologischer/n Schwerpunktpraxis/en (DSPen)

(Name, Anschrift)

1. _____

2. _____

Apparative Ausstattung

Blutdruckmessung gemäß internationalen Empfehlungen

Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur naßchemischen Blutglukosebestimmung (Messung im venösen Plasma) und HbA1c-Messung

EKG

Sonographie

Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (mind. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

Verpflichtungen

Ich verpflichte mich

an jährlichen zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildungen teilzunehmen oder mindestens zweimal jährlich regelmäßig diabetesspezifische Qualitätszirkeln .

meine Nachweise **jährlich** der KV Nordrhein **nach Aufforderung** einzureichen.

die schriftliche Information durch das DMP-Arztmanuals zu Beginn der Teilnahme zur Kenntnis genommen zu haben.

Zusatzanforderungen für die Durchführung von Schulungen

Für die Durchführung der jeweiligen Schulungs- und Behandlungsprogramme sind die entsprechenden Nachweise über die Schulungsberechtigungen sowohl vom Arzt als auch vom nichtärztlichen Personal vorzulegen.

Weitere Informationen zu den Schulungs- und Behandlungsprogrammen finden Sie unter:

https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/amtliche_bekanntmachungen/2021/Verguetungsvertrag_DMP_Diab1.pdf

Teilnahmeerklärung zu den Programmen Diabetes mellitus Typ 1

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der Disease-Management-Programme 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. Die Arzt-Informationen habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund der Disease-Management-Programme, 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 der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung 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, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Verarbeitung unterrichte.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift im „Leistungserbringerverzeichnis“,
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für soziale Sicherheit (BAS) bzw. den Landesprüfungsstellen und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
2. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. teilnehmende Leistungserbringer bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Hauptabteilung Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

Ansprechpartner: Barbara Hollon
 Telefon: (0211) 5970-8224
 Telefax: (0211) 5970-9997
 E-Mail: diabetes@kvno.de

Ansprechpartner: Britta Wolf
 Telefon: (0211) 5970-8527
 Telefax: (0211) 5970-9997
 E-Mail: diabetes@kvno.de

**DMP Diabetes mellitus Typ 1 als
Diabetologisch qualifizierter Pädiater / pädiatrische Einrichtung**

Der Antrag wird gestellt für:

Titel	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Gebietsbezeichnung	
LANR	
BSNR	
Zugelassen oder angestellt oder persönlich ermächtigt seit/ab	
Anstellung bei:	
Geplante Aufnahme der Tätigkeit	

Kontaktdaten der Praxis:

Straße und Hausnummer	
PLZ/Ort	
Telefon	
Fax:	
E-Mail:	

Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Diabetologisch qualifizierter Facharzt / Fachärztin für Kinderheilkunde mit einer dem Diabetologen DDG vergleichbaren Fort- und/oder Weiterbildung

oder

(in Einzelfällen mindestens ein)
Diabetologisch besonders qualifizierter Facharzt für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin mit einer dem Diabetologen DDG vergleichbaren Fort- und/oder Weiterbildung

oder

die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt „Endokrinologie und Diabetologie“

oder

die Anerkennung zum Führen der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin mit den Zusatzweiterbildungen (Kinder-) Endokrinologie und/oder Diabetologie

Darüber werden folgende Voraussetzungen erfüllt

Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 in den letzten 12 Monaten.

und

Information über das DMP-Praxismanual ist erfolgt

und

Teilnahme an mindestens einer jährlichen Fortbildung

oder

Teilnahme an regelmäßigen diabetes-spezifischen Qualitätszirkeln, mindestens zweimal jährlich

Personelle Voraussetzungen

Ich beschäftige **mindestens eine** Diabetesberaterin DDG, die eine kontinuierliche nichtärztliche Betreuung der Diabetiker während der Sprechstundenzeiten (einschließlich Schulungen) sicherstellt.

Kopien der Qualifikation des v. g. Personals und der Beschäftigungsnachweise sind beizufügen.

Ich verpflichte mich, personelle Änderungen der KV Nordrhein unverzüglich mitzuteilen.

Zusätzlich bestätige ich die Zusammenarbeit mit

einem(r) Oecothrophologen/in oder Diätassistent/in

Eine Kooperationsvereinbarung bzw. der Arbeitsvertrag und der Qualifikationsnachweis eines/ Oecothrophologen/ einer Oecothrophologin sind auf Nachfrage der KV Nordrhein einzureichen.

Zusatzanforderungen für die Durchführung von Schulungen

Für die Durchführung der jeweiligen Schulungs- und Behandlungsprogramme sind die entsprechenden Nachweise über die Schulungsberechtigungen sowohl vom Arzt als auch vom nichtärztlichen Personal vorzulegen.

Weitere Informationen zu den Schulungs- und Behandlungsprogrammen finden Sie unter:

https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/amtliche_bekanntmachungen/2021/Verguetungsvertrag_DMP_Diab1.pdf

Räumliche Voraussetzungen

Ich verfüge über Schulungsräumlichkeiten mit erforderlicher Ausstattung für Gruppen- und Einzelschulungen, Projektionsmöglichkeiten,

Apparative Ausstattung

Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren (im Rahmen des Fachgebietes)

Blutdruckmessung gem. den internationalen Empfehlungen

24 Stunden-Blutdruckmessung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards)

Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmungen (vorrangig im venösen Plasma) und HbA1c-Messung

EKG

Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (mind. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

Sonographie, Doppler- und Duplexsonographie

Verpflichtungen

Ich verpflichte mich

an jährlich mindestens einer zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildungen oder zweimal jährlich an Qualitätszirkeln teilzunehmen.

dafür zu sorgen, dass **die** gemeldete Diabetesberaterin jährlich an mindestens einer zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildung teilnehmen wird.

meine Nachweise sowie die Nachweise für jede gemeldete Diabetesberaterin jährlich der KV Nordrhein nachzuweisen.

die schriftliche Information durch das DMP-Arztmanual zu Beginn der Teilnahme zur Kenntnis zu nehmen.

Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle nach § 21 des DMP Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Datenangaben bei mir nachzufordern, sowie
2. die Dokumentationsdaten an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 25 RSAV weiterzuleiten.

Ich habe mich über den genauen Vertragsinhalt informiert. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, 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.

Teilnahmeerklärung zu dem Programm Diabetes mellitus Typ 1

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms 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. DMP-Praxismanual habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 9, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund der Disease-Management-Programme, 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 der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung 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, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Verarbeitung unterrichte.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift im „Leistungserbringerverzeichnis“,
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) bzw. den Landesprüfamt und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. der Arztname in dem „Leistungserbringerverzeichnis“ veröffentlicht werden.
2. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
3. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
4. teilnehmende Leistungserbringer bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Ort, Datum

Unterschrift des/der
Praxisinhabers/in

Ort, Datum

Unterschrift des/der angestellten
Arztes/Ärztin

Arztstempel:



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

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



Exemplar für die Datenstelle

070EH

Krankenhaus-IK

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

1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

_____ Unterschrift	_____ Stempel Ärztin/Arzt
-----------------------	------------------------------

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

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



Exemplar für den Arzt

070EH

Krankenhaus-IK

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

1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

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

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



070EH

Krankenhaus-IK

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

1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patientinnen und Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welche Daten werden erhoben?

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

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

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

3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrer koordinierenden Ärztin/Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse und nur pseudonymisiert an eine Gemeinsame Einrichtung zur Qualitätssicherung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

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

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

3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt die von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie ggf. von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

3.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung und an die mit der Evaluation

beauftragte Institution im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

3.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

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

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

3.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Zu diesem Zwecke übermitteln die Krankenkasse und von ihr beauftragte Dritte die pseudonymisierten Daten an diese Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Strukturiertes Behandlungsprogramm

Eine Information für Patientinnen und Patienten

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

Was macht DMP zu einer besonderen Versorgungsform?

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

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

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

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

Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft

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

Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und aktive Mitwirkung durch Sie

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

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

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

Koordination Ihrer Behandlung

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

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

Kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten sichert die Qualität

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

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

Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse

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

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

Was sind die Teilnahmevoraussetzungen für das Behandlungsprogramm?

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

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

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

Ihre Teilnahme am Behandlungsprogramm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

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

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

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

Anlage 9 Qualitätssicherung

Version 9.1
Stand: 29.01.2021

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

Teil 1

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

Teil 2

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

Anm.:

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen „(AD)“ auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 8 der DMP-A-RL. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt. Die Angabe „Berichtszeitraum“ ist in dieser Anlage als ein Zeitraum von sechs Monaten definiert.

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird	<p>Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 20 ISD (HbA1c-Zielwert) = „Zielwert erreicht“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
II. Niedriger Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem HbA1c-Wert größer 8,5% (69 mmol/mol)	<p>Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5% (69 mmol/mol) bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> IIa) Teilnehmerinnen und Teilnehmer kleiner 30 Jahre: kleiner gleich 20%</p> <p>IIb) Teilnehmerinnen und Teilnehmer größer gleich 30 Jahre: kleiner gleich 10%</p>	<p>IIa) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 ISD (HbA1c-Wert) größer 8,5% (69 mmol/mol)</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer kleiner 30 Jahre</p> <p>IIb) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 ISD (HbA1c-Wert) größer 8,5% (69 mmol/mol)</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer größer gleich 30 Jahre</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<u>Zielwert:</u> kleiner gleich 2%	<u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP		Berichts
V. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Blutdruck < 140/90 mmHg bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit bekannter Hypertonie	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Blutdruckwerten kleiner gleich 139 mmHg systolisch und kleiner gleich 89 mmHg diastolisch bei bekannter Hypertonie bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie <u>Zielwert:</u> größer gleich 60%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch kleiner gleich 139 und diastolisch kleiner gleich 89 mmHg <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

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

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

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

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VIII. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit jährlicher Bestimmung der eGFR, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 18 Jahre</p> <p><u>Zielwert:</u> größer gleich 90%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer numerischen Angabe in Feld 2a ISD (eGFR) in den letzten 12 Monaten</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter größer gleich 18 Jahre mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
IX. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit AVK, KHK oder Schlaganfall, bei denen keine Kontraindikation oder orale Antikoagulation besteht</p> <p><u>Zielwert:</u> größer gleich 80% Teilnehmer</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 13 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „Ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „AVK“ UND/ODER „KHK“] UND/ODER [Feld 5 ISD (Relevante Ereignisse) = „Herzinfarkt“ UND/ODER „Schlaganfall“] UND NICHT [Feld 13 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „Kontraindikation“ UND/ODER „orale Antikoagulation“]</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

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

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

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
IV. Information der Versicherten bei auffälligem Fußstatus	entfällt	entfällt	<p>Wenn in Feld 3 (ISD) (Fußstatus) innerhalb von 12 Monaten die Angabe zu „1. Pulsstatus“ = „auffällig“ ein- oder mehrmals angegeben ist</p> <p>UND/ODER</p> <p>die Angabe zu „2. Sensibilitätsstörung“ = „auffällig“ ein- oder mehrmals angegeben ist,</p> <p>UND/ODER,</p> <p>die Angabe zu „3. Weiteres Risiko für Ulcus“ = „Fußdeformität“ und/oder „Hyperkeratose mit Einblutung“ und/oder „Z. n. Ulcus“ ein oder mehrmals angegeben ist,</p> <p>UND/ODER</p> <p>die Angabe zu „4. Ulcus“ = „oberflächlich oder „tief“ ein oder mehrmals angegeben ist</p> <p>UND/ODER</p> <p>die Angabe zu „5. (Wund)Infektion“ = ja ein oder mehrmals angegeben ist</p>	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
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
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

Mindestanforderungen zur Erstellung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Diabetes Mellitus Typ 1 (ambulanter Sektor)

Gültig ab: 01.07.2019

Stand: 26.06.2019

Versorgungsebenen (nur Einfachnennung möglich)

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

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

C = Diabetologisch besonders qualifizierter Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

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

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

Berechtigungen (Mehrfachnennungen möglich)

01 = Arzt koordiniert

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

09 = LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung

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

11 = Diabetesbuch für Kinder

12 = Jugendliche mit Diabetes

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

14 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

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

22 = Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III – deutsche Version

23 = HyPOS (als Ergänzung zur Basisschulung)

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

34 = Behandlung Insulinpumpentherapie

35 = Behandlung Diabetisches Fußsyndrom

36 = Behandlung schwangere Frauen

Hinweise zur Angabe der Berechtigungen

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

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

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

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

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

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

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

Anlage 11 – Patientenschulung

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V
Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Patientenschulungen nach § 20

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

1. Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 und intensivierter Insulintherapie

1.1. Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie¹

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

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

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

(Hermanns N., Kulzer B, Ehrmann D, Bergis-Jurgan N, Haak T: The effect of a diabetic education program (PRIMAS) for people with type 1 diabetes: results of a randomized trial. Diabetes Res Clin Pract 2013; 102(3):149-57) 515-5623.0-1609/2014/ 28.05.2014

2. Ergänzungsschulungen zu einer bereits erfolgten Schulung nach 1.

2.1. Blutglukosewahrnehmungs-training (BGAT) III - deutsche Version*

* "Nur für erwachsene an DM 1 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."

Schachinger H, Hegar K, Hermanns N, Straumann M, Keller U, Fehm - Wolfsdorf G, Berger W, Cox D: Randomized controlled clinical trial of Blood Glucose Awareness Training (BGAT III) in Switzerland and Germany. J Behav Med 2005, 28: 587-94/5623.0-3699/2004/04.07.2007

2.2. HyPOS * Hypoglykämie – Positives Selbstmanagement

* "Nur für erwachsene an DM 1 erkrankte Patienten (ab 18 Jahren) geeignet, die nicht an folgenden Erkrankungen leiden: Krebserkrankungen, Demenz-Erkrankungen oder psychiatrische Erkrankungen. Ferner nicht geeignet bei bestehender Schwangerschaft."

Hermanns N, Kulzer B, Kubiak T, Krichbaum M, Haak T: The effect of an education programme (HyPOS) to treat hypoglycaemia problems in patients with type 1 diabetes. Diabetes Metab Res Rev, 2007, 23(7), 528-38/5623.0-3699/2004//02.12.2004

3. Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 und essentieller Hypertonie

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

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

3.2. Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie in der jeweils aktuellsten Auflage, derzeit: 2. Auflage 2003

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

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

3.3 Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)

Danzer E, Gallert K, Friedrich A, Fleischmann EH, Walter H, Schmieder RE. Ergebnisse der Hypertonieschulung des IMP (Results of an intensive training program for hypertension at the IPM). Dtsch. Med Wochenschr. 2000 Nov 17; 125 (46): 1385-9.

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

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

4.1. Diabetes-Buch für Kinder in der 3. Auflage

(Hürter-P, Jastram-HU, Regling-B, Toeller-M, Lange-K, Weber-B, Burger-W, Haller-R. Kirchheim-Verlag Mainz.)

4.2. Jugendliche mit Diabetes: ein Schulungsprogramm

(Lange-K, Burger-W, Haller-R, Heinze-E, Holl-R, Hürter-P, Schmidt-H, Weber-B. Kirchheim-Verlag Mainz)

Strukturvoraussetzungen

Leistungserbringer, die den Patienten im Rahmen des Disease-Management-Programms Schulungen anbieten dürfen, müssen persönlich oder durch angestellte Ärzte folgende Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen:

1. Ärztliche Qualifikation

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

2. Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals

Das nicht-ärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, gegenüber der KVNo nachzuweisen. Ferner ist mindestens ein/e Diabetesberater/in mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung als Vollzeitkraft zu beschäftigen.

3. Räumliche, sachliche Ausstattung

- Räumliche Ausstattung muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen.
- Curricula und Medien der angebotenen akkreditierfähigen Schulung müssen vorhanden sein.

4. Weitere Anforderungen

- Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms in einem Zeitraum von höchstens zwei Wochen.
- Besprechung der individuellen Insulin-Dosisanpassung während des Schulungsprogramms zusammenhängend innerhalb von zwei Wochen.

Näheres ergibt sich aus den jeweils angebotenen Schulungsprogrammen.

Schulungsgemeinschaften zwischen diabetologischen Schwerpunktpraxen und Krankenhäusern sind möglich. Sie sind der Diabetes-Kommission anzuzeigen und darüber hinaus ist das Kooperationskonzept vorzulegen.