

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)
- § 4a Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen
- § 5 Teilnahmeerklärung
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 6a Diabetes-Kommission
- § 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 8 Verzeichnis der Ärzte und sonstiger Leistungserbringer

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

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

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren
- § 11a Förderung der Wirtschaftlichkeit
- § 12 Maßnahmen bei Vertragsverletzung

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

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

Abschnitt VI – Schulungen

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

Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

- § 21 Datenstelle
- § 22 Erst- und Folgedokumentationen
- § 23 Datenfluss zur Datenstelle
- § 24 Datenzugang
- § 25 Datenaufbewahrung und -löschung durch die Datenstelle

Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen, die KV Nordrhein und die Gemeinsame Einrichtung

- § 26 Datenfluss
- § 27 Datenzugang
- § 28 Datenaufbewahrung

Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

- § 29 Arbeitsgemeinschaft
- § 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 31 Gemeinsame Einrichtung
- § 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt X – Evaluation

- § 33 Evaluation

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

- § 34 Vergütung und Abrechnung

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

- § 35 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- § 36 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 37 Laufzeit und Kündigung
- § 38 Schriftform
- § 39 Salvatorische Klausel

Übersicht Anlagen

Anlage 1	Strukturvoraussetzungen koordinierender Arzt nach § 3
Anlage 2	Strukturqualität fachärztlicher diabetologischer Versorgungssektor (diabetologische Schwerpunktpraxen) nach § 4)
Anlage 3	nicht belegt
Anlage 4	Strukturqualität für weitere Ärzte
Anlage 5a	Teilnahmeerklärung Ärzte
Anlage 5b	Ergänzungserklärung Ärzte
Anlage 5c	Sonderregelung zur Bedarfszulassung DSP
Anlage 6	nicht belegt
Anlage 7	nicht belegt
Anlage 8	Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation Versicherte, Patienteninformation
Anlage 9	Qualitätssicherung (Ziele, Indikatoren, Maßnahmen)
Anlage 10	Leistungserbringer-Verzeichnis
Anlage 10a	Verzeichnis teilnehmender Krankenhäuser
Anlage 11	Patientenschulung

Erläuterungen

- „Angestellte Ärzte“ sind angestellte Ärztinnen und Ärzte
- „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Vertragsärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt
- Angestellte Ärzte in Vertragsarztpraxen und in zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen ihres Status teil; sie haben die sich aus der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ergebenden Pflichten zu beachten, auch wenn sie nicht Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung sind
- „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 29, 30
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung
- „Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 21
- „DHA“ ist ein diabetologisch qualifizierter Hausarzt
- „DMP“ steht für Disease-Management-Programm nach § 137f SGB V
- „DMP-A-RL“ steht für 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
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 31, 32
- „KGNW“ ist die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.
- „koordinierender Arzt“ ist ein Arzt i. S. d. § 3 Abs. 2
- „Krankenhäuser“ sind Einrichtungen i. S. d. § 4a
- „Krankenkassen“ sind die teilnehmenden Krankenkassen/-verbände
- „KV Nordrhein“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- „Leistungserbringer“ sind Ärzte i. S. d. § 3, Fachärzte i. S. d. § 4, ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser i. S. d. § 4a und sonstige Einrichtungen sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen. Diese Form wird verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf jedwedes Geschlecht
- „Patienten“ sind Patienten jedweden Geschlechts
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung „Versicherte“ sind Versicherte jedweden Geschlechts
- „Versorgungsinhalte“ sind die Inhalte gemäß Anlage 1 DMP-A-RL „Vertragsärzte“ sind – ggf. anstellende – Vertragsärzte und Vertragsärztinnen jedweden Geschlechts

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

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

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

PRÄAMBEL

Der Diabetes mellitus Typ 2 ist eine komplexe chronische Erkrankung, die sowohl die davon Betroffenen als auch deren behandelnde Ärztinnen und 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 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 eine 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 § 9 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 Vertragsarzt 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 sich die Krankenkasse des Versicherten vorab diesem Vertrag unterworfen hat oder die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch eine am Vertrag teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KV Nordrhein darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären, dass sie die Vergütungen gemäß § 34 anerkennen. Die KV Nordrhein informiert hierüber die teilnehmenden Vertragsärzte.

(2) Die Vergütungen im Falle des Abs. 1 Nr. 3 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.

(3) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.

Abschnitt II

Teilnahme der Ärzte

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den hausärztlichen Versorgungssektor sind Vertragsärzte, 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 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 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 unter Nummer 1.8.2 der Anlage 1 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 Vertragsarzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

- (6) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt 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 Vertragsarzt unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 5b beigefügten Formulars (Ergänzungserklärung Ärzte) mitgeteilt.
- (7) Zu den Pflichten der nach Absätzen 2 bis 4 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte (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 § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln.,
 2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Verarbeitung und Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach den Abschnitten VII und VIII,
 3. 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,
 4. die vollständige Erstellung plausibler Dokumentationen; soweit diese nicht ausreichend bzw. nicht plausibel ausgefüllt weitergeleitet wurden, die nachträgliche Ergänzung bzw. Korrektur unplausibler Parameter auf Anforderung,
 5. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 6. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Nordrhein nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen,
 7. 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 Vertragsarzt vermerkt auf dem Überweisungsschein, dass der Versicherte im DMP eingeschrieben ist. Die Grundversorgung des Versicherten erfolgt weiterhin ausschließlich durch den überweisenden Vertragsarzt,

8. bei Überweisung an andere Ärzte
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - von diesen Ärzten therapierelevante Informationen einzufordern,
9. 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,
10. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.4 der in Anlage 1 der DMP-A-RL genannten Indikationen die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme zu prüfen,
11. ggf. das Führen des Diabetes-Passes.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-11 entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt 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 Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die diabetologisch qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte 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 § 5 bestätigt der anstellende Vertragsarzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

- (4) Sollen die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt 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 Vertragsarzt mit Hilfe des in der Anlage 5b beigefügten Formulars (Ergänzungserklärung Ärzte) unverzüglich mitgeteilt.
- (5) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten Fachärzte gehören insbesondere:
1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
 2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitäts-gesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsbe-rechtigung gegenüber der KV Nordrhein entsprechend nachgewiesen ist,
 4. die Überweisung per Auftragsleistung an andere Ärzte entsprechend Anlage 4 ge-mäß Punkt 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 § 9, 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 Erstellung der Dokumentationen zu übermitteln. Die Vertragspartner empfehlen folgende Regelung: Die Rücküberweisung soll in der Regel 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 eine Einweisung in eines der nächstgelegenen am DMP-Vertrag teilneh-menden 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 erfol-gen. Halten der überweisende Vertragsarzt oder die DSP eine stationäre Behand-lung aufgrund von diabetes-spezifischen Gegebenheiten, unter Berücksichtigung

von Punkt 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. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-7 entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt 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.

§ 4a

Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

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

§ 5

Teilnahmeerklärung

- (1) Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Arzt nach § 3 und/oder als diabetologisch qualifizierter Vertragsarzt nach § 4 gegenüber der KV Nordrhein schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 5a „Teilnahmeerklärung Ärzte“ zur Teilnahme am DMP bereit. Wird die Teilnahme des Vertragsarztes am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Vertragsarztes neben den administrativen Daten des anstellenden Vertragsarztes auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage 5b beigefügten Formular (Ergänzungserklärung Ärzte) 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 An-

tragstellung legt der Vertragsarzt 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 Vertragsarzt genehmigt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung den von der Nordrheinischen Arbeitsgemeinschaft Disease-Management-Programme GbR ohne Vollmacht in Vertretung für ihn mit der Datenstelle nach § 21 geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die teilnehmenden Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der Vertragsarzt die Arbeitsgemeinschaft, in seinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit einer neuen Datenstelle zu schließen. Er wird in diesem Fall unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Vertragsärzte, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V teilnehmen, ihre Teilnahme an diesem Vertrag gemäß § 5 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 Vertragsärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese persönlich oder durch angestellte Ärzte die in Anlage 2 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen.
- (4) Die KV Nordrhein überprüft jährlich, ob die Strukturvoraussetzungen der teilnehmenden Vertragsärzte noch vorliegen und erstattet der Diabeteskommission hierüber Bericht.

§ 6a

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 Beratung der KV Nordrhein hinsichtlich der Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag. Auslegungsfragen zum Vertragsinhalt klären die Vertragspartner einvernehmlich.
Gleichzeitig berät die Diabetes-Kommission die Gemeinsame Einrichtung nach § 31, insbesondere im Hinblick auf die durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechend Anlage 9.
- (3) Für die Anerkennung von diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSP) gilt neben § 6 Abs. 3 folgende Regelung:
Die KV Nordrhein entscheidet auf der Grundlage eines Vorschlages der Diabetes-Kommission über die Anerkennung von DSP. Ist die Versorgung nach den in der Anlage 5c festgelegten Kriterien erfüllt, können keine weiteren Genehmigungen erteilt werden. Eine Anerkennung kann nur erfolgen, wenn für den antragstellenden Vertragsarzt unter dem Gesichtspunkt einer regionalen Unterversorgung das Erfordernis zur Teilnahme an diesem Vertrag im Einzelfall durch die Diabetes-Kommission bejaht wird. Sofern eine aus der Sicht der KV Nordrhein erforderliche Versorgungsstruktur anders nicht erreicht werden kann, kann die KV Nordrhein im Einzelfall von der Empfehlung der Diabetes-Kommission abweichen und erforderlichenfalls ergänzende Auflagen erteilen. Soweit unter mehreren Bewerbern um die Teilnahme an diesem Vertrag auszuwählen ist, wird die Entscheidung im Regelfall nach der Reihenfolge des Eingangs der Bewerbungen getroffen. Hiervon kann in besonders begründeten Fällen abgewichen werden, insbesondere in den Fällen, in denen eine bereits bestehende DSP an einen Praxisnachfolger (z.B. angestellter Arzt/Jobsharing-Partner) übergeben wird.
- (4) Die Diabetes-Kommission tagt auf Einladung der KV Nordrhein. Bei Bedarf können auf Antrag eines Vertragspartners Sitzungen anberaumt werden.

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Vertragsarztes am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Genehmigung zur Teilnahme durch die KV Nordrhein, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 5a „Teilnahmeerklärung Ärzte“, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich, ausgenommen für Vertragsärzte entsprechend § 6 Abs. 1, durch die KV Nordrhein bestätigt.
- (2) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich 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 Vertragsarztes endet durch Ausschluss nach § 12 Abs. 2, durch Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 bzw. § 4 sowie bei Nichtvorlage der Nachweise nach § 6 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 Vertragsarztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Ärzteverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen, um gegebenenfalls einen Wechsel des koordinierenden Arztes gemäß § 17 vorzunehmen.
- (6) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Vertragsarzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Vertragsarztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Vertragsarzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung, z. B. Patientenschulungen, des angestellten Arztes ruht, der anstellende Vertragsarzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in der Anlage 5b beigefügten Formular (Ergänzungserklärung Ärzte).
- (7) 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.

§ 8

Verzeichnis der Ärzte und sonstiger Leistungserbringer

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KV Nordrhein ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Sie stellt dieses Verzeichnis den teilnehmenden Krankenkassen und der Gemeinsamen Einrichtung nach § 31 sowie der KGNW wöchentlich in elektronischer Form, entsprechend Anlage 10 zur Verfügung. Den koordinierenden Ärzten erteilt die KV Nordrhein Auskunft darüber, welche „spezialisierten Fußeinrichtungen“ die in Anlage 4 definierte Strukturqualität erfüllen.
- (2) Die Krankenkassen bzw. deren Verbände führen ein Verzeichnis der nach § 4a 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 Vertragsärzten 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 § 21 durch die KV Nordrhein (Vertragsärzte) 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 gemäß Anlage 5a erteilt.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm

Diabetes mellitus Typ 2

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 1 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. 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 § 5 insbesondere, diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

- (2) Die Vertragspartner stimmen überein, dass die teilnehmenden Vertragsärzte 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 Vertragsärzte Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 2 aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Zur Auswertung der in der Anlage 9 fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und 8 der DMP-A-RL einzubeziehen. Grundlage der Qualitätssicherung sind die in Anlage 9 genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die

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

§ 11

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 Leistungserbringer),
- strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Ärzte nach § 3 und § 4 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 Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 9 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern i.d.R. jährlich zu veröffentlichen.

§ 11a

Förderung der Wirtschaftlichkeit

- (1) Mit diesem Vertrag soll neben der Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Diabetikern durch die Intensivierung der interdisziplinären Kooperation von 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.

§ 12

Maßnahmen bei Vertragsverletzung

- (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 Vertragsarzt 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 Vertragsarzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme durch außerordentliche Kündigung ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Vertragsarztes 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

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, sofern die für die Einschreibung notwendigen Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 1 Nummer 3 der DMP-A-RL erfüllt sind:
- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt entsprechend Nr. 1.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL sowie,
 - die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene, Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung der Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie
 - die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung der Daten, insbesondere auch darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse im Rahmen des DMP übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms zur Unterstützung der Betreuung der Versicherten verarbeitet und genutzt werden können. Des Weiteren erfolgt die Information der Versicherten darüber, dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können die Aufgabenverteilung zwischen den Versorgungsebenen und die Versorgungsziele, die Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm, die Möglichkeit des Widerrufs der Einwilligung, der Mitwirkungspflichten sowie die Möglichkeit der Teilnahmebeendigung infolge fehlender Mitwirkung.

Die Versicherten bestätigen mit ihrer Teilnahmeerklärung, dass sie im Einzelnen

- die Programm- und Versorgungsziele kennen und an ihrer Erreichung mitwirken werden,

- die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen kennen und unterstützen werden,
 - auf die Möglichkeit, eine Liste der verfügbaren Leistungserbringer zu erhalten, hingewiesen worden sind,
 - über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert worden sind sowie
 - über die mit ihrer Teilnahme an dem Programm verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten informiert worden sind, insbesondere auch darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und diese Daten von der Krankenkasse im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogrammes zur Unterstützung der Betreuung des Versicherten verarbeitet und genutzt werden können. Des Weiteren erfolgt die Information des Versicherten darüber, dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können.
- (2) Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) werden nicht in dieses strukturierte Behandlungsprogramm aufgenommen. Dennoch besteht außerhalb des DMP für DSP'n die Möglichkeit, die entsprechende Leistung gemäß § 34 abzurechnen.
 - (3) Wenn der Versicherte an mehreren Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.
 - (4) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an den Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich.
 - (5) Angesichts der Möglichkeit, an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen zu können, werden die Vertragspartner darauf hinwirken, die hausärztliche Betreuung bei einem koordinierenden Vertragsarzt zusammenzuführen.
 - (6) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.

§ 14

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 8 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 § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei diesem koordinierenden Arzt einschreiben.
- (2) Für die endgültige Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:
 1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation,
 2. auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die Bestätigung, dass für den vorgeannten 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 Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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 Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung und das bestehende Widerrufsrecht erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 8 schriftlich zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein. Der Arzt hat vor der Versendung von Dokumentationen sicherzustellen, dass eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt.

§ 16

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 5, mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen oder seine Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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 Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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 über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

§ 17

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 an die Datenstelle gemäß § 21. 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

§ 18

Teilnehmerverzeichnis

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

Abschnitt VI Schulungen

§ 19

Schulungen für Ärzte und sonstige Leistungserbringer

- (1) Die Vertragspartner informieren die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer 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 § 5.
- (2) Schulungen der teilnahmeberechtigten Ärzte nach §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen 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) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 20

Schulungen für Versicherte

- (1) Die Krankenkasse informiert anhand der Anlage 8 ihre Versicherten über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms und die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.

- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Der koordinierende 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 10 hierzu befähigt sind und eine Genehmigung zur Schulung von der KV Nordrhein erhalten haben.
- (4) In die jeweiligen Schulungsprogramme gemäß Anlage 11 (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 11 (Patientenschulung) genannten Schulungsprogramme in der jeweils gültigen vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage genutzt.

Abschnitt VII

Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

§ 21

Datenstelle

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 beauftragen eine Datenstelle mit den in den nachfolgenden Absätzen genannten Aufgaben.
- (2) Zur Erfüllung der in Abs. 6 genannten Aufgaben genehmigt der koordinierende Vertragsarzt 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 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
 - Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) unmittelbar an die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkasse,
- (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 Vertragsarztes gemäß § 3 (Anlage 5a) 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 das Datenzentrum der jeweiligen Krankenkasse.
- (7) Nach Beauftragung der Datenstelle teilen die Vertragspartner dem teilnehmenden koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 22

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

§ 23

Datenfluss zur Datenstelle

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

§ 24

Datenzugang

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

§ 25

Datenaufbewahrung und -löschung durch die Datenstelle

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittel-
ten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen
Übermittlung an die Krankenkasse, die KV Nordrhein und die Gemeinsame Einrichtung von
der Datenstelle gemäß § 5 Abs. 2 der DMP-A-RL für die dort benannte Zeit archiviert und
anschließend innerhalb von sechs Monaten gelöscht.

Abschnitt VIII

Datenfluss an die Krankenkassen, die KV Nordrhein und die Gemeinsame Einrichtung

§ 26

Datenfluss

- (1) Die Datenstelle übermittelt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die Dokumentationsdaten der Erst- und der Folgedokumentationen unmittelbar an die jeweiligen Datenzentren der Krankenkassen.
- (2) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und an die KV Nordrhein.

§ 27

Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, KV Nordrhein und an die jeweiligen Datenzentren der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

§ 28

Datenaufbewahrung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die jeweilige Krankenkasse, die KV Nordrhein und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle gemäß § 5 Abs. 2 der DMP-A-RL archiviert:

- nach Satz 1a der Richtlinie für die Krankenkasse längstens 10 Jahre nach Beendigung der Teilnahme des Versicherten, beginnend mit dem auf das Ende der Teilnahme folgenden Kalenderjahr und
- nach Satz 1b für die Datenstelle 12 Jahre, beginnend mit dem auf das jeweilige Erfassungsjahr der Dokumentation folgenden Kalenderjahr.

Die Löschung dieser Daten hat gem. § 5 Abs. 2 Satz 1 DMP-A-RL innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf vorgenannter Zeiträume zu erfolgen.

Abschnitt IX
Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 29
Arbeitsgemeinschaft

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.

§ 30
Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 Nr. 1 RSAV die Aufgabe, den bei ihr eingehenden Datensatz versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn dann an die KV Nordrhein und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 9 weiterzuleiten.
- (2) 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.

§ 31
Gemeinsame Einrichtung

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

§ 32

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 9 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 versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten,
 - die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 6 DMP-A-RL,
 - die Unterbreitung von Empfehlungen an die Vertragspartner für die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
- (2) 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 geltende Aufbewahrungsfrist von 12 Jahren, beginnend mit dem auf das jeweilige Erfassungsjahr der Dokumentation folgenden Kalenderjahr.
- (3) Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt X Evaluation

§ 33 Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 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 XI Vergütung und Abrechnung

§ 34 Vergütung und Abrechnung

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

Abschnitt XII Sonstige Bestimmungen

§ 35 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.
- (2) Die Vertragsärzte 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.

§ 36

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

Die KV Nordrhein liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die Krankenkassen. Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

§ 37

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2020 in Kraft und löst den ab 01.07.2017 gültigen Vertrag 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.
- (6) Die Regelungen dieses Vertrages zum Datenfluss (Abschnitte VII bis IX) im Rahmen des DMP zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 2-Diabetikern sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.

§ 38

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.

§ 39

Salvatorische Klausel

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

Unterschriftenblatt zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 2-Diabetikern ab 01.10.2020

Düsseldorf, Essen, Bochum, Kassel, Dresden, den 25.09.2020

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

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

**AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse**

BKK-Landesverband NORDWEST

Matthias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes

Ralf Heinser
Geschäftsbereichsleitung

IKK classic

**SVLFG als Landwirtschaftliche
Krankenkasse**

Andreas Woggon
Leiter Landesvertragspolitik Nordrhein

KNAPPSCHAFT

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Dirk Ruiss
Leiter der Landesvertretung NRW

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

Vertragsärzte 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">- Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktische Ärzte- Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung oder Information durch Praxis-Manual zu Beginn der Teilnahme- regelmäßige diabetes-spezifische Fortbildung oder Teilnahme an einem diabetesspezifischen Qualitätszirkel, mindestens einmal jährliche Teilnahme <p>Soweit ein Vertragsarzt nach § 3 Abs. 2 die letztgenannte Strukturvoraussetzung zum Zeitpunkt des Antrages auf Teilnahme und Abrechnungs-genehmigung bei der KV Nordrhein noch nicht vollständig erfüllt, verpflichtet er sich mit Antragstellung, diese Strukturvoraussetzungen innerhalb eines Jahres vollständig zu erfüllen.</p>

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

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

² gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

³ Die Messung kann auch als Auftragsleistung vergeben werden.

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

⁵ Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

Anlage 2: Strukturqualität für den diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor nach § 4

(2. Versorgungsebene)

- diabetologische Schwerpunktpraxen –

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

Teilnahmeberechtigt für den diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor (der zweiten Versorgungsstufe) gemäß § 4 dieser Vereinbarung sind Vertragsärzte, 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 1 DMP-A-RL einhalten. Der teilnehmende Arzt muss seine Teilnahme auch bezüglich seiner besonderen Fachkenntnisse bzw. seiner angestellten Ärzte erklären, welche gesondert im Leistungserbringerverzeichnis ausgewiesen werden.

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

Voraussetzungen	Beschreibung
<p>1. Fachliche Voraussetzungen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt / Einrichtung (diabetologische Schwerpunktpraxis)</p>	<p><u>Fachrichtung Innere Medizin, Allgemeinmedizin Prakt. Ärzte; Ärzte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Führen der Bezeichnung „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 <u>und</u> eine mindestens 2-jährige internistische Weiterbildung mit mindestens einjähriger Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung innerhalb der letzten acht Jahre oder • die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt „Endokrinologie und Diabetologie“ oder • die Anerkennung zum Führen einer Bezeichnung aus den Gebieten Innere Medizin und Allgemeinmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ • die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt „Endokrinologie“ und eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung <p><u>jeweils</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • mehrjährige praktische Erfahrung in der Diabetologie • schriftliche Information durch Praxis-Manual zu Beginn der Teilnahme

Voraussetzungen	Beschreibung
	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme mindestens einmal jährlich an einer zertifizierten diabetes-spezifischen Fortbildung oder mindestens zweimal jährlich an einem diabetesspezifischen Qualitätszirkel • Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes (EBM 02311) oder Zusammenarbeit mit einer / m in der Behandlung des diabetischen Fußes qualifizierten Einrichtung / qualifizierten Ärztin /Arzt
<p>2. Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beschäftigung mindestens einer/s Diabetesberaters/in DDG (oder mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung¹) in Vollzeit² je teilnehmendem Arzt nach Ziffer 1 • Mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Personals an einer zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildung <p>Beschäftigung / Kooperation mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • einem(r) Ökotrophologen/in oder Diätassistent/in • einem medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen
<p>3. Apparative Ausstattung Vertragsarztpraxen:</p>	<p>Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren (im Rahmen des Fachgebietes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blutdruck-Messung (gemäß den internationalen Empfehlungen³) • 24-Stunden Blutdruck-Messung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards) • Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmungen⁴(vorrangig im venösen Plasma) und HbA1c-Messung⁵ • EKG, Belastungs-EKG⁶ • Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (mindestens Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament) • Möglichkeit zur angiologischen Basisdiagnostik • Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u.a. Doppler-Sonde 8-10 MHz)^{5 7}

¹ 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.

² Bei Ärzten für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung „Endokrinologie“, ist eine der betreuten Diabetiker angemessene stundenweise Beschäftigung des nichtärztlichen Personals ausreichend.

³ 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)

⁴ Gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

⁵ Kann auch als Auftragsleistung vergeben werden

⁶ Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie der Dt. Gesellschaft für Kardiologie

⁷ Fachliche Voraussetzungen gemäß Richtlinie zur „Vereinbarung von Qualitätsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik („Ultraschall-Vereinbarung“) in der jeweils geltenden Fassung

Voraussetzungen	Beschreibung
	<ul style="list-style-type: none"> • Sonographie^{5 7}, Doppler- und Duplexsonographie^{5 7}

Zusätzliche Strukturvoraussetzungen für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms

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

Zusätzliche Strukturvoraussetzungen für die Durchführung von Schulungen

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

Anlage 4 – Strukturqualität für weitere Leistungserbringer

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 Leistungserbringer

Leistungserbringer, zu denen bei entsprechender Mussindikation zu überweisen ist, sind Vertragsärzte, 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.

Anlage 5a – Teilnahmeerklärung Vertragsarzt

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

Teilnahmeerklärung zum Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bezirksstelle.....

.....

.....

Name, Vorname des Arztes

LANR

Anschrift der Praxis

.....

.....

.....

.....

Teilnahmeerklärung zum Programm Diabetes mellitus Typ 2

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

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

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

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach DS-GVO und die 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 Datenverarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),
- den in der Anlage 5b (Ergänzungserklärung Ärzte) genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,

- Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
- Weitergabe von Patientendaten an Dritte erfüllen.
- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit der Anlage 5b (Ergänzungserklärung Ärzte) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift im „Leistungserbringer-Verzeichnis“,
- der Weitergabe des Leistungserbringer-Verzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bzw. die Landesprüfdienste, die Krankenhausgesellschaft und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Die in der Anlage 5b (Ergänzungserklärung Ärzte) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihres Namens im „Leistungserbringer-Verzeichnis“,
- die Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und an die teilnehmenden Versicherten,
- die 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 des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Datenangaben bei mir nachzufordern, sowie
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen i. S. d. § 25 Abs. 2 RSAV weiterzuleiten.

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren. 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.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 im Rahmen des Vertrags zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassenverbänden nehme ich

- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Ärzte")
- persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Ärzte")

teil als

- koordinierender Arzt** (1. Versorgungsebene gemäß § 3 und Anlage 1 des Vertrages)
 - Hausarzt gemäß § 73 SGB V
 - fachärztlich tätiger Internist für Ausnahmefälle
 - mit der Option, als Schulungsarzt teilzunehmen (Kopie der Qualifikation bitte beifügen)

- fachärztlich/diabetologisch qualifizierter Arzt einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis** (2. Versorgungsebene gemäß § 4 und Anlage 2 des Vertrages)
 - mit der Option, in vorgesehenen **Ausnahmefällen als koordinierender Vertragsarzt tätig** zu werden
 - mit der Berechtigung zur Behandlung des **diabetischen Fuß-Syndroms** gemäß DMP-A-RL
 - oder in Zusammenarbeit mit dem/der folgenden qualifizierten Arzt/Einrichtung zur Behandlung des **diabetischen Fuß-Syndroms**:
 - mit der Option, als **Schulungsarzt** teilzunehmen (Kopie der Qualifikation bitte beifügen)

.....

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

- a)[BSNR]
- b)[BSNR]
- c)[BSNR]
- d)[BSNR]

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Das auf der Seite der KV Nordrhein zum jeweiligen DMP unter www.kvno.de > Praxis > Qualität & Fortbildung > DMP eingestellte Praxismanual habe ich zur Kenntnis genommen



Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel

Anlage 5b - Ergänzungserklärung 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

Teilnahmeerklärung des zugelassenen Arztes zum strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bezirksstelle

.....
.....

Name, Vorname des Arztes

LANR

Anschrift der Praxis

.....
.....

Erklärung zu angestellten Ärzten

Nachfolgend genannte/r in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden:

1.
Name, Vorname, Titel LANR BSNR als koord. Arzt als FA
ab Datum
2.
Name, Vorname, Titel LANR BSNR als koord. Arzt als FA
ab Datum
3.
Name, Vorname, Titel LANR BSNR als koord. Arzt als FA
ab Datum

Nachfolgend genannte/r in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden:

- | | | | | | |
|----------------------|-------|-------|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1. | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Name, Vorname, Titel | LANR | BSNR | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |
| 2. | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Name, Vorname, Titel | LANR | BSNR | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |
| 3. | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Name, Vorname, Titel | LANR | BSNR | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel

Erklärung des angestellten Arztes

Hiermit bestätige ich, dass mich der oben genannte Vertragsarzt über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2 sowie über die Verpflichtungen, die mit der Leistungserbringung im Rahmen dieser Programme einhergehen, informiert hat.

Ort, Datum

Unterschrift des angestellten Arztes

Anlage 5c – Sonderregelung zur Bedarfszulassung DSP

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

Kriterien für die Genehmigung diabetologischer Schwerpunktpraxen

Die gemäß § 6a Abs. 3 vorzunehmende Begrenzung der teilnehmenden diabetologischen Schwerpunktpraxen orientiert sich an den Bedarfsplanungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die Festlegung erfolgt mit einem Faktor von 40, bezogen auf die im 3. Abschnitt der Bedarfsplanungsrichtlinien festgelegten Einwohner/Arzt-Relation (allgemeine Verhältnis-zahlen) für Hausärzte in der jeweils geltenden Fassung.

Bei der Empfehlung der Diabetes-Kommission gegenüber der KV Nordrhein sind die vorstehend genannten Grundsätze für die Anerkennung der diabetologischen Schwerpunktpraxen anzuwenden.

Rechenbeispiel:

Nach den Bedarfsplanungsrichtlinien beträgt die allgemeine Verhältniszahl für Hausärzte 1.671 Einwohner je Arzt; multipliziert mit dem Faktor 40 ergibt dies eine Relation Einwohner/DSP von 66.840:1.

Bei einer Einwohnerzahl von 1.024.373 ist demnach die Genehmigung von 15 diabetologischen Schwerpunktpraxen in Köln als versorgungsgerecht anzusehen. Weitere DSP-Ärzte für den Bereich Köln können nicht genehmigt werden.

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

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

0700H

Krankenhaus-IK

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

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der 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.

T T M M J J J J

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

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Arzt

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

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

0700H

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

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig) Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig) Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der 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.

<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

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

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

<p>Unterschrift</p> <hr style="width: 100%;"/>	<p>Stempel Arzt</p>
--	---------------------

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

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

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

Q70DH

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)
 Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)
 Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

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

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

2 Welche Daten werden erhoben?

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

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

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

3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

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

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

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

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

3.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

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

3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

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

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

3.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

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

3.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

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

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

3.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

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

Strukturiertes Behandlungsprogramm

Eine Information für Patienten

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

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

Die wesentlichen Therapieziele bei chronischen Erkrankungen sind:

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

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

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

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

Die medizinische Behandlung

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

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

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

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

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

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

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

Wie können Sie aktiv mitwirken?

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

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut!

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

Teilnahmevoraussetzungen

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

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

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

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

Anlage 9: 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 16.01.2017

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

Teil 1

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

Teil 2

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

Anm.:

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

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Hoher Anteil von Teilnehmern, deren individuell vereinbarter HbA1c-Zielwert erreicht wird	Anteil der Teilnehmer deren individuell vereinbarter HbA1c-Zielwert erreicht wird, bezogen auf alle Teilnehmer <u>Zielwert:</u> ≥ 60%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 20 ISD (HbA1c-Zielwert) = „Zielwert erreicht“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit ≥ 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
II. Niedriger Anteil von Teilnehmern mit einem HbA1c-Wert > 8,5% (69mmol/mol)	Anteil der Teilnehmer mit einem HbA1c-Wert > 8,5% (69mmol/mol) bezogen auf alle Teilnehmer <u>Zielwert:</u> ≤ 10% (kann regionenspezifisch nach oben abweichen) <i>optional zusätzlich:</i> Anteil der Teilnehmer mit einem HbA1c von > 8,5% an allen Teilnehmern mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 1 ISD (HbA1c-Wert) a) > 8,5% (69 mmol/mol) b) > 7,5% (58 mmol/mol) ≤ 8,5% (69 mmol/mol) c) ≥ 6,5% (48 mmol/mol) ≤ 7,5% (58 mmol/mol) d) < 6,5% (48 mmol/mol) <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer Gleichzeitig Angabe von jeweiligem Mittelwert und Median des HbA1c-Werts <i>Wie oben, jedoch Darstellung jeweils aller Dokumentationen gleicher Teilnahmedauer vergleichend nach Teilnahmedauer im zeitlichen Verlauf des DMP</i>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
III. Vermeidung	Anteil der Teilnehmer mit	<u>Zähler:</u>	Entsprechend dem	LE: Information über das

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

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

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<p>(Blutdruckwerte ≤ 139 mmHg syst. und ≤ 89 mmHg diast.) unter den Teilnehmern mit bekannter arterieller Hypertonie mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer</p> <p><u>Zielwert:</u> $\geq 45\%$</p>	<p>Teilnahmedauer vergleichend nach Teilnahmedauer im zeitlichen Verlauf des DMP.</p>		
VI. Niedriger Anteil von Teilnehmern mit einem systolischen Blutdruck > 150mmHg	<p>Anteil der Teilnehmer mit systolischem Blutdruck > 150mmHg, bezogen auf alle Teilnehmer mit bekannter Hypertonie</p> <p>Zielwert: $\leq 15\%$</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch > 150 mmHg</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>
VII. Hoher Anteil geschulter Teilnehmer	<p>a) Anteil der Teilnehmer, die an einer Diabetes-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmer</p> <p>b) Anteil der Teilnehmer mit Hypertonie, die an einer Hypertonie-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmer mit bekannter Hypertonie.</p> <p>Zielwert: Nicht festgelegt</p>	<p>a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulungen wahrgenommen) = „Ja“ seit Beginn der DMP-Teilnahme</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer</p> <p>b) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulungen wahrgenommen) = „Ja“ seit Beginn der DMP-Teilnahme UND Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		(Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“ und mit Feld 18a ISD (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) = „Keine“		
VIII. Einhaltung der Kooperationsregeln	Anteil der Teilnehmer mit Fußläsionen mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulzera (mit oder ohne (Wund)infektion, mit oder ohne Ischämie), bei denen eine Behandlung/Mitbehandlung in einer für das diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung veranlasst wurde Zielwert: $\geq 65\%$	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = „4. Ulkus: tief“ sowie Angabe in Feld 22 ISD (Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabet. Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung) = „Ja“ oder „Veranlasst“ <u>ODER</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = „4. Ulkus: oberflächlich“ UND mit Feld 3 ISD (Fußstatus) „1. Pulsstatus: „auffällig“ sowie Angabe in Feld 22 ISD (Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabet. Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung) = „ja“ oder veranlasst“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Teilnahmedauer ≥ 6 Monate	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
IX. Hoher Anteil an Teilnehmern mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion	Anteil der Teilnehmer mit jährlicher Bestimmung der eGFR bezogen auf alle Teilnehmer <u>Zielwert:</u> $\geq 90\%$	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit mindestens einer numerischen Angabe in Feld 2a ISD (eGFR) in den letzten 12 Monaten <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Teilnahmedauer ≥ 12 Monate	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
X. Hoher Anteil an Teilnehmern mit	Anteil der Teilnehmer, die einen Thrombozytenaggregationshemme	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 13 ISD	Entsprechend dem Zeitintervall, das der	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie	r erhalten, bezogen auf alle Patienten mit AVK, KHK oder Schlaganfall ohne Kontraindikationen und ohne Antikoagulation. <u>Zielwert:</u> ≥ 80%	(Thrombozytenaggregationshemmer) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „AVK“ und/oder „KHK“ und/oder „Schlaganfall“ und/oder „Herzinfarkt“ und <u>nicht</u> mit Feld 13 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „Kontraindikation“ UND / ODER „Orale Antikoagulation“	Feedbackbericht erfasst	
XI. Hoher Anteil an Teilnehmern, bei denen mindestens 1x jährlich der Fußstatus komplett untersucht wurde	Anteil der Teilnehmer, die mindestens 1x jährlich eine komplette Untersuchung des Fußstatus erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmer Zielwert: ≥ 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit mindestens einmal in den letzten 12 Monaten mit Angaben im Feld 3 ISD (Fußstatus) = „1. Pulsstatus bis 5. (Wund)infektion“, die NICHT „nicht untersucht“ lautet <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
XII. Hoher Anteil von Teilnehmern mit Ulkus, bei denen der Pulsstatus untersucht wurde	Anteil von Teilnehmern mit einem Ulkus, bei denen gleichzeitig der Pulsstatus untersucht wurde, an allen Patienten mit einem Ulkus Zielwert: ≥ 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = 4. Ulkus: „oberflächlich“ oder „tief“ UND mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Auffällig“ oder „Unauffällig“ <u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = 4. Ulkus: „oberflächlich“ oder „tief“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
XIII. Hoher Anteil von Teilnehmern, bei	Anteil der Teilnehmer, bei denen angemessene Intervalle für	Zähler:	Entsprechend dem Zeitintervall, das der	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
<p>denen angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festgelegt wurden</p>	<p>künftige Fußinspektionen festgelegt wurden, bezogen auf alle Teilnehmer mit Sensibilitätsstörung Zielwert: ≥ 80%</p>	<p>Anzahl der Teilnehmer mit: Alter > = 18 Jahre UND</p> <p>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“</p> <p>ODER</p> <p>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 3 Monate oder häufiger“</p> <p>ODER</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Auffällig“ UND 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nein“ UND ODER „Nicht untersucht“ UND Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“</p> <p>ODER</p> <p>Feld 3 ISD (Fußstatus) =</p>	<p>Feedbackbericht erfasst</p>	

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		<p>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“</p> <p>Nenner: Anzahl der Teilnehmer mit: Alter > = 18 Jahre UND Feld 3 ISD (Fußstatus) = 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 4. Ulkus: „Nein“ UND 5. (Wund)Infektion: „Nein“</p>		
XIV. Hoher Anteil von mit Metformin behandelten Teilnehmern unter Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum	<p>Anteil der Teilnehmer, die Metformin erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer unter Monotherapie mit einem oralen Antidiabetikum</p> <p><u>Zielwerte:</u> ≥ 70%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 11 ISD (Metformin) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 10 ISD (Glibenclamid)= „ja“ oder Feld 11 ISD (Metformin)= „ja“</p> <p>ODER</p> <p>Feld 12 ISD (sonst. Antidiabetische Medikation)= „ja“ und mit Feld 9 ISD (Insulin oder Insulin-Analoga)= „nein“</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
XV. Hoher Anteil an regelmäßigen augenärztlichen Untersuchungen	Anteil der in den letzten 24 Monaten augenärztlich untersuchten Teilnehmern, bezogen auf alle Teilnehmer	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit mindestens einer Angabe in Feld 21 ISD (ophthalmologische</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<u>Zielwerte:</u> ≥ 90%	Netzhautuntersuchung) = „durchgeführt“ in den letzten 24 Monaten <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Teilnahmedauer ≥ 24 Monate		

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

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

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

Mindestanforderungen zur Erstellung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Diabetes Mellitus Typ 2 (ambulanter Sektor)

Gültig ab: 01.07.2019

Stand: 26.06.2019

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

08 = Diabetes II im Gespräch

09 = LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung

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

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

- 14 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie
- 15 = Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)
- 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 10a

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

(Stand: 17.06.2019)

**zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP)
zur Verbesserung der Versorgung der Qualität der ambulanten Versorgung
von Typ 2 Diabetikern**

Verzeichnis teilnehmende Krankenhäuser

IK-Nr. der stat. Einrichtung	Name der stationären Einrichtung	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Versorgungsebene
							A
							A

Versorgungsoption

A = Krankenhaus

Anlage 11 – 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

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 eine gesonderte Genehmigung zur Abrechnung der Schulungsleistungen durch die KV Nordrhein erhalten haben. Hierfür haben Ärzte und deren nichtärztliches Personal der KV Nordrhein die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die sie zur Durchführung der jeweiligen Schulung qualifiziert, nachzuweisen.

Die räumliche Ausstattung muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen und Curricula bzw. Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein.

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 Diabetes-Kommission anzuzeigen und darüber hinaus ist das Kooperationskonzept vorzulegen.

2. Schulauftrag:

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

Name der Schulung	Publikation	Az	Feststellung der Rechtskonformität	Schulungsauftrag	Teilnehmerzahl	Schulungsmodule
Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	Kronsbein P, Jörgens V Lancet 1988; 2: 14071411	5623.0-2395/2002	18.09.2002	Diabetologisch qualifizierter Hausarzt Schwerpunktpraxis	max. 4 Patienten je Schulungsgruppe	mind. 4 Unterrichtseinheiten (UE)
MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbst-Management für Typ 2)	Kulzer B. Diabetes-Journal 2/2001	5623.0-2395/2002	18.09.2002	Diabetologisch qualifizierter Hausarzt Schwerpunktpraxis	6 bis 8 Patienten je Schulungsgruppe	mind. 6 Unterrichtseinheiten (UE) Inhaltliche Gestaltung/Stundenzahl: lt. Curriculum
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	Diabetologisch qualifizierter Hausarzt Schwerpunktpraxis	max. 4 Patienten je Schulungsgruppe	mind. 5 Unterrichtseinheiten (UE) Inhaltliche Gestaltung/Stundenzahl: lt. Curriculum
Diabetes & Verhalten, Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die Insulin spritzen	a) Tewes, A, Frank, M, Brinkmeier U.; Patientenzentrierte Schulung verbessert die Stoffwechsellage. Dtsch Ärzteblatt 2006, 103 (6), A 341-45 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	5623.0-2395/2002	29.03.2007	Diabetologisch qualifizierter Hausarzt Schwerpunktpraxis	max. 6 Patienten je Schulungsgruppe	10 Unterrichtseinheiten innerhalb eines Zeitraums von 3 – 5 Wochen Inhaltliche Gestaltung: lt. Curriculum

Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	<p>a) Heise T, Jennen E, Sawicki P Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm. ZaeFQ 95; 349-55.</p> <p>b) Sawicki PT, Mühlhauser I, Didjureit U et al.: Mortality and morbidity in treated hypertensive type 2 diabetic patients with micro- or macroproteinuria. Diabetic Medicine 1995; 12:</p>	5623.0-2395/2002	02.12.2004	<p>Diabetologisch qualifizierter Hausarzt</p> <p>Schwerpunktpraxis</p>	max. 4 Patienten je Schulungsgruppe	<p>mind.4 Unterrichtseinheiten (UE)</p> <p>Inhaltliche Gestaltung: lt. Curriculum</p>
Modulare BluthochdruckSchulung 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	<p>Diabetologisch qualifizierter Hausarzt</p> <p>Schwerpunktpraxis</p>	6 bis 12 Patienten je Schulungsgruppe	<p>mind. 4 Unterrichtseinheiten (UE)</p> <p>Inhaltliche Gestaltung: lt. Curriculum</p>

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	Diabetologisch qualifizierter Hausarzt Schwerpunktpraxis	max. 4 Patienten je Schulungsgruppe	mind. 4 Unterrichtseinheiten (UE) Inhaltliche Gestaltung: lt. Curriculum
---	---	------------------	------------	---	--	--

Eine Unterrichtseinheit (UE) stellt einen Zeitraum von 90 Minuten dar.

Angehörige der Patienten können ohne zusätzliches Honorar mitgeschult werden.

In Einzelfällen (Sprachbarriere, Gehörlose oder stark sehbehinderte Patienten) kann die Schulung als Einzelschulung auch in geringerem Stundenumfang erfolgen. Auf dem Schulungsnachweis ist der Vermerk „Einzelschulung“ vorzunehmen. Nach Abrechnung durch die KV Nordrhein erfolgt eine Prüfung durch die Krankenkasse.

Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind.

Die Schulungen sind je Patient nur einmal berechnungsfähig; Nachschulungen bedürfen der Begründung sowie einer Genehmigung durch die Diabetes-Kommission.

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) 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.“