

**V E R T R A G**

zwischen

**der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse  
dem BKK-Landesverband NORDWEST**

- handelnd für die Betriebskrankenkassen -  
**der IKK classic**

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)**

– als Landwirtschaftliche Krankenkasse

**der KNAPPSCHAFT**

den nachfolgend benannten Ersatzkassen in Nordrhein

- **Techniker Krankenkasse (TK)**

- **BARMER**

- **DAK-Gesundheit**

- **Kaufmännische Krankenkasse - KKH**

- **Handelskrankenkasse (hkk)**

- **HEK - Hanseatische Krankenkasse**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

und der

**Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**

**Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf**

über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP)

nach § 137f SGB V

zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung

von Typ 2-Diabetikern

## **Inhaltsverzeichnis:**

### **Präambel**

#### **Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich**

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

#### **Abschnitt II - Teilnahme der Ärzte**

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (diabetologische Schwerpunktpraxen)
- § 5 Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen
- § 6 Teilnahmeerklärung Ärzte
- § 7 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 7a Diabetes-Kommission
- § 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 9 Ärzteverzeichnis

#### **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

- § 10 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2

#### **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

- § 11 Grundlagen und Ziele
- § 12 Maßnahmen und Indikatoren
- § 12a Förderung der Wirtschaftlichkeit
- § 13 Vertragsmaßnahmen

#### **Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

- § 14 Teilnahmevoraussetzungen
- § 15 Information und Einschreibung
- § 16 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 17 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 18 Wechsel des koordinierenden Arztes
- § 19 Teilnehmerverzeichnis

#### **Abschnitt VI – Fortbildungen und Schulungen**

- § 20 Fortbildung der Ärzte
- § 21 Schulungen für Versicherte

## **Abschnitt VII Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung**

- § 22 Arbeitsgemeinschaft und deren Aufgaben
- § 23 Datenstelle
- § 24 Gemeinsame Einrichtung und deren Aufgaben

## **Abschnitt VIII – Datenfluss und Datenverwendung**

- § 25 Erst- und Folgedokumentation
- § 26 Datenfluss
- § 27 Datenzugang
- § 28 Datenaufbewahrung und -löschung

## **Abschnitt IX – Evaluation**

- § 29 Evaluation

## **Abschnitt X – Vergütung und Abrechnung**

- § 30 Vergütung und Abrechnung

## **Abschnitt XI – Sonstige Bestimmungen**

- § 31 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 32 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- § 33 Laufzeit und Kündigung
- § 34 Schriftform
- § 35 Salvatorische Klausel

## Übersicht Anlagen

- Anlage 1 Strukturqualität koordinierenden Arzt nach § 3
- Anlage 2 Strukturqualität für Ärzte nach § 4
- Anlage 2a Strukturqualität für weitere Ärzte
- Anlage 3a Teilnahmeerklärung koordinierender Arzt nach § 3
- Anlage 3b Teilnahmeerklärung diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor nach § 4 (DSP)
- Anlage 4 Ärzteverzeichnis DMP DM 2 (ambulanter Sektor)
- Anlage 5 Qualitätssicherung (Ziele, Indikatoren, Maßnahmen)
- Anlage 6 Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte  
Datenschutzinformation Versicherte, Patienteninformation, Stand 06.05.2020
- Anlage 7 Patientenschulung

## Erläuterungen/Abkürzungen

- „Ärzte“ sind an diesem Programm teilnehmende Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren und ermächtigte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen
- „Angestellter Arzt“ ist ein Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs. 1 SGB V
- „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen
- „Ärztlicher Leiter“ des Medizinischen Versorgungszentrums ist ein nach § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V im Medizinischen Versorgungszentrum tätiger Arzt oder angestellter Arzt
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung
- „DMP“ ist das Disease-Management-Programm nach § 137f SGB V
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie
- „Dokumentationsdaten“ sind die in der Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL aufgeführten Daten (ED bzw. FD)
- „DS-GVO“ ist die Europäische Datenschutz-Grundverordnung
- „DSP“ ist eine diabetologische Schwerpunktpraxis
- „ED bzw. FD“ sind die Erst- bzw. Folgedokumentation („Dokumentationsdaten“)
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V
- „KGNW“ ist die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.
- „Krankenhäuser“ sind Einrichtungen i. S. d. § 5, „Krankenkassen“ sind die teilnehmenden Krankenkassen/-verbände
- „KV Nordrhein“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- „Qualifizierte Einrichtung“ ist eine Einrichtung, die gemäß Anlage 1 Nummer 1.8.1 und/oder 1.8.2 der DMP-A-RL für die Leistungen der hausärztlichen und/oder fachärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung
- „TE/EWE“ ist die Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- „Versorgungsinhalte“ sind die Inhalte gemäß Anlage 1 DMP-A-RL

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

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

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

## PRÄAMBEL

Der Diabetes mellitus Typ 2 ist eine komplexe chronische Erkrankung, die sowohl die davon betroffenen als auch deren behandelnde Ärzte vor große Herausforderungen stellt. Neuere epidemiologische Studien auf Basis von GKV-Daten gehen von einer weiteren Zunahme der Verbreitung des Diabetes insbesondere in der älteren Bevölkerung aus. Gleichzeitig existieren mittlerweile Hinweise darauf, dass die diabetesbedingte Morbidität zurückgeht, also vor allem das Auftreten schwerwiegender Folgeschäden wie einer Amputation, einer Erblindung oder einer Dialysepflicht.

Vor diesem Hintergrund wird der strukturierten und verbesserten Versorgung von Menschen mit Diabetes sowohl seitens der Selbstverwaltung als auch seitens der Landespolitik ein hoher Stellenwert beigemessen. So verabschiedete beispielsweise die Landesgesundheitskonferenz im Jahre 1997 eine Erklärung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, die u. a. die Erarbeitung von Modellen zur Umsetzung einer weiterentwickelten Qualitätssicherung im Bereich der Versorgung von Diabetikern vorschlug.

Bereits mit den Diabetes-Strukturverträgen, die 1998 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen geschlossen wurden, wurden die Grundlagen für strukturierte, und an evidenzbasierten klinischen Behandlungsleitlinien orientierte Betreuung von Menschen mit Diabetes in dieser Region geschaffen. Hierzu zählte auch die Implementierung einer standardisierten, diabetesspezifischen Aus- und Fortbildung der teilnehmenden Ärzte und des nichtärztlichen Personals. Hiermit sollte ein hohes Qualifikationsniveau auf Seiten der Teilnehmer gewährleistet werden, darüber hinaus wurden technische Standards für die Ausstattung der Praxen definiert. Dieses Vertragswerk wurde 2003 abgelöst durch das entsprechende Disease-Management-Programm, das seither mit verschiedenen Modifikationen bei der Dokumentation und den vertraglich definierten Qualitätszielen die strukturierte Diabetes-Versorgung erfolgreich weiterentwickelt hat und mittlerweile die meisten der von dieser Erkrankung mutmaßlich betroffenen Patienten erreicht.

Eine hohe Zahl geschulter Patienten, eine überwiegend sehr gute Stoffwechseleinstellung, das seltene Auftreten schwerer Stoffwechselentgleisungen und der über die Jahre zu beobachtende, kontinuierliche Rückgang des Neuauftretens schwerwiegender Folgekomplikationen wie zum Beispiel von Amputationen deuten darauf hin, dass sich die Versorgungsqualität der in dem DMP betreuten Patienten verbessert hat. Gleichzeitig zeigt die Entwicklung bei den Verordnungshäufigkeiten der antidiabetischen Medikationen, dass in der Breite eine an den Behandlungsleitlinien orientierte, dem individuellen Krankheitsverlauf angepasste und ökonomische Therapie des Diabetes erfolgt.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.

**Abschnitt I**  
**Ziele, Geltungsbereich**

**§ 1**  
**Ziele der Vereinbarung**

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 im Bereich der KV Nordrhein. Über dieses Behandlungsprogramm soll unter Beachtung der nach § 10 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Ärzte und der teilnehmenden Krankenkassen, gewährleistet werden, um die Versorgung der Versicherten zu optimieren. Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt spielt als koordinierender Arzt eine zentrale Rolle bei der Umsetzung.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an die DMP sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV sowie diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL festgelegt. Entsprechend Anlage 1 Nummer 1.3.1 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner dieses Vertrages folgende Ziele an:
- 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 Stoffwechsellagen,
  - Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
  - Vermeidung der mikrovaskulären Folgekomplikationen (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie,
  - Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteopathischen Läsionen und von Amputationen.

Generell geht es dabei um die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch den Diabetes mellitus Typ 2 beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei werden in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankung des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele, die sich an den o. g. Therapiezielen orientieren, festgelegt und eine individuelle Therapieplanung vorgenommen. Die Patienten sollen im Hinblick auf die genannten Therapieziele von ihrer Einschreibung profitieren.

## § 2 Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
1. die an der vertragsärztlichen Versorgung in der Region der KV Nordrhein teilnehmenden Ärzte, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben, die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung von der KV Nordrhein erhalten haben,
  2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.
  3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern die Krankenkasse des Versicherten vorab diesem Vertrag gegen sich gelten lässt und die KV Nordrhein darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären, dass sie die Vergütungen gemäß § 30 anerkennen. Die KV Nordrhein informiert hierüber die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (2) Die Vergütungen im Falle des Abs. 1 Nr. 3 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen. Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.
- (3) Grundlage dieser Vereinbarung sind die RSAV sowie die DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.
- (4) Die an diesem strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmenden Versicherten sind gemäß § 10 zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.



## **Abschnitt II**

### **Teilnahme der Ärzte**

#### **§ 3**

#### **Teilnahmevoraussetzungen des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)**

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den hausärztlichen Versorgungssektor sind Ärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und persönlich oder durch angestellte Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 erfüllen.
- (3) 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, 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 diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln der Anlage 1 unter Nummer 1.8.1 und/oder 1.8.2 der DMP-A-RL sind von dem gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.
- (4) Teilnahmeberechtigt im Sinne des Abs. 3 sind demnach:
  1. Internisten, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität persönlich oder durch angestellte Ärzte nach Anlage 1 erfüllen und Teilnehmer der/des bis zum 30.05.2003 gültigen Diabetes-Verträge/Diabetes-Strukturvertrages waren,
  2. Ärzte in diabetologischen Schwerpunktpraxen (Anlage 2)
- (5) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der ärztliche Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt

entsprechend § 7. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen sind der KV Nordrhein unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.

- (6) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der ärztliche Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KV Nordrhein nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Leistungserbringung des angestellten Arztes im Rahmen dieses Vertrages wird der KV Nordrhein vom anstellenden Arzt bzw. vom ärztlichen Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitgeteilt.
- (7) Zu den Pflichten der nach Absätzen 2 bis 4 teilnahmeberechtigten Ärzte (im Weiteren als koordinierender Arzt bezeichnet) gehören insbesondere:
1. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Ärzte unter Beachtung der nach § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln,
  2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 15 sowie die Verarbeitung und Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach den Abschnitten VII und VIII,
  3. die schriftliche oder elektronische Übermittlung der TE/EWE des Versicherten mit Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL nach den Abschnitten VII und VIII dieses Vertrages innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Datenstelle. Es ist zu gewährleisten, dass die gültige TE/EWE spätestens zusammen mit der Erstdokumentation an die Datenstelle weitergeleitet wird. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten,
  4. bei der Behandlung von Versicherten, die an mehreren DMP teilnehmen,
    - die Vermeidung von Doppeluntersuchungen,
    - die Berücksichtigung von Wechselwirkungen in der Behandlung,
    - die Synchronisierung der jeweiligen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen Dokumentationszeiträume,
  5. die vollständige Erstellung plausibler Dokumentationen; soweit diese nicht ausreichend bzw. nicht plausibel ausgefüllt weitergeleitet wurden, die nachträgliche Ergänzung bzw. Korrektur unplausibler Parameter auf Anforderung,

6. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
7. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 21, soweit die Schulungsbezeichnung gegenüber der KV Nordrhein nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen,
8. die Beachtung der Überweisungsregeln gemäß Nummer 1.8.2 und 1.8.3 der Anlage 1 der DMP-A-RL. Die Überweisung erfolgt mittels eines Überweisungsscheines zur Mit- und Weiterbehandlung mit entsprechender Fragestellung. Der koordinierende Arzt vermerkt auf dem Überweisungsschein, dass der Versicherte im DMP eingeschrieben ist. Die Grundversorgung des Versicherten erfolgt weiterhin ausschließlich durch den überweisenden Arzt,
9. bei Überweisung an andere Ärzte
  - therapierelevante Informationen entsprechend § 10, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
  - von diesen Ärzten therapierelevante Informationen einzufordern,
10. bei Wechsel des Arztes sind dem neuen Arzt mit Zustimmung des Patienten auf Anforderung alle Patientendaten zu übermitteln,
11. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3 der in Anlage 1 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in eines der nächstgelegenen am DMP-Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstruktur und der individuellen Patienteninteressen vorzunehmen. Auf der Einweisung ist zu vermerken, dass der Versicherte im DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben ist. Eine entsprechende Liste wird den teilnehmenden Ärzten zur Verfügung gestellt. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
12. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.4 der in Anlage 1 der DMP-A-RL genannten Indikationen die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme zu prüfen,
13. ggf. das Führen des Diabetes-Passes;
14. die Berücksichtigung der im Auftrag der GE verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschriften für eine reguläre Teilnahme des Versicherten,
15. 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 Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

- (8) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-14 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und Anforderungen der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

#### **§ 4**

##### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (diabetologische Schwerpunktpraxen)**

- (1) Die Teilnahme der Ärzte bzw. der qualifizierten Einrichtung an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die diabetologisch qualifizierte Versorgung sind Ärzte in diabetologischen Schwerpunktpraxen, soweit sie persönlich oder durch angestellte Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 zu diesem Vertrag erfüllen.
- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der ärztliche Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 7. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 2 ist der KV Nordrhein unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.
- (4) Sollen die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der ärztliche Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KV Nordrhein nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Leistungserbringung des angestellten Arztes im Rahmen dieses Vertrages wird der KV Nordrhein vom anstellenden Arzt bzw. dem ärztlichen Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitgeteilt.
- (5) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten Ärzte gehören insbesondere:
1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte,
  2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 21, soweit die Schulungsbe-  
rechtigung gegenüber der KV Nordrhein entsprechend nachgewiesen ist,
4. die Überweisung per Auftragsleistung an andere Ärzte entsprechend Anlage 4, ge-  
mäß Nummer 1.8 der Anlage 1 der DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach  
pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
5. bei Überweisung an andere Ärzte
  - diagnostik- und therapierelevante Informationen entsprechend § 10, wie z. B. me-  
dikamentöse Therapie, zu übermitteln,
  - von diesen Ärzten diagnostik- und therapierelevante Informationen einzufordern.
6. Bei Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach § 3 sind  
therapierelevante Informationen zur rechtzeitigen Erstellung der Dokumentationen  
mit den in Anlage 2 und 8 der DMP-A-RL genannten Inhalten zu übermitteln. Die  
Vertragspartner empfehlen folgende Regelung: Die Rücküberweisung soll in der Re-  
gel innerhalb von zwei Monaten nach erstem Versichertenkontakt, spätestens nach  
Ablauf von vier Monaten, erfolgen.
7. Bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3 der in Anlage 1 der DMP-A-RL genannten In-  
dikationen ist eine Einweisung in eines der nächstgelegenen am DMP-Vertrag teil-  
nehmenden Krankenhäuser unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungs-  
struktur und der individuellen Patienteninteressen vorzunehmen. Auf der Einweisung  
ist zu vermerken, dass der Versicherte im DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrie-  
ben ist. Eine entsprechende Liste wird den teilnehmenden Ärzten zur Verfügung ge-  
stellt. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus  
erfolgen. Halten der überweisende Arzt oder die DSP eine stationäre Behandlung  
aufgrund von diabetes-spezifischen Gegebenheiten, unter Berücksichtigung von  
Nummer 1.8.3 der Anlage 1 der DMP-A-RL bei Diabetes mellitus Typ 2, für angezeigt,  
kann diese Einweisung nur nach gegenseitiger Konsultation einvernehmlich erfolgen.
8. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, die Antragstellung dieser Maßnahme  
über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer,  
Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung.  
Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB  
VI und SGB IX,
9. die grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme und Mitwirkung an DMP-bezogenen  
Qualitätszirkeln.

- (6) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-9 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und Anforderungen der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

## **§ 5**

### **Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen**

Die Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen in das DMP Diabetes Mellitus Typ 2 zur Versorgung teilnehmender Versicherter wird in separaten Verträgen geregelt. Dabei wird die Beachtung der Anforderungen der DMP-A-RL und der RSAV sichergestellt.

## **§ 6**

### **Teilnahmeerklärung Ärzte**

- (1) Der Arzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Arzt nach § 3 und/oder als diabetologisch qualifizierter Arzt nach § 4 gegenüber der KV Nordrhein schriftlich oder elektronisch auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlagen 3a oder 3b zur Teilnahme am DMP bereit. Wird die Teilnahme des Arztes am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit den jeweiligen Teilnahmeerklärungen unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KV Nordrhein kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden. Mit der Antragstellung legt der Arzt dar, dass er persönlich oder durch angestellte Ärzte die Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 1 bzw. 2 erfüllt.
- (2) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.
- (3) Der Arzt genehmigt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung den mit der Datenstelle nach § 23 geschlossenen Vertrag.

## § 7

### Überprüfung der ärztlichen Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Vertragsärzte, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V teilnehmen, ihre Teilnahme an diesem Vertrag gemäß § 6 erklären und die nach der bisherigen, ab dem 01.01.2002 gültigen Diabetesvereinbarung der jeweiligen Krankenkasse zur Teilnahme an der Versorgung der Diabetiker Typ 2 berechtigt waren, sind ohne gesonderte Genehmigung der KV Nordrhein weiterhin zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag berechtigt.
- (2) Die KV Nordrhein erteilt den gemäß § 3 an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag,
  - wenn diese persönlich oder durch angestellte Ärzte die in Anlage 1 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen, oder
  - sich bei Antragstellung verpflichten, die in Anlage 1 genannten Strukturvoraussetzungen persönlich oder durch angestellte Ärzte innerhalb eines Jahres vollständig zu erfüllen.
- (3) Die KV Nordrhein erteilt den gemäß § 4 Abs. 2 an der diabetologisch qualifizierten Versorgung teilnehmenden Ärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese persönlich oder durch angestellte Ärzte die in Anlage 2 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen.
- (3a) Mit Wegfall der bisherigen Anlage zur DSP Bedarfsplanung zum 30.06.21 werden die Strukturvoraussetzungen für DSP-Ärzte (Anlage 2) angepasst und gelten damit für die Teilnahmegenehmigungen ab dem 01.07.2021.
- (3b) Die KV Nordrhein erteilt bei Vorliegen der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2 die Teilnahmegenehmigung und damit die Anerkennung als DSP.
- (3c) Bis zum 30.06.2021 erteilte Genehmigungen mit Anerkennung als DSP oder einer Abrechnungserlaubnis gelten längstens bis zum 30.06.2022 fort. Bis dahin haben diese Ärzte ihre Teilnahme mit einem Teilnahmeantrag nach Anlage 5b unter Nachweis der Strukturvoraussetzungen (Anlage 2) neu zu erklären.
- (3d) Zur Gewährleistung der Versorgung werden Ärzte nach Absatz 3c von der KV Nordrhein angehalten, ihre Teilnahme bis spätestens 31.03.2022 neu zu erklären. Sollte ein Versorgungsdefizit zum 01.07.2022 absehbar sein, verständigen sich die Vertragspartner umgehend über mögliche Vertragsanpassungen.
- (3e) Bei einer überproportionalen Leistungsausweitung von DSP-Leistungen durch eine nicht vorhersehbare Mengenausweitung von DSPn werden die Vertragspartner umgehend über Vertragsanpassungen beraten. Die Vermeidung angebotsinduzierter Nachfrage ist geboten.

- (4) Die KV Nordrhein überprüft jährlich, ob die Strukturvoraussetzungen der teilnehmenden Vertragsärzte noch vorliegen und erstattet der Gemeinsamen Einrichtung hierüber Bericht.
- (5) Stellt die KV Nordrhein fest, dass die erforderlichen Strukturvoraussetzungen der Anlage 2 des Vertrages nicht mehr erfüllt sind, ist grundsätzlich die Anerkennung des Arztes als DSP nicht mehr gegeben. Soweit diese Strukturvoraussetzungen nicht mehr im notwendigen Umfang bzw. in der notwendigen Qualität vorliegen, können für die Dauer von maximal 2 Quartalen geringere Anforderungen an die Anerkennung des Arztes als DSP akzeptiert werden. In den Fällen, in denen die Versorgungssituation gefährdet ist, kann die KV Nordrhein die Diabetes-Kommission (§ 7a) einberufen

### **§ 7 a**

#### **Diabetes-Kommission**

- (1) Die bei der KV Nordrhein errichtete Diabetes-Kommission besteht mit nachfolgend aufgeführten Mitgliedern:
  - 1 Vertreter der KV Nordrhein
  - 2 Mitgliedern aus diabetologischen Schwerpunktpraxen nach § 4
  - 2 Mitgliedern der koordinierenden Vertragsärzte nach § 3
  - 5 Vertretern der Krankenkassen.
- (2) Die Aufgabe der Diabetes-Kommission besteht u.a. in der Unterstützung und Beratung der KV Nordrhein bei der Umsetzung des § 7 Absatz 5. Auslegungsfragen zum Vertragsinhalt klären die Vertragspartner einvernehmlich.

Gleichzeitig berät die Diabetes-Kommission die Gemeinsame Einrichtung nach § 24, insbesondere im Hinblick auf die durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechend Anlage 5. Im Übrigen übernimmt die Kommission keine originären Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung nach § 24.
- (3) Die Diabetes-Kommission tagt auf Einladung der KV Nordrhein. Bei Bedarf können auf Antrag eines Vertragspartners Sitzungen anberaumt werden.
- (4) Die empfehlenden Beschlüsse der Kommission werden einvernehmlich getroffen. Unter Berücksichtigung dieser empfehlenden Beschlüsse entscheidet dann die KV Nordrhein.



## **§ 8**

### **Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Arztes am Behandlungsprogramm beginnt mit dem in der Genehmigung genannten Datum. Die Teilnahme wird schriftlich oder elektronisch, ausgenommen für Ärzte entsprechend § 7 Abs. 1, durch die KV Nordrhein bestätigt.
- (1a) Die Teilnahme des Arztes mit einer Anerkennung als DSP und am Behandlungsprogramm beginnt mit dem in der Genehmigung nach § 6 bzw. § 7 Absatz 3c genannten Datum, frühestens jedoch mit Beginn dieser Vereinbarung.
- (2) Der Arzt kann seine Teilnahme schriftlich oder elektronisch gegenüber der KV Nordrhein kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Die KV Nordrhein informiert unverzüglich die Krankenkassen.
- (3) Die Teilnahme eines Arztes endet durch Ausschluss nach § 13 Abs. 2, durch Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 bzw. § 4 sowie bei Nichtvorlage der Nachweise nach § 7 Abs. 2, 2. Spiegelstrich.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KV Nordrhein.
- (5) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Arztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Ärzteverzeichnis gemäß § 9 zukommen lassen, um gegebenenfalls einen Wechsel des koordinierenden Arztes gemäß § 18 vorzunehmen.
- (6) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung und Dokumentation im DMP berechtigt.

## **§ 9**

### **Ärzteverzeichnis**

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KV Nordrhein ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Sie stellt dieses Verzeichnis den teilnehmenden Krankenkassen und der Gemeinsamen Einrichtung nach § 24 sowie der KGNW wöchentlich in elektronischer Form, entsprechend Anlage 4 zur Verfügung. Den koordinierenden Ärzten erteilt die KV Nordrhein Auskunft darüber, welche „spezialisierten Fußeinrichtungen“ die in Anlage 2a) definierte Strukturqualität erfüllen.
- (2) Die Krankenkassen bzw. deren Verbände führen ein Verzeichnis der nach § 5 teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Sie stellen die Verzeichnisse der

Gemeinsamen Einrichtung, der KGNW und der KV Nordrhein mit jeder Änderung zur Verfügung.

- (3) Die Verzeichnisse nach den Absätzen 1 und 2 stellen die teilnehmenden Krankenkassen dem BAS, alle 5 Jahre und auf Anforderung in aktualisierter Form zur Verfügung.
- (4) Die Verzeichnisse der teilnehmenden Ärzte werden außerdem folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
  1. den am Vertrag teilnehmenden Ärzten durch die KV Nordrhein und den am DMP teilnehmenden Krankenhäusern durch die KGNW,
  2. den teilnahmewilligen Versicherten und auf Verlangen auch bereits teilnehmenden Versicherten der jeweiligen Krankenkassen. Die Krankenkassen stellen sicher, dass teilnahmewillige Versicherte über die Verfügbarkeit der Ärzteverzeichnisse informiert sind. Insbesondere können Versicherte die Verzeichnisse der am DMP teilnehmenden Ärzte jederzeit bei der jeweiligen Krankenkasse erhalten.
  3. der Datenstelle nach § 23 durch die KV Nordrhein (Ärzte) und die vdek-Landesvertretung NRW (Krankenhäuser).
  4. bei Bedarf den Rehabilitationseinrichtungen.
- (5) Daneben können die Teilnehmerverzeichnisse mit Zustimmung der Ärzte auch veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der Teilnahmeerklärung Ärzte erteilt.

### **Abschnitt III**

#### **Versorgungsinhalte**

#### **§ 10**

#### **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. Die Ärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 6 insbesondere, diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
  
- (2) Die Vertragspartner stimmen überein, dass die teilnehmenden Ärzte an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten behandeln und beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 2 aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

## **Abschnitt IV**

### **Qualitätssicherung**

#### **§ 11**

#### **Grundlagen und Ziele**

Zur Auswertung der in der Anlage 5 fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und 8 der DMP-A-RL einzubeziehen. Grundlage der Qualitätssicherung sind die in Anlage 5 genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren,
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationsdaten und
- aktive Teilnahme der Versicherten.

#### **§ 12**

#### **Maßnahmen und Indikatoren**

- (1) Ausgehend von § 2 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Ziele, Maßnahmen und Indikatoren zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 2 der DMP-A-RL insbesondere:
  - Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte),
  - strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten an die koordinierenden Ärzte nach § 3 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; ggf. ergänzt durch gemeinsame Aufarbeitung in strukturierten Qualitätszielen sowie
  - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
  - Sicherstellung einer systematischen und aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.

Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 5 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern i.d.R. jährlich zu veröffentlichen.

## **§ 12a**

### **Förderung der Wirtschaftlichkeit**

- (1) Mit diesem Vertrag soll neben der Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Diabetikern durch die Intensivierung der interdisziplinären Kooperation von Vertragsärzten auch Einfluss genommen werden auf ihre wirtschaftliche Versorgung mit Medikamenten und Teststreifen.
- (2) Die Vertragspartner entwickeln gemeinsam, unter Beachtung der medizinischen Inhalte der Anlage 1 der DMP-A-RL, eine Versorgungskonzeption, die für die teilnehmenden Vertragsärzte bindend ist. Bei Nichtbeachten entscheiden die Vertragspartner nach Anhörung des Arztes gemeinsam über geeignete Sanktionen unter Berücksichtigung von § 12 dieses Vertrages.
- (3) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich, ihre Patienten auf wirtschaftliche Versorgungsmöglichkeiten sowie auf die nach Anlage 1 der DMP-A-RL vorrangig zu verordnenden Wirkstoffe bei Diabetes mellitus Typ 2 hinzuweisen und dabei eng mit der KV Nordrhein und den Krankenkassen zusammenzuarbeiten.

## **§ 13**

### **Vertragsmaßnahmen**

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogramms greifen Maßnahmen, wenn die mit der Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms beauftragten Vertragsärzte gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen.
- (2) Verstößt der teilnehmende Arzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
  - Keine Vergütung für unvollständige/unplausible/verfristete Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung,
  - schriftliche Aufforderung durch die KV Nordrhein, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
  - auf begründeten Antrag eines Vertragspartners und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KV Nordrhein. Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden (z. B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte),
  - hält der Arzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme durch außerordentliche Kündigung ausgeschlossen werden. Über den

Ausschluss eines Arztes entscheidet die KV Nordrhein im Einvernehmen mit den beteiligten Krankenkassen (z. B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte, bei fehlendem Nachweis der notwendigen Fortbildungsmaßnahmen).

(3) Disziplinarrechtliche Maßnahmen sowie Schadensersatzansprüche bleiben unberührt.

## **Abschnitt V**

### **Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

#### **§ 14**

##### **Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern die nachfolgenden Einschreibekriterien erfüllt sind:
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 durch den koordinierenden Arzt entsprechend Nummer 1.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL,
  2. der Versicherte erteilt einmalig die schriftliche oder elektronische Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten auf der TE/EWE und
  3. der Versicherte erhält umfassende, schriftliche oder elektronische Informationen
    - über die Programminhalte,
    - über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an seine 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 Satz 1a RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
    - über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele,
    - die Freiwilligkeit seiner Teilnahme,
    - die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung,
    - über seine Mitwirkungspflichten sowie
    - darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.
- (2) Der Versicherte bestätigt den Erhalt der aufgeführten Informationen schriftlich oder elektronisch.
- (3) Patientinnen mit (Gestationsdiabetes) werden nicht in dieses strukturierte Behandlungsprogramm aufgenommen. Dennoch besteht außerhalb des DMP für DSP'n die Möglichkeit, die entsprechende Leistung gemäß § 30 abzurechnen.

- (4) Wenn der Versicherte an mehreren Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.
- (5) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an den Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich.
- (6) Angesichts der Möglichkeit, an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen zu können, werden die Vertragspartner darauf hinwirken, die hausärztliche Betreuung bei einem koordinierenden Arzt zusammenzuführen.
- (7) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.

## **§ 15**

### **Information und Einschreibung**

- (1) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Anlage 6 umfassend über das Behandlungsprogramm und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung informieren. Koordinierende Ärzte, die gemäß § 3 teilnehmen und Vertragsärzte nach § 4, die im Ausnahmefall koordinierend tätig sind, informieren entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL ihre nach § 14 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 16 bei diesem koordinierenden Arzt einschreiben.
- (2) Für die endgültige Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der TE/EWE gemäß § 16 folgende Unterlagen notwendig:
  1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation,
  2. auf der TE/EWE die Bestätigung, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, dass sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und durch die intensiverte Betreuung in Form einer Verbesserung von Lebensqualität und Lebenserwartung profitieren kann,
- (3) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte auch seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der koordinierende Arzt an dem Vertrag teilnimmt und die TE/EWE des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation plausibel und fristgerecht an die Datenstelle entsprechend § 23 weiterleitet. Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Arzt betreut wird.



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

## **§ 16**

### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung und das bestehende Widerrufsrecht erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 6 schriftlich oder elektronisch zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein. Der Arzt hat vor der Versendung von Dokumentationen sicherzustellen, dass eine unterschriebene TE/EWE vorliegt.

## **§ 17**

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

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse gemäß § 15 Abs. 5, mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 15 Abs. 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen oder seine TE/EWE gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Tag
  - der Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V
  - des Zugangs des Widerrufs der TE/EWE durch den Versicherten bei seiner Krankenkasse,
  - des Zugangs der Kündigung bei seiner Krankenkasse oder einem späteren Zeitpunkt, den der Versicherte in seiner Kündigung festlegt,
  - des Kassenwechsels.

- (4) Die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm endet weiterhin mit dem Tag der letzten Dokumentation, wenn die Krankenkasse die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nach § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV beendet.
- (5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

## **§ 18**

### **Wechsel des koordinierenden Arztes**

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese innerhalb der in § 3 Abs. 7 Nr. 3 genannten Fristen an die Datenstelle. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes. Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten

## **§ 19**

### **Teilnehmerverzeichnis**

Die Krankenkassen übermitteln der KV Nordrhein (bei Bedarf) eine Liste für die gemäß § 15 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken. Nähere Details zu Art, Umfang und Verwendungszweck werden in einer separaten Vereinbarung von den Vertragspartnern geregelt.

## **Abschnitt VI**

### **Fortbildungen und Schulungen**

#### **§ 20**

##### **Fortbildung der Ärzte**

- (1) Die Vertragspartner informieren die teilnahmeberechtigten Ärzte über Ziele und Inhalte des DMP. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte bestätigen den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 6.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen der teilnahmeberechtigten Ärzte nach §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung (z. B. Qualitätszirkel) teilnahmeberechtigter Ärzte.
- (3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme sollen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 1 der DMP-A-RL einbezogen werden.
- (4) Bestandteile, die bei der Fortbildung der Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

#### **§ 21**

##### **Schulungen für Versicherte**

- (1) Die Krankenkasse informiert anhand der Anlage 7 ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms und die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln sowie die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Der koor-

dinierende Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Patient von der Schulung profitieren kann. Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig und für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere auch bei der Teilnahme an mehreren DMP, zu berücksichtigen.

- (3) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte, die entsprechend der Anlage 4 hierzu befähigt sind und eine Genehmigung zur Schulung von der KV Nordrhein erhalten haben.
- (4) In die jeweiligen Schulungsprogramme gemäß Anlage 7 (Patientenschulung) sind die strukturierten medizinischen Inhalte der Anlage 1 der DMP-A-RL, insbesondere die evidenzbasierte Arzneimitteltherapie betreffend, einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.
- (5) Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in Anlage 7 (Patientenschulung) genannten Schulungsprogramme in der jeweils gültigen vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage genutzt.

## **Abschnitt VII**

### **Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/ Gemeinsame Einrichtung**

#### **§ 22**

##### **Arbeitsgemeinschaft und deren Aufgabe**

- (1) Die Vertragspartner erweitern die Aufgaben der bestehenden Nordrheinischen Arbeitsgemeinschaft DMP GbR nach § 219 Abs. 2 SGB V um die Aufgaben aus diesem Vertrag. Das Nähere wird in einem Beschluss der Gesellschafterversammlung geregelt.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 Nr. 1a und 1c RSAV die Aufgabe, den bei ihr eingehenden Datensatz versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn dann an die KV Nordrhein und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 5 weiterzuleiten.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

#### **§ 23**

##### **Datenstelle**

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 22 beauftragen eine Datenstelle mit den in den nachfolgenden Absätzen genannten Aufgaben.
- (2) Zur Erfüllung der in Abs.6 genannten Aufgaben genehmigt der koordinierende Arzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung den für ihn – in Vertretung/ohne Vollmacht – zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle nach Abs. 1 geschlossenen Vertrag und beauftragt die Datenstelle mit diesen Aufgaben.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 22 beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
  - Annahme/Erfassung der Dokumentationsdaten,
  - Pseudonymisierung des Versichertenbezuges der Dokumentationsdaten
  - Weiterleitung der Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KV Nordrhein
- (4) Die teilnehmenden Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
  - Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,

- Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten an die berechtigten datenannehmenden Stellen der Krankenkassen,
  - Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
  - Weiterleitung der Dokumentationsdaten (ED/FD) unmittelbar an die berechtigten datenannehmenden Stellen der Krankenkassen,
- (5) Das Nähere zu den Absätzen 2 bis 4 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X, die Bestandteile dieses Vertrages sind.
- (6) Die Teilnahmeerklärung des koordinierenden Arztes gemäß § 3 (Anlage 3a) beinhaltet dessen Genehmigung des Auftrages an die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
- Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
  - Weiterleitung der Dokumentationsdaten der DMP-A-RL an die Arbeitsgemeinschaft und
  - die Weiterleitung dieser Daten an die berechtigten datenannehmenden Stellen der Krankenkassen.
- (7) Nach Beauftragung der Datenstelle teilen die Vertragspartner dem teilnehmenden koordinierenden Arzt gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

## **§ 24**

### **Gemeinsame Einrichtung und deren Aufgaben**

- (1) Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft nach § 22 erweitern die Aufgaben der Nordrheinischen Gemeinsamen Einrichtung DMP GbR im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr.1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben um die Aufgaben aus diesem Vertrag. Das Nähere wird in einem Beschluss der Gesellschafterversammlung geregelt.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 5 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
- die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten sowie
  - die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten,

- die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten,
- die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 6 DMP-A-RL,
- die Unterbreitung von Empfehlungen an die Vertragspartner für die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

(3) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung im Zusammenhang mit den in Abs. 1 genannten Aufgaben. Die Gemeinsame Einrichtung darf die Daten solange nach § 25 Abs. 2 S. 1 Nr.1c RSAV aufbewahren, wie sie für den Verwendungszweck gemäß § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V erforderlich sind. Bei Beauftragung der Datenstelle gilt zudem für Aufgaben der Qualitätssicherung, maximal die für die Datenstelle geltenden Aufbewahrungsfristen entsprechend der DMP-A-RL.

(4) Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

## **Abschnitt VIII**

### **Datenfluss und Datenverwendung**

#### **§ 25**

##### **Erst- und Folgedokumentationen**

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen- den und zu übermittelnden Dokumentationsdaten umfassen nur die in Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für
- die Behandlung,
  - die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung,
  - die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 Abs. 1 RSAV,
  - die Schulung der Versicherten und Vertragsärzte und
  - die Evaluation unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelung des § 6 der DMP- A-RL genutzt.

Die teilnehmenden Ärzte werden nach einer Änderung der Anlage 2 oder 8 DMP-A-RL unverzüglich über die geänderten Anforderungen von der KV Nordrhein unterrichtet. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon un-berührt.

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

#### **§ 26**

##### **Datenfluss**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 6 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Arzt, die vollständige ED/FD gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP- A-RL am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen 10 Tagen nach Erstellung auf elektronischem Weg an die Datenstelle weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die TE/EWE des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose – von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben – zusammen mit der



Erstdokumentation binnen 10 Tagen nach Befunderhebung an die Datenstelle zu übermitteln. Der koordinierende Arzt nach § 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.

- (2) Die Übermittlung versicherten- und arztbezogener Daten entsprechend der DMP-A-RL an die beauftragte Datenstelle ist nur möglich, sofern die eingesetzte Software von der Prüfstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifiziert worden ist und dieses der KV Nordrhein angezeigt ist.
- (3) Im Rahmen seiner Dokumentationspflicht hat der koordinierende Arzt bei Übermittlung der versicherten- und arztbezogenen Daten eine Sicherungskopie zu erstellen und aufzubewahren.
- (4) Die Datensätze sind vor dem Versand zu verschlüsseln und werden auf elektronischem Weg bei der Datenstelle eingereicht. Die Datensätze können per Datenträger (ausgenommen Diskette) Datenfernübertragung oder per Email bei der Datenstelle eingereicht werden. Beschädigte Datenträger und unvollständige Dateien können nicht verarbeitet werden. Die Datenstelle fordert in diesem Fall den Arzt zur Neulieferung der entsprechenden Daten auf.
- (5) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.
- (6) Die Versicherten willigen durch ihre einmalige Unterschrift auf der TE/EWE in die Datenübermittlung ein. Sie werden schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet. Sie erhalten jeweils einen Ausdruck der übermittelten Daten.

## **§ 27**

### **Datenzugang**

Zugang zu den an die Arbeitsgemeinschaft oder Datenstelle, Gemeinsame Einrichtung, KV Nordrhein und an die berechtigten datenannehmenden Stellen der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 22 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

## § 28

### Datenaufbewahrung und -löschung

- (1) Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbezieh-  
baren Daten werden entsprechend der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Version von den  
jeweils verantwortlichen Stellen oder von diesen beauftragten Dritten entsprechend ihres  
Verwendungszweckes aufbewahrt.  
Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Kranken-  
kassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gem. § 5 Abs.  
2a DMP-A-RL.
- (2) Soweit weitergehende gesetzliche Bestimmungen oder Rechtsverordnungen abweichende  
Vorgaben zur Aufbewahrung regeln oder die Möglichkeit einer Verlängerung der Aufbewah-  
rungsfrist vorsehen, sind diese vorrangig zu beachten.
- (3) Nach Ablauf der jeweils gültigen Aufbewahrungsfrist sind die Daten unverzüglich, spätes-  
tens innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten, zu löschen.

## **Abschnitt IX**

### **Evaluation**

#### **§ 29**

##### **Evaluation**

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

**Abschnitt X**  
**Vergütung und Abrechnung**

**§ 30**  
**Vergütung und Abrechnung**

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

## **Abschnitt XI**

### **Sonstige Bestimmungen**

#### **§ 31**

#### **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.

#### **§ 32**

#### **Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz**

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.
- (2) Die am Vertrag beteiligten Ärzte verpflichten sich untereinander sowie gegenüber anderen Ärzten und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten.

Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

#### **§ 33**

#### **Laufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2023 in Kraft und löst den ab 01.10.2020 gültigen Vertrag in der zuletzt gültigen Fassung ab.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des hiermit geregelten DMP, die infolge einer Änderung der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher,

vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der gesetzlichen Anpassungsfristen nach § 137g Abs. 2 SGB V oder zu den vorgegebenen Stichtagen vorgenommen werden.

- (3) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung des Programms gelten die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Ärzte und Versicherten weiter. Eine erneute Einschreibung der Ärzte und Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.
- (5) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms durch das BAS kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

### **§ 34**

#### **Schriftform**

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

### **§ 35**

#### **Salvatorische Klausel**

- (1) Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen und sonstigen rechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.
- (2) Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der sonstigen rechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Unterschriftenblatt zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 2-Diabetikern ab 01.10.2023

Düsseldorf, den 18.09.2023

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

*gezeichnet*

---

Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender

Düsseldorf, den 26.09.2023

**AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse**

*gezeichnet*

---

Matthias Mohrmann  
Stellvertretender Vorsitzender  
des Vorstandes

Dresden, den 21.09.2023

**IKK classic**

*gezeichnet*

---

Andreas Woggon  
Leiter Landesvertragspolitik Nord-West

Bochum, den 21.09.2023

**KNAPPSCHAFT**

*gezeichnet*

*gezeichnet*

---

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

Essen, den 20.09.2023

**BKK-Landesverband NORDWEST**

*gezeichnet*

---

stellv. Geschäftsbereichsleitung

Kassel, den 20.09.2023

**SVLFG als Landwirtschaftliche  
Krankenkasse**

*gezeichnet*

Düsseldorf, den 27.09.2023

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)**

*gezeichnet*

---

Dirk Ruiss  
Der Leiter der vdek-Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen

## Anlage 1 - Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3

(1. Versorgungsebene)

### – Hausarzt im Rahmen von § 73 SGB V –

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V  
Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein  
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

### Strukturvoraussetzungen für koordinierende Ärzte nach § 3

Ärzte nach § 3 Abs. 2 und § 3 Abs. 4 Nummer 1 müssen persönlich oder durch angestellte Ärzte nachfolgende Strukturvoraussetzungen erfüllen und gegenüber der KV Nordrhein nachweisen.

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 ein Patient einen diabetologisch qualifizierten, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt nach § 3 Abs. 4 oder eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung nach § 4, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Die Überweisungsregeln gemäß Nummer 1.8.2 der Anlage 1 DMP-A-RL sind vom Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn die besondere Qualifikation für eine Behandlung des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
1. Fachliche Voraussetzungen Hausarzt im Rahmen von § 73 SGB V, ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen	<ul style="list-style-type: none"><li>- Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktische Ärzte</li><li>- Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung <b>oder</b> Information durch Praxis-Manual zu Beginn der Teilnahme</li><li>- regelmäßige diabetes-spezifische Fortbildung oder Teilnahme an einem diabetesspezifischen Qualitätszirkel, mindestens einmal jährliche Teilnahme</li></ul> <p><b>Soweit ein Arzt nach § 3 Abs. 2 die letztgenannte Strukturvoraussetzung zum Zeitpunkt des Antrages auf Teilnahme und Abrechnungsgenehmigung bei der KV Nordrhein noch nicht vollständig erfüllt, verpflichtet er sich mit Antragstellung, diese Strukturvoraussetzungen innerhalb eines Jahres vollständig zu erfüllen.</b></p>



Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
2. Apparative Ausstattung der Praxis	<p>Mindest-Anforderungen der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Arztpraxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Blutdruck-Messung (gemäß den internationalen Empfehlungen)<sup>1</sup></li> <li>- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur naßchemischen Glukosebestimmung (vorrangig im venösen Plasma)<sup>2</sup> und HbA1c-Messung<sup>2,3</sup>,</li> <li>- EKG, Sonographie<sup>4/5</sup></li> <li>- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)</li> </ul>

<sup>1</sup> Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in den tragenden Gründen zum Beschluss der Änderung der DMP-A-RL vom 16.06.2022 der Anlage 1 (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> Die Messung kann auch als Auftragsleistung vergeben werden.

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

<sup>5</sup> Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

## Anlage 2: Strukturqualität für Ärzte nach § 4

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

### Strukturvoraussetzungen für den diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor

Teilnahmeberechtigt für den diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor (der zweiten Versorgungsstufe) gemäß § 4 dieser Vereinbarung sind Ärzte, die persönlich oder durch angestellte Ärzte und in jeder für das DMP gemeldeten Betriebsstätte die nachfolgenden Strukturvoraussetzungen erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte gemäß *Anlage 6* einhalten. Der teilnehmende Arzt muss seine Teilnahme auch bezüglich seiner besonderen Fachkenntnisse bzw. seiner angestellten Ärzte erklären, welche gesondert im Ärzteverzeichnis ausgewiesen werden. Eine Diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass ein großer Teil der betreuten Patienten dieser Praxis Diabetes-Patienten sind. Darüber hinaus zeichnet sich die DSP gerade durch ihre regelmäßige und quartalsweise Schulungstätigkeit aus.

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

Voraussetzungen	Beschreibung
1. Fachliche Voraussetzungen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt / Einrichtung (diabetologische Schwerpunktpraxis)	<p><u>Fachrichtung Innere Medizin, Allgemeinmedizin Prakt. Ärzte; Ärzte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anerkennung als „Diabetologe DDG“ <b>oder</b></li><li>• die Berechtigung zum Führen einer vergleichbaren Subspezialisierung Diabetologie nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer (u. a. Diabetologe LÄK) <b>oder</b></li><li>• 80-stündige Curriculum der DDG <u>und</u> eine mindestens 2-jährige internistische Weiterbildung mit mindestens 2-jähriger Weiterbildungszeit bzw. Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung <b>oder</b></li><li>• die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt „Endokrinologie und Diabetologie“ <b>oder</b></li><li>• die Anerkennung zum Führen einer Bezeichnung aus den Gebieten Innere Medizin und Allgemeinmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“</li><li>• die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt „Endokrinologie“ und eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung</li></ul> <p><u>jeweils</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• persönliche Behandlung insbesondere von Patienten mit insulinbehandelten Diabetes Typ 2 <b>in den letzten 12 Monaten</b></li></ul>

Voraussetzungen	Beschreibung
	<ul style="list-style-type: none"> <li>schriftliche Information durch das DMP-Arztmanual zu Beginn der Teilnahme und</li> <li>Teilnahme an zertifizierten diabetes-spezifischen Fortbildungen mit insgesamt mindestens 30 Fortbildungspunkten im Kalenderjahr. Die Teilnahme an Fortbildungen ist der KV Nordrhein nach Aufforderung nachzuweisen und</li> </ul> <p>Teilnahme an diabetes-spezifischen Qualitätszirkeln.</p>
	Eine DSP wird von einem Arzt in Vollzeit oder von maximal 2 Ärzten in Teilzeit im Umfang von mindestens einer Vollzeitstelle geführt.
2. Fachliche Voraussetzungen nichtärztliches Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beschäftigung von mindestens einem Diabetesberater DDG (oder mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung<sup>1</sup>) in Vollzeit mit 38,5 Stunden/Woche bzw. entsprechenden Teilzeitstellen<sup>23</sup> je teilnehmendem DSP-Arzt (Vollzeitsitz).</li> <li>Mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Personals an einer zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildung</li> </ul> <p>Beschäftigung / Kooperation mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>einem(r) Oecothrophologen/in oder Diätassistent/in</li> <li>einem medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen</li> </ul>
3. Apparative Ausstattung Arztpraxen:	<p>Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren (im Rahmen des Fachgebietes)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Blutdruck-Messung (gemäß den internationalen Empfehlungen<sup>4</sup>)</li> <li>24-Stunden Blutdruck-Messung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards)</li> <li>Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Glukosebestimmungen<sup>5</sup>(vorrangig im venösen Plasma) und HbA1c-Messung<sup>6</sup></li> <li>EKG, Belastungs-EKG<sup>7</sup></li> <li>Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (mindestens Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)</li> <li>Möglichkeit zur angiologischen Basisdiagnostik</li> </ul>

<sup>1</sup> Vergleichbare Ausbildung: Mindestens zweijährige Tätigkeit als Diabetesassistent/in in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis/Einrichtung und Fortbildungsnachweise über Insuline und Insulin-Dosisanpassung (bzw. intensivierete Insulintherapie) oder Fortbildungsnachweis, dass Patientenschulungen in intensiver Insulintherapie durchgeführt werden können.

<sup>2</sup> Bei Aufteilung einer Vollzeitstelle Diabetesberaterin muss jede Teilzeitstelle min. 10 Std./Woche betragen

<sup>3</sup> Bei Ärzten für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung „Endokrinologie“, ist eine der betreuten Diabetiker angemessene stundenweise Beschäftigung des nichtärztlichen Personals ausreichend. (min. 10 Std./Woche)

<sup>4</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>5</sup> Gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

<sup>6</sup> Kann auch als Auftragsleistung vergeben werden

<sup>7</sup> Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie der Dt. Gesellschaft für Kardiologie in der jeweils geltenden Fassung

Voraussetzungen	Beschreibung
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u.a. Doppler-Sonde 8-10 MHz)<sup>6 8</sup></li> <li>• Sonographie<sup>6 8</sup>, Doppler- und Duplexsonographie<sup>6 8</sup></li> </ul>

#### **4. Zusätzliche Strukturvoraussetzungen für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms**

Voraussetzungen	Beschreibung
Personelle Qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetologisch qualifizierter Arzt im Sinne der Ziffer 1, der auf die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms spezialisiert ist (Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes - EBM 02311)</li> <li>• Medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung</li> </ul>
Räumliche/Apparative Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• z. B. Behandlungsstuhl oder -liege</li> <li>• Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik (z. B. Doppler-Ultraschall (oder Sonografie) und Photodokumentation)</li> <li>• Voraussetzungen für therapeutische Maßnahmen (z. B. steriles Instrumentarium)</li> </ul>
Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und -berufen (z. B. Gefäßchirurgie, Chirurgie, Orthopädie, Mikrobiologie, Angiologie, interventionelle Radiologie, Orthopädischer Schuhmacher, Orthopädietechniker, Podologe, stationäre Einrichtung mit Spezialisierung "Diabetisches Fußsyndrom")</li> </ul>

#### **5. Zusätzliche Strukturvoraussetzungen für die Durchführung von Schulungen**<sup>9</sup>

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

<sup>8</sup> Fachliche Voraussetzungen gemäß Richtlinie zur „Vereinbarung von Qualitätsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik („Ultraschall-Vereinbarung“) in der jeweils geltenden Fassung.

<sup>9</sup> Während der Schulung: 24-Stunden-Erreichbarkeit des ärztlichen Personals während der Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogrammes und der Ersteinstellungsphase.

## **6. Zusätzliche Voraussetzung DSP: Hospitation**

Hospitation	<p>Alle drei Jahre muss von jedem teilnehmenden Arzt je eine eintägige aktive (Antragsteller hospitiert) und passive Hospitation (Antragsteller wird hospitiert) durch einen/e Arzt/ Ärztin und Diabetesberater/-in bzw. Diabetesassistent/in erfolgen.</p> <p>Sie ist Teil der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung bei der Einrichtungen und bedeutet für beide Partner, sich mit Respekt vor der Arbeit der Einrichtungen kollegialen Fragen, Kritik und Verbesserungsvorschlägen zu stellen. Zur Hospitation gehört ein gemeinsames Abschlussgespräch.</p> <p>Über die Hospitation ist ein Hospitationsbericht anzufertigen. In dem Bericht muss das Datum, die Zeitdauer der Hospitation, die hospitierte wie auch die hospitierende Einrichtung und das aktiv hospitierende Mitglied eindeutig beschrieben sein. Aus dem Bericht sollten die Rahmenbedingungen der Einrichtung (Strukturqualität), der Ablauf der Hospitation wie auch eine Einschätzung der Stärken und Schwächen der Einrichtung ersichtlich sein. Der Bericht wird der hospitierten Einrichtung anschließend ausgehändigt bzw. zugesandt. Er muss von beiden Seiten unterschrieben sein.</p> <p>Die Hospitation muss durch von der KVNO anerkannte DSP durchgeführt werden.</p> <p>Die Hospitation darf bei Antragstellung nicht älter als 18 Monate sein (Datum und Unterschriften auf dem Hospitationsbogen).</p> <p>Die Hospitationsorte sollten in einer Entfernung über 25 km liegen, darunterliegende Entfernungen sind zu begründen. Wechselseitige aktive und passive Hospitationen können nicht anerkannt werden. Gleichfalls nicht anerkannt werden Hospitationen an Einrichtungen, die durch vertragliche Regelungen verbunden sind.</p>
-------------	--

### **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,
- 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.

## Anlage 2a – Strukturqualität für weitere Ärzte

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V  
Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein  
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

### Strukturqualität für weitere Ärzte

Leistungserbringer, zu denen bei entsprechender Mussindikation zu überweisen ist, sind Ärzte, die persönlich oder durch angestellte Ärzte die im Folgenden genannten Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein, wenn der vorgenannte Leistungserbringer am Programm teilnimmt.

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe:	Voraussetzungen
Facharzt zur jährlichen ophthalmologischen Kontrolle	Facharzt für Augenheilkunde
In der Hypertoniebehandlung qualifizierter Arzt	DSP im Sinne dieses Vertrages; Facharzt für Innere Medizin; Allgemeinärzte, praktische Ärzte und Ärzte ohne Facharztbezeichnung mit der Zusatzbezeichnung Hypertensiologie
nephrologisch qualifizierter Arzt	Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Nephrologie oder Facharzt für Innere Medizin, der in einer Praxis mit nephrologischem Schwerpunkt tätig ist

Eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung, die die bis einschließlich 30.09.2020 gültigen Strukturvoraussetzungen dieser Anlage erfüllt und hierauf basierend eine Abrechnungsgenehmigung zur Fußbehandlung bis zum 30.09.2020 erhalten haben, behalten diese auch über den 01.10.2020 hinaus.

Hauptabteilung Qualitätssicherung  
40182 Düsseldorf

Ansprechpartner: Sabine Adams  
 Telefon: (0211) 5970-8564  
 Telefax: (0211) 5970-33185  
 E-Mail: dmp-diabetes@kvno.de

Ansprechpartner: Petra Oymann  
 Telefon: (0211) 5970-8560  
 Telefax: (0211) 5970-33185  
 E-Mail: dmp-diabetes@kvno.de

## DMP Diabetes mellitus Typ 2 als Hausarzt

**Der Antrag wird gestellt für:**

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

**Kontaktdaten der Praxis:**

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

## Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

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

## Apparative Ausstattung

Blutdruckmessung gemäß internationalen Empfehlungen

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

EKG

Sonographie

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

## Verpflichtungen

Ich verpflichte mich

an jährlichen zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildungen teilzunehmen oder regelmäßige diabetes-spezifische Fortbildungen zu besuchen, z.B. Qualitätszirkel (mindestens einmal jährliche Teilnahme).

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

## Zusatzanforderungen für die Durchführung von Schulungen

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

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

[https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/amtliche\\_bekanntmachungen/2021/Verguetungsvertrag\\_DMP\\_Diab2.pdf](https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/amtliche_bekanntmachungen/2021/Verguetungsvertrag_DMP_Diab2.pdf)



## Teilnahmeerklärung zu den Programmen Diabetes mellitus Typ 2

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

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

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

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Verarbeitung unterrichte.

Ich bin einverstanden mit

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

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

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

## Datenstellenbeauftragung

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

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

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

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des/der  
Praxisinhabers/in

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des/der angestellten  
Arztes/Ärztin

Arztstempel:

## DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 als Diabetologische Schwerpunktpraxis

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

### Der Antrag wird gestellt für:

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

### Kontaktdaten der Praxis:

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

## Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

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

**und**

die Zusatzweiterbildung Diabetologe DDG

**oder**

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

**oder**

80-stündige Curriculum der DDG und eine mindestens 2-jährige internistische Weiterbildung mit mindestens 2-jähriger Weiterbildung bzw. Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung

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

**und**

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

**und**

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

**oder**

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

### Mein Tätigkeits-/Beschäftigungsumfang beträgt:

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

Teilung der DSP mit

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

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

## Personelle Voraussetzungen

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

Vor- und Nachname der Diabetesberaterin	Angabe der Wochenarbeitszeit

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

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

Zusätzlich bestätige ich die Zusammenarbeit mit

einem(r) Oecothrophologen/in oder Diätassistent/in

einem medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen/in

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

**Zusatzanforderungen für die Durchführung von Schulungen**

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

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

[https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/amtliche\\_bekanntmachungen/2021/Verguetungsvertrag\\_DMP\\_Diab1.pdf](https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/amtliche_bekanntmachungen/2021/Verguetungsvertrag_DMP_Diab1.pdf)

[https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/amtliche\\_bekanntmachungen/2021/Verguetungsvertrag\\_DMP\\_Diab2.pdf](https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/amtliche_bekanntmachungen/2021/Verguetungsvertrag_DMP_Diab2.pdf)

**Räumliche/Apparative Voraussetzungen**

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

<b>Zusatzanforderungen zur Leistungserbringung im Bereich des diabetischen Fußsyndroms</b>	
<b>Personelle Qualifikation</b>	
Ich verfüge über die Zertifizierung / Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms (Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes - EBM 02311)	<input type="checkbox"/>
Ich verfüge über medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz zur lokalen Wundversorgung	<input type="checkbox"/>
<b>Kopien der Qualifikation des v. g. Personals und der Beschäftigungsnachweise sind beizufügen</b>	
<b>Räumliche/Apparative Voraussetzungen</b>	
Ich verfüge über die notwendige Apparative Ausstattung (Anlage 1 der Vereinbarung) <ul style="list-style-type: none"> <li>• z. B. Behandlungsstuhl oder -liege</li> <li>• Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik (z. B. Doppler-Ultraschall und Photodokumentation)</li> <li>• Voraussetzungen für therapeutische Maßnahmen (z. B. steriles Instrumentarium)</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>Zusammenarbeit</b>	
Ich arbeite mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und -berufen (z. B. Gefäßchirurgie, Chirurgie, Orthopädie, Mikrobiologie, Angiologie, interventionelle Radiologie, Orthopädischer Schuhmacher, Orthopädietechniker, Podologe, stationäre Einrichtung mit Spezialisierung "Diabetisches Fußsyndrom")	<input type="checkbox"/>

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

<b>Zusatzanforderungen Hospitation* (Nachweis ist vorzulegen)</b>
<p>Alle drei Jahre muss von jedem teilnehmenden Arzt je eine eintägige aktive (Antragsteller hospitiert) und passive Hospitation (Antragsteller wird hospitiert) durch einen/e Arzt/ Ärztin und Diabetesberater/-in bzw. Diabetesassistent/in erfolgen.</p> <p>Zur Hospitation gehört ein gemeinsames Abschlussgespräch.</p> <p>Über die Hospitation ist ein Hospitationsbericht anzufertigen. In dem Bericht muss das Datum, die Zeitdauer der Hospitation, die hospitierte wie auch die hospitierende Einrichtung und das aktiv hospitierende Mitglied eindeutig beschrieben sein. Aus dem Bericht sollten die Rahmenbedingungen der</p>

Einrichtung (Strukturqualität), der Ablauf der Hospitation wie auch eine Einschätzung der Stärken und Schwächen der Einrichtung ersichtlich sein. Der Bericht wird der hospitierten Einrichtung anschließend ausgehändigt bzw. zugesandt. Er muss von beiden Seiten unterschrieben sein.  
Die Hospitation muss durch von der KVNO anerkannte diabetologischen Schwerpunktpraxis durchgeführt werden.  
Die Hospitation darf bei Antragstellung nicht älter als 18 Monate sein (Datum und Unterschriften auf dem Hospitationsbogen).  
Die Hospitationsorte sollten in einer Entfernung über 25 km liegen, darunterliegende Entfernungen sind zu begründen

## Verpflichtungen

Ich verpflichte mich

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

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

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

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

## Mit meiner Unterschrift bestätige ich

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

## Datenstellenbeauftragung

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

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

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

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

\* Nachweis über die Hospitation ist der KV vorzulegen<sup>1</sup>

## Teilnahmeerklärung zu den Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

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

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

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

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Verarbeitung unterrichte.

Ich bin einverstanden mit

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

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der  
Praxisinhabers/in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der angestellten  
Arztes/Ärztin

Arztstempel:



# Anlage 4

## Ärzteverzeichnis strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Diabetes Mellitus Typ 2 (ambulanter Sektor)

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V  
Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein  
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

**Gültig ab: 01.10.2023**

**Stand: 03.02.2023**

### 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

E = Ärzte, ausschließlich schulend (Diese Angabe kann im DMP Diabetes Mellitus Typ 2 nur erfolgen, sofern sie vertraglich vereinbart 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.
- Für die Angabe der Versorgungsebenen „A2“ und „E“ gilt: Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene 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
- 10 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP)
- 14 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie
- 15 = Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)
- 20 = Diabetes & Verhalten, Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 2-Diabetes, die Insulin spritzen
- 21 = DiSko-Schulung (DiSko: wie Diabetiker zum Sport kommen) – nur als Ergänzung zu einem Schulungsprogramm für DM2
- 22 = Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III – deutsche Version
- 23 = HyPOS (als Ergänzung einer Basisschulung)
- 25 = SGS (Strukturiertes Geriatrisches Schulungsprogramm)
- 26 = SGS (Türkische Fassung – nur als Ergänzung zu einem deutschsprachigen Schulungsprogramm für DM2)
- 30 = MEDIAS 2 ICT
- 33 = Bewegung und Sport bei Diabetes
- 34 = Behandlung Insulinpumpentherapie
- 35 = Behandlung Diabetisches Fußsyndrom
- 40 = MEDIAS 2 BOT+SIT+CT für Menschen mit Typ 2-Diabetes und einer nicht-intensivierten Insulintherapie

## 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.
- Ärzte der Versorgungsebene „E“ sind ausschließlich schulend tätig. Im Feld Berechtigung sind das Kennzeichen „02“ (Arzt koordiniert nicht) und die Schulungsberechtigungen anzugeben.

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

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

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

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

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

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

## **Anlage 5 Qualitätssicherung**

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Diabetes mellitus Typ 2  
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Stand: 09.05.2023

### **QUALITÄTSSICHERUNG DIABETES MELLITUS TYP 2 Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL (gültig ab 01.10.2023)**

#### **Teil 1**

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

#### **Teil 2**

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

Anm.:

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

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
<p>1. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird</p>	<p>Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> größer gleich 60%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 20 ISD (HbA1c-Zielwert) = „Zielwert erreicht“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit größer gleich 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information durch das Feedback</p>

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
2. Niedriger Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5%	<p>Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5% (69mmol/mol), bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> kleiner gleich 10%</p> <p><i>optional zusätzlich: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem HbA1c von größer als 8,5% an allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer</i></p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 ISD-(HbA1c-Wert) a) größer als 8,5% (69 mmol/mol) b) größer als 7,5% (58 mmol/mol) kleiner gleich 8,5% (69 mmol/mol) c) größer gleich 6,5% (48 mmol/mol) kleiner gleich 7,5% (58 mmol/mol) d) kleiner 6,5% (48 mmol/mol)</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p>Gleichzeitig Angabe von jeweiligem Mittelwert und Median des HbA1c-Werts</p> <p><i>Wie oben, jedoch Darstellung jeweils aller Dokumentationen gleicher Teilnahmedauer vergleichend nach Teilnahmedauer im zeitlichen Verlauf des DMP.</i></p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
3. Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit schwerer hypoglykämischer Stoffwechselentgleisung	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> kleiner 1%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 6 ISD (Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation) größer 0 während der letzten 12 Monate</p> <p><u>Nenner:</u></p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback mit Nennung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien und Angabe der Häufigkeit im

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit größer gleich 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP		Erfassungsbereich des Berichts <sup>1</sup>
4. Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit notfallmäßiger stationärer Behandlung wegen Diabetes mellitus Typ 2	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes mellitus, in den letzten 6 Monaten bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer  <u>Zielwert:</u> kleiner 1 %	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 8 ISD (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation) größer 0 während der letzten 6 Monate  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit größer gleich 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback mit Nennung der Teilnehmer mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes und Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts <sup>2</sup>
5. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Blutdruck < 140/90 mmHg bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit bekannter Hypertonie	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Blutdruckwerten kleiner gleich 139 mmHg systolisch und kleiner gleich 89mmHg diastolisch bei bekannter Hypertonie an allen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie <u>Zielwert:</u> größer gleich 45 %  <i>optional zusätzlich:</i>	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch kleiner gleich 139 und diastolisch kleiner gleich 89 mmHg  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“  <i>Wie oben, jedoch Darstellung jeweils aller Dokumentationen gleicher Teilnahmedauer vergleichend nach</i>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

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

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



QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<p>Anteil normotoner Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Blutdruckwerte kleiner gleich 139 mmHg syst. und kleiner gleich 89mmHg diast.) unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit bekannter arterieller Hypertonie mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer</p> <p><u>Zielwert:</u> größer gleich 45%</p>	<p>Teilnahmedauer im zeitlichen Verlauf des DMP.</p>		
6. Niedriger Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem systolischen Blutdruck größer als 150mmHg	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit systolischem Blutdruck größer als 150mmHg, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie</p> <p><u>Zielwert:</u> kleiner gleich 15%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch größer 150 mmHg</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = "Arterielle Hypertonie"</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
7. Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<p>a) Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Diabetes, die an einer empfohlenen Diabetes-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p>	<p>a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulung(en) wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit:</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<p>Zielwert: Nicht festgelegt</p>	<p>UND Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit:</p> <p>[ Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulung(en) wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums</p> <p>ODER</p> <p>[ Feld 18 ISD (Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)) = Hypertonie -Schulung“ innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND NICHT Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulung(en) wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation ] ] { UND NICHT Feld 18a (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) = „Hypertonie-Schulung“ } <sup>1</sup></p> <p>UND Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“</p>		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		<p>{ }<sup>1</sup> Liegt keine Angabe zu Feld 18a (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) vor, gilt der Patient als ungeschult und wird nicht aus dem Nenner ausgeschlossen. Dies wird so gewertet, als wäre die Angabe „Keine“ in Feld 18a (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) erfolgt. Keine Angabe kann nur dann vorliegen, wenn die Einschreibung vor Aufnahme des Parameters erfolgt ist sowie in den Fällen, in denen ein Arztwechsel erfolgte)</p>		
<p>8. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Fußläsionen mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulzera (mit oder ohne Wundinfektion, mit oder ohne Ischämie), bei denen eine Behandlung in einer für das diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung erfolgt oder veranlasst wurde</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer 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 erfolgt oder veranlasst wurde</p> <p><u>Zielwert:</u> größer gleich 65%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = „4. Ulkus: tief“ sowie Angabe in Feld 22 ISD (Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung) = „Ja“ oder „Veranlasst“</p> <p><u>ODER</u></p> <p>Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = „4. Ulkus: oberflächlich“ UND mit Feld 3 ISD (Fußstatus) „1. Pulsstatus: auffällig“ sowie Angabe in Feld 22 ISD (Behandlung/Mitbehandlung in einer für</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung) = „Ja“ oder Veranlasst“  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Teilnahmedauer größer gleich 6 Monate		
9. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit jährlicher Bestimmung der eGFR bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer  <u>Zielwert:</u> größer gleich 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer numerischen Angabe in Feld 2a ISD (eGFR) in den letzten 12 Monaten  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Teilnahmedauer größer gleich 12 Monate	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
10. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikation und ohne Antikoagulation mit AVK, KHK oder Schlaganfall  <u>Zielwert:</u> größer gleich 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 13 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „Ja“  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [ Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „AVK“ UND/ODER „KHK“ ] UND/ODER [Feld 5 ISD (Relevante Ereignisse) = „Schlaganfall“ “ ”  UND NICHT	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

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

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

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



QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		<p>ODER</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) =</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pulsstatus: „Nicht untersucht“ UND</li> <li>2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND</li> <li>3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nicht untersucht“ UND</li> </ol> <p>Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“ ODER „alle 6 Monate“</p> <p>ODER</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) =</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: „nicht untersucht“ UND</li> </ol> <p>Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“ ODER „alle 6 Monate“</p> <p><u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmer mit:</p> <p>Alter größer gleich 18 Jahre UND</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) =</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND</li> <li>4. Ulkus: „Nein“ UND</li> <li>5. (Wund)Infektion: „Nein“</li> </ol>		
14. a) Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Metformin	<u>Zähler:</u>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
Teilnehmern, die bei einer Monotherapie mit einem Antidiabetikum Metformin erhalten	<p>erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer unter Monotherapie mit einem Antidiabetikum</p> <p><u>Zielwerte:</u> größer gleich 70%</p>	<p>Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 11 ISD (Metformin) = „Ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [ Feld 11 ISD (Metformin) =“Ja“ UND Feld 12 ISD (Sonst. antidiabetische Medikation) =“Nein“ UND [Feld 12b ISD (GLP-1-Rezeptoragonist) = “Nein“ oder „Kontraindikation“] UND [ Feld 12a ISD (SGLT2-Inhibitor) = “Nein“ oder „Kontraindikation“ ] ]</p> <p>ODER</p> <p>[ Feld 11 ISD (Metformin) =“Nein“ UND Feld 12 ISD (Sonst. antidiabetische Medikation) =“Ja“ UND [ Feld 12b ISD (GLP-1-Rezeptoragonist) = “Nein“ oder „Kontraindikation“ ] UND [ Feld 12a ISD (SGLT2-Inhibitor) = “Nein“ oder „Kontraindikation“ ] ]</p> <p>ODER</p> <p>[ Feld 11 ISD (Metformin) =“Nein“ UND</p>	Feedbackbericht erfasst	

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		<p>Feld 12 ISD (Sonstige antidiabetische Medikation) =“Nein“  UND  Feld 12b ISD (GLP-1-Rezeptoragonist) = “Ja“  UND  [ Feld 12a ISD (SGLT2-Inhibitor) = “Nein“ oder „Kontraindikation“ ] ]</p> <p>ODER</p> <p>[ Feld 11 ISD (Metformin) =“Nein“  UND  Feld 12 ISD (Sonst. antidiabetische Medikation) =“Nein“  UND  [ Feld 12b ISD (GLP-1-Rezeptoragonist) = “Nein“ oder „Kontraindikation“ ]  UND  Feld 12a ISD (SGLT2-Inhibitor) = “Ja“ ] ]</p> <p>UND NICHT</p> <p>[ Feld 9 ISD (Insulin oder Insulin-Analoga) = „Ja“  ODER  Feld 11 ISD (Metformin) = „Kontraindikation“ ]</p>		
14. b) Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit KHK,	Nur Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit KHK, Herzinfarkt, chronischer Herzinsuffizienz,	<u>Zähler:</u>		

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		Feld 12b ISD (GLP-1-Rezeptoragonisten) = „Kontraindikation“ ]]		
15. Hoher Anteil an regelmäßigen augenärztlichen Untersuchungen	Anteil der in den letzten 24 Monaten augenärztlich untersuchten Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer  <u>Zielwert:</u> größer gleich 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer Angabe in Feld 21 ISD (Ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit der letzten Dokumentation) = „Durchgeführt“ in den letzten 24 Monaten  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Teilnahmedauer größer gleich 24 Monate	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

## Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
III. Hoher Anteil an augenärztlichen Untersuchungen	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 21 (ISD) (ophthalmologische Netzhautuntersuchung) nicht mindestens einmal in 24 Monaten „durchgeführt“ oder „veranlasst“ angegeben ist	V: Infos über Diabetes-Komplikationen und Folgeschäden am Auge, Notwendigkeit einer regelmäßigen augenärztlichen Untersuchung - maximal einmal innerhalb von 24 Monaten
IV. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten  <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	<u>Zähler:</u> Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen  <u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	V: Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
V. Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 19 (AD) (Vom Patienten gewünschte Informationsangebote) = „Tabakverzicht“	V: Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung
VI. Information der Versicherten bei auffälligem Fußstatus	entfällt	entfällt	Wenn Feld 3 (ISD) (Fußstatus) innerhalb von 12 Monaten die Angabe zu 1. Pulsstatus = „Auffällig“ ein- oder mehrmals angegeben ist,  und/oder  die Angabe zu 2. Sensibilitätsstörung = „Auffällig“ ein- oder mehrmals angegeben ist,	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>und/oder</p> <p>die Angabe zu 3. Weiteres Risiko für Ulcus Ulkus „Fußdeformität“ und/oder „Hyperkeratose mit Einblutung“ und/oder „Z. n. Ulcus Ulkus“ ein oder mehrmals angegeben ist,</p> <p>und/oder</p> <p>die Angabe zu 4. Ulkus = „oberflächlich“ oder „tief“ = ein oder mehrmals angegeben ist,</p> <p>und/oder</p> <p>die Angabe zu 5. (Wund)infektion = „ja“</p> <p>ein oder mehrmals angegeben ist</p>	
VII. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 19 (ISD) (empfohlene Diabetes-Schulung und/oder Hypertonie-Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich“	V. Aufklärung / Information über die Wichtigkeit von Schulungen; maximal einmal pro Jahr



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

## **Abkürzungen**

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

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

# Erklärung

## zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



Exemplar für die Datenstelle

070EH

Krankenhaus-IK
----------------

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

### 1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

### 2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

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

\_\_\_\_\_

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

--	--

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

# Erklärung

## zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



Exemplar für den Arzt

070EH

Krankenhaus-IK

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

### 1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

### 2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

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

# Erklärung

## zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



070EH

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

### 1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

### 2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

\_\_\_\_\_

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

# Eine Information zum Datenschutz

## 1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

## 2 Welche Daten werden erhoben?

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

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

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

## 3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# Strukturiertes Behandlungsprogramm

## Eine Information für Patientinnen und Patienten

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

### Was macht DMP zu einer besonderen Versorgungsform?

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

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

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

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

### Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft

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

### Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und aktive Mitwirkung durch Sie

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

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

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

### Koordination Ihrer Behandlung

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

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

### **Kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten sichert die Qualität**

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

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

### **Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse**

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

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

### **Was sind die Teilnahmevoraussetzungen für das Behandlungsprogramm?**

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

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

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

### **Ihre Teilnahme am Behandlungsprogramm ist freiwillig und für Sie kostenfrei**

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

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

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



## **Anlage 7 – Patientenschulung**

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V  
**Diabetes mellitus Typ 2** zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein  
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

### **Schulungsprogramme für Patientinnen und Patienten**

Die Patientenschulungen sind ausschließlich in der vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) als verwendungsfähig erklärten Auflage ([https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/DMP/DMP-Leitfaden\\_Anhang\\_2.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/DMP/DMP-Leitfaden_Anhang_2.pdf)) durchzuführen.

Vertragliche Verpflichtung bei allen Programmen:

„In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte der aktuellen Rechtslage, insbesondere betreffend der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie, einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der aktuellen Rechtslage widersprechen, verzichtet werden.“

#### **1. Strukturvoraussetzungen:**

Patientenschulungen können ausschließlich durch Ärzte entsprechend §§ 3 und 4 dieses Vertrages erbracht werden, soweit sie die Strukturvoraussetzungen nach den Anlagen 1 bzw. 2 persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen und auf dieser Grundlage eine gesonderte Genehmigung zur Abrechnung der Schulungsleistungen durch die KV Nordrhein erhalten haben. Schulungen können sowohl durch ärztliches als auch durch nichtärztliches Personal durchgeführt werden soweit dieses die Anforderungen an die Qualifikation erfüllt.

##### 1.1. Ärztliche Qualifikation

Der Arzt hat seine erfolgreiche Teilnahme oder die seines angestellten Arztes an einer anerkannten Qualifizierungsmaßnahme, die ihn bzw. den angestellten Arzt zur Durchführung der angebotenen Schulungen berechtigt, gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen und Änderungen umgehend mitzuteilen.

##### 1.2. Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals

Der Arzt hat für sein nichtärztliches Personal die erfolgreiche Teilnahme an einer anerkannten Qualifizierungsmaßnahme zur Berechtigung der Durchführung der angebotenen Schulungen gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen und Änderungen umgehend mitzuteilen.

### 1.3. Sachliche Ausstattung bezogen auf die Betriebsstätte

- Curricula und Medien der vertraglich vereinbarten Schulung(-en) müssen vorhanden sein.
- Die Patientenschulungen sind in der Regel als Gruppenschulung durchzuführen.
- Die räumliche Ausstattung muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen.

### 1.4. Schulungsgemeinschaften

Bei Schulungsgemeinschaften zwischen diabetologisch geschulten Hausärzten und diabetologischen Schwerpunktpraxen gelten die in der jeweiligen Funktion genannten Qualitätsanforderungen.

Bei Schulungsgemeinschaften zwischen diabetologischen Schwerpunktpraxen und Krankenhäusern gelten die in Anlage 2 genannten Strukturvoraussetzungen.

Schulungsgemeinschaften sind der KV Nordrhein anzuzeigen und darüber hinaus ist das Kooperationskonzept vorzulegen.

## **2. Schulungsauftrag:**

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

<b>Name der Schulung</b>	<b>Publikation</b>	<b>Az</b>	<b>Feststellung der Rechtskonformität</b>
Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	Kronsbein P, Jörgens V Lancet 1988; 2: 14071411	5623.0-2395/2002	18.09.2002
MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbst-Management für Typ 2)	Kulzer B. Diabetes-Journal 2/2001	5623.0-2395/2002	18.09.2002
Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen	a) Grüßer M, Röger Ch, Jörgens V. Dtsch Ärzteblatt 94, Heft 25, Juni 1999, A1756-7 b) Grüßer M, Hartmann P, Schlottmann N, Jörgens V. Patient Education and Counseling 29 (1996), 123- 130	5623.0-2395/2002	18.09.2002

Diabetes & Verhalten, Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die Insulin spritzen	<p>a) Tewes, A, Frank, M, Brinkmeier U.; Patientenzentrierte Schulung verbessert die Stoffwechsellage.Dtsch Ärzteblatt 2006, 103 (6), A 341-45</p> <p>b) Tewes A., Frank M, Tegtbur U, Busse MW, Brinkmeier U: Patientenzentrierte verhaltensmedizinische Schulung - Patienten mit insulinpflichtigem Typ-2-Diabetes profitieren unabhängig von ihrem Bildungsstand, MMW-Fortschritte der Medizin Originalien 2006, 148 (I), 13-18</p>	5623.0-2395/2002	29.03.2007
Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)	<p>a) Danzer E, Gallert K, Friedrich A, Fleischmann EH, Walter H, Schmieder RE: Ergebnisse der Hypertonieschulung des Instituts für präventive Medizin. [Results of an intensive training program for hypertension at the Institute for Preventive Medicine]. Dtsch Med Wochenschr. 2000 Nov 17;125(46):1385-9.</p> <p>b) Fleischmann EH, Friedrich A, Danzer E, Gallert K, Walter H, Schmieder RE: Intensive training of patients with hypertension is effective in modifying lifestyle risk factors. J Hum Hypertens 2004 Feb;18(2):127-31</p>	5623.0-1199/2004	15.10.2004
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	Grüßer M, Hartmann P, Schlottmann N, Sawicki P, Jörgens V: Structured patient education for outpatients with hypertension: a model project in Germany. J Human Hypertension (1997) 11, 501-6.	5623.0-2395/2002	02.12.2004
SGS (Strukturiertes Geriatisches Schulungsprogramm)	Braun AK, Kubiak T, Kuntsche J, Meier-Höfig M, Müller UA, Feucht I, Zeyfang A: SGS: a structured treatment and teaching programme for older patients with diabetes mellitus - a prospective randomised controlled multi- centre trial. Age and Ageing, 2009; 38: 390-6	5623.0 2395/2002	03.07.2013 (1. überarbeitete Auflage/Patientenhandbuch, 2012) 08.03.2016 (2. Auflage/ Leitfaden, 2015)
SGS (Türkische Fassung) Diyabetle Dinç Kalarak Yaşlanmak	Braun AK, Kubiak T, Kuntsche J, Meier-Höfig M, Müller UA, Feucht I, Zeyfang A: SGS: a structured treatment and teaching programme for older patients with diabetes mellitus - a prospective randomised controlled multi- centre trial. Age and Ageing, 2009; 38: 390-6	5623.0 2395/2002	15.12.2014 (1. Auflage/ Patientenhandbuch, 2013 und 1. Auflage/ Leitfaden, 2014)

MEDIAS 2 ICT	Hermanns N, Kulzer B, Maier B, Mahr M, Haak T: The effect of an education programme (MEDIAS 2 ICT) involving intensive insulin treatment for people with type 2 diabetes. Patient Educ Couns; 2012 Feb;86(2): 226-32	5623.0 – 2395/2002	25.06.2012
MEDIAS 2 BOT + SIT + CT (MEDIAS 2 BSC)	Hermanns N, Ehrmann D, Schall S, Maier B, Haak T und Kulzer B: The effect of an education programme (MEDIAS 2 BSC) of non-intensive insulin treatment regimens for people with type 2 diabetes: a randomized, multi-centre trial. Diabet Med, Aug 2017, 34(8): 1084-91	5623.0-2568/2017	12.12.2017
Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP)	a) Pieber TR, Brunner GA et al. : Diabetes Care, Vol. 18, No. 5, May 1995 b) Mühlhauser I, Bruckner I, Berger M, Chetney V, Jörgens V, Ionescu-Trigviste C, Schloz V, Mincu I: Evaluation of an intensified insulin treatment and teaching program as routine management of type 1 (insulin-dependent) diabetes. 1987	5623.0-2395/2002 und 5623.0-3177/2004	02.12.2004
Blutglukosewahrnehmungs-training (BGAT) III - deutsche Version* * "Nur für erwachsene an DM 2 erkrankte Patienten (ab 18 Jahren) geeignet. die mit intensiver Insulintherapie behandelt werden und die nicht an folgenden Erkrankungen leiden: Körperliche Erkrankungen wie Herz- oder Gefäßerkrankungen, ohne sich in entsprechender ärztlicher Kontrolle zu befinden, Depressionen und Erkrankungen, die mit Essstörungen oder Substanzabusus einhergehen."	Schachinger H, Hegar K, Hermanns N, Straumann M, Keller U, Fehm - Wolfsdorf G, Berger W, Cox D: Randomized controlled clinical trial of Blood Glucose Awareness Training (BGAT III) in Switzerland and Germany. J Behav Med 2005, 28, 587-94	5623.0-3699/2004	04.07.2007

<p>HyPOS*  Hypoglykämie – Positives Selbstmanagement  * nur als Ergänzung zu einem Basis-Schulungsprogramm für DM 2  * "Nur für erwachsene an DM 2 erkrankte Patienten (ab 18 Jahren) geeignet, die insulinpflichtig sind und nicht an folgenden Erkrankungen leiden:  Krebserkrankungen, Demenz-Erkrankungen oder psychiatrische Erkrankungen. Ferner nicht geeignet bei bestehender Schwangerschaft."</p>	<p>Kubiak T, Krichbaum M, Haak T: The effect of an education programme (HyPOS) to treat hypoglycaemia problems in patients with type 1 diabetes. Diabetes Metab Res Rev, 2007, 23(7), 528-38</p>	<p>3699/2004</p>	<p>9.1.2008</p>
<p>DiSko-Schulung*  (DiSko: wie Diabetiker zum Sport kommen)  * nur als <b>Ergänzung</b> zu einem Basis-Schulungsprogramm für DM 2</p>	<p>Siegrist M, Zimmer P, Klare WR, Borchert P, Halle M: Einmalige Übungsstunde verändert das Aktivitäts-verhalten bei Typ-2 Diabetikern. Diabetes, Stoffwechsel und Herz, 4/2007: S: 257-61</p>	<p>5623.0-2395/2002</p>	<p>16.4.2008</p>
<p>Bewegung und Sport bei Diabetes*  * nur als Ergänzung zu einem Basis-Schulungsprogramm für DM 2</p>	<p>Huber G.: Bewegungstherapie und Gesundheitssport 2012; 28: 242-247</p>	<p>5623.0- 2395/2002</p>	<p>15.11.2013</p>