

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 den  
**Ersatzkassen**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin**,  
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg,  
Christophstraße 7, 70178 Stuttgart,

dem  
**BKK Landesverband Süd, Standort Kornwestheim**  
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim

der  
**IKK classic**,  
Geschäftsstelle Dresden, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der  
**KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München**  
Friedrichstraße 19, 80801 München,

- nachfolgend „Verbände“ genannt -

## Inhaltsverzeichnis

<b>Erläuterungen</b>	<b>4</b>
<b>Präambel</b>	<b>5</b>
§ 1 Ziel der Vereinbarung	5
§ 2 Geltungsbereich	6
§ 3 Teilnahmeberechtigung und Aufgaben	6
§ 4 Teilnahme als diabetologisch spezialisierter Arzt, Mitwirkung von weiteren Fachärzten und sonstigen Beteiligten	8
§ 5 Antrag auf Teilnahme	8
§ 6 Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung	8
§ 7 Beginn und Ende der Teilnahme	8
§ 8 Leistungserbringerverzeichnis	9
§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2	10
§ 10 Grundlagen und Ziele	10
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren	10
§ 12 Durchführung der Qualitätssicherung	11
§ 13 Fortbildung der Ärzte	12
§ 14 Vertragsmaßnahmen	12
§ 15 Teilnahmevoraussetzungen	12
§ 16 Information und Einschreibung	13
§ 17 Teilnahme- und Einwilligungserklärung	14
§ 18 Beginn und Ende der Teilnahme	14
§ 19 Wechsel des DMP-Arztes	15
§ 20 Versichertenverzeichnis	15
§ 21 Information und Schulung der Versicherten	15
§ 22 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft	16
§ 23 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft	16
§ 24 Datenannahme- und -verarbeitungsstelle	16
§ 25 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	17
§ 26 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	17
§ 27 Erst- und Folgedokumentation	18
§ 28 Datenverwendung	18
§ 29 Datenzugang	19
§ 30 Datenaufbewahrung und -löschung	19
§ 31 Evaluation	20
§ 32 Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen	20
§ 32a Prüfung der Abrechnung (Dokumentationsleistungen)	20
§ 33 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen	21
§ 34 Haftung	21

§ 35 Laufzeit und Kündigung	21
§ 36 Salvatorische Klausel	22

### Anlagenverzeichnis

<b>Anlage 1</b>	23
Dokumentation (Anlage 8 DMP-A-RL und Anlage 2 DMP-A-RL)	
<b>Anlage 2</b>	28
Teilnehmende und mitwirkende Ärzte und Einrichtungen	
<b>Anlage 3</b>	32
Versorgungsinhalte (Anlage 1 DMP-A-RL)	
<b>Anlage 4</b>	48
Qualitätssicherung	
<b>Anlage 5</b>	62
Teilnahme- und Einwilligungserklärung inkl. Patienten- und Datenschutzinformation	
<b>Anlage 6</b>	69
Schulung der Versicherten	
<b>Anlage 7</b>	71
Leistungserbringerverzeichnis	
<b>Anlage 8</b>	-
Weggefallen	
<b>Anlage 9</b>	73
Antrag des Arztes auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung	
<b>Anlage 10</b>	80
Datensatzstruktur der Gültigkeitsinformationen zu den Dokumentationsdaten gemäß der DMP-A-RL	

## Erläuterungen

„Ärzte“ sind an diesem Programm teilnehmende und mitwirkende Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren, ärztlich geleitete Einrichtungen nach § 117 SGB V (Hochschulambulanzen) und ermächtigte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.

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

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

„Anstellender Arzt“ ist ein Arzt, der berechtigt ist, einen Arzt i.S. des § 95 Abs. 9 bzw. § 95 Abs.1 SGB V anzustellen.

„Leistungserbringer“ sind Ärzte und angestellte Ärzte

„Facharzt“ ist ein Arzt i.S.d. § 3

„KVBW“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

BAS ist das Bundesamt für soziale Sicherung, Bonn, vormals Bundesversicherungsamt (BVA).

DMP-A-RL ist die Disease-Management-Programme-Anforderungen-Richtlinie des G-BA

DS-GVO ist die (Europäische) Datenschutzgrundverordnung.

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

RSAV ist die Risikostrukturausgleichs-Verordnung in der jeweils gültigen Fassung

„Gemeinsame Einrichtung:“ Gremium nach §§ 25, 26

„Arbeitsgemeinschaft“: Gremium nach §§ 22, 23

„Datenstelle“: Einrichtung nach § 24

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde in diesem Dokument bei Begriffen wie z.B. der Patient, der Arzt etc. die maskuline Form gewählt, nichts desto weniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter. Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt wird.

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichen beziehen sich auf diese Vereinbarung.

„Dokumentationen“ bzw. „Dokumentationsdaten“ enthalten die in der Nummer 1 der DMP-Richtlinie Anlage 8 der DMP-A-RL aufgeführten Daten

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

## Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme - DMP- genannt) nach § 137f SGB V, die auf der Risikostrukturausgleichs-Verordnung (in der Folge RSAV genannt) sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung beruhen, dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend gewährleistet werden. Daher schließen die Verbände und die KVBW folgende Vereinbarung auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Durchführung eines Disease-Management-Programms für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Durchführung des Programms, insbesondere die Regelungen zur Erfassung, Übermittlung und Nutzung von Behandlungsdaten so zu gestalten sind, dass die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht beeinträchtigt wird. Zur Gewährleistung des Vertrauensschutzes erfolgt die Durchführung und Steuerung des Programms sowie die Qualitätssicherung im Programm soweit wie möglich auf Grundlage pseudonymisierter Daten. Die Nutzung versichertenbezogener Daten durch die Krankenkassen erfolgt ausschließlich in dem durch die Bestimmungen dieses Vertrages festgelegten Umfang.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL sowie die Änderungen der DMP-A-RL bis einschließlich ihrer 21. Änderung (Beschlussfassung vom 16.01.2020). Dieser Vertrag tritt am 01.01.2021 geändert mit Wirkung zum 01.05.2022 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt den Vertrag vom 01.07.2017 mit den hierzu geschlossenen Änderungsvereinbarungen vom 01.07.2017 und vom 23.03.2019. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig. Die vorliegende Fassung gilt ab dem 01.05.2022.

## Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

### § I Ziel der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 in der Region der KVBW. Über dieses Behandlungsprogramm soll eine indikationsabhängige systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten, den weiteren Leistungserbringern sowie den Partnern dieser Vereinbarung und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 gewährleistet werden.
- (2) Darüber hinaus soll der Patient durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme und Erfüllung von Behandlungsoptionen angeregt werden, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen und über eine adäquate Stoffwechselkontrolle hinaus die in Abs. 3 genannten Ziele zu erreichen.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an die Disease-Management-Programme sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und DMP-A-RL festgelegt. Die Therapie nach diesem Disease-Management-Programm dient der Erhöhung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung oder der Verbesserung der von einem Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei sind in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele anzustreben. Die Therapieziele ergeben sich aus der Anlage 1 Nr. 1.3.1 der DMP-A-RL.
- (4) Die Vertragspartner stimmen überein, dass an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten behandelt und beraten werden. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 2 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten. Der Arzt überprüft vor Einschreibung des Patienten, ob der Patient von einer Teilnahme am Programm profitieren kann.

## § 2 Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
  1. Ärzte, welche die Voraussetzungen nach § 3 dieser Vereinbarung - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen und nach Maßgabe des Abschnitts II dieser Vereinbarung ihre Teilnahme erklärt haben.
  2. Versicherte der vertragsschließenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V dieses Vertrages eingeschrieben haben.
  3. Für Versicherte weiterer IKKs, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, erfolgt die Durchführung des Programms durch die versichernde IKK.
- (2) Grundlage dieser Vereinbarung ist die RSAV (§§ 24 und 25) sowie die ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils aktuellen Fassung. Näheres hierzu regelt § 35 dieser Vereinbarung.

## Abschnitt II Teilnahme der Ärzte

### § 3 Teilnahmeberechtigung und Aufgaben

- (1) 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 Absatz 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.

- (2) Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt/der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, 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.
- (3) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum 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 Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich schriftlich mitgeteilt.

- (4) Zu den Aufgaben der teilnehmenden DMP-Ärzte nach Abs. 1 gehören insbesondere:
1. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 16 dieser Vereinbarung,
  2. 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.
  3. 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,
  4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 dieser Vereinbarung, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  5. die Durchführung von Schulungen gemäß § 21 dieser Vereinbarung, sofern die Schulungsberechtigung gegenüber der KVBW entsprechend nachgewiesen ist,
  6. die Überweisung an andere Leistungserbringer gemäß § 9 dieser Vereinbarung,
  7. bei Überweisung an andere Leistungserbringer
    - 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,
  8. Ausgabe und Führen eines geeigneten Patientenpasses,
  9. regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen gem. § 13 Abs. 2,
  10. bei Wechsel des DMP-Arzt, auf Anforderung des neuen DMP-Arzt und nach Zustimmung des Patienten, die Übermittlung der bisherigen Patientendaten,
  11. 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.
  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.
- (5) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 12 Abs. 2 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 jeweils gültigen Fassung der RSAV und der DMP-A-RL Sorge zu tragen.
- (6) Bei den Überweisungen nach Abs. 4 Ziffern 6 und 7 ist die Anlage 2 zu dieser Vereinbarung (Teilnehmende und mitwirkende Ärzte und Einrichtungen) sowie Nummer 1.8 der Anlage 1 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.

- (7) Bei Teilnehmern, die bereits in bestehende DMP zu internistischen Erkrankungen eingeschrieben sind, soll im Sinne eines „Ein-Arzt-Prinzips“ nur der bereits gewählte DMP-Arzt diese Funktion auf Wunsch 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 sonstigen Beteiligten**

- (1) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die die Voraussetzungen nach Anlage 2, Ziffer 1 und 2 persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen, nehmen an der diabetologisch qualifizierten Versorgung teil.
- (2) Ferner wirken die in Anlage 2, Ziffer 3 genannten Fachärzte an der Versorgung mit.
- (3) Krankenhausträger, deren Krankenhäuser die Voraussetzungen der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung erfüllen, können zur stationären Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 nach Nummer 1.8.3 der Anlage 1 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung in das Programm einbezogen werden.

#### § 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. 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

### **Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung**

Die KVBW prüft die Teilnahmevoraussetzungen nach dieser Vereinbarung und erteilt schriftlich die erforderlichen Genehmigungen. Der Gewährleistungsauftrag der KVBW gilt auch im Rahmen dieser Vereinbarung.

#### § 7

### **Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Arztes nach § 3 Abs. 1 dieser Vereinbarung am Programm beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag des Eingangs des Antrags bei der KVBW, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich bestätigt.
- (2) Der DMP-Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVBW kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Die Teilnahme am Programm endet insbesondere mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit.
- (4) Endet die Teilnahme eines DMP-Arztes, kann die Krankenkasse die hiervon betroffenen Versicherten auf weitere DMP-Ärzte aufmerksam machen, um gegebenenfalls einen Wechsel gemäß § 19 dieser Vereinbarung zu ermöglichen.
- (5) Für mitwirkende diabetologisch spezialisierte Ärzte nach § 4 Abs. 1 bzw. Anlage 2 zu dieser Vereinbarung gelten die Absätze 1-4 entsprechend.

- (6) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP teilnahmeberechtigt. Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in der Betriebsstätte erlischt dessen Genehmigung.

## § 8

### Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Die KVBW führt über die teilnehmenden und ausgeschiedenen DMP-verantwortlichen Ärzte und diabetologisch spezialisierten Ärzte nach § 4 Abs. 1 bzw. Anlage 2 zu dieser Vereinbarung ein Verzeichnis (nachfolgend Leistungserbringerverzeichnis). Dieses Leistungserbringerverzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Datenverarbeitungen in dem Leistungserbringerverzeichnis erfolgen ausschließlich auf der Grundlage von § 137f Abs.6 SGB V. Auftragnehmer ist die Datenstelle. Diese Datenstelle übermittelt im Auftrag das verarbeitete Leistungserbringerverzeichnis auf sicherem Übermittlungsweg in elektronischer Form – aktuell im CSV-Format – an die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP Baden-Württemberg und an die Verbände.
- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis (abgestimmtes Format, siehe Anlage 7) umfasst insbesondere arztbezogen folgende Inhalte:
- Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
  - Arzt- und Betriebsstättennummer und
  - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.
- (3) Das Leistungserbringerverzeichnis nach Absatz 1 stellen die Krankenkassen dem BAS beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung ist dieses dem BAS alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (4) Weiterhin wird dieses Leistungserbringerverzeichnis auf Anforderung folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
1. den an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzten gemäß §§ 3 und 5 durch die KVBW, sowie den bei diesen angestellten Ärzten, sofern sie Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbringen
  2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, insbesondere bei Neueinschreibung, durch die jeweilige Krankenkasse.
- 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.
- (5) Ein Auszug (Kontaktdaten der an DMP teilnehmenden Ärzte) aus dem Leistungserbringerverzeichnis 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 Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2**

- (1) Die Medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 1 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages (Anlage 3). Die Inhalte gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Ärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V, über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten.
- (2) Bei Vorliegen einer weiteren Diagnose, für die medizinische und strukturelle Inhalte in den Anlagen der DMP-A-RL beschrieben und von den Vertragspartnern vertraglich umgesetzt worden sind, sollen diese in Abstimmung mit den Patienten, auch wenn sie nicht in ein entsprechendes DMP eingeschrieben sind, beachtet werden.

## **Abschnitt IV Qualitätssicherung**

### **§ 10**

#### **Grundlagen und Ziele**

Grundlage der Qualitätssicherung sind die gemäß der Anlage 4 zu dieser Vereinbarung (Qualitätssicherung) genannten Ziele. 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 Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß der Anlage 1 (Diabetes mellitus Typ 2) der DMP-A-RL,
4. Einhaltung der Strukturqualität (Anlage 2)
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß der Anlage 2 (Diabetes mellitus Typ 2) der DMP-A-RL und
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

### **§ 11**

#### **Maßnahmen und Indikatoren**

- (1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die in der Anlage 4 benannten Maßnahmen und Indikatoren zur Qualitätssicherung zugrunde zu legen. Über die Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung gem. § 25 dieser Vereinbarung.

- (2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:
1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
  2. strukturierte Rückmeldung auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten an die DMP-Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedback für teilnehmende Leistungserbringer sein,
  3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
  4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.

## § 12 Durchführung der Qualitätssicherung

- (1) Die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle gemäß § 24 dieser Vereinbarung 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 dieser Vereinbarung wertet die ihr gemäß § 24 Abs. 2 dieser Vereinbarung übermittelten Dokumentationsdaten nach Maßgabe der Anlage 4 zu dieser Vereinbarung (Qualitätssicherung) arztbezogen aus und informiert die DMP-Ärzte. Die Auswertungen sollen auch Informationen über eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie ermöglichen.
- (3) Die Krankenkassen
  1. erinnern die eingeschriebenen Versicherten anhand schriftlicher Information an notwendige Nachsorge- und Behandlungstermine, wenn der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme aufgrund der von der Datenannahme- und -verarbeitungsstelle gemäß § 24 Abs. 3 dieser Vereinbarung an die Krankenkassen gemeldeten Daten fehlt,
  2. berichten der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 25 dieser Vereinbarung in regelmäßigen Abständen über die Ergebnisse der Erinnerungsmaßnahmen und berücksichtigen die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Maßnahmen,
  3. beraten die Versicherten zu Maßnahmen nach § 28 dieser Vereinbarung.
- (4) Die KVBW
  1. wertet die ihr gemäß § 24 Abs. 2 dieser Vereinbarung übermittelten Dokumentationsdaten arztbezogen aus und setzt daraus resultierende arztindividuelle Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungsqualität um,
  2. wird von der Gemeinsamen Einrichtung über die Auswertungen und den Versand nach Abs. 2 informiert,
  3. berichtet der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 25 dieser Vereinbarung in regelmäßigen Abständen über diese Qualitätssicherung und berücksichtigt die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung.
- (5) Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden nach Abstimmung durch die Vertragspartner in geeigneter Weise, z. B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, Fachpresse oder Ärztezeitung regelmäßig, mindestens einmal jährlich, veröffentlicht.

### § 13 Fortbildung der Ärzte

- (1) Die Vertragspartner informieren die teilnahmeberechtigten Ärzte gemäß § 3 dieser Vereinbarung und diabetologisch spezialisierte Ärzte nach § 4 Abs. 1 bzw. Anlage 2 zu dieser Vereinbarung umfassend über Ziele und Inhalte der Disease-Management-Programme. Die zu verwendenden Informationsmaterialien stimmen die Vertragspartner in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 dieser Vereinbarung ab.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen bei den DMP-Ärzten gemäß § 3 dieser Vereinbarung und den diabetologisch spezialisierten Ärzten nach § 4 Abs. 1 bzw. Anlage 2 zu dieser Vereinbarung dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab.
- (3) Die Vertragspartner definieren nach Beratung in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 dieser Vereinbarung bedarfsorientiert Anforderungen an die für die Disease-Management-Programme relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Ärzte.
- (4) 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-verantwortlichen Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.
- (2) Verletzen die nach § 3 und/oder § 4 teilnehmenden Ärzte die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen, erfolgen im Einzelfall die nachstehenden Maßnahmen:
  1. keine Vergütung für unvollständige, unplausible oder nicht fristgerecht übermittelte Dokumentationen,
  2. Aufforderung durch die KVBW zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen, ggf. Angebot eines Beratungsgespräches durch die KVBW (z.B. bei fortgesetzter nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
  3. bei weiteren nachgewiesenen Verletzungen der sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, auf begründeten Antrag eines Vertragspartners, Widerruf der Teilnahmegenehmigung des Arztes durch die KVBW (Ausschluss).

## Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

### § 15 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß den Bestimmungen dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern u.a. die nachfolgenden Einschreibevoraussetzungen gemäß Anlage 1 Nr. 3 bis Nr. 3.2 der DMP-A-RL erfüllt sind:
  1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 gemäß Nummer 1.2 (Diagnostik) der Anlage 1 der DMP-A-RL oder es liegt gemäß Nummer 3.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL bereits eine Therapie mit diabetesspezifischen, blutglukose-senkenden Medikamenten vor,

2. die einmalige schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten sowie die Dauer der Aufbewahrung und
  3. die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten sowie die Dauer ihrer Aufbewahrung, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.
- (2) Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) können nicht an diesem Disease-Management-Programm teilnehmen.
  - (3) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

## § 16 Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkassen werden ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch eine Patienteninformation umfassend über das Disease-Management-Programm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Die DMP-Ärzte informieren entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV diejenigen ihrer Patienten, die nach § 15 dieser Vereinbarung teilnehmen können; der DMP-Arzt kann dabei auf die Möglichkeit der Einschreibung bei den Krankenkassen nach Absatz 5 verweisen. Die Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17 dieser Vereinbarung bei einem DMP-Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm sind neben der unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17 dieser Vereinbarung folgende Unterlagen notwendig:
  1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL durch den behandelnden DMP-Arzt,
  2. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-Arzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- (4) Mit der Einschreibung in das Disease-Management-Programm wählt der Versicherte seinen DMP-Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte DMP-Arzt an dem Vertrag teilnimmt und die Einschreibeunterlagen (Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL) an die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle nach § 24 dieser Vereinbarung weiterleitet. Die Krankenkassen stellen sicher, dass der Versicherte sich nur bei einem DMP-Arzt einschreibt.
- (5) Der Versicherte kann sich auch bei seiner Krankenkasse in das Disease-Management-Programm einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an einen behandelnden DMP-Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt werden können.
- (6) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem DMP-Arzt schriftlich die Teilnahme des Versicherten an dem Disease-Management-Programm.

- (7) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Disease-Management-Programmen teilnehmen, sofern diese sich medizinisch nicht ausschließen.

## § 17

### Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenverarbeitung sowie der Dauer der Aufbewahrung erklärt der Versicherte sich einmalig auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 5 zu dieser Vereinbarung (Teilnahme- und Einwilligungserklärung) zur Teilnahme an dem Disease-Management-Programm 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 Disease-Management-Programm beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 16 Abs. 6 dieser Vereinbarung mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 16 Abs. 3 dieser Vereinbarung erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber der Krankenkasse kündigen. Sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, scheidet er mit dem Tag des Zugangs der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus dem Disease-Management-Programm aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Tag
- der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V.
  - des Zugangs des Widerrufsschreibens bei der zuständigen Krankenkasse bei Widerruf der Einwilligungserklärung,
  - des Kassenwechsels (Ausnahme: Liegt eine Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zu einer Krankenkasse vor, die sich über nicht mehr als sechs Monate erstreckt, kann seine Teilnahme am Programm aufgrund einer Folgedokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL fortgesetzt werden. Während der Unterbrechungszeit gilt § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV entsprechend),
  - der letzten gültigen Dokumentation bei Wegfall der Einschreibe-/ Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV,
    - weil der Versicherte die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt
    - er innerhalb von zwölf Monaten zwei der nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder
    - zwei aufeinander folgende, der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist übermittelt worden sind.
- (4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten, den DMP-Arzt und die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle gem. § 24 dieser Vereinbarung unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Disease-Management-Programm.

- (5) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 15 vorliegen.

### **§ 19 Wechsel des DMP-Arztes**

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP-Arzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte DMP-Arzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese innerhalb der in § 3 Absatz 4 Ziffer 2 dieser Vereinbarung genannten Fristen an die Datenstelle. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines DMP-Arztes.
- (2) Der bisherige DMP-Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten an den neuen DMP-Arzt.

### **§ 20 Versichertenverzeichnis**

Die Verbände übermitteln der KVBW bei Bedarf in elektronischer Form und datenschutzkonform eine Liste mit den Krankenversicherten-Nummern für die gemäß § 16 dieser Vereinbarung eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

### **§ 21 Information und Schulung der Versicherten**

- (1) Die Krankenkassen informieren anhand einer Patienteninformation ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung und Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen 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 dieser Vereinbarung einzubeziehen. Weiterhin muss bei Schulungen auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.
- (4) Das Nähere zur Schulung regelt die Anlage 6 zu dieser Vereinbarung (Schulung der Versicherten).
- (5) Die Schulungsprogramme berücksichtigen die medizinischen Inhalte der jeweils gültigen Fassung der DMP-A-RL.

**Abschnitt VI**  
**Arbeitsgemeinschaft/Datenannahme- und -verarbeitungsstelle/  
Gemeinsame Einrichtung**

**§ 22**  
**Bildung einer Arbeitsgemeinschaft**

Die Partner dieser Vereinbarung bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere ist in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

**§ 23**  
**Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 RSAV insbesondere die Aufgabe, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten zu pseudonymisieren und sie dann an die KVBW und die nach § 25 dieser Vereinbarung gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung 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**  
**Datenannahme- und -verarbeitungsstelle**

- (1) Die Vertragspartner verständigen sich über eine Datenannahme- und -verarbeitungsstelle
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 22 beauftragt die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle mit folgenden Aufgaben:
  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 i.S.d. § 25 Abs. 2 RSAV,
  4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung nach § 25 dieser Vereinbarung und die KVBW.
- (3) Die Krankenkassen beauftragen die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle mit folgenden Aufgaben:
  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. Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die Krankenkasse,

4. Entgegennahme und unmittelbare Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.
- (4) Der DMP-Arzt beauftragt die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
  2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 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 dieser Vereinbarung die mit der Datenannahme- und -verarbeitungsstelle geschlossenen Verträge.
- (6) Das Nähere zu den Absätzen 2 und 3 wird mit der Datenannahme- und -verarbeitungsstelle in gesonderten Verträgen nach Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X, die Bestandteile dieser Vereinbarung sind, geregelt. Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich darauf, dass die Gemeinsame Einrichtung die Datenannahme und verarbeitungsstelle zu einem späteren Zeitpunkt mit noch zu bestimmenden Aufgaben der Datenaufbereitung beauftragen kann. Wird eine entsprechende Beauftragung vorgenommen, ist der hierzu nach Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X notwendige Vertrag dem BAS unverzüglich zu übermitteln.

## § 25

### Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung oder erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 25 Absatz 2 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere regelt ein gesonderter Vertrag.

## § 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 zu dieser Vereinbarung in einer für die Verlaufsbeurteilung des Programms geeigneten Form;
  2. die regelmäßige Evaluation der Umsetzung des Vertrages anhand der nach Ziffer 1 aufbereiteten Daten insbesondere unter der Fragestellung, ob
    - die Anforderungen an die Behandlung von den Ärzten beachtet werden
    - die aktive Teilnahme der Versicherten ausreicht;
  3. die Entgegennahme der regelmäßigen Berichte der KVBW über die Ergebnisse der arztbezogenen Qualitätssicherung gem. § 12 Abs. 4 sowie der Krankenkassen über die versichertenbezogenen Erinnerungsmaßnahmen gem. § 12 Abs. 3 in pseudonymisierter summarischer Darstellung,
  4. die versichertenbezogene Pseudonymisierung des Arztbezuges und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation gem. § 6 der DMP-A-RL,
  5. die Formulierung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Erinnerungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen.

- (2) Darüber hinaus obliegt der Gemeinsamen Einrichtung die Beschlussfassung zur Verwendung von bewerteten Leistungsdaten der Krankenkassen ohne Versichertenbezug für weitere Auswertungen, insbesondere zu individuellen medizinischen Auffälligkeiten. Die Krankenkassen stellen die verfügbaren hierzu erforderlichen Daten bereit.
- (3) Die Partner der Gemeinsamen Einrichtung stimmen schriftliche Unterlagen
1. zur Information der Versicherten nach §§ 16 Abs. 1; 21 Abs. 1 und 28 Abs.1 Ziffer 3,
  2. für Erinnerungsmaßnahmen nach § 12 Abs. 3,
  3. zur Information der Ärzte nach § 13 Abs. 1
- zu dieser Vereinbarung inhaltlich 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 Durchführung der in den § 24 RSAV, die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation gemäß der DMP-A-RL genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Der DMP-Arzt legt in seinen Dokumentationen entsprechend der Ausprägung des diabetischen Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (quartalsweise/jedes zweite Quartal) für die jeweiligen eingeschriebenen Versicherten maßgeblich ist. 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 Krankenkassen weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL werden von den Krankenkassen nur für folgende Zwecke genutzt:
1. Schriftliche Information von Versicherten nach §§ 16 Abs. 1 und 21 Abs. 1 dieser Vereinbarung,
  2. schriftliche Information von Versicherten nach § 12 Abs. 3 dieser Vereinbarung zur Erinnerung an die Wahrnehmung notwendiger Termine bei Ausbleiben der Folgedokumentation,
  3. ergänzende Information der Versicherten über die Krankheit und deren Zusammenhänge und Folgen sowie für Beratungs- und Schulungsangebote gemäß Absatz 2,
  4. Beendigung der Teilnahme gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 der RSAV.

- (2) Die Maßnahmen nach Abs. 1 erfolgen unter Beachtung folgender Regelungen:
1. Maßnahmen der Krankenkassen ohne Benehmens Herstellung mit dem DMP-Arzt:
    - allgemeine Information (Broschüren) über Diabetes mellitus bzw. Begleiterkrankungen
    - Kursangebote der Krankenkassen, insbesondere zu Ernährung und Bewegung
    - Erinnerung an einen Arztbesuch
    - Beendigung der Teilnahme gem. § 24 Abs. 2 Nr. 2 der RSAV
  2. Maßnahmen der Krankenkassen im Benehmen mit dem DMP-Arzt:
    - Angebot einer Patientenschulung oder (modularer) Nachschulung, z.B. Diabetes mellitus oder Hypertonie
    - Angebot einer Beratung für Raucher
    - Erstellung eines Rehabilitationsplanes nach dem SGB IX
    - Angebot einer individuellen Beratung über weitere Leistungen der Krankenkasse unter Berücksichtigung des häuslichen Umfelds
- (3) Die Regelungen zur Datenverwendung gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des Disease-Management-Programms gemäß der jeweils gültigen DMP-A-RL des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V.
- (4) Der teilnehmende Versicherte wird durch das Aushändigen einer Mehrfertigung der Dokumentation über die übermittelten Daten unterrichtet.

## **§ 29 Datenzugang**

Zugang zu den an die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle, Gemeinsame Einrichtung und KVBW oder DMP-Datenzentren der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

## **§ 30 Datenaufbewahrung und -löschung**

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des DMP-Arztbesuches übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von der Arbeitsgemeinschaft oder der Datenannahme- und -verarbeitungsstelle gemäß der jeweils gültigen DMP-A-RL des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V archiviert und gelöscht. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs.2a DMP-A-RL. Gleiches gilt für Daten, die an die Gemeinsame Einrichtung, die KVBW und die Krankenkassen übermittelt werden. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung des Vertrages.

## **Abschnitt VIII Evaluation**

### **§ 31 Evaluation**

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

## **Abschnitt IX Vergütung und Abrechnung**

### **§ 32 Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen**

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

### **§ 32a Prüfung der Abrechnung (Dokumentationsleistungen)**

- (1) Die Datenstelle nach § 24 übermittelt der KVBW quartalsweise zwei Arbeitstage nach Ablauf des Verfristungszeitraums gem. § 24 Abs. 2 Nr. 2.c) i.V.m. § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1.a) der RSAV sowie der DMP-A-RL einen Nachweis aller im Quartal eingegangenen Dokumentationen zu Zwecken der Abrechnungsprüfung. Die Parameter, die in diesem Nachweis enthalten sein müssen, sind in Anlage 10 (Datensatzstruktur der Gültigkeitsinformationen zu den Dokumentationsdaten gemäß der DMP-A-RL) zu dieser Vereinbarung festgelegt.
- (2) Die Datenstelle nach § 24 stellt der KVBW diesen Nachweis quartalsweise zu dem in Abs. 1 vereinbarten Termin in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Die Details der Übermittlung der Gültigkeitsinformationen (genauer Inhalt, Umfang, Form usw.) werden mit der Datenstelle vertraglich vereinbart.
- (3) Die Verbände informieren die KVBW unverzüglich über Fehler und / oder Unregelmäßigkeiten bei der Übermittlung der Gültigkeitsinformationen.
- (4) Die KVBW verwendet die übermittelten Gültigkeitsinformationen gemäß Anlage 10 zur Prüfung der Abrechnung derjenigen Ärzte, die eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung nach den DMP-Vereinbarungen haben. Stimmen die übermittelten Gültigkeitsinformationen nicht mit den abgerechneten Leistungen überein, erfolgt eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Abrechnung durch die KVBW. Die Vertragspartner sind sich einig, dass durch die Umsetzung dieser Abrechnungsprüfung grundsätzlich keine Notwendigkeit von Prüfanträgen gem. § 106d SGB V für beregelte Quartale besteht. Sollte es dennoch zu Prüfanträgen einzelner Kassen kommen, setzen sich die Vertragspartner zeitnah zusammen, um die Gründe hierfür zu erörtern und gegebenenfalls die daraus resultierenden Anpassungen an den Prozessen vorzunehmen. Kann eine quartalsgleiche Prüfung nicht durchgeführt werden, legen die Vertragspartner das weitere Vorgehen fest.
- (5) Die KVBW stellt das Ergebnis ihrer Abrechnungsprüfung (Regelwerkstreffer und Berichtigungsvolumen, separat nach PrüftHEMA) den Verbänden bis spätestens Ende des dritten Folgemonats nach dem Abrechnungsquartal im Excel-Format zur Verfügung.

- (6) Die KVBW haftet nicht für Fehler und / oder Unregelmäßigkeiten der Datenstelle nach § 24 bei der Übermittlung der Gültigkeitsinformationen.

## **Abschnitt X Sonstige Bestimmungen**

### **§ 33 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen**

- (1) Die Datenübermittlung gem. § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V erfolgt gemäß den dazu getroffenen Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.
- (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 den Krankenkassen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs entstehende Nachteile ist ausgeschlossen.

### **§ 35 In-Kraft-Treten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2021 geändert mit Wirkung zum 01.05.2022 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.07.2017 mit den hierzu geschlossenen Änderungsvereinbarungen vom 01.07.2017 und 23.03.2019. Ein erneuter Antrag der Ärzte auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung bzw. eine erneute Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig. Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des hier geregelten DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Absatz 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegeben Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Absatz 2 SGB V vorgenommen werden.
- (3) Bei wichtigem Grund insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung 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 Ende eines Kalendermonats gekündigt werden. Die Vertragspartner prüfen, ob eine Anschlussregelung getroffen werden kann.

## § 36 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung sonstiger rechtlicher 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 1 – Dokumentation

**zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms  
nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.01.2021 zwischen der  
KVBW und den Verbänden der Krankenkassen**

### Dokumentations-Datensatz

Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation  
entsprechend Anlage 8 der DMP-A-RL

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
<b>Anamnese- und Befunddaten</b>		
1	HbA1c-Wert	Wert in %/mmol/mol
2	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung	Nicht untersucht/Nein/Ja
2a	eGFR	ml/min/1,73m <sup>2</sup> KOF/nicht bestimmt
3	Fußstatus	1. Pulsstatus <sup>6)</sup> : unauffällig/auffällig/nicht untersucht 2. Sensibilitätsprüfung <sup>6)</sup> : unauffällig/auffällig/nicht untersucht 3. weiteres Risiko für Ulcus: Fußdeformität/ Hyperkeratose mit Einblutung/Z. n. Ulcus/Z. n. Amputation/ ja/nein/nicht untersucht 4. Ulkus: oberflächlich/ tief/nein/nicht untersucht 5. (Wund)Infektion: ja/nein/nicht untersucht
3a	Injektionsstellen (bei Insulintherapie)	unauffällig/auffällig/nicht untersucht
3b	Intervall für künftige Fußinspektionen (bei Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18.Lebensjahr)	jährlich/alle 6 Monate/ alle 3 Monate oder häufiger
4	Spätfolgen	Diabetische Nephropathie/Diabetische Neuropathie/Diabetische Retinopathie
<b>Relevante Ereignisse</b>		
5	Relevante Ereignisse <sup>2)</sup>	Nierenersatztherapie/Erblindung/Amputation/ Herzinfarkt/Schlaganfall/Keine der genannten Ereignisse
6	Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation <sup>3)</sup>	Anzahl
7	(weggefallen)	(weggefallen)
8	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation <sup>3)</sup>	Anzahl

## Anlage 1 – Dokumentation

**zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms  
nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.01.2021 zwischen der  
KVBW und den Verbänden der Krankenkassen**

### Dokumentations-Datensatz

<b>Medikamente</b>		
9	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Insulin oder Insulin-Analoga	Ja/Nein
10	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Glibenclamid	Ja/Nein/Kontraindikation
11	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Metformin	Ja/Nein/Kontraindikation
12	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: sonstige antidiabetische Medikation <sup>4)</sup>	Ja/Nein
13	Thrombozyten- aggregationshemmer	Ja/Nein/Kontraindikation/orale Antikoagulation
14	Betablocker	Ja/Nein/Kontraindikation
15	ACE-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation/ARG
16	HMG-CoA-Reduktase- Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation
17	Thiaziddiuretika, einschließlich Chlorthalidon	Ja/Nein/Kontraindikation
<b>Schulung</b>		
18	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung/Hypertonie-Schulung/Keine
18a	Schulungen schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen <sup>5)</sup>	Diabetes-Schulung/Hypertonie-Schulung/Keine
19	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
<b>Behandlungsplanung</b>		
20	HbA1c-Zielwert	Zielwert erreicht/Zielwert noch nicht erreicht
21	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit der letzten Dokumentation	Durchgeführt/Nicht durchgeführt/Veranlasst
22	Behandlung/ Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung	Ja/Nein/Veranlasst
23	Diabetesbezogene stationäre Einweisung	Ja/Nein/Veranlasst

## **Anlage 1 – Dokumentation**

**zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.01.2021 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen**

### **Dokumentations-Datensatz**

- 1) Angabe des schwerer betroffenen Fußes.
- 2) Hinweis für die Ausfüllanleitung: Bei der erstmaligen Dokumentation sind bereits stattgehabte Ereignisse zu dokumentieren, bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen sind neu aufgetretene Ereignisse zu dokumentieren.
- 3) Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.
- 4) Hinweis für die Ausfüllanleitung: In der Ausfüllanleitung soll auf die nachrangige Medikation gemäß Richtlinien-Text hingewiesen werden.
- 5) Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen. Die Angabe „Ja“ soll erfolgen, wenn zum Zeitpunkt der Einschreibung von einem hinreichenden Schulungsstand auszugehen ist.
- 6) Hinweis für die Ausfüllanleitung: Sofern unveränderliche auffällige Befunde bekannt sind, ist keine erneute Untersuchung notwendig. Diese Befunde sind in den folgenden Dokumentationen weiterhin als auffällig zu dokumentieren. Die Angabe „nicht untersucht“ soll nur erfolgen, wenn der Status nicht bekannt ist, weil keine Untersuchung stattgefunden hat.

## Anlage 1 – Dokumentation

**zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms  
nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.01.2021 zwischen der  
KVBW und den Verbänden der Krankenkassen**

### Dokumentations-Datensatz

Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)  
entsprechend Anlage 2 DMP-A-RL

Lfd.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
<b>Administrative Daten</b>		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der/des Versicherten	Nachname, Vorname
3	Geburtsdatum der/des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträgername	Name der Krankenkasse
5	Kostenträgerkennung	9 bzw. 7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung wegen	KHK/Diabetes mellitus Typ 1/Diabetes mellitus Typ 2/ Asthma bronchiale/COPD/chronische Herzinsuffizienz/ chronischer Rückenschmerz/Depression/Osteoporose
11	(weggefallen) <sup>1) 2)</sup>	
12	Geschlecht	Männlich/Weiblich/Unbestimmt/Divers
<b>Allgemeine Anamnese- und Befunddaten</b>		
13	Körpergröße	m
14	Körpergewicht	kg
15	Blutdruck <sup>3)</sup>	mm Hg
16	Raucher <sup>4)</sup>	Ja/Nein
17	Begleiterkrankungen	Arterielle Hypertonie/Fettstoffwechselstörung/Diabetes mellitus/KHK/AVK/Chronische Herzinsuffizienz/Asthma bronchiale/COPD/Keine der genannten Erkrankungen
18	(weggefallen)	

## Anlage 1 – Dokumentation

zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms  
nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.01.2021 zwischen der  
KVBW und den Verbänden der Krankenkassen

### Dokumentations-Datensatz

Behandlungsplanung		
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkasse	Tabakverzicht/Ernährungsberatung/ Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
21	(weggefallen)	

- 1) (weggefallen)
- 2) (weggefallen)
- 3) Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die wegen Asthma bronchiale eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen
- 4) Diese Angabe ist ab dem vollendeten 12. Lebensjahr verpflichtend und bei jüngeren Kindern nur optional auszufüllen.

## Anlage 2

### zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.01.2021 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen

#### 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"><li>- die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie oder Diabetologie (nach Einführung durch LÄK) besitzen <u>oder</u></li><li>- die Anerkennung als Diabetologe DDG besitzen <u>oder</u></li><li>- die Zusatzbezeichnung Diabetologie der Landesärztekammer erworben haben oder</li><li>- berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung „Arzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“ nach Kammerrecht zu führen oder</li><li>- das 80-stündige Curriculum der DDG <u>und</u> eine mindestens 2-jährige internistische Weiterbildung mit mindestens einjähriger Tätigkeit in einer Diabetesklinik oder einer anerkannten Einrichtung<sup>1</sup> nachweisen</li></ul> <p><u>ferner:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Information durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme</li><li>- Teilnahme mindestens einmal jährlich an einer diabetes-spezifischen zertifizierten Fortbildung</li><li>- Teilnahme an einem diabetesspezifischem Qualitätszirkel</li></ul> <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, 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 Blutglukosemessung nach der „BÄK-</p>

<sup>1</sup> Einrichtungen gemäß DDG bzw. Einrichtungen mit Weiterbildungsbefugnis „Diabetologie“ der zuständigen Ärztekammer

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
	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.
Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	<p><b>Qualifikation nicht-ärztliches Personal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschäftigung / Kooperation mit einer Diabetesberater/in DDG oder vergleichbaren Qualifikation in Vollzeit bzw. von mehreren Kräften mit mind. 20 Stunden/Woche in der Arztpraxis.</li> <li>- Als vergleichbare Qualifikation gilt eine mindestens zweijährige Tätigkeit als Diabetesassistent/in in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis/Einrichtung</li> </ul> <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"> <li>- mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen</li> <li>- Beschäftigung / Kooperation mit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- einem/r Oecothrophologen/in oder Diätassistenten/in</li> <li>- einem/r medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen</li> </ul> </li> </ul>
Apparative Ausstattung der Praxen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Blutdruckmessung gemäß internationalen Empfehlungen<sup>2</sup></li> <li>- 24 Stunden-Blutdruckmessung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards)</li> <li>- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur naßchemischen Blutglukosebestimmung<sup>3</sup> und HbA1c-Messung<sup>4</sup>,</li> <li>- EKG</li> <li>- Sonographie<sup>4/5</sup>, Doppler- oder Duplexsonographie<sup>4/5</sup></li> <li>- Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u.a. Doppler-Sonde 8-10 MHz)<sup>4/5</sup></li> </ul>

<sup>2</sup> 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)

<sup>3</sup> gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

<sup>4</sup> kann auch als Auftragsleistung vergeben werden

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

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
	- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

## 2 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 Fußerfassungsbogen, 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 Befunderhebung<sup>7</sup> 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

Notwendige (apparative) Ausstattung:

- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der peripheren Neuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)
- Doppler- oder Duplexsonographie<sup>8</sup>
- Behandlungsstuhl mit ausreichender Lichtquelle
- Photodokumentation

<sup>7</sup> mittels standardisiertem Fußerfassungsbogen z.B. der DDG. Die Dokumentation kann in Stichproben durch von der Gemeinsamen Einrichtung beauftragte Sachverständige überprüft werden.

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

- 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 einem/einer Diabetesberater/Diabetesberaterin DDG oder vergleichbaren Qualifikation in Vollzeit bzw. von mehreren Kräften mit jeweils mindestens 20 Stunden/Woche in der Arztpraxis, so dass mindestens eine Vollzeitstelle erreicht wird.

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

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

# **Anlage 3**

## **Versorgungsinhalte**

### **zu der Vereinbarung zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.01.2021 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen**

(entspricht der Anlage 1 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) mit den „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2“)

#### **Anlage 1     Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2**

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

##### **1.1     Definition des Diabetes mellitus Typ 2**

Als Diabetes mellitus Typ 2 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch Insulinresistenz in Verbindung mit eher relativem als absolutem Insulinmangel gekennzeichnet ist.

##### **1.2     Diagnostik (Eingangsd Diagnose)**

Die Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 2 gilt als gestellt, wenn die folgenden Kriterien erfüllt sind:

Bei Vorliegen typischer Symptome des Diabetes mellitus (z. B. Polyurie, Polydipsie, ansonsten unerklärlicher Gewichtsverlust): Nüchtern-Glukose vorrangig im Plasma (i. P.)  $\geq 7,0$  mmol/l ( $\geq 126$  mg/dl) oder Nicht-Nüchtern-Glukose i. P.  $\geq 11,1$  mmol/l ( $\geq 200$  mg/dl).

Bei Abwesenheit diabetischer Symptome:

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

- mindestens zweimaliger Nachweis von Nüchtern-Glukose i. P.  $\geq 7,0$  mmol/l ( $\geq 126$  mg/dl) oder
- mindestens zweimaliger Nachweis von Nicht-Nüchtern-Glukose i. P.  $\geq 11,1$  mmol/l ( $\geq 200$  mg/dl) oder
- HbA1c  $\geq 6,5$  % (47,5 mmol/mol) oder
- Nachweis von Glukose i. P.  $\geq 11,1$  mmol/l ( $\geq 200$  mg/dl)/2 Stunden nach oraler Glukosebelastung (75 g Glukose).

Die bevorzugte Diagnostik des Diabetes bleibt die Nüchternglukose-Bestimmung.

Die Messung von Plasmaglukose und HbA1c im Rahmen der Diagnostik des Diabetes mellitus sollte nur mit qualitätsgesicherten Labormethoden erfolgen.

Bei verdächtigem klinischen Bild und widersprüchlichen Messergebnissen ist die Diagnosestellung mittels oralem Glukosetoleranztest möglich. Es muss aber bedacht werden, dass dieser Test eine niedrige Reproduzierbarkeit hat. Die zur Einschreibung führenden Messungen dürfen nicht während akuter Erkrankungen (z. B. Infektionen) oder während der Einnahme das Ergebnis verfälschender Medikamente (z. B. Glukokortikoide) durchgeführt werden, es sei denn, die Einnahme dieser Medikamente ist wegen einer chronischen Erkrankung langfristig erforderlich. Die Unterscheidung zwischen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 erfolgt anhand der Anamnese und des klinischen Bildes, ist so jedoch nicht immer möglich. In Zweifelsfällen (z. B. Verdacht auf LADA, Latent Autoimmune Diabetes in Adults) können weitere Untersuchungen (z. B. die Messung von Diabetesantikörpern, insbesondere GAD-Antikörper) erforderlich sein.

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Nummer 3. Die Ärztin oder der Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und an der Umsetzung mitwirken kann.

### 1.3 Therapie des Diabetes mellitus Typ 2

#### 1.3.1 Therapieziele

Die Therapie dient der Erhöhung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung oder der Verbesserung der von einem Diabetes mellitus Typ 2 beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei sind in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten folgende individuelle Therapieziele 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.

#### 1.3.2 Differenzierte Therapieplanung

##### 1.3.2.1 Allgemein

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

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

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

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

### 1.3.2.2 Orientierungsgrößen für die antihyperglykämische Therapie

Zur Erreichung der individuellen Therapieziele sollen nach Möglichkeit zunächst, in der Regel mindestens für 3-6 Monate, nicht-medikamentöse Maßnahmen eingesetzt werden.

Das Ziel der antihyperglykämischen Therapie, gemessen am HbA1c-Bereich, ist individuell festzulegen. Hierbei muss unter Berücksichtigung der eingesetzten therapeutischen Maßnahmen ein positives Verhältnis zwischen Nutzen (Risikoreduzierung von Komplikationen) und Schaden (insbesondere schwere Hypoglykämien) zu erwarten sein:

- Unter Berücksichtigung der individuellen Therapieziele ist in der Regel eine Einstellung der Blutglukose entsprechend einem HbA1c-Bereich von 6,5 % bis 7,5 %, 47,5 mmol/mol bis 58,5 mmol/mol anzustreben. Worauf man in diesem Korridor abzielt, hängt unter anderem vom Alter und der Komorbidität der Patientin oder des Patienten ab.
- Eine Absenkung auf HbA1c-Werte unter 6,5 % (47,5 mmol/mol) kann erfolgen, so lange die Therapie mit lebensstilmodifizierenden Maßnahmen oder/und Metformin durchgeführt wird, da bei der Behandlung mit Metformin ein Nutzen in Bezug auf patientenrelevante Endpunkte belegt ist und kein erhöhtes Risiko für bedeutende Nebenwirkungen (Hypoglykämien) besteht.
- Bei älteren multimorbiden Patientinnen und Patienten mit einer eher kürzeren Lebenserwartung kann ein HbA1c-Ziel über 8 % (63,9 mmol/mol) bei gegebener Symptommfreiheit noch tolerabel sein. Die Symptommfreiheit, die in der Regel bei HbA1c-Werten bis 8,5 % (69,40 mmol/mol) gewährleistet ist und die Vermeidung von akuten hyperglykämischen Entgleisungen und schweren Hypoglykämien bestimmen die Blutzuckerziele.

### 1.3.3 Ärztliche Kontrolluntersuchungen

Die folgende Tabelle fasst die regelmäßig durchzuführenden Untersuchungen zusammen. Näheres ist in Nummer 1.7 beschrieben.

mindestens einmal jährlich	Berechnung der geschätzten (estimated) glomerulären Filtrationsrate (eGFR)
ein- oder zweijährlich (risikoabhängig, siehe Nummer 1.7.2.3)	augenärztliche Untersuchung einschließlich Netzhautuntersuchung in Mydriasis zum Ausschluss einer Retinopathie.
mindestens einmal jährlich  mindestens vierteljährlich, oder mindestens halbjährlich gemäß Befund siehe Tabelle Nummer 1.7.3.2	Inspektion der Füße einschließlich klinischer Prüfung auf Neuropathie und Prüfung des Pulsstatus  Untersuchung der Füße bei erhöhtem Risiko, einschließlich Überprüfung des Schuhwerks
vierteljährlich, mindestens halbjährlich	Blutdruckmessung

vierteljährlich, mindestens halbjährlich	HbA1c-Messung
vierteljährlich, mindestens halbjährlich	Bei insulinpflichtigen Patientinnen und Patienten Untersuchung der Spritzstellen auf Lipohypertrophie und der korrekten Injektionstechnik, bei starken Blutzuckerschwankungen auch häufiger

## 1.4 Basistherapie

### 1.4.1 Ernährungsberatung

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

### 1.4.2 Raucherberatung

Im Rahmen der Therapie klärt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patientinnen und die Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens und Passivrauchens für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 auf, verbunden mit den folgenden spezifischen Beratungsstrategien und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben:

- Der Raucherstatus soll bei jeder Patientin und jedem Patienten regelmäßig erfragt werden.
- Raucherinnen und Raucher sollen in einer klaren, starken und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Es ist festzustellen, ob Raucherinnen und Raucher zu dieser Zeit bereit sind, einen Ausstiegsversuch zu beginnen.
- Änderungsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Raucherentwöhnung angeboten werden. Dabei sollte ggf. auch eine Beratung zu deren Kombination mit medikamentösen Maßnahmen erfolgen.
- Es sollen Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.
- Ehemalige Raucherinnen und Raucher sollen in ihrer Karenz bestärkt werden.

### 1.4.3 Körperliche Aktivitäten

Die Ärztin oder der Arzt überprüft individuell, ob die Patientin oder der Patient von intensiveren Bemühungen um eine Gewichtskontrolle und um eine Steigerung der körperlichen Aktivität profitiert. Mögliche Interventionen müssen darauf ausgerichtet sein, die Patientin oder den Patienten zu motivieren, das erwünschte positive Bewegungsverhalten eigenverantwortlich und nachhaltig in ihren oder seinen Lebensstil zu integrieren.

### 1.4.4 Stoffwechselfelbstkontrolle

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

Auch außerhalb der Schulungsphase soll Patientinnen und Patienten eine angemessene Stoffwechselfbstkontrolle ermöglicht werden, sowie in speziellen Situationen auch denjenigen Patientinnen und Patienten, die ausschließlich mit oralen Antidiabetika therapiert werden.

## 1.5 Blutglukosesenkende medikamentöse Therapie

### 1.5.1 Grundsätze der Wirkstoffauswahl

Bei der Wirkstoffauswahl zur antidiabetischen Therapie sind neben der Beachtung von Zulassung, Verordnungsfähigkeit und Kontraindikationen prinzipiell folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- Beleg der Wirksamkeit anhand klinisch relevanter mikro- und makrovaskulärer Endpunkte
- Eignung von Wirkungsmechanismus, Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil (z. B. Risiko von Hypoglykämien und Gewichtszunahme), Arzneimittelinteraktionen und Pharmakokinetik für die individuelle Indikationsstellung
- individuelle Wirkung und Verträglichkeit
- Patientensicherheit
- individuelle Patientenbedürfnisse im Sinne eines „shared-decision-making“.

Kontrollierte Studien mit klinischen Endpunkten (Tod, Infarkt, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Amputation etc.) sind das wichtigste Instrument zum Wirksamkeitsnachweis einer Therapie und daher auch wichtigste Grundlage aller Therapieentscheidungen.

Antidiabetika mit gesicherter günstiger Beeinflussung klinischer Endpunkte:

- Metformin
- Sulfonylharnstoffe (SH) Glibenclamid und Gliclazid
- Insulin.

Antidiabetika ohne gesicherte günstige Beeinflussung klinischer Endpunkte:

- Alpha-Glukosidasehemmer
- DPP-4-Inhibitoren (Dipeptidyl-Peptidase-4-Inhibitoren, Gliptine)
- SGLT2-Inhibitoren (Gliflozine), außer Empagliflozin in der unten genannten Indikation
- Glinide
- GLP-1-Rezeptoragonisten (Inkretinmimetika, GLP-1-Analoga) außer Liraglutid in der unten genannten Indikation
- Andere Antidiabetika ( z.B. Glimepirid).

Patientinnen und Patienten mit manifester kardiovaskulärer Erkrankung, die mit Medikamenten zur Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren behandelt werden, können bei unzureichender Kontrolle des Diabetes mellitus / bei unzureichender Blutzuckerkontrolle von Empagliflozin oder Liraglutid in Kombination mit mindestens einem weiteren oralen Antidiabetikum und/oder mit Insulin profitieren.

### 1.5.2 Primärtherapie (Monotherapie)

Metformin ist bevorzugt zu verwenden. Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid und Gliclazid) können als Alternative bei Unverträglichkeiten gegenüber Metformin eingesetzt werden. Eine Überlegenheit für Insulin als Ersttherapie gegenüber diesen oralen Antidiabetika in Monotherapie ist nicht belegt. Bei hohem Ausgangsblutzucker und HbA1c-Wert und

erforderlicher starker Wirkung kann auch im Rahmen der Ersttherapie der Einsatz von Insulin notwendig sein.

### 1.5.3 Therapieeskalation/Kombinationstherapie

Reicht die primäre Monotherapie nicht aus, um das HbA1c-Ziel zu erreichen, kann eine Kombination mehrerer Antidiabetika helfen, den Blutzucker besser zu kontrollieren. Für entsprechende Therapieregime sind Langzeitstudien zu berücksichtigen, die einen Nutzen in Bezug auf klinische Endpunkte bzw. die Langzeitsicherheit belegen. Eine Nutzen-Schaden-Abwägung muss sorgfältig vorgenommen werden.

### 1.6 Behandlung hyper- und hypoglykämischer Stoffwechsellentgleisungen

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

Für Patientinnen und Patienten, bei denen Symptommfreiheit das vorrangig vereinbarte Therapieziel ist, ist das Ausmaß der Blutglukosesenkung individuell anzupassen, um z. B. folgenschwere Hypoglykämien zu vermeiden.

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

### 1.7 Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus Typ 2

#### 1.7.1 Makroangiopathie

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

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

- Lebensstil verändernde Maßnahmen (z. B. Tabakverzicht, körperliche Aktivität und gesunde Ernährung),
- antihypertensive Therapie (zur Primär- und Sekundärprävention),
- Statingabe (zur Sekundärprävention und nach individueller Risikoabschätzung zur Primärprävention),
- Thrombozytenaggregationshemmer (nur zur Sekundärprävention).

#### 1.7.1.1 Antihypertensive Therapie

##### Arterielle Hypertonie bei Diabetes mellitus Typ 2: Definition und Diagnosestellung

Wenn nicht bereits eine Hypertonie bekannt ist, sollte wegen der erhöhten Koinzidenz mit dem Typ 2 Diabetes der Blutdruck vierteljährlich, mindestens halbjährlich, gemessen werden. Die Diagnose kann wie folgt gestellt werden:

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

Die Blutdruckmessung ist methodisch standardisiert gemäß den internationalen Empfehlungen durchzuführen. Bei Unsicherheiten hinsichtlich der Diagnosestellung auf der Basis von in medizinischen Einrichtungen erhobenen Blutdruckwerten sollten diese durch Selbst- bzw. Langzeitblutdruck-Messungen ergänzt werden.

### Sekundäre Hypertonie

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

### Therapieziele

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

### Basistherapie

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

### Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm

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

### Medikamentöse Maßnahmen bei Hypertonie

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

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

#### 1.7.1.2 Statintherapie

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 mit einer manifesten koronaren Herzkrankheit, peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und nach ischämischem Schlaganfall sollen mit einem Statin behandelt werden.

In der Primärprävention sollte bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und einem stark erhöhten Risiko für makroangiopathische Komplikationen die Therapie mit einem Statin erwogen werden.

#### 1.7.1.3 Thrombozytenaggregationshemmer

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

### 1.7.2 Mikrovaskuläre Komplikationen

#### 1.7.2.1 Allgemeinmaßnahmen

Für Patientinnen und Patienten mit dem Therapieziel der Vermeidung von mikrovaskulären Folgeerkrankungen (vor allem diabetische Retinopathie und Nephropathie) ist über einen

langjährigen Zeitraum die Einstellung auf Blutzuckerwerte möglichst – sofern dies nach Risiko-Nutzen-Abwägung sinnvoll ist- nahe am Normbereich notwendig.

Bereits bestehende mikrovaskuläre Komplikationen können insbesondere zu folgenden Folgeschäden führen, die einzeln oder gemeinsam auftreten können: Sehbehinderung bis zur Erblindung, Niereninsuffizienz bis zur Dialylenotwendigkeit. Zur Hemmung der Progression ist die Einstellung auf Blutzucker- und Blutdruckwerte möglichst nahe am Normbereich sinnvoll. Es soll jedoch vor der Einleitung einer Therapie und im Verlauf eine individuelle Risikoabschätzung gemäß Nummer 1.3.2 erfolgen. Das Sterblichkeitsrisiko kann insbesondere bei Vorliegen kardiovaskulärer Erkrankungen unter einer intensivierten Therapie zunehmen.

#### 1.7.2.2 Nephropathie bei Diabetes mellitus Typ 2

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

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

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

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

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

Wenn eine diabetische Nephropathie diagnostiziert wurde, werden folgende Interventionen im Hinblick auf die Vermeidung der Progression und Nierenersatztherapie empfohlen:

- Blutglukoseeinstellung möglichst nahe am Normbereich,
- Blutdruckeinstellung systolisch unter 140 mmHg und diastolisch unter 90 mmHg,
- Tabakverzicht und
- die Empfehlung einer angepassten Eiweißaufnahme.

Patientinnen und Patienten mit einer bereits vorhandenen Einschränkung der eGFR neigen zu Hypoglykämien. Der HbA1c-Zielwert ist in Abhängigkeit von Komorbidität und Therapiesicherheit individuell einzustellen. Bei Vorliegen makroangiopathischer Komplikationen sollte der HbA1c-Zielwert auf 7,0 -7,5 % (53 -58 mmol/mol) angehoben werden. Die Datenlage zur anzustrebenden Höhe des Blutdrucks ist bei einer Niereninsuffizienz der Stadien 4 und höher unklar.

#### 1.7.2.3 Diabetesassoziierte Augenerkrankungen

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 können im Erkrankungsverlauf diabetesassoziierte Augenkomplikationen (z. B. diabetisch bedingte Retinopathie und Makulopathie) erleiden. Zur Früherkennung ist für alle in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte in Abhängigkeit vom Risikoprofil ein-

oder zweijährlich eine augenärztliche Untersuchung einschließlich Netzhautuntersuchung in Mydriasis durchzuführen.

Wenn eine diabetesassoziierte Augenkomplikation diagnostiziert wurde, sind Interventionen vorzusehen, für die ein Nutznachweis im Hinblick auf die Vermeidung einer Sehverschlechterung / Erblindung erbracht ist. Dazu zählen eine Blutglukose- und Blutdruckeinstellung möglichst nahe am Normbereich sowie eine rechtzeitige und adäquate augenärztliche Behandlung.

### 1.7.3 Folgeerkrankungen ohne eindeutige Zuordnung zu mikro- bzw. makrovaskulären Komplikationen

#### 1.7.3.1 Diabetische Neuropathie

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

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

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

#### 1.7.3.2 Das diabetische Fußsyndrom

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

Anamnese und Untersuchung auf Neuropathie und pAVK sollen mindestens einmal jährlich erfolgen.

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

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

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

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

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

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

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

#### 1.7.4 Psychosoziale Betreuung

Im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 ist ihre psychosoziale Situation einzubeziehen. Mangelnde Krankheitsbewältigung oder Motivation sowie fehlender sozioemotionaler Rückhalt bis hin zu Problemen am Arbeitsplatz sind unter anderem zu berücksichtigen.

Bei Bedarf werden Bezugs- und/oder Betreuungspersonen in die Behandlung einbezogen. Es soll ein Hinweis auf die Möglichkeiten der organisierten Selbsthilfe gegeben werden.

Eine psychosoziale Betreuung ist an die individuelle Situation der Patientin oder des Patienten (Krankheitsphase, Therapieverfahren etc.) anzupassen.

#### 1.7.5 Psychische Komorbiditäten

Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren ist das Vorliegen von psychischen Komorbiditäten (z. B. Anpassungsstörungen, Angststörungen usw.) zu beachten. Durch die Ärztin oder den Arzt ist zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen profitieren können. Bei psychischen Krankheiten sollte die Behandlung derselben durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

Eine Depression als häufige und bedeutsame Komorbidität sollte besondere Beachtung finden.

#### 1.7.6 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

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

Die Ärztin oder der Arzt soll mindestens jährlich sämtliche von der Patientin oder dem Patienten tatsächlich eingenommene Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, strukturiert erfassen und deren mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen berücksichtigen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können. Im Rahmen dieser strukturierten Arzneimittelerfassung kann auch eine Prüfung der Indikation für die einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren an der ärztlichen Behandlung Beteiligten durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt erforderlich werden. Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine Arzneimittelverordnung im Rahmen einer Priorisierung gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden. In der Patientinnen- oder Patientenakte soll ein aktueller Medikationsplan vorhanden sein. Dieser soll der Patientin oder dem Patienten oder einer Betreuungsperson in einer für diese verständlichen Form zur Verfügung gestellt und erläutert werden.

Sofern bei der jährlichen Berechnung der glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel (eGFR) (vgl. Nummer 1.3.3 und 1.7.2.2) eine Einschränkung der Nierenfunktion festgestellt wird, sind renal eliminierte Arzneimittel in der

Dosis anzupassen bzw. abzusetzen. Das Untersuchungsintervall ist gegebenenfalls entsprechend der Nierenfunktion anzupassen.

## 1.8 Kooperation der Versorgungssektoren

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

### 1.8.1 Koordinierende Ärztin / Koordinierender Arzt

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

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 eine diabetologisch qualifizierte, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin oder einen diabetologisch qualifizierten, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 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 die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

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

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

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

- zur augenärztlichen Untersuchung, insbesondere der Untersuchung der Netzhaut in Mydriasis zum Ausschluss einer diabetischen Augenkomplikation bei Diagnosestellung des Diabetes mellitus Typ 2 (vgl. Nummer 1.7.2.3),
- bei einer Einschränkung der Nierenfunktion mit einer eGFR auf weniger als 30 ml/min oder bei deutlicher Progression einer Nierenfunktionsstörung (jährliche Abnahme der eGFR um mehr als 5 ml/min) zur nephrologisch qualifizierten Ärztin, zum nephrologisch qualifizierten Arzt oder zur nephrologisch qualifizierten Einrichtung,
- Bei Fuß-Läsionen Wagner/Armstrong A 2-5, B 2-5, C 1-5 und D 1-5 und/oder bei Verdacht auf Charcot-Fuß und/oder bei fehlender Wundheilung in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung. D.h. bei oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulcera (mit oder ohne Wundinfektion, mit oder ohne Ischämie) sowie bei Verdacht auf Charcot-Fuß,
- bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft in eine in der Behandlung von Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 2 erfahrene qualifizierte Einrichtung.

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

- bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie zur diabetologisch besonders qualifizierten Ärztin, zum diabetologisch besonders qualifizierten Arzt oder zur diabetologisch besonders qualifizierten Einrichtung,
- bei allen diabetischen Fuß-Läsionen in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,
- bei Nicht-Erreichen eines Blutdruckwertes systolisch < 140 mmHg und diastolisch < 90 mmHg innerhalb eines Zeitraums von höchstens sechs Monaten an eine in der Hypertoniebehandlung qualifizierte Ärztin, einen in der Hypertoniebehandlung qualifizierten Arzt oder eine in der Hypertoniebehandlung qualifizierte Einrichtung,
- bei Nicht-Erreichen des in Abhängigkeit vom Therapieziel individuell festgelegten HbA1c-Zielwertes innerhalb eines Zeitraumes von höchstens sechs Monaten zu einer diabetologisch besonders qualifizierten Ärztin, einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt oder einer diabetologisch besonders qualifizierten Einrichtung.

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

### 1.8.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

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

- Notfallindikation (in jedes Krankenhaus),
- bedrohlichen Stoffwechselstörungen,
- infiziertem diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese oder akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation,
- infiziertem diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese oder akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation,
- diabetischen Fußwunden, die trotz spezialisierter Therapie nicht ausheilen oder gar eine Verschlechterung zeigen, insbesondere wenn eine Fußentlastung ambulant nicht möglich oder erfolgreich ist, und bei Wunden, die Interventionen bedürfen (z.B. parenterale Medikation, Gefäß- oder Knochenoperation),
- gegebenenfalls zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus Typ 2.

Bei Nicht-Erreichen des in Abhängigkeit vom Therapieziel individuell festgelegten HbA1c-Zielwertes nach spätestens 12 Monaten ambulanter Behandlung soll geprüft werden, ob die Patientin oder der Patient von einer stationären Diagnostik und Therapie in einem diabetologisch qualifizierten Krankenhaus profitieren kann.

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

### 1.8.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

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

## 2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V)

Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser Richtlinie geregelt.

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Qualitätsziel	Qualitätsindikator
Hoher Anteil von Patientinnen und Patienten, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird	Anteil von Patientinnen und Patienten, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten
Niedriger Anteil von Patientinnen und Patienten mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5%	Anteil von Patientinnen und Patienten mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5% (69mmol/mol), bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten
Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechsellentgleisungen	Anteil der Patientinnen und Patienten mit schweren Hypoglykämien in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten
Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlung wegen Diabetes mellitus Typ 2	Anteil der Patientinnen und Patienten mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes mellitus, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten
Hoher Anteil normotensiver Patientinnen und Patienten bei Patientinnen und Patienten mit bekannter Hypertonie	Anteil der Patientinnen und Patienten mit Blutdruckwerten kleiner gleich 139 mmHg systolisch und kleiner gleich 89 mmHg diastolisch bei bekannter Hypertonie an allen eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit bekannter Hypertonie
Niedriger Anteil von Patientinnen und Patienten mit einem systolischen Blutdruck größer als 150mmHg	Anteil der Patientinnen und Patienten mit systolischem Blutdruck größer als 150mmHg, bezogen auf alle Patientinnen und Patienten mit bekannter Hypertonie
Hoher Anteil geschulter Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"><li>- Anteil der Patientinnen und Patienten mit Hypertonie, die an einer Hypertonieschulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben an den bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Patientinnen und Patienten</li><li>- Anteil der Patientinnen und Patienten, die an einer Diabetesschulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben an den bei DMP-Einschreibung noch</li></ul>

	ungeschulten Patientinnen und Patienten
Einhaltung der Kooperationsregeln	Anteil der Patientinnen und Patienten mit Fußläsionen mit 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 veranlasst wurde
Hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion	Anteil der Patientinnen und Patienten mit jährlicher Bestimmung der eGFR
Hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie	Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Patientinnen und Patienten mit AVK, KHK oder Schlaganfall.
Hoher Anteil an Teilnehmern, bei denen mindestens 1x jährlich der Fußstatus komplett untersucht wurde	Anteil der Patientinnen und Patienten, die mindestens 1x jährlich eine komplette Untersuchung des Fußstatus erhalten haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten
Hoher Anteil von Patientinnen und Patienten mit Ulkus, bei denen der Pulsstatus untersucht wurde	Anteil von Patientinnen und Patienten mit einem Ulkus, bei denen gleichzeitig der Pulsstatus untersucht wurde, an allen Patientinnen und Patienten mit einem Ulkus
Hoher Anteil von Teilnehmern, bei denen angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festgelegt wurden	Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festgelegt wurden, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten
Hoher Anteil von mit Metformin behandelten Patientinnen und Patienten bei Patientinnen und Patienten unter Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum	Anteil der Patientinnen und Patienten, die Metformin erhalten, bezogen auf alle Patientinnen und Patienten unter Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum
Hoher Anteil an regelmäßigen augenärztlichen Untersuchungen.	Anteil der in den letzten 24 Monaten augenärztlich untersuchten Patientinnen und Patienten, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten

### **3 Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V)**

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

#### **3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser Richtlinie geregelt.

#### **3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

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

Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes werden nicht in dieses strukturierte Behandlungsprogramm aufgenommen.

### **4 Schulungen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V)**

#### **4.1 Schulungen der Ärztinnen oder Ärzte**

Die Anforderungen an die Schulungen der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

#### **4.2 Schulungen der Versicherten**

Die Anforderungen an die Schulungen der Versicherten sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

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

### **5 Evaluation (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V)**

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

- a. Tod,
- b. Herzinfarkt
- c. Schlaganfall,
- d. Amputation,
- e. Erblindung,
- f. Nierenersatztherapie,
- g. Diabetische Nephropathie,
- h. Diabetische Neuropathie,
- i. Diabetisches Fußsyndrom,
- j. KHK,
- k. pAVK,
- l. Diabetische Retinopathie,

- m. Raucherquote allgemein,
- n. Raucherquote im Kollektiv der Raucher,
- o. Blutdruck bei Patienten mit Hypertonie,
- p. HbA1c-Werte,
- q. Schulungen (differenziert nach Diabetes- und Hypertonie-Schulungen)

## **Anlage 4 Qualitätssicherung**

zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.01.2021 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen

### **QUALITÄTSSICHERUNG DIABETES MELLITUS TYP 2 auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL**

#### **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.

**Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)**

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
<p>I. Hoher Anteil von Teilnehmern, deren individuell vereinbarter HbA1c-Zielwert erreicht wird</p>	<p>Anteil der Teilnehmer deren individuell vereinbarter HbA1c-Zielwert erreicht wird, bezogen auf alle Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> ≥ 60%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 20 ISD (HbA1c-Zielwert) = „Zielwert erreicht“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit ≥ 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
II. Niedriger Anteil von Teilnehmern mit einem HbA1c-Wert > 8,5% (69mmol/mol)	<p>Anteil der Teilnehmer mit einem HbA1c-Wert &gt; 8,5% (69mmol/mol) bezogen auf alle Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> ≤ 10% (kann regionenspezifisch nach oben abweichen)</p> <p><i>optional zusätzlich:</i> <i>Anteil der Teilnehmer mit einem HbA1c von &gt; 8,5% an allen Teilnehmern mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer</i></p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 1 ISD (HbA1c-Wert) a) &gt; 8,5% (69 mmol/mol) b) &gt; 7,5% (58 mmol/mol) ≤ 8,5% (69 mmol/mol) c) ≥ 6,5% (48 mmol/mol) ≤ 7,5% (58 mmol/mol) d) &lt; 6,5% (48 mmol/mol)</p> <p><u>Nenner:</u> Alle 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
III. Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechsellentgleisungen	<p>Anteil der Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> &lt;1%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 6 ISD (Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation) &gt; 0 während der letzten 12 Monate</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit ≥ 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback mit Nennung der Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien und Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts <sup>1</sup>

<sup>1</sup> praxisbezogene Angaben zur Häufigkeit sind aufgrund der geringen Inzidenz nicht sinnvoll

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
IV. Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlung wegen Diabetes mellitus Typ 2	Anteil der Teilnehmer mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes mellitus in den letzten 6 Monaten bezogen auf alle Teilnehmer  <u>Zielwert:</u> <1 %	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 8 ISD (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation) >0 während der letzten 6 Monate  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit ≥ 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 <sup>2</sup>
V. Hoher Anteil an normotensiven Teilnehmern mit bekannter Hypertonie	Anteil der Teilnehmer mit Blutdruckwerten systolisch ≤ 139 mmHg und diastolisch ≤ 89mmHg bezogen auf alle Teilnehmer mit bekannter Hypertonie <u>Zielwert:</u> ≥ 45 %  <i>optional zusätzlich:</i> <i>Anteil normotoner Teilnehmer (Blutdruckwerte ≤139 mmHg syst. und ≤ 89mmHg diast.) unter den Teilnehmern mit bekannter arterieller Hypertonie mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer</i>  <u>Zielwert:</u> ≥ 45%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch ≤139 und diastolisch ≤ 89 mmHg  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“  <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
VI. Niedriger Anteil von Teilnehmern mit	Anteil der Teilnehmer mit systolischem Blutdruck >	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 15 AD	Entsprechend dem Zeitintervall, das der	LE: Information über das Feedback

<sup>2</sup> praxisbezogene Angaben zur Häufigkeit sind aufgrund der geringen Inzidenz nicht sinnvoll

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
einem systolischen Blutdruck > 150mmHg	150mmHg, bezogen auf alle Teilnehmer mit bekannter Hypertonie  Zielwert: ≤ 15%	(Blutdruck) systolisch > 150 mmHg  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“	Feedbackbericht erfasst	
VII. Hoher Anteil geschulter Teilnehmer	a) Anteil der Teilnehmer, die an einer Diabetes-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmer  b) Anteil der Teilnehmer mit Hypertonie, die an einer Hypertonie-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmer mit bekannter Hypertonie.  Zielwert: Nicht festgelegt	a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulungen wahrgenommen) = „Ja“ seit Beginn der DMP-Teilnahme  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer  b) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulungen wahrgenommen) = „Ja“ seit Beginn der DMP-Teilnahme UND Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
	<b>AB 01.01.2019 ZUSÄTZLICH AUSZUWERTEN</b>	<b><u>AB 01.01.2019 ZUSÄTZLICH AUSZUWERTEN</u></b>		

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

<p>VIII. Einhaltung der Kooperationsregeln</p>	<p>Anteil der Teilnehmer mit Fußläsionen mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulzera (mit oder ohne (Wund)infektion, mit oder ohne Ischämie), bei denen eine Behandlung/Mitbehandlung in einer für das diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung veranlasst wurde</p> <p>Zielwert: <math>\geq 65\%</math></p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = "4. Ulkus: tief" sowie Angabe in Feld 22 ISD (Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabet. Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung) = „Ja“ oder „Veranlasst“</p> <p><u>ODER</u></p> <p>Anzahl der 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 Diabet. Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung) = „ja“ oder veranlasst“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Teilnahmedauer <math>\geq 6</math> Monate</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>
<p>IX. Hoher Anteil an Teilnehmern mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion</p>	<p>Anteil der Teilnehmer mit jährlicher Bestimmung der eGFR bezogen auf alle Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> <math>\geq 90\%</math></p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der 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 <math>\geq 12</math> Monate</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>
<p>X. Hoher Anteil an Teilnehmern mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie</p>	<p>Anteil der Teilnehmer, die einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Patienten mit AVK, KHK oder Schlaganfall ohne Kontraindikationen und ohne Antikoagulation.</p> <p><u>Zielwert:</u></p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 13 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „AVK“ und/oder „KHK“ und/oder</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>

	≥ 80%	„Schlaganfall“ und/oder „Herzinfarkt“  und <u>nicht</u> mit Feld 13 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „Kontraindikation“ UND / ODER „Orale Antikoagulation“		
XI. Hoher Anteil an Teilnehmern, bei denen mindestens 1x jährlich der Fußstatus komplett untersucht wurde	Anteil der Teilnehmer, die mindestens 1x jährlich eine komplette Untersuchung des Fußstatus erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmer  Zielwert: ≥ 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit mindestens einmal in den letzten 12 Monaten mit Angaben im Feld 3 ISD (Fußstatus) = „1. Pulsstatus bis 5. (Wund)infektion“, die NICHT „nicht untersucht“ lautet  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
XII. Hoher Anteil von Teilnehmern mit Ulkus, bei denen der Pulsstatus untersucht wurde	Anteil von Teilnehmern mit einem Ulkus, bei denen gleichzeitig der Pulsstatus untersucht wurde, an allen Patienten mit einem Ulkus  Zielwert: ≥ 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der 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 Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = 4. Ulkus: „oberflächlich“ oder „tief“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
XIII. Hoher Anteil von Teilnehmern, bei denen angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festgelegt wurden	Anteil der Teilnehmer, bei denen angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festgelegt wurden, bezogen auf alle Teilnehmer mit Sensibilitätsstörung  Zielwert: ≥ 80%	<u>Zähler:</u>  Anzahl der Teilnehmer mit:  Alter > = 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“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

		<p>ODER</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) =</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pulsstatus: „Unauffällig“ UND</li> <li>2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND</li> <li>3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nein“</li> </ol> <p>UND</p> <p>Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“</p> <p>ODER</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) =</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pulsstatus: „Auffällig“ UND</li> <li>2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND</li> <li>3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nein“</li> </ol> <p>ODER „Nicht untersucht“ UND</p> <p>Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“</p> <p>ODER</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) =</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND</li> <li>3. weiteres Risiko für Ulkus: nicht gleich „Nein“ UND nicht gleich „nicht untersucht“ UND</li> </ol> <p>Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“</p> <p>Nenner:</p> <p>Anzahl der Teilnehmer mit:</p> <p>Alter &gt; = 18 Jahre UND</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) =</p>		
--	--	---	--	--

		2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 4. Ulkus: „Nein“ UND 5. (Wund)Infektion: „Nein“		
XIV. Hoher Anteil von mit Metformin behandelten Teilnehmern unter Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum	Anteil der Teilnehmer, die Metformin erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer unter Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum  <u>Zielwerte:</u> ≥ 70%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 11 ISD (Metformin) = „ja“  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 10 ISD (Glibenclamid)= „ja“ oder Feld 11 ISD (Metformin)= „ja“ ODER Feld 12 ISD (sonst. Antidiabetische Medikation)= „ja“ und mit Feld 9 ISD (Insulin oder Insulin-Analoga)= „nein“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
XV. Hoher Anteil an regelmäßigen augenärztlichen Untersuchungen	Anteil der in den letzten 24 Monaten augenärztlich untersuchten Teilnehmern, bezogen auf alle Teilnehmer  <u>Zielwerte:</u> ≥ 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit mindestens einer Angabe in Feld 21 ISD (ophthalmologische Netzhautuntersuchung) = „durchgeführt“ in den letzten 24 Monaten  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Teilnahmedauer ≥ 24 Monate	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
XVI. Sicher-stellung von Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation	Anteil der beim ersten Eingang vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen  <u>Zielwert:</u> ≥95%	<u>Zähler:</u> Anzahl der bei Ersteingang vollständigen und plausiblen Dokumentationen  <u>Nenner:</u> Anzahl aller eingegangenen Dokumentationen im Berichtszeitraum	Wenn nicht alle erforderlichen Daten-Felder der Dokumentation vollständig und plausibel ausgefüllt sind	LE: Bitte um Nachlieferung der fehlenden oder unplausiblen Dokumentationsparameter  Auswertung im Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung

## 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) $\geq 2$	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) > 139mmHg syst. oder > 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 Ulcus „Fußdeformität“ und/oder „Hyperkeratose mit Einblutung“ und/oder „Z. n. Ulcus“ oder „Z. n. Amputation“= ein oder mehrmals angegeben ist,</p> <p>und/oder</p> <p>die Angabe zu 4. Ulcus = „oberflächlich“ oder „tief“ = ein oder mehrmals angegeben ist,</p> <p>und/oder</p> <p>die Angabe zu 5. (Wund)infektion = ja ein oder mehrmals angegeben ist</p>	
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 DMP-A-RL**

## **Abkürzungen**

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







# Eine Information zum Datenschutz

## 1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

## 2 Welche Daten werden erhoben?

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

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

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

## 3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

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

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

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

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

### 3.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

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

### **3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?**

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

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

### **3.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?**

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

### **3.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?**

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

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

### **3.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)**

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

# Strukturiertes Behandlungsprogramm

## Eine Information für Patienten

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

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

Die wesentlichen Therapieziele bei chronischen Erkrankungen sind:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma*	COPD
<p><b>Vermeidung</b> von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– typischen Symptomen wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen</li> <li>– Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können</li> <li>– von Nervenschädigungen und dem diabetischen Fuß-Syndrom</li> <li>– Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung)</li> </ul> <p><b>Senkung</b> Ihres Schlaganfall- und Herzinfarktrisikos</p>	<p><b>Senkung des Risikos</b> eines Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden</p> <p><b>Erhaltung</b> Ihrer Belastungsfähigkeit.</p>	<p><b>Vermeidung/Reduktion</b> von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Asthma-Anfälle, akute Verschlimmerungen (z. B. durch Infekte)</li> <li>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des Voranschreitens der Krankheit</li> <li>– unerwünschten Wirkungen der Therapie</li> <li>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen</li> </ul> <p>bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität</p> <p><b>Reduktion</b> der Sterblichkeit</p> <p>Adäquate <b>Behandlung von Begleiterkrankungen</b></p> <p>Erlernen von <b>Selbstmanagementmaßnahmen</b></p>	<p><b>Vermeidung/Reduktion</b> von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Krankheitszeichen, Verschlimmerungen sowie des Auftretens von Begleit- und Folgeerkrankungen</li> <li>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des raschen Voranschreitens der Krankheit</li> </ul> <p>bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie</p> <p>Angemessene Behandlung von Begleiterkrankungen</p> <p><b>Reduktion</b> der Sterblichkeit</p>

\* Bei Kindern im Alter von 1 bis 5 Jahren dient die Einschreibung der Kontrolle der Beschwerden, dabei lässt diese aber noch keine endgültige Aussage über den weiteren Verlauf der Krankheitssymptome zu. Entsprechend werden mindestens einmal jährlich diese Symptome überprüft und eine mögliche Beendigung der Teilnahme an dem DMP Asthma bronchiale in Erwägung gezogen.

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

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

### Die medizinische Behandlung

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

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diabetes Typ 2: Metformin, Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid und Gliclazid)</li> <li>– Diabetes Typ 1 und Typ 2: Insuline</li> <li>– bei hohem Blutdruck: Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer</li> <li>– Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Betablocker, evtl. mit Nitraten, Kalziumantagonisten</li> <li>– ACE-Hemmer (bei Herzschwäche, hohem Blutdruck, und nach Infarkt)</li> <li>– Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)</li> <li>– Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (z. B. ASS).</li> </ul>	<p><b>Medikamente zur Dauertherapie</b> vorwiegend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Glukokortikosteroide (zum Inhalieren)</li> <li>– inhalative langwirksame Beta-2-Sympathomimetika (bei Erwachsenen und in Kombination mit inhalativen Glukokortikosteroiden bei Kindern ab 4 Jahren)</li> <li>– Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten (bei Kindern und Jugendlichen)</li> <li>– Kombination von inhalativen Glukokortikosteroiden und Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten (bei Kindern und Jugendlichen)</li> </ul>	<p><b>Medikamente zur Dauertherapie</b> vorwiegend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– lang wirksame Anticholinergika</li> <li>– lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika</li> <li>– Kombination lang wirksamer Anticholinergika und lang wirksamer Beta-2-Sympathomimetika</li> </ul> <p>Im <b>Bedarfsfall</b> zusätzlich <b>Medikamente der Bedarfstherapie</b> (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika</li> <li>– kurz wirksame Anticholinergika</li> </ul>

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
– zur Linderung von Beschwerden infolge der diabetischen Nervenschädigungen: Antidepressiva und Antiepileptika, soweit diese auch für die Schmerztherapie zugelassen sind, sowie Opioide		<p>Im <b>Bedarfsfall</b> zusätzlich <b>Medikamente der Bedarfstherapie</b> (werden nur dann eingenommen, wenn akute Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)</li> <li>– systemische Glukokortikosteroide</li> <li>– kurz wirksame Anticholinergika</li> <li>– Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)</li> </ul>	– eine Kombination aus kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika

### Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

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

### Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

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

### Wie können Sie aktiv mitwirken?

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

### Was Ihre Krankenkasse für Sie tut!

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

### Teilnahmevoraussetzungen

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

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

### Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

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

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

## Anlage 6

zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.01.2021 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen

### 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 Typ2

###### 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: A 1756-A 1757)

(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 er al. Diabetes Care Vol. 18, No. 5, May 1995; 5623.02395/2002; 02.12.2004);

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

###### 1.2.4 Linda-Diabetes-Selbstmanagementschulung

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

##### 1.3 Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2 und essentieller Hypertonie

###### 1.3.1 Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)

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

## Anlage 6

zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.01.2021 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen

### Schulung der Versicherten

#### 1.3.2 Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

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

#### 1.3.3 Modulare Bluthochdruckschulung IPM (Institut für Präventive Medizin)

(Danzer-E, Gallert-K, Friedrich-A, Fleischmann-EH, Walter-H, Schmieder-RE: Ergebnisse der intensiv-Hypertonieschulung des Instituts für präventive Medizin. Deutsche Medizinische Wochenschrift 125 (2000)).

#### 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-

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

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 KVBW prüft gemäß § 3 Abs. 4 Nr. 5 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 KVBW eine Genehmigung.

# Anlage 7

## Leistungserbringerverzeichnis

zu der Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach §137f SGB V DMP Diabetes Mellitus Typ 2 (ambulanter Sektor)  
in Kraft ab 01.01.2021 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen

### 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)

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

14 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

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

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

# Anlage 7 Leistungserbringerverzeichnis

**zu der Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach §137f SGB V DMP Diabetes Mellitus Typ 2 (ambulanter Sektor)  
in Kraft ab 01.01.2021 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen**

23 = HyPOS (als Ergänzung einer Basisschulung)

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.

\*\* 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).

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

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

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

## Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung an der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Diabetes mellitus Typ 2 auf der Grundlage des § 83 SGB V zwischen der KV Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg, dem BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg, der Knappschaft, der IKK classic sowie den durch den Verband der Ersatzkassen (vdek) vertretenen Krankenkassen (Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 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:**

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

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

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

_____	_____
Fachgebiet	Schwerpunkt
Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:	
_____	
Datum Tätigkeitsaufnahme	

_____	_____
E-Mail	Telefon

**Wohnanschrift**

_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort

**Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus**

_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: <http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaets-sicherung/genuehmigungspflichtige-leistungen/>

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

Zutreffendes bitte ankreuzen:



## 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)

## 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)
- Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie oder Diabetologie
- Anerkennung als Diabetologe DDG
- Berechtigung der Zusatzbezeichnung Diabetologie der Landesärztekammer (LÄK)
- Nachweis über das 80-stündige Curriculum der DDG und eine mindestens 2-jährige internistische Weiterbildung mit mindestens einjähriger Tätigkeit in einer Diabetesklinik oder einer anerkannten Einrichtung gem. DDG bzw. Einrichtungen mit Weiterbildungsbefugnis „Diabetologie“ der zuständigen Ärztekammer

### Fachliche Voraussetzungen des nicht-ärztlichen Personals

Ich erfülle folgende Voraussetzungen:

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

- Beschäftigung/Kooperation mit einem/r Diabetesberater/in DDG

und/oder

- Beschäftigung/Kooperation mit einer Fachkraft mit vergleichbarer Qualifikation. Als vergleichbare Qualifikation gilt eine mindestens zweijährige Tätigkeit als Diabetesassistentin in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis/Einrichtung und Fortbildungsnachweise über Insuline und Insulin-Dosisanpassung (bzw.

intensivierten Insulintherapie) oder Fortbildungsnachweis, dass Patientenschulungen in intensiverter Insulintherapie durchgeführt werden können.

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

- in Vollzeit bzw.
- von mehreren Kräften mit mind. 20 Stunden/Woche

### **Beschäftigung/Kooperation mit**

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

### **Apparative Voraussetzungen**

- Blutdruckmessung nach internationalen Empfehlungen<sup>1</sup>
  - 24-Stunden-Blutdruckmessung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards)
  - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nasschemischen Blutglukosebestimmung<sup>2</sup> und HbA1c Messung<sup>3</sup>
  - EKG
  - Sonographie<sup>34</sup>, Doppler- oder Duplexsonographie<sup>34</sup>
  - Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u. a. Doppler-Sonde 8-10 MHz)<sup>34</sup>
  - Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z.B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)
- Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt mit der Option, in Ausnahmefällen 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.

### **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 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

<sup>1</sup> 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)

<sup>2</sup> gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

<sup>3</sup> kann auch als Auftragsleistung vergeben werden

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

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

In der Prozessqualität werden folgende Standards eingehalten:

- standardisierte Befunderhebung<sup>5</sup>
- standardisierte Dokumentation des Behandlungsverlaufes<sup>5</sup>
- 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 Duplexsonographie<sup>6</sup>
- 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

#### **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 sowohl vom Arzt als auch vom nichtärztlichen Personal entsprechend beizufügen.

- Behandlungs- und Schulungsprogramm ohne Insulin (ZI)
- Behandlungs- und Schulungsprogramm mit Insulin (ZI)
- Behandlungs- und Schulungsprogramm mit Normalinsulin (ZI)
- Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie (ZI)

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

<sup>6</sup> Fachliche Voraussetzungen gemäß der Richtlinie zur „Vereinbarung von Qualitätsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik („Ultraschall-Vereinbarung“)" in der jeweils geltenden Fassung.

- Medias 2 (Basis)
- Linda-Diabetes-Selbstmanagementschulung
- Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)
- Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (ZI)
- Modulare Blutdruckschulung (IPM)
- DiSko (Schulungsmodul für Diabetiker zum Thema Bewegung)

## A. Fortbildungen

**Für die Teilnahme am DMP als DMP-verantwortlicher Arzt bzw. als diabetologisch qualifizierter Arzt bzw. eine auf die Behandlung des diabetischen Fuß spezialisierte Einrichtung/Praxis besteht die Verpflichtung im Rahmen des 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 diabetes-spezifischen 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 Fuß 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 ([www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de)) unter:

Praxis → Qualitätssicherung → Genehmigungspflichtige Leistungen → DMP Diabetes mellitus Typ 2

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.

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

- Übermitteln der Teilnahme-/Einwilligungserklärung mit Bestätigung der gesicherten Diagnose, Führen der Dokumentation, elektronische Erstellung und monatliche Übermittlung (bis zu 5. des Folgemonats) der Erst- und Folgedokumentation an die Datenannahmestelle
- die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 16 dieser Vereinbarung,
- Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Ziffer 1.8 der jeweilig gültigen DMP-A-RL Anlage 1

- die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 dieser Vereinbarung, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 21 dieser Vereinbarung, sofern die Schulungsbe-  
rechtigung gegenüber der KVBW nachgewiesen (genehmigt) ist
- Überweisung zur Auftragsleistung an andere Leistungserbringer entsprechend § 9 der Vereinbarung  
DMP Diabetes mellitus Typ 2
- Übermittlung bzw. Anforderung therapierelevante Informationen entsprechend § 9 dieser Vereinba-  
rung, wie z.B. die medikamentöse Therapie
- Dokumentation therapierelevante Informationen anderer Leistungserbringer entsprechend der Ab-  
schnitte III, IV und VI dieser Vereinbarung
- Ausgabe und Führen eines geeigneten Patientenpasses,
- Übermittlung aller Patientendaten nach Anforderung und nach Zustimmung des Patienten an den neuen  
DMP-verantwortlichen Arzt bei einem Wechsel des DMP-verantwortlichen Arztes
- 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, Verschlüsselung der Dokumentationen vor der  
Übermittlung mit einem von der KBV zertifizierten Programm, Verpflichtung des DMP-Arztes die Soft-  
ware 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 Ver-  
sorgungszentrums (MVZ)** gehören insbesondere:

- Mit der Unterschrift auf diesem Teilnahmeantrag bestätigt der anstellende Arzt/der Leiter des anstel-  
lenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und  
weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt ent-  
sprechend § 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 schriftlich mitgeteilt.
- Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die unter B3 genannten Vorausset-  
zungen 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.

## Hinweis

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

---

PLZ

Ort

Datum

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

---

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

## Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

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

---

PLZ

Ort

Datum

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

---

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut

## **Anlage 10**

**zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 in Kraft ab 01.01.2021 zwischen der KVBW und den Verbänden der Krankenkassen**

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

Der gemäß § 32a Absätze 1 und 2 von der Datenstelle (§ 24) zu Abrechnungszwecken quartalsweise an die KVBW zu übermittelnde Nachweis aller im Quartal eingegangenen gültigen (vollständig, plausibel und fristgerecht eingegangenen) Dokumentationen enthält

- das Abrechnungsquartal
- die Betriebsstättennummer (BSNR)
- die lebenslange Arztnummer (LANR) des ausstellenden Arztes
- das Institutionskennzeichen
- die Krankenkassennummer
- die Versichertennummer
- die Nummer der elektronischen Gesundheitskarte (eGK-Nummer) des Patienten
- Nachname, Vorname und Geburtsdatum des Patienten
- den Dokumenten-Typ (DMP Diabetes mellitus Typ 2)
- die Dokumenten-Art (Erstdokumentation [ED]) oder Folgedokumentation [FD])

Optional wird zu Auskunftszwecken eine gesonderte Datei mit ungültigen Datensätzen übersandt. Diese enthält zusätzlich:

- den Zustandscode der Dokumentation (Angabe, ob die Dokumentation gültig ist; Grund der Nicht-Gültigkeit). In den Zustandscode sind auch die von den Krankenkassen an die Datenstelle übermittelten Informationen über die Dokumentationen, die trotz Ungültigkeit vergütet werden sollen, aufzunehmen. Der Grund der Ungültigkeit ist anzugeben.

Die Datensatzbeschreibung und die mit der Datenstelle vereinbarte „Satzstruktur\_Abrechnungsdaten\_KVBW“ sind bei der Datenlieferung zu beachten.