

RAHMENVERTRAG
gemäß § 137f i.V.m. § 137g SGB V

zwischen

- **der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover
zugleich für die See-Krankenkasse**
- **dem BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen
Siebstraße 4, 30171 Hannover**
- **dem IKK-Landesverband Niedersachsen
Günther-Wagner-Allee 23, 30177 Hannover**
- **der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen-Bremen
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover**
- **der Knappschaft – Verwaltungsstelle Hannover
Siemensstraße 7, 30173 Hannover**
- **dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Landesvertretung
Niedersachsen, Rathenaustraße 1, 30159 Hannover
handelnd für und im Auftrag seiner Mitgliedskassen**
- **dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (AEV), Landesvertretung Nieder-
sachsen, Rathenaustraße 1, 30159 Hannover
handelnd für und im Auftrag seiner Mitgliedskassen**

vertreten durch die Vorstände,

- nachfolgend „Verbände“ genannt -

und der

**Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e.V. (NKG)
Thielenplatz 3, 30159 Hannover**

- nachfolgend NKG genannt -

über die stationäre Versorgung im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Typ-1-Diabetikern.

Inhaltsverzeichnis:

PRÄAMBEL	4
Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich.....	5
§ 1 Ziele der Vereinbarung.....	5
§ 2 Geltungsbereich.....	6
Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer	8
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungssektors.....	8
§ 4a Ambulanter Versorgungssektor.....	9
§ 4b Rehabilitationseinrichtungen	9
§ 5 Teilnahmeerklärung	10
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen	10
§ 7 Beginn und Ende der Teilnahme.....	10
§ 8 Leistungserbringerverzeichnisse.....	11
Abschnitt III Versorgungsinhalte	12
§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm	
Diabetes mellitus Typ 1	12
Abschnitt IV Qualitätssicherung	13
§ 10 Grundlagen und Ziele.....	13
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren	13
§ 12 Verstoß gegen die Ziele des Programms.....	14
Abschnitt V Schulungen	15
§ 13 Leistungserbringer	15
§ 14 Versicherte und Schulungen.....	16
Abschnitt VI Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsame Einrichtung	17
§ 15 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft.....	17
§ 16 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft	17
§ 17 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	18
§ 18 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	18

Abschnitt VII Evaluation.....	19
§ 19 Evaluation	19
Abschnitt VIII Vergütung und Abrechnung	20
§ 20 Vergütung der stationären Leistungen	20
§ 21 Vergütung der Schulungen	20
Abschnitt IX Sonstige Bestimmungen.....	22
§ 22 Ärztliche Schweigepflicht / Datenschutz.....	22
§ 23 Laufzeit und Kündigung	22
§ 24 Schriftform.....	23
§ 25 Salvatorische Klausel.....	23

Erläuterungen

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

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte

„Vertragsärzte“ sind zugelassene Vertragsärzte und Vertragsärztinnen

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 16,17

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 14, 15

Präambel

Die Prävalenz des Diabetes mellitus schwankt zwischen 3 v.H. und 6 v.H. der Bevölkerung. In Deutschland leben über 5 Millionen Menschen mit bekannter Diagnose Diabetes mellitus. Die Anzahl der Kinder und Erwachsenen, die an Diabetes mellitus Typ 1 erkrankt sind, beträgt schätzungsweise 300.000 bis 600.000. Eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit ist zu erwarten. Da der Erkrankungsbeginn häufig im Kinder- und Jugendalter auftritt, ist dieser Patientengruppe ein besonderer Schwerpunkt zu widmen. Im Gegensatz zum Diabetes mellitus Typ 2 ist der Diabetes mellitus Typ 1 nur durch die lebensnotwendige Applikation von Insulin zu behandeln. Hierdurch wird den Patienten eine normale körperlich-geistige, soziale und berufliche Entwicklung ermöglicht.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose des Diabetes mellitus Typ 1 zeigen, dass eine qualifizierte Schulung und Betreuung sowie eine individualisierte Therapie die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöht und die Behandlungskosten reduziert werden können. Dies erfordert für die Behandlung und Betreuung von Typ-1-Diabetikern unter Beachtung von Versorgungsinhalten, die auf evidenz-basierten Leitlinien beruhen, eine besondere Qualifikation der Ärzte und des nichtärztlichen Personals und spezielle technische Voraussetzungen für die Leistungserbringung.

Die Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 soll nun durch ein Disease-Management-Programm nach § 137 g SGB V weiter optimiert werden. Daher schließen die Vertragspartner folgenden Vertrag auf der Grundlage des § 137f i.V.m. § 137g SGB V.

Bei Vorliegen der unter Ziffer 1.8.3 der Anlage 7 der RSAV genannten Indikationen sollte eine Einweisung von DMP-Patienten in das (nächstgelegene) geeignete am DMP teilnehmende Krankenhaus unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus erfolgen. Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses Programm die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht gestört wird und seitens der Krankenkassen kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-Patientenverhältnisses stattfindet.

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des Disease-Management-Programms für Typ-1-Diabetiker und die Einbindung von Krankenhäusern im Bundesland Niedersachsen. Über dieses Behandlungsprogramm soll unter Beachtung der nach § 9 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen gewährleistet werden, um die Versorgung der Patienten zu optimieren.
- (2) Generelles Ziel ist die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch Diabetes mellitus Typ 1 beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei werden in Abhängigkeit z.B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an die Disease-Management-Programme sowie die medizinischen Grundlagen sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (im Folgenden RSAV genannt) in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend Punkt 1.3.1 der Anlage 7 der RSAV streben die Vertragspartner dieses Vertrages folgende Ziele an:
 - a) Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
 - b) Vermeidung von Neuropathien bzw. Linderung von damit verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen,
 - c) Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteopathischen Läsionen und von Amputationen,
 - d) Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,

- e) Vermeidung von Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidosen) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien).
- (4) Für die Betreuung von pädiatrischen Patienten stehen entsprechend Anlage 7 der RSAV Ziffer 1.7.1 folgende Ziele im Vordergrund:
- a) Vermeidung akuter Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie),
 - b) 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,
 - c) Altersentsprechende körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), altersentsprechende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit,
 - d) Möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes und seiner Therapie; die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
- a) zugelassene Krankenhäuser gemäß 108 SGB V in Niedersachsen, die ihre Teilnahme an diesem Vertrag erklärt haben und die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 zu diesem Vertrag erfüllen.
 - b) die Behandlung von Versicherten, die am DMP für Typ-1-Diabetiker teilnehmen.

Der Vertrag kann auch für die Behandlung von Versicherten von Krankenkassen außerhalb Niedersachsens gelten. Soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Vorschriften für diese Krankenkassen gelten, muss die jeweils betroffene außerniedersächsische Krankenkasse diesem Vertrag beitreten. Die Programmdurchführung erfolgt nach kassenindividueller Absprache.

(2) Grundlage dieses Vertrages ist insbesondere die RSAV in der jeweils gültigen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder aufgrund einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Abs. 2 SGB V inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 23 Abs. 2 des Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Versorgungsinhalte betreffen, entsprechen wörtlich der Anlage 7 der RSAV und sind zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der RSAV in der jeweils geltenden Fassung umzusetzen.

Abschnitt II

Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der zugelassenen Krankenhäuser ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V, die die Strukturanforderungen gemäß Anlage 1 erfüllen.
- (3) Das zugelassene Krankenhaus benennt der NKG zur Weiterleitung an die Verbände der GKV in Niedersachsen mindestens zwei Ärzte (1 Arzt und 1 Vertreter) als DMP-Ansprechpartner. Der Arzt bzw. sein Stellvertreter ist Ansprechpartner für die im Krankenhaus behandelten DMP-Patienten. In dieser Funktion nimmt er an den interdisziplinären Behandlungsplanungen teil. Er ist Ansprechpartner für die kooperierenden Ärzte, Krankenhäuser, DMP-Ärzte sowie für die Gesetzlichen Krankenkassen.
- (4) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnehmenden zugelassenen Krankenhäuser gehören insbesondere:
 - a) die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
 - b) die Beratung des Versicherten im Hinblick auf die Notwendigkeit der Auswahl eines nachbehandelnden DMP-Arztes, soweit der Versicherte bisher nicht von einem entsprechenden Vertragsarzt betreut wurde,
 - c) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 - d) die Rücküberweisung des Versicherten an den DMP-Arzt unter zeitnaher Weiterleitung der therapierelevanten Informationen,
 - e) soweit ärztlicherseits eine Rehabilitationsmaßnahme erwogen wird, die Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.

- f) die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 14, soweit die Schulungsbe-
rechtigung gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 6 nachgewiesen ist
und die Voraussetzungen nach Anlage 4 erfüllt sind.
- (5) Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses Programm die Vertrauensbe-
ziehung zwischen Patient und Arzt nicht gestört wird und seitens der Krankenkassen
kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-Patientenverhältnisses stattfindet.

§ 4a

Ambulanter Versorgungssektor

- (1) Der Bereich des ambulanten Versorgungssektors wird von der Kassenärztlichen Ver-
einigung Niedersachsen (KVN) wahrgenommen. Die Vorgaben des § 116b Abs. 1
SGB V sind entsprechend zu berücksichtigen. Das Nähere zu den Strukturvorausset-
zungen und den Versorgungsinhalten gemäß RSAV regeln die Verbände in gesonder-
ten Verträgen.
- (2) Über den Wortlaut der Verträge, auch bei Änderungen, und den aktuellen Stand der
teilnehmenden Ärzte wird die NKG durch die Verbände informiert.

§ 4b

Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Mindestens eine nach § 111 SGB V zugelassene Rehabilitationseinrichtung für die
medizinische Rehabilitation von teilnehmenden Versicherten wird vertraglich einge-
bunden. Das Nähere, insbesondere zur Strukturqualität und zu den Versorgungsinhal-
ten gemäß RSAV, regeln die Verbände in gesonderten Verträgen mit den Rehabilita-
tionseinrichtungen bzw. deren Trägern.
- (2) Über Rehabilitationsmaßnahmen wird von der jeweiligen Krankenkasse im Rahmen
des Genehmigungsverfahrens nach dem SGB V in Verbindung mit dem SGB IX ent-
schieden.
- (3) Über den Wortlaut der Verträge, auch bei Änderungen, und die teilnehmenden Einrich-
tungen wird die NKG durch die Verbände informiert.

§ 5

Teilnahmeerklärung

Die zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V stellen gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung einen Antrag auf Teilnahme an diesem Vertrag entsprechend Anlage 2. Das Nähere zur Kostenbeteiligung wird in der Vereinbarung über die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Nr. 4 RSAV geregelt.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

Die Gemeinsame Einrichtung prüft den Antrag nach § 5 und stellt fest, ob die Teilnahmevoraussetzungen/Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 vorliegen. Sie empfiehlt den Verbänden, den Antrag rechtsverbindlich anzunehmen, wenn die in Anlage 1 genannten Strukturanforderungen nachgewiesen sind. Die Verbände erteilen gemeinsam die Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag.

§ 7

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des zugelassenen Krankenhauses beginnt mit der Anerkennung der Beitrittserklärung durch die Verbände und endet mit Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 oder mit der Rücknahme der Beitrittserklärung durch den Träger an die Verbände. Die Rücknahme ist nur mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartals möglich, es sei denn, die Verbände, die NKG und das Krankenhaus verständigen sich auf einen früheren Zeitpunkt.
- (2) Im Übrigen endet die Teilnahme des Krankenhauses bei Verstoß gegen die Ziele dieses Disease-Management-Programms unter den Voraussetzungen des § 12 Abs. 2.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnisse

- (1) Die Verbände der Krankenkassen führen ein Leistungserbringerverzeichnis der nach diesem Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser (Anlage 5). Dieses Verzeichnis erhalten die Vertragspartner und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen zur Information der am DMP teilnehmenden Vertragsärzte.
- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis wird dem Bundesversicherungsamt beim Antrag auf Akkreditierung und nachfolgend auf Anforderung zur Verfügung gestellt. Weiterhin wird das Verzeichnis bei Bedarf
 - den am Vertrag teilnehmenden Krankenhäusern über die NKG,
 - den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen über die Verbände,
 - den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten durch die jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung),
 - den zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweiligen Krankenkassenzur Verfügung gestellt.
- (3) Das Teilnehmergeverzeichnis kann mit Zustimmung der Vertragspartner veröffentlicht werden.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 3 definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen wörtlich der Anlage 7 der RSAV. Das teilnehmende Krankenhaus verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung bzw. seinen Antrag auf Teilnahme gemäß § 5, diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben die Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Bei einer Änderung der Anlage 7 der RSAV verpflichten sich die Leistungserbringer die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen. Die Leistungserbringer werden von der NKG, nach Abstimmung mit den Verbänden über Änderungen der neuen Handlungsempfehlungen nach Veröffentlichung informiert.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind entsprechend Anlage 3 insbesondere folgende Ziele:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 3 dieses Vertrages,
- Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

(1) Ausgehend von Ziffer 2 der Anlage 7 der RSAV i.V.m. Ziffer 2 der Anlage 1 RSAV sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.

(2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:

- Bei Antragsstellung durch das teilnahmewillige Krankenhaus Überprüfung der Strukturvoraussetzungen gemäß § 3 und Anlage 1 durch die Gemeinsame Einrichtung. Weitere Einzelheiten hierzu werden in der Vereinbarung über die GE geregelt.
- Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

§ 12

Verstoß gegen die Ziele des Programms

- (1) Im Rahmen dieses Vertrages werden wirksame Maßnahmen vereinbart, die dann greifen, wenn die teilnehmenden Krankenhäuser gegen die nach diesem Vertrag festgelegten Anforderungen und Pflichten verstoßen.
- (2) Verstößt das Krankenhaus gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
 - a) Schriftliche Aufforderung durch die Verbände die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - b) Auf begründeten Antrag eines Vertragspartners und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner, Widerruf der Teilnahmegenehmigung durch die Verbände. Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden, eine erneute Teilnahme am Vertrag ist möglich.
 - c) Hält das Krankenhaus die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen wiederholt nicht ein, kann es von der Teilnahme auf Dauer ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss entscheiden die Verbände nach Anhörung der NKG.
 - d) Jedem Krankenhaus ist vor der Verhängung der jeweiligen Maßnahmen die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern.

Abschnitt V

Schulungen

§ 13

Leistungserbringer

- (1) Die teilnehmenden Verbände und die NKG informieren gemeinsam in geeigneter Weise die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms für Typ-1-Diabetiker. Die GKV-Verbände erstellen hierzu in Abstimmung mit der NKG ein entsprechendes RSAV-konformes Arztmanual. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Krankenhäuser bestätigen den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5 dieses Vertrages.
- (2) Die im Rahmen der Strukturqualität gemäß Anlage 1 geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind auf Anforderung durch die Gemeinsame Einrichtung gegenüber derselben nachzuweisen.
- (3) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.
- (4) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Krankenhäuser ihre Versicherten entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise durch Patienteninformationen über die Behandlungsprogramme für Typ-1-Diabetiker informieren. Die NKG erhält von den an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen Musterexemplare der verwendeten Patienteninformationen.

§ 14

Versicherte und Schulungen

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm (Anlage 4). Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen
- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 dieses Vertrages einzubeziehen. Weiterhin muss auf Inhalte, die der RSAV widersprechen, verzichtet werden.
- (4) Im Rahmen dieses Disease-Management-Programms werden die in Anlage 4 beschriebenen Schulungsprogramme eingesetzt. Weitere Schulungsprogramme können eingesetzt werden, wenn für diese der Nachweis entsprechend Absatz 2 Satz 1 erbracht wurde.

Abschnitt VI

Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsame Einrichtung

§ 15

Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner bilden mit der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 16

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVN und die Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat die Aufgabe auf Verlangen eines jeden Vertragspartners, der Mitglied der Arbeitsgemeinschaft ist, den Versichertenbezug wiederherzustellen, wenn dies im Einzelfall für die Erfüllung seiner jeweiligen Aufgabe zur Prüfung der Qualität der im Rahmen dieses Disease-Management-Programms erbrachten vertragsärztlichen Leistungen oder zur Sicherstellung der Vollständigkeit und Plausibilität der auf Grundlage der Dokumentationsdaten erstellten Dokumentationen erforderlich ist.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 21 mit der Durchführung der in den Abs. 1 und 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 17

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung DMP im Sinne des § 28f Abs. 2 Nr. 4 der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt. Diese muss insbesondere festlegen, dass den aufsichtsführenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung nach § 25 SVHV und § 274 SGB V zuerkannt wird.

§ 18

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung durchzuführen. Das Nähere über die Durchführung der Qualitätssicherung und zusätzlicher Aufgaben wird in dem Vertrag der Gemeinsamen Einrichtung beschrieben.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beibehaltung ihrer Kernaufgaben und Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der in Abs. 1 genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt VII

Evaluation

§ 19

Evaluation

Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Beachtung des § 28g RSAV sowie der Vorgaben des Bundesversicherungsamtes.

Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut vom Datenzentrum der Krankenkasse für Disease-Management-Programme und der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.

Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die Dokumentationsdaten, die Abrechnungsdaten der KVN gemäß § 295 Abs. 2 Satz 1 und 4 SGB V und die Leistungsdaten der jeweiligen Krankenkassen und ggf. die Daten der Lebensqualitätsbefragung.

Die Kosten der Evaluation werden von den Krankenkassen getragen.

Abschnitt VIII

Vergütung und Abrechnung

§ 20

Vergütung der stationären Leistungen

- (1) Die Vergütungen der akutstationären Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen auf Basis der gesetzlichen Regelungen des SGB V, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) und des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Die Vertragspartner beobachten die Mengenentwicklung der einzelnen vom Krankenhaus im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen. Sofern es zu Veränderungen kommt, können diese entsprechend berücksichtigt werden.

§ 21

Vergütung der Schulungen

- (1) Die Patientenschulungen des Schulungsprogramms für Typ-1-Diabetiker können im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung von Krankenhäusern dieses Vertrages erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 4 im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllt haben und zur Durchführung von Schulungen gemäß § 6 zugelassen sind.

(2) Die Schulungen werden wie folgt vergütet:

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und Einheit*	Abrechnungsnummer
Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie (ZI)	bis zu 4 Personen	12 Doppelstunden*	26,00 € (je Doppelstunde)	65171504
LINDA – Das Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 1 Diabetes	bis zu 4 Personen	5 - 6 Unterrichtseinheiten (je 90 bis 120 Minuten)	32,50 € (je Unterrichtseinheit)	65171604
Diabetesbuch für Kinder (Schulungsprogramm)	Einzelschulung 6-12 Jahre	Individuell	45,00 € (je 90 Minuten)	65171704
Jugendliche mit Diabetes (Schulungsprogramm)	Einzelschulung 13-18 Jahre	Individuell	45,00 € (je 90 Minuten)	65171804
Das strukturierte Hypertonie- Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	4 bis 6 Patienten; Typ1-Diabetiker mit erhöhten Blutdruckwerten	4 Doppelstunden*	25,00 € (je Doppelstunde)	65171904
Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm	4 bis 6 Patienten; Typ1-Diabetiker mit essentieller arterieller Hypertonie	4 Doppelstunden*	25,00 € (je Doppelstunde)	65172004
Schulungsmaterial für Kinder			19,90 €	65172104
Schulungsmaterial für Jugendliche			100,00 €	65172204
Schulungsmaterial inkl. Diabetes/Hypertonie-Pass			9,50 €	65172304

* 1 Doppelstunde entspricht 90 Minuten

(3) Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Kenntnisstand des Patienten und seine bereits erfolgte Teilnahme an einer ambulanten oder im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung erbrachten Schulungsmaßnahme sind zu berücksichtigen.

(4) Die Krankenhäuser rechnen die Vergütungen gemäß Absatz 3 unter Verwendung der o.g. Abrechnungsnummern direkt mit der jeweiligen Krankenkasse ab.

Abschnitt IX

Sonstige Bestimmungen

§ 22

Ärztliche Schweigepflicht / Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die am Vertrag Beteiligten verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 23

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2007 in Kraft und kann mit einer Frist von 3 Monaten, frühestens zum 31.12.2011 gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen der Disease-Management-Programme, die infolge einer nachfolgenden RSA-Änderungsverordnung, einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, in dem dafür vorgesehenen Zeitrahmen erfolgen.
- (3) Abweichend von Absatz 1 kann bei wichtigem Grund, insbesondere bei Änderung oder bei Wegfall der RSA-Anbindung der Disease-Management-Programme bzw. Versagung oder Entzug der Akkreditierung durch einen bestandskräftigen Bescheid des Bundesversicherungsamtes kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

§ 24
Schriftform

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

§ 25
Salvatorische Klausel

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

Hannover, den 15.12.2006

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft
e.V.

AOK – Die Gesundheitskasse für Nieder-
sachsen

BKK Landesverband
Niedersachsen-Bremen

IKK-Landesverband
Niedersachsen

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Niedersachsen-Bremen

Knappschaft
- Verwaltungsstelle Hannover -

Verband der Angestellten-Kranken-
kassen e. V. (VdAK)
- Landesvertretung Niedersachsen -

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-
Verband e. V. (AEV)
- Landesvertretung Niedersachsen -

Anlagen

Übersicht Anlagen

- Anlage 1 Strukturvoraussetzungen für Krankenhäuser
- Anlage 2 Teilnahmeerklärung des Krankenhauses
- Anlage 3 Versorgungsinhalte Diabetes mellitus Typ 1 (Anlage 7 RSAV)
- Anlage 4 Strukturqualität Schulungsarzt/Schulungsinhalte
- Anlage 5 Leistungserbringerverzeichnis (stationärer Sektor)

Anlage 1: Strukturvoraussetzungen für Krankenhäuser

zum Rahmenvertrag gemäß § 137f i.V.m. § 137g SGB V über die stationäre Versorgung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten Typ-1-Diabetikern - zwischen den Verbänden der GKV Niedersachsen und der NKG, in Kraft ab 01.01.2007

1. Fachliche Voraussetzungen ärztliches Personal¹

Für Patienten ab 16 Jahre mit Diabetes mellitus Typ 1

Beschäftigung von mindestens einem

- diabetologisch qualifizierte Facharzt/-ärztin für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin in Vollzeitbeschäftigung mit Fort- und/oder Weiterbildung in Diabetologie vergleichbar mit Diabetologen DDG oder gem. Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer

oder

- Facharzt/-ärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie in Vollzeitbeschäftigung

und

- Behandlung im Krankenhaus von jährlich mindestens 40 Patienten und Schulung von mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 (ambulant und/oder stationär)

und

Sicherstellung der Versorgung bei Urlaub und Krankheit.

Für Patienten unter 16 Jahre mit Diabetes mellitus Typ 1

Beschäftigung von mindestens einem

- diabetologisch qualifizierter Facharzt/-ärztin für Kinderheilkunde mit einer dem Diabetologen DDG vergleichbaren Fort- und/oder Weiterbildung und Behandlung von jährlich mindestens 25² Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 (ambulant und/oder stationär)

und

- Sicherstellung der Versorgung bei Urlaub und Krankheit

Zusätzlich für beide Altersgruppen

- Information durch das Arzt-Manual zum DMP Diabetes mellitus Typ 1
- Mindestens einmal jährliche Fortbildung und regelmäßige diabetes-spezifische Fortbildung (z. B. mindestens einmal jährliche Teilnahme an Qualitätszirkeln)

¹ Das Krankenhaus entscheidet im Rahmen seiner Bereit-/Anerkennniserklärung, ob es nur für Patienten ab 16 Jahre oder unter 16 Jahre oder für beide Patientengruppen teilnimmt und liefert dafür die entsprechenden Nachweise.

2. Qualifikation des nicht-ärztlichen Personal

- mindestens ein(e) Diabetesberater/in DDG ~~oder~~und¹ Diabetesassistent/in (DDG oder KVN-)in Vollzeitbeschäftigung oder entsprechende Teilzeitstellen vorhanden
- mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetes-spezifischen Fortbildungen erfolgt
- in der Diabetesbehandlung erfahrenes Personal ist vorhanden
- bei der stationären Behandlung von erwachsenen Patienten mit Diabetes Typ 1 ist die Versorgung durch eine medizinische Fußpfleger/in mit DDG-Qualifikation bzw. entsprechender Qualifikation sichergestellt
- bei der stationären Behandlung von erwachsenen Patienten mit Diabetes Typ 1 ist die Versorgung durch eine Psychologe/in oder Psychotherapeutin sichergestellt

3. Apparative Ausstattung

- Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards²
- 24-Stunden-Blutdruckmessung
- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur naßchemischen Blutglukosebestimmung³ und HbA1c-Messung^{3,4}
- Verschiedene Formen der Injektionshilfen (einschließlich. Insulinpumpen) müssen vorhanden sein
- EKG, LZ-EKG, Belastungs-EKG⁵
- Sonographie⁶, Doppler- oder Duplexsonographie⁷
- Verbandswagen zur Grundversorgung diabetischer FüÙe
- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der peripheren Neuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament, Nadel (spitz-stumpf), Tiefensensibilität (warm-kalt))
- Adäquate Räumlichkeiten zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms⁷ sind vorhanden
- auf der Diabetesstation und im Schulungsraum müssen sofort verfügbare Methoden zur Blutglukosebestimmung vorhanden sein; verschiedene Methoden und Materialien müssen für die Patienten verfügbar sein
- Glucagon-Set, Glucose i.v., Notfall-Set für Pumpenpatienten, Messstreifen für Blutglucose, Uringlucose und Ketontest

² Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in der Begründung zur 9. RSA-ÄndV Ziffer 1.5.4.1

³ gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

⁴ kann auch als Auftragsleistung vergeben werden

⁵ es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien Ergometrie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

⁶ fachliche Voraussetzungen analog der Richtlinie der „Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschall Diagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)“ in der Fassung vom 31. Januar 2003

⁷ im Fall von Problemkeimen (MRSA) gesicherte Grundreinigung

4. Behandlungsbegleitende Patientenschulungen

- Das Krankenhaus ist verpflichtet, mindestens eine der folgenden diabetesspezifischen Schulungen anzubieten:
 - Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie (ZI)
 - LINDA – Das Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 1 Diabetes
 - Diabetesbuch für Kinder 6-12 Jahre (Schulungsprogramm) und Jugendliche mit Diabetes 13-18 Jahre (Schulungsprogramm)

Weitere Voraussetzungen:

- Schulungsraum mit erforderlicher Ausstattung für Einzel- und Gruppenschulungen in räumlicher Nähe zur Diabetesstation. Der Raum muss über Unterrichtsmedien, Projektionsmöglichkeiten und Tafel verfügen. Bei Schulung von Kindern und Jugendlichen müssen die Räume den Anforderungen dieser Zielgruppe genügen. Ein geeigneter Raum für Einzelschulungen muss vorhanden sein.
- Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms in einem Zeitraum von höchstens vier Wochen
- Die Besprechung der individuellen Insulin-Dosisanpassung während des Schulungsprogramms erfolgt zusammenhängend innerhalb von zwei Wochen
- 24-Stunden Erreichbarkeit des ärztlichen Personals während der Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms
- strukturierte Schulungsunterlagen und Curricula;
Pädiatrie: altersentsprechende Unterlagen für Patienten und Eltern

5. Zusammenarbeit

- Sicherstellung der Zusammenarbeit mit den einweisenden niedergelassenen Ärzten sowie koordinierenden Ärzten
- Zusammenarbeit mit den entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und -Berufen:
 - Augenarzt, Nephrologe, Neurologe
 - Angiologe, interventioneller Radiologe, Chirurg, Gefäßchirurg, Kardiologe
 - Gynäkologe/Arzt für Geburtshilfe
 - Orthopädie-Schuhmacher
 - Pädiatrie: - Augenarzt
- Gynäkologe zur Sicherstellung der Versorgung von Neugeborenen diabetischer Mütter

Anlage 2: Teilnahmeerklärung Krankenhäuser

zum Rahmenvertrag gemäß § 137 f i.V. m. § 137g SGB V über die stationäre Versorgung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Typ-1-Diabetikern zwischen den Verbänden der GKV Niedersachsen und der NKG, in Kraft 01.01.2007

Teilnahmeerklärung des Krankenhauses zum Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1

An die
Verbände der GKV in Niedersachsen
(über die Gemeinsame Einrichtung)

Name, IK und Anschrift des Krankenhauses:

Teilnahmeerklärung am DMP Diabetes mellitus Typ 1

Unser Krankenhaus und insbesondere die DMP-verantwortlichen Ärzte sind über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Typ-1-Diabetikern informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Umsetzung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 zwischen den niedersächsischen Verbänden der Krankenkassen und der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft nimmt unser Haus teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichtet sich das Haus zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben des Abschnitt II sowie der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV.

Weiter verpflichtet sich das Haus gegenüber den Vertragsärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den behandelten Versicherten aufgrund des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Diabetes mellitus Typ 1, dass es

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht gewährleistet,
- bei der Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachtet, die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen trifft und
- die Patienten in den verschiedenen Phasen der Erkrankung über die individuellen Beratungsangebote der einzelnen Krankenkassen informiert.

Das Krankenhaus ist mit

- der Veröffentlichung des Namens / der Anschrift in dem gesonderten Verzeichnis "Leistungserbringer-Verzeichnis DMP Diabetes mellitus Typ 1 (stationärer Sektor)" und
- der Weitergabe des Verzeichnisses "Leistungserbringer-Verzeichnis DMP Diabetes mellitus Typ 1 (stationärer Sektor)" an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA), teilnehmende Krankenhäuser und an die teilnehmenden Versicherten

einverstanden.

Dem Krankenhaus ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist. Die Rücknahme dieser Erklärung ist mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartals möglich.
2. die Teilnahme an dem Vertrag bei Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 bzw. Anlage 1 des Vertrages endet.
3. Krankenhäuser bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.
4. die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Voraussetzungen entsprechend Anlage 1 dieses Vertrages gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung nachzuweisen sind.

Unser Krankenhaus möchte gemäß § 3 des Vertrages teilnehmen.

Deshalb verpflichtet sich das Haus mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages.

Das Krankenhaus benennt folgende Fachärzte als DMP-verantwortlichen Arzt bzw. Stellvertreter:

Folgende Fachärzte erfüllen die in **Anlage 1** genannten Strukturkriterien:

Das Arztmanual haben die o.g. Ärzte erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Anlage 3: Versorgungsinhalte (Anlage 7 der RSAV)

zum Rahmenvertrag gemäß § 137 f i.V. m. § 137g SGB V über die stationäre Versorgung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Typ 1-Diabetikern zwischen den Verbänden der GKV Niedersachsen und der NKG, in Kraft ab 01.01.2007

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 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 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 intensivierete 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 Stoffwechselfelbstkontrolle. Ziel ist eine selbstbestimmte flexible Lebensführung ohne diabetesbedingte Beschränkung der Auswahl von Nahrungsmitteln.

1.4 Hypoglykämische und ketoazidotische Stoffwechselentgleisungen

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 Nierenersatz-

therapie 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 A-

mitriptylin (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.

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und arterieller Hypertonie sollen Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm 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 prüfen, 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 intensivierete 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 Stoffwechselentgleisungen (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 Folgekrankheiten 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.

4. Schulungen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 4 der Anlage 1 gelten entsprechend.

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Management-Komponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 ab. Die Vertragspartner definieren Anforderungen an

die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante, während des Programms stattfindende regelmäßige Fortbildung teilnehmender Leistungserbringer. Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von entsprechenden Teilnahmenachweisen abhängig machen.

4.2 Schulungen der Versicherten

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 profitieren in besonderem Maße von einer eigenständig durchgeführten Insulintherapie, einschließlich einer eigenständigen Anpassung der Insulindosis auf der Basis einer Stoffwechselfelbstkontrolle. Die dazu notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten werden im Rahmen eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms vermittelt. Vor diesem Hintergrund ist die Bereitstellung solcher Schulungs- und Behandlungsprogramme unverzichtbarer Bestandteil des strukturierten Behandlungsprogramms. Aufgabe des behandelnden Arztes ist es, den Patienten über den besonderen Nutzen des strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms zu informieren und ihm die Teilnahme nahe zu legen.

Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und/oder deren Betreuungspersonen müssen unter Berücksichtigung des individuellen Schulungsstandes Zugang zu strukturierten, bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen erhalten. Deren Wirksamkeit muss im Hinblick auf die Verbesserung der Stoffwechsellage belegt sein.

Die Schulung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 soll in einer qualifizierten Einrichtung erfolgen. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen. Hierbei ist der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten der Programme nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch herzustellen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

Bei Antragstellung müssen die Schulungsprogramme, die angewandt werden sollen, gegenüber dem Bundesversicherungsamt benannt werden.

5. Evaluation (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 5 der Anlage 1 gelten entsprechend.

Anlage 4: Strukturqualität Schulungsarzt, Schulungsprogramme und Schulungsinhalte

zu dem Rahmenvertrag nach § 137f i.V.m. § 137g SGB V über die stationäre Versorgung im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Typ-1-Diabetikern zwischen den Verbänden der GKV Niedersachsen und der NKG, in Kraft ab 01.01.2007

I. Strukturqualität Schulungsarzt

Krankenhäuser, die den Patienten im Rahmen des Disease-Management-Programms Schulungen anbieten dürfen, haben folgende Anforderungen an die Strukturqualität zu erfüllen:

1. Notwendige Ausstattung

- 1.1 Die räumliche Ausstattung muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen. (Vorhaltung eines Schulungsraumes)
- 1.2 Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein.

2. Qualifikation des Arztes

Der Arzt hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen.

3. Qualifikation des nichtärztlichen Personals

Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen.

4. Anforderungen an die Durchführung der Schulung

- 4.1 Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms in einem Zeitraum von höchstens 4 Wochen.
- 4.2 Besprechung der individuellen Insulin-Dosisanpassung während des Schulungsprogramms erfolgt zusammenhängend innerhalb von zwei Wochen.
- 4.3 24-Stunden Erreichbarkeit des ärztlichen Personals während der Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms (Eine telefonische Bereitschaft ist hierbei ausreichend).

Näheres ergibt sich aus den Inhalten und Vorgaben der jeweils angebotenen Schulungsprogramme.

II. Schulungsprogramme

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages können für eingeschriebene DMP-Versicherte nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme indikations- und zielgruppenspezifisch durchgeführt werden:

1. Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und intensivierter Insulintherapie

1.1. **Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie***

(Pieber TR, Brunner GA et al. Diabetes Care Vol. 18, No.5 May 1995)

(Mühlhauser I, Bruckner I, Berger-M, Chetney-C, Jörgens-V, Ionescu-Tirgiviste-C, Schloz-V, Mincu-I. Evaluation of an intensified insulin treatment an teaching programme as routine management of type 1 (insulin-dependent) diabetes. Diabetologica 30: 681-690.))

1.2. **LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung**

(Krakow D, Feulner-Krakow G, Giese M, Osterbrink B, (2004)

Evaluation der LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung, Diabetes Stoffw S. 77-89

2. Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und essentieller Hypertonie

2.1. **Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)**

(Heise-T, Jennen-E, Sawicki-P. ZaeFQ 2001; 95: 349-355)

2.2. **Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie***

(Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Sawicki-P, Jörgens-V. J of Human Hypertension 1997; 11: 501-506)

3. Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1

3.1. **Diabetes-Buch für Kinder***

(Hürter-P, Jastram-HU, Regling-B, Toeller-M, Lange-K, Weber-B, Burger-W, Haller-R. Kirchheim-Verlag Mainz)

3.2. **Jugendliche mit Diabetes: ein Schulungsprogramm***

(Lange-K, Burger-W, Haller-R, Heinze-E, Holl-R, Hürter-P, Schmidt-H, Weber-B. Kirchheim-Verlag Mainz)

* <http://www.zi-berlin.de> Projektbüro für Schulungsprogramme u. <http://www.patientenschulungsprogramme.de>

III. Schulungsinhalte

Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie → Abrechnungsnummer K99574

Folgende im Schulungsprogramm festgelegte Rahmenbedingungen gewährleisten die Erfüllung internationaler Qualitätsstandards:

- Definition der Zielgruppe: Typ 1-Diabetiker mit intensivierter Insulintherapie
- Setting: Schulung in Kleingruppen (bis zu 4 Patienten)
- Zeitlicher Rahmen: 12 Doppelstunden (je 2 x 45 Minuten)
- Arbeitsunterlagen und Informationsmaterialien für die Patienten:
Buch „Mein Buch über den Diabetes mellitus“, Diabetes-Tagebuch, Gesundheitspass Diabetes, Leporello zum Austauschen der Kohlehydratportionen, Testunterlagen zur Überprüfung des Wissens und der Fertigkeiten der Patienten vor und nach der Teilnahme an der Schulung
Schulungsmaterialien: Schautafel-Set, Unterrichtskarten, Curriculum

Curriculum:

Das Programm umfasst folgende Inhalte:

1. Physiologie und Pathophysiologie des Diabetes; Insulin und Injektionstechnik, Hypoglykämie, Diätetik
2. Technik der Blutglukoseselbstkontrolle; Identifizierung von Kohlehydraten; Therapie der Hypoglykämie inklusive Glukagon
3. Ätiologie des Diabetes; Quantifizierung blutglukosewirksamer Kohlenhydrate
4. Insulin-Dosisreduktion
5. Insulin-Dosiserhöhung; Hyperglykämie und Koma; Azeton-Selbstmessung
6. Körperliche Bewegung; Diätetik: Quantifizierung kompletter Gerichte; kaloriendefinierte Kost
7. HbA1c; Folgeschäden; Rauchen; Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen
8. Besuch im Supermarkt
9. Insulinpumpe; Gravidität; Kontrazeption
10. Reisen; Wiederholung: Insulin-Dosisreduktion
11. Blutglukose-Korrektur; Repetition: Hyperglykämie; Koma; Insulin-Dosiserhöhung
12. Soziales; Repetition: Diätetik; Insulininjektion; Neuropathie und Vorsorgeuntersuchung

Folgende im Schulungsprogramm festgelegte Rahmenbedingungen gewährleisten die Erfüllung internationaler Qualitätsstandards:

- Definition der Zielgruppe: Typ 1-Diabetiker mit intensivierter Insulintherapie
- Setting: Schulung in Kleingruppen (bis zu 4 Patienten)
- Zeitlicher Rahmen: 6 Module (à ca. 90 bis 120 Minuten Dauer)
- Arbeitsunterlagen und Informationsmaterialien für die Patienten:
Das Buch zur Schulung - eine Zusammenfassung mit Merkhilfen für die Patienten
Schulungsmaterialien:
Schulungsmanual mit detaillierter Beschreibung des Stundenablaufs, Folien, Fragekarten, CD-Rom, Anwendungshilfe für Schulungskräfte mit Erklärungen und Tipps, Modellteile

Curriculum:

Das Programm umfasst folgende 6 Module:

Modul 1: Nährstoffe, KH-Wechsel, Was ist Diabetes?, BZ-Werte / -Messung, Folgekrankheiten

Modul 2: Nährstoffverteilung KH-Arten, Süßungsmittel, Getränke, Wundermittel

Modul 3: Der Nährstoff Fett, Typ 2-Diabetes, Folgekrankheiten, Blutfette, Gewichtsreduktion, Fettreduktion

Modul 4: Medikamente, Unterzucker, Gesundheitspass Diabetes, Bluthochdruck, Rauchen, Fußpflege, Körperliche Bewegung

Modul 5: BE/KE, Insulindosisanpassung, Insulindosisberechnung, BE-Faktor, Korrektur, Insulin/Wirkprofile, Injektionstechnik, Probleme Injektion, Allgemeines zum Insulin

Modul 6: Insulindosierung/ICT, Prandialinsuline/Wirkprofile, Insulinreduktion/Sport, Glukagon/Unterzuckerung, Krankheit/Ketoazidose, Straßenverkehr/Reisen, Soziales, Gesundheitspass/Ausblick in die Zukunft, Gestationsdiabetes/Schwangerschaft

Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer

Für Leistungserbringer ist für die Durchführung von Patientenschulungen nach dem LINDA-Programm die erfolgreiche Teilnahme an einem Fortbildungsseminar Voraussetzung.

Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)
→ Abrechnungsnummer K99514

Folgende im Schulungsprogramm festgelegte Rahmenbedingungen gewährleisten die Erfüllung internationaler Qualitätsstandards:

- Definition der Zielgruppe: Typ1-Diabetiker mit erhöhten Blutdruckwerten
- Setting: Schulung in Kleingruppen (4-6 Patienten)
- Zeitlicher Rahmen: 4 Kursstunden (je 90 Minuten).
- Arbeitsunterlagen und Informationsmaterialien für die Patienten: standardisierte Materialien (Flipcharts, Nahrungsmittelkärtchen und Arbeitsblätter), Patientenbuch

Curriculum:

1. Einführung, Blutdruckselbstmessung
2. Nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten
3. medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten
4. spezielle Schwerpunkte (bei Übergewicht, bei Nephropathie)

Die o.g. Inhalte des Curriculums beziehen sich auf Ziffer 1.8 (dort insbesondere auf Ziff. 1.8.1.1 „Antihypertensive Therapie“) der Anlage 1 der RSAV

Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer

Für Leistungserbringer ist für die Durchführung von Patientenschulungen nach dem HBSP die erfolgreiche Teilnahme an einem Fortbildungsseminar Voraussetzung.

Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (nach ZI-Vorgaben)

→ Abrechnungsnummer K99515

Folgende im Schulungsprogramm festgelegte Rahmenbedingungen gewährleisten die Erfüllung internationaler Qualitätsstandards:

- Definition der Zielgruppe: Typ1-Diabetiker mit essentieller arterieller Hypertonie
- Setting: Schulung in Kleingruppen (4-6 Patienten)
- Zeitlicher Rahmen: 4 Kursstunden (je 90 Minuten).
- Arbeitsunterlagen und Informationsmaterialien für die Patienten: Schautafelset, Schulungsmaterialien

Curriculum:

1. Allgemeines über Hypertonie, Blutdruckselbstmessung
2. Kalorienreduzierte Mischkost, körperliche Bewegung
3. Kochsalzrestriktion, Antihypertensiva
4. Rauchen und Hypertonie, hypertensive Krise, Kontrolluntersuchungen

Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer

Für Leistungserbringer ist für die Durchführung von Patientenschulungen nach dem Hypertonie-Schulungsprogramm die erfolgreiche Teilnahme an einem Fortbildungsseminar Voraussetzung.

Diabetes bei Kindern: ein Behandlungs- und Schulungsprogramm (Jan-Programm)
→ Abrechnungsnummer K99576

- Definition der Zielgruppe: Kinder im Alter zwischen 6 und 12 Jahren

Curriculum:

Das Behandlungs- und Schulungsprogramm umfasst 6 Kapitel:

1. Grundlagen des Diabetes
2. Ernährung
3. Insulinbehandlung
4. zu hohe oder zu niedrige Blutzuckerwerte
5. Stoffwechselkontrolle
6. Insulindosis berechnen

Jedes der sechs Kapitel wird durch einen kleinen standardisierten Wissenstest abgeschlossen. Hier können Kinder (und Teammitglieder der Schulungsgruppe) den Schulungsverlauf und den Schulungserfolg ablesen. Eine ebenfalls überarbeitete und erweiterte Elternbrochure bietet Müttern und Vätern Anregungen und Hilfen zur Gestaltung eines möglichst unbelasteten Familienlebens mit einem diabetischen Kind. Notfallhinweise, eine Kohlenhydrataustauschtabelle und ein Protokollheft runden das Programmpaket ab.

Jugendliche mit Diabetes - ein Behandlungs- und Schulungsprogramm → Abrechnungsnummer K99577

- Definition der Zielgruppe: Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahre

Curriculum:

für Einsteiger nach der Manifestation

Heft 1: Diabetes, was nun?

Heft 2: Wie du dich selbst gut behandelst – mit Insulin!

Heft 3: Lass dir's gut schmecken! Essen und Trinken

Heft 4: So bekommst du deinen Diabetes gut unter Kontrolle!

Heft 5: Wenn der Blutzucker mal daneben liegt – Hypoglykämie und Hyperglykämie

für Fortgeschrittene

Heft 6: Diabetes, was ist das genau?

Heft 7: Wieviel Insulin brauchst du?

für Beruf, Freizeit usw.

Heft 8: Bleib fit und Beweglich! Sport, Reisen und Freizeit

Heft 9: Du wirst erwachsen. Körperliche Entwicklung, Empfängnisverhütung und Kinderwunsch

Heft 10: Was sagt das Gesetz? Berufswahl, Rechtsfragen und Führerschein

Heft 11: Diabetes heute und später. Folgeerkrankungen

Zusätzliche Materialien

Ringordner (zum Sammeln der Hefte)

Notfall-Hinweis

Kohlehydrataustauschtabelle

Protokollhefte für CT bzw. ICT

Broschüre für Eltern „Erwachsen werden mit Diabetes“

Informationen für Lehrer, Ausbilder, Trainer und andere Betreuer „Jugendliche mit Diabetes“

„Didaktischer Leitfaden“ zum Diabetesschulungsprogramm für Mitglieder des Schulungsteams

Anlage 5 : Leistungserbringer-Verzeichnis Diabetes mellitus Typ 1 (stationärer Sektor)

zum Rahmenvertrag gemäß § 137f i.V.m. § 137g SGB V über die stationäre Versorgung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Typ 1-Diabetikern zwischen den Verbänden der GKV Niedersachsen und der NKG, in Kraft ab 01.01.2007

Leistungserbringer-Verzeichnis Diabetes mellitus Typ 1 (stationärer Sektor)

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

A = Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt/Einrichtung

B = Diabetologisch besonders qualifizierter Kinderarzt/Einrichtung

Folgende besonderen Fachkenntnisse teilnehmender diabetologisch besonders qualifizierter Krankenhäuser 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

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 = Linda

KrankenhausNr.	Name des Krankenhauses	Ggf. Träger des Krankenhauses	Name des diabetologisch besonders qualifizierten Arztes	Straße Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Telefon-Nr	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Schulungsberechtigung*	Behandlung von Schwangeren (kooperierender Gynäkologe)	Insulinpumpentherapie	Spezialisierte Behandlung des Diabetischen Fußes