

Anlage 1 – Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Strukturvoraussetzungen koordinierender Versorgungssektor (diabetologisch besonders qualifizierter Arzt)

Die Langzeitbetreuung und Dokumentation des Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 sollte durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt erfolgen.

Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind Vertragsärzte und zugelassene MVZ, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen bzw. nachweisen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten. Die fachlichen Voraussetzungen für das nicht-ärztliche Personal und die apparativen/räumlichen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Besonderer Hinweis: Der teilnehmende Vertragsarzt bzw. das MVZ muss die Teilnahme nicht nur im Hinblick auf die koordinierende Funktion, sondern auch bezüglich der besonderen Fachkenntnisse – persönlich oder von angestellten Ärzten – erklären. Die besonderen Fachkenntnisse, 1.a) bis 1.c) werden gesondert im Leistungserbringer-Verzeichnis ausgewiesen.

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
1. Fachliche Voraussetzungen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt	<p><u>Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt/Ärztin oder Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnung:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Anerkennung als Diabetologe DDG oder- Subspezialisierung Diabetologie oder- Zusatzbezeichnung Diabetologie <p><u>Facharzt/-ärztin für Innere Medizin:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Anerkennung als Diabetologe DDG oder- Subspezialisierung Diabetologie oder- Zusatzbezeichnung Diabetologie oder- Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie bzw. Endokrinologie und Diabetologie <p><u>Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie</u></p> <p>(bzw. Arzt/Ärztin mit einer gleichwertigen Facharzt- bzw. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung einer Ärztekammer)</p> <p>und jeweils</p> <ul style="list-style-type: none">- Behandlung von jährlich mindestens 45 Patienten und Schulung von ca. 20 Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1 <p><u>jeweils</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Information durch das Praxismanual; ggf. Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung- Regelmäßige diabetesspezifische Fortbildung, z.B. durch Qualitätszirkel, mindestens zweimal jährliche Teilnahme

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
1.a) Voraussetzung zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit Insulinpumpentherapie	<p>zusätzlich zu den fachlichen Voraussetzungen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlung von jährlich mindestens 10 Patienten mit Insulinpumpe (ambulant und/oder stationär)
1.b) Voraussetzung zur Behandlung von schwangeren Frauen mit DM Typ 1	<p>zusätzlich zu den fachlichen Voraussetzungen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlung von durchschnittlich 5 Patientinnen in zwei Jahren (ambulant und/oder stationär) - Zusammenarbeit mit einem geburtshilflichen Zentrum mit angeschlossener Neonatologie
1.c) Voraussetzung zur Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom	<p>zusätzlich zu den fachlichen Voraussetzungen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausreichende Erfahrung in der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms - Zusammenarbeit mit qualifizierten Fachdisziplinen und –berufen
2. Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	<p><u>Qualifikation nicht-ärztliches Personal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - mindestens ein/e Diabetesberater/in DDG in Vollzeitanstellung bzw. entsprechende Teilzeitstellen oder - Diabetesassistent/in DDG in Vollzeitanstellung bzw. entsprechende Teilzeitstellen mit <ul style="list-style-type: none"> 1. mindestens 2-jähriger Tätigkeit als Diabetesassistentin in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis/Einrichtung und 2. Fortbildungsnachweis über Insuline und Insulin-Dosisanpassung (bzw. intensivierete Insulintherapie) oder Fortbildungsnachweis, dass Patientenschulungen in intensivierter Insulintherapie durchgeführt werden können - mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen
2.c) Voraussetzung zur Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom	<p><u>zusätzlich zu 2.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Geschultes medizinisches Assistenzpersonal insbesondere mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung
3. Apparative Ausstattung der Praxen	<ul style="list-style-type: none"> - Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis - Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards¹ - 24 Stunden-Blutdruckmessung - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung und HbA1c-Messung gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (HbA1c-Messung in Eigenleistung oder als Auftragsleistung) - EKG - Belastungs-EKG² (in Eigenleistung oder als Auftragsleistung) - Sonographie³, Doppler- oder Duplexsonographie³ (jeweils in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
	<ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z.B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)
3.a) zur Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom	<u>zusätzlich zu 3.:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Geeignete Räumlichkeiten (z.B. Behandlungsstuhl oder –liege mit ausreichender Lichtquelle) - Voraussetzungen für erforderliche therapeutische Maßnahmen (z.B. steriles Instrumentarium) - Photodokumentation
4. Schulungen	Die Schulung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 soll in einer qualifizierten Einrichtung erfolgen.
4.a) Fachliche Voraussetzungen ärztliches Personal	<u>zusätzlich zu 1.:</u> <ul style="list-style-type: none"> - der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert, bei der KV nachzuweisen - 24-Stunden Erreichbarkeit des ärztlichen Personals während der Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms
4.b) Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	<u>zusätzlich zu 2.:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Nachweis der erforderlichen Teilnahme an einer Fortbildung, die zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert
4.c) Räumliche Ausstattung der Praxen	<ul style="list-style-type: none"> - Räumlichkeiten mit erforderlicher Ausstattung für Einzel- und Gruppenschulungen - Unterrichtsmedien und Projektionsmöglichkeiten
4.d) Weitere Anforderungen	<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms in einem Zeitraum von möglichst zwei Wochen, in Abhängigkeit von der individuellen Patientensituation höchstens innerhalb von vier Wochen - Besprechung der individuellen Insulin-Dosisanpassung während des Schulungsprogramms zusammenhängend innerhalb von möglichst zwei Wochen

Überweisung vom koordinierenden Versorgungssektor (diabetologisch qualifizierte/r Ärztin/Arzt) zu anderen Fachärzten

Bei Vorliegen folgender Indikationen **muss** der koordinierende Arzt eine Überweisung des Patienten zu anderen Fachärzten veranlassen, soweit die eigene Qualifikation für die Behandlung des Patienten nicht ausreicht (gemäß Ziffer 1.8.2 der Anlage 7 der RSAV):

1. bei Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms oder eines Hochrisikofußes an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes qualifizierte Einrichtung,
2. zur augenärztlichen Untersuchung insbesondere der Untersuchung der Netzhaut,

3. bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft in eine in der Behandlung von schwangeren Typ 1-Diabetikerinnen erfahrene qualifizierte Einrichtung,
4. zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie in eine mit dieser Therapie erfahrenen diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
5. bei bekannter Hypertonie und bei Nicht-Erreichen des Ziel-Blutdruck-Bereiches unterhalb systolisch 140 mmHg und diastolisch 90 mmHg innerhalb eines Zeitraums von höchstens sechs Monaten zum jeweils qualifizierten Facharzt / qualifizierte Einrichtung.

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

1. bei signifikanter Kreatinin-Erhöhung bzw. bei Einschränkung der Kreatinin-Clearance zum Nephrologen,
2. bei Vorliegen makroangiopathischer, einschließlich kardialer Komplikationen, zum jeweils qualifizierten Facharzt / Einrichtung.

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

Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere bei (gemäß Ziffer 1.8.3 der Anlage 7 der RSAV):

1. Notfall (in jedes Krankenhaus),
2. ketoazidotischer Erstmanifestation in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung / qualifiziertes Krankenhaus,
3. Abklärung nach wiederholten schweren Hypoglykämien oder Ketoazidosen in ein diabetologisch qualifiziertes Krankenhaus,
4. Verdacht auf infizierten diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese sowie bei akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation in ein für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifiziertes Krankenhaus,
5. Nicht-Erreichen eines HbA1c-Wertes unter dem ca. 1,2-fachen oder oberen Norm der jeweiligen Labormethode nach in der Regel 6 Monaten (spätestens 9 Monaten) Behandlungsdauer in einer ambulanten diabetologisch qualifizierten Einrichtung; vor einer Einweisung in diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen ist zu prüfen, ob der Patient von einer stationären Behandlung profitieren kann,
6. Kindern und Jugendlichen mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 1 in pädiatrisch diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen,
7. ggf. zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung, die zur Durchführung von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen qualifiziert ist,
8. ggf. zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammes von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 im stationären Bereich,
9. ggf. zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie (CSII),
10. ggf. zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus Typ 1.

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

Veranlassung von Rehabilitationsmaßnahmen

Für die Veranlassung von Rehabilitationsmaßnahmen gilt Ziffer 1.8.4 der Anlage 7 der RSAV.

¹ Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in der Begründung zur 9. RSA-Änderungsverordnung Ziffer 1.5.4.1

² Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinie zur Ergometrie der Dt. Gesellschaft für Kardiologie.

³ Fachliche Voraussetzungen gemäß der Richtlinie "Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschallvereinbarung)" in der jeweils geltenden Fassung

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

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Strukturvoraussetzungen koordinierender Versorgungssektor (diabetologisch besonders qualifizierter Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen)

Bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren sollte die Langzeitbetreuung grundsätzlich, bei Jugendlichen unter 18 Jahren fakultativ durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Pädiater erfolgen. In begründeten Einzelfällen kann die Koordination durch einen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt erfolgen.

Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind Vertragsärzte und zugelassene MVZ, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen bzw. nachweisen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten. Die fachlichen Voraussetzungen für das nicht-ärztliche Personal und die apparativen/räumlichen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
1. Fachliche Voraussetzungen diabetologisch qualifizierter Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen	<p><u>Diabetologisch qualifizierter Pädiater:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - diabetologisch qualifizierter Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung als Diabetologe DDG oder Zusatzbezeichnung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie oder Zusatzbezeichnung Diabetologie - in Einzelfällen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt gemäß Anlage 1 dieses Vertrages mit ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlung von mindestens 27 Kindern und Jugendlichen pro Jahr. - Information durch das Praxismanual zu Beginn der Teilnahme, ggf. Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung - regelmäßige diabetesspezifische Fortbildung, z. B. durch Qualitätszirkel, mindestens zweimal jährliche Teilnahme

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
2. Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	<p><u>Qualifikation nicht-ärztliches Personal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - mindestens ein/e Diabetesberater/in DDG in Vollzeitanstellung bzw. entsprechende Teilzeitstellen <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetesassistent/in DDG in Vollzeitanstellung bzw. entsprechende Teilzeitstellen mit <ol style="list-style-type: none"> 1. mindestens 2-jähriger Tätigkeit als Diabetesassistentin in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis/Einrichtung und 2. Fortbildungsnachweis über Insuline und Insulin-Dosisanpassung (bzw. intensivierete Insulintherapie) oder Fortbildungsnachweis, dass Patientenschulungen in intensivierter Insulintherapie durchgeführt werden können - mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen
3. Schulungen	Die Schulung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 soll in einer qualifizierten Einrichtung erfolgen.
3.a) Fachliche Voraussetzungen ärztliches Personal	<p><u>zusätzlich zu 1.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert, bei der KV nachzuweisen - 24-Stunden Erreichbarkeit des ärztlichen Personals während der Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms
3.b) Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	<p><u>zusätzlich zu 2.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nachweis der erforderlichen Teilnahme an einer Fortbildung, die zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert
3.c) Räumliche Ausstattung der Praxen	<ul style="list-style-type: none"> - Räumlichkeiten mit erforderlicher Ausstattung für Einzel- und Gruppenschulungen - Unterrichtsmedien und Projektionsmöglichkeiten
3.d) Weitere Anforderungen	<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms in einem Zeitraum von möglichst zwei Wochen, in Abhängigkeit von der individuellen Patientensituation höchstens innerhalb von vier Wochen - Besprechung der individuellen Insulin-Dosisanpassung während des Schulungsprogramms zusammenhängend innerhalb von möglichst zwei Wochen

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
4. Apparative Ausstattung der Praxen	<ul style="list-style-type: none"> - Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis/Einrichtung - Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards¹ - 24 Stunden-Blutdruckmessung (in Eigenleistung oder als Auftragsleistung) - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung und HbA1c-Messung gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (HbA1c-Messung in Eigenleistung oder als Auftragsleistung) - EKG - Sonographie², Doppler- oder Duplexsonographie² (jeweils in Eigenleistung oder als Auftragsleistung) - Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

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

Bei Vorliegen folgender Indikationen **muss** der DMP-Arzt eine Überweisung des Patienten zu anderen Fachärzten / Einrichtungen veranlassen, soweit die eigene Qualifikation für die Behandlung des Patienten nicht ausreicht (gemäß Ziffer 1.8.2 der Anlage 7 der RSAV):

1. bei Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms oder eines Hochrisikofußes an eine für die Behandlung des diabetischen Fußes qualifizierte Einrichtung,
2. zur augenärztlichen Untersuchung insbesondere der Untersuchung der Netzhaut. Die augenärztliche Untersuchung erfolgt für Kinder und Jugendliche ab dem 11. Lebensjahr jährlich bzw. bei Erstdiagnose zwischen dem 1. und 5. Lebensjahr nach 5 Jahren Diabetesdauer jährlich,
3. bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft in eine in der Behandlung von Schwangeren mit DM Typ 1 erfahrene qualifizierte Einrichtung,
4. zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie in eine mit dieser Therapie und im Umgang mit Kindern und Jugendlichen erfahrene diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
5. bei bekannter Hypertonie und bei Nicht-Erreichen des Ziel-Blutdruck-Bereiches unterhalb systolisch 140 mmHg und diastolisch 90 mmHg innerhalb eines Zeitraums von höchstens sechs Monaten zum jeweils qualifizierten Facharzt/qualifizierte Einrichtung.

¹ Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in der Begründung zur 9. RSA-Änderungsverordnung Ziffer 1.5.4.1

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

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

1. bei signifikanter Kreatinin-Erhöhung bzw. bei Einschränkung der Kreatinin-Clearance zum Nephrologen,
2. bei Vorliegen makroangiopathischer, einschließlich kardialer Komplikationen, zum jeweils qualifizierten Facharzt/Einrichtung.

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

Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere bei (gemäß Ziffer 1.8.3 der Anlage 7 der RSAV):

1. Notfall (in jedes Krankenhaus),
2. ketoazidotischer Erstmanifestation in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung/qualifiziertes Krankenhaus,
3. Abklärung nach wiederholten schweren Hypoglykämien oder Ketoazidosen in ein diabetologisch qualifiziertes Krankenhaus,
4. Verdacht auf infizierten diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese sowie bei akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation in ein für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifiziertes Krankenhaus,
5. Nicht-Erreichen eines HbA1c-Wertes unter dem ca. 1,2-fachen der oberen Norm der jeweiligen Labormethode nach in der Regel 6 Monaten (spätestens 9 Monaten) Behandlungsdauer in einer ambulanten diabetologisch qualifizierten Einrichtung; vor einer Einweisung in diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen ist zu prüfen, ob der Patient von einer stationären Behandlung profitieren kann,
6. Kindern und Jugendlichen mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 1 in pädiatrisch diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen,
7. ggf. zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie in eine diabetologisch und pädiatrisch qualifizierte stationäre Einrichtung, die zur Durchführung von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen qualifiziert ist,
8. ggf. zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 im stationären Bereich,
9. ggf. zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie (CSII),
10. ggf. zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus Typ 1.

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

Veranlassung von Rehabilitationsmaßnahmen

Für die Veranlassung von Rehabilitationsmaßnahmen gilt Ziffer 1.8.4 der Anlage 7 der RSAV.

Anlage 3 - Strukturqualität Hausarzt

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Strukturvoraussetzungen koordinierender Versorgungssektor (Hausarzt im Rahmen von § 73 SGB V)

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

Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte und zugelassenen MVZ, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen bzw. nachweisen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten. Dabei muss die Betreuung in enger Kooperation mit einem vertraglich eingebundenen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt erfolgen. Der Hausarzt beachtet die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.8.2 der Anlage „Versorgungsinhalte“, soweit seine eigene Qualifikation für die Behandlung der Patienten nicht ausreicht. Der Hausarzt gemäß Anlage 3 übernimmt nicht die Koordination bei Kindern und Jugendlichen mit einem Diabetes mellitus Typ 1. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

In Ausnahmefällen sind in Ergänzung zu Satz 2 auch Ärzte, die als Internist ohne Schwerpunkt oder mit einem Schwerpunkt gemäß Ziffer 1 der Anlage 1 dieses Vertrages an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und pro Quartal mindestens 40 Diabetiker, davon mindestens 10 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 behandeln, als koordinierende Ärzte – persönlich oder durch angestellte Ärzte – teilnahmeberechtigt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patienten bereits vor der Einschreibung von diesen Ärzten dauerhaft betreut worden sind. Sätze 3, 4, 5 und 6 gelten entsprechend.

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
1. Fachliche Voraussetzungen Hausarzt im Rahmen von § 73 SGB V	<ul style="list-style-type: none">- Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt/Ärztin sowie Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnungoder- Facharzt/-ärztin für Innere Medizin ohne Schwerpunkt oder mit einem Schwerpunkt gemäß Ziffer 1 der Anlage 1 mit mindestens 40 Diabetikern / Quartal, davon mindestens 10 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in dauerhafter Betreuung <p>und jeweils</p> <ul style="list-style-type: none">- die enge Kooperation mit einem vertraglich eingebundenen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt/Ärztin gemäß Anlage 1 dieses Vertrages ist beim Antrag auf Teilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nachzuweisen- Information durch Praxismanual zu Beginn der Teilnahme, ggf. Teilnahme an einer Arztinformativveranstaltung

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
	und <ul style="list-style-type: none"> - regelmäßige diabetesspezifische Fortbildung, z.B. durch Qualitätszirkel, mindestens einmal jährliche Teilnahme
2. Apparative Ausstattung der Praxis	<ul style="list-style-type: none"> - Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Vertragsarztpraxis - Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards¹ - 24 Stunden-Blutdruckmessung (in Eigenleistung oder als Auftragsleistung) - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nasschemischen Blutglukosebestimmung und HbA1c-Messung gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (HbA1c-Messung in Eigenleistung oder als Auftragsleistung) - EKG - Belastungs-EKG² (in Eigenleistung oder als Auftragsleistung) - Sonographie³, Doppler- oder Duplexsonographie³ (jeweils in Eigenleistung oder als Auftragsleistung) - Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

Überweisung vom koordinierenden Hausarzt zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur diabetologisch qualifizierten Einrichtung

Bei Vorliegen folgender Indikationen **muss** der Hausarzt eine Überweisung des Patienten veranlassen (gemäß Ziffer 1.8.2 der Anlage 7 der RSAV):

- bei Erstmanifestation in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
- bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren grundsätzlich, unter 18 Jahren⁴ fakultativ an eine diabetologisch qualifizierte pädiatrische Einrichtung,
- bei Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms oder eines Hochrisikofußes an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes qualifizierte Einrichtung,

¹ Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in der Begründung zur 9. RSA-Änderungsverordnung Ziffer 1.5.4.1

² Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinie zur Ergometrie der Dt. Gesellschaft für Kardiologie.

³ Fachliche Voraussetzungen gemäß der Richtlinie "Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschallvereinbarung)" in der jeweils geltenden Fassung

⁴ Gemäß Berufsordnung der Ärztekammer Berlin behandeln Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin Jugendliche bis unter 18 Jahren. Daher wurde abweichend von der Anlage 7 der RSAV "unter 21 Jahren" durch "unter 18 Jahren" ersetzt.

- zur augenärztlichen Untersuchung insbesondere der Untersuchung der Netzhaut,
- bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft in eine in der Behandlung von schwangeren Typ 1-Diabetikerinnen erfahrene qualifizierte Einrichtung,
- zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie in eine mit dieser Therapie erfahrenen diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
- bei bekannter Hypertonie und bei Nicht-Erreichen des Ziel-Blutdruck-Bereiches unterhalb systolisch 140 mmHg und diastolisch 90 mmHg innerhalb eines Zeitraums von höchstens sechs Monaten zum jeweils qualifizierten Facharzt / qualifizierte Einrichtung,
- bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie an eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
- Vorliegen mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie mindestens einmal jährlich an eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
- Vorliegen makroangiopathischer, einschließlich kardialer Komplikationen, in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
- zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung, die zur Durchführung von strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogrammen qualifiziert ist,
- bei Nichterreichen eines HbA_{1c}-Wertes unter dem ca. 1,2fachen der oberen Norm der jeweiligen Labormethode nach maximal sechs Monaten Behandlungsdauer in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
- bei Abschluss der akut-medizinischen Versorgung infolge einer schweren Stoffwechseldekompensation (z. B. schwere Hypoglykämie, Ketoazidose) in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung.

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

1. bei signifikanter Kreatinin-Erhöhung bzw. bei Einschränkung der Kreatinin-Clearance zum Nephrologen,
2. bei Vorliegen makroangiopathischer, einschließlich kardialer Komplikationen, zum jeweils qualifizierten Facharzt / Einrichtung.

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

Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere bei (gemäß Ziffer 1.8.3 der Anlage 7 der RSAV):

1. Notfall (in jedes Krankenhaus),

2. ketoazidotischer Erstmanifestation in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung / qualifiziertes Krankenhaus,
3. Abklärung nach wiederholten schweren Hypoglykämien oder Ketoazidosen in ein diabetologisch qualifiziertes Krankenhaus,
4. Verdacht auf infizierten diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese sowie bei akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation in ein für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifiziertes Krankenhaus,
5. Nicht-Erreichen eines HbA1c-Wertes unter dem ca. 1,2-fachen oder oberen Norm der jeweiligen Labormethode nach in der Regel 6 Monaten (spätestens 9 Monaten) Behandlungsdauer in einer ambulanten diabetologisch qualifizierten Einrichtung; vor einer Einweisung in diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen ist zu prüfen, ob der Patient von einer stationären Behandlung profitieren kann,
6. Kindern und Jugendlichen mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 1 in pädiatrisch diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen,
7. ggf. zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung, die zur Durchführung von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen qualifiziert ist,
8. ggf. zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammes von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 im stationären Bereich,
9. ggf. zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie (CSII),
10. ggf. zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus Typ 1.

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

Veranlassung von Rehabilitationsmaßnahmen

Für die Veranlassung von Rehabilitationsmaßnahmen gilt Ziffer 1.8.4 der Anlage 7 der RSAV.

Teilnahmeerklärung des Arztes

„Koordinierender Arzt“ (diabetologisch besonders qualifizierter Arzt)

gem. § 3 Abs. 2 und 3

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Name Vorname:

Geburtsdatum:

Niederlassung zum: als:

Facharztanerkennung als/vom:

weitere Weiterbildungsabschlüsse:

(Schwerpunktbezeichnung/Subspezialisierung)

Praxisanschrift:

Meine lebenslange Arztnummer lautet:.....[LANR]

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Disease-Management-Programms informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin möchte ich teilnehmen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 11, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Ärzten, 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 (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften 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 Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z.B. Datenbanken),

- den bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu den DMP zukommen lassen und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte erfüllen,
- gegenüber der KV Berlin mit der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KV Berlin in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift in dem gesonderten „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“ gem. § 9,
- der Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses (ambulanter Sektor)“ an die teilnehmenden Vertragsärzte und MVZ, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

einverstanden.

Die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis über

- die Veröffentlichung ihres Namens und ihrer Anschrift in dem gesonderten „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“ gem. § 9,
- die Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses (ambulanter Sektor)“ an die teilnehmenden Vertragsärzte und MVZ, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

erklärt.

Mir bzw. den in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres beträgt.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. Ärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 10 sanktioniert werden.

Ich möchte am Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 1 als „**Koordinierender Arzt**“ (diabetologisch besonders qualifizierter **Arzt**) teilnehmen.

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

Ich möchte am Vertrag wie folgt teilnehmen:

persönlich

durch die bei mir angestellten Ärzte

Für die Teilnahme am Vertrag, durch bei mir angestellte Ärzte, habe ich die Anlage 5.3 (Ergänzungserklärung des Arztes) ausgefüllt und beigefügt.

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

a) _____ [BSNR]

b) _____ [NBSNR]

c) _____ [NBSNR]

Ich versichere, dass die nachfolgenden Voraussetzungen in jeder Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte vorgehalten werden.

Folgende **fachliche Voraussetzungen** werden durch mich erfüllt:

A. Facharzt/-ärztin f. Allgemeinmedizin, Praktische/r Ärztin/Arzt oder Ärztin/Arzt ohne Gebietsbezeichnung

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Subspezialisierung Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie

und

ich versichere die Behandlung von jährlich mindestens 45 Patienten und Schulung von ca. 20 Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1.

B. Facharzt/-ärztin f. Innere Medizin:

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Subspezialisierung Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie **oder**

Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie bzw. Endokrinologie und Diabetologie

und

ich versichere die Behandlung von jährlich mindestens 45 Patienten und Schulung von ca. 20 Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1.

C. Facharzt/-ärztin f. Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
und

ich versichere die Behandlung von jährlich mindestens 45 Patienten und Schulung von ca. 20 Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1.

D. diabetologisch qualifizierter Facharzt/-ärztin f. Kinder- und Jugendmedizin:

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Zusatzbezeichnung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie

in Einzelfällen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt gemäß Anlage 1 dieses Vertrages **mit** ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1

und

ich versichere die Behandlung von mindestens 27 Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 pro Jahr.

Ich erbringe als teilnehmender Arzt nach Buchstabe A, B oder C folgende zusätzliche Leistungen und erfülle dafür die Anforderungen der Anlage 1 – Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor:

Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit Insulinpumpentherapie, Behandlung von jährlich mindestens 10 Patienten

Behandlung von schwangeren Frauen mit DM Typ 1, Behandlung von durchschnittlich 5 Patientinnen in zwei Jahren

Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom bei ausreichender Erfahrung

Folgende organisatorische Voraussetzungen werden in jeder oben genannten Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte vorgehalten:

Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal

mindestens ein/e Diabetesberater/in DDG in Vollzeitanstellung bzw. entsprechende Teilzeitstellen

oder

Diabetesassistent/in DDG in Vollzeitanstellung bzw. entsprechende Teilzeitstellen

mit mindestens 2-jähriger Tätigkeit als Diabetesassistentin in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis/Einrichtung **und** Fortbildungsnachweis über Insuline und Insulin-Dosisanpassung (bzw. intensivierete Insulintherapie) oder Fortbildungsnachweis, dass Patientenschulungen in intensivierter Insulintherapie durchgeführt werden können

und

mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen

Apparative Ausstattung

Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis/Einrichtung

Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards

24 Stunden-Blutdruckmessung (als Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labor-methode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung und HbA1c-Messung gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (HbA1c-Messung in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

EKG

Belastungs-EKG (in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

Sonographie, Doppler- oder Duplexsonographie (jeweils in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

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

Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen gemäß **Anlage 1 - Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor bzw. Anlage 2 - Strukturqualität qualifizierter Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen** zur Teilnahme an diesem Vertrag erfülle. Entsprechende Nachweise füge ich dieser Teilnahmeerklärung bei.

Ich bzw. die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir an-stellten Ärzte verpflichten sich außerdem:

zu einer regelmäßigen diabetesspezifischen Fortbildung, z.B. durch Qualitätszirkel, mindestens zweimal jährliche Teilnahme

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden.

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 25 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

der Datenstelle nach § 25 des Vertrages,

der Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR,

der Gemeinsamen Einrichtung DMP GbR sowie

den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die in meiner Praxis im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der RSAV i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.

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

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR und die Krankenkassen bzw. deren Verbände im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR, 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.

Das Praxismanual habe ich sowie die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzte erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel
ggf. Unterschrift Leiter der Einrichtung

Teilnahmeerklärung des Arztes

„Koordinierender Arzt“ (Hausarzt)

gem. § 3 Abs. 4

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Name Vorname:

Geburtsdatum:

Niederlassung zum: als:

Facharztanerkennung als/vom:

weitere Weiterbildungsabschlüsse:

(Schwerpunktbezeichnung/Subspezialisierung)

Praxisanschrift:

Meine lebenslange Arztnummer lautet:.....[LANR]

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Disease-Management-Programms informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin möchte ich teilnehmen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 11, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Ärzten, 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 (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften 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 Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z.B. Datenbanken),

- den bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu den DMP zukommen lassen und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte erfüllen,
- gegenüber der KV Berlin mit der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KV Berlin in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift in dem gesonderten „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“ gem. § 9,
- der Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses (ambulanter Sektor)“ an die teilnehmenden Vertragsärzte und MVZ, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

einverstanden.

Die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis über

- die Veröffentlichung ihres Namens und ihrer Anschrift in dem gesonderten „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“ gem. § 9,
- die Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses (ambulanter Sektor)“ an die teilnehmenden Vertragsärzte und MVZ, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

erklärt.

Mir bzw. den in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres beträgt.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. Ärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 10 sanktioniert werden.

Ich möchte am Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 1 als „**Koordinierender Arzt**“ (**Hausarzt**) gem. § 3 Abs. 4 teilnehmen.

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

Ich möchte am Vertrag wie folgt teilnehmen:

persönlich

durch die bei mir angestellten Ärzte

Für die Teilnahme am Vertrag, durch bei mir angestellte Ärzte, habe ich die Anlage 5.3 (Ergänzungserklärung des Arztes) ausgefüllt und beigefügt.

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

a) _____ [BSNR]

b) _____ [NBSNR]

c) _____ [NBSNR]

Ich versichere, dass die nachfolgenden Voraussetzungen in jeder Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte vorgehalten werden.

Folgende **fachliche Voraussetzungen** werden durch mich erfüllt:

Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt/Ärztin sowie Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnung mit Tätigkeit im hausärztlichen Versorgungssektor

oder bei Tätigkeit im fachärztlichen Versorgungssektor

Internist ohne Schwerpunkt oder mit einem Schwerpunkt gemäß Ziffer 1 der Anlage 1
und
ich versichere die Behandlung von mindestens 40 Diabetikern pro Quartal, davon mindestens 10 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1

Folgende **organisatorische Voraussetzungen zur Ausstattung** werden in jeder oben genannten Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte vorgehalten:

Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren

Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards

24 Stunden-Blutdruckmessung (in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung und HbA1c-Messung gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (HbA1c-Messung in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

- | | |
|--|--------------------------|
| EKG | <input type="checkbox"/> |
| Belastungs-EKG (in Eigenleistung oder als Auftragsleistung) | <input type="checkbox"/> |
| Sonographie, Doppler- oder Duplexsonographie (jeweils in Eigenleistung oder als Auftragsleistung) | <input type="checkbox"/> |
| Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament) | <input type="checkbox"/> |

Ich bzw. die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir anstellten Ärzte verpflichten sich außerdem:

zu einer regelmäßigen diabetesspezifischen Fortbildung, z.B. durch Qualitätszirkel, mindestens einmal jährliche Teilnahme

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden.

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 25 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

der Datenstelle nach § 25 des Vertrages,
der Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR,
der Gemeinsamen Einrichtung DMP GbR sowie
den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden
spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die in meiner Praxis im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der RSAV i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.

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

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR und die Krankenkassen bzw. deren Verbände im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR, 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.

Das Praxismanual habe ich sowie die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzte erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel
ggf. Unterschrift Leiter der Einrichtung

Bestätigung über die Kooperation mit einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis

Ich kooperiere bei der Versorgung der Patienten mit dem vertraglich eingebundenen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt gemäß § 3 Abs. 2 aus der Praxis

.....
.....

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel
der kooperierenden Praxis gemäß § 3
(Diabetologische Schwerpunktpraxis)

Ergänzungserklärung des Arztes

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Erklärung zu jedem angestellten Arzt

Nachfolgend genannter in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR] o.[NBSNR]	als Hausarzt § 3 Abs. 4	als diabetol. bes. qual. Arzt § 3 Abs. 2 bzw. 3	ab Datum	

- Folgende fachliche Voraussetzung gemäß **§ 3 Abs. 4** wird durch den genannten, bei mir angestellten Arzt, erfüllt:

- Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt/Ärztin sowie Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnung mit Tätigkeit im hausärztlichen Versorgungssektor

oder bei Tätigkeit im fachärztlichen Versorgungssektor

- Internist ohne Schwerpunkt oder mit einem Schwerpunkt gem. Ziffer 1 der Anlage 1 **und** Behandlung von mindestens 40 Diabetikern pro Quartal, davon mindestens 10 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1

- Folgende fachliche Voraussetzung gemäß **§ 3 Abs. 2 bzw. 3** wird durch den genannten, bei mir angestellten Arzt, erfüllt:

A. Facharzt/-ärztin f. Allgemeinmedizin, Praktische/r Ärztin/Arzt oder Ärztin/Arzt ohne Gebietsbezeichnung

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Subspezialisierung Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie

und

Behandlung von jährlich mindestens 45 Patienten und Schulung von ca. 20 Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1

B. Facharzt/-ärztin f. Innere Medizin:

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Subspezialisierung Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie **oder**

Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie bzw. Endokrinologie und Diabetologie

und

Behandlung von jährlich mindestens 45 Patienten und Schulung von ca. 20 Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1

C. Facharzt/-ärztin f. Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
und

Behandlung von jährlich mindestens 45 Patienten und Schulung von ca. 20 Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1

D. diabetologisch qualifizierter Facharzt/-ärztin f. Kinder- und Jugendmedizin:

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Zusatzbezeichnung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie

in Einzelfällen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt gemäß Anlage 1 dieses Vertrages **mit** ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1

und

Behandlung von mindestens 27 Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 pro Jahr

Der genannte, bei mir angestellten Arzt nach Buchstabe A, B oder C erbringt folgende zusätzliche Leistungen und erfüllt dafür die Anforderungen der Anlage 1 – Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor:

Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit Insulinpumpentherapie, Behandlung von jährlich mindestens 10 Patienten

Behandlung von schwangeren Frauen mit DM Typ 1, Behandlung von durchschnittlich 5 Patientinnen in zwei Jahren

Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom bei ausreichender Erfahrung

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt erbringt **keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] o.[NBSNR] als Hausarzt als diabetol. bes. qual. Arzt ab Datum
 § 3 Abs. 4 § 3 Abs. 2 bzw. 3

Ort, Datum

Unterschrift angestellter Arzt

Unterschrift anstellender Arzt/
Leiter der Einrichtung und
Vertragsarztstempel

Anlage 6 - Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Leistungserbringer-Verzeichnis Diabetes mellitus Typ 1 (ambulanter Sektor)

Versorgungsebenen der gemäß der jeweils vertraglich vereinbarten
Strukturqualität (nur Einfachnennung möglich)

A = Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt gemäß den
Anforderungen an die Strukturqualität

B = Diabetologisch besonders qualifizierter Kinderarzt/Einrichtung

Folgende besonderen Fachkenntnisse teilnehmender diabetologisch besonders qualifizierter

Ärzte müssen in einer gesonderten Spalte ausgewiesen werden:

- zur Dauerbehandlung von Patienten mit Insulinpumpentherapie
- für die Behandlung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom

für die Behandlung von schwangeren Frauen mit Diabetes mellitus Typ 1

C = koordinierende Hausärzte mit Kooperation vertraglich eingebundener diabetologisch
besonders qualifizierter Arzt (in Einzelfällen)
Anforderungen an die Strukturqualität

In der Spalte Schulungsberechtigung (Mehrfachbenennungen möglich)

1 = Behandlungs- und Schulungsprogramm mit intensivierter Insulintherapie (Jörgens, Grüßer et al.)

2 = Diabetes bei Jugendlichen: ein Schulungsprogramm (Lange et al.)

3 = Diabetes bei Kindern: ein Behandlungs- und Schulungsprogramm (Hürter et al.)

4 = Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (Grüßer, Jörgens et al.)

5 = Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP; Sawicki et al.)

6 = Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III – deutsche Version

7 = HyPOS

LANR	BSNR	Status BS	Status Arzt	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Haus-Nr.	PLZ	Ort	Stadtbezirk	Tel.-Nr.	Koordinierender Arzt (A oder B oder C)	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Schulungsberechtigung*	Behandlung von Schwangeren	Insulinpumpentherapie	Spezialisierte Behandlung des Diabetischen Fußes

Status Betriebsstätte (BS)
H = Hauptbetriebsstätte
N = Nebenbetriebsstätte
G = Angestellter Arzt

Status Arzt
V = Vertragsarzt
A = Anstellender Vertragsarzt ohne persönliche DMP-Leistungserbringung

Hinweise

Im Verzeichnis sind die koordinierenden Ärzte durch Ankreuzen in der Spalte „Koord. Ärzte“ zu markieren.

Das Verzeichnis ist zunächst noch Koord. Ärzten/Nicht-koord. Ärzten, sodann nach Beginn der Teilnahme zu sortieren.

Wird die Teilnahme bzw. DMP-Leistungserbringung in der LANR/BSNR-Kombination beendet, wird das Leistungserbringer-Verzeichnis mit dem Endedatum fortgeführt.

Ergänzung je Zeile:

Ggf. anstellender Arzt/Einrichtung				Postanschrift Bezeichnung Arztpraxis/Einrichtung	Postanschrift Straße, Hausnr.	Postanschrift PLZ	Postanschrift Ort
Anrede	Titel	Name	Vorname				

Anlage 8 – Versorgungsinhalte

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Anlage 7 RSAV (zu §§ 28b bis 28g)

Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 1

1. Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

1.1 Definition des Diabetes mellitus Typ 1

Als Diabetes mellitus Typ 1 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch absoluten Insulinmangel auf Grund einer sukzessiven Zerstörung der Betazellen in der Regel im Rahmen eines Autoimmungeschehens entsteht.

1.2 Diagnostik (Eingangsd Diagnose)

Die Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 1 gilt als gestellt, wenn die folgenden Kriterien bei Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm erfüllt sind oder sich aus der Vorgeschichte des Patienten bei der Manifestation der Erkrankung ergeben:

1. Nachweis typischer Symptome des Diabetes mellitus (z. B. Polyurie, Polydipsie, ungewollter Gewichtsverlust) und/oder einer Ketose/Ketoazidose und
2. Nüchtern-Glukose vorrangig im Plasma (i.P.) $\geq 7,0$ mmol / l (≥ 126 mg / dl) oder Nicht-Nüchtern-Glukose i.P. $\geq 11,1$ mmol / l (≥ 200 mg / dl) und
3. gegebenenfalls laborchemische Hinweise für einen absoluten Insulinmangel (z. B. Nachweis von Ketonkörpern in Blut und/oder Urin mit und ohne Azidose).

Die Werte für venöses und kapillares Vollblut ergeben sich aus der nachfolgenden Tabelle:

Diagnostische Kriterien des Diabetes mellitus

	Plasmaglukose				Vollblutglukose			
	venös		kapillar		venös		kapillar	
	mmol/l	mg/dl	mmol/l	mg/dl	mmol/l	mg/dl	mmol/l	mg/dl
Nüchtern	$\geq 7,0$	≥ 126	$\geq 7,0$	≥ 126	$\geq 6,1$	≥ 110	$\geq 6,1$	≥ 110
Nicht nüchtern	$\geq 11,1$	≥ 200	$\geq 12,2$	≥ 220	$\geq 10,0$	≥ 180	$\geq 11,1$	≥ 200

Die Unterscheidung zwischen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 erfolgt im strukturierten Behandlungsprogramm demnach anhand der Anamnese, des klinischen Bildes und der Laborparameter.

Die Leistungserbringer sollen prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

1.3 Therapie des Diabetes mellitus Typ 1

1.3.1 Therapieziele

Die Therapie dient der Verbesserung der von einem Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität, der Vermeidung diabetesbedingter und -assoziierter Folgeschäden sowie der Erhöhung der Lebenserwartung. Hieraus ergeben sich insbesondere folgende Therapieziele:

1. Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
2. Vermeidung von Neuropathien bzw. Linderung von damit verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen,
3. Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen,
4. Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
5. Vermeidung von Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidosen) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien).

1.3.2 Differenzierte Therapieplanung

Auf der Basis der allgemeinen Therapieziele und unter Berücksichtigung des individuellen Risikos sowie der vorliegenden Folgeschäden bzw. Begleiterkrankungen sind gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen und eine differenzierte Therapieplanung vorzunehmen. Die Leistungserbringer haben zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit dem Patienten nach ausführlicher Aufklärung über Nutzen und Risiken.

1.3.3 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

Jeder Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 muss Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten. Im Übrigen gelten die unter Ziffer 4.2 genannten Zugangs- und Qualitätssicherungskriterien.

1.3.4 Insulinsubstitution

Bei gesichertem Diabetes mellitus Typ 1 ist die Substitution von Insulin die lebensnotwendige und lebensrettende Maßnahme. Für die Erreichung der unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele ist die Senkung der Blutglukosewerte in einen möglichst normnahen Bereich notwendig. Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Patientenpräferenzen Insuline verwen-

det werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele in prospektiven, randomisierten, kontrollierten Langzeitstudien mit klinischen Endpunkten nachgewiesen wurden. Dies ist bisher nachgewiesen für Human- und Schweine-Insulin. Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung anstelle des als vorrangig anzuwendenden Human-Insulins Insulin-Analoga verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der Patient darüber zu informieren, dass derzeit für Insulin-Analoga noch keine ausreichenden Belege zur Sicherheit im Langzeitgebrauch sowie zur Risikoreduktion klinischer Endpunkte vorliegen. Er ist darüber zu informieren, ob für das jeweilige Insulin-Analoga Daten zur besseren Wirksamkeit und Steuerbarkeit vorliegen. Dies ist bisher nachgewiesen für kurzwirksame Insulin-Analoga bei Pumpentherapie (CSII).

Die intensivierte Insulin-Therapie ist der Behandlungsstandard bei Diabetes mellitus Typ 1. Im Rahmen des strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramms sollen die Patienten mit der selbstständigen korrekten Durchführung einer intensivierten Insulintherapie vertraut gemacht werden. Hierzu zählen u.a. die variablen präprandialen Gaben von Normalinsulin nach Stoffwechselfbstkontrolle. Ziel ist eine selbstbestimmte flexible Lebensführung ohne diabetesbedingte Beschränkung der Auswahl von Nahrungsmitteln.

1.4 Hypoglykämische und ketoazidotische Stoffwechsellentgleisungen

Nach einer schweren Hypoglykämie oder Ketoazidose ist wegen des Risikos der Wiederholung solcher metabolischer Ereignisse im Anschluss an die Notfalltherapie zeitnah die Ursachenklärung einzuleiten.

1.5 Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus Typ 1

1.5.1 Mikrovaskuläre Folgeerkrankungen

1.5.1.1 Allgemeinmaßnahmen

Für die Vermeidung des Entstehens mikrovaskulärer Folgeerkrankungen (vor allem diabetische Retinopathie und Nephropathie) ist die Senkung der Blutglukose in einen normnahen Bereich notwendig. Bereits bestehende mikrovaskuläre Komplikationen können insbesondere zu den Folgeschäden Sehbehinderung / Erblindung und/oder Niereninsuffizienz / Dialyse-notwendigkeit führen. Zur Hemmung der Progression ist neben der Senkung der Blutglukose die Senkung des Blutdrucks in einen normnahen Bereich von entscheidender Bedeutung.

1.5.1.2 Diabetische Nephropathie

Ein Teil der Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ist hinsichtlich einer Entstehung einer diabetischen Nephropathie mit der möglichen Konsequenz einer Nierenersatztherapie und deutlich erhöhter Sterblichkeit gefährdet. Patienten mit einer diabetischen Nephropathie bedürfen einer spezialisierten, interdisziplinären Behandlung, einschließlich problemorientierter Beratung. Zum Ausschluss einer diabetischen Nephropathie ist der Nachweis einer normalen Urin-Albumin-Ausscheidungsrate oder einer normalen Urin-Albumin-Konzentration im ersten Morgenurin ausreichend.

Für die Diagnosestellung einer diabetischen Nephropathie ist der mindestens zweimalige Nachweis einer pathologisch erhöhten Albumin-Ausscheidungsrate im Urin im Abstand von zwei bis vier Wochen notwendig, insbesondere bei Vorliegen einer Retinopathie.

Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ohne bekannte diabetische Nephropathie erhalten mindestens einmal jährlich eine entsprechende Urin-Untersuchung zum Ausschluss einer diabetischen Nephropathie.

Bei Nachweis einer persistierenden pathologischen Urin-Albumin-Ausscheidung ist unter anderem zusätzlich die Bestimmung der glomerulären Filtrationsrate (z. B. Kreatinin-Clearance-Berechnung nach Cockcroft-Gault) zu erwägen.

Wenn eine diabetische Nephropathie diagnostiziert wurde, sind Interventionen vorzusehen, für die ein positiver Nutznachweis im Hinblick auf die Vermeidung der Progression und Nierenersatztherapie erbracht ist. Dazu zählen insbesondere eine normnahe Blutdruck- und Blutglukoseeinstellung, Rauchverzicht und bei pathologisch reduzierter glomerulärer Filtrationsrate die Empfehlung einer adäquat begrenzten Eiweißaufnahme.

1.5.1.3 Diabetische Retinopathie

Zum Ausschluss einer diabetischen Retinopathie ist in der Regel beginnend im fünften Jahr nach Manifestation des Diabetes einmal jährlich eine ophthalmologische Netzhautuntersuchung durchzuführen.

Wenn eine diabetesassoziierte Augenkomplikation diagnostiziert wurde, sind Interventionen vorzusehen, für die ein positiver Nutznachweis im Hinblick auf die Vermeidung der Erblindung erbracht ist. Dazu zählen eine normnahe Blutglukose- und Blutdruckeinstellung sowie gegebenenfalls eine rechtzeitige und adäquate Laser-Behandlung. Bei proliferativer Retinopathie ist insbesondere die panretinale Laser-Fotokoagulation durchzuführen.

1.5.2 Diabetische Neuropathie

Zur Behandlung der diabetischen Neuropathie sind stets Maßnahmen vorzusehen, die zur Optimierung der Stoffwechseleinstellung führen. Bei Neuropathien mit für den Patienten störender Symptomatik (vor allem schmerzhaftes Polyneuropathie) ist der Einsatz zusätzlicher medikamentöser Maßnahmen sinnvoll.

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und der Patientenpräferenzen Medikamente zur Behandlung der symptomatischen schmerzhaften Neuropathie verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit in prospektiven, randomisierten, kontrollierten Studien nachgewiesen wurden. Dabei handelt es sich insbesondere um Amitriptylin (jeweils entsprechend dem arzneimittelrechtlichen Zulassungsstatus) und Carbamazepin.

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

1.5.3 Das diabetische Fußsyndrom

Patientinnen oder Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, insbesondere mit peripherer Neuropathie sowie mikro- und/oder makrovaskulären Folge- bzw. Begleitkrankheiten, sind durch die Entwicklung eines diabetischen Fußsyndroms mit einem erhöhten Amputationsrisiko gefährdet.

Es ist bei allen Patienten mindestens einmal jährlich eine Inspektion der Füße einschließlich Prüfung auf Neuropathie und Prüfung des Pulsstatus durchzuführen. Bei Patienten mit erhöhtem Risiko soll die Prüfung quartalsweise, einschließlich der Überprüfung des Schuhwerks, erfolgen. Ein auffälliger Fußstatus soll nach Wagner/Armstrong dokumentiert werden.

Bei Hinweisen auf ein vorliegendes diabetisches Fußsyndrom (mit Epithelläsion, Verdacht auf bzw. manifester Weichteil- oder Knocheninfektion bzw. Verdacht auf Osteoarthropathie) ist die Mitbehandlung in einer für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierten Einrichtung erforderlich. Nach einer abgeschlossenen Behandlung einer Läsion im Rahmen eines diabetischen Fußsyndroms ist die regelmäßige Vorstellung in einer für die Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung zu prüfen.

1.5.4 Makroangiopathische Erkrankungen

Patientinnen oder Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 haben insbesondere bei Vorliegen einer Nephropathie ein deutlich erhöhtes Risiko bezüglich der kardio- und zerebrovaskulären Morbidität und Mortalität. Zusätzlich zu einer guten Diabetes-Einstellung sind die unter Ziffer 1.5.4 angeführten Maßnahmen vorzunehmen. Den Patienten soll dringend angeraten werden, das Rauchen aufzugeben.

1.5.4.1 Arterielle Hypertonie bei Diabetes mellitus Typ 1

1.5.4.1.1 Definition und Diagnosestellung der Hypertonie

Wenn nicht bereits eine Hypertonie bekannt ist, kann die Diagnose gestellt werden: bei mindestens zwei Gelegenheitsblutdruckmessungen an zwei unterschiedlichen Tagen Blutdruckwerte von ≥ 140 mmHg systolisch und/oder ≥ 90 mmHg diastolisch.

Diese Definition bezieht sich auf manuelle auskultatorische Messungen, die durch eine Ärztin oder einen Arzt oder geschultes medizinisches Personal grundsätzlich in einer medizinischen Einrichtung durchgeführt werden, und gilt unabhängig von Alter oder vorliegenden Begleiterkrankungen. Die Blutdruckmessung ist methodisch standardisiert gemäß den nationalen Empfehlungen durchzuführen.

1.5.4.1.2 Therapeutische Maßnahmen bei Hypertonie

Durch die antihypertensive Therapie soll die Erreichung der unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele, insbesondere Nummer 1 und 3, angestrebt werden. Hierfür ist eine Senkung des Blutdrucks auf Werte systolisch unter 140 mmHg und diastolisch unter 90 mmHg anzustreben.

Jede Patientin und jeder Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 und arterieller Hypertonie soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten. Insbesondere können solche Schulungen angeboten werden, die bei diesen Patientinnen und Patienten auf klinische Endpunkte adäquat evaluiert sind.

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und der Patientenpräferenzen Medikamente zur Blutdrucksenkung verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele in prospektiven, randomisierten, kontrollierten Langzeitstudien nachgewiesen wurden.

Dabei handelt es sich um folgende Wirkstoffgruppen: Diuretika, β 1-Rezeptor-selektive Betablocker und Angiotensin-Conversions-Enzym-Hemmer (ACE-Hemmer).

Dies gilt insbesondere für folgende Wirkstoffe dieser Wirkstoffgruppen:

1. Diuretika: bei normaler Nierenfunktion: Hydrochlorothiazid bzw. Chlortalidon ggf. in Kombination mit kaliumsparenden Diuretika (Amilorid, Triamteren), bei eingeschränkter Nierenfunktion: Schleifendiuretika (Furosemid),
2. β 1-Rezeptor-selektive Betablocker: Metoprolol, Atenolol,
3. Angiotensin-Conversions-Enzym-Hemmer (ACE-Hemmer): Captopril, Enalapril, Ramipril.

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

1.5.4.2 Statintherapie

Bei Patientinnen oder Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und mit einem erhöhten Risiko für makroangiopathische Komplikationen bzw. dem Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung soll die Therapie mit lipidmodifizierenden Medikamenten erwogen werden. Eingesetzt werden sollen Wirkstoffgruppen, deren positiver Effekt und deren Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele in prospektiven, randomisierten, kontrollierten Langzeitstudien nachgewiesen wurden. Dabei handelt es sich in Monotherapie um die Wirkstoffgruppe der HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine). Dies gilt insbesondere für folgende Wirkstoffe dieser Wirkstoffgruppe: Pravastatin und Simvastatin.

1.5.4.3 Thrombozytenaggregationshemmer

Grundsätzlich sollen alle Patientinnen und Patienten mit makroangiopathischen Erkrankungen (z. B. kardio- und zerebrovaskulären Erkrankungen) - unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder der Unverträglichkeiten - Thrombozytenaggregationshemmer erhalten.

1.5.5 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ist durch die Ärztin oder den Arzt zu prü-

fen, inwieweit Patienten von psychotherapeutischen, psychiatrischen und/oder verhaltensmedizinischen Maßnahmen profitieren können. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert (z. B. Essstörungen) soll die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

Auf Grund der häufigen und bedeutsamen Komorbidität vor allem bei Patienten mit diabetischen Folgeerkrankungen soll die Depression besondere Berücksichtigung finden.

1.6 Schwangerschaft bei Diabetes mellitus Typ 1

Patientinnen mit geplanter oder bestehender Schwangerschaft bedürfen einer speziellen interdisziplinären Betreuung. Durch Optimierung der Blutglukosewerte vor und während der Schwangerschaft können die maternalen und fetalen Komplikationen deutlich reduziert werden.

Die Einstellung ist grundsätzlich als intensiviertere Therapie mittels Mehrfach-Injektionen oder mit einer programmierbaren Insulinpumpe (CSII) durchzuführen. Die präkonzeptionelle Einstellung soll mit Humaninsulin erfolgen und in der Schwangerschaft mit diesem Insulin fortgeführt werden. Bei der Behandlung von Schwangeren sind spezifische Zielwerte der Blutglukoseeinstellung zu berücksichtigen.

1.7 Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Die spezifischen Versorgungsbelange von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 bis zum Alter von 18 Jahren machen es erforderlich, dass diese in den strukturierten Behandlungsprogrammen besondere Berücksichtigung finden. Bei Aspekten, die in dieser Ziffer nicht explizit ausgeführt sind, gelten grundsätzlich auch die für Erwachsene getroffenen Aussagen.

1.7.1 Therapieziele

Folgende Ziele stehen bei der medizinischen Betreuung von pädiatrischen Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus im Vordergrund:

1. Vermeidung akuter Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie),
2. Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im subklinischen Stadium; dies setzt eine möglichst normnahe Blutglukoseeinstellung sowie die frühzeitige Erkennung und Behandlung von zusätzlichen Risikofaktoren (z. B. Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas, Rauchen) voraus,
3. altersentsprechende körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), altersentsprechende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit,
4. möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes und seine Therapie; die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken.

1.7.2 Therapie

Die Insulinsubstitution in Form einer intensivierten Insulintherapie ist der Behandlungsstandard bei Diabetes mellitus Typ 1 mit Beginn der Adoleszenz sowie im Erwachsenenalter. Angesichts der Überlegenheit dieser Therapieform bei Adoleszenten und Erwachsenen soll mit der intensivierten Therapie begonnen werden, sobald dieses für die Familie und die Kinder möglich ist. Die Durchführung einer intensivierten Insulintherapie mittels kontinuierlicher subkutaner Insulininfusionstherapie (CSII) kann vor allem bei sehr jungen Kindern oder bei Jugendlichen mit besonderen Problemen Vorteile haben. Die Insulintherapie soll für jedes Kind/jeden Jugendlichen individuell zugeschnitten sein und regelmäßig überdacht werden, um eine möglichst gute Stoffwechselkontrolle bei gleichzeitiger Vermeidung von schweren Hypoglykämien sicherzustellen.

1.7.3 Schulung

Die krankheitsspezifische Beratung und Diabetesschulung in der Pädiatrie soll das Ziel verfolgen, das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement der Kinder und Jugendlichen und in besonderem Maße auch die ihrer Betreuungspersonen zu fördern und zu entwickeln. Das Alter und der Entwicklungsstand des Kindes sind zu berücksichtigen.

Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 beziehungsweise deren Betreuungspersonen erhalten Zugang zu einem strukturierten, nach Möglichkeit evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Die Schulungen können als Gruppen- oder Einzelschulung erfolgen und sollen den jeweiligen individuellen Schulungsstand berücksichtigen.

1.7.4 Psychosoziale Betreuung

Das Angebot einer psychosozialen Beratung und Betreuung der Kinder und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 soll integraler Bestandteil der Behandlung sein. Ihr ist in diesem Rahmen ausreichend Zeit einzuräumen. Hierzu kann auch die Beratung über die verschiedenen Möglichkeiten der Rehabilitation gehören. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Kinder und Jugendlichen einer weitergehenden Diagnostik und/oder Behandlung bedürfen. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert (z. B. Essstörungen) soll die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

1.7.5 Ausschluss von Folgeschäden und assoziierten Erkrankungen

Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 sollen bezüglich der Retinopathie gemäß Ziffer 1.5.1.3 jährlich ab dem elften Lebensjahr untersucht werden. Kinder mit Erstdiagnose zwischen dem ersten und fünften Lebensjahr sollen nach fünf Jahren Diabetesdauer jährlich untersucht werden.

Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 sollen zum Ausschluss der Nephropathie gemäß Ziffer 1.5.1.2 ab dem elften Lebensjahr untersucht werden. Kinder mit Erstdiagnose zwischen dem ersten und fünften Lebensjahr sollen nach fünf Jahren Diabetesdauer jährlich untersucht werden.

Der Blutdruck soll bei allen Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 mindestens von einem Alter von elf Jahren an vierteljährlich gemessen werden.

1.8 Kooperation der Versorgungssektoren

Die Betreuung von Patientinnen oder Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

1.8.1 Koordinierende Ärztin / Koordinierender Arzt

Für die Teilnahme an dem strukturierten Behandlungsprogramm wählt die Patientin oder der Patient zur Langzeitbetreuung und deren Dokumentation eine zugelassene oder ermächtigte koordinierende Ärztin oder einen zugelassenen oder ermächtigten koordinierenden Arzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt.

Dies sind diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte/Einrichtungen. In Einzelfällen kann die Koordination auch von Hausärztinnen oder Hausärzten im Rahmen ihrer in § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben in enger Kooperation mit einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt/Einrichtung wahrgenommen werden.

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

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

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

1. bei Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms oder eines Hochrisikofußes an eine für die Behandlung des diabetischen Fußes qualifizierte Einrichtung,
2. zur augenärztlichen Untersuchung insbesondere der Untersuchung der Netzhaut (vgl. Ziffer 1.5.1.3),
3. bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft in eine in der Behandlung von Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 1 erfahrene qualifizierte Einrichtung (vgl. Ziffer 1.6),
4. zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie in eine mit dieser Therapie erfahrene diabetologisch qualifizierte Einrichtung,

5. bei bekannter Hypertonie und bei Nichterreichen des Ziel-Blutdruck-Bereiches unterhalb systolisch 140 mmHg und diastolisch 90 mmHg innerhalb eines Zeitraums von höchstens sechs Monaten zum jeweils qualifizierten Facharzt/Einrichtung.

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

1. bei signifikanter Kreatinin-Erhöhung beziehungsweise bei Einschränkung der Kreatinin-Clearance zum Nephrologen,
2. bei Vorliegen makroangiopathischer, einschließlich kardialer Komplikationen, zum jeweils qualifizierten Facharzt/Einrichtung.

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

Erfolgt in Einzelfällen die Koordination durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 des Fünften Buch Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben, ist ergänzend zu den oben aufgeführten Indikationen eine Überweisung auch bei folgenden Indikationen zum jeweils qualifizierten Arzt / Einrichtung zu veranlassen:

1. bei Erstmanifestation in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
2. bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren grundsätzlich, unter 21 Jahren fakultativ an eine diabetologisch qualifizierte pädiatrische Einrichtung,
3. bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie an eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
4. Vorliegen mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie mindestens einmal jährlich an eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
5. Vorliegen makroangiopathischer, einschließlich kardialer Komplikationen, in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
6. zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung, die zur Durchführung von strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogrammen qualifiziert ist,
7. bei Nichterreichen eines HbA_{1c}-Wertes unter dem ca. 1,2fachen der oberen Norm der jeweiligen Labormethode nach maximal sechs Monaten Behandlungsdauer in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
8. bei Abschluss der akut-medizinischen Versorgung infolge einer schweren Stoffwechseldekompensation (z. B. schwere Hypoglykämie, Ketoazidose) in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung.

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

1.8.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

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

1. Notfall (in jedes Krankenhaus),

2. ketoazidotischer Erstmanifestation in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung/ qualifiziertes Krankenhaus,
3. Abklärung nach wiederholten schweren Hypoglykämien oder Ketoazidosen in ein diabetologisch qualifiziertes Krankenhaus,
4. Verdacht auf infizierten diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese sowie bei akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation in ein für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifiziertes Krankenhaus,
5. Nichterreichen eines HbA_{1c}-Wertes unter dem ca. 1,2fachen der oberen Norm der jeweiligen Labormethode nach in der Regel sechs Monaten (spätestens neun Monaten) Behandlungsdauer in einer ambulanten diabetologisch qualifizierten Einrichtung; vor einer Einweisung in diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen ist zu prüfen, ob der Patient von einer stationären Behandlung profitieren kann,
6. Kindern und Jugendlichen mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 1 in pädiatrisch diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen,
7. gegebenenfalls zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung, die zur Durchführung von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen (entsprechend Ziffer 4.2) qualifiziert ist,
8. gegebenenfalls zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms (entsprechend Ziffer 4.2) von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 im stationären Bereich,
9. gegebenenfalls zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie (CSII),
10. gegebenenfalls zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus Typ 1.

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

1.8.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms ist insbesondere bei Vorliegen von Komplikationen und/oder Begleiterkrankungen zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann. Eine Leistung zur Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden, wenn durch den Diabetes mellitus Typ 1 und/oder seine Begleiterkrankungen die Erwerbsfähigkeit des Patienten gefährdet erscheint.

2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 2 der Anlage 1 und Ziffer 2.1 der Anlage 5 gelten entsprechend.

3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die Ausführungen zu Ziffer 3.1 der Anlage 1 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Teilnahmeerklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben wird.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 können in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn - zusätzlich zu den in Ziffer 3.1 genannten Voraussetzungen - eine Insulintherapie gemäß Ziffer 1.3.4 eingeleitet wurde oder durchgeführt wird.

Anlage 9 - Qualitätssicherung

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Stand 03.07.2008

QUALITÄTSSICHERUNG DIABETES MELLITUS TYP 1 Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 8 der RSAV

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
1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien				
I. Niedriger Anteil von Patienten mit hohen HbA1c-Werten	Anteil von Patienten mit einem HbA1c-Wert $\geq 8,5\%$ an allen Patienten <u>Zielwert:</u> $\leq 10\%$	<u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Feld 1 (ISD) (HbA1c-Wert) a) $\geq 8,5\%$ b) $\geq 7,5\% < 8,5\%$ c) $\geq 6,5\% < 7,5\%$ d) $< 6,5\%$ <u>Nenner:</u> Alle Patienten	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
II. Zunahme des Anteil von Patienten, die ihren individuell vereinbarten HbA1c-Wert erreicht haben	Anteil von Patienten mit einem HbA1c-Wert, der gehalten werden soll, die also den individuell vereinbarten Zielwert erreicht haben, unter allen Patienten	<u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Feld 20 (ISD) (Zielvereinbarung HbA1c) = „aktuellen HbA1c-Wert halten“ <u>Nenner:</u> Alle Patienten	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
III. Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechsellstörungen	Anteil der Patienten mit schweren Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten <u>Zielwert:</u> ^{1, 2, 3, 4} <ul style="list-style-type: none"> • 1. Jahr $< 20\%$ • 2. Jahr $< 17,5\%$ • 3. Jahr $< 15\%$ 	<u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Eintrag in Feld 6 (ISD) ≥ 0 während der letzten 12 Monate <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback mit Nennung der Patienten mit schweren Hypoglykämien und Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts

¹ Bei der niedrigen erwarteten Häufigkeit von 4% (8%) Hypoglykämien bezogen auf ein (zwei) Quartal(e) bzw. 16% bezogen auf ein Jahr müssten wegen der möglichen Schwankungen bei kleinen eingeschriebenen Patientenzahlen pro Arzt viel zu hohe Zielwerte veranschlagt werden. Daher sind im Feedbackbericht für schwere Hypoglykämien arztbezogen die absolute Häufigkeit mit Zielwert für die Region anzugeben und im QS-Bericht Zielwert und das Ergebnis bezogen auf die Gesamtzahl der Patienten der Vertragsregion.

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
IV. Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlungen wegen Diabetes mellitus	Anteil der Patienten mit einer oder mehr stationären notfallmäßigen Behandlungen wegen Diabetes bei Betrachtung der letzten sechs Monate des DMP <u>Zielwert:</u> <2%	<u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Eintrag in Feld 8 (ISD) >0 während der letzten 6 Monate <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback mit Nennung der Patienten mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes und Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts ⁵
V. Hoher Anteil von Hypertonikern mit normotensiven Blutdruckwerten	Anteil normotoner Patienten (Blutdruckwerte < 140mmHg syst. Und < 90mmHg diast.) unter den Patienten mit bekannter oder neu aufgetretener arterieller Hypertonie <u>Zielwert:</u> ⁶ ≥ 50%	<u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Feld 15 (AD) (Blutdruck) < 140/90mmHg <u>Nenner:</u> Alle Patienten im Alter ≥ 18 Jahre (nach Ausprägung aus Feld 3 (AD)) mit einer Angabe „arterielle Hypertonie“ in Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen)	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

² Inzidenzangaben für Deutschland im Bereich der Primärversorgung schwanken zwischen 0,16 und 0,04/Patient/Jahr (Schiel R, Müller UA: Die Stoffwechselqualität von insulinbehandelten Patienten mit Diabetes mellitus einer mitteldeutschen Stadt 1989/90 bis 1999/2000. Die JEVIN Studie (2003) Medizinische Klinik 98: 303-312 und Holstein A, Plaschke A, Egberts EH (2002) Incidence and Costs of Severe Hypoglycemia. Diabetes Care 25: 2119.)

³ Schiel R, Müller UA, Sprott H, Schmelzer A, Mertes B, Hunger-Dathe W, Ross IS: The JEVIN-trial: A population based survey on the quality of diabetes care in Germany 1994/95 versus 1989/90. Diabetologia 40 (1997) 1350-1357

⁴ Schiel R, Müller UA: Die Stoffwechselqualität von insulinbehandelten Patienten mit Diabetes mellitus einer mitteldeutschen Stadt 1989/90 bis 1999/2000. Die JEVIN Studie (2003) Medizinische Klinik 98: 303-312

⁵ praxisbezogene Angaben zur Häufigkeit sind aufgrund der geringen Inzidenz nicht sinnvoll

⁶ Deutsche Studien zur Blutdruckeinstellung im primärärztlichen Bereich zeigen in der Regel eine Zielwerterreichung (<140/90mmHg) von deutlich unter 40%. International ist je nach Definition des Zielwerts das Ergebnis bei großer Varianz geringfügig besser (je nach Studie ca. 40-50%, selten darüber). Schiel R e.a.: Cognitive function and quality of diabetes care in patients with type-2-diabetes mellitus in general practitioner practice. Eur J Med Res 2003; 8: 419-427. Pittrow D, Kirch W, e.a.: Patterns of antihypertensive drug utilization in primary care. Eur J Clin Pharmacol. 2004 Apr;60(2):135-42. Boersma E, Keil U e.a.: Blood pressure is insufficiently controlled in European patients with established coronary heart disease. J Hypertens. 2003 Oct;21(10):1831-40.

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VI. Hoher Anteil an Patienten, bei denen im Falle einer persistierenden pathologischen Urin-Eiweiß-Ausscheidung die Nierenfunktion überprüft wird	<p>Anteil der Patienten, bei denen das Serum-Kreatinin bestimmt wurde, unter allen eingeschriebenen Patienten mit persistierender pathologischer Albuminurie</p> <p><u>Zielwert:</u> ≥ 80%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit mindestens einer numerischen Angabe > 0 (mg/dl oder µmol/l) in Feld 18 (AD) (Serum-Kreatinin) in den auf die erstmalige Angabe in Feld 2 (ISD) (pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung) = „ja“ folgenden 9 Monaten</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patienten im Alter ≥ 11 Jahre mit Feld 2 (ISD) (pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung) = „ja“ in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen und nicht Feld 2 (ISD) = „ja“ in der diesen vorangegangenen Dokumentation</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	<p>LE: Information über das Feedback mit Nennung der Patienten mit persistierender pathologischer Albuminurie⁷</p> <p>und</p> <p>Angabe der Häufigkeit der bei diesen Patienten durchgeführten Kreatinin-Bestimmung im Erfassungsbereich des Berichts</p>
VII. Hoher Anteil von Patienten ohne diabetische Nephropathie mit jährlicher Bestimmung der Albumin-Ausscheidung im Urin	<p>Anteil der Patienten ab dem 11. Lebensjahr, bei denen jährlich Albumin im Urin gemessen wird unter allen Patienten ohne bereits bestehende diabetische Nephropathie</p> <p><u>Zielwert:</u> ≥ 90%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit mindestens einer Angabe in Feld 2 (ISD) (pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patienten im Alter ≥ 11 Jahre (nach Ausprägung aus Feld 3 (AD)) und Teilnahmedauer ≥ 12 Monate</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

⁷ praxisbezogene Angaben zur Häufigkeit sind aufgrund der eher geringen Inzidenz nicht sinnvoll. Die kumulative Prävalenz einer Mikroalbuminurie betrug in einer britischen Studie bei Beginn des Diabetes im Kindes- und Jugendalter nach 10 Jahren ca. 25%, die Hälfte davon persistierend. Jährlich ist also nur bei einem geringen Anteil der Patienten (in der geschätzten Größenordnung 1-3%) mit Neuauftreten und Persistenz zu rechnen. Amin R, Widmer B, e.a. Risk of microalbuminuria and progression to macroalbuminuria in a cohort with childhood onset type 1 diabetes: prospective observational study. BMJ. 2008 Mar 29;336(7646):697-701.

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		und nicht (mit Feld 4 (ISD) (Spätfolgen) = „diabetische Nephropathie“ oder mit Feld 5 (ISD) (relevante Ereignisse) = „Nierenersatztherapie“)		
VIII. Erhöhung des Anteils von Versicherten, bei denen regelmäßig Maßnahmen zur Früherkennung von Folgeerkrankungen durchgeführt werden: a) Sensibilitätsprüfung b) Pulsstatus c) Fußstatus	Anteil der erwachsenen Patienten mit regelmäßiger mindestens jährlicher a) Sensibilitätsprüfung b) Erhebung des peripheren Pulsstatus. c) Erhebung des Fußstatus <u>Zielwert:</u> Jeweils $\geq 90\%$	<u>Zähler:</u> Anzahl Patienten mit Feld 3 (ISD) a) (Sensibilitätsprüfung) b) (Pulsstatus) c) (Fußstatus) = mindestens einmal „auffällig“ oder „unauffällig“ in den letzten 12 Monaten <u>Nenner:</u> Anzahl aller eingeschriebenen Patienten ≥ 18 Jahre (nach Ausprägung aus Feld 3 (AD)). Für a, b und c jeweils getrennt auszuwerten.	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie				
IX. Hoher Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie	Anteil der Patienten, die einen Thrombozytenaggregationshemmer zur Sekundärprävention erhalten, bezogen auf alle Patienten mit AVK, KHK oder Schlaganfall. <u>Zielwert:</u> 80% der Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 13 (ISD) (Thrombozytenaggregationshemmer) = „ja“ <u>Nenner:</u> (Alle Patienten mit Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen) = „AVK“ oder	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		„KHK“ oder „Schlaganfall“ und/oder mit Feld 5 (ISD) (relevante Ereignisse) = „Herzinfarkt“ oder „Amputation“ und nicht mit Feld 13 (ISD) = Kontraindikation		
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.8				
X. Mitbehandlung durch eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus ⁸	Anteil der Patienten, die an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung überwiesen werden, unter den Patienten mit auffälligem Fußstatus (Fußläsion Wagner-Stadium 2-5 und/oder Armstrong-Klasse C oder D) <u>Zielwert:</u> Bis ≤ 6 Jahren DMP-Dauer ≥ 65%, nach > 6 Jahren ≥ 75%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 22 (ISD) (Diabetesbezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst) = „Zur qualifizierten Einrichtung für das diabet. Fußsyndrom“ <u>Nenner:</u> Alle Patienten mit folgenden Angaben in Feld 3 (ISD) (Fußstatus): Fußstatus = „auffällig“ und (Wagner-Stadium = „2, 3, 4 oder 5“) und/oder Armstrong-Klassifikation = „C“ oder „D“ im Berichtszeitraum	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback mit Nennung der Patienten mit auffälligem Fußstatus Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts

⁸ Indikator, Auswertung und QS-Maßnahme betreffen nur diejenigen koordinierenden Leistungserbringer, die nicht in Personalunion eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung repräsentieren.

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation				
XI. Sicherstellung von Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation	<p>Anteil der beim ersten Eingang vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen</p> <p><u>Zielwert:</u> ≥ 95%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der bei Ersteingang vollständigen und plausiblen Dokumentationen</p> <p><u>Nenner:</u> Anzahl aller eingegangenen Dokumentationen im Berichtszeitraum</p>	Wenn nicht alle erforderlichen Daten-Felder der Dokumentation vollständig und plausibel ausgefüllt sind	<p>LE: Bitte um Nachlieferung der fehlenden oder unplausiblen Dokumentationsparameter</p> <p>Auswertung im Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung</p>
6. Aktive Teilnahme der Versicherten				
XII. Erhöhung des Anteils der Wahrnehmung empfohlener Schulungen	<p>Anteil der Patienten, die eine empfohlene Schulung bis zur nächsten Dokumentation wahrgenommen haben.</p> <p><u>Zielwert:</u>⁹</p> <p>a) Diabetes Schulungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Jahr ≥ 70 % • 2. Jahr ≥ 80 % • 3. Jahr ≥ 90 % <p>b) Hypertonie Schulungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Jahr ≥ 70 % • 2. Jahr ≥ 80 % • 3. Jahr ≥ 90 % 	<p>a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 19 (ISD) (Diabetes-Schulung) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patienten mit Feld 18 (ISD) der Vordokumentation (Schulung empfohlen) = "Diabetes-Schulung"</p> <p>b) <u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 19 (ISD) (Hypertonie-Schulung) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patienten mit Feld 18 (ISD) der Vordokumentation (Schulung empfohlen) = "Hypertonie-Schulung"</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	Auswertung im Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung

⁹ In Abhängigkeit der Verfügbarkeit der Schulungen vor Ort.

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien				
I. Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechselentgleisungen	entfällt	entfällt	Wenn Angabe in Feld 6 (ISD) > 0	V: Basis-Information über Diabetes und Diabetes-Symptome, Hypo- und Hyperglykämie, Möglichkeiten der Einflussnahme durch den Versicherten; maximal einmal pro Jahr
II. Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	entfällt	entfällt	Wenn Angabe in Feld 17 (AD) (Begleiterkrankung) erstmalig = „arterielle Hypertonie“ und/oder wenn Feld 15 (AD) (Blutdruck) ≥ 140mmHg syst. oder ≥ 90mmHg diast. in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen bei Patienten im Alter ≥ 18 Jahre mit bekannter Begleiterkrankung „arterielle Hypertonie“	V: Information über die Problematik der Hypertonie beim Diabetiker und seine Einflussmöglichkeiten (Blutdruckbroschüre); maximal einmal pro Jahr
III. Hoher Anteil von Patienten, die ihren vereinbarten HbA1c-Zielwert erreicht haben	entfällt	entfällt	Wenn Angabe in Feld 20 (ISD) (Zielvereinbarung HbA1c) in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen „senken“ oder „anheben“	V: Aufklärung/Information des Versicherten über die Wichtigkeit einer adäquaten Blutzuckereinstellung; maximal einmal pro Jahr

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
IV. Information der Versicherten bei auffälligem Fußstatus	entfällt	entfällt	Wenn Feld 3 (ISD) (Fußstatus) = "auffällig" bei einem Versicherten ab einem Alter von 18 Lebensjahren und nicht innerhalb der letzten 12 Monate Feld 3 (ISD) (Fußstatus) = ein- oder mehrmals "auffällig"	V: Infos über Diabetes-Komplikationen und Folgeschäden am Fuß, Möglichkeiten der Mitbehandlung in diabetischen Fußambulanzen o.ä. (evtl. regionale Infos, Adressen);
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.8				
V. Hoher Anteil an jährlichen augenärztlichen Untersuchungen	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 21 (ISD) (ophthalmologische Netzhautuntersuchung) nicht mindestens einmal in 12 Monaten „durchgeführt“ oder „veranlasst“ angegeben ist	V: Infos über Diabetes-Komplikationen und Folgeschäden am Auge, Notwendigkeit einer jährlichen augenärztlichen Untersuchung; maximal einmal pro Jahr
6. Aktive Teilnahme der Versicherten				
VI. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	<u>Zähler:</u> Anteil der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen <u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	V: Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arztbesuche

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
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
VIII. Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen	Anteil der verordneten Schulungen, die innerhalb von 12 Monaten abgerechnet worden sind. <u>Zielwert:</u> 85%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten, für die innerhalb von 4 Quartalen nach Empfehlung eine Schulung abgerechnet wird. <u>Nenner:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 18 (ISD) (Schulung empfohlen) "Diabetes-Schulung" oder „Hypertonie-Schulung“	entfällt	Auswertung im Qualitätsbericht

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

Abkürzungen

LE	=	Leistungserbringer
V	=	Versichertenkontakt
QS	=	Qualitätssicherung

Die vorliegende Anlage zur Qualitätssicherung berücksichtigt auf Grundlage der bislang gültigen Anlage die sich aus dem WSG und der 17. RSAV-Änderungsverordnung ableitenden neuen Gegebenheiten der verpflichtenden elektronischen Dokumentation und dem damit verbundenen überarbeiteten und nunmehr einheitlichen Datensatz (Aufhebung der Trennung in a- und b-Daten). Zusätzlich finden Aspekte Eingang, die sich aus der zum Zeitpunkt der Erstellung¹⁰ dieser Anlage noch nicht vollständig abgeschlossenen Überarbeitung der Anforderungen an dieses DMP durch den Gemeinsamen Bundesausschuss herleiten. Jedoch sind im noch ausstehenden Abschnitt des Verfahrens keine Modifikationen der die Qualitätssicherung betreffenden Passagen des für das Stellungnahmeverfahren veröffentlichten Stands der Anlage 7 der RSAV mehr zu erwarten.

Im wesentlichen resultieren gegenüber der letzten Version der Qualitätssicherungsanlage mit Stand von 2006 folgende wesentlichen Änderungen:

- Wegfall bzw. inhaltliche Neugestaltung von Indikatoren bzw. Qualitätszielen, für die aus der neuen Dokumentation keine Daten mehr verfügbar sind:
 - Vermeidung stationärer Aufenthalte wegen schwerer Ketoazidosen (stattdessen jetzt Erfassung aller stationärer Aufenthalte wegen Diabetes).
 - Erhöhung des Anteils von Patienten mit einer intensivierten Insulintherapie.
 - Erhöhung der Zahl von Patienten mit erreichtem Zielblutdruck.
- Neu aufgenommene Indikatoren bzw. Qualitätsziele:
 - Erhöhung des Anteils von Patienten mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion.
 - Erhöhung des Anteils von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie.

¹⁰ Ende März 2008

Qualitätsindikatoren sollen –so weit wie möglich- auf Grundlage wissenschaftlicher empirischer Daten und Erkenntnisse definiert werden. Aus den DMP liegen bislang noch keine Berichte vor, aus denen sich ein etwaiger Anpassungsbedarf von Zielwerten von Indikatoren auf empirischer Basis herleiten ließe. Von daher wurde bei der Überarbeitung auf solche Anpassungen weitgehend verzichtet.

Allgemein

Die Qualitätssicherung soll gewährleisten, dass die zentralen Intentionen, die mit dem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 verbunden sind, auch tatsächlich umgesetzt werden. Gemäß der RSAV muss die Qualitätssicherung folgende Bereiche abdecken:

- Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien (einschließlich Therapieempfehlung)
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.8
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation
- Aktive Teilnahme der Versicherten

Die Auswahl der Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen wurde so getroffen, dass für alle relevanten Bereiche der Qualitätssicherung, die über die Parameter der Anlage 8 und/oder die Leistungsdaten der Krankenkassen überprüfbar sind, jeweils relevante und nachvollziehbare QS-Ziele überprüft werden.

Darüber hinaus werden für den Bereich der Einhaltung der Anforderungen der Strukturqualität vertragliche Vereinbarungen zwischen Leistungserbringer und Krankenkassen geschlossen. Hierüber wird sichergestellt, dass ausschließlich Leistungserbringer zur Teilnahme am und Durchführung des Programms zugelassen werden, welche die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen (vgl. § 3 des Vertrages).

Die Qualitätssicherung auf der Grundlage der Datensätze nach den Anlagen 2 und 8 wird vorrangig über den Feedback-Bericht an den Leistungserbringer geleistet. Dieser Bericht wird halbjährlich erstellt und den teilnehmenden Ärzten zugesandt. Darin werden alle relevanten Daten ausgewertet und jeweils die Daten der eigenen Praxis dem Durchschnitt aller teilnehmenden Praxen im Zeitverlauf gegenübergestellt. Dadurch ist ein aussagekräftiger Vergleich der jeweiligen Praxis mit dem Praxisdurchschnitt möglich. Zudem erhält der koordinierende Arzt allgemeine Hinweise und Fragen zur Optimierung der Patienten-Versorgung.

Dadurch wird der Feedback-Bericht zu einem praktischen Instrument im Kreislauf der Qualitätsverbesserung.

Eve A. Kerr et al. haben in einer jüngeren Untersuchung auf die Unzulänglichkeiten vieler Qualitätssicherungsmaßnahmen hingewiesen, die eine zu ungenaue Verknüpfung von QS-Zielen und den klinischen Parametern aufweisen. Daher war die Absicht bei der Auswahl unserer Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen führend, eine möglichst enge Verbindung von QS-Zielen und klar definierten Ergebnisparametern herzustellen.

Literatur

E. Kerr et al: Avoiding Pitfalls in Chronic Disease Quality Management: A Case for the Next Generation of Technical Quality Measures, Am J Manag Care 2001; 7: 11, 1033-1043

Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien

Medizinischer Kernpunkt der QS ist die Behandlung nach den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien. Bei der Auswahl der QS-Ziele wurden die Aspekte berücksichtigt, die im strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 von zentraler Bedeutung sind. Die Therapieziele des Programms bestehen aus der:

- Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
- Vermeidung von Neuropathien bzw. Linderung von damit verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen,
- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen,
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
- Vermeidung von Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidosen) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien).

Darüber hinaus gelten für Kinder und Jugendliche folgende weitere Ziele:

- Die Gewährleistung einer altersentsprechenden körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), einer altersentsprechenden geistigen und den Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit,

- Eine möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes und seine Therapie; die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken.

Zur Erreichung dieser Ziele spielen neben der medikamentösen Insulintherapie auch insbesondere nichtmedikamentöse Maßnahmen (Lebensstilveränderungen) sowie Schulungsmaßnahmen eine wichtige Rolle und verlangen die aktive Teilnahme der Versicherten an diesem Programm.

Literatur

Vermeidung schwerer Stoffwechsellentgleisungen

M. Berger: Der schlecht eingestellte Diabetiker, in: M. Berger (Hrsg.): Diabetes mellitus, 2. Auflage, München, Jena, 2000, S. 533f. (mit weiterführenden Literatur-Hinweisen)

Senkung des Blutdruckes auf Werte unter 140/90 mmHg

UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group: Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998; 352: 837-53

UK Prospective Diabetes Study Group: Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 38). BMJ 1998; 317: 703-13

Grossman E, Messerli FH, Goldbourt U: High Blood Pressure and Diabetes Mellitus. Arch Int Med 2000; 160: 2447-58

Verhinderung von Folgeerkrankungen

Kapitel VI: Organkomplikationen des Diabetes mellitus, in: M. Berger (Hrsg.): Diabetes mellitus, 2. Auflage, München, Jena, 2000, S. 539-698 (mit weiterführenden Literatur-Hinweisen)

Leitlinien:

- **American Association of Clinical Endocrinologists**, American College of Endocrinology. Medical guidelines for the management of diabetes mellitus: the AACE system of intensive diabetes selfmanagement. Endocrine Practice 2002;8:40-82. Available from: URL: http://www.ace.com/clin/guidelines/diabetes_2002.pdf
- **American Diabetes Association**. American Diabetes Association: Clinical practice recommendations 2003. Diabetes Care 2003;26 Suppl 1:S1-S156. Available from: URL: <http://care.diabetesjournals.org/content/vol26/issue90001/cover.shtml>
- **Canadian Diabetes Association**. 1998 clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada. CMAJ 1998;159 Suppl 8:S1-S29. Available from: URL: <http://www.cmaj.ca/cgi/data/159/8/DC1/1>
- **Deutsche Diabetes Gesellschaft**. Therapie der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1. Diabetes und Stoffwechsel 2003;12 Suppl 2:49-66. Available from: URL: http://www.deutsche-diabetesgesellschaft.de/?inhalt=/redaktion/mitteilungen/leitlinien/w_schaftl_leitlinien.html

Hierunter weiterhin erschienen:

Kerner W, Fuchs C, Redaelli M., Boehm B.O, Köbberling J, Scherbaum WA, Tillil H. Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus. In: Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG. Scherbaum WA, Lauterbach KW, Joost HG (Hrsg.). 1. Auflage. Deutsche Diabetes-Gesellschaft 2001

Janka HU, Redaelli M, Gandjour A, Giani G, Hauner H, Michaelis D, Standl E. Epidemiologie und Verlauf des Diabetes mellitus in Deutschland. In : Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG. Scherbaum WA, Lauterbach KW, Renner R (Hrsg.). 1. Auflage. Deutsche Diabetes-Gesellschaft 2000.

Hammes HP, Bertram B, Bornfeld N, Gandjour A, Parandeh-Shab F, Danne D, Kroll P, Lemmen KD, Look D. Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle der diabetischen Retinopathie und Makulopathie. In: Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG. Scherbaum WA, Lauterbach KW, Renner R (Hrsg.). 1. Auflage. Deutsche Diabetes-Gesellschaft 2000.

Standl E, Fuchs Ch, Parandeh-Shab F, Janka HU, Landgraf R, Lengeling HF, Philipp Th, Petzold R, Sawicki P, Scherbaum WA, Tschöpe D. Management der Hypertonie beim Patienten mit Diabetes mellitus. In : Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG. Scherbaum WA, Lauterbach KW, Renner R (Hrsg.). 1. Auflage. Deutsche Diabetes-Gesellschaft 2000.

Hasslacher C, Gandjour A, Redaelli M, Bretzei RG, Danne D, Ritz E, Sawicki P, Walter H. Diagnose, Therapie und Verlaufskontrolle der Diabetischen Nephropathie. In : Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG. Scherbaum WA, Lauterbach KW, Renner R (Hrsg.). 1. Auflage. Deutsche Diabetes-Gesellschaft 2000.

Haslbeck M, Redaelli M, Parandeh-Shab F, Luft D, Neundörfer B, Stracke H, Ziegler D. Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle der sensomotorischen diabetischen Neuropathien. In: Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG. Scherbaum WA, Lauterbach KW, Renner R (Hrsg.). 1. Auflage. Deutsche Diabetes-Gesellschaft 2000.

- **European Diabetes Policy Group**, International Diabetes Federation. Guidelines for diabetes care: A desktop guide to type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus. 1998. Available from: URL: <http://www.staff.newcastle.ac.uk/philip.home/t1dg1998.htm>
- **Fachkommission Diabetes Sachsen**. Praxisleitlinien Diabetes mellitus. Diabetes mellitus Typ 1. 4. überarb. Aufl. 2002. Available from: URL: <http://www.imib.med.tu-dresden.de/diabetes/leitlinien/index.htm>
- **New Zealand Guidelines Group**. Primary care guidelines for the management of core aspects of diabetes care. 2000. p. 1-18. Available from: URL: http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/diabetes/index.cfm
- **NSW Department of Health**. Principles of care and guidelines for the clinical management of diabetes mellitus. North Sydney: NSW Department of Health; 1996. p.1-35. Available from: URL: <http://www.health.nsw.gov.au/public-health/diabetes/diabguid.html>
- **Scottish Intercollegiate Guidelines Network**. Management of diabetes: a national clinical guideline. 2001. p.1-50. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/55/index.html>
- **State of Florida Agency for Health Care Administration**. Diabetes medical practice guidelines. 2001. p.1-39. Available from: URL: http://www.fdhc.state.fl.us/diabetes/master_files/Diabetes_Guideline.htm
- **Vermont Program for Quality in Health Care**. Recommendations for management of diabetes in Vermont. 2002. Available from: URL: <http://www.vpqhc.org/ClinicalGuides/diabetes/index.htm>
- **Veterans Health Administration/Department of Veterans Affairs**. Clinical practice guideline for the management of diabetes mellitus in the primary setting. 1999. p.1-147. Available from: URL: http://www.oqp.med.va.gov/cpg/DM/DM_base.htm
- **Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin**: Leitlinien-Clearingbereich Diabetes mellitus Typ 1: URL: <http://www.leitlinien.de/clearingverfahren/clearingberichte/diabetes1/00diabetes1/21diabetes1/view#volltext>

Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sollen Qualität messbar machen und darüber hinaus einen Anreiz darstellen, unbefriedigende Werte zu verbessern; weiterhin sollten sie es durch die Schaffung eines gemeinsamen Koordinatensystems ermöglichen, Ergebnisse auf nationaler sowie internationaler Ebene miteinander zu vergleichen und zu diskutieren. Die bereits auf internationaler und nationaler Ebene (z.B. RAND, NCQA, FACCT, NHS; AQUA)¹¹ entwickelten und in Leitlinien¹² beschriebenen Qualitätsindikatoren wurden bei der Auswahl der Qualitätsziele, sofern dies die Datenvorgabe erlaubt, entsprechend berücksichtigt.

Weitgehende Übereinstimmung besteht in den Prozessparametern, wie Durchführung von regelmäßigen Untersuchungen, jährliche ophthalmologische Untersuchung, Fußinspektion, Sensibilitätsprüfung sowie der Bestimmung der Albuminausscheidung im Urin.

Die Bestimmung des HbA_{1c}-Wertes wird in den meisten Fällen 2 mal jährlich empfohlen. Die Angabe des Wertes als Qualitätskriterium wird jedoch unterschiedlich gehandhabt. Während die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) einen Wert < des 1,2-fachen der Norm anzielt, werden in anderen Leitlinien z.B. Werte generell unter 7% gefordert, oder es werden Standardabweichungen der Normalverteilung oder Durchschnittswerte beschrieben. Andererseits darf ein niedriger HbA_{1c}-Wert nicht mit einer Steigerung der Häufigkeit von Hypoglykämien "erkauft" werden. Durch die Senkung der HbA_{1c}-Werte in die Nähe des Normbereichs lässt sich das Risiko für mikroangio- und neuropathische Komplikationen mindern. Es existiert jedoch kein Schwellenwert, unter dem kein Risiko nachweisbar ist. Die HbA_{1c}-Einstellung ist daher immer ein Kompromiss zwischen der Vermeidung von Hypoglykämien einerseits und der Vermeidung von diabetischen Spätkomplikationen andererseits.

Die neue Dokumentation (17. RSAV-ÄndV) erlaubt keine Differenzierung mehr nach Art der Insulintherapie oder nach Art des verwendeten Insulins. Daher lässt sich hierzu kein Indikator mehr formulieren. Für den Bereich der Arzneimitteltherapie wurde stattdessen ein Indikator eingeführt, der die Versorgung von Patienten, die unter makro-angiopathischen Folge- oder Begleiterkrankungen leiden, mit Thrombozytenaggregations-hemmern abbildet. Bei Patienten mit bestehender KHK, pAVK oder zerebrovaskulärer Erkrankung können hierdurch Ereignisse vermieden werden.¹³

¹¹ RAND: Research and Development- Collaboration (www.rand.org)

NCQA: National Committee for Quality Assurance (www.ncqa.org)

FACCT: FACCT (foundation for accountability; (www.facct.org))

NHS: NHS (National Health Service) Performance Indicators. (www.doh.gov.uk)

AQUA: Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (www.aqua-institut.de)

¹² S. Abschnitt Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien, Literatur

¹³ Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction and stroke in high risk patients. BMJ 2002;324: 71-83.

Weitere wichtige Qualitätsindikatoren beziehen sich auf die Häufigkeit der stationären Einweisungen, bzw. Krankenhaustage als vergleichbare Parameter, die Häufigkeit von Ketoazidosen bzw. Hyperglykämien sowie die Anzahl von Hypoglykämien. Bezüglich der Blutdruckeinstellung beziehen sich die existierenden Qualitätsindikatoren auf regelmäßige Messungen und auch spezieller auf die Auswahl der antihypertensiven Medikation. Bei Kindern und Jugendlichen definiert die RSAV-Anlage keine eindeutigen diagnostischen Kriterien für die Feststellung einer Hypertonie. Üblicherweise dienen hierzu aus Studien abgeleitete Referenzwerte. Sie listen in Normtabellen alters-, geschlechts-, gewichts- und körpergrößenabhängige Werte mit den zugehörigen Perzentilen der gefundenen Verteilung auf. Ein Wert über der 95. Perzentile gilt dann per Konvention als hyperten für die betreffende Gruppe. Diese komplexen Einteilungen eignen sich aus pragmatischen (Programmieraufwand) und methodischen (geringe Fallzahl in den zahlreichen zu bildenden Untergruppen) Gründen nicht für eine Umsetzung in einer QS. Bei der in der Leitlinie für Kinder und Jugendliche der DDG (Danne 2004) genannten Normtabelle nach de Man (1991) fällt zudem auf, dass Blutdruckwerte über 140 mmHg systolisch bei Jungen ab 165 cm und bei Mädchen ab 175 cm Körpergröße noch als normal zu bezeichnen sind. Des weiteren unterscheiden sich die Normtabellen im angelsächsischen Raum erheblich von den in mehreren auch nicht-angelsächsischen europäischen Ländern erhobenen Daten. Daher wird der Qualitätsindikator nur für Erwachsene ausgewertet.

Einigkeit besteht auch darin, dass gerade beim Diabetes Typ 1 die Mitarbeit der Patienten eine entscheidende Rolle spielt. Insofern gelten Schulungen und Nikotinverzicht ebenfalls als wichtige abprüfbare Qualitätsziele.

Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.8

Der Abschnitt 1.8 der RSAV benennt eindeutige Vorgaben für die Kooperation der Versorgungsebenen. Dementsprechend wurden relevante und nachvollziehbare QS-Ziele für diesen Bereich definiert. Dazu gehört insbesondere die Mitbehandlung durch eine auf Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus. Dieses QS-Ziel deckt einen wesentlichen Aspekt bei der Kooperation der Versorgungsebenen ab, der in der aktuellen Versorgung möglicherweise ein Verbesserungspotenzial aufweist. Ein Zielwert wurde in Analogie zu Diabetes Typ 2 formuliert, allerdings wurde die Auswertung aus mehreren Gründen auf eine höher aggregierte Ebene (Vertragsregion) beschränkt. Zum einen besteht Unsicherheit über die Aussagefähigkeit des Indikators in einer Feedback-Situation an die behandelnden Ärzte. Eine koordinierende Praxis bzw. ein koordinierender Arzt im diabetologisch besonders qualifizierten Sektor betreut im Vergleich zu Diabetes Typ 2 nur eine eher geringe Anzahl von Patienten mit Diabetes Typ 1, von denen wiederum nur ein geringer Anteil ein diabetisches Fußsyndrom aufweist. Im Kindes- und Jugendalter (pädiatrischen Bereich) ist dieses

darüber hinaus gänzlich unbekannt. Die resultierende Problematik kleiner Zahlen verhindert aussagekräftige Resultate auf einer niedrig aggregierten Ebene.

Des Weiteren liegt gerade im Bereich der spezialisierten diabetologischen Versorgung häufig eine Personalunion mit der besonderen Qualifikation zur Versorgung diabetischer FüÙe vor, eine Überweisung kommt trotz bestehender Indikation hier nicht in Frage. Zum Zielwert selbst ist zu sagen, dass bislang keine Daten zur Indikation Diabetes Typ 1 vorliegen, aus der er empirisch ableitbar wäre. Er sollte daher im weiteren Verlauf des DMP überprüft werden.

Der bisherige Indikator zu jährlichen augenärztlichen Untersuchungen ist wegen der Änderung der Dokumentationsgrundlage, hier findet sich keine Angabe zur Erkrankungsdauer mehr, nicht mehr darstellbar.

Im Unterschied zum Diabetes Typ 2 kommen beim Diabetes Typ 1 noch spezielle Überweisungsindikationen hinzu, insbesondere für die hausärztliche Betreuung. Ferner stellen Kinder und Jugendliche sowie schwangere Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ 1 Teilpopulationen dar, die einer besonderen Versorgung in qualifizierten Zentren bedürfen. Die Dokumentation bietet hierfür nicht die erforderlichen Parameter an.

Literatur

Jährliche Überweisung zum Augenarzt

Primary Care Guidelines for the Management of Core Aspects of Diabetes Care. Published by the New Zealand Guidelines Group, June 2000

Mitbehandlung durch eine auf Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus

Primary Care Guidelines for the Management of Core Aspects of Diabetes Care. Published by the New Zealand Guidelines Group, June 2000

Mason J, O'Keeffe C, McIntosh A, et al.: A systematic review of foot ulcer in patients with type 2 diabetes mellitus. I: prevention. Diabet Med 1999; 16: 801-12

Betreuung von schwangeren Typ 1 Diabetikern und Kindern

s. Leitlinien

Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität

Entgegen der Vorgaben in §28c und der Ziffer 2 der Anlage 1 der RSAV wird in den Qualitätssicherungsanlagen auf eine explizite Nennung des Bereichs „einzuhaltende Strukturqualität“ verzichtet.

Leistungserbringer bzw. Versorgungseinrichtungen müssen festgelegte Mindestkriterien zu beruflicher Qualifikation sowie personeller und apparativer Ausstattung erfüllen, um am DMP teilnehmen zu können. Diese Anforderungen sind in den DMP-vertraglichen Anlagen zur Strukturqualität festgelegt und werden zu Beginn einer Teilnahme geprüft. Ein Nicht-Vorliegen der geforderten Qualifikation schließt die Teilnahme aus. Die vertragliche Vereinbarung stellt damit indirekt sicher, dass alle teilnehmenden Leistungserbringer die geforderten

Voraussetzungen erfüllen, wodurch ein mit einem Indikator unterlegtes Qualitätsziel im Kontext dieser Anlage entbehrlich wird. Dementsprechend wird im Rahmen der Dokumentation auch kein Parameter erhoben, der die Messung oder Überprüfung eines Ziels zur Einhaltung der Strukturqualität gestatten würde.

Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation

Für diesen Bereich soll die Qualitätssicherung sicherstellen, dass in allen Fällen eine korrekte Einschreibung erfolgt. Das heißt, dass auch tatsächlich nur Versicherte mit einer gesicherten Diagnose des Diabetes mellitus Typ 1 eingeschrieben werden. Dies wird durch die Bestätigung des koordinierenden Arztes gewährleistet, dass die Diagnose entsprechend der in der RSAV spezifizierten anerkannten Kriterien erfolgt ist. Weiterhin sollen die ausgefüllten Dokumentationen zeitnah zur Verfügung stehen, ein Ziel, was durch die Umstellung auf eine elektronische Dokumentation (eDMP) und ihre Übermittlung auf elektronischem Weg deutlich leichter erreicht werden kann, wie die jeweiligen Erfahrungen aus Regionen mit und solchen ohne eDMP zeigen. Durch einen Reminder an den Leistungserbringer soll außerdem an ausstehende oder unplausible Dokumentationen, wie sie trotz Plausibilisierung vor Ort durch die Praxisverwaltungs-Software und Zertifizierung auftreten können, erinnert werden sowie durch eine Auflistung der vereinbarten Wiederstellungstermine des nächsten Quartals eine kontinuierliche Betreuung gewährleistet werden.

Erfahrungen aus bereits stattgefundenen und auch noch weiterhin stattfindenden Modellvorhaben zur strukturierten Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 auch nach einer Laufzeit über mehrere Jahre und einer Vergütungsabhängigkeit an die vollständige Dokumentation, dass zu keiner Zeit *alle* eingegangenen Dokumentationsbögen *ohne Nacherfassung* vollständig waren. Daher wird bezüglich der Vollständigkeit der Dokumentationen ein Zielwert von 60% für das erste Jahr angestrebt, der im weiteren Verlauf der beiden folgenden Jahre auf 85% gesteigert werden soll. Grundlage für diese Zielwerte sind Erfahrungen aus dem AOK-Modellvorhaben zur Optimierung der Diabetikerversorgung in Thüringen, bei dem Vollständigkeitsquoten von maximal 60-70% erreicht wurden. Im Unterschied zu den hierauf beruhenden bisherigen Zielwertvorgaben kann auf der neuen Grundlage eines obligaten eDMP nunmehr mit einer deutlich höheren primären Eingangsrate von vollständigen und plausiblen Dokumentationsdatensätzen gerechnet werden. Der Zielwert wurde daher von 60% bzw. 85% auf 95% angehoben.

Literatur

Evaluationsbericht der TU Dresden, Vollständigkeit der Dokumentation

AOK-Modellvorhaben zur Optimierung der Diabetikerversorgung in Thüringen.

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 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt 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, eine Gemeinsame Einrichtung 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. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

2.1 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 Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme 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 von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

2.3 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, 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.

2.4 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 Hausärzterverband) 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.

2.5 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. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

Strukturierte Behandlungsprogramme

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 Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele sind:

- Vermeidung typischer Diabetessymptome wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen,
- Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung),
- Senkung des Schlaganfall- oder Herzinfarkttrisikos,
- Vermeidung der Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können,
- Vermeidung von Nervenschädigungen und des diabetischen Fußsyndroms.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de) überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Grundlegende Bestandteile der Therapie können sein:

- Ernährungsberatung, Tabakverzicht, vermehrte körperliche Aktivität.
- Je nach Art der Blutzucker senkenden Therapie eine Stoffwechselfbstkontrolle.

Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch 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 beispielsweise:

- Zur Senkung des Blutzuckers:
Insuline, Glibenclamid (bei nicht übergewichtigen Patienten mit Diabetes Typ 2) und Metformin (bei übergewichtigen Patienten mit Diabetes Typ 2)
- Zur Senkung des Blutdrucks:
Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer.
- Zur Beeinflussung des Fettstoffwechsels bei erhöhtem Risiko eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts:
Statine wie Simvastatin, Pravastatin oder Atorvastatin.
- Zur Linderung von Beschwerden, die durch Nervenschädigungen infolge des Diabetes hervorgerufen werden:
Antidepressiva und Antiepileptika, soweit sie hierfür zugelassen sind.

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen 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 verein-

baren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen. Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten. So ist beispielsweise eine regelmäßige augenärztliche Untersuchung im Programm vorgesehen.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

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 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 auch Sie 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 11 - Dokumentationsdaten

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der RSAV

Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Falnummer	Nummer
2	Name der/des Versicherten	Familienname, Vorname
3	Geburtsdatum der/des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträger	Name der Krankenkasse
5	Krankenkassen-Nummer	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung wegen	KHK/Diabetes mellitus Typ 1/Diabetes mellitus Typ 2/Asthma bronchiale/COPD
11	Modul-Teilnahme ¹⁾	Chronische Herzinsuffizienz ²⁾ : Ja/Nein
12	Geschlecht	Männlich/Weiblich
Allgemeine Anamnese- und Befunddaten		
13	Körpergröße	m
14	Körpergewicht	kg
15	Blutdruck ³⁾	mm Hg
16	Raucher	Ja/Nein
17	Begleiterkrankungen	Arterielle Hypertonie/Fettstoffwechselstörung/ Diabetes mellitus/KHK/AVK/Schlaganfall/ Chronische Herzinsuffizienz/Asthma bronchiale/ COPD/Keine der genannten Erkrankungen
18	Serum-Kreatinin ⁴⁾	mg/dl/ μ mol/l/Nicht bestimmt
Behandlungsplanung		
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote	Tabakverzicht/Ernährungsberatung/ Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
21	Nächste Dokumentationserstellung geplant am (optionales Feld)	TT.MM.JJJJ

¹⁾ Nur bei DMP KHK auszufüllen.

²⁾ Systolische Herzinsuffizienz mit LVEF < 40 %.

³⁾ Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die wegen Asthma bronchiale eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen.

⁴⁾ Bei KHK, Asthma bronchiale und COPD nur optional auszufüllen.*

Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	HbA1c-Wert	Wert in %
2	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung	Nicht untersucht/Nein/Ja
3	Fußstatus	Pulsstatus: Unauffällig/Auffällig/Nicht erhoben Sensibilitätsprüfung: Unauffällig/Auffällig/ Nicht durchgeführt Fußstatus: Unauffällig/Auffällig/Nicht erhoben Wenn Fußstatus auffällig:1) Wagner-Stadium: 0/1/2/3/4/5 Armstrong-Klassifikation: A/B/C/D
4	Spätfolgen	Diabetische Nephropathie/Diabetische Neuropathie/Diabetische Retinopathie
Relevante Ereignisse		
5	Relevante Ereignisse ²⁾	Nierenersatztherapie/Erblindung/Amputation/ Herzinfarkt/Keine der genannten Ereignisse
6	Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation ³⁾	Anzahl
7	Nur bei Diabetes mellitus Typ 1: Stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des HbA1c-Wertes seit der letzten Dokumentation ³⁾	Anzahl
8	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabe- tes mellitus seit der letzten Dokumentation ³⁾	Anzahl
Medikamente		
9	Insulin oder Insulin-Analoga	Ja/Nein
10	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Glibenclamid	Ja/Nein/Kontraindikation
11	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Metformin	Ja/Nein/Kontraindikation
12	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Sonstige orale antidiabetische Medikation ⁴⁾	Ja/Nein
13	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja/Nein/Kontraindikation
14	Betablocker	Ja/Nein/Kontraindikation
15	ACE-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation
16	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation
17	Sonstige antihypertensive Medikation ⁵⁾	Ja/Nein
Schulung		
18	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung/Hypertonie-Schulung/Keine
19	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

Behandlungsplanung		
20	Zielvereinbarung HbA1c	Aktuellen Wert: Halten/Senken/Anheben
21	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	Durchgeführt/Nicht durchgeführt/Veranlasst
22	Diabetesbezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Nein/Zur qualifizierten Einrichtung für das diabetische Fußsyndrom/Zum diabetologisch qualifizierten Arzt bzw. zur diabetologisch qualifizierten Einrichtung/Sonstige

¹⁾ Angabe des schwerer betroffenen Fußes.

²⁾ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Bei der erstmaligen Dokumentation sind bereits stattgehabte Ereignisse zu dokumentieren, bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen sind neu aufgetretene Ereignisse zu dokumentieren.

³⁾ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

⁴⁾ Hinweis für die Ausfüllanleitung: In der Ausfüllanleitung soll auf die nachrangige Medikation gemäß RSAV-Text hingewiesen werden.

⁵⁾ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Einschließlich Diuretika.*

Anlage 12 - Patientenschulung

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Patientenschulungen nach § 22

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages werden von Ärzten und Einrichtungen, die die Fortbildung nach Anlage 1 oder 2 dieser Vereinbarung nachweisen können, nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme zielgruppenspezifisch durchgeführt:

1. Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 und intensivierter Insulintherapie
 - 1.1. Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie
(Pieber, T.; Brunner, G.; Schnedl, W.; Schattenberg, S.; Kaufmann, P.; Krejs, G.: Evaluation of a Structured Outpatient Group Education Program for Intensive Insulin Therapy. Diabetes Care 1995; 18: 625-30)

2. Teilnehmende Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1
 - 2.1. Jugendliche mit Diabetes: ein Schulungsprogramm:
Lange-K, Burger-W, Haller-R, Heinze-E, Holl-R, Hürtner-P, Schmidt-H, Weber-B; Kirchheim Vlg. Mainz.
 - 2.2. Diabetes-Buch für Kinder:
Hürtner-P, Jastram-HU; Regling-B, Toeller-M; Lange-K, WEber-B, Burger-W, Haller-R; Kirchheim Vlg. Mainz.

3. Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 und essentieller Hypertonie
 - 3.1. Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)
(Heise-T, Jennen-E, Sawicki-P. ZaeFQ 2001; 95: 349-355)
 - 3.2. Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm
(Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Sawicki-P, Jörgens-V. J of Human Hypertension 1997; 11: 501-506)

4. Blutglucosewahrnehmungstraining (BGAT) III – deutsche Version
Schachinger H; Hegar K., Hermanns N, Strautmann M, Keller U, Fehm – Wolfsdorf G, Berger W, Cox D;: Randomized controlled clinical trial of Blood Glucose Awareness Training (BGAT III) in Switzerland and Germany. J Behav Med 2005, 28: 587-594

5. HyPOS (als Ergänzung einer Basisschulung)
Hermanns N., Kulzer B., Kubiak T., Kirchbaum M., Haak T.: (2007) The effect of an education programme (HyPOS) to treat hypoglycaemia problems in patients with type 1 diabetes. Diabetes Metab Res Rev, 23(7), 528-538