

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Vereinbarung

über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Diabetes mellitus Typ 2 in Baden-Württemberg auf der Grundlage des § 83 SGB V (Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 2)

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

- nachfolgend „KVBW“ genannt -

und der

AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart

- nachfolgend „AOK BW“ genannt -

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen	5
Präambel	7
Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich	
§ 1 Ziel der Vereinbarung	7
§ 2 Geltungsbereich	8
Abschnitt II - Teilnahme der Ärzte	
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des DMP-Arztes	8
§ 4 Teilnahme als diabetologisch spezialisierter Arzt, Mitwirkung von weiteren Fachärzten und Einrichtungen	10
§ 5 Antrag auf Teilnahme	10
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Genehmigung	11
§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme	11
§ 8 Leistungserbringerverzeichnis	11
Abschnitt III - Versorgungsinhalte	
§ 9 Medizinische Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 2	12
Abschnitt IV - Qualitätssicherung	
§ 10 Grundlagen und Ziele	13
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren	13
§ 12 Durchführung der Qualitätssicherung	13
§ 13 Fortbildung der Ärzte	14
§ 14 Vertragsmaßnahmen	15
Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten	
§ 15 Teilnahmevoraussetzungen	15
§ 16 Information und Einschreibung	16
§ 17 Teilnahme- und Einwilligungserklärung	17
§ 18 Beginn und Ende der Teilnahme	17
§ 19 Wechsel des DMP-Arztes	18
§ 20 Versichertenverzeichnis	18
§ 21 Information und Schulung der Versicherten	18
Abschnitt VI - Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung	
§ 22 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft	18
§ 23 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft	19
§ 24 Datenstelle	19

§ 25	Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	20
§ 26	Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	20
Abschnitt VII - Datenfluss und Datenverwendung		
§ 27	Erst- und Folgedokumentation	21
§ 28	Datenverwendung	21
§ 29	Datenzugang	22
§ 30	Datenaufbewahrung und -löschung	22
Abschnitt VIII - Evaluation		
§ 31	Evaluation	22
Abschnitt IX - Vergütung und Abrechnung		
§ 32	Vertragsärztliche Leistungen und Sondervergütungen	23
Abschnitt X - Sonstige Bestimmungen		
§ 33	Weitere Aufgaben und Verpflichtungen	23
§ 34	Haftung	23
§ 35	Laufzeit und Kündigung	23
§ 36	Salvatorische Klausel	24

Anlagenverzeichnis

Anlage 1a	- weggefallen -
Anlage 1b	- weggefallen -
Anlage 2	Teilnehmende und mitwirkende Fachärzte und Einrichtungen
Anlage 3	- weggefallen -
Anlage 4	Qualitätssicherung
Anlage 5a	Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte
Anlage 5b	Patienteninformation
Anlage 5c	Datenschutzinformation Versicherte
Anlage 6	Schulung der Versicherten
Anlage 7	Leistungserbringerverzeichnis

Anlage 8

- weggefallen -

Anlage 9a

Antrag des Arztes auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung

Anlage 9b

- weggefallen -

Erläuterungen

Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet (z.B. „der Arzt“ oder „der Patient“). Dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint (z.B. „die Ärztin“ oder „die Patientin“).

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

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

§§	Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diese Vereinbarung
Arzt	der am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmende und mitwirkende Vertragsarzt, medizinische Versorgungszentren, ärztlich geleitete Einrichtungen nach § 117 SGB V (Hochschulambulanzen) und ermächtigter Arzt, sofern sie Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbringen
Arzt, angestellter	Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem medizinische Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs. 1 SGB V
Arzt, anstellender	Arzt, der berechtigt ist, einen Arzt i.S. des § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs. 1 SGBV anzustellen
DMP-Arzt	Arzt im Sinne des § 3, sowie bei diesem angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbringen
Arzt, koordinierender	gleichbedeutend mit DMP-Arzt
Arzt, Vertragsarzt	Arzt, der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und berechtigt ist, weitere Ärzte anzustellen
AOK BW	AOK Baden-Württemberg
Arbeitsgemeinschaft	Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V i.S.v. §§ 22, 23
BAS	Bundesamt für soziale Sicherung
Datenstelle	Datenannahme- und -verarbeitungsstelle
DMP	Disease-Management-Programm
DMP-A-RL	Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V
Dokumentationen/ Dokumentationsdaten	Erst- und Folgedokumentationen mit den in der Anlage 1 i.V.m. Anlagen 2 und 8 der DMP-A-RL aufgeführten Daten
DS-GVO	(Europäische) Datenschutzgrundverordnung
Facharzt	Facharzt ist ein qualifizierter Facharzt i.S. § 4
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss nach § 91 SGB V

Gemeinsame Einrichtung	Gemeinsame Einrichtung nach § 25 RSAV
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Leistungserbringer	Ärzte sowie angestellte Ärzte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
Qualifizierte Einrichtung	Einrichtung, die gemäß Nummer 1.8.1 und/oder 1.8.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL für die Leistungen der hausärztlichen und/oder fachärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen
RSAV	Risikostrukturausgleichsverordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch Teil fünf
SGB X	Sozialgesetzbuch Teil zehn

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch Behandlungsprogramme (im Folgenden DMP genannt) nach § 137f SGB V strukturiert werden. Daher schließen die AOK BW und die KVBW folgende Vereinbarung auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Durchführung eines DMP für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Dieser Vertrag tritt am 01.10.2023 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt den Vertrag vom 01.01.2021. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet. Die Regelungen für die Indikation Diabetes mellitus Typ 2 sind in der DMP-A-RL (insbesondere in der Anlage 1) festgelegt.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Durchführung des Programms, insbesondere die Regelungen zur Verarbeitung und Aufbewahrung von Behandlungsdaten so zu gestalten sind, dass die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht beeinträchtigt wird. Zur Gewährleistung des Vertrauensschutzes erfolgt die Durchführung, Steuerung und die Qualitätssicherung im Programm so weit wie möglich auf Grundlage pseudonymisierter Daten.

Die Nutzung versichertenbezogener Daten durch die AOK BW erfolgt ausschließlich in dem durch die Bestimmungen dieses Vertrages festgelegten Umfang.

Die Vertragspartner stimmen überein, dass an diesem DMP für Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmende Versicherte gemäß den in dieser Vereinbarung vereinbarten Versorgungsinhalten behandelt und beraten werden. Dies gilt grundsätzlich auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 2 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

§ I Ziel der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 in Baden-Württemberg. Über dieses Behandlungsprogramm soll eine indikationsabhängige systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten, den weiteren an der medizinischen Versorgung Beteiligten sowie den Partnern dieser Vereinbarung und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 gewährleistet werden. Die Ziele und Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 2 sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und DMP-A-RL festgelegt.
- (2) Darüber hinaus soll der Patient durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme angeregt werden, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen.
- (3) Die Therapie nach diesem DMP dient der Erhöhung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung oder der Verbesserung der von einem Diabetes mellitus Typ 2 beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei sind in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten folgende individuelle Therapieziele nach der DMP-A-RL Anlage 1 Nr. 1.3.1 anzustreben:
 - Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z.B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen,

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

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 1. Ärzte, welche die Voraussetzungen nach § 3 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen und nach Maßgabe des Abschnitts II teilnehmen.
 2. Versicherte der AOK BW, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.
 3. Versicherte weiterer AOKs, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben. Die Durchführung des Programms erfolgt für die weiteren AOKs durch die AOK BW. Soweit eine der weiteren AOKs die DMP-Regelungen dieser Vereinbarung nicht mehr anerkennt, erfolgt eine Information des DMP-Arztes durch die AOK BW.
- (2) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 73 SGB V bleibt unberührt.
- (3) Grundlage dieser Vereinbarung ist die RSAV sowie die DMP-A-RL in der jeweils aktuellen Fassung.

Abschnitt II Teilnahme der Ärzte

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des DMP-Arztes

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt als DMP-Arzt sind Ärzte, die – persönlich oder durch angestellte Ärzte – an der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen.

In Ausnahmefällen kann ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 einen diabetologisch qualifizierten, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

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

Die Teilnahmevoraussetzungen sind arztbezogen zu erfüllen.

- (3) Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen, räumlich gebundene sowie organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt (bzw. der Leiter des MVZs) dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist dies zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 6. Der Wegfall von Teilnahmevoraussetzungen ist der KVBW unverzüglich mitzuteilen.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt (bzw. das anstellende MVZ) die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen durch den angestellten Arzt gegenüber der KVBW nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVBW vom anstellenden Arzt (bzw. dem Leiter des MVZs) unverzüglich mitgeteilt.
- (5) Zu den Aufgaben des DMP-Arztes nach Abs. 2 gehören insbesondere:
 1. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Ärzte unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte sowie der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.8 der jeweils gültigen Anlage 1 der DMP-A-RL
 2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 16
 3. die Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie die Übermittlung der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL nach den Abschnitten VI und VII bis zum 5. des Folgemonats an die Datenstelle nach § 24. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten
 4. die Vergabe einer nur einmal zu vergebenden DMP-Fallnummer nach seiner Wahl für jeden Versicherten, die aus maximal sieben Zeichen bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden
 5. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums
 6. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 21, sofern die Schulungsberechtigung gegenüber der KVBW entsprechend nachgewiesen ist
 7. die Überweisung an andere Ärzte gemäß § 9
 8. bei Überweisung an andere Ärzte therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und therapierelevante Informationen anderer Leistungserbringer entsprechend der Abschnitte III, IV und VI zu dokumentieren
 9. Ausgabe und Führen eines geeigneten Patientenpasses
 10. regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 13
 11. bei Wechsel des DMP-Arztes, sind dem neuen DMP-Arzt mit Zustimmung des Patienten, auf Anforderung alle Patientendaten zu übermitteln

12. die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der DMP-Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren
- (6) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Nummern 1 bis 12 des Abs. 5 entsprechend. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 2 erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung und Dokumentation im DMP berechtigt. Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV und DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.
- (7) Bei Patienten, die bereits in bestehende DMP zu internistischen Erkrankungen eingeschrieben sind, soll im Sinne eines „Ein-Arzt-Prinzips“ der bereits gewählte DMP-Arzt diese Funktion auch im DMP Diabetes mellitus Typ 2 übernehmen. Dies gilt auch für DMP-Teilnehmer, die bereits einen nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt als DMP-Arzt gewählt haben, soweit dieser auch am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnimmt.

§ 4

Teilnahme als diabetologisch spezialisierter Arzt, Mitwirkung von weiteren Fachärzten und Einrichtungen

- (1) Zur Umsetzung des DMP nehmen qualifizierte Fachärzte und für die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung gem. Anlage 2 Nr. 1 und 2 an dieser Vereinbarung teil. Weiter mitwirkende Fachärzte sind in Anlage 2 Nr. 3 aufgeführt.
- (2) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die die Voraussetzungen nach Anlage 2, Nummer 1 und 2 persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen, nehmen an der diabetologisch qualifizierten Versorgung teil.
- (3) Ferner wirken die in Anlage 2, Nummer 3 genannten Fachärzte an der Versorgung mit.
- (4) Die AOK BW bindet Krankenhäuser für die stationäre Versorgung und Rehaeinrichtungen für die medizinische Rehabilitation von am DMP teilnehmenden Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 vertraglich ein. Die teilnehmenden Krankenhäuser werden verpflichtet, bestimmte Anforderungen an die Strukturqualität zu beachten und die Patienten gemäß den medizinischen Vorgaben der DMP-A-RL zu behandeln. Die Teilnahme der Krankenhäuser ist freiwillig. Das gilt analog für die Teilnahme der Rehabilitationseinrichtungen. Näheres wird in einem gesonderten Vertrag zwischen der AOK BW und den Krankenhäusern/Einrichtungen geregelt.

§ 5

Antrag auf Teilnahme

Der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt beantragt bei der KVBW die Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung nach § 3 (DMP-Arzt) bzw. § 4 Abs. 1 (qualifizierter Facharzt) sowie den in Anlage 2 dieser Vereinbarung weiter genannten Qualifikationen schriftlich oder elektronisch. Der Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung an dieser Vereinbarung nach Anlage 9a wird in der jeweils aktuellen Fassung auf der Homepage der KVBW veröffentlicht.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Genehmigung

- (1) Die KVBW prüft die Teilnahmevoraussetzungen auf Grundlage dieser Vereinbarung und erteilt die erforderlichen Genehmigungen. Der Gewährleistungsauftrag der KVBW gilt auch im Rahmen dieser Vereinbarung.
- (2) Die KVBW überprüft darüber hinaus die Schulungsberechtigung gemäß Anlage 6 Nummer 2 für die teilnehmenden Ärzte nach § 3 und § 4 und erteilt die erforderliche Genehmigung.

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes am DMP beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag des Eingangs des Antrags bei der KVBW, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn.
- (2) Der DMP-Arzt kann seine Teilnahme schriftlich oder elektronisch gegenüber der KVBW kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet mit dem Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Die Teilnahme am Programm endet ferner mit dem rechtskräftigen Widerruf der Genehmigung durch die KVBW; wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ruht während des Ruhens der Zulassung.
- (4) Endet die Teilnahme eines DMP-Arztes, kann die AOK BW die hiervon betroffenen Versicherten auf weitere DMP-Ärzte aufmerksam machen, um gegebenenfalls einen Wechsel gemäß § 19 zu ermöglichen.
- (5) Für mitwirkende diabetologisch qualifizierte Vertragsärzte nach § 4 Abs. 1 gelten die Absätze 1-4 entsprechend.
- (6) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in § 3 aufgeführten Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, teilnahmeberechtigt. Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in der Betriebsstätte erlischt dessen Genehmigung.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Die KVBW führt über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gem. § 3 und § 4 Abs.1 bzw. Anlage 2 ein Verzeichnis (nachfolgend Leistungserbringerverzeichnis). Dieses Leistungserbringerverzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen MVZs angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm bzw. in den Programmen erbringen. Datenverarbeitungen in dem Leistungserbringerverzeichnis erfolgen ausschließlich auf der Grundlage von § 137f Abs. 6 SGB V. Auftragsnehmer ist die Datenstelle. Diese Datenstelle übermittelt im Auftrag das verarbeitete Leistungserbringerverzeichnis (siehe Anlage 7) auf sicherem Übermittlungsweg in elektronischer Form an die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP Baden-Württemberg sowie an die AOK BW und der KVBW.
- (2) Der Arzt erklärt sich mit seiner Teilnahmeerklärung mit der Veröffentlichung der folgenden Daten im Leistungserbringerverzeichnis (abgestimmtes Format, siehe Anlage 7) unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen einverstanden:
 - Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbracht werden,
 - lebenslange Arzt- und Betriebsstättennummer und

- angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen und
 - Berechtigungen im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2.
- (3) Die AOK BW führt ein Verzeichnis der nach § 4 Abs. 2 teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Verzeichnis wird der KVBW auf Anforderung in elektronischer Form (z.B. als Excel-Datei) zur Information der an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzte zur Verfügung gestellt.
- (4) Die AOK BW stellt die Verzeichnisse nach Abs. 1 und 3 entsprechend den Anlagen 7 (Ärzteverzeichnis) und 8 (Verzeichnis stationärer Leistungserbringer) dem BAS in aktualisierter Form alle 5 Jahre sowie dem Landesprüfdienst auf Anforderung zur Verfügung.
- (5) Weiterhin werden diese Verzeichnisse auf Anforderung folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
1. am Programm teilnehmenden Vertragsärzten und
 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der AOKs, insbesondere bei Neueinschreibung.
- Das Verzeichnis ist vollständig zur Verfügung zu stellen. Eine Einschränkung auf die innerhalb eines Landkreises teilnehmenden Ärzte ist zulässig. Die freie Arztwahl darf nicht beeinflusst werden.
- (6) Ein Auszug (Kontaktdaten der an DMP teilnehmenden Ärzte, Versorgungsebene und Berechtigungen) aus dem Verzeichnis der Leistungserbringer kann von den Vertragspartnern zu Informationszwecken auch im Internet auf den jeweiligen Internetseiten veröffentlicht werden, soweit die Zustimmung des Arztes zur Internetveröffentlichung vorliegt.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 2

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der jeweils gültigen Anlage 1 der DMP-A-RL definiert. Die Inhalte entsprechen den Anforderungen nach Anlage 1 der DMP-A-RL und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieser Vereinbarung (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Der an der Vereinbarung teilnehmende Arzt ist zur Beachtung dieser Versorgungsinhalte verpflichtet. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, hat der anstellende Arzt für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der Anlage 1 der DMP-A-RL Sorge zu tragen. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Bei Vorliegen weiterer Diagnosen, für die medizinische und strukturelle Inhalte in der DMP-A-RL beschrieben und von den Vertragspartnern vertraglich umgesetzt worden sind, sollen diese in Abstimmung mit den Patienten, auch wenn sie nicht in ein entsprechendes DMP eingeschrieben sind, beachtet werden.

Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 10 Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die gemäß der Anlage 4 (Qualitätssicherung) genannten Ziele, die nach den fixierten Indikatoren der Dokumentationsdaten nach § 137f Abs. 2, Satz 2 Nr. 5 SGB V einzubeziehen sind. Hierzu gehören insbesondere die:

1. Beachtung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen)
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
3. Einhaltung der Strukturqualität (Anlage 2) sowie der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß der Anlage 1 der DMP-A-RL
4. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß der Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL
5. Aktive Teilnahme der Versicherten

§ 11 Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 die Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 4 (Qualitätssicherung) zur Erreichung der Ziele zugrunde zu legen. Über die Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 25.
- (2) Zu den Maßnahmen entsprechend § 2 DMP-A-RL gehören insbesondere:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungenfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
 2. strukturierter Feedbackbericht auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten an die DMP-Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle,
 3. dazu kann auch die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln gehören,
 4. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 5. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.

§ 12 Durchführung der Qualitätssicherung

- (1) Die Datenstelle gemäß § 24 sichert mit der Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität die Qualität der Dokumentation und übernimmt mit der Nachforderung fehlender oder unplausibler Dokumentationsdaten eine Erinnerungsfunktion gegenüber den dokumentierenden DMP-Ärzten.

- (2) Die Gemeinsame Einrichtung nach § 25 wertet die ihr gemäß § 24 Abs. 2 übermittelten Dokumentationsdaten nach Maßgabe der Anlage 4 (Qualitätssicherung) arztbezogen aus und informiert die DMP-Ärzte. Die Auswertungen sollen auch Informationen über eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie ermöglichen.

Die AOK BW

1. erinnert die eingeschriebenen Versicherten schriftlich oder elektronisch an notwendige Nachsorge- und Behandlungstermine, wenn der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme aufgrund der von der Datenstelle gemäß § 24 an die AOK BW gemeldeten Daten fehlt,
2. berichtet der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 25 in regelmäßigen Abständen über die Ergebnisse der Erinnerungsmaßnahmen und berücksichtigt die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Maßnahmen,
3. berät die Versicherten zu Maßnahmen nach § 28.

(3) Die KVBW

1. wertet die ihr gemäß § 24 Abs. 2 übermittelten Dokumentationsdaten arztbezogen aus und setzt daraus resultierende arztindividuelle Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungsqualität um,
2. wird von der Gemeinsamen Einrichtung über die Auswertung und den Versand nach Abs. 2 informiert,
3. berichtet der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 25 in regelmäßigen Abständen über diese Qualitätssicherung und berücksichtigt die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung.

- (4) Zur Auswertung der in Anlage 4 (Qualitätssicherung) fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL einzubeziehen. Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 4 Teil 1 (Qualitätssicherung) und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 13 Fortbildung der Ärzte

- (1) Die Vertragspartner informieren die teilnahmeberechtigten Ärzte gemäß § 3 und diabetologisch spezialisierte Ärzte nach § 4 Abs. 1 bzw. Anlage 2 umfassend über Ziele und Inhalte der DMP. Die zu verwendenden Informationsmaterialien stimmen die Vertragspartner in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 ab.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen bei den DMP-Ärzten gemäß § 3 und den diabetologisch spezialisierten Vertragsärzten nach § 4 Abs. 1 bzw. Anlage 2 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab.
- (3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVBW nachzuweisen.
- (4) Die Vertragspartner definieren nach Beratung in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 bedarfsorientiert Anforderungen an die für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Ärzte.
- (5) Die Fortbildungsmaßnahmen erfolgen gemäß den Inhalten der jeweils gültigen Fassung der DMP-A-RL.

§ 14 Vertragsmaßnahmen

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannt gewordene Vertragsverstöße der DMP-Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.
- (2) Verletzen die teilnehmenden Ärzte die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen, erfolgen im Einzelfall die nachstehenden Maßnahmen:
 1. keine Vergütung für unvollständige, unplausible oder nicht fristgerecht übermittelte Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
 2. Aufforderung durch die KVBW zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen, ggf. Angebot eines Beratungsgespräches durch die KVBW (z.B. bei fortgesetzter nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL),
 3. bei weiteren nachgewiesenen Verletzungen der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen, auf begründeten Antrag eines Vertragspartners, Widerruf der Teilnahmegenehmigung des Arztes durch die KVBW (Ausschluss).

Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 15 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte gemäß § 2 können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß den Bestimmungen dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 1, Nummer 3 der DMP-A-RL erfüllt sind:
 1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Anlage 1, Nummer 1.2 der DMP-A-RL oder einer bereits vorliegenden Therapie mit diabetesspezifischen, glukosesenkenden Medikamenten gemäß Nummer 3.2 der Anlage 1 DMP-A-RL. Die Erfüllung der Voraussetzung(en) wird durch den koordinierenden Vertragsarzt/Einrichtung auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten schriftlich oder elektronisch bestätigt,
 2. die schriftliche oder elektronische Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten und
 3. die schriftlichen oder elektronischen Informationen des Versicherten über
 - - die Programminhalte,
 - - die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung ihrer Daten sowie die Dauer der Aufbewahrung, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die AOK BW übermittelt werden und von ihr im Rahmen der Vereinbarung des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
 - - die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele,
 - - die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme,
 - - die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung,
 - - seine Mitwirkungspflichten sowie

- - das Ende der Teilnahme an dem Programm bei fehlender Mitwirkung.
4. der Versicherte kann in Hinblick auf die in Nummer 1.3.1 der Anlage 1 der DMP-A-RL genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken.
 5. der Versicherte ist grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit und
 6. die Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung durch die intensivierete Betreuung ist zu erwarten.
- (2) Patienten können darüber hinaus in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn gemäß der Anlage 1 der DMP-A-RL, Nummer 3.2 (Spezielle Teilnahmevoraussetzung) eine Therapie mit diabetesspezifischen, glukosesenkenden Medikamenten bereits vorliegt.
 - (3) Patientinnen mit Gestationsdiabetes werden nicht in dieses DMP aufgenommen.
 - (4) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.
 - (5) Wenn der Versicherte an mehreren in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er bei Erfüllung der Einschreibekriterien an den verschiedenen strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen.

§ 16 Information und Einschreibung

- (1) Die AOK BW informiert ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch eine Patienteninformation über das DMP. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) DMP-Ärzte informieren entsprechend § 24 Abs.1 Nr. 3 RSAV die nach § 15 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Der DMP-Arzt kann dabei auf die Möglichkeit der Einschreibung bei der AOK BW nach Abs. 5 verweisen. Die Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17 bei einem DMP-Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17, folgende Unterlagen notwendig:
 - die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i.V.m. der Anlage 8 DMP-A-RL durch den behandelnden DMP-Arzt,
 - auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die schriftliche oder elektronische Bestätigung, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der DMP-Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen DMP-Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte DMP-Arzt nach § 3 an der Vereinbarung teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 24 weiterleitet. Die AOK BW stellt sicher, dass der Versicherte sich nicht zeitgleich bei mehreren DMP-Ärzten für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 einschreibt.
- (5) Der Versicherte kann sich auch bei der AOK BW in das DMP einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der AOK BW an seinen behandelnden DMP- Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und weitergeleitet werden.

- (6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 vorliegen, bestätigt die AOK BW dem Versicherten schriftlich oder elektronisch und dem DMP-Arzt schriftlich die Teilnahme an dem DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.

§ 17

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

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

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

§ 18

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP wird, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch die AOK BW gemäß § 16 Abs. 6 mit dem Tag wirksam, an dem das letzte Dokument entsprechend § 16 Abs. 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber der AOK BW kündigen. Sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, scheidet er mit dem Tag des Zugangs der Kündigungserklärung bei der AOK BW aus dem DMP aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Tag
- der Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 - des Kassenwechsels (Ausnahme: Liegt eine Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zur AOK vor, die sich über nicht mehr als sechs Monate erstreckt, kann seine Teilnahme am Programm aufgrund einer Folgedokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL fortgesetzt werden. Während der Unterbrechungszeit gilt § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV entsprechend),
 - der letzten gültigen Dokumentation bei Wegfall der Einschreibe-/ Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV,
 - an dem der Versicherte die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt,
 - er innerhalb von zwölf Monaten zwei der veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat,
 - oder wenn zwei aufeinanderfolgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist vollständig und plausibel übermittelt worden sind.
 - des Zugangs bei Widerruf der Einwilligungserklärung bei ihrer zuständigen AOK.
- (4) Die AOK BW informiert den Versicherten, den DMP-Arzt und die Datenstelle gemäß § 24 unverzüglich schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.
- (5) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 15 vorliegen.

§ 19 Wechsel des DMP-Arztes

Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP-Arzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte DMP-Arzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL und sendet diese innerhalb der in § 3 Abs. 5 Nr. 3 genannten Frist an die Datenstelle gemäß § 24. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines DMP-Arztes.

§ 20 Versichertenverzeichnis

Die AOK BW übermittelt der KVBW bei Bedarf in elektronischer Form eine Liste mit den Krankenversicherernummern für die gemäß § 15 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

§ 21 Information und Schulung der Versicherten

- (1) Die AOK BW informiert gemäß der Anlage 5b (Patienteninformation) ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP sowie über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung ihrer Daten sowie die Dauer der Aufbewahrung Anlage 5c (Datenschutzinformation) seiner Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln und die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm. Schulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen.
- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur evidenzbasierten Arzneimitteltherapie gemäß § 9 einzubeziehen. Weiterhin sind die medizinischen Inhalte der DMP-A-RL einzubeziehen. Zudem muss bei den Schulungen auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.
- (4) Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in Anlage 6 (Schulung der Versicherten) genannten Schulungsprogramme eingesetzt. Diese Schulungsprogramme sind ausnahmslos DMP-A-RL-konform und vom BAS akkreditiert. Dabei wird in den Schulungsprogrammen auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet.
- (5) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte, die gemäß der Anlage 6 Nummer 2 hierzu befähigt sind. Die Überprüfung der Schulungsberechtigung erfolgt entsprechend § 6 Abs. 2.

Abschnitt VI Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung

§ 22 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

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

§ 23 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 Nr. 1c RSAV die Aufgaben, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL zu pseudonymisieren und sie an die KVBW und die nach § 2 gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 4 weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 24 mit der Durchführung der in Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 24 Datenstelle

- (1) Die Vertragspartner verständigen sich über eine Datenstelle.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 22 beauftragt die Datenstelle zur:
 1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Dokumentationsdaten,
 3. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL,
 4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung nach § 25 und die KVBW.
- (3) Die AOK BW beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität, Verarbeitung und Archivierung der DMP-Versicherten-Teilnahmeerklärungen und Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Dokumentationsdaten,
 3. Elektronische Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL unmittelbar an die AOK BW.
- (4) Der DMP-Arzt beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen.
- (5) Zur Erfüllung der in Absatz 4 genannten Aufgaben genehmigt der DMP-Arzt mit seiner Unterschrift auf dem Antrag nach § 5 die mit der Datenstelle geschlossenen Verträge.
- (6) Das Nähere zu den Absätzen 2 und 3 wird mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X, die Bestandteil dieser Vereinbarung sind, geregelt. Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich darauf, dass die Gemeinsame Einrichtung die Datenstelle zu einem späteren

Zeitpunkt mit weiteren zu bestimmenden Aufgaben der Datenaufbereitung beauftragen kann. Wird eine entsprechende Beauftragung vorgenommen, ist der hierzu nach Art. 28 D-GVO i.V.m. § 80 SGB X erforderliche Vertrag dem BAS unverzüglich zu übermitteln.

§ 25

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

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

§ 26

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die Qualitätssicherung des Programmablaufs zur Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele durchzuführen. Dies umfasst insbesondere:
 1. die Aufbereitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL in einer für die Verlaufsbetrachtung des Programms geeigneten Form;
 2. die regelmäßige Evaluation der Umsetzung der Vereinbarung anhand der nach Nr. 1 aufbereiteten Daten insbesondere unter der Fragestellung, ob
 - die Dokumentationsqualität ausreichend ist,
 - die Anforderungen an die Behandlung von den teilnehmenden Ärzten beachtet werden,
 - die aktive Teilnahme der Versicherten ausreicht;
 3. die Entgegennahme der regelmäßigen Berichte der KVBW über die Ergebnisse der arztbezogenen Qualitätssicherung gem. § 12 Abs. 4 sowie der AOK BW über die Ergebnisse der versichertenbezogenen Erinnerungsmaßnahmen gemäß § 12 Abs. 3 in pseudonymisierter summarischer Darstellung;
 4. die versichertenbezogene Pseudonymisierung des Arztbezuges und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation gemäß § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i.V.m. § 6 DMP-A-RL;
 5. die Formulierung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Erinnerungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen.
- (2) Darüber hinaus obliegt der Gemeinsamen Einrichtung die Beschlussfassung zur Verwendung von bewerteten Leistungsdaten der AOK BW ohne Versichertenbezug für weitere Auswertungen, insbesondere zu individuellen medizinischen Auffälligkeiten. Die AOK BW stellt die hierzu erforderlichen Daten, soweit verfügbar, bereit.
- (3) Die Partner der Gemeinsamen Einrichtung stimmen schriftliche oder elektronische Unterlagen
 1. zur Information der Versicherten nach §§ 16 Abs. 1, 21 Abs. 1 und 28 Abs. 1 Nr. 3,
 2. für Erinnerungsmaßnahmen nach § 12 Abs. 3,
 3. zur Information der Ärzte nach § 13 Abs. 1,zu dieser Vereinbarung ab.

Abschnitt VII **Datenfluss und Datenverwendung**

§ 27 **Erst- und Folgedokumentation**

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung, die Schulung der Versicherten und Ärzte und die Evaluation genutzt. Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Der DMP-Arzt legt in seinen Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL unter Berücksichtigung der Ausprägung des Diabetes mellitus Typ 2 fest, welches Dokumentationsintervall (pro Quartal/jedes zweite Quartal) für den jeweilig eingeschriebenen Versicherten maßgeblich ist.
- (3) Ein halbjährliches Dokumentationsintervall wird empfohlen für Patienten, deren Hypertonus stabil eingestellt ist und bei denen keine der nachfolgend aufgeführten Begleit- und/oder Folgeerkrankungen vorliegen:

KHK, Schlaganfall, pAVK, diab. Nephropathie, diab. Niereninsuffizienz, diab. Retinopathie/Blindheit, diab. Neuropathie, diab. Fuß/Amputation.

§ 28 **Datenverwendung**

- (1) Die nach § 24 Abs. 3 an die AOK BW weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL werden von der AOK BW nur für folgende Zwecke genutzt:
 1. Schriftliche oder elektronische Information von Versicherten nach §§ 16 Abs 1 und 21 Abs. 1,
 2. Schriftliche oder elektronische Information von Versicherten nach § 12 Abs. 3 zur Erinnerung an die Wahrnehmung notwendiger Termine bei Ausbleiben der Folgedokumentation,
 3. ergänzende Information der Versicherten über die Krankheit und deren Zusammenhänge und Folgen sowie für Beratungs- und Schulungsangebote gemäß Abs. 2,
 4. Beendigung der Teilnahme gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 der RSAV.
- (2) Die Maßnahmen nach Absatz 1 erfolgen unter Beachtung folgender Regelungen:
 1. Maßnahmen der AOK BW ohne Benehmenserstellung mit dem DMP-Arzt:
 - allgemeine Information (Broschüren) über Diabetes mellitus bzw. Begleiterkrankungen
 - Gesundheitsangebote der AOK BW (z.B. zu Ernährung und Bewegung, sowie Raucherentwöhnung)
 - Beendigung der Teilnahme gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 der RSAV
 - Erinnerung an einen Arztbesuch

2. Maßnahmen der AOK BW im Benehmen mit dem DMP-Arzt

- Angebot einer Patientenschulung oder (modularer) Nachschulung, z.B. Diabetes mellitus oder Hypertonie
 - Erstellung eines Rehabilitationsplanes nach dem SGB IX
 - Angebot einer individuellen Beratung über weitere Leistungen der AOK BW unter Berücksichtigung des häuslichen Umfelds
 - Angebot zur psychosozialen Betreuung
- (3) Die Regelungen zur Datenverwendung gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des DMP bis zum Ende der in § 30 genannten Aufbewahrungsfrist.
- (4) Der teilnehmende Versicherte wird durch das Aushändigen einer Mehrfertigung der erstellten Dokumentation durch seinen behandelnden DMP-Arzt über die übermittelten Befunddaten informiert.

§ 29 Datenzugang

Zugang zu den an die Arbeitsgemeinschaft oder Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders autorisiert sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet. Gleiches gilt für den Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, die KVBW und die AOK BW übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten.

§ 30 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des DMP übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Datensätze der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL werden von der Datenstelle gemäß der jeweils gültigen DMP-A-RL zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGBV archiviert bzw. vernichtet. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gem. § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gem. § 5 Abs. 2a DMP-A-RL. Gleiches gilt für Daten, die an die Gemeinsame Einrichtung, die KVBW und die AOK BW übermittelt werden. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung der Vereinbarung.

Abschnitt VIII Evaluation

§ 31 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 DMP-A-RL.
- (2) Die zur Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von der AOK BW (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie von der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Abschnitt IX Vergütung und Abrechnung

§ 32 Vertragsärztliche Leistungen und Sondervergütungen

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

Abschnitt X Sonstige Bestimmungen

§ 33 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die Datenübermittlung nach § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V erfolgt gemäß den dazu getroffenen Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den elektronischen Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die für Prüfzwecke im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ggf. angeforderten Unterlagen werden von den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.

§ 34 Haftung

Eine Haftung der KVBW für etwaige der AOK BW im Rahmen des Risikostrukturausgleichs entstehende Nachteile ist ausgeschlossen.

§ 35 Laufzeit und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2023 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung vom 01.01.2021. Ein erneuter Antrag der Ärzte auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung bzw. eine erneute Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig. Die Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-ARRL in der jeweils gültigen Fassung oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden.
- (3) Bei einer Wiederezulassung gelten die im Rahmen der ersten Akkreditierung abgegebenen Erklärungen ebenfalls weiter. Ein erneuter Antrag der Ärzte auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung bzw. eine erneute Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) 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 die Vereinbarung von jedem Vertragspartner mit einer Frist von zwei Wochen zum Monatsende gekündigt werden. Die Vertragspartner prüfen, ob eine Anschlussregelung getroffen werden kann.

§ 36 Salvatorische Klausel

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

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

Anlage 2

Teilnehmende und mitwirkende Fachärzte und Einrichtungen

1. Strukturqualität Ärzte

Teilnahmeberechtigt für den diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor gem.

§ 4 Abs. 1 dieser Vereinbarung sind Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und die nachfolgenden Voraussetzungen persönlich oder durch angestellte Ärzte in jeder für das DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllen. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für das DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
Fachliche Voraussetzungen des diabetologisch qualifizierten Arztes	<p>Ärzte, die</p> <ul style="list-style-type: none">▪ die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie oder Diabetologie (nach Einführung durch LÄK) besitzenoder▪ die Anerkennung als Diabetologe DDG besitzenoder▪ die Zusatzbezeichnung Diabetologie der Landesärztekammer erworben habenoder▪ berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung „Arzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“ nach Kammerrecht zu führenoder▪ das 80-stündige Curriculum (Klinische Diabetologie) der DDG <u>und</u> eine mindestens 2-jährige internistische Weiterbildung mit mindestens einjähriger Tätigkeit in einer Diabetesklinik oder einer anerkannten Einrichtung¹ nachweisen <p><u>ferner</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Information durch das Praxismanual zu Beginn der Teilnahme▪ Teilnahme mindestens einmal jährlich an einer diabetesspezifischen zertifizierten Fortbildung▪ Teilnahme an einem diabetesspezifischem Qualitätszirkel <p>Darüber hinaus sind Ärzte, die an der Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordbaden,</p>

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

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
	<p>Nordwürttemberg, Südbaden, Südwürttemberg vom 05.08.2003 teilgenommen haben, weiterhin nach den Regelungen dieser Verträge berechtigt, am diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor des vorliegenden Vertrages teilzunehmen, sofern sie die Glukosemessung nach der „BÄK-Richtlinie zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ durchführen und Diabetiker betreuen. Ebenso ist Satz 2 der Nummer 2 der Anlage 6 „Schulung der Versicherten“ zu beachten.</p>
<p>Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beschäftigung / Kooperation mit eines/r Diabetesberaters/in DDG oder vergleichbaren Qualifikation in Vollzeit bzw. in Teilzeit in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang der Arbeitszeit einer Vollzeitstelle entspricht ▪ Als vergleichbare Qualifikation gilt eine mindestens zweijährige Tätigkeit als Diabetesassistent/in in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis/Einrichtung <p><u>und</u></p> <p>Fortbildungsnachweis über Insuline und Insulin-Dosisanpassung (bzw. intensivierete Insulintherapie) oder Fortbildungsnachweis, dass Patientenschulungen in intensivierter Insulintherapie durchgeführt werden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen ▪ Als mit einem/r Diabetesassistent/in vergleichbare Ausbildung gilt die Teilnahme an 150 Unterrichtsstunden Theorie und 40 Stunden Hospitation in einem diabetesspezifischen Arbeitsbereich ▪ Beschäftigung / Kooperation mit: <ul style="list-style-type: none"> ▪ einem/r Oecothrophologen/in oder Diätassistenten/in ▪ einem/r medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen
<p>Apparative Ausstattung der Praxen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Blutdruckmessung nach internationalen Empfehlungen² ▪ 24 Stunden-Blutdruckmessung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards) ▪ Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nasschemischen Blutglukosebestimmung³ und HbA1c-Messung⁴, ▪ EKG ▪ Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u.a. Doppler-Sonde 8-10 MHz)^{4/5}, Sonographie^{4/5}, Doppler- oder

² Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in den Tragenden Gründen zum Beschluss der Änderung der DMP-A-RL vom 21.01.2016: Änderung der Anlage 1 (DMP Diabetes mellitus Typ 2) und Änderung der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation)

³ gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

⁴ kann auch als Auftragsleistung vergeben werden

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
	Duplexsonographie ^{4/5} <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="539 297 1181 365">▪ Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

2. Strukturqualität einer auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierten Einrichtung

2.1 Ärzte, die an der Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordbaden, Nordwürttemberg, Südbaden, Südwürttemberg vom 29.04.2003 teilgenommen haben und zukünftig einen standardisierten Fußfassungsbogen, z.B. der DDG einsetzen, sind weiterhin nach den Regelungen dieser Verträge berechtigt, am diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor des vorliegenden Vertrages teilzunehmen.

2.2 Für alle übrigen Ärzte gelten die nachfolgenden Regelungen:
 Diabetologisch qualifizierte Ärzte im Sinne der Ziffer 1 "Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor" oder entsprechend qualifizierte, ermächtigte Ärzte, die folgende Voraussetzungen erfüllen:
Zusammenarbeit / Kooperation mit folgenden Fachdisziplinen und –berufen (soweit nicht durch die eigene Fach- bzw. Facharztqualifikation abgedeckt), z.B.

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

In der Prozessqualität sind folgende Standards einzuhalten:

- standardisierte Befunderhebung⁷ und standardisierte Dokumentation des Behandlungsverlaufes
- mindestens einmal jährlich Teilnahme an einem Qualitätszirkel der in der Behandlung des diabetischen Fußes einbezogenen Leistungserbringer
- Verbesserung der Stoffwechseleinstellung durch den Diabetologen

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

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

Notwendige (apparative) Ausstattung:

- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der peripheren Neuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)
- Doppler- oder Duplexsonographie⁸
- Behandlungstuhl mit ausreichender Lichtquelle
- Photodokumentation
- Voraussetzungen für entsprechende hygienische Maßnahmen (z.B. geprüfter Sterilisator, OP-Kleidung, Desinfektionsplan, Hygieneplan)
- Entlastungsschuhe; orthopädische Orthesen, Unterarmstützen

Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal:

- geschultes medizinisches Assistenzpersonal insbesondere mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung/Wundmanagement
- alle zwei Jahre Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen
- Beschäftigung/Kooperation mit mindestens eines Diabetesberaters/einer Diabetesberaterin mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung in Vollzeit bzw. in Teilzeit in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang der Arbeitszeit einer Vollzeitstelle entspricht

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

Ein- oder zweijährliche, ophthalmologische Kontrolle	Facharzt für Augenheilkunde
Spezialisierte Hypertoniebehandlung bzw. Hypertoniediagnostik	Fachärztlicher Internist
Nephrologische Behandlung	<ul style="list-style-type: none">▪ Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Nephrologie oder▪ Ärzte, die in einer Praxis mit einem Versorgungsauftrag gem. Anlage 9.1 BMVÄ tätig sind.

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

Anlage 4

Teilnehmende und mitwirkende Fachärzte und Einrichtungen

QUALITÄTSSICHERUNG DIABETES MELLITUS TYP 2 **Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL** (gültig ab 01.10.2022)

Teil 1

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

Teil 2

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

Anm.:

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen „(AD)“ auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 8. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf 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
<p>1. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird</p>	<p>Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> größer gleich 60%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 20 ISD (HbA1c-Zielwert) = „Zielwert erreicht“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit größer gleich 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information durch das Feedback</p>

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
2. Niedriger Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5%	<p>Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5% (69mmol/mol), bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> kleiner gleich 10%</p> <p><i>optional zusätzlich: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem HbA1c von größer als 8,5% an allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer</i></p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 ISD: (HbA1c-Wert) a) größer als 8,5% (69 mmol/mol) b) größer als 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> <p>Gleichzeitig Angabe von jeweiligem Mittelwert und Median des HbA1c-Werts</p> <p><i>Wie oben, jedoch Darstellung jeweils aller Dokumentationen gleicher Teilnahmedauer vergleichend nach Teilnahmedauer im zeitlichen Verlauf des DMP.</i></p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
3. Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit schwerer hypoglykämischer Stoffwechsellage	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> kleiner 1%</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></p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback mit Nennung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien und Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts ¹

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit größer gleich 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP		
4. Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit notfallmäßiger stationärer Behandlung wegen Diabetes mellitus Typ 2	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes mellitus, in den letzten 6 Monaten bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> kleiner 1 %	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 8 ISD (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation) größer 0 während der letzten 6 Monate <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit größer gleich 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback mit Nennung der Teilnehmer mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes und Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts ²
5. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Blutdruck < 140/90 mmHg bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit bekannter Hypertonie	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Blutdruckwerten kleiner gleich 139 mmHg systolisch und kleiner gleich 89mmHg diastolisch bei bekannter Hypertonie an allen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie <u>Zielwert:</u> <i>größer gleich 45 %</i> <i>optional zusätzlich:</i> <i>Anteil normotoner Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Blutdruckwerte kleiner gleich 139 mmHg syst. und kleiner gleich 89mmHg diast.) unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit bekannter arterieller</i>	<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 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“ <i>Wie oben, jedoch Darstellung jeweils aller Dokumentationen gleicher Teilnahmedauer vergleichend nach Teilnahmedauer im zeitlichen Verlauf des DMP.</i>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<p><i>Hypertonie mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer</i></p> <p><u>Zielwert:</u> größer gleich 45%</p>			
6. Niedriger Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem systolischen Blutdruck größer als 150mmHg	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit systolischem Blutdruck größer als 150mmHg, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie</p> <p><u>Zielwert:</u> kleiner gleich 15%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch größer 150 mmHg</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = "Arterielle Hypertonie"</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
7. Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer	a) Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Diabetes, die an einer empfohlenen Diabetes-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<p>a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulung(en) wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraum</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit:</p> <p>[Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulung(en) wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 18 ISD (Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)) = „Diabetes-</p>	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 Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt</p>	<p>Schulung“ innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND NICHT Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulung(en) wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation]]</p> <p>{ UND NICHT Feld 18a (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) = „Diabetes Schulung“ }¹</p> <p><u>b) Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulung(en) wahrgenommen) Empfohlene Hypertonie-Schulungen wahrgenommen) = „Ja“ g“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: [Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulung(en) wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums</p>		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		<p>ODER</p> <p>[Feld 18 ISD (Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)) = Hypertonie -Schulung“ innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND NICHT Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulung(en) wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation]] { UND NICHT Feld 18a (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) = „Hypertonie-Schulung“ } ¹</p> <p>UND Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“</p> <p><i>{ }¹ Liegt keine Angabe zu Feld 18a (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) vor, gilt der Patient als ungeschult und wird nicht aus dem Nenner ausgeschlossen. Dies wird so gewertet, als wäre die Angabe „Keine“ in Feld 18a (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits 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)</i></p>		
8. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Fußläsionen mit	<u>Zähler:</u>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
Teilnehmern mit Fußläsionen mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulzera (mit oder ohne Wundinfektion, mit oder ohne Ischämie), bei denen eine Behandlung in einer für das diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung erfolgt oder veranlasst wurde	<p>oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulzera (mit oder ohne Wundinfektion, mit oder ohne Ischämie), bei denen eine Behandlung/Mitbehandlung in einer für das diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung erfolgt oder veranlasst wurde</p> <p><u>Zielwert:</u> größer gleich 65%</p>	<p>Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = "4. Ulkus: tief" sowie Angabe in Feld 22 ISD (Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung) = „Ja“ oder „Veranlasst“</p> <p><u>ODER</u></p> <p>Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = "4. Ulkus: oberflächlich" UND mit Feld 3 ISD (Fußstatus) „1. Pulsstatus: auffällig“ sowie Angabe in Feld 22 ISD (Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung) = „Ja“ oder Veranlasst“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Teilnahmedauer größer gleich 6 Monate</p>	Feedbackbericht erfasst	
9. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit jährlicher Bestimmung der eGFR bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</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 Teilnehmer mit Teilnahmedauer größer gleich 12 Monate</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
10. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikation und ohne</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 13 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „Ja“</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	Antikoagulation mit AVK, KHK oder Schlaganfall <u>Zielwert:</u> größer gleich 80%	<u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „AVK“ UND/ODER „KHK“] UND/ODER [Feld 5 ISD (Relevante Ereignisse) = „Schlaganfall“ UND/ODER „Herzinfarkt“ UND NICHT [Feld 13 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „Kontraindikation“ UND / ODER „Orale Antikoagulation“		
11. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen mindestens 1x jährlich der Fußstatus komplett untersucht wurde	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die mindestens 1x jährlich eine komplette Untersuchung des Fußstatus erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer Zielwert: größer gleich 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Angaben in Feld 3 ISD (Fußstatus) in den letzten 12 Monaten [[1. Pulsstatus: „unauffällig“ ODER „auffällig“] UND [2. Sensibilitätsprüfung: „unauffällig ODER auffällig“] UND [3. weiteres Risiko für Ulcus: „Fußdeformität“ ODER „Hyperkeratose mit Einblutung“ ODER „Z. n. Ulkus“ ODER „Z .n. Amputation“ ODER „ ja“ ODER „nein“] UND [4. Ulkus: „oberflächlich“ ODER „tief“ ODER „nein“] UND [5. (Wund)Infektion: „ja“ ODER „nein“] <u>Nenner:</u>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer		
12. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Ulkus, bei denen der Pulsstatus untersucht wurde	Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem Ulkus, bei denen gleichzeitig der Pulsstatus untersucht wurde, an allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem Ulkus Zielwert: größer gleich 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = 4. Ulkus: „oberflächlich“ ODER „tief“ UND mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Auffällig“ oder „Unauffällig“ <u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = 4. Ulkus: „Oberflächlich“ ODER „Tief“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
13. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, mit Neuropathie bei denen angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festgelegt wurden	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festgelegt wurden, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Neuropathie <u>Zielwert:</u> größer gleich 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Alter größer gleich 18 Jahre UND Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Unauffällig“ UND 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nein“ UND Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 6 Monate“ ODER Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Unauffällig“ UND 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nein“ UND	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		<p>Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“ ODER</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Auffällig“ UND 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nein“ ODER „Nicht untersucht“ UND</p> <p>Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“ ODER</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) = 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. weiteres Risiko für Ulkus: nicht gleich „Nein“ UND nicht gleich „nicht untersucht“ UND</p> <p>Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“ ODER</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Nicht untersucht“ UND 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nein“ UND</p> <p>Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“ ODER „alle 6 Monate“ ODER</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Nicht untersucht“ UND 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND</p>		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		<p>3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nicht untersucht“ UND Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“ ODER „alle 6 Monate“</p> <p>ODER</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Unauffällig“ UND 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. Weiteres Risiko für Ulkus: „nicht untersucht“ UND Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“ ODER „alle 6 Monate“</p> <p><u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmer mit: Alter größer gleich 18 Jahre UND Feld 3 ISD (Fußstatus) = 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 4. Ulkus: „Nein“ UND 5. (Wund)Infektion: „Nein“</p>		
<p>14. a) Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei einer Monotherapie mit einem Antidiabetikum Metformin erhalten</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Metformin erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer unter Monotherapie mit einem Antidiabetikum</p> <p><u>Zielwerte:</u> größer gleich 70%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 11 ISD (Metformin) = „Ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [Feld 11 ISD (Metformin) =“Ja“ UND Feld 12 ISD (Sonst. antidiabetische Medikation) =“Nein“ UND [Feld 12b ISD (GLP-1-Rezeptoragonist) = “Nein“ oder „Kontraindikation“]</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		<p>UND [Feld 12a ISD (SGLT2-Inhibitor) = "Nein" oder „Kontraindikation“]]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 11 ISD (Metformin) =“Nein“ UND Feld 12 ISD (Sonst. antidiabetische Medikation) =“Ja“ UND [Feld 12b ISD (GLP-1- Rezeptoragonist) = “Nein“ oder „Kontraindikation“] UND [Feld 12a ISD (SGLT2-Inhibitor) = "Nein" oder „Kontraindikation“]]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 11 ISD (Metformin) =“Nein“ UND Feld 12 ISD (Sonst. antidiabetische Medikation) =“Nein“ UND Feld 12b ISD (GLP-1-Rezeptoragonist) = “Ja“ UND [Feld 12a ISD (SGLT2-Inhibitor) = "Nein" oder „Kontraindikation“]]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 11 ISD (Metformin) =“Nein“ UND Feld 12 ISD (Sonst. antidiabetische Medikation) =“Nein“ UND [Feld 12b ISD (GLP-1- Rezeptoragonist) = “Nein“ oder „Kontraindikation“]]</p>		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		UND Feld 12a ISD (SGLT2-Inhibitor) = „Ja“] UND NICHT [Feld 9 ISD (Insulin oder Insulin-Analoga) = „Ja“ ODER Feld 11 ISD (Metformin) = „Kontraindikation“]		
14. b) Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit KHK, Herzinfarkt, chronischer Herzinsuffizienz, Schlaganfall oder eGFR kleiner 60 ml/min/1,73m ² KOF, die eine Kombinationstherapie aus Metformin plus einem SGLT2-Inhibitor oder einem GLP-1-Rezeptoragonisten erhalten	Nur Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit KHK, Herzinfarkt, chronischer Herzinsuffizienz, Schlaganfall oder eGFR kleiner 60 ml/min/1,73m ² KOF: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Kombinationstherapie aus Metformin plus einem SGLT2-Inhibitor oder einem GLP-1-Rezeptoragonisten erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikationen gegen Metformin oder SGLT2-Inhibitor und GLP-1-Rezeptoragonist Zielwert: größer gleich 60%	<u>Zähler:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [Feld 11 ISD (Metformin) = „Ja“ UND Feld 12a ISD (SGLT2-Inhibitor)= „Ja“] ODER [Feld 11 ISD (Metformin) = „Ja“ UND Feld 12b (GLP-1-Rezeptoragonisten) = „Ja“] <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „KHK“ ODER „chronische Herzinsuffizienz“ ODER mit Feld 5 ISD (Relevante Ereignisse) = „Herzinfarkt“ ODER „Schlaganfall“ ODER Feld 2a ISD (eGFR) kleiner 60 ml/min/1,73m ² KOF		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		UND NICHT [Feld 11 ISD (Metformin) = „Kontraindikation“ ODER [Feld 12a ISD (SGLT2-Inhibitor) = „Kontraindikation“ UND Feld 12b ISD (GLP-1- Rezeptoragonisten) = „Kontraindikation“]]		
15. Hoher Anteil an regelmäßigen augenärztlichen Untersuchungen	Anteil der in den letzten 24 Monaten augenärztlich untersuchten Teilnehmerinnen und Teilnehmern, 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 21 ISD (Ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit der letzten Dokumentation)) = „Durchgeführt“ in den letzten 24 Monaten <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Teilnahmedauer größer gleich 24 Monate	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Vermeidung schwerer Stoffwechsellstörungen: Hypoglykämien	entfällt	entfällt	Wenn Angabe in Feld 6 (ISD) größer gleich 2	V: Basis-Information über Diabetes und Diabetes-Symptome, Hypo- und Hyperglykämie, Möglichkeiten der Einflussnahme durch den Versicherten; maximal einmal pro Jahr
II. Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	entfällt	entfällt	Wenn Feld 17 (AD) (Begleiterkrankung) erstmalig = „arterielle Hypertonie“ und/oder wenn Feld 15 (AD) (Blutdruck) größer 139mmHg syst. oder größer 89mmHg diast. in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen bei Patienten mit bekannter Begleiterkrankung „arterielle Hypertonie“	V: Infos über die Problematik der Hypertonie beim Diabetiker und seine Einflussmöglichkeiten (Blutdruckbroschüre), maximal einmal pro Jahr

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
III. Hoher Anteil an augenärztlichen Untersuchungen	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 21 (ISD) (ophthalmologische Netzhautuntersuchung) nicht mindestens einmal in 24 Monaten „durchgeführt“ oder „veranlasst“ angegeben ist	V: Infos über Diabetes-Komplikationen und Folgeschäden am Auge, Notwendigkeit einer regelmäßigen augenärztlichen Untersuchung - maximal einmal innerhalb von 24 Monaten
IV. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	<u>Zähler:</u> Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen <u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	V: Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
V. Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 19 (AD) (Vom Patienten gewünschte Informationsangebote) = „Tabakverzicht“	V: Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung
VI. Information der Versicherten bei auffälligem Fußstatus	entfällt	entfällt	Wenn Feld 3 (ISD) (Fußstatus) innerhalb von 12 Monaten die Angabe zu 1. Pulsstatus = „Auffällig“ ein- oder mehrmals angegeben ist, und/oder die Angabe zu 2. Sensibilitätsstörung = „Auffällig“ ein- oder mehrmals angegeben ist, und/oder	V: Infos über Diabetes-Komplikationen und Folgeschäden am Fuß, Möglichkeiten der Mitbehandlung in diabetischen Fußambulanzen o.ä. (evtl. regionale Infos, Adressen) maximal einmal pro Jahr

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
			<p>die Angabe zu 3. Weiteres Risiko für Ulkus „Fußdeformität“ und/oder „Hyperkeratose mit Einblutung“ und/oder „Z. n. Ulkus“ ein oder mehrmals angegeben ist,</p> <p>und/oder</p> <p>die Angabe zu 4. Ulkus = „oberflächlich“ oder „tief“ = ein oder mehrmals angegeben ist,</p> <p>und/oder</p> <p>die Angabe zu 5. (Wund)infektion = „ja“</p> <p>ein oder mehrmals angegeben ist</p>	
VII. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 19 (ISD) (empfohlene Diabetes-Schulung und/oder Hypertonie-Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich“	V. Aufklärung / Information über die Wichtigkeit von Schulungen; maximal einmal pro Jahr

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

Abkürzungen

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

Patienteninformation

Anlage „Patientinnen- und Patienteninformation“
zur Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms

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.

Datenschutzinformation Versicherte

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

2 Welche Daten werden erhoben?

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

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

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

3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

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

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

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

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

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

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

3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

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

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

3.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung und an die mit der Evaluation beauftragte Institution im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

3.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

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

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

3.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

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

Anlage 6

Schulung der Versicherten

1. Schulungen

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

1.1 Versicherte mit nicht-insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2

- 1.1.1 Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen
Kronsbein P, Jörgens-V, Lancet 1988; 2: 1407-1411
- 1.1.2 MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbst-Management für Typ 2)
Kulzer-B, Diabetes-Journal 2/2001
- 1.1.3 LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung
Krakow D., Feulner-Krakow G., Giese M., Osterbrink B., (2004), Evaluation der LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung, Diabetes und Stoffwechsel S. 77-89

1.2 Versicherte mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2

- 1.2.1 Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen
Grüßer-M, Röger-Ch, Jörgens-V, Dtsch. Ärzteblatt 94, Heft 25, Juni 1999: A1756-A1757
Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Jörgens-V. Patient Education and Counseling 29 (1996) 123- 130
- 1.2.2 Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen
Kalfhaus-J, Berger-M, Diabetes and Metabolism 2000, 26, 197-201
- 1.2.3 Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie
Pieber-TR, Brunner-GA et al. Diabetes Care Vol. 18, No. 5, May 1995;
Mühlhauser-I, Bruckner-I, Berger-M, Chetney-V, Jörgens V, Ionescu-Trigviste-C, Schloz-V, Mincu-I. Evaluation of an intensified insulin treatment and teaching program as routine management of type 1 (insulin-dependent) diabetes. 1987 Diabetologia 30: 681-690
- 1.2.4 LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung
Krakow D., Feulner-Krakow G., Giese M., OsterbrinkB., (2004), Evaluation der LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung, Diabetes und Stoffwechsel S. 77-89

1.3 Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2 und essentieller Hypertonie

- 1.3.1 Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie
Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Sawicki-P, Jörgens-V, Structured patient education for outpatients wie hyperension: a model project in Germany.J Human Hypertension 1997; 11:501-506
- 1.3.2 Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)
Danzer E, Gallert K, Friedrich A, Fleischmann EH, Walter H, Schmieder RE. Ergebnisse der Hypertonieschulung des Instituts für präventive Medizin.[Results of anprogram for hypertension at the Institute for Preventive Medicine] Dtsch Med Wochenschr. 2000 Nov 17;125 (46): 1385-9

1.4 Ergänzungsschulung für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2

DiSko-Schulung (DiSko: wie Diabetiker zum Sport kommen)

M. Siegrist, P. Zimmer, W.-R. Klare, P., Borchert, M. Halle: „Einmalige Übungsstunde verändert das Aktivitätsverhalten bei Typ-2 Diabetikern“, Diabetes, Stoffwechsel und Herz, 4/2007: S. 257-261
-nur als Ergänzung zu einem Schulungsprogramm für DM 2-

§ 21 Abs. 4 der Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der AOK BW und der KVBW ist dabei zu beachten.

Bei Nichterreichen der individuellen Therapieziele prüft der DMP-Arzt, ob der Patient von einer Nachschulung profitieren kann. Eine empfohlene Nachschulung soll nicht vor Ablauf von 2 Jahren nach Beendigung der letzten Schulung erfolgen.

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

2. Strukturqualität

Die KV Baden-Württemberg prüft gemäß § 3 Abs. 5 Nr. 6 dieser Vereinbarung die Schulungsberechtigung der Ärzte zur Durchführung der Patientenschulungen anhand der den Programmen zugrunde gelegten Curricula. Dazu zählt auch die Nutzungsmöglichkeit eines geeigneten Schulungsraumes. Bei Vorliegen einer entsprechenden Qualifikation erteilt die KV eine Genehmigung.

Anlage 7

Leistungserbringerverzeichnis

Versorgungsebenen (Mehrfachnennungen möglich)

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

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

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

Hinweise zur Angabe der Versorgungsebenen

Zulässige Mehrfachnennung: „A1,B“

Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A1“ und „B“ ist zulässig, wenn durch Zusatzqualifikation der hausärztlich tätige Arzt auch die in der Strukturqualität geforderte Qualifikation für die 2. Versorgungsebene erfüllt.

Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „A2“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig.

Berechtigungen (Mehrfachnennungen möglich)

01 = Arzt koordiniert

02 = Arzt koordiniert nicht

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

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

06 = Schulungsprogramm für Typ2-Diabetiker, die Insulin spritzen

07 = Schulungsprogramm für Typ2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen

09 = LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung

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

14 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

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

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

35 = Behandlung Diabetisches Fußsyndrom

Hinweise zur Angabe der Berechtigungen

Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben.

Ärzte der Versorgungsebenen „A1“ und „A2“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.

In der Versorgungsebene „A2“ sind fachärztlich tätige Internisten zu verschlüsseln, die die vertraglich vereinbarte Zwischenebene (Strukturqualität höher als „A1“ aber weniger als „B“) abbilden.

Aufgabe der Ärzte der Versorgungsebene „B“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärzte der Versorgungsebene „B“ sind in der Regel nicht koordinierend tätig. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Sofern ein Arzt der Versorgungsebene „B“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben.

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

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

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

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

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

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

Anlage 9a

Antrag des Arztes auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

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

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Antrag

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

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



Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Name der Einrichtung

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

Antragstellung für:

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

Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

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

Fachgebiet

Schwerpunkt

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

Datum TTMMJJJJ

E-Mail

Telefon

Wohnanschrift:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

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

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

1. Teilnahme als DMP Arzt

gem. § 3 Abs. 1 der Vereinbarung

Ich erfülle folgende Voraussetzungen:

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

- Hausarzt nach § 73 Abs. 1a SGB V (Zulassung als Arzt, Allgemeinarzt, Prakt. Arzt, hausärztlich tätiger Internist) {DDM1}

2. Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt

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

Ich erfülle eine der folgenden Voraussetzungen:

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

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Arzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“ (nach Kammerrecht) {DDM3}



oder

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

oder

- Anerkennung als Diabetologe DDG {DDM3}

oder

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

oder

- Nachweis über das 80-stündige Curriculum (Klinische Diabetologie) der DDG und eine mindestens 2-jährige internistische Weiterbildung mit mindestens einjähriger Tätigkeit in einer Diabetesklinik oder einer anerkannten Einrichtung gem. DDG bzw. Einrichtungen mit Weiterbildungsbefugnis „Diabetologie“ der zuständigen Ärztekammer {DDM3}

Fachliche Voraussetzungen des nicht-ärztlichen Personals

Ich erfülle folgende Voraussetzungen:

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

- Beschäftigung/Kooperation mit einem/r Diabetesberater/in DDG {DDB2}

und/oder

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

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

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

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

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

Beschäftigung/Kooperation mit



- einem Ökotrophologen oder Diätassistenten
- einem medizinischen Fußpfleger bzw. Podologen

Apparative Voraussetzungen

- Blutdruckmessung nach internationalen Empfehlungen¹
- 24-Stunden-Blutdruckmessung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards)
- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nasschemischen Glukosebestimmung² und HbA1c Messung³
- EKG
- Sonographie^{3 4}, Doppler- oder Duplexsonographie^{3 4}
- Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u. a. Doppler-Sonde 8-10 MHz)^{3 4}
- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

- Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt mit der Option, in Ausnahmefällen {DDM1}
DMP-verantwortlicher Arzt gemäß § 3 Abs. 2 der oben genannten Vereinbarung DMP
Diabetes mellitus Typ 2 zu sein.

Diese Ausnahmefälle gelten insbesondere unter der Voraussetzung, dass der Versicherte vor der Einschreibung bereits dauerhaft von diesem Arzt betreut worden ist oder dass aus medizinischen Gründen die Betreuung des Versicherten durch einen qualifizierten Facharzt erforderlich ist.

¹ Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in den Tragenden Gründen zum Beschluss der Änderung der DMP-A-RL vom 21.1.2016: Änderung der Anlage 1 (DMP Diabetes mellitus Typ 2) und Änderung der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation)

² gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

³ kann auch als Auftragsleistung vergeben werden

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

3. Teilnahme als eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung/Praxis

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

- Ich erfülle die Voraussetzungen als diabetologisch qualifizierter Arzt gem. § 4 Abs.1 {DDM5} bzw. Anlage 2 Ziffer 1

ebenso arbeite ich zusammen/kooperiere ich mit folgenden Fachdisziplinen und -berufen (soweit nicht durch eigene Fach- bzw. Facharztqualifikationen abgedeckt), z. B.:

- Angiologie
- Orthopädie
- Gefäßchirurgie
- Chirurgie
- Mikrobiologie
- interventionelle Radiologie/Nuklearmedizin
- Podologie
- Orthopädie-Schuhmachermeister mit diabetesspezifischer Zusatzqualifikation
- Stationäre Einrichtung mit Spezialisierung Diabetisches Fußsyndrom

In der Prozessqualität werden folgende Standards eingehalten:

- standardisierte Befunderhebung⁵
- standardisierte Dokumentation des Behandlungsverlaufes⁵
- mind. einmal jährlich Teilnahme an einem Qualitätszirkel, der in der Behandlung des diabetischen Fußes einbezogenen Leistungserbringer
- Verbesserung der Stoffwechseleinstellung durch den Diabetologen



Notwendige (apparative) Ausstattung

- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der peripheren Neuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)
- Doppler- oder Duplexsonographie⁴
- Behandlungsstuhl mit ausreichender Lichtquelle
- Photodokumentation
- Voraussetzung für entsprechende hygienische Maßnahmen (z. B. geprüfter Sterilisator, OP-Kleidung, Desinfektionsplan, Hygieneplan)
- Entlastungsschuhe; orthopädische Orthesen, Unterarmstützen

Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal:

- geschultes medizinisches Assistenzpersonal insbesondere mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung/Wundmanagement
- alle zwei Jahre Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetes-spezifischen Fortbildungen Beschäftigung/Kooperation mit mindestens eines/einer Diabetesberaters/Diabetesberaterin mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung in Vollzeit bzw. in Teilzeit in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang der Arbeitszeit einer Vollzeitstelle entspricht in der Arztpraxis

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

4. Durchführung von Schulungen im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2

gemäß § 21 in Verbindung mit Anlage 6 der o. g. Vereinbarung (Nachweise sind entsprechend beizufügen)

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

A. Fortbildungen



Für die Teilnahme am DMP als DMP-verantwortlicher Arzt bzw. als diabetologisch qualifizierter Arzt bzw. eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung/Praxis besteht die Verpflichtung beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 an Fortbildungen teilzunehmen:

- DMP-verantwortlicher Arzt: Regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen
- diabetologisch qualifizierter Arzt:
 - mindestens einmal jährlich den Nachweis über die Teilnahme an einer diabetesspezifischen Fortbildung, die von der Landesärztekammer Baden-Württemberg anerkannt ist
 - Teilnahme an einem diabetesspezifischem Qualitätszirkel
 - mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen
- auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung/Praxis:
 - mindestens einmal jährlich Teilnahme an einem Qualitätszirkel der in der Behandlung des diabetischen Fußes einbezogenen Leistungserbringer
 - alle zwei Jahre Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen

B. Erklärungen / Beauftragungen / Aufgaben

B.1 Kenntnisnahme Praxismanual

Das Praxismanual finden Sie auf unserer Homepage unter:

www.kvbawue.de/dmp-diabetes-tp2

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

B.2 Beauftragung Datenannahme- und -verarbeitungsstelle

Mit Ihrer Unterschrift auf dem Antrag genehmigen Sie die mit der Datenannahme- und -verarbeitungsstelle geschlossenen Verträge zur Erfüllung der in § 24 Abs. 4 genannten Aufgaben.

Zusätzlich stimme ich der Veröffentlichung meiner Daten im Leistungserbringerverzeichnis zu.

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

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



B.4 Zu den Aufgaben des diabetologisch qualifizierten Arztes gehören insbesondere:

- die Anerkennung der Vertragsinhalte der bestehenden DMP-Vereinbarung

B.5 Zu den Aufgaben des anstellenden Arztes/der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) gehören insbesondere:

- Mit der Unterschrift auf diesem Teilnahmeantrag bestätigt der anstellende Arzt/der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind, und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 6 der Vereinbarung.
- Der Wegfall von Teilnahmevoraussetzungen ist der KVBW unverzüglich mitzuteilen.

- Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen durch den angestellten Arzt gegenüber der KVBW nach.
- Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVBW vom anstellenden Arzt bzw. dem Leiter des MVZ unverzüglich mitgeteilt.
- Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die unter B3 genannten Voraussetzungen entsprechend. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 1 dieser Vereinbarung erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt. Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV und der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

B.6 Datenschutz

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

Einverständniserklärung

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



Hinweis

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

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift